



Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede
Faculty of Health Sciences

Zbornik prispevkov

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

*Mednarodna znanstvena konferenca
Novo mesto, 18. november 2021*

**HOLISTIC APPROACH
TO THE PATIENT**

*International scientific conference
Novo mesto, 18 November 2021*



UNIVERZA V NOVEM MESTU / University of Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE / Faculty of Health Sciences

11. mednarodna znanstvena konferenca
11th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov

Conference Proceedings

Novo mesto

18. november 2021

11. mednarodna znanstvena konferenca
11th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov
Conference Proceedings

1. izdaja

Izdajatelj in založnik / Publisher
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Uredila/Editor
Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzenti / Reviewers
Dr. Mojca Blažič, dr. Karmen Erjavec, Ksenija Komidar, Petra Kotnik, Kristina Rakuša
Krašovec, dr. Ljiljana Leskovic, Mateja Šimec, dr. Vesna Zupančič

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

Tehnična urednika/Technical Editors
Brigita Jugovič, Bojan Nose

Naklada
100 izvodov

Brezplačna publikacija

© Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

Novo mesto, 2022

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

616-08(082)(0.034.2)
616-083(082)(0.034.2)

CELOSTNA obravnava pacienta (konferenca) (11 ; 2021 ; Novo mesto)
Celostna obravnava pacienta [Elektronski vir] = Holistic approach to the patient : zbornik
prispevkov = conference proceedings : 11. mednarodna znanstvena konferenca = 11th
international scientific conference : Novo mesto, 18. november 2021 / [uredila Nevenka Kregar
Velikonja]. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 2022

ISBN 978-961-95655-0-6
COBISS.SI-ID 108176899

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Rosana Ribić, mag. Tatjana Novosel Herceg, dr. Marijana Neuberg</i> Analiza biomarkera stresa kod školske djece s poteškoćama u govoru Analysis of Stress Biomarkers in School-Age Children with Speech Difficulties	1
<i>Dr. Gorazd Laznik</i> Vrhnji menedžment javnih zdravstvenih zavodov potrebuje specifičen izobraževalni program Top Management of Public Health Institutions Needs a Specific Educational Programme	7

REFERATI

<i>Dr. Grażyna Adler, Izabela Uzar</i> Genetic Factors Involved in the Pathogenesis of Pregnancy Loss Genetski dejavniki, ki so vključeni pri patogenezi izgube nosečnosti	19
<i>Lučka Aščič</i> Vpliv sežiganja odpadkov na zdravje The Influence of Waste Disposal on Health	26
<i>Dr. Franci Avsec</i> Pogodba o zdravstveni storitvi: primerjalnopravni vidiki Medical Service Contract in a Comparative Law Perspective	32
<i>Mag. Tatjana Badrov, Ivana Jurković</i> Razvoj interkulturalne komunikacije i jezičnih vještina izvanrednih studenata sestrištva Intercultural Communication and English Language Skills Development in Part-time Nursing Students	40
<i>Tina Cikač, Mateja Križaj</i> Proces mentoriranja u sestrištvu – pregled literature The Process of Mentoring in Nursing - a Review of the Literature	48
<i>Andreja Draginc</i> Potrebe pacientov ob koncu življenja Patient Needs at the End of Life	56
<i>Gordana Dragišić</i> Celostna obravna oseb iz multikulturalnega okolja v zdravstveni negi Integrated Treatment of People from a Multicultural Environment in Nursing Care	62
<i>Dr. Karmen Erjavec</i> Komuniciranje med zaposlenimi in s pacienti v okviru integriranih kliničnih poti Communication between Employees and Patients within Integrated Clinical Pathways	68
<i>Tina Fojkar, Erika Povšnar</i> Izobraževalne potrebe bodočih očetov na prehodu v starševstvo Educational Needs of Future Fathers in the Transition to Parenthood	76
<i>Dr. Igor Frangež, Neža Božič</i> Multidisciplinarni pristop k zdravljenju kronične rane Multidisciplinary Approach to the Treatment of Chronic Wounds	85
<i>Sebastjan Gaši, Aljoša Lapanja</i> Aktivnosti zdravstvene nege pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji Nursing Activities in the Implementation of Special Protective Measures in Psychiatry	91
<i>Špela Golob</i> Stres na delovnem mestu Workplace Stress	98
<i>Nevenka Grašič</i> Spanje, motnje spanja in njihova obravnava Sleep, Sleeping Disorders and their Treatment	105

<i>Dr. Malči Grivec, Luka Oblak</i>	
Poraba zdravil in ravnanje potrošnikov	113
Consumption of Medicines and Consumer Behavior	
<i>Ivana Herak, Željka Kanižaj</i>	
Utjecaj obrazovanja na razinu kulture sigurnosti u zdravstvenoj zaštiti	125
Influence of Education on the Level of Safety Culture in Health Care	
<i>Anita Hribar</i>	
Celostna obravnava posvojiteljev in otroka	133
Integrated Treatment of Adopters and Children	
<i>Dr. Vojislav Ivetić</i>	
Različni vidiki zadovoljstva specializantov družinske medicine tekom specializacije	142
Various Aspects of Satisfaction of Family Medicine Trainees during their Training Programme	
<i>Valentina Janežič</i>	
Uporaba negativnega tlaka pri zdravljenju kronične rane	153
Use of Negative Pressure in the Treatment of Chronic Wounds	
<i>Saša Jelnikar</i>	
Analiza koncepta holistične zdravstvene nege in razlogi za neizvajanje	159
Analysis of the Concept of Holistic Nursing and Reasons for Non-Implementation	
<i>Katja Jeršin</i>	
Telesna dejavnost in pomen za zdravje	166
Physical Activity and Importance for Health	
<i>Martina Jevšinek</i>	
Praktični pouk v času epidemije covid-19	171
Practical Lessons in the Time of Covid-19	
<i>Ksenija Komidar</i>	
Stereotipi, predsodki in vrednotni sistem študentov zdravstvene nege	176
Stereotypes, Prejudices and the Value System of Nursing Students	
<i>Mag. Radoslav Kosić, Janko Jardaš</i>	
Stupanj anksioznosti u LGB osoba	189
Level of Anxiety in LGB People	
<i>Dr. Tatja Kostnapfel, Aleš Korošec</i>	
Predpisovanje zdravil v času epidemije covid-19 v letu 2020	199
Prescribing Medications during the Covid-19 Epidemic in 2020	
<i>Petra Kotnik</i>	
Vpliv sedečega delovnega mesta na hrbtenico pri pedagoških delavcih	208
Influence of the Sedentary Workplace on the Spine in Pedagogical Workers	
<i>Uroš Kotnik</i>	
Minerali in vitamini, kdaj in koliko pri starostnikih	215
Minerals and Vitamins, When and How Much in the Elderly	
<i>Kim Krajnik, dr. Darja Thaler</i>	
Ukrepi in zdravstveni sistemi v prvem valu pandemije covid-19	222
Interventions and Health Systems in the First Wave of the Covid-19 Pandemic	
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, Sabina Krsnik</i>	
Projekt Well&School: razvijanje izobraževalnega programa za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja v šolah	229
Well & School Project: Developing an Educational Program to Promote Mental Health and Well-Being in Schools	
<i>Ermina Kukić, Sead Karakaš</i>	
Ispitivanje oštećenja vida kod školske djece na prostoru općine Vitez	237
Examination of Visual Impairment among School Children in the Municipality of Vitez	
<i>Dr. Ljiljana Leskovic</i>	
Promocija samo-oskrbe pacijenta s kronično boleznijo	243
Promoting Self-care of a Patient with a Chronic Disease	

<i>Ivanka Limonšek</i>	
Otrok z motnjo v duševnem razvoju in vedenjskimi in čustvenimi težavami – prikaz primera Children with Intellectual Disabilities and Behavioural and Emotional Problems – Case Study	253
<i>Simona Matkovič, Drita Mustafai</i>	
Opolnomočenje medicinskih sester v urgentni dejavnosti o pomenu supervizije Empowerment of Nurses in the Emergency Department on the Importance of Supervision	261
<i>Jerneja Meža, Barbara Smrke</i>	
E-mentorstvo in uporaba infomacijsko-komunikacijske tehnologije pri mentorstvu v zdravstveni negi E-mentoring and the Use of Information and Communication Technology in Nursing Mentoring	269
<i>Mateja Pangerc</i>	
E- izobraževanje medicinskih sester - stanje in izzivi E- education of Nurses - Status and Challenges	277
<i>Miha Papež</i>	
Izvajanje terapije s pomočjo psa v domovih za starejše Implementing Dog-Assisted Therapy in Nursing Homes	286
<i>Nataša Pungeršič Kokove</i>	
Obravnavanje pacienta s kronično rano po konceptih metaparadigme Treatment of Patients with Chronic Wounds Based on Metaparadigm Concepts	293
<i>Dr. Aleksandar Racz</i>	
Pojavnost i posledice izloženosti Romkinja obiteljskom nasilju u romskim obiteljima Prevalence and Consequences of Exposure of Romani Women to Domestic Violence in Romani Families	303
<i>Kristina Rakuša Krašovec</i>	
Odnos zdravstvenega osebja do osebne zaščitne opreme v času epidemije Attitudes of Medical Staff towards Personal Protective Equipment During an Epidemic	320
<i>Aleksandra Recelj</i>	
Porod na domu Home birth	329
<i>Leonora Rexhepi, mag. Sonja Hlebš</i>	
Učinki manualne terapije pri osebah s tenzijskim glavobolom - sistematični pregled literature The Effect of Manual Therapy in Patients with Tension-Type Headache - Systematic Literature Review	336
<i>Mag. Katja Rožman, dr. Peter Najdenov</i>	
Korelacija med telesnim sestavom in kazalniki motene presnove glukoze pri otrocih s prekomerno telesno maso in debelostjo Relationship between Body Composition and Impaired Glucose Tolerance Factors in Children with Obesity	347
<i>Sabina Sedlak, dr. Marjetka Jelenc</i>	
Absentizem in ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018 Absenteeism and Economic Consequences of Dementia in Slovenia in 2015–2018	351
<i>Mag. Gordana Sivec, Herta Avsenek</i>	
Medpoklicno sodelovanje oddelka za zdravstveno nego Interprofessional Cooperation of the Nursing Department	357
<i>Barbara Sopčič</i>	
Uvajanje kazalnika kakovosti higijene rok v domovih za starejše občane Implementation of Hand-Hygiene Guidelines in Nursing Homes	363
<i>Nina Stopar</i>	
Preprečevanje incidentov in okužb pri zaposlenih v zdravstveni negi Preventing Incidents and Infections among Healthcare Workers	371

<i>Mateja Šimec</i> Poznavanje paliativne oskrbe Knowledge about Palliative Care	379
<i>Sabina Trdan</i> Spodbujanje krvodajalstva Promotion of Blood Donation	387
<i>Valerija Verbošek</i> Raziskovanje in ovire pri izvajanju k pacientu usmerjene zdravstvene nege Research and Barriers to the Implementation of Patient-Centered Nursing	395
<i>Lidija Vozel</i> Socialna izoliranost invalidov v času epidemije covid-19 Social Isolation of People with Disabilities during the Covid-19 Epidemic	403
<i>Dr. Vesna Zupančič</i> Mnenje zdravstvenih delavcev in sodelavcev glede obravnave pacientov po klinični poti Opinion of Healthcare Professionals and Associates in Relation to the Patient Health Care of Clinical Pathways	413

Analiza biomarkera stresa kod školske djece s poteškoćama u govoru

UDK 616.89-008.434:577.17

KLJUČNE BESEDE: djeca školske dobi koja mucaju, kortizol, amilaza, slina

POVZETEK – Mucanje je govorni poremećaj koji je karakteriziran čestim ponavljanjima glasova ili slogova, jednosložnih riječi, produžavanjem glasova i blokadama. Javlja se osobito u situacijama povišene uzbuđenosti i izaziva fiziološke promjene. U okviru opisane pilot studije istražene su količine biomarkera stresa; kortizola i α -amilaze u slini kod djece koja mucaju. U istraživanju je sudjelovao 12 školske djece uključene u terapiju mucanja koja se provodila u VaLMod centru logopedija u Varaždinu. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno. Rezultati pokazuju da se količina izlučenog kortizola smanjuje tijekom provedbe terapije mucanja, dok veće promjene u količini izlučene α -amilaze nisu uočene. Cjelovitim pristupom proučavanju pojavnosti stresa kod ispitanika koji mucaju, a koji uključuje mjerenje biomarkera stresa i njihovo koreliranje s psihološkim pokazateljima, doprinosi se boljem razumijevanju mucanja i njegovog utjecaja na zdravlje djece.

UDC 616.89-008.434:577.17

KEYWORDS: school-age children who stutter, cortisol, amylase, saliva

ABSTRACT – Stuttering is a speech disorder characterised by frequent repetition of voices or syllables, monosyllabic words, prolongation of voices, and blockages. It occurs especially in situations of increased arousal and causes physiological changes. In the pilot study described above, the level of the stress biomarkers cortisol and α -amylase were examined in the saliva of children who stutter. The study involved 12 school children participating in stuttering therapy at the VaLMod Logotherapy Center in Varaždin. Participation in the study was voluntary and anonymous. The results show that the amount of secreted cortisol decreases during the implementation of stuttering therapy, while major changes in the amount of secreted α -amylase were not observed. A comprehensive approach to the study of stress in individuals who stutter, including the measurement of stress biomarkers and their correlation with psychological indicators, could contribute to a better understanding of stuttering and its impact on children's health.

1 Uvod

Stres Hans Selye definira kao nespecifičan tjelesni, fizički i psihološki, odgovor na svaki neuobičajeni zahtjev koji prijeti ravnoteži organizma. Fiziološke reakcije mogu se manifestirati pojačanim rada srca, pluća, povećanom mišićnom napetosti, povišenom razinom šećera u krvi i slično, dok psihološke reakcije mogu biti emocionalne (osjećaji straha, tjeskobe, bijesa, potištenosti) i kognitivne (promjene pozornosti, koncentracije, rasuđivanja). Stres, ovisno o vremenskom trajanju, može biti akutni i kronični. Akutni stres povezna je s naglim promjenama u organizmu koje se nakon prestanka djelovanja stresora brzo smiruju. Kronični stres izaziva izloženost pojedinca dužim neugodnim situacijama te se najčešće manifestira promjenama emocija (Šupe idr., 2011). Prilikom fiziološkog odgovora na izlaganje stresorima dolazi do promjena u živčanom, endokrinom i imunološkom sustavu (McEwen, 1998). Posrednici u biološkim reakcijama uzorkovanim stresom su hormoni i neuroprijenosnici. Stresni podražaji izazivaju aktivaciju simpato-adrenalno-medularne osovine (SAM, engl. sympatho-adrenal medullary-axis) i hipotalamusno-hipofizno-adrenalne osovine (HPA, engl. hypothalamic-

pituitary-adrenocortical-axis) što dovodi do lučenja biomarkera stresa, odnosno bioloških molekula čijom se kvantifikacijom može se odrediti razina prisutnog stresa, poput kortizola, α -amilaze, proupalnih citokina te kateholamina (Batista idr., 2017).

U kontekstu istraživanja stresa, HPA osovina je najšire proučavani neuroendokrini sustav stresa i posljedično je hormon kortizol postao »zlatni standard« biomarkera za procjenu sustavnih fluktuacija HPA. Kortizol je steroidni hormon koji se sintetizira u kori nadbubrežne žlijezde i nastaje uslijed aktivacije HPA sustava. Kortizol ima cirkadijalni ritam lučenja što znači da se razina lučenja mijenja tokom dana; rano ujutro razina kortizola je najviša, dok je oko ponoći ona najniža (Chan i Debono, 2010). Stoga se preporuča prilikom ponavljanja određivanja koncentracije kortizola uzorke uzimati u približno isto doba dana. Biološki uzorci koji se koriste za određivanje količine kortizola su urin, serum, slina i kosa. Urin, serum i slina koriste se u kliničkim laboratorijskim testiranjima dok se kosa koristiti prvenstveno u istraživačke svrhe (Gao idr., 2010). Mjerenjem kortizola u serumu određuje se ukupna količina kortizola (u slobodnom obliku i kao vezanog za proteine). Nedostatak krvi kao biološkog uzorka jest neugodan postupak venepunkcije, potrebni su posebni uvjeti transporta uzorka te mogućnost prenošenja infektivnih bolesti. Određivanje količine kortizola u uzorku mokraće omogućuje dobru procjenu slobodnog hormona te mjerenje koncentracija i njegovih metabolita, ali fiziološki status bubrega utječe na koncentracije kortizola u mokraći. Uzorak sline sve se češće koristi kao biološki uzorka za analizu hormona stresa. Jednostavno i neinvazivno uzimanje uzorka sline povećalo je broj istraživanja vezanih uz aktivnost HPA osovine i lučenje kortizola. Koncentracija kortizola u serumu i slini ukazuje na trenutnu količinu biomarkera stresa te je pogodna za istraživanje akutnog stresa, dok se kosa pokazala pogodnijim matriksom za određivanje količine kortizola kod kroničnog stresa. Prednost kose ako uzorka je neinvazivnost i mogućnost skladištenja uzorak na dulji vremenski period i na sobnoj temperaturi (Russell idr., 2012).

Studije su pokazale da je enzim α -amilaza iz sline dobar biomarker aktivnosti SAM sustava, i promjene razine kateholamina, a koje se manifestiraju tijekom akutnog psihosocijalnog stresa. α -Amilaza je enzim koji se može mjeriti brzo i neinvazivno iz uzorka sline. Stoga se predlaže kao biomarker za pouzdano, neinvazivno i objektivno mjerenje kroničnog psihosocijalnog stresa, odnosno pomoć kod procjene uloge stresa kod razvoja zdravstvenih problema (Vineetha idr., 2014). Posljednjih godina α -amilaza iz sline identificirana je kao valjan i pouzdan marker aktivnosti autonomnog živčanog sustava i stoga se uzima kao važan biomarker u bihevioralnoj medicini (Ali i Nater, 2020).

Mucanje je govorni poremećaj koji je karakteriziran čestim ponavljanjima glasova ili slogova, jednosložnih riječi, produžavanjem glasova i blokadama. Uz navedeno, mogu se pojaviti i sekundarna ponašanja poput tikova, na primjer pretjerano treptanje, nevoljni pokreti glave i/ili udova (Novosel, 1992). Mucanje se javlja periodički, posebno u situacijama povišene uzbuđenosti (pozitivan i negativan stres), koji u tijelu izaziva fiziološke promjene - ubrzava se puls, podiže krvni tlak, poremeti se disanje, za pretpostaviti je da je kod osoba koje mucaju prisutna viša razina kortizola i adrenalina koji održavaju povišenu mišićnu napetost, pogotovo dišnih mišića, mišića larinksa te facijalnih mišića. Točan uzrok mucanja nije poznat. Obiteljske studije pokazale su da postoji genetska predispozicija za razvoj mucanja, no, ne može se zanemariti ni okolinski utjecaj u kojem se nalazi »okidač« (stresan događaj za dijete) koji dovodi do aktiviranja mucanja (Novosel idr., 2000). Mucanje se češće javlja kod djece koja imaju slabije jezične sposobnosti, problem slušnog procesiranja (obrade zvuka), teškoće u praćenju ritma, poremećaja pažnje s i bez hiperaktivnosti te hiperaktivnost. Problem mucanja uvelike utječe na socijalni i psihološki razvoj djeteta, stoga je važno pravovremeno reagirati i pružiti pomoć (Kutnjak idr., 2016).

2 Metodologija istraživanja

U istraživanju su sudjelovala školska djeca (osnova i srednja škola) koja mučaju, u dobi od 10 do 18 godina. Kod ukupno 12 ispitanika (6 muških i 6 ženskih) provedeno je mjerenje biomarkera stresa, α -amilaze i kortizola prije početka provedbe terapije mucanja, na sredini te na kraju terapije. Terapija mucanja je provedena u VaLMod centru u Varaždinu tijekom 12 dana primjene VaLMod programa (Novosel idr., 2000). Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno te provedeno uz pisanu suglasnost roditelja. Biomarkeri stresa analizirani u slini ispitanika. Slina je sakupljena u salivete u prijedopnevnim satima (između 10 i 11 sati) prvog dana (uzorak A), šesti dan (uzorak B) i dvanaesti dan (uzorak C) provođenja terapije mucanja u VaLMod centru Varaždin. Uzorci su kod ispitanika skupljeni 20 minuta nakon izazivanja mucanja (izazivanjem situacija povišene uzbuđenosti). Uzorci sakupljeni u salivetama su istog dana dopremljeni na Sveučilište Sjever u Laboratorij za biomedicinska istraživanja gdje su uzorci centrifugirani (Eppendorf centrifuga) kod 1500 rpm u trajanju od 5 minuta, a kako bi se slina odvojila od vatenog tampona. Dobiveni uzorci sline potom su zamrznuti na -20°C i čuvani do provedbe analiza. Na dan analize uzorci su, kao i reagensi za analizu, otopljeni te su analize provedene kod sobne temperature. Biomarkeri su analizirani pomoću kupovnih kitova postupkom koji je naveden na uputama proizvođača. Za mjerenje kortizola korišten je ELISA kit proizvođača ALPCO i polazni uzorci nisu razrjeđivani, a za mjerenje amilaze korišten je kolorimetrijski kit proizvođača Abcam te su uzorci razrijeđeni 1:200. Optička gustoća uzoraka u mikrotitarskim pločicama mjerena je Tecan mikročitačem; prilikom određivanja kortizola na 450 nm, a prilikom određivanja aktivnosti amilaze mjerenje je provedeno na 405 nm. Dobiveni rezultati obrađeni su u Microsoft Excelu, a statistička analiza provedena pomoću GraphPad Prism programa.

3 Rezultati istraživanja

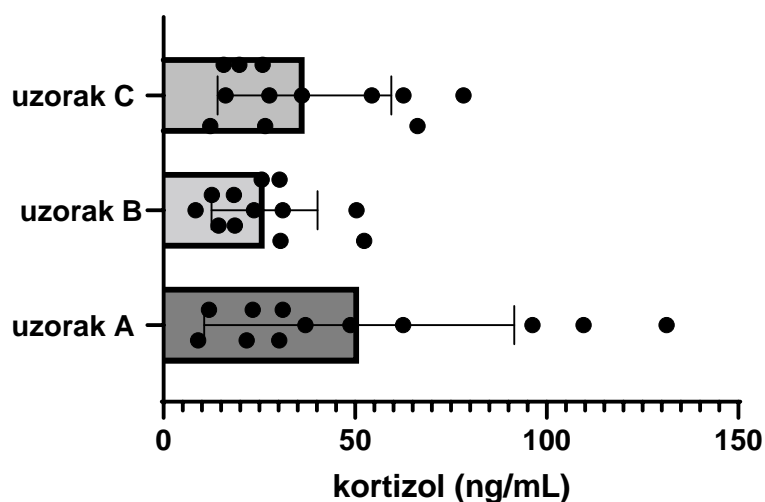
Ispitanici su djeca školskog uzrasta; osnovna škola (5–8 razred) te srednja škola (1–4 razred), s poteškoćama u govoru. Sociodemografske karakteristike ispitanika koji su pristupili terapiji mucanja u ValMod centar logopedija vidljive su u Tablici 1. Raspodjela prema spolu je podjednaka, polovica ispitanika ($n = 6$) je muškog, odnosno ženskog spola ($n = 6$). Ispitanici su starosne dobi između 10,8 (minimalna vrijednost) i 17,6 godina (maksimalna vrijednost). Srednja vrijednost životne dobi ispitanika je 13,6 godina. U Tablici 1 ujedno su prikazane i vrijednosti izmjerenih količina kortizola u uzorcima sline. Uzorkovanja su provedena prvi dan (uzorak A), šesti dan (uzorak B) i dvanaesti dan (uzorka C) provođenja ValMod programa.

Tablica 1: Sociodemografske karakteristike ispitanika i izmjerene vrijednosti kortizola

Ispitanici	Godine	Spol	Kortizol u uzorku A (ng/mL)	Kortizol u uzorku B (ng/mL)	Kortizol u uzorku C (ng/mL)
1	11,8	m	11,9	14,4	15,7
2	12,2	m	48,8	18,6	19,8
3	15,4	ž	9,0	23,6	27,6
4	17,1	ž	96,3	30,3	78,3
5	14,3	ž	30,2	8,4	12,2
6	11,9	ž	31,1	31,1	25,9
7	17,6	m	131,3	30,5	66,3
8	11,4	ž	23,3	18,4	26,5
9	11,8	ž	37,0	52,4	62,6
10	15,8	m	62,5	25,6	36,1
11	12,7	m	109,6	50,4	54,4
12	10,8	m	21,7	12,6	16,2

Usporedbom izmjerenih vrijednosti kortizola (slika 1) vidljivo je da se srednja vrijednost izmjerenih količina prije i nakon terapije mucanja smanjila. Razlika je očita, iako nije statistički značajna. Srednja vrijednost izmjerene količine kortizola iznosila je u skupini A 40,5 ng/mL, u skupini B 13,8 ng/ml te u skupini C 22,6 ng/mL. Temeljem vrijednosti prikazanih u tablici 1. vidljivo je da od ukupno 12 ispitanika, kod njih četvero se bilježi blagi porast kortizola (sivo označeni redci u tablici), dok je kod ostalih ispitanika količina izmjernog kortizola nakon provedene terapije mucanja niža.

Slika 1: Usporedba izmjerenih količina kortizola prije, na polovici te na kraju provedbe terapije mucanje



U prikupljenim uzorcima A, B i C određene su i aktivnosti enzima amilaze. Međutim, nije uočena značajnija promjena u aktivnosti amilaze kod ispitanika. Srednja vrijednost aktivnosti amilaze u skupini A iznosila je 7,3 mU/mL, u skupini B 9,5 mU/mL, a u skupini C 8,4 mU/mL. Kod polovice ispitanika je zabilježena blagi porast u aktivnost amilaze, dok kod preostalih ispitanika je uočeno smanjenje aktivnosti amilaze tijekom provedbe terapije mucanja.

4 Rasprava

Prikazani su preliminarni rezultati istraživanja stresa kod školske djece koja mucaju. VaLmod centar je ustanova koja uspješno dugi niz godina provodi terapiju mucanja u trajanju od dvanaest dana. Tijekom dvanaest dana primjene VaLMod programa u terapiji mucanja, postiže se homeostaza između fiziologije govora i emocija, što ujedno znači postizanje stanja relaksacije i niže razine kortizola i adrenalina. Cilj je ove pilot studije bio izmjeriti biomarke stresa koji ukazuju na aktivnost HPA i SMA osovina. Populacija koja je obuhvaćena ovom studijom jesu djeca školske dobi. Naime, mucanje se najčešće pojavljuje između 2. i 5. godine života. Prema statističkim podacima, učestalost mucanja kreće se oko 2,4 % u vrtićkoj dobi i 1 % u školskoj dobi te se češće javlja kod dječaka nego kod djevojčica. Također se pokazalo da dječaci imaju veću sklonost k razvojno perzistentnom mucanju, za razliku od djevojčica koje se brže oporavljaju (3:1 u školskoj dobi). Neki od prediktivnih faktora oporavka od mucanja su: rana pojava mucanja (prije 3.godine), dobre jezične, fonološke i neverbalne sposobnosti, ženski spol i negativna obiteljska anamneza.

Istraživanja pokazuju da školska djeca koja mucaju u odnosu na skupinu djece koja ne mucaju nema značajnije povišenu razinu biomarkera stresa (Ortega i Ambrose, 2011), međutim rezultati studije učinka mucanja na oksidativni stres pokazali su da su razine oksidativnog stresa kod djece koja mucaju znatno veće nego kod kontrolne skupine (Bilal idr., 2017). Što se tiče analize biomarkera stresa tijekom provođenja terapije mucanja, prema našem saznanju ovo je prva studija provedena u Hrvatskoj. Rezultati izmjerenih vrijednosti kortizola ukazuju da se količina kortizola smanjuje tijekom provedbe terapije mucanja. Nedostaci istraživanja su manji broj ispitanika te će se u nastavku istraživanja razine doživljenog stresa kod djece koja mucaju povećati broj ispitanika. Ujedno će se mjerenje količine biomarkera stresa provoditi učestalije, u više mjernih točaka te će se dobiveni rezultati korelirati s izmjerenim pokazateljima emocionalnog i psihološkog stanja ispitanika. Temeljem dobivenih rezultata moći će se korelirati subjektivni doživljaj stresa i onaj koji je fiziološki doživljen. Dodatno, dokazati će se direktan učinak terapije mucanja na smanjenje stresa i napetosti kod djece. Istraživanjem će dokazati važnost provedbe pravovremene terapije mucanjem kod školske djece, kako bi im se omogućimo daljnji sociološki i psihološki razvoj bez poteškoća. Naime, odrasle osobe koje mucaju pokazuju samostigmu te su osobe s izraženijom samostigmom zbog mucanja izloženi riziku narušavanja zdravlja zbog povećanog stresa i smanjenog zadovoljstva životom (Boyle i Fearon, 2017). Stoga je važno da zdravstveni djelatnici procijene samostigmu osoba koje mucaju i pomognu kod upravljanja iste. Samostigma ima implikacije ne samo na psihološku dobrobit, već i na tjelesno zdravlje.

5 Zaključak

Novija interdisciplinarna istraživanja stresa usmjerena su na bihevioralnu i fiziološku stranu stresnog odgovora. Jedan od segmenata istraživanja fizioloških pokazatelja stresa jest mjerenje količine kortizola i amilaze kao biomarkera stresa u biološkim uzorcima. Obzirom da su metode određivanja koncentracija kortizola i amilaze točne su i validirane, temeljem izmjerenih količina može jasno dobiti uvid u aktivnost HPA i SAM osovina. Analizom izlučenih količina navedenih biomarkera stresa kod djece koje mucaju, doprinosi se boljem razumijevanju učinku mucanja na zdravlje.

LITERATURA

1. Ali, N. i Nater, U. M. (2020). Salivary Alpha-Amylase as a Biomarker of Stress in Behavioral Medicine, *International Journal of Behavioral Medicine* volume 27, 337–342.
2. Batista, P., Pereira, A. i Vaz, A. B. (2017). Salivary biomarkers in psychological stress diagnosis. *ARC Journal of Pharmaceutical Sciences*, 3 (2), 9–18.
3. Bilal, N., Sarica, S., Kurutas, E. B., Findikli, E., Orhan, I., Oner, E., Doganer, A., Sagiroglu, S. i Kilic, M. A. (2017). An evaluation of oxidative and nitrosative stress in children-who-stutter and its relationship to severity. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 99, 17–23.
4. Boyle, M. P. i Fearon, A. N. (2018). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 112–121.
5. Chan, S. i Debono, M. (2010). Replication of cortisol circadian rhythm: New advances in hydrocortisone replacement therapy. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 1 (3), 129–138.
6. Gao, W., Xie, Q., Jin, J., Qiao, T., Wang, H., Chen, L., Deng, H. i Lu, Z. (2010). HPLC-FLU detection of cortisol distribution in human hair. *Clinical Biochemistry*, 43 (7–8), 677–682.
7. Kutnjak, N., Mance, L. i Leko Krhen, A. (2016). Jezične sposobnosti djece koja mucaju. *Logopedija*, 6 (2), 69–74.
8. McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33–44.
9. Novosel, D. (1992). Mucanje i napetost mišića larinksa. *Defektologija*, 28 (1–2), 59-76.
10. Novosel, D., Novosel, T. i Novosel, I. (2000). VaLMod Program : Multidimensional approach to the therapy of stuttering. *Grazer Linguistische Studien*, 53 (1), 111–133.
11. Ortega, A. Y. i Ambrose, N. G. (2011) Developing physiologic stress profiles for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 36 (4), 268–273.
12. Russell, E., Koren G., Rieder, M. i Van Uum, S. (2012). Hair cortisol as a biological marker of chronic stress: Current status, future directions and unanswered questions. *Psychoneuroendocrinology*, 37 (5), 589–601.
13. Šupe, S., Poljaković, Z., Kondić, Lj., Unušić, I. i Alvir, D. (2011). Neurološke osnove stresa i rizik razvoja moždanog udara. *Neurologia Croatica*, 60 (1), 21–28.
14. Vineetha, R., Pai, K. M., Vengal, M., Gopalakrishna, K. i Narayanakurup, D. (2014). Usefulness of salivary alpha amylase as a biomarker of chronic stress and stress related oral mucosal changes – a pilot study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6 (2), e132–e137.

Vrhnji menedžment javnih zdravstvenih zavodov potrebuje specifičen izobraževalni program

UDK 614.21-057.177:37

KLJUČNE BESEDE: vrhnji menedžment, javni zdravstveni zavod, formalno izobraževanje, nov izobraževalni program

POVZETEK - Delovno mesto v vrhnjem menedžmentu od posameznika zahteva široko paleto znanj, pridobljenih s formalnimi ali neformalnimi izobraževanji. Od vrhnjega menedžmenta javnih zdravstvenih zavodov, kamor uvrščamo direktorje zavodov, strokovne direktorje in pomočnike direktorjev za zdravstveno nego se pričakuje, da imajo osnovna znanja s področja ekonomije, menedžmenta, zakonodaje, medicine in zdravstvene nege, v Sloveniji pa trenutno ni formalnega izobraževalnega programa druge stopnje, ki bi zadovoljil in pokrival omenjene vsebinske potrebe. S kvantitativnim pristopom raziskovanja smo izvedli raziskavo, na katero se je od vseh 216 zaposlenih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji odzvalo 146 (67,6 %) zaposlenih, od tega 52 (35,6 %) direktorjev zavodov, 21 (14,3 %) strokovnih direktorjev in 66 (45,2 %) pomočnikov direktorjev za zdravstveno nego, medtem ko jih sedem (4,7 %) svojega položaja ni opredelilo. Ugotovljamo, da zaposleni v vrhnjem menedžmentu izražajo jasno potrebo po specifičnih znanjih, ki jih med lastnim formalnim izobraževanjem, niso pridobili. Kar 96,6 % (141) anketiranih tudi meni, da v Sloveniji potrebujemo nov program ali vsaj kombinacijo obstoječih programov, ki bi vključeval tako vsebine menedžmenta kot ekonomije, zakonodaje, medicine in zdravstvene nege. Menimo, da bi s tem – ob upoštevanju vseh parametrov, potrebnih za oblikovanje novega ali posodobitev obstoječih programov – zapolnili vrzel v znanju zaposlenih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov, ki so odgovorni za kakovostno menedžiranje zavodov in vodenje zaposlenih.

UDC 614.21-057.177:37

KEYWORDS: top management, public health institutions, formal education, new education programme

ABSTRACT – A top management position requires a person to have a wide range of skills acquired through formal or non-formal education. The top management of public healthcare institutions, which includes directors of institutions, professional directors and deputy nursing directors, is expected to have basic knowledge of economics, management, legislation, medicine and nursing, but there is currently no formal second-level educational programme in Slovenia that meets and covers the above content requirements. Using a quantitative research approach, we conducted a survey to which 146 (67.6%) of the 216 top management employees of public healthcare institutions in Slovenia responded. Of these, 52 (35.6%) were directors of institutions, 21 (14.3%) were professional directors, and 66 (45.2%) were deputy directors of healthcare institutions, while seven (4.7%) did not define their position. We find that top management employees express a clear need for specific skills that they did not acquire during their own formal education. 96.6% (141) of respondents also believe that Slovenia needs a new programme, or at least a combination of existing programmes, that includes management content as well as business, law, medicine, and nursing. We believe that taking into account all the parameters required to create a new or update existing programmes, this would fill the knowledge gap of top management of public healthcare institutions, which is responsible for quality management of institutions and management of employees.

1 Uvod

Zaposleni v vrhnjem menedžmentu zdravstvenega zavoda morajo imeti poleg znanj o vodenju še specifične lastnosti in značilnosti, ki jih potrebujejo za dobro delo. Poznati in znati

uporabljati pa morajo tudi osnovna in nekatera specifična znanja s področij ekonomije, zakonodaje, menedžmenta, medicine in zdravstvene nege. Dosedanja prizadevanja, ki so jih v izobraževanje menedžerjev vložile bodisi delovne organizacije v obliki neformalnih izobraževanj bodisi izobraževalne institucije s formalnimi izobraževalnimi programi druge stopnje, niso uspela povsem zadovoljivo izoblikovati programa izobraževanja ali izpopolnjevanja, ki bi pokrival celoten spekter znanj, ki jih zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnega zdravstvenega zavoda potrebuje, znanje vodstvenih delavcev javnih zdravstvenih zavodov pa je za kakovostno delovanje zdravstvenega sistema ključno.

Menedžment v zdravstvu se v primerjavi z menedžmentom v gospodarskih družbah ni razvijal, vloga menedžerja v zdravstvu pa zato podcenjena, še posebej funkcija vodenja. Največji problem pa je verjetno v tem, da za direktorja zdravstvenega zavoda sveti zavodov in ustanovitelji postavljajo dobre zdravnike, ki pa so strokovnjaki na svojem področju, v času svojega izobraževanja pa kljub obširnimi vsebinam z medicinskega področja, niso pridobili nobenih, za vodenje in menedžiranje specialnih znanj. V Sloveniji se - tudi zato, soočamo s situacijo, ko so na vodstvenih delovnih mestih v javnih zdravstvenih zavodih zaposleni profili delavcev, ki v sistemu izobraževanja niso bili (vsaj ne dovolj) seznanjeni z vsebinami, ki bi pokrile vsa potrebna področja, ki so nujna oziroma pomembna za uspešno vodenje zdravstvenega zavoda. Žal je enako bodisi takrat, ko gre za manjše javne zdravstvene zavode, bodisi velike zdravstvene organizacije (bolnišnice) z visokoizobraženo kadrovsko strukturo in najsodobnejšo tehnologijo v zdravstvu, ki pa ravno tako zahteva izjemno usposobljen in sposoben menedžment.

2 Vrhni menedžment javnih zdravstvenih zavodov Slovenije

Iz pregleda vseh 83-tih spletnih strani javnih zdravstvenih zavodov, vključenih v mrežo javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji (Mreža javne zdravstvene službe, 2019, b. s.), ki so na dan 1. 1. 2020 bili dostopni je razvidno, da so najbolj jasna in glede izobrazbene strukture oziroma profila izobrazbe določena delovna mesta strokovnih direktorjev in pomočnikov direktorjev za zdravstveno nego. Vsa mesta strokovnih direktorjev v javnih zdravstvenih zavodih zasedajo zdravniki, torej je njihova izobrazba medicinske smeri, mesta pomočnikov direktorjev za zdravstveno nego pa po osnovni izobrazbi diplomirane medicinske sestre, med njimi pa večina tudi z dokončano izobrazbo druge stopnje po bolonjskem sistemu, kot denimo »Vzgoja in menedžment v zdravstvu«, »Zdravstvena nega«, »Organizacija dela« ali pa »Zdravstveni in socialni menedžment«. Med direktorji pa je glede izobrazbe stanje popolnoma drugačno. V tabeli 1 zato predstavljamo izpis objavljenih, s formalnim izobraževanjem formalno pridobljenih nazivov direktorjev, zapisanih v letnih poročilih, ki so dosegljiva na spletnih straneh zavodov.

Tabela 1: Izobrazbe direktorjev javnih zdravstvenih ustanov v Sloveniji

Zap. št.	Izobrazba (brez specializacij po področjih medicine)	Število
1.	dr. med.	33
2.	mag. ekonomije ali univ. dipl. ekon. ali mag. posl. in ekon. ved	15
3.	Znanstveni magisterij (smer izobrazbe na spletni strani zavoda ni jasno opredeljena)	10
4.	mag. posl. ved in/ali MBA	4
5.	univ. dipl. inž., spec. manag. ali doktorat znanosti in spec. manag. ali mag. manag.	1+1+2
6.	univ. dipl. org. ali univ. dipl. org. dela	2+1
7.	univ. dipl. prav.	3
8.	izobrazba na spletni strani zavoda ni opredeljena	3

9.	doktorat znanosti (smer izobrazbe na spletni strani zavoda ni jasno opredeljena)	3
10.	mag. jav. upr.	2
11.	univ. dipl. soc. ali univ. dipl. socialna delavka	1+1
12.	univ. dipl. biol.	1
	Skupaj	83

Vir: Lasten vir, 2020 (izpisano iz zadnjih objavljenih letnih poročil javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji na dan 1. 1. 2020).

Na delovnem mestu direktorja javnega zdravstvenega zavoda (tabela 1), je torej zaposlenih več kot deset vrst izobrazbenih profilov. Iz tabele 1 je še razvidno, da je na teh delovnih mestih največ (33; 39,8 %) direktorjev z zaključeno medicinsko fakulteto in kasneje specializacijo ene od medicinskih vej, sledi 15 (18,1 %) direktorjev z izobrazbo ekonomske oziroma poslovno ekonomske smeri. Med ostalimi, kjer so izobrazbe opredeljene, je še nekaj diplomantov fakultet za poslovne vede, pravnikov itd., med vsemi pa je 13 (15,7 %) takih, katerih smeri izobrazbe na spletnih straneh zavoda nismo našli ali pa ni jasno opredeljena.

Vsak delavec v vrhnjem menedžmentu, bodisi javnega bodisi zasebnega podjetja oziroma organizacije, mora imeti znanja o vodenju, lastnosti in značilnosti, ki jih vodja potrebuje za dobro delo, poznati mora nekatera osnovna in specifična pravna znanja tudi s področja zdravstva, ekonomije in delovanja javnega zdravstvenega sistema, način vodenja pa bo izbral glede na sodelavce in okolje oziroma delovno organizacijo. Sistem, po katerem deluje zdravstveni ustroj v Sloveniji, je primerljiv z ostalimi državami Evropske unije in je tako kot drugod zapleten. Da bi bil direktor nekega zdravstvenega zavoda uspešen, mora za kakovostno opravljanje svojega dela imeti znanja iz več področij.

Raziskava, ki sta jo izvedli Wongova in Giallonardova (2013, str. 750) pokaže, da menedžerji s poudarjanjem preglednosti in uravnoteženosti postavijo visoke etične standarde v svojih interakcijah z medicinskimi sestrami in jih obravnavajo kot enakovredne partnerje, s čimer povečujejo zaupanje. Hkrati se povečuje delovno sodelovanje in izboljša izvedba dela. Kot pravi Kramar Zupanova (2009, str. 88), morajo menedžerji v zdravstvu »obvladovati stroške in hkrati povečevati učinkovitost dela, tako da se kljub omejeni rasti prihodkov povečujejo kakovost, obseg in raznolikost zdravstvenih storitev«, in nadaljuje, da morajo poleg tega imeti »multidisciplinarno znanje s področja sociologije, ekonomije, statistike, matematike, psihologije, organizacije in drugih ved.« Vloga današnjega zdravstvenega menedžerja oziroma direktorja zdravstvenega zavoda kot takega je, kot pravi Madden (2015, str. 42), da se v osnovi razvija skupaj z organizacijo. Premikati se mora v smeri od zagotavljanja oskrbe, ki temelji na prevzemanju odgovornosti za nego, do odziva na zdravstvene reforme, upad plačil, hkrati pa je vseeno pri poslovanju stroškovno učinkovit.

Zelo pomembno torej je, da ima vodja, v našem primeru zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov široko paleto znanj, saj le tako lahko proaktivno sodeluje na vseh področjih dela, v vseh postopkih od problema do rešitve. Prepričani smo, da so poleg vseh znanj, ki bi direktorjem javnih zdravstvenih zavodov prišli pri delu prav, torej pravnih, menedžerskih, ekonomskih, medicinskih in zdravstveno negovalnih, prepotrebna tudi andragoška in didaktična znanja, saj gre pri celotnem procesu tudi za upravljanje z odraslimi osebami in vpetostjo v vseživljenjsko učenje.

3 Formalno izobraževanje v Sloveniji za namen menedžiranja zdravstvenih organizacij

Ob pregledu obstoječega stanja in izpisa izobrazb vseh zaposlenih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji ugotavljamo, da so, predvsem direktorji, zaključevali

študij zelo različno in da ne obstaja enoten program, ki bi ga obiskovali vsi zaposleni na mestih direktorjev, temveč je pomembno le izpolnjevanje razpisnih pogojev, ki pa, če med njimi potegnemo vzporednico zahtevajo le univerzitetno izobrazbo, najmanj pet let delovnih izkušenj, dokazilo o nepravnomočni obsojenosti za naklepno kaznivo dejanja in znanje enega svetovnega jezika.

Razpis, ki pa je bil že leta 2017 objavljen za eno od javnih bolnišnic v Afganistanu (Jalalabadu) pa med pogoji navaja znanje z upravljanjem bolnišnic, magisterij na področju javnega zdravja ali upravljanja bolnišnic, poznavanje razvoja zdravstvenih sistemov in področja reforme zdravstvenega sektorja, spretnosti na področju usposabljanja, spretnosti na področju upravljanja s proračunom in poročanja, medosebna, terenska in vodstvena sposobnost ter spretnost reševanja sporov ter nekatera druga znanja, ki so specifična za področje, za katero velja razpis, kot je afganistanska nacionalnost, izkušnje z nevladnimi organizacijami idr. (UN Jobs, 2017).

V nobenem od pregledanih razpisnih pogojev v statutih petih največjih javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji (Statut Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, 28. člen, 2007; Statut UKC Maribor, 24. člen, 2018; Statut Splošne bolnišnice Celje, 27. člen, 2017; Spremembe in dopolnitve statuta zdravstvenega doma Ljubljana, 2019; Statut Splošne bolnišnice Novo mesto, 21. člen, 2003) ni zaslediti zahteve, kot so denimo magisterij na področju javnega zdravja, upravljanja bolnišnic, spretnosti usposabljanja ali česar podobnega. Da ima kandidat verificirana znanja iz upravljanja ima denimo v razpisu pogoj le SB Novo mesto.

Pregledali in analizirali pa smo tudi vse predmetnike in kurikulume posameznih predmetov, ki so vsaj z imenom povezani z menedžmentom v zdravstvenih organizacijah. Vsebine vseh programov so na nek način primerljive, vendar se po našem mnenju v vsakem programu pojavi nekaj novega, kar bi bilo dobro, da poslušajo vsi, ki se ukvarjajo z menedžmentom v zdravstvenih organizacijah (obširnejša analiza predmetnikov je predstavljena v doktorski disertaciji avtorja prispevka). Po pregledu predmetnikov različnih fakultet univerz v Republiki Sloveniji na splošno ugotavljamo, da je veliko možnosti za izobraževanje na posameznih področjih, torej področju medicine, zakonodaje, ekonomije, zdravstvene nege in menedžmenta, ki smo jih za namen naše raziskave malo bolj podrobno pregledali. To je seveda dobro, vendar kaj kmalu ugotovimo, da noben študijski program ne pokriva vseh znanj, ki bi jih po našem mnenju morali zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih ustanov, pri tem pa mislimo predvsem poslovne direktorje. Po našem mnenju sta samo študijska programa 2. stopnje Management v zdravstvu in socialnem varstvu (Management v zdravstvu in socialnem varstvu, b. d.), ki ga izvajata Fakulteta za zdravstvene vede in Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru ter študijski program Vzgoja in menedžment v zdravstvu, ki ga izvaja Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu (Vzgoja in menedžment v zdravstvu, b. d.), še najbolj blizu programu, za katerega menimo, da bi ga vsak zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov, moral zaključiti. Tudi pri njiju pa med obveznimi vsebinami ne najdemo vseh petih področij, torej medicine, zdravstvene nege, zakonodaje, ekonomije in menedžmenta.

Ker tudi med izobraževalnimi institucijami velja tiha borba za prevlado ne verjamemo, da bi se lahko fakultete med seboj povezale in ponudile skupni, vsebinsko prilagojen program, ki bi izpolnjeval naša pričakovanja. Zato je bil cilj naše raziskave, da v izobraževalnem sistemu ponudimo nov izobraževalni program oziroma nov model kurikuluma, kjer bi ta znanja lahko pridobili po vzoru nekaterih drugih evropskih in svetovno priznanih izobraževalnih institucij, kot so Hoboken, New Jersey – Stevens – Institute of technology, Boston, Harvard T. H. CHAN, School of public health, Zürich – Robert Kennedy College ali London – Imperial College Busines School – Centre for HEALTH Economics & Policy Innovation, ko so zgoraj omenjene

vsebine že del izobraževalnega programa, namenjenega menedžerjem zdravstvenih organizacij (Laznik, 2021, str. 95).

4 Metode

Namen raziskave je opredeliti potrebo in željo po novem, specifičnem programu, ki bo namenjen izobraževanju vrhnjega menedžmenta v javnih zdravstvenih zavodih Slovenije. Cilji raziskave so bili opredeliti kriterije, po katerih se vodstveni delavci za izobraževanja odločajo ter ugotoviti pomanjkljivosti v njihovem primarnem znanju, glede na izobrazbo ter potrebo po dodatnem, specifično oblikovanem izobraževalnem programu, ki bi ga vodstveni delavci izbrali, da bi njihovo delo bilo kakovostnejše.

4.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri raziskovanju smo uporabili deskriptivno, kavzalno neeksperimentalno metodo raziskovanja uporabili pa metodo kompilacije in deskripcije. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, anketni vprašalnik pa pripravili s pomočjo spletnega orodja www.1ka.si.

4.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda vseh kurikulumov izobraževanj, ki so jih vodstveni delavci v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji po naših podatkih dokončali. Za izhodišče in osnovo za oblikovanje anketnega vprašalnika smo z dovoljenjem avtorice (Starc, 2008) uporabili vprašalnik, ki ga je uporabila pri svoji raziskavi in ga priredili za naše potrebe. Avtorica je proučevala vrhnji menedžment slovenskih menedžerjev, mi pa smo v naši raziskavi proučevali vrhnji menedžment javnih zdravstvenih zavodov Slovenije. Vprašalnik vsebuje več vsebinskih sklopov, ki med seboj niso ločeni, temveč se smiselno navezujejo. Najprej so anketirani izpolnili sociodemografska vprašanja (spol, starost, izobrazba, število let delovne dobe, trenutno delovno mesto, število let delovne dobe na tem delovnem mestu ...), sledila pa so vprašanja, vezana na kurikulum dokončane izobrazbe, lastna opažanja o pomanjkljivostih v znanjih, ki bi jih po njihovi oceni za to delovno mesto in lažji začetek potrebovali, oceno kriterijev, po katerih se za izobraževanja odločajo, ocena primernosti izobrazbe za delovno mesto direktorja zavoda, na koncu pa so opredelili potrebo po specifično usmerjenem formalnem izobraževanju za funkcijo vodstvenega delavca v javnem zdravstvenem zavodu.

4.3 Opis vzorca

Ob pregledu stanja zaposlenih v vrhnjem menedžmentu vseh javnih zavodov, ki so bili na dan 1. 1. 2019 vključeni v mrežo javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji (Mreža javne zdravstvene službe, 2019, b. s.), smo ugotovili, da bi celotni vzorec, ki smo ga v raziskavo želeli vključiti predstavljal 216 zaposlenih. Od tega je v vrhnjem menedžmentu zaposlenih 83 direktorjev zavodov, od katerih jih 32 (38,6 %) opravlja »dvojno« funkcijo (določeni manjši zavodi imajo direktorja, ki opravlja poslovni in strokovni del, vendar je to še vedno direktor zavoda), 51 je strokovnih direktorjev in 82 pomočnikov direktorja za zdravstveno nego.

Na našo anketo je v popolnosti odgovorilo 146 (67,6 %) vseh zaposlenih v vrhnjem menedžmentu, od tega 108 (74 %) in 38 (26 %) moških. Največ (65; 44,5 %) anketiranih je iz starostne skupine 41-50 let, najmanj (2; 1,4 %) pa iz starostne skupine do 30 let. 97 (66,4 %) anketiranih je iz primarnega, 38 (22,6 %) iz sekundarnega in 11 (7,5 %) iz terciarnega nivoja zdravstvenih organizacij. Med anketiranimi je bilo največ (63; 43,2 %) tistih, ki imajo skupne delovne dobe med 21 in 30 let in tistih, ki so na vodilnem delovnem mestu do 10 let (79; 54,1 %). 92 (63 %) anketiranih je, ob primerjavi z Zakonom o gospodarskih družbah

(ZGD-1) zaposlenih v srednjih družbah, kjer je zaposlenih med 51 in 250 delavcev, tretjina (49; 33,6 %) pa iz zdravstvenih zavodov, kjer je zaposlenih nad 251 delavcev in po ZGD-1 spadajo v velike družbe. Med vsemi 146 anketiranimi je bilo na mestu direktorja zavoda ali direktorja in strokovnega direktorja v eni osebi, kjer je skupaj zaposlenih 52 anketiranih zaposlenih največ (18; 34,6 %) z ekonomsko izobrazbo in kar (15; 28,8 %) tistih, ki imajo medicinsko izobrazbo. Na mestu strokovnega direktorja imajo vsi anketirani medicinsko izobrazbo (21; 100 %), na delovnem mestu pomočnika direktorja za zdravstveno nego, pa je med anketiranimi največ (56; 91,8 %) tistih, ki imajo izobrazbo s področja zdravstvene nege.

4.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

1. junija 2020 smo začeli s pošiljanjem spletnega anketnega vprašalnika na vse zbrane e-poštno naslove, ki smo jih pridobili s spletnih strani vsakega posameznega zdravstvenega zavoda, ki je na dan 1. 1. 2019 bil vključen v Mrežo javnih zdravstvenih zavodov Republike Slovenije. Anketiranje smo zaključili 31. decembra 2020, ko smo anketo po štirih opomnikih zaprli. Podatke smo nato prenesli in uredili v statističnem programu SPSS 25.0.

5 Rezultati

Tabela 2: Ocena kriterijev, ki vplivajo na odločitev za dodatna izobraževanja

Kriterij	<i>f</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	\bar{x}	<i>SO</i>
skladnost usposabljanja/izobraževanja s ciljem in strategijo organizacije	146	1	5	4,51	0,65
finančna sredstva delovne organizacije	146	1	5	3,84	0,96
podpora sodelavcev	146	1	5	3,30	1,01
reševanje konkretnih problemov pri vašem delu	146	1	5	4,41	0,72
reševanje nezadovoljstva zaposlenih	146	1	5	4,03	0,94
zaostajanje za konkurenco	146	1	5	3,39	1,13
reorganizacija	146	1	5	3,68	1,04
nova zakonodaja	146	1	5	3,99	0,96
nove metode dela	146	1	5	4,27	0,78
nove tehnologije dela	146	1	5	4,15	0,82
kritičen odnos do do sedaj pridobljenega znanja	146	1	5	3,76	0,96
pomanjkanje temeljnih spretosti	146	1	5	3,38	1,08
individualna ocena potreb po izobraževanju	146	1	5	4,01	0,92
motivacija	146	1	5	4,01	0,91
prosti čas	146	1	5	3,19	1,10
imidž	146	1	5	2,48	1,12
reference izobraževalne institucije	146	1	5	3,66	0,99
cena izobraževalne storitve	146	1	5	3,76	0,89
bližina izvajanja izobraževanja	146	1	5	3,25	1,02
ustrezna časovna izvedba izobraževanja	146	1	5	3,69	0,89
ustrezni prostori izobraževanja	146	1	5	3,14	1,04
ustreznost učne vsebine	146	1	5	4,44	0,73
privlačne metode poučevanja	146	1	5	4,06	0,93
privlačne organizacijske oblike izobraževanja	146	1	5	3,96	0,87
ustreznost učnega gradiva (materiali in pripomočki)	146	1	5	3,89	0,92
strokovni profil izvajalcev	146	1	5	4,17	0,83
strokovne (znanstvene) reference izvajalcev	146	1	5	4,01	0,92
uporabnost pridobljenih znanj za svoje delo	146	1	5	4,68	0,59
možnost nadgrajevanja znanja	146	1	5	4,38	0,78
možnost vplivanja na potek izobraževanja	146	1	5	3,48	0,86
možnost evalvacije (ocene) učne vsebine po končanem procesu izobraževanja	146	1	5	3,50	0,96
možnost testiranja znanja pred začetkom izobraževanja	146	1	5	3,14	0,97

testiranje znanja po končanem izobraževanju	146	1	5	3,29	1,02
kontaktiranje z udeleženci po izobraževanju	146	1	5	3,70	1,03

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

V sklopu odgovorov, ki so predstavljeni v tabeli 2, smo od anketirancev pridobili oceno kriterijev, po katerih se na splošno odločajo za kakršno koli izobraževanje. Ugotavljamo, da je anketirancem najpomembnejša uporabnost pridobljenih znanj za njihovo delo ($\bar{x} = 4,68$), sledi pa kriterij o skladnosti usposabljanja/izobraževanja s ciljem in strategijo njihove organizacije ($\bar{x} = 4,51$). Za oba kriterija lahko torej zapišemo, da sta med seboj zelo tesno povezana.

Nekoliko nižjo oceno pa so dobili kriteriji o ustreznosti učnih vsebin ($\bar{x} = 4,44$), reševanje konkretnih problemov pri njihovem delu ($\bar{x} = 4,41$) in možnost nadgrajevanja znanja ($\bar{x} = 4,38$). Pet najnižje ocenjenih kriterijev za to, da so se anketiranci odločili za izobraževanje, pa so kriterij bližine izvajanja izobraževanja ($\bar{x} = 3,25$), prosti čas ($\bar{x} = 3,19$), možnost testiranja znanja pred začetkom izobraževanja in ustrezni prostori izobraževanja ($\bar{x} = 3,14$), najslabše je bil ocenjen kriterij imidž ($\bar{x} = 2,48$).

Tabela 3: Področja, kjer se vodstveni delavci najpogosteje dodatno izobražujejo

Področje	<i>f</i>	<i>f</i> %
medicina	53	36,3
zdravstvena nega	70	47,9
zakonodaja	87	59,6
ekonomija in nabava	70	47,9
menedžment	23	15,8
izobraževanj se ne udeležujem	1	0,7
drugo	0	0

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Pri anketnem vprašanju o področjih (tabela 3), na katerih so se ali pa se anketiranci še dodatno izobražujejo, so med ponujenimi odgovori lahko izbrali več odgovorov. Zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov se največkrat odločajo za izobraževanja na področjih z vsebinami zakonodaje (87; 59,6 %), sledijo izobraževanja z vsebinami ekonomije in nabave (70; 47,9 %), zdravstvene nege (70; 47,9 %), medicine (53; 36,3 %) in menedžmenta (23; 15,8 %), kar pa se nam glede na pomembnost funkcije, ki je zelo menedžersko usmerjena, zdi zelo malo. Zakaj je en anketiranec (0,7 %) izbral, da se izobraževanj ne udeležuje, v prejšnjih odgovorih pa tega ni izrazil, ne vemo, a menimo, da gre za napačno označen odgovor, zato odgovoru posebne pozornosti ne bomo namenjali.

Tabela 4: Primernost izobrazbe za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda, glede na trenutno ponudbo v izobraževalnem sistemu

Vprašanje	Odgovor	<i>f</i>	<i>f</i> %
Katera izobrazba bi bila po vašem mnenju glede na trenutno ponudbo v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda najprimernejša?	izobrazba pravne smeri	8	5,5
	izobrazba ekonomske smeri	16	11,0
	izobrazba medicinske smeri	21	14,4
	izobrazba menedžmentske smeri	85	58,2
	izobrazba zdravstveno negovalne smeri	2	1,4
	drugo	14	9,6
	skupaj	146	100,0

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Ugotavljamo (tabela 4), da večina vodstvenih delavcev, zaposlenih na različnih položajih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov, meni, da bi bila izobrazba menedžmentske smeri najprimernejša oblika izobraževanja glede na trenutno ponudbo v

izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda (85; 58,2 %), so pa tudi ostale izobraževalne smeri skupaj pridobile več kot 40 % (61; 41,8 %).

Tabela 5: Opredelitev novega izobraževanja, ki bi za potrebe delovnega mesta direktorja javnega zdravstvenega zavoda imel najustreznejši program

<i>Vprašanje</i>	<i>Odgovor</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Kakšen bi moral biti po vašem mnenju nov izobraževalni program, ki bi ustrežal potrebam in znanjem, ki jih vodstveni delavec v javnem zdravstvenem zavodu potrebuje?	izobrazba pravne smeri	39	26,7
	izobrazba ekonomske smeri	50	34,2
	izobrazba medicinske smeri	50	34,2
	izobrazba menedžmentske smeri	83	56,8
	izobrazba zdravstveno-negovalne smeri	19	13,0
Kaj menite o kombinaciji različnih smeri oziroma oblikovanju novega izobraževalnega programa?	s kombinacijo različnih smeri se ne strinjam	5	3,4
	oblikovati bi bilo treba popolnoma nov izobraževalni program, ki bo zajemal vse omenjene tematike	45	30,8
	drugo	3	2,1

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Anketirance smo na koncu vprašali še za mnenje o tem, ali bi bila za delovno mesto direktorja potrebna uvedba novega izobraževalnega programa, morda kot kombinacija vseh trenutnih izobraževalnih smeri, boljša. 45 (30,8 %) jih meni, da bi bilo najbolje pripraviti nov študijski program. Iz tabele 27 je razvidno, da sicer res največ glasov anketiranci še vedno namenjajo pomenu izobraževanja z vsebinami s področja menedžmenta (83; 56,8 %), vendar pomembnost pripisujejo tudi ostalim vsebinam. Tako za vsebine s področja ekonomije kot vsebine s področja medicine po 50 (34,2 %) anketirancev meni, da so za delovno mesto direktorja pomembne, 39 (36,7 %) jih poudarja pomen zakonodaje, 19 (13,0 %) pa zdravstveno-negovalne vsebine (tabela 5).

6 Razprava

Za potrditev teze, da za kakovostnejše delo zaposlenih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov potrebujemo specifičen izobraževalni program, smo z rezultati ankete najprej ugotovili, da se zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov največkrat odločajo za izobraževanja na področjih z vsebinami zakonodaje (87; 59,6 %), sledijo izobraževanja z vsebinami ekonomije in nabave (70; 47,9 %), zdravstvene nege (70; 47,9 %), medicine (53; 36,3 %) in menedžmenta (23; 15,8 %) (tabela 3).

O sami primernosti izobrazbe, pa smo med anketiranimi želeli najprej preverite delovno mesto direktorja javnega zdravstvenega zavoda. Z odgovori pa takoj prišli do nekoliko kontradiktorne ugotovitve.

Tabela 6: Primernosti izobrazbe iz trenutne ponudbe izobraževalnih programov za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda

			Katera izobrazba bi bila po vašem mnenju glede na trenutno ponudbo v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda najprimernejša?						
			izobrazba pravne smeri	izobrazba ekonomske smeri	izobrazba medicinske smeri	izobrazba menedžmentske smeri	izobrazba zdravstveno negovalne smeri	drugo	Skupaj
Položaj v delovni sredini	direktor	f	3	6	4	21		5	39
		%	7,7 %	15,4 %	10,3 %	53,8 %	0,0 %	12,8 %	100,0 %
	direktor in strokovni direktor v eni osebi	f	0	1	5	5	0	2	13
		%	0,0 %	7,7 %	38,5 %	38,5 %	0,0 %	15,4 %	100,0 %
	strokovni direktor	f	1	0	6	13	0	1	21
		%	4,8%	0,0%	28,6 %	61,9 %	0,0 %	4,8 %	100,0 %
	pomočnik direktorja za zdravstveno nego drugo	f	4	9	6	41	2	4	66
			%	6,1 %	13,6 %	9,1 %	62,1 %	3,0 %	6,1 %
		f	0	0	0	5	0	2	7
			%	0,0 %	0,0 %	0,0 %	71,4 %	0,0 %	28,6 %
Skupaj	f	8	16	21	85	2	14	146	
	%	5,5 %	11,0 %	14,4 %	58,2 %	1,4 %	9,6 %	100,0 %	

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Zaposleni v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov (tabela 6), ne glede na položaj v vrhnjem menedžmentu opredeljujejo, da bi bila izobrazba menedžmentske smeri najprimernejša oblika izobraževanja glede na trenutno ponudbo v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda (85; 58,2 %), so pa tudi ostale izobraževalne smeri skupaj pridobile več kot 40 % (61; 41,8 %). Z uporabo Kullbackovega χ^2 testa, smo nadalje še ugotovili, da med našimi anketiranimi vodstvenimi delavci, zaposlenimi na različnih položajih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov glede na trenutno ponudbo v izobraževalnem sistemu., ne obstajajo statistično značilne razlike pri opredeljevanju najprimernejše izobrazbe za funkcijo direktorja javnega zdravstvenega zavoda ($\chi^2 = 28,522$; $df = 20$; $p = 0,098$).

Avtorji (Kovač in Maze, 2019; Kramar Zupan in Erjavec, 2020; Laznik, 2021) so v svojih raziskavah jasno opredelili, da v slovenskem izobraževalnem sistemu trenutno ni izobraževalnega programa, ki bi bil namenjen zaposlenim v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov in bi zajemal vsa potrebna znanja za kakovostno opravljanje funkcije in pridobivanju menedžmentskih kompetenc, za katera trdijo, da bi jih moral tak zaposleni imeti.

Nas pa je zato zanimalo, dali bi morda v Sloveniji morali pripraviti program, ki bi bil kombinacija obstoječih programov ali pa oblikovati popolnoma novega

Samo pet (3,42 %) anketirancev se je opredelilo (tabela 5), da se s kombinacijo trenutnih izobraževalnih programov ne strinja, med ostalimi 141 (96,6 %), pa jih kar 45 (30,8 %) celo meni, da bi bilo treba oblikovati popolnoma nov izobraževalni program, ki bi zajemal vsebine

iz vseh petih omenjenih izobraževalnih smeri, torej pravne, ekonomske, medicinske, menedžmentske in zdravstveno-negovalne smeri.

Za odgovore na vprašanje »Ali bi bila kombinacija vsebin trenutne ponudbe v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda primerna?«, smo zaradi transparentnosti ugotovitev izvedli še s Kruskal - Wallisov test in preverili, ali se morda, glede mnenja o morebitni kombinaciji vsebin trenutne ponudbe v izobraževalnem sistemu med zaposlenimi v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov ne glede na delovno mesto pojavljajo statistično značilne razlike.

Tabela 7: Mnenje vodstvenih delavcev o primernosti kombinacije vsebin iz trenutne ponudbe izobraževanj

<i>Vprašanje</i>	<i>Položaj v delovni sredini</i>	<i>Primernost kombinacije vsebin iz trenutne ponudbe izobraževanj</i>			
		<i>N</i>	<i>Povprečje ranga</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Ali bi bila morda kombinacija trenutne ponudbe v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda primernejša?	(poslovni) direktor	39	66,73	6,223	0,183
	(poslovni) direktor in strokovni direktor v eni osebi	13	84,58		
	strokovni direktor	21	75,02		
	pomočnik direktorja za zdravstveno nego	66	71,62		
	drugo	7	103,79		
	skupaj	146			

*H = Kruskal-Wallis test; p = statistična značilnost

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Iz tabele 7 je torej razvidno, da med vodstvenimi delavci v javnem zdravstvenem zavodu ne obstajajo statistično značilne razlike pri opredeljevanju o morebitni kombinaciji trenutne ponudbe v izobraževalnem sistemu za opravljanje funkcije direktorja javnega zdravstvenega zavoda ($p > 0,05$).

7 Zaključek

Iz pregleda izobraževalnih programov, ki v slovenskem izobraževalnem sistemu za področje vodenja v javnem zdravstvenem sistemu že obstajajo ali bolje ne obstajajo ter ocen naših anketirancev ugotavljamo, da so spremembe na področju izobraževanja zaposlenih v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov nujne.

Ugotavljamo namreč, da je anketirancem najpomembnejša uporabnost pridobljenih znanj za njihovo delo in kriterij o skladnosti usposabljanja/izobraževanja s ciljem in strategijo njihove organizacije. Zaposleni v vrhnjem menedžmentu se sicer res dodatno izobražujejo, a predvsem na njihovih strokovnih področjih, ki izhaja iz njihove smeri izobrazbe, rezultati pa jasno kažejo na to, da se ne izobražujejo in ne pridobivajo potrebnih znanj na specifičnih področjih, za katera pa sami jasno trdijo, da bi jih zaposleni v vrhnjem menedžmentu moral imet. Izobraževanja izbirajo predvsem po načelu uporabnost pridobljenih znanj za njihovo delo in skladnosti usposabljanja/izobraževanja s ciljem in strategijo njihove organizacije Zavedajo pa se tudi primernosti izobrazbe za delovno mesto direktorja javnega zdravstvenega zavoda, saj kot najprimernejšo opredeljujejo menedžmentsko, teh pa je na položaju direktorja zdaj zelo malo.

Glede na ugotovitve lahko torej zapišemo, da bomo za potrebe izobraževanja vodstvenih delavcev v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov v prihodnosti morali pripraviti

izobraževalni program, ki bo primeren za vse zaposlene v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov.

Seveda pa se tovrstnega programa zaradi majhnega števila zaposlenih po posameznem delovnem mestu v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih zavodov tako finančno kot tudi časovno, vsebinsko in kadrovske, ne da prilagoditi in pripraviti za vsako delovno mesto posebej. Zato smo z ugotavljanjem statistično značilni razlik v mnenju posameznikov na vseh treh delovnih mestih ugotovili, da bo na ta način pripravljen program primeren za vse zaposlene v vrhnjem menedžmentu javnih zdravstvenih.

Zato menimo, da bi po vzoru socialno varstvenih zavodov morali za zaposlene v vrhnjem menedžmentu v bolnišnicah in zdravstvenih domovih pred nastopom ali takoj po nastopu funkcije vpeljati obvezno izobraževanje z vsebinami zakonodaje, ekonomije, menedžmenta, medicine in zdravstvene nege, s tem pa bi zagotovo zapolnili vrzel v znanju in dvignili kakovost menedžiranja bolnišnic in zdravstvenih domov na višji nivo.

LITERATURA

1. Kovač, J. in Maze, H. (2019). Raziskava managerskega dela v zdravstvenih organizacijah. V R. Rozman, J. Kovač, B. Filej in A. Robida (ur.), Management v zdravstvenih organizacijah (str. 45–60). Ljubljana: Lexpera, GV Založba.
2. Kramar Zupan, M. (2009). Menedžment vs. vodenje. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
3. Kramar Zupan, M. in Erjavec, K. (2020). Kompetence in potrebe po izobraževanju direktorjev slovenskih bolnišnic. Didactica Slovenica – Pedagoška obzorja, 35 (1), 114–131. Pridobljeno s http://www.pedagoska-obzorja.si/revija/Vsebine/PDF/DSPO_2020_35_01.pdf.
4. Laznik, G. (2021). Model kurikuluma izobraževanja vodstvenih delavcev javnih zdravstvenih zavodov Slovenije (Doktorska disertacija). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Madden, M. (2015). Soft-leadership competencies for today's healthcare finance executives. Healthcare financial management, 69 (5), 42–45.
6. Management v zdravstvu in socialnem varstvu. (b. d.). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru. Pridobljeno s <https://fov.um.si/sl/studij/magistrski-studij/management-v-zdravstvu-socialnem-varstvu>.
7. Mreža javne zdravstvene službe. (2019). Republika Slovenija. Pridobljeno s <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/>.
8. Spremembe in dopolnitve statuta Zdravstvenega doma Ljubljana. (2019). Ljubljana: ZD Ljubljana. Pridobljeno s https://www.zd-lj.si/zdlj/images/spremembe_in_dopolnitve_statuta_2019_skupaj.pdf.
9. Starc, J. (2008). Razvoj modela kurikuluma izobraževanja in usposabljanja slovenskih menedžerjev, zaposlenih v gospodarstvu (Doktorska disertacija). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
10. Statut Splošne bolnišnice Celje. (2017). Celje: SB Celje. Pridobljeno s <https://www.sb-celje.si/media/files/dokumenti/Statut/Statut-Splosne-bolnisnice-Celje.pdf>.
11. Statut Splošne bolnišnice Novo mesto. (2003). Novo mesto: SB Novo mesto. Pridobljeno s <https://www.sb-nm.si/datoteke/katalogKategorija/b8kmtzme-statut-splosne-bolnisnice-novo-mesto.pdf>.
12. Statut Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. (2007). Ljubljana: UKC Ljubljana. Pridobljeno s <https://www.kclj.si/dokumenti/statut.pdf>.
13. Statut Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. (2018). Maribor: UKC Maribor. Pridobljeno s https://www.ukcmb.si/media/imported/fileadmin/INFO_javnega_znacaja/2018/Statut_Univerzitetnega_klinicnega_centra_Maribor2018.pdf.
14. UN Jobs. (b. d.). Pridobljeno s <https://unjobs.org/vacancies/1254936243439>.

15. Vzgoja in menedžment v zdravstvu. (b. d.). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno s https://fzv.uni-nm.si/programi_2_stopnje/vzgoja_in_menedzment_v_zdravstvu/.
16. Wong, A. in Giallonardo, L. M. (2013). Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21 (5), 740–752. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1111/jonm.12075>

Genetic Factors Involved in the Pathogenesis of Pregnancy Loss

UDC 618.39-021.59:575.1

KEYWORDS: pregnancy loss, genes, variants of genes, genomic approach, exome sequencing

ABSTRACT - Etiology and pathophysiology of pregnancy loss (PL) remain unclear. On the one hand, the uterine, autoimmune, endocrine, metabolic, abnormal karyotype, antiphospholipid syndrome and thrombophilia factors are relatively well researched. On the other hand, the insufficiently known genetic factors attract much attention. Therefore, the aim of this review was to assess and summarise the current literature data on genetic factors involved in PL. Articles available in PubMed, Embase and Google Scholar were analysed using the keywords: pregnancy loss, miscarriage, genetic etiology of miscarriages, reporting genes and variants identified by exome sequencing, Sanger and Next-generation sequencing. We selected a few groups of genes associated with the following: chromosome abnormalities, genetic disorders, inflammatory and immune processes, thrombophilia, placental function, hormonal and detoxification systems. Fetal chromosomal abnormalities are the main cause of early PL. Genetic variants appear to be associated with an increased risk of PL. Genome sequencing of couples with PL could improve early detection of risk factors associated with certain obstetric complications in planned pregnancies.

UDK 618.39-021.59:575.1

KLJUČNE BESEDE: spontani splav, genetski dejavniki, različice genov, genomski pristop, sekvenciranje eksoma

POVZETEK - Etiologija in patofiziologija spontanega splava še vedno ostajata nejasna. Po eni strani so razmeroma dobro raziskani maternični, avtoimunski, endokrini in presnovni dejavniki, nenormalni kariotip, antifosfolipidni sindrom in trombofilija. Po drugi strani pa veliko pozornost pritegnejo premalo poznani genetski dejavniki. Zato je bil cilj tega pregleda sinteza objavljenih podatkov o genetskih dejavnikih, povezanih s splavom. Članki, ki so na voljo v PubMed, Embase in Google Scholar, so bili analizirani z uporabo ključnih besed: izguba nosečnosti, spontani splavi, genetska etiologija spontanega splava, poročanje o genih in različicah, identificiranih s sekvenciranjem eksoma, Sanger sekvenciranjem in naslednjo generacijo sekvenciranja. Izbrali smo nekaj skupin genov, povezanih s: kromosomskimi nepravilnostmi, genetskimi motnjami, vnetnimi in imunskimi procesi, trombofilijo, funkcijo placent, hormonskim in razstrupljevalnim sistemom. Fetalne kromosomske nepravilnosti so glavni vzrok za zgodnje spontane splave. Raziskave kažejo, da so nekatere genetske različice povezane s povečanim tveganjem za spontani splav. Genomsko sekvenciranje parov bi lahko izboljšalo zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, povezanih s specifičnimi porodniškimi zapleti pri načrtovanih nosečnostih.

1 Introduction

The spontaneous loss of a pregnancy before 12 week is called an early pregnancy loss (PL), while from 12 to 24 week, late PL of gestation. Before 20 week, PL occurs in 15–25% of pregnancies and increases with the age of women to 50% above the age of 40. (Practice Committee Opinion of the ASRM, 2012, pp. 1103–1111; Hardy and Hardy, 2015, pp. 189–200). According to the 2017 guidelines of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), spontaneous recurrent PL (RPL) is defined as two pregnancy losses between 12 and 20 week of pregnancy or minimum 3 miscarriages before the 12 week (Shahine and Lathi, 2015, pp. 117–134).

The etiology of both PL and RPL is highly heterogeneous. Genetic factors imply that RPL patients' siblings have higher miscarriage frequency than women from general population (Kolte et al., 2011, pp. 379–385).

Next generation sequencing (NGS) is used in postnatal genetic diseases diagnosing but rarely in reproductive disorders, which are examined with exome sequencing (ES). The ES in RPL is either investigating pathogenic sequence changes, preselecting genes linked to early embryonic development and pregnancy maintenance or whole genome sequencing for identifying cryptic balanced chromosome rearrangements and copy number variations in couples with PL and RPL. Currently, the cause of RPL is known in 5–60% of women with multifactorial etiopathogenesis. A large diagnostic discrepancy stems from various criteria of RPL definition (Shahine and Lathi, 2015, pp. 117–134; El Hachem et al., 2017, pp. 331–345; Youssef et al., 2020, pp. 679–685). The single mutation analysis of miscarriage tissues facilitates functional consequences and the influence of all mutations on miscarriage. The aim of this review was to assess and synthesize the reported data on genes and their variants involved in PL.

2 Methods

The following databases have been searched: PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Embase (<http://www.embase.com/>) and Google Scholar (<http://www.scholar.google.com/>) with keywords: pregnancy loss, miscarriages, genetic etiology of miscarriages.

We reviewed the reports on ES in genes and variants linked to PL (ESHRE criteria). These genes were linked to: chromosome abnormalities, genetic disorders, inflammation and immunity processes, thrombophilia, placental function, hormonal and detoxification system.

3 Results and discussion

3.1 Parental chromosomal abnormalities and abnormal embryonic karyotypes

Parental structural chromosomal abnormalities cause 2–4% of RPL, whereas the balanced Robertsonian and reciprocal chromosomal translocations are the most common alterations: balanced translocations, inversions and mosaics, 52%, 26% and 21%, respectively (van den Berg et al., 2012, pp. 151–159). No significant effect on the maternally or paternally derived aberration had been established (Carp et al., 2004, pp. 1296–1301). Most miscarriages occur in chromosomally-normal couples. Additionally, a previous chromosomally abnormal embryo loss yields higher probability of success next time compared with a normal embryo loss (Scriven, 2020, pp. 1067–1068).

Fetal chromosomal error is a common cause of miscarriage in early PL, it concerns 50–70% couples. In late PL chromosomal errors account for less than 4% (Hardy and Hardy, 2015, pp. 189–200). Also, cytogenetic examination of spontaneous abortion samples in the first trimester of pregnancy has revealed that most of the errors arise de novo and include mainly: numerical modifications, autosomal trisomies (on chromosomes: 16, 22, 21, 15, 18 and 2) and polyploidies (triploidy, tetraploidy and monosomy X) (van den Berg et al., 2012, pp. 151–159; Choi et al., 2014, pp. 518–525; Hardy and Hardy, 2015, pp. 189–200). Neusser et al., suggested that both maternal 16 disomy and paternal meiotic errors the non-disjunction of chromosome 16 cause fetal aneuploidy (Neusser et al, 2015, pp. 1130–1137). It was concluded that chromosome mosaicism is less common as a mitotic error and structural abnormalities, and the most common triploidies are 69 XXY and XXX (van den Berg et al., 2012, pp. 151–159; Choi et al., 2014, pp. 518–525; Hardy and Hardy, 2015, pp. 189–200). High incidence of aneuploidies in abortion

samples may be also due to the meiotic errors during spermatogenesis or oocyte maturation (McCoy et al., 2015, p. e1005601).

The SYCP3 (synaptonemal complex protein 3) coded by SYCP3 plays a key role in a synapse processes, recombination and segregation of meiotic chromosomes (Bolor et al., 2009, pp. 14–20; Sazegari et al., 2014, pp. 1377–1381). Bolor et al. proposed c.IVS7–16_19delACTT and c.657T>C variants of SYCP3 gene increase the risk of: idiopathic PL (iPL), aberrant synaptonemal complex, abnormal chromosomal segregation and chromosomal abnormalities (Bolor et al., 2009, pp. 14–20).

Other authors concluded that variants of SYCP3 could lead to a high risk of embryo aneuploidy (Sazegari et al., 2014, pp. 1377–1381). All above mentioned abnormalities are correlated with the parental age. Maternal age is independent and established PL risk factor (du Fosse et al., 2020, pp. 650–669).

3.2 Genetic disorders

For several decades many genes and their variants have been proposed as a probable markers of PL and RPL. However, when different populations are studied, there is no consensus on candidate genes or variants. Never-the-less, some genetic mutations are quoted: Leiden (rs6025FV), the DMPK gene encoding MDPK (myotonic dystrophy protein kinase) and the CNBP gene encoding CNBP (cellular nucleic acid-binding protein).

3.2.1 Inflammation and immunity processes

One group of genes causing adverse effect on pregnancy is linked to reproductive immunology and immune response. There are reports on pro-inflammatory cytokines among them interleukins (ILs): -1R, -4, -6, -10, 17, -18, -33 and HLA-G (human leukocyte antigen-G), TNF- α (tumor necrosis factor alpha), TGF- β (tumor growth factor beta), CTLA-4 (cytotoxic T lymphocyte antigen-4) and INF- γ (interferon-gamma) (Shi et al., 2017, pp. 265–284; Choi and Kwak - Kim, 2008, pp. 91–110; Rasti et al., 2016, pp. 103–108). During pregnancy successful implantation results in change from Th-1 inflammatory immune response to a Th-2 cytokine profile, which enables the maternal immune tolerance in the fetus. An immune imbalance, where Th-1 response prevails beyond Th-2 is observed, the risk of PL increases.

It is claimed that IL-4, -6 and -10 may promote development of embryo and placentation. Also, TNF- α and IFN- γ inhibit growth of trophoblast and differentiation acting like embryotoxic cytokines. In turn disturbed expression of TNF- α (SNP: rs1800629) promotes decomposition and apoptosis in the chorion and decidua, and thrombotic events in the placenta, raising the risk of embryo loss (Tur - Torres et al., 2017, pp. 11–25). In non-Caucasian population SNPs: rs1800795 and rs1800796 IL-6 are significantly linked to PL (Shi et al., 2016, pp. 265–284; Lee et al., 2015, pp. 1421–1427).

3.2.2 Thrombophilia

Pregnancy is a physiological state manifesting with decreased fibrinolysis, anticoagulant activity and increased clotting (Hellgren, 2003, pp. 125–130). The heritable factors linked to homeostatic balance disorder may predispose to microthrombosis in trophoblast or placenta, leading to obstetrical complications attract a tremendous attention.

The rs6025 and rs1800595 FV, rs429358 and rs7412 ApoE, rs1799752 ACE, rs1799889 PAI-1, rs1799963 PT and rs1801133 MTHFR were studied. The rs6025 FV (known as Leiden mutation) is considered to be one of the leading genetic risk factors of PL. The co-inheritance of the alleles linked to thrombophilia, such as: rs6025 and rs1800595 FV may increase the risk

of PL and double heterozygosity of these alleles lead to a 3- to 4-fold increase in the relative risk of venous thromboembolism compared with rs6025 alone (Zaatari et al., 2006, pp. 442–444).

The rs1801133 MTHFR leads to 50% decrease of the normal activity of enzymes and it results in the elevated levels of homocysteine, established risk factor for VT. However, the American College of Obstetricians and Gynecologists recommends against screening for MTHFR variants in pregnant women (American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians, 2013, pp. 706–717). Worldwide, the high frequency of rs1799889 is not always linked to the risk of PL (Adler et al., 2018, pp. 156–159).

The rs1799963, results in increased prothrombin levels and the heterozygotes have 2–5-fold increased risk of thrombosis which may also increase the risk for PL (Finan et al., 2002, pp. 300–305).

The APOE regulates the mechanisms of cell death by modifying inflammatory responses. The heterozygotes of allele $\epsilon 4$ have reduced plasma concentration of IL-10 and attenuated anti-inflammatory activity (Baitsch et al., 2011, pp. 1160–1168; Zhang et al., 2011, p. 949072; Jacobs et al., 2016, pp. 432–438). Also, in subjects with $\epsilon 4$ alleles compared to subjects with the other ϵ alleles, higher plasma LDL concentrations are observed; LDL leads to the thrombus formation (Asagri et al., 2013, pp. 265–268).

The formation of thrombus in placenta vessels reduces placental blood flow and oxygen supply to the fetus, leading to the trophoblast cells death and PL (Jeddi - Tehrani et al., 2011, pp. 149–156). However, it should be noted that cholesterol, as a precursor of steroidogenesis, plays a crucial role in the survival of pregnancy (Frye et al., 2011, pp. 1–5).

3.2.3 Placental function

During embryo implantation, placentation, and successful implantation of pregnancy, structural and physiological changes in maternal tissues are required. Changes caused by point mutations and variants of genes involved in embryo implantation and placentation could probably be risk factors iPL.

Abnormalities in placental angiogenesis are considered as possible causes of PL, and the recent studies have shown that dysregulation of genes in placenta tissue is linked to the pathogenesis of early iPL (Zhu et al., 2017, pp. 17–22). The VEGF (vascular endothelia growth factor) is a protein linked to stimulation implantation, the development of placental angiogenesis and the growth of maternal and fetal blood vessels in the uterus, encoded by VEGF. A meta-analysis showed that SNPs of VEGF: rs157036, rs3025039, rs2010963 and rs3025020 increase risk of PL. In Caucasians, rs3025039 and rs1570360 are linked to PL (Shi et al., 2017, pp. 265–284). Moreover, KDR (kinase insert domain receptor) and PROKR2 (prokineticin receptor 2), rs1870377 and rs117106081, respectively, are significantly linked to iPL (Su et al., 2014, pp. 699–705).

Endothelial nitric oxide synthase (eNOS) is an enzyme that plays a role in vascular relaxation and contraction. It is important to the implantation process because it facilitates correct perfusion and endometrial receptivity (Banerjee et al., 2013, p. e80940). Several researchers have shown a relationship between downregulation of the eNOS and iRPL; especially rs1799983 has been linked to iRPL. Note that this association varies between populations (Su et al., 2011, pp. 803–812; Cao et al., 2014, pp. 3981–3989). Other genes encoding enzymes linked to RPL are the matrix metalloproteinases (MMPs), genes responsible for degradation and remodeling of the endometrial extracellular matrix, implantation and placentation. Yan et

al., found that rs2285053 MMP2 and rs3918242 MMP9 are linked to RPL in women (Yan et al., 2021, p. 145173).

3.2.4 Hormonal and detoxification system

Afterwards, the rs1042838 PROGIN in the progesterone receptor (PGR) has been listed as a factor that confers susceptibility to iRPL. The progesterone is important in different reproductive pathways including: oocyte maturation, implantation, and maintenance of the placenta (Su et al., 2011, pp. 1435–1444).

The majority of lipid-soluble xenobiotics enters the conceptus through placental transfer. It is apparent that many xenobiotics and drugs are linked to unwanted effects in the embryo or fetus: utero death, birth defects and production of functional abnormalities. The cytochrome P450 family (CYPs) enzymes catalyze a vast number of compounds, including many proteratogens, -carcinogens, and -mutagens.

Human infertility affects 50–80 million couples worldwide (Mascarenhas et al., 2012, p. e1001356; Datta et al., 2016, pp. 2108–2118). Multiple factors can cause PL. Knowledge of the genetic background of PL is important for prognosis as well as prenatal diagnostics in future pregnancies. An appropriate diagnosis, particularly in the early stages of pregnancy is difficult to make. Currently, ca. 50% of PL cases remain unresolved. Finding causative variants in candidate genes may create paths for research giving hope to patients and their families. Unfortunately, existing research is based solely on single genetic variants or co-inheritance relevance of genetic variants. Exome sequencing has revolutionized diagnosis of genetic disorders by interrogating the genetic sequences of all protein coding parts of the genome. It made it possible to associate hundreds of genes with the disorders (Chong et al., 2015, pp. 199–215). In recent years, the investigation is based on the gene-gene interactions which may jointly contribute to iPL.

LITERATURE

1. Adler, G., Mahmutbegovic, E., Valjevac, A. et al. (2018). Association Between - 675 ID, 4G/5G PAI-1 Gene Polymorphism and Pregnancy Loss: a Systematic Review. *AIM*, 26 (3), 156–159.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists Women’s Health Care Physicians. ACOG Practice Bulletin No. 138: Inherited thrombophilias in pregnancy. (2013). *Obstet Gynecol*, 122 (3), 706–717.
3. Asagri, N., Akbari, M. T., Zare, S. et al. (2013) Positive association of apolipoprotein E4 polymorphism with recurrent pregnancy loss in Iranian patients. *J Assist Reprod Genet*, 30 (2), 265–268.
4. Baitsch, D., Bock, H. H., Engel, T. et al. (2011). Apolipoprotein E induces antiinflammatory phenotype in macrophages. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 31 (5), 1160–1168.
5. Banerjee, P., Ghosh, S., Dutta, M. et al. (2013). Identification of key contributory factors responsible for vascular dysfunction in idiopathic recurrent spontaneous miscarriage. *PLoS One*, 8 (11), e80940.
6. Bolor, H., Mori, T., Nishiyama, S. et al. (2009). Mutations of the SYCP3 gene in women with recurrent pregnancy loss. *Am J Hum Genet*, 84 (1), 14–20.
7. Cao, Y., Zhang, Z., Xu, J. et al. (2014). Genetic association studies of endothelial nitric oxide synthase gene polymorphisms in women with unexplained recurrent pregnancy loss: a systematic and meta-analysis. *Mol Biol Rep*, 41 (6), 3981–3989.
8. Carp, H., Feldman, B., Oelsner, G. et al. (2004). Schiff E. Parental karyotype and subsequent live births in recurrent miscarriage. *Fertil Steril*, 1 (5), 1296–1301.
9. Choi, T. Y., Lee, H. M., Park, W. K. et al. (2014). Spontaneous abortion and recurrent miscarriage: A comparison of cytogenetic diagnosis in 250 cases. *Obstet Gynecol Sci*, 57 (6), 518–525.

10. Choi, Y. K. and Kwak - Kim, J. (2008). Cytokine gene polymorphisms in recurrent spontaneous abortions: a comprehensive review. *Am J Reprod Immunol*, 60 (2), 91–110.
11. Chong, J. X., Buckingham, K. J., Jhangiani, S. N. et al. (2015). The genetic basis of Mendelian phenotypes: discoveries, challenges, and opportunities. *Am J Hum Genet*, 97 (2), 199–215.
12. Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C. et al. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Hum Reprod*, 31 (9), 2108–2118.
13. du Fosse, N. A., van der Hoorn, M. P., van Lith, J. M. M. et al. (2020). Advanced paternal age is associated with an increased risk of spontaneous miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 26 (5), 650–669.
14. El Hachem, H., Crepaux, V., May-Panloup, P. et al. (2017). Recurrent pregnancy loss: Current perspectives. *Int J Womens Health*, 9, 331–345.
15. Finan, R. R., Tamim, H., Ameen, G. et al. (2002). Prevalence of factor V G1691A (factor V-Leiden) and prothrombin G20210A gene mutations in a recurrent miscarriage population. *Am J Hematol*, 71 (4), 300–305.
16. Frye, C. A., Hirst, J. J., Brunton, P. J. et al. (2011). Neurosteroids for a successful pregnancy. *Stress* 14 (1), 1–5.
17. Hardy, K. and Hardy, P. J. (2015). 1st trimester miscarriage: four decades of study. *Transl Pediatr*, 4 (2), 189–200.
18. Hellgren, M. (2003). Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Semin Thromb Hemost*, 29 (2), 125–130.
19. Jacobs, M. B., Harville, E. W., Kelly, T. N. et al. (2016). Maternal apolipoprotein E genotype as a potential risk factor for poor birth outcomes: The Bogalusa Heart Study. *J Perinatol*, 36, 432–438.
20. Jeddi - Tehrani, M., Torabi, R., Zarnani, A. H. et al. (2011). Analysis of plasminogen activator inhibitor-1, integrin $\beta 3$, β fibrinogen, and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms in Iranian women with recurrent pregnancy loss. *Am J Reprod Immunol*, 66 (2), 149–156.
21. Kolte, A. M., Nielsen, H. S., Moltke, I. et al. (2011). A genome-wide scan in affected sibling pairs with idiopathic recurrent miscarriage suggests genetic linkage. *Mol Hum Reprod*, 17 (6), 379–385.
22. Lee, Y. H., Choi, S. J. and Ji, J. D. (2015). Association between IL-6 -174 G/C, IL-6 -634 G/C, and IFN- γ +874 A/T polymorphisms and susceptibility to recurrent pregnancy loss: a meta-analysis. *J Assist Reprod Genet*, 32 (9), 1421–1427.
23. Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9 (12), e1001356.
24. McCoy, R. C., Demko, Z. P., Ryan, A. et al. (2015). Evidence of selection against complex mitotic-origin aneuploidy during preimplantation development. *PLoS Genet*, 11 (10), e1005601.
25. Neusser, M., Rogenhofer, N., Durl, S. et al. (2015). Increased chromosome 16 disomy rates in human spermatozoa and recurrent spontaneous abortions. *Fertil Steril*, 104 (5), 1130–1137.e1–10.
26. Practice Committee Opinion of the ASRM. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. (2012). *Fertil Steril*, 98 (5), 1103–1111.
27. Rasti, Z., Nasiri, M. and Kohan, L. (2016). The IL-6 -634C/G polymorphism: a candidate genetic marker for the prediction of idiopathic recurrent pregnancy loss. *Int J Reprod Biomed*, 14 (2), 103–108.
28. Sazegari, A., Kalantar, S. M., Pashaiefar, H. et al. (2014). The T657C polymorphism on the SYCP3 gene is associated with recurrent pregnancy loss. *J Assist Reprod Genet*, 31 (10), 1377–1381.
29. Scriven, P. N. (2020). Squaring the circle of recurrent pregnancy loss (RPL). *J Assist Reprod Genet*, 37 (5), 1067–1068.
30. Shahine, L. in Lathi, R. (2015). Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 42 (1), 117–134.
31. Shi X., Xie, X., Jia, Y. et al. (2017). Maternal genetic polymorphisms and unexplained recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Clin Genet*, 91 (2), 265–284.
32. Shi, X., Xie, X., Jia, Y. et al. (2016). The IL-6 -634C/G polymorphism: a candidate genetic marker for the prediction of idiopathic recurrent pregnancy loss. *Int J Reprod Biomed*, 14 (2), 103–108.

33. Su, M. T., Lin, S. H. in Chen, Y. C. (2011). Genetic association studies of angiogenesis- and vasoconstriction-related genes in women with recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 17 (6), 803–812.
34. Su, M. T., Lin, S. H., Chen, Y. C. et al. (2014). Gene-gene interactions and gene polymorphisms of VEGFA and EG-VEGF gene systems in recurrent pregnancy loss. *J Assist Reprod Genet*, 31 (6), 699–705.
35. Tur - Torres, M. H., Garrido - Gimenez, C. in Alijotas - Reig, J. (2017). Genetics of recurrent miscarriage and fetal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 42, 11–25.
36. Van den Berg, M. M., van Maarle, M. C., van Vely, M. et al. (2012). Genetics of early miscarriage. *Biochim Biophys Acta*, 822, 151–159.
37. Yan, Y., Fang, L., Li, Y. et al. (2021). Association of MMP2 and MMP9 gene polymorphisms with the recurrent spontaneous abortion: A meta-analysis. *Gene*, 767, 145173.
38. Youssef, A., Lashley, L., Dieben, S. et al. (2020). Defining recurrent pregnancy loss: associated factors and prognosis in couples with two versus three or more pregnancy losses. Retrieved on from: <https://www.rbmojournal.com/action/showPdf?pii=S1472-6483%2820%2930315-1.pdf>.
39. Zaatari, G. S., Otrick, Z. K., Sabbagh, A. S. et al. (2006). Prevalence of factor V R2 (H1299R) polymorphism in the Lebanese population. *Pathology*, 38 (5), 442–444.
40. Zhang, H., Wu, L. M. and Wu, J. (2011) Cross-talk between apolipoprotein E and cytokines. *Mediators Inflamm*, 949072.
41. Zhu, Y., Li, B., Wu, T. et al. (2017). Cell cycle and histone modification genes were decreased in placenta tissue from unexplained early miscarriage. *Gene*, 636, 17–22.

Vpliv sežiganja odpadkov na zdravje

UDK 614+625.474

KLJUČNE BESEDE: okoljska epidemiologija, zdravje, urbanizacija, odpadki

POVZETEK - S hitro rastjo prebivalstva, zlasti v državah z nizkimi in srednjimi dohodki, se generacija odpadkov povečuje. V državah z nizkimi dohodki ni dovolj sredstev za ustrezno ravnanje z odpadki, uporaba naprednejših tehnologij ravnanja z odpadki pa je slaba. Odlagališča imajo kljub sežiganju in drugim tehnikam ravnanja z odpadki še vedno preveliko količino odpadkov. Sežiganje smeti se vedno pogosteje uporablja kot učinkovit način uničevanja odpadkov, hkrati pa tudi za proizvodnjo energije. Veliko odlagališč, predvsem tista, ki neustrezno ravnavajo z odpadki, predstavlja resne nevarnosti. Odpadke se reciklira po vsem svetu, predvsem plastiko, kovine, steklo in papir. Sorazmerno primitivne tehnike za recikliranje in ponovne uporabe odpadkov, še poslabšujejo onesnaževanje zraka, zemlje in vode iz okolja. Še huje je, da nezadostni zdravstveni ukrepi na delovnem mestu izpostavljajo delavce odpadkom, kar ima za posledice poškodbe, dihalne in dermatološke težave, okužbe in druge resne zdravstvene težave, ki prispevajo h krajši pričakovani življenjski dobi. Osnovni namen sežiga odpadkov je, da se s postopkom zmanjša njihova prostornina in vsakovrstna tveganja onesnaževanja z njimi. Energijska izraba komunalnih odpadkov postaja vedno bolj pomembna strategija ravnanja z odpadki.

UDC 614+625.474

KEYWORDS: environmental epidemiology, health, urbanization, waste

ABSTRACT - With rapid population growth, especially in low and middle income countries, waste generation is increasing. In low-income countries, there are insufficient resources to properly dispose of waste, and more advanced waste technologies are rarely used. Despite incineration and other waste management techniques, excessive amounts of waste are still sent to landfills. Incineration is increasingly being used as an efficient means of waste disposal and energy generation. Many landfills pose a serious risk, especially to those who handle the waste improperly. Waste is recycled all over the world, especially plastics, metals, glass and paper. Due to the relatively primitive techniques used to recycle and reuse waste, they exacerbate environmental pollution of air, soil and water. Worse, inadequate workplace health measures expose workers to waste, injuries, respiratory and skin problems, infections, and other serious health problems that contribute to low life expectancy. The main purpose of incineration is to reduce the volume and risks of contamination with waste. Energy recovery from municipal waste is becoming an increasingly important waste management strategy.

1 Uvod

Splošno znano je, da se je onesnaževanje okolja s potencialno škodljivimi elementi dramatično povečalo od zore industrijske revolucije, glavni receptor kontaminacije pa so tla.

Narava nas s svojimi opozorili – ki jih imenujemo naravne katastrofe – vedno pogosteje opozarja, da ni zadovoljna z našimi trenutnimi prizadevanji za trajnostni razvoj družbe. Vedno več ljudi se zaveda, da smo del narave in da je naša edina prava pot v koraku z njo. Zelo pomembna vrednota za vedno več ljudi je zdravo in čisto okolje. Vedno več ljudi išče načine trajnostnega bivanja in delovanja. Vedno več jih opozarja, da se z okoljem, kjer bivajo, ne ravna trajnostno. Vedno več ljudi išče kanale komunikacije za implementacijo svojih trajnostnih načel in odločitev (Kravchenko in Lyerly, 2018, str. 289).

Odpadki ali smeti so v moderni družbi postale dejstvo. Z besedo smeti označimo vse vrste onesnaževanj, emisije, odplake, kemične in jedrske odpadke, industrijske in komunalne odpadke, torej vse končne produkte linearnega procesa človekovega delovanja, ki nimajo več uporabne vrednosti. Kot navaja avtor, so smeti končna točka v izmenjavi snovi med človekom in naravo. Smeti, so torej navzoče povsod in lahko bi rekli, da so na nek način »indikator razvitosti modernih družb«. S smetmi je povezanih veliko družbenih vprašanj, vprašanje odnosa do narave, okoljske sprejemljivosti, tolerance družbenega okolja, vprašanje komunikacijskih form, zaupanja tehnologiji in odločevalski sferi ter druga (Stancu idr., 2016).

Ravnanje z odpadki zajema zbiranje, prevažanje, predelavo in odstranjevanje odpadkov, vključno s kontrolo tega ravnanja. Urbana tla so posebni ekosistemi na katere močno vpliva človekova dejavnost in odlaganje odpadkov v naravo. Ta tla so tako postala ponikalna in shranjevalno območje antropogenih materialov (npr. kemikalij, stekla, plastike, olja ...), ki izpuščajo škodljive snovi v okolje v takšnih količinah, da spremenijo naravno ozadje. V Sloveniji letno nastane okoli 7 milijonov ton odpadkov (Varstvo okolja. Odpadki, 2021).

V Sloveniji imamo eno sežigalnico (Toplarna Celje) in pet sosežigalnic odpadkov (Salonit Anhovo, Vipava Krško, Lek Mengeš, Lek Lendava, Albaugh Rače). Do leta 2015 so odpadke sosežigali tudi v cementarni Lafarge v Trbovljah. O postavitvi sežigalnice odpadkov sedaj razmišljajo na Jesenicah, v Kočevju, Ljubljani, Mariboru in na Ptujju. Načrtovanega sosežiga odpadkov v Termoelektrarni Šoštanj ne načrtujejo več zaradi nasprotovanja okoliških prebivalcev.

Namen prispevka je predstaviti vpliv sežiganja odpadkov na zdravje, ter opozoriti na nevarnosti, ki nastanejo pri sežiganju odpadkov. Opozoriti želimo na izpostavljenost nevarnim snovem in kako vplivajo na zdravje in okolje.

2 Komunalni odpadki v Sloveniji

Študija, ki jo je izvedla Žitnik, Statistični urad RS, pravi, da se količine komunalnih odpadkov, kljub prizadevanjem za zmanjšanje, še vedno povečujejo. Do tega prihaja zaradi premajhne ozaveščenosti ljudi in ker največ komunalnih odpadkov odlagamo kot mešane komunalne odpadke. Vsak Slovenec v enem letu proizvede približno 450 kg komunalnih odpadkov. V Sloveniji na odlagališčih pristane okrog 69 % vseh odpadkov, kar pomeni približno 350 kg na prebivalca. Ločeno se zbere le okoli 15 % komunalnih odpadkov, kar pomeni, da v Sloveniji ločevanje odpadkov ni popolnoma zaživelo. V primerjavi z drugimi evropskimi državami oziroma državami Evropske unije je Slovenija pozitivno pod povprečjem s svojimi 450 kg komunalnih odpadkov, ki nastanejo v enem letu. Vendar pa z odloženimi odpadki v enem letu močno prekaša povprečje Evropske unije, saj ima 350 kg odloženih komunalnih odpadkov (Žitnik, 2018).

Precej več energije bo v prihodnosti potrebno posvetiti preprečevanju oziroma zmanjševanju komunalnih odpadkov pri izvoru, hkrati pa bo potrebno povečati ozaveščenost ljudi. Ob zavedanju prebivalstva, da z ločevanjem odpadkov močno pripomoremo k zmanjšanju kupov odloženih odpadkov na odlagališčih in s tem zmanjšujemo porabo energije in izpuste toplogrednih plinov, bomo precej enostavneje dosegli zastavljeni cilj. Pri tem morajo sodelovati vsi vpleteni, ne le komunalne službe oziroma tisti, ki se s tem problemom poklicno ukvarjajo (Kravchenko in Lysterly, 2018, str. 290).

Žitnik (2018) meni, da kljub temu da se je povečalo prizadevanje za zmanjševanje nastajanja komunalnih odpadkov, se njihove količine še vedno povečujejo iz leta v leto. Gospodinjstva so glavni proizvajalec komunalnih odpadkov, hkrati pa velika večina prebivalcev Slovenije še

vedno ni dovolj ozaveščena glede ravnanja s komunalnimi odpadki. Zaradi tega večina komunalnih odpadkov konča med mešanimi odpadki ali pa na deponijah odpadkov.

3 Sežiganje odpadkov in izpostavljenost škodljivim dejavnikom

Zakonodaja ločuje odpadke na nevarne in nenevarne. Ne glede na delitev se pri sežiganju nevarnih in nenevarnih odpadkov sproščajo nevarne snovi. Nastajanje nevarnih snovi pri sežiganju in njihovo sproščanje v okolje sta odvisna od številnih dejavnikov, kot so vrsta oziroma kemijska sestava odpadkov, način sežiganja in na koncu tudi učinkovitost čistilnih naprav sežigalnic. Pri sežiganju odpadkov moramo poleg onesnaženja ozračja upoštevati tudi onesnaženje vode in zemlje (Kravchenko in Lysterly, 2018, str. 290–291).

Nevarne snovi v dimu se namreč postopno usedejo na zemljo, npr. na vrtnine in ostalo hrano, in jo onesnažijo, zato lahko pride do pomembnega vnosa nevarnih snovi v telo tudi s hrano. Hkrati pa lahko pride do onesnaženja zemlje in vode tudi na odlagališčih pepela, saj nevarne snovi iz pepela preidejo v bližnje površinske in podzemne vode. Pri tem moramo upoštevati, da so koncentracije nevarnih snovi v pepelu lahko do nekajkrat višje kot v sežgani snovi, npr. premogu. Veliko nevarnih snovi, npr. težkih kovin, vsebuje tudi fin elektrofitrski pepel, ki nastane ob sežiganju komunalnih odpadkov, zato ga uvrščamo med nevarne odpadke (Loginova, Proskurnin in Brouwers, 2019, str. 480–481).

V sežigalnicah in sosežigalnicah pogosto sežigajo »lahko frakcijo« mešanih komunalnih odpadkov, ki jo sestavljajo predvsem odpadki iz plastike, tekstila in papirja. Lahka frakcija ima veliko kurilno vrednost in jo uvrščamo med nenevarne odpadke, a se moramo zavedati, da lahko nastajajo nevarne snovi tudi ob gorenju lahke frakcije komunalnih odpadkov, npr. ob gorenju plastike se sproščajo dioksini in furani, poliklorirani bifenili, živo srebro in halogeni elementi, kot sta fluor in klor. Dioksini in furani lahko nastajajo tudi pri sežiganju plastike, ki ne vsebuje klora (polietilen in polistiren), saj se v odpadkih in gorivu sosežigalnic nahajajo anorganski klor (npr. NaCl, KCl, CaCl₂) ter številne kovine (npr. baker), ki pospešujejo tvorjenje dioksinov in furanov (Senegačnik, 2019, str. 9–10).

Ob sežiganju blata iz čistilnih naprav se v ozračje sproščajo policiklični aromatski ogljikovodiki in težke kovine (kadmij in svinec). To so potrdili z meritvami, ki so pokazale povečane koncentracije v zraku in v zemlji v okolici sežigalnic. Veliko kurilno vrednost imajo tudi »odpadna olja«, ki jih prav tako uvrščamo med nenevarne odpadke, če razen omejene vsebnosti polikloriranih bifenilov in polikloriranih terfenilov ne vsebujejo nevarnih snovi. Pri sosežiganju odpadkov moramo pri izpustih v okolje upoštevati tudi nevarne snovi iz goriva, npr. težke kovine v premogu (Franko, 2019, str. 62).

V številnih raziskavah so pokazali povezanost delovanja sežigalnic odpadkov z rakavimi boleznimi lokalnega prebivalstva, kot so ne- -Hodgkinov limfom, sarkom, rak črevesa in pljučni rak. Za nekatere vrste rakavih bolezni, kot so rak želodca, žolčnika in poprsnice, raziskave niso pokazale nedvoumnih zaključkov. Po drugi strani pa obstajajo tudi raziskave, v katerih niso našli povezanosti med prebivanjem v bližini sežigalnic in pogostostjo rakavih bolezni. Sežigalnice odpadkov so v raziskavah povezali tudi z reproduktivnimi težavami oz. težavami pri razmnoževanju, kot so prezgodnji porod in prirojene anomalije. V nekaterih raziskavah so pokazali tudi povezavo med sežigalnicami odpadkov ter pojavnostjo srčno-žilnih in pljučnih bolezni (Dodič Fikfak, 2019, str. 32–35).

4 Nevarne snovi v izpustih sežigalnic odpadkov, povezanih s poslabšanjem zdravstvenega stanja ljudi

Zrak onesnažuje kompleksna in dinamična mešanica različnih škodljivih snovi. Te lahko nastajajo po naravni poti ali pa so posledica delovanja človeka (industrija, promet). Najbolj pogosti onesnaževalci so trdni delci (razvrščamo jih glede na velikost), ozon, SO₂, NO_x, ogljikov monoksid in svinec. Največjo vlogo pri nastanku (pljučnih) boleznih imajo verjetno trdni delci, za katere so ocenili, da povzročajo več kot 3 milijone smrti letno. Primarno nastajajo pri sežiganju fosilnih goriv in drugih materialov. Delce opisujemo glede na njihov premer, pri čemer so za dihala relevantni delci manjši od 10 µm (PM10). Trdni delci povzročajo oksidativni stres, posledično vnetje, preustroj in povišajo tveganje za alergijsko senzitivizacijo. Poleg tega so lahko takšnemu aerosolu pridružene imunogene snovi, npr. glive in pršice. Podoben učinek imajo tudi plini, na prvem mestu ozon in NO₂. Onesnažen zrak je razpoznan tudi kot karcinogen (Harlander, 2019, str. 85).

Izpostavljenost delcem PM povezujejo tudi z boleznimi živčevja, kot sta Alzheimerjeva in Parkinsonova bolezen, in presnovnimi boleznimi, npr. sladkorno boleznijo. Ultrafini delci (UFD) so veliki manj kot 0,1 µm ter jih zato uvrščamo med nanodelce. Njihova povečana toksičnost je posledica majhnosti, saj jih telo po vdihu težje odstrani, poleg tega pa lažje prodirajo skozi celične membrane kot večji delci PM. Ultrafini delci imajo v primerjavi z večjimi delci PM glede na velikost večjo površino, kar jim omogoča večjo biološko učinkovitost oziroma toksičnost. Na veliki površini ultrafinih delcev se lahko nahajajo različne toksične kovine in ogljikovodiki (Stone, Miller, Clift idr., 2017, str. 125).

Izpostavljenost ultrafinim delcem je povezana z nastankom pljučnega raka in srčno-žilnimi boleznimi, npr. s povišanim krvnim tlakom, miokardnim infarktom in srčnim popuščanjem. Zelo pomembno je, da ultrafini delci predstavljajo pomembno število delcev v zunanjem zraku, ne pa tudi njihove skupne mase, kar je lahko pomembna pomanjkljivost mejnih vrednosti, ki so še vedno predpisane v enotah za masno koncentracijo (µg/m³). Žveplov dioksid v zraku povzroča akutna poslabšanja pljučnih boleznih, ker povzroča vnetje in draži dihala. Vdihovanje žveplovega dioksida v onesnaženem zraku poveča tudi tveganje za srčno popuščanje in motnje srčnega ritma (Stone, Miller, Clift idr., 2017). Dušikovi oksidi lahko povzročijo vnetje dihalnih poti in poslabšanje simptomov pri ljudeh z astmo (Guarnieri in Balmes, 2014).

V izpustih ter v finem oz. elektrofiltrskem pepelu lahko tako najdemo številne toksične elemente, kot so svinec, arzen, kadmij, krom, nikelj, vanadij, kobalt, baker, mangan, molibden, brom itn., v plinasti fazi dimnih plinov pa toksične hlapne elemente, predvsem živo srebro in titan. V plinasti fazi je tudi radon. Živo srebro se ob sežiganju odpadkov sprošča v okolje v elementarni in anorganski obliki, ki ju lahko vdihnemo ali zaužijemo s hrano. Elementarno živo srebro se lahko dolgo zadržuje v atmosferi, se zato kasneje odloži in s tem onesnaži tudi zelo oddaljene pokrajine. Izpostavljenost živemu srebru je povezana s pojavom motenj spomina, arterijsko hipertenzijo, aterosklerozo, koronarno boleznijo, miokardnim infarktom, motnjami srčnega ritma, možgansko kapjo in zmanjšano plodnostjo (Senegačnik, 2019, str. 15–17).

Živo srebro povzroča epigenetske spremembe in deluje kot hormonski motilec. Pri otrocih nosečnic, ki so bile izpostavljene živemu srebru iz termoelektrarn na premog, so ugotovili nižji inteligenčni količnik in upočasnjjen nevrološki razvoj (Kravchenko in Lysterly, 2018, str. 294).

5 Razprava

Odpadki, glede na njihovo količino, lahko predstavljajo tudi vir termične energije in surovin.

V strategiji ravnanja z odpadki energijska izraba zaseda drugo mesto, za recikliranjem. V Sloveniji se čuti odpor do sosežiga odpadkov, kar je najbrž posledica preteklih in še vedno trajajočih slabih praks. Epidemiološke raziskave so nedvomno dokazale, da onesnažen zrak pomembno prispeva k nastanku in poslabšanju bolezni pljuč, pljučnemu raku, srčno-žilni bolezni in bolezni živčevja, da poslabšuje njihov potek (Harlander, 2019, str. 87–88).

Negativni vplivi na zdravje so prisotni, tudi če so vrednosti onesnaževal v ozračju v dovoljenih mejah, kar kaže na to, da bi morali biti okoljski standardi strožji, nadzor nad viri onesnaževanja pa učinkovitejši. Z zmanjševanjem onesnaženosti zraka lahko zato pomembno vplivamo na respiratorno zdravje prebivalstva (Dodič Fikfak, 2019, str. 45–50).

Iz pregledane literature sledi, da ni dovolj dokazov, da bi trdili, da je katerakoli sežigalnica varna, zato je lokalno prebivalstvo upravičeno zaskrbljeno, pri izgradnji novih sežigalnic pa je nujno poslušati njihovo mnenje.

6 Zaključek

Sežigalnice odpadkov so povezane z večjo pogostostjo rakavih bolezni in z reproduktivnimi težavami ter srčno-žilnimi in pljučnimi boleznimi lokalnega prebivalstva.

Pri načrtovanju novih sežigalnic ali sosežigalnic odpadkov in oceni njihovih vplivov na lokalno prebivalstvo moramo upoštevati tudi posebnosti prebivalcev, npr. povečano obolevnost zaradi drugih onesnaževal v okolju, in vpliv že prisotnih lokalnih onesnaževalcev, npr. drugi industrijski obrati in prometnic.

Pri vrednotenju vpliva toksičnih snovi v izpustih sežigalnic in sosežigalnic na zdravje ljudi se moramo zavedati, da so njihovi učinki lahko sinergistični in se lahko celo pomnožujejo, zato upoštevanje posameznih mejnih vrednosti lokalnemu prebivalstvu ne zagotavlja zdravega okolja. Zmotno je pričakovanje, da bomo na prizadetih krajih našli skupke določenih rakov, saj se iz sežigalnic in sosežigalnic sproščajo številni povzročitelji rakov, ki imajo razpršen vpliv in v majhni Sloveniji delujejo na relativno majhno število prebivalcev, zato lahko vpliv sežigalnic in sosežigalnic na zdravje okoliških prebivalcev ostane zakrit in zanemaren.

Preprečevanje produkcije odpadkov je tesno povezano s spremembo načina gospodarstva in industrije ter vplivom na potrošnjo preko bolj zelenih izdelkov in manj embalaže.

LITERATURA

1. Agencija Republike Slovenije za okolje in prostor. Varstvo okolja. Odpadki. Pridobljeno s <http://www.arso.gov.si/varstvo%20okolja/odpadki/>.
2. Dodič Fikfak, M. (2019). Vpliv sežigalnic, sosežigalnic in termoelektrarn na zdravje delavcev in okoliških prebivalcev. V M. Brvar (ur.), Vpliv sežiganja odpadkov na okolje in zdravje: 8. srečanje o kemijski varnosti (str. 32–50). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za toksikologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Center za klinično toksikologijo in farmakologijo.
3. Franko, A. (2019). Zdravstvena tveganja odlagališč nevarnih odpadkov in požarov odlagališč odpadkov. V M. Brvar (ur.), Vpliv sežiganja odpadkov na okolje in zdravje: 8. srečanje o kemijski varnosti (str. 62–67). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za toksikologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Center za klinično toksikologijo in farmakologijo.
4. Guarnieri, M. in Balmes, J. R. (2014). Outdoor air pollution and asthma. San Francisco: The Lancet.
5. Harlander, M. (2019). Onesnažen zrak in pljučni bolniki. V M. Brvar (ur.), Vpliv sežiganja odpadkov na okolje in zdravje: 8. srečanje o kemijski varnosti (str. 85–88). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za toksikologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Center za klinično toksikologijo in farmakologijo.

6. Kravchenko, J. in Lyerly, H. K. (2018). The Impact of Coal-Powered Electrical Plants and Coal Ash Impoundments on the Health of Residential Communities. *N C Med J*, 79, 289–300. Pridobljeno s <https://doi.org/10.18043/nem.79.5.289>.
7. Loginova, E., Proskurnin, M. in Brouwers, H. J. H. (2019). Municipal solid waste incineration (MSWI) fly ash composition analysis: A case study of combined chelatant-based washing treatment efficiency. *J Environ Manage*, 235, 480–488. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2019.01.096>.
8. Senegačnik, A. (2019). Sežig in sosežig odpadkov: osnovne značilnosti energijske izrabe odpadkov. V M. Brvar (ur.), *Vpliv sežiganja odpadkov na okolje in zdravje: 8. srečanje o kemijski varnosti* (str. 9–25). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za toksikologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana – Center za klinično toksikologijo in farmakologijo.
9. Stancu, V., Haugaard, P. in Lahteenmarki, L. (2016). *Determinants of consumer food waste behaviour: Two routes to food waste*. Denmark: Elsevier.
10. Stone, V., Miller, M. R., Clift, M. idr. (2017). Nanomaterials Versus Ambient Ultrafine Particles: An Opportunity to Exchange Toxicology Knowledge. *Environ Health Perspect*, 125. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1289/EHP424>.
11. Žitnik, M. (2018). *Odpadki*. Pridobljeno s 1. 10. 2021, s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8419>.

Pogodba o zdravstvenih storitvah s primerjalnopravnega vidika

UDK 347.44:614.2

KLJUČNE BESEDE: obligacijsko pravo, pogodba o zdravstveni storitvi

POVZETEK - V skladu s slovenskim Zakonom o pacientovih pravicah iz leta 2008 se medicinski posegi in zdravstvene obravnave lahko opravljajo samo na podlagi poprejšnje svobodne in zavestne (informirane) privolitve pacienta (26. člen). Na podlagi te zakonske določbe slovenska sodna praksa sklepa, da je razmerje med izvajalcem zdravstvene oskrbe in pacientom praviloma pogodbene narave. Vendar pa niti slovenski Obligacijski zakonik niti druga zakonodaja ne urejata pogodbe o zdravstveni storitvi kot posebne tipske ali nominatne pogodbe. Zato sodna praksa in pravna teorija subsumirata razmerje med pacientom in izvajalcem zdravstvene storitve pod določbe o drugih, nominatnih pogodbah. Prispevek primerja opredelitve in posebnosti pogodbe o zdravstvenih storitvah v nekaterih tujih pravnih redih, kjer je ta pogodba v zakonodaji posebej urejena, tako med njimi samimi kot tudi z ureditvijo slovenskega Zakona o pacientovih pravicah, ki ureja, čeprav samo implicitno in delno, tudi pogodbo o zdravstveni storitvi.

UDC 347.44:614.2

KEYWORDS: medical service contract, obligation law

ABSTRACT - According to the Slovenian Law on Patients' Rights Act (2008), medical procedures and treatments should be carried out after a "free and informed consent" of the patient (Art. 26). Based on the cited legal provision, Slovenian case law concludes that the relationship between the healthcare provider and the patient is in principle contractual in nature. However, neither the Obligation Code nor other Slovenian legislation regulates the medical service contract between the patient and the healthcare provider as a special, nominate contract. Therefore, Slovenian case law and legal theory subsume the relationship between the patient and the healthcare provider under the provisions of other nominate contracts. The paper compares the definition and specifics of the medical service contract in some foreign legal systems where this contract is regulated by law as a special type of contract, as well as with the corresponding provisions of the Slovenian Patients' Rights Act, which also regulates the medical service contract, albeit only implicitly and partially.

1 Uvod

Razmerje med zdravnikom oziroma zdravstvenim delavcem na eni in pacientom na drugi strani je staro toliko, kot so bolezni in poškodbe, čeprav so ga – odvisno od dejanskih okoliščin in prevladujočih vrednostnih opredelitev – v različnih obdobjih oziroma pravnih redih pravno kvalificirali in še kvalificirajo različno.

V starem Rimu so razmerje med zdravnikom in pacientom so presojali po pravilih za različne pogodbe, s katerimi se je en pogodbenik zavezal opraviti določeno delo oziroma storitve za drugega pogodbenika proti plačilu ali neodplačno.

Ena od takšnih pogodb je bila delovna ali službena pogodba (*locatio conductio operarum*), s katero se je en pogodbenik (*locator*) zavezal dati svojo delovno silo na razpolago drugemu pogodbeniku (*conductor*) proti plačilu, ki ga je dolgoval drugi pogodbenik glede na čas trajanja dela. Delo (*operae*) pri tej pogodbi se je opravljalo za določen ali nedoločen čas in ni bilo povezano z dosego nekega končnega rezultata.

Za izvršitev določenega dela (opus, v edninski obliki) z namenom doseči določen uspeh (rezultat), pa so v starem Rimu sklepali delovršne ali podjemne pogodbe (locatio conductio operis). Drugače kot pri službeni pogodbi se je pogodbi o izvršitvi dela štelo, da pogodbenik, ki se je zavezal opraviti delo, svoje obveznosti ni izpolnil in ni bil upravičen do plačila, če rezultat ni bil dosežen.

Tretji tip pogodbe, ki so jo v starem Rimu sklepali zdravniki in pacienti, pa je bila mandatna pogodba ali pogodba o naročilu. Za to pogodbo je značilno zaupanje med pogodbenikom, ki je naročil izvedbo določenih pravnih ali dejanskih opravil (mandant ali naročitelj), in pogodbenikom, ki se je zavezal opraviti ta dela (mandatar ali prevzemnik naročila). Mandatna pogodba je bila praviloma neodplačna, vendar so se mandatarji, ki so prevzemali naročila za dela v okviru svojega poklica (na primer zdravniki), redno dogovarjali s strankami za plačilo (Kranjc, 2020, str. 672–690).

Sedaj veljavne starejše kodifikacije civilnega oziroma državlanskega prava v evropskih državah, kot so na primer francoski Državlanski zakonik (Code civil, 2021), sprejet leta 1804, avstrijski Obči državljanski zakonik (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, ABGB, 2021) iz leta 1811, švicarsko Obligacijsko pravo (Obligationenrecht, 2021) iz leta 1911, italijanski Državlanski zakonik (Codice civile, 2021) iz leta 1942 in poljski Državlanski zakonik (Kodeks cywilny, 2021) iz leta 1964, pogodbe o zdravstveni storitvi, ki jo sklepa pacient in izvajalec, doslej niso uredile kot poseben tip pogodbe. V večini teh državah pravna teorija in sodna praksa subsumirata razmerje med pacientom in izvajalcem zdravstvene storitve pod pravila o različnih, z zakonom posebej urejenih (nominatnih) pogodbah, katerih predmet je storitev oziroma izvršitev nekega dela ali naročila, ali pa to pogodbo definirata kot pogodbo sui generis, ki jo urejajo posebna pravila, vključno z deontološkimi standardi (prim. Bar, Clive in Schulte - Nolke, 2009, str. 1955–1960; Borsyjak, 2019, str. 1–11).

V nekaterih državah razmerje med izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom ne kvalificirajo kot pogodbeno. Tako na primer v Franciji, kjer je kasacijsko sodišče v sodbi z dne 20. maja 1936 razmerju med zdravnikom in pacientom sicer pripisalo pogodbeno naravo, vendar po uveljavitvi Zakona o pravicah pacientov in kakovosti zdravstvenega sistema (Loi n° 2002–303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2021) nekateri štejejo, da na podlagi zdravstvene zakonodaje (Code de santé public oz. Zakonik o javnem zdravju) razmerja med zdravnikom in pacientom ni mogoče več šteti za pogodbeno (Malaurie, Aynès in Gautier, 2016, str. 35 in 454).

Med evropskimi državami je bila Finska prva, ki je že leta 1992 sprejela Zakon o pacientovem položaju in pravicah (Lag om patientens ställning och rättigheter, 2021). Po njem se je zgledoval tudi slovenski zakonodajalec pri pripravi ZPacP (2008).

Pravice do zdravstvenih storitev od konca 19. stoletja v Evropi urejajo tudi predpisi o socialnem (zdravstvenem) zavarovanju in zdravstvenem varstvu. Na razmerje med izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom se v praksi pogosto navezuje še razmerje med izvajalcem zdravstvenih storitev in nosilcem financiranja, ki ni pacient (v Sloveniji na primer Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ali zavarovalnica). Zaradi povezanosti teh dveh razmerij v nekaterih državah štejejo pogodbo med izvajalcem zdravstvene storitve in pacientom za pogodbo javnopravne in ne civilnopravne narave, češ da med izvajalcem zdravstvene storitve in pacientom ni čiste vzajemnosti kot pri običajnih civilnopravnih pogodbah, ker obveznost plačila nosi tretja oseba in ne pacient (t. i. oskrbni koncept). Vendar je z razvojem človekovih osebnostnih pravic, zlasti z uveljavljanjem zahteve po svobodni in zavestni (informirani) privolitvi pacienta v zdravstveno obravnavo, v drugih državah prevladal pogodbeni koncept razmerja med izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom.

Čeprav v Sloveniji Obligacijski zakonik niti druga zakonodaja ne urejata pogodbe med izvajalcem zdravstvene storitve in pacientom kot posebne vrste (tipa) pogodbe, se je v sodni praksi zadnjih let ustalil pogodbeni koncept razmerja med izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom: "Razmerje med zdravnikom oziroma zdravstvenim zavodom in pacientom je pogodbene narave in je tako pogodba o zdravstvenih storitvah tista, ki predstavlja temeljno podlago pravic in obveznosti pacienta in zdravnika oziroma zdravstvenega izvajalca" (Višje sodišče v Mariboru, 2021). Tudi nemška pravna teorija utemeljuje pogodbeni koncept z ugotovitvijo, da lahko prav civilno pravo v največji meri zagotovi samoodločbo pacienta, medtem ko sam način financiranja storitve ne more določati bistvo razmerja med pacientom in izvajalcem zdravstvene storitve (tako Francki, 2014, str. 48–50; Deutsch in Spickhoff, 2014, str. 77).

V zadnjih desetletjih so nekatere kodifikacije obligacijskega oziroma širše civilnega prava uredile tudi pogodbo o zdravstvenih storitvah kot poseben tip pogodbe. Leta 1994 je Nizozemska s posebnim zakonom (Wet van 17 november 1994 ..., 2021) v 7. knjigo Državlanskega zakonika (Burgerlijk Wetboek, 2021, v nadaljevanju: nizDZ), ki ureja posebne tipe pogodb, vnesla nove določbe o pogodbi o zdravstveni obravnavi. Glede na sistemizacijo je pogodba o zdravstveni obravnavi urejena kot poseben (pod)tip pogodb o zagotavljanju storitev. Leta 2013 je v Nemčiji poseben Zakon o izboljšanju pravic pacientov in pacientk (Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, 2021) v razdelek o storitvenih pogodbah (Dienstverträge) nemškega Državlanskega zakonika (v nadaljevanju: nemDZ) uvrstil pogodbo o zdravstveni obravnavi. Nizozemska ureditev tega področja je bila zgled za ureditev pogodbe o zdravstveni oskrbi v češkem Državlanskem zakoniku (Zákon 89/2012 Sb. Občanský zákoník, 2021, v nadaljevanju: češDZ) iz leta 2012, nadalje pogodbe o osebnih zdravstvenih storitvah v litovskem Državlanskem zakoniku iz leta 2000 (Civil Code of the Republic of Lithuania, 2021, v nadaljevanju: litDZ) in pogodbe o zagotovitvi zdravstvenih storitev v estonskem Obligacijskem zakonu (Law of Obligations Act, 2021, v nadaljevanju: estOZ). Ne nazadnje pogodbo o zdravstveni obravnavi vključuje tudi Osnutek skupnega referenčnega okvira (Draft Common Frame of Reference, v nadaljevanju: DCFR), ki so ga strokovnjaki pripravili kot nezavezujoča načela, definicije in modelne rešitve za evropeizacijo zasebnega prava (Bar, Clive in Schulte - Nolke, 2009, str. 1952 in nasl.).

Prispevek analizira temeljne značilnosti pogodb o zdravstvenih storitvah v kodifikacijah državlanskega oziroma obligacijskega prava nekaterih evropskih držav in primerja najpomembnejše določbe iz teh kodifikacij med seboj pa tudi z določbami slovenskega ZPacP. Na podlagi primerjave določb sklepno ocenjuje normativne pristope k urejanju pacientovih pravic v obravnavanih državah in Sloveniji.

2 Opredelitev pogodbe o zdravstvenih storitvah ali zdravstveni obravnavi (oskrbi)

V nizozemskem pravu se s pogodbo o zdravstveni obravnavi fizična ali pravna oseba, ki izvaja zdravstveno obravnavo v okviru zdravstvenega poklica ali zdravstvene dejavnosti (hulpverlener), zaveže opraviti obravnavo na področju zdravstvene vede (geneeskunde) neposredno v zvezi z osebo naročnika ali določene tretje osebe. Obveznost izvajalca zdravstvene obravnave zajema tudi nego in oskrbo (verplegen en verzorgen), ki ju potrebuje pacient, in zagotavljanje drugih materialnih pogojev glede pacienta, da se te storitve lahko izvajajo. Predmet pogodbe o zdravstveni obravnavi pa nista ocenjevanje zdravstvenega stanja ali zdravstveno spremljanje osebe, če se opravljata po naročilu tretje osebe zaradi določitve zahtevkov ali obveznosti, upravičenosti do zavarovanja ali oskrbe ali zaradi presoje sposobnosti

za izobraževanje, delovno razmerje ali opravljanje dejavnosti (člen 7:447 nizDZ, podobno tudi člen 6.725 litDZ).

V nemškem pravu je pogodba o zdravstvenih storitvah (Behandlungsvertrag) opredeljena kot pogodba, na podlagi katere je pogodbenik, ki obljubi zdravstveno obravnavo pacienta (Behandelder), zavezan opraviti obljubljeni obravnavo, pacient pa se zaveže k plačilu, če za plačilo ni zavezana tretja oseba (§ 630a nemDZ). Pogodbo o zdravstveni obravnavi štejejo za »prosto« storitveno pogodbo (freier Dienstvertrag), ker izvajalec ni osebno in gospodarsko odvisen od druge pogodbene stranke, kot je na primer odvisen delavec od delodajalca.

Po češki zakonodaji je pogodba o zdravstveni oskrbi (péče o zdraví) pogodba med izvajalcem (poskytovatel) in oskrbovancem (ošetřovaný), na podlagi katere se izvajalec zaveže opraviti posege, preiskave in druge storitve, ki se nanašajo neposredno na oskrbovanca, z namenom, da se ohrani ali izboljša oskrbovančevo zdravstveno stanje. Zaradi jasnosti češki državljanski zakonik izrecno določa, da je naročnik zdravstvene oskrbe lahko pacient ali tretja oseba in da lahko zdravstveno oskrbo plača naročnik, če je tako dogovorjeno in drug predpis ne določa, da se plačilo za oskrbo zagotovi izključno iz drugih virov. Pogodba o zdravstveni oskrbi ne zajema dejavnosti, ki se ukvarja samo s prodajo oziroma distribucijo medicinskih proizvodov (2636. in 2637. člen češDZ).

3 Obveznosti strank

3.1 Obveznosti izvajalca

Za pogodbo o zdravstvenih storitvah je tipična (značilna) glavna obveznost izvajalca, da izvede ustrezno zdravstveno obravnavo pacienta. Po tej obveznosti se pogodba tudi imenuje. Glavna obveznost pacienta do plačila storitev za ta pogodbeni tip ni značilna. Poleg tega lahko obveznost plačila izpolni tudi tretja oseba ali pa se plačilo z dogovorom strank lahko tudi izključi.

Zdravstveno obravnavo je treba po drugem odstavku § 630a nemDZ opraviti po strokovnih standardih, ki so splošno priznani v času obravnave, če ni dogovorjeno drugače. Dostavek o možnem drugačnem dogovoru, ki odstopa od uporabe splošno priznanih strokovnih standardov, je v nemški teoriji naletel na pomisleke. Po prevladujočem stališču bi bil dogovor, ki bi zniževal raven skrbnosti in dejansko omejeval ali celo izključeval jamstvo izvajalca za zdravstvene napake, nedopusten in neveljaven (Francki, 2014, str. 83). Po mnenju teorije zakon postavlja objektivno merilo skrbnosti, ki ne dovoljuje razlikovanja med zdravnikom začetnikom in izkušenim zdravnikom (Dammann, 2021, str. 17), vendar je treba pri presoji skrbnosti upoštevati tudi različne specializacije zdravnikov. Težje kot za zdravnike je ugotavljati stopnjo potrebne skrbnosti za druge poklicne skupine zdravstvenih delavcev. Seznanjenost s splošno priznanimi standardi se zagotavlja z trajnim izobraževanjem zdravstvenih delavcev. V Estoniji mora izvajalec zagotavljati zdravstveno oskrbo najmanj na splošni ravni medicinske znanosti in s skrbnostjo, ki se pričakuje od izvajalcev zdravstvene oskrbe. Če je treba, mora izvajalec napotiti pacienta k specialistu ali vključiti specialista v zdravljenje. Kolikor splošno priznane metode preprečevanja, diagnoze in zdravljenja verjetno ne bodo uspešne, se lahko uporabi tudi splošno nepriznana metoda pod pogojem, da je bil pacient obveščen o naravi in možnih posledicah ter je v uporabo takšne metode privolil (762. in 763. člen estOZ).

Bolj splošno formulacijo o skrbnosti izvajalca vsebuje nizozemska zakonodaja, po kateri mora izvajalec upoštevati standard previdnega izvajalca in delovati v skladu z odgovornostjo, ki izhaja iz poklicnih standardov izvajalcev (člen 7:453 nizDZ). S tem je zakonodajalec praktično povzel stališče nizozemskega vrhovnega sodišča iz leta 1991 (Hondius in van Hooft, 1996, str. 6). Podobno opredeljuje dolžno skrbnost izvajalca tudi litovsko pravo (člen 6.731 litDZ). V

češkem pravu mora izvajalec zdravstvene oskrbe ravnati s poklicno skrbnostjo in pravili svoje stroke in za to tudi odgovarja (prvi odstavek 2643. člena in 2645. člena češDZ). Osnutek skupnega referenčnega okvira nalaga izvajalcem, da zagotovijo tudi minimalno standardno kakovost instrumentov, zdravil, opreme in prostorov (DCFR, IV.C.–8:103).

Slovenski ZPacP zagotavlja pacientom, da svoje pravice uveljavljajo v okviru »sodobne medicinske doktrine, strokovnih standardov in normativov ter razvitosti zdravstvenega sistema v Sloveniji« (drugi odstavek 4. člena). Sodna praksa presoja odgovornost izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi standarda dobrega strokovnjaka (drugi odstavek 6. člena Obligacijskega zakonika, OZ). Standard dobrega strokovnjaka je prekršen z ravnanjem v nasprotju s pravili stroke (contra legem artis) in doktrine, o čemer sodišče seznanj izvedenec (Višje sodišče v Ljubljani, 2021), ki presoja standarde ravnanja na področju medicine v času škodnega dogodka (Višje sodišče v Ljubljani, 2021a).

Zanimivo je, da Osnutek skupnega referenčnega okvira med obveznostmi izvajalca določa na prvem mestu predhodno oceno, ki jo je treba na podlagi anamneze (pogovora s pacientom) in diagnoze (preiskav pacienta in posveta z drugimi strokovnjaki, vključenimi v obravnavo) izdelati vedno, ko se za to pokaže razumna potreba (DCFR, IV.C.–8:102).

Izvajalec zdravstvene obravnave je dolžan obveščati pacienta in pridobiti njegovo prosto in informirano privolitev v zdravstveno obravnavo. Nepridobitev privolitve v zdravstveno obravnavo je praviloma (razen v izjemnih primerih) kršitev pogodbene obveznosti. Po stališču nemške teorije in sodne prakse je potrebna privolitev v vse medicinske ukrepe, ne glede na to, ali imajo naravo posega ali ne, zlasti če so na voljo alternativne metode, ki imajo kljub enaki indiciranosti in običajnosti za posledico različne obremenitve, tveganja in možnosti za ozdravitev (Francki, 2014, str. 122).

Pojasnila mora dati izvajalec oziroma druga ustrezno usposobljena oseba ustno. Pojasnila se lahko sklicujejo na gradivo, ki ga pacient prejme v pisni obliki. Pojasnila morajo biti pravočasna ter pacientu razumljiva. Pacientu je treba izročiti kopije listin, ki jih je podpisal v zvezi s pojasnilom ali privolitvijo (§ 630e nemDZ).

Pojasnil ni treba dati, če glede na posebne okoliščine niso potrebna, zlasti če je poseg neodložljiv ali se je pacient izrecno odpovedal pojasnilom (§ 630e nemDZ). V nizozemskem pravu so izjeme od obveščanja pacienta dopustne, če bi obveščanje pacienta povzročilo pacientu resno škodo in se izvajalec tako odloči po posvetu z drugim izvajalcem (načelo štirih oči), ali če pacient odkloni obveščanje in škoda, ki bi jo neobveščeno pacienta povzročila njemu samemu oziroma drugim osebam, ne pretehta njegovega interesa, da ni obveščen (pravica »ne vedeti«, člen 7:451 nizDZ, podobno tudi 2640. člen češDZ in DCFR, IV.C.–8:107). Strožje je urejeno obveščanje za poskusno ali nepotrebno zdravstveno obravnavo pacienta (DCFR, IV.C.–8:105).

Zelo široke so pacientove pravice do obveščenosti po slovenskem zakonu. Izvajalec mora pacienta obveščati o njegovem zdravstvenem stanju, verjetnem razvoju bolezni ali poškodbe, cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnem uspehu, pričakovanih koristih in izidih, možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganih posegov in zdravljenja, vključno s posledicami opustitve, drugih možnostih zdravljenja in postopkih zdravljenja, ki niso dosegljivi v Sloveniji ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja). Pojasnila je treba dati pacientu v neposrednem stiku, obzirno, razumljivo glede na pacientovo sposobnost sprejemanja informacij, popolno in pravočasno (20. člen ZPacP).

Po čeških predpisih vsak zdravstveni poseg zahteva soglasje pacienta, razen če zakon določa drugače. Zaradi lažjega dokazovanja lahko izvajalec zahteva od pacienta, ki odklanja poseg, da

pisno potrdi svojo voljo, če pa je pacient dal soglasje, lahko vsaka pogodbeni stranka zahteva od druge, da izda pisno potrdilo o tem, za kateri poseg je bilo soglasje dano (2642. člen češDZ).

Med drugimi pomembnimi izvajalčevimi obveznostmi analizirani predpisi omenjajo še obveznost spoštovati pacientovo zasebnost (člen 7:459 nizDZ) in varovati kot poslovno skrivnost vse informacije, ki jih izvajalec in njegovi pomočniki pri zdravstveni obravnavi izvedo o pacientu in njegovih zdravstvenih, družinskih in socialnih razmerah. Takšne informacije se smejo brez soglasja pacienta sporočiti samo, če tako »zapoveduje ali dovoljuje« zakon (člen 7:457 nizDZ). NemDZ v določbah o pogodbi o zdravstveni obravnavi ne ureja varstva poklicne skrivnosti, ker to področje ureja poseben (kazenski) zakonik (Damman, 2020, str. 17). Slovenski zakon dopušča sporočanje informacij, ki sicer predstavljajo poklicno skrivnost, zaradi varovanja življenja in preprečitve hudega poslabšanja zdravja drugih oseb, če gre za prijavo določenih kaznivih dejanj v škodo otrok policiji ali če tako določa drug zakon (45. člen ZPacP). Vzporedno s temi določbami ZPacP varstvo poklicne skrivnosti s posebnimi določbami urejata kazensko materialno in procesno pravo.

Izvajalec je dolžan voditi dokumentacijo o zdravstveni obravnavi. Pacient lahko vpogleda v dokumentacijo in zahteva iz prepise listin proti plačilu razumnih stroškov. Ta pravica se v nemškem pravu lahko omeji zaradi tehtnih terapevtskih razlogov ali pomembnih pravic tretjih oseb (§§ 630f in 630g nemDZ), v nizozemskem pravu pa zgolj tedaj, če bi vpogled pacienta kršil pravico tretje osebe do zasebnosti (členi 7:454-7:456 nizDZ; podobno 2648. člen češDZ). V Sloveniji zdravstveno dokumentacijo ureja poseben zakon (Zakon o zbirkah podatkov na področju zdravstva, 2021). Dostop pacienta in drugih oseb do dokumentacije z vsebinskega in postopkovnega vidika ZPacP ureja bistveno podrobneje kot obravnavani zakoniki.

Osnutek skupnega referenčnega okvira nalaga izvajalcu, da v primeru, ko pacient krši svoje obveznosti, ne sme zadržati izpolnjevanje pogodbe ali odstopiti od pogodbe, če bi to resno ogrozilo zdravje pacienta, če pa zadrži izpolnitev ali odstopi od pogodbe, mora pacienta napotiti k drugemu izvajalcu (DCFR, IV.C.–8:110).

3.2 Obveznosti pacienta ali naročnika

Po nizozemskem zakoniku je pogodba o zdravstveni obravnavi odplačna, razen če izvajalec prejema plačo za delo v skladu z zakonom ali je drugače dogovorjeno s pogodbo (člen 7:461 nizDZ). Če stranki nista določila plačila, sme izvajalec zaračunati običajno plačilo, če ni mogoče ugotoviti običajnega plačila, pa razumno plačilo (drugi odstavek člen 7:405 nizDZ; podobno § 761 estOZ). Med drugimi pacientovimi obveznostmi zakoni navajajo zlasti dolžnost pacienta do obveščanja izvajalca (člen 2643(2) češDZ; § 764 estDZ) in do sodelovanja z izvajalcem (§ 630(1) nemDZ; člen 6.731 litDZ, 54. člen ZPacP).

4 Sklep

Opravljanje zdravstvenih dejavnosti v sodobni državi urejajo številni predpisi. Splošni normativni okvir za pravice pacientov lahko predstavljajo bodisi predpisi o izvajanju zdravstvene dejavnosti (na primer Zakonik o javnem zdravju v Franciji), posebni predpisi o pravicah pacientov (na primer Finska, Belgija, Danska in Slovenija) in/ali predpisi, ki v kodifikacijah civilnega oziroma obligacijskega prava urejajo pogodbo o zdravstveni obravnavi kot poseben tip pogodbe (Češka, Estonija, Litva, Nizozemska, Nemčija) ali določajo, kot izhaja iz novega kitajskega Državlanskega zakonika (sprejetega 2020, ki ga tu nismo posebej obravnavali), posebna pravila o odgovornosti za škodo, povzročeno z zdravstveno obravnavo. Kitajski Državlanski zakonik namreč v to odgovornost vključuje tudi upoštevanje strokovnih standardov, pojasnilno dolžnost, načelno zahtevo po predhodni privolitvi v zdravstveno

obravnavo, vodenje in hrambo dokumentacije ter varstvo zasebnosti (Diels, Klages, Leibkühler in Pissler, 2020, str. 408).

Predpisi, ki urejajo pogodbo o zdravstveni obravnavi, niso posebej obširni, vendar pa izvajalcu zdravstvene obravnave poleg klasične odgovornosti v skladu s standardi dobrega strokovnjaka oziroma ravnanja po pravilih stroke (*lege artis*) nalagajo še specifične obveznosti, zlasti do pridobitve proste in obveščene privolitve pacienta, do obveščanja pacienta in njegovega sodelovanja v postopku zdravstvene obravnave. Varstveni namen zakonske ureditve poudarjajo zlasti določbe, da izvajalec zdravstvene storitve in pacient ne moreta s posebnimi dogovori odstopati od vseh ali nekaterih zakonskih določb v škodo pacienta.

Predpisi, ki določajo pravice pacienta ne glede na pravno podlago zdravljenja, določajo širši nabor vsebinsko in celo postopkovno podrobneje opredeljenih pacientovih pravic. Vendar tudi zakonske določbe o pogodbeni zdravstveni obravnavi posegajo preko pogodbenega področja, ko ob določenih pogojih (na primer ob nezavesti pacienta) izjemoma dovoljujejo določene posege brez privolitve pacienta ali pooblaščen osebe. Po nizozemskem pravu se določbe o pogodbeni zdravstveni obravnavi smiselno uporabljajo tudi za vse zdravstvene posege brez pogodbene podlage, se pravi tudi za obvezno zdravljenje. Podobno določa 6.743 litDZ za nepogodbeno zdravstveno obravnavo, če se opravlja v okviru zdravstvenega poklica ali uporablja medicinsko deontologijo. V podobno smer se razvija tudi nemško pravo, ki dopušča obvezno zdravljenje samo, če s predhodnim pravočasnim in resnim poskusom brez pritiska ni mogoče pridobiti privolitve pacienta. Po nedavni sodbi nemškega Zveznega ustavnega sodišča (Bundesverfassungsgerichtshof, 2021) morajo ukrep obveznega zdravljenja zaradi ogrožanja drugih spremljati stroge vsebinske in postopkovne zahteve, da svoboščine prizadetega ne bodo omejene bolj, kot je nujno za varstvo drugih oseb.

Vendar pacientovih pravic ni mogoče urediti niti izključno niti povsem zaokroženo v enem samem zakonu. Slovenski ZPacP tako na splošno določa, da so pacientove pravice lahko omejene »z zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb« (četrti odstavek 4. člena), medtem ko glede pravic pacienta iz zdravstvenega zavarovanja napotuje na predpise o tem zavarovanju (tretji odstavek 4. člena in drugi odstavek 9. člena). Pravice pacientov s težavami v duševnem zdravju ureja poleg ZPacP še poseben zakon (ZDZdr). Končno na to področje posegajo tudi predpisi o nalezljivih boleznih (na primer obvezno zdravljenje) in kazenskoppravna zakonodaja (kazniva dejanja zoper človekovo zdravje, obvezno zdravljenje).

LITERATURA

1. Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622>.
2. Bar, C. von (ur.), Clive, E. (ur.) in Schulte-Nölke, H. (ur.) (2009). Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law: Draft Common Frame of Reference (DCFR). Outline ed. München: Sellier.
3. Borysiak, W. (2019). The treatment contract as an innominate service contract to which the respective provisions on mandate apply. *Studia Prawa Prywatnego*, 14. Pridobljeno s <https://doi:10.32027/SPP.19.2.3>
4. Bundesverfassungsgerichtshof. (10. 9. 2021). Beschluss des Zweiten Senats vom 8. Juni 2021. - 2 BvR 1866/17 - 2 BvR 1314/18. Pridobljeno s http://www.bverfg.de/e/rs20210608_2bv186617.html.
5. Burgerlijk Wetboek. Boek 7. (10. 9. 2021). Pridobljeno s https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2021-07-01#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5.
6. Civil Code of the Republic of Lithuania. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.245495>.

7. Code civil. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006070721/>.
8. Codice civile (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.altalex.com/documents/codice-altalex/2015/01/02/codice-civile>.
9. Dammann, U. H. (2020). Der Behandlungsvertrag. Wiesbaden: Springer.
10. Deutsch, E. in Spickhoff, A. (2014). Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht. Heidelberg: Springer.
11. Diels, Y., Klages, N., Leibkühler, P. in Pissler, K. B. (2020). Übersetzung: Zivilgesetzbuch der Volksrepublik China vom 28.5.2020. Zeitschrift für Chinesisches Recht, 27 (3–4), 207–417.
12. Francki, D. (2014). Der Behandlungsvertrag: ein neuer Vertragstypus im Bürgerlichen Gesetzbuch. Göttingen: Universitätsverlag.
13. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtsgesetz) (10. 9. 2021). Pridobljeno s https://dejure.org/BGBI/2013/BGBI_I_S_277.
14. Hondius, E. in van Hooft, A. (1996). The new Dutch law on medical services. Netherlands International Law Review, 43 (1), 1–18.
15. Kodeks cywilny (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19640160093>.
16. Kranjc, J. (2020). Rimsko pravo. Ljubljana: Lexpera.
17. Lag om patientens ställning och rättigheter. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>.
18. Law of Obligations Act. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/506112013011/consolide>.
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>.
20. Malaurie, P., Aynès, L. in Gautier, P. Y. (2016). Droit des contrats spéciaux. Issy-les-Moulineaux: LGDJ, Lextenso-éditions.
21. Obligacijski zakonik (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1263>.
22. Obligationenrecht. (10. 9. 2021). Pridobljeno s https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/27/317_321_377/de.
23. Višje sodišče v Ljubljani. (10. 9. 2021). Sodba II Cp 2586/2013 z dne 6. 5. 2014. Pridobljeno s <https://sodisce.si/vislj/odlocitve/2012032113071377/>.
24. Višje sodišče v Ljubljani. (10. 9. 2021a). Sodba I Cp 1512/2019 z dne 12. 2. 2020. Pridobljeno s <https://www.sodisce.si/vislj/odlocitve/2015081111446044/>.
25. Višje sodišče v Mariboru. (10. 9. 2021). Sodba I Cp 452/2019 z dne 16. 7. 2019. Pridobljeno s [http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2015081111426361&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2015081111434859](http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2015081111426361&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2015081111434859).
26. Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. (10. 9. 2021). Pridobljeno s <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.
27. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). (10. 9. 2021). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>.
28. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (10. 9. 2021). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
29. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>.

Intercultural Communication and English Language Skills Development in Part-time Nursing Students

UDC 314.73-057.875

KEYWORDS: *communication skills, distance learning, English for specific purposes, intercultural aspects in nursing education, part-time nursing students*

ABSTRACT - *Bjelovar University of Applied Sciences is the coordinator of the project INCLUDE (Intercultural Communication and Linguistic Upgrade in a Digital Environment) funded by the Erasmus+ KA2 Strategic Partnership. The main objective of the project INCLUDE is to improve the employability of students on a global scale providing an inclusive, progressive and high-quality language and communication course in a range of languages (English, Croatian, Portuguese, Greek) at higher education institutions across Europe. Thirty students from three higher education institutions from Croatia, Greece and Portugal are participating in the project. Some of them are part-time nursing students who usually have less opportunity to participate in international student mobility as they are mostly working. The paper presents the results of a study conducted within the INCLUDE project, which involved 70 subjects, students of the Bjelovar University of Applied Sciences. The results of the research show students' attitudes on some aspects of international mobility, intercultural, multicultural team communication, the use of digital tools and the importance of educating students on these topics.*

UDK 314.73-057.875

KLJUČNE RIJEČI: *izvanredni studenti sestrištva, komunikacijske vještine, engleski jezik kao jezik struke, interkulturalni aspekti obrazovanja u sestrištvu, učenje na daljinu*

POVZETEK - *Veleučilište u Bjelovaru koordinira je strateškog projekta INCLUDE (Intercultural Communication and Linguistic Upgrade in a Digital Environment) financiranoga iz Erasmus+ KA2 sredstava. Glavni cilj projekta INCLUDE odnosi se na povećanje zapošljivosti studenata na globalnom tržištu rada kroz provedbu inkluzivnih, naprednih i kvalitetnih predmeta iz područja razvoja jezičnih (engleski, hrvatski, portugalski, grčki) i komunikacijskih vještina na visokoškolskim ustanovama diljem Europe. Trideset studenata s tri visokoškolske ustanove iz Hrvatske, Grčke i Portugala sudjeluju u ovom projektu, a dio njih pripada skupini izvanrednih studenata sestrištva koji često pripadaju podzastupljenoj skupini studenata s aspekta sudjelovanja u međunarodnoj mobilnosti, budući da se uglavnom radi o studentima koji studiraju uz posao. U radu su predstavljeni rezultati istraživanja provedenog u okviru projekta INCLUDE, a u kojem je sudjelovalo 70 ispitanika, studenata Veleučilišta u Bjelovaru. Rezultati istraživanja prikazuju stavove studenata o nekim aspektima međunarodne mobilnosti, interkulturalne, multikulturalne komunikacije u timu, korištenju digitalnih alata te važnosti edukacije studenata o tim temama.*

1 Introduction

The INCLUDE project (Intercultural Communication and Linguistic Upgrade in a Digital Environment) is set in the context of the global onset of the Covid-19 pandemic that has brought immense changes to the manner people communicate and engage in professional activities. Language and communication teachers at higher education institutions teach courses that heavily depend on communication and they have had to invest more time and effort into transforming their teaching methods and materials into ones that are applicable in online teaching. At the same time, they are the ones who have to prepare their students for real-life

communication in a virtual setting as well as to enable them to acquire the global competence that has become vital in the modern, globalized world.

The main objective of the INCLUDE project is to boost students' employability on a global scale by ensuring an inclusive, progressive, high-quality language and communication course in a range of languages (English, Croatian, Portuguese, Greek) at higher education institutions across Europe. The project involves three intellectual outputs oriented towards developing a high-quality course in intersectoral communication skills in a digital, intercultural environment.

Language and communication teachers at universities have to be able to design efficient and cutting-edge learning activities in order to develop students' skills in a changing, international, digital environment. The INCLUDE project is aimed at giving teachers the possibility of implementing ready-to-use teaching material, handbook and a course curriculum aimed at developing language skills related to intersectoral subjects, intercultural communication, and the digital competences of their students.

Students from all three partner universities participate in virtual mobility organized as online international workshops and contribute to the development of the teaching material, supported by their language teachers and communication experts, by professors teaching professional courses, and by industrial partners involved in the project. By actively contributing to the production of the different materials (e-course, videos, podcasts, etc.), students become empowered and more autonomous in their learning as active members of the community (Willison, Sabir and Thomas, 2017). As all the teaching and training activities in this project are carried out online, students with special needs and students from disadvantaged background may especially benefit from this project, as well as part-time, employed students, students who have small children and students who work shifts, because there is no need to travel for the purpose of participating in this project. The project activities are inclusive of all students, and participation is encouraged especially among student groups that generally have fewer possibilities to participate in international activities, such as mobility programs.

Having been accepted as a global lingua franca, English has become a necessary requirement in the majority of professions (Badrov and Jurković, 2017). This includes medical professionals who are expected to be able to use English for the purpose of communicating with patients from abroad (Paher and Jurković, 2019). Due to this, all workshops within this project are organized in an international setting, providing students with an additional opportunity to practice their English skills while acquiring essential skills for their prospective work.

The aim of this paper is to investigate and to describe the manner in which Bjelovar University of Applied Sciences encourages students with fewer opportunities to participate in international mobility and gain valuable international experiences during their studies.

2 Methods

For the purpose of analysing our students' needs before entering the INCLUDE project, a pilot research was conducted among our students. The research was conducted using a Google form questionnaire in the winter semester of the academic year 2020/21. The research was anonymous. The research population included full-time and part-time students of nursing and engineering of the Bjelovar University of Applied Sciences. The final sample includes a total of 70 students who completed the questionnaire correctly.

The questionnaire included a total of 10 questions. The first question relates to the subjects' area of study (nursing, engineering). Questions 2–7 are formed as statements aimed at

determining the subjects' attitudes about the content of the project. These questions include the Likert scale from 1 to 5:

- 1 – I completely disagree
- 2 – I mostly disagree
- 3 – I neither agree nor disagree
- 4 – I mostly agree
- 5 – I completely agree

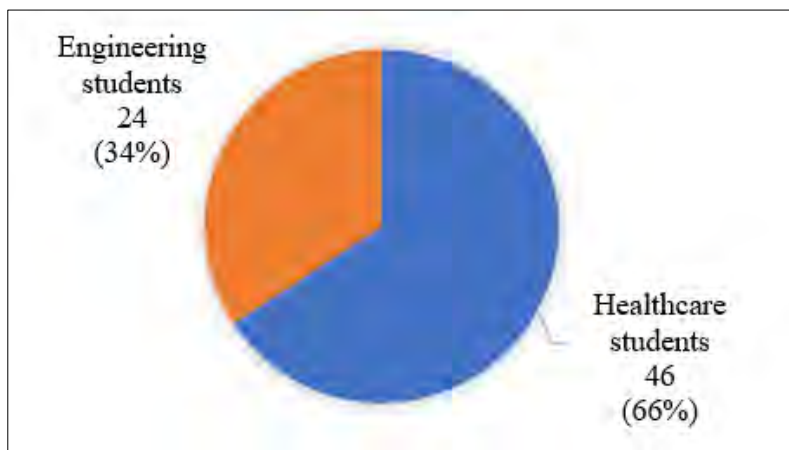
Questions 8–10 were formed as multiple choice questions whose aim was to collect valuable information from the subjects regarding the prospective content of the project activities.

Descriptive statistics was used for the purpose of describing the research results.

3 Results

Graph 1 presents the distribution of subjects within the pilot study according to the area of study (question 1), all being students of the Bjelovar University of Applied Sciences.

Graph 1: Distribution of subjects according to the field of study



Source: Own research, 2021

The second question included in the questionnaire was: “It is important for students to gain international experience during their studies.” The results are presented in Table 1.

The average value expressed by the nursing students (4.09) was slightly higher than the value expressed by the engineering students (3.96) as well as the average values of all subjects (4.04), which shows that the subjects mostly agree with the statement.

Table 1: Distribution of results for the question: “It is important for students to gain international experience during their studies.”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.09	0.78
Engineering	24	3.96	0.70
Total	70	4.04	0.76

Source: Own research, 2021.

The third question included in the questionnaire was: “It is important that students receive training in intercultural communication during their studies.” Subjects generally agree with the statement (4.30). Engineering students rated this feature with 4.42, while nursing students expressed their attitude with 4.24. The results are presented in Table 2.

Table 2: Distribution of results for the question: “It is important that students receive training in intercultural communication during their studies.”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.24	0.87
Engineering	24	4.42	0.72
Total	70	4.30	0.82

Source: Own research, 2021.

The fourth question included in the questionnaire was: “It is important that students receive training in digital and videoconferencing tools during their studies.”(Table 3) The highest grade for this feature was given by an engineering student (4.58), lower by a nursing student (4.13) while the average grade of all respondents was 4.29.

Table 3: Distribution of results for the question: “It is important that students receive training in digital and videoconferencing tools during their studies.”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.13	0.81
Engineering	24	4.58	0.58
Total	70	4.29	0.76

Source: Own research, 2021.

The fifth question included in the questionnaire was: “It is important that students receive training in interdisciplinary / intersectoral communication during their studies (namely communication with professionals from different fields).” The results presented in Table 4 show a greater degree of agreement with the claim among engineering students (4.50), while nursing students rated it with 4.11. The average grade was 4.24.

Table 4: Distribution of results for the question: “It is important that students receive training in interdisciplinary / intersectoral communication during their studies (namely communication with professionals from different fields).”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.11	0.85
Engineering	24	4.50	0.72
Total	70	4.24	0.82

Source: Own research, 2021.

The sixth question included in the questionnaire was: “It is important that students receive training in working in multidisciplinary teams during their studies.”(Table 5). The average grade of subjects agreeing with the statement is 4.50; engineering students 4.54, and nursing students 4.48.

Table 5: Distribution of results for the question: “It is important that students receive training in working in multidisciplinary teams during their studies.”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.48	0.66
Engineering	24	4.54	0.66
Total	70	4.50	0.65

Source: Own research, 2021.

The seventh question included in the questionnaire was: “It is important that students receive training in working in international teams during their studies.” The average value expressed by the nursing students (4.09) was lower than the value expressed by the engineering students (4.54), as well as the average values of all subjects (4.24).

The results are presented in Table 6.

Table 6: Distribution of results for the question: “It is important that students receive training in working in international teams during their studies.”

<i>Area of study</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
Nursing	46	4.09	0.91
Engineering	24	4.54	0.66
Total	70	4.24	0.86

Source: Own research, 2021.

The eighth question included in the questionnaire was: “Which communication tools / styles are the most relevant for the prospective work of students?” The subjects were provided with multiple choice options listed in Table 7 and were asked to select as many answers as they found suitable. Table 7 presents the attitudes of nursing students who participated in this research. Nursing students selected 121 answers. The largest share (32.23%) chose e-mail as the most relevant means of communication for the prospective work of students, 26.45% videoconferencing, 23.14% face-to-face communication, 14.05% messenger applications (e. g. Viber, WhatsApp ...).

Table 7: Distribution of nursing students results for the question: “Which communication tools / styles are the most relevant for the prospective work of students?”

<i>Communication tools / styles</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
E-mail	39	32.23
Videoconferencing tools (e. g. Zoom, MS Teams ...)	32	26.45
Messenger applications (e. g. Viber, WhatsApp ...)	17	14.05
Online collaborative platforms (e. g. Miro, internal platforms)	3	2.48
Face-to-face communication	28	23.14
Letter writing	2	1.65
Other	0	0.00
Total	121	100.00

Source: Own research, 2021.

The ninth question included in the questionnaire was: “Which is the most important element of learning a foreign language at college/university? Please select only one answer.” The subjects were provided with multiple choice options listed in Table 8 and were asked to select only one

answer. Table 8 presents the attitudes of nursing students who participated in this research. According to the results, the most important element of learning a foreign language at college/university for nursing students is spoken communication (52.17%), followed by specific terminology (28.26%) and grammar (8.70%).

Table 8: Distribution of nursing students results for the question: “Which is the most important element of learning a foreign language at college/university?”

<i>Elements of learning a foreign language at college/university</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Spoken communication and fluency	24	52.17
Specific terminology	13	28.26
Grammar	4	8.70
Listening skills	3	6.52
Reading skills	2	4.35
Total	46	100.00

Source: Own research, 2021.

The tenth question included in the questionnaire was: “Which soft skills do you consider to be the most important for becoming a competent employee in your field?” The subjects were provided with multiple choice options listed in Table 9 and were asked to select as many answers as they found suitable.

Out of 179 nursing students’ responses, 36 or 20.11% related to teamwork, 17 or 15.08% to communication skills and 23 or 12.85% to problem solving skills. Other soft skills were selected in less than 10.00% of responses.

Table 9: Distribution of nursing students results for the tenth question: “Which is the most important element of learning a foreign language at college/university?”

<i>Soft skills</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Team work	36	20.11
Presentation skills	12	6.70
Adaptability	14	7.82
Problem-solving skills	23	12.85
Leadership	12	6.70
Time management	10	5.59
Emotional awareness	17	9.50
Initiative	6	3.35
Intercultural awareness	5	2.79
Communication skills	27	15.08
Communicating in multidisciplinary teams	17	9.50
Total	179	100.00

Source: Own research, 2021.

4 Discussion

Based on this small-scale pilot study it was clear that students shared the opinion that it was necessary to develop a course in intersectoral communication skills in a digital, multidisciplinary and intercultural environment. Nursing students in this study rated the need for training aimed at being able to work in a multidisciplinary team with the highest average grade (4.48). According to Uren and Shepherd (2016), each member of a multidisciplinary team has a role to play in ensuring that student nurses' ability to contribute to clinical practice is understood and maximised.

Videoconferencing tools are becoming the most important communication tool at this time of the pandemic. More than a quarter of the subjects (26.23%) nursing students, recognized this tool as the most important. Flo, J. and coworkers (2021) found in their study concluded that virtual simulation through a video conferencing system can be useful for student learning and feedback from both peers and faculty is important.

As the results of this pilot study confirm the results of prior researches (Zelenika, Jurković, Badrov, 2019) and (Badrov, Jurković, 2017), the project team was formed and the INCLUDE project proposal was submitted. As all activities that involve students are conducted via videoconferencing tools, this project represents an example of good practice in the area of encouraging students with fewer opportunities to participate in international projects and virtual student mobility.

5 Conclusion

The course curriculum shall involve research-based learning outcomes and the description of the course content (reviewed by the industrial partners), as well as assessment tools and methods. This project output is innovative because it will provide language and communication skills teachers around the EU to include similar content in their existing or new communication skills courses. This project output has a high potential of transferability, because it enables language and communication skills teachers around the world to implement it in their teaching process, either fully or as an addition to their existing course curricula. Such a course may be implemented at any institution that has at least one partner from another country willing to participate in the course activities and it may be exceptionally beneficial at higher education institutions that are severely impacted by the reduction in physical mobility within Erasmus+ programmes, as it allows for virtual mobility of both staff and students within a joint, internationally conducted course. Furthermore, it may also be used by career centres at universities who are willing to expand their offer of courses aimed at supporting students in the career management process.

LITERATURE

1. Badrov, T. and Jurković, I. (2017). Stavovi studenata sestriinstva o važnosti komunikacijskih vještina na engleskome jeziku. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 3 (2), 265–271.
2. Flo, J., Byermoen, K. R., Egilsdottir, H., Ösp, E. and Günterberg, L. (2021). Nursing students' experiences of virtual simulation when using a video conferencing system – a mixed methods study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 18 (1). Pridobljeno s <https://doi.org/10.1515/ijnes-2021-00563>
3. Jurković, I., Badrov, T. and Sekovanić, I. (2017). Stavovi studenata o važnosti primjene e-učenja i multimedijских tehnologija u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke. In J. Žiljak Vujić (ed.), *Tiskarstvo i dizajn 2017* (pp. 63–69). Zagreb: Grafički fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

4. Paher, R. and Jurković, I. (2019). Utjecaj mrežnog jezičnog tečaja i međunarodne mobilnosti na poboljšanje komunikacijskih kompetencija studenata sestrinstva i mehatronike na stranom jeziku. In K. Eljuga (ed.), 1. simpozij Veleučilišta u Bjelovaru: Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega (pp. 83–89). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.
5. Uren, C. and Shepherd, P. (2016). Valuing the student contribution to practice. *Nursing Times*, 9, 1–4.
6. Willison, J, Sabir, F. and Thomas, J. (2017). Shifting dimensions of autonomy in students' research and employment. *Higher Education Research & Development*, 36 (2), 430–443.
7. Zelenika, M., Jurković, I. and Badrov, T. (2019). E-učenje u nastavi engleskoga jezika kao jezika struke na studiju sestrinstva. U K. Eljuga (ur.), *Izazovi u sestrinstvu – Pacijent prije svega* (pp. 117–125). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru.

Proces mentoriranja u sestrinstvu – pregled literature

UDK 378.147:614.253.4

KLJUČNE RIJEČI: mentoriranje, sestrinstvo, mentor, student

POVZETEK - Mentor je osoba s iskustvom te stručnim i pedagoškim kompetencijama koja vodi, savjetuje i potiče drugu osobu u učenju, stručnom usavršavanju, profesionalnom usmjeravanju i osobnom rastu. Mentori prilikom mentoriranja trebaju djelovati motivirajuće, pružati potporu i savjete, prenositi znanje i iskustvo te davati povratne informacije. Kako bi mentoriranje bilo kvalitetno, mentori trebaju biti kreativni, emocionalno inteligentni, uzornog ponašanja, učinkovitog djelovanja, posjedovati komunikacijske vještine. Osoba koja se mentorira treba biti motivirana za učenje, aktivno slušati, selektirati informacije, poznavati područje iz kojeg je mentorirana. Sestrinstvo je profesija koja zahtjeva teorijska i praktična znanja stečena u kliničkim uvjetima. S obzirom da Direktiva 2005/36/EC propisuje kako klinička praksa na preddiplomskom studiju sestrinstva treba iznositi polovicu ukupnog trajanja studijskog programa, jasna je važnost mentora te adekvatno i kvalitetno mentoriranje studenata sestrinstva. Pregledom literature detektirane su poteškoće u mentoriranju poput preopterećenosti poslom, velikog broja mentoriranih na jednog mentora, slabo plaćenog mentoriranja te nedostatak psihološko-pedagoških kompetencija. Potrebne su promjene u edukaciji magistara sestrinstva koji će mentorirati studente i novozaposlene medicinske sestre/tehničare te organizacijske promjene za provedbu adekvatnog mentoriranja koje će rezultirati zadovoljstvom mentora i studenta.

UDC 378.147:614.253.4

KEYWORDS: mentoring, nursing, mentor, student

ABSTRACT - A mentor is a person with experience and professional and pedagogical competencies who guides, advises and encourages another person in learning, professional development, professional guidance and personal growth. In mentoring, mentors should be motivational, provide support and advice, share knowledge and experience, and give feedback. For mentoring to be of high quality, mentors must be creative, emotionally intelligent, exemplary, effective, and have communication skills. The person being mentored should be motivated to learn, an active listener, able to select information, and knowledgeable in the field in which the mentor is working. Nursing is a profession that requires theoretical and practical knowledge acquired in a clinical setting. Considering that Directive 2005/36 / EC stipulates that clinical practice in undergraduate nursing studies should account for half of the total duration of studies, the importance of mentors and adequate and high-quality mentoring of nursing students is emphasised. A review of the literature revealed difficulties in mentoring such as work overload, large number of mentees per mentor, poorly-paid mentoring and lack of psychological and pedagogical competencies. Changes are needed in the education of masters of nursing who will mentor students and newly hired nurses, as well as organisational changes to implement appropriate mentoring leading to mentor and student satisfaction.

1 Uvod

Mentorstvo je od davnina prepoznato kao važan oblik u učenju, poučavanju i profesionalnom osposobljavanju drugih (Sambunjak, Straus i Marušić, 2010). Naziv mentor poznat je još iz grčke mitologije, a iz dalje ili bliže prošlosti postoje brojni primjeri poznatih mentora i učenika kao što su bili Sokrat i Platon ili pak Sigmund Freud i Karl Jung (Hrvatska enciklopedija, n.d.) U sestrinstvu je koncept mentoriranja poznat još iz doba Florence Nightingale koja je

mentorirala brojne medicinske sestre svog doba (Hurst i Koplín - Baucum, 2003). Zanimanje za istraživanje mentoriranja u različitim područjima među kojima je i sestrinstvo, započelo je osamdesetih godina prošloga stoljeća i traje sve do danas (Sambunjak, Straus i Marušić, 2010; Dorsey i Baker, 2004).

Mentorom se naziva osoba koja ima stručne i pedagoške kompetencije i iskustvo te vodi, savjetuje i potiče drugu osobu u aktivnostima poput učenja, stručnog usavršavanja, profesionalnog usmjeravanja te osobnog rasta (Burgess, Diggele i Mellis, 2018; Jeđud i Ustić, 2013). Neke od imenica koje opisuju mentora i njegovu ulogu prema mentoriranome su trener, savjetnik, uzor te iskusani voditelj (Hafsteinsdottir, Zwagg i Schuurmans, 2017). Mentorstvo je recipročan odnos s emocionalnom predanošću između mentora i mentoriranog koji posjeduju različite razine kompetencija i vještina, a pridonosi razmjeni savjeta, povećanju stručnosti, razvoju profesionalnih uloga te formalnoj i neformalnoj podršci kojima se utječe na mentoriranog (Mariani, 2012). Smjer mentoriranja kao i odabir stila mentoriranja ovise o potrebama mentoriranog odnosno ovise o tome je li svrha mentoriranja učenje vještina, izrada akademskih radova, profesionalno usavršavanje i usmjeravanje ili drugo (Zachary i Fischler, 2011). Međutim, temeljni cilj svakog mentorskog procesa jest postizanje profesionalnog razvoja i unaprjeđenje vještina kao i postizanje veće razine samostalnosti i samopouzdanja u mentoriranog (Wynn, Holden, Romero i Julian, 2021; Ssemata, Gladding, John i Kiguli, 2017).

Za uspješan proces mentoriranja mentori moraju imati određene karakteristike, osobine i vještine poput kreativnosti, emocionalne inteligencije, komunikacijske vještine, uzorno ponašanje, učinkovito djelovanje i sposobnost rada unutar tima (Marzano i Zorzi, 2020). S druge strane, osoba koja se mentorira također treba biti aktivno uključena u proces mentoriranja odnosno treba biti motivirana za učenje, aktivno slušati, selektirati informacije te poznavati područje iz kojeg je mentorirana (Cho, Ramanan i Feldman, 2011).

Brojni autori ističu ključnu važnost mentoriranja medicinskih sestara/tehničara tijekom studija, ali i prilikom zapošljavanja (Wynn idr., 2021; John i Poddar, 2020; Nganga, Bowneb i Stremmelb, 2020; Burgess, Diggele i Mellis, 2018; Olaolorunpo, 2019; Režić, 2016; Nowell, White, Mrklas i Norris, 2015; Mariani, 2012). Sestrinstvo je regulirana profesija koja zahtjeva teorijska i praktična znanja stečena u kliničkim uvjetima te Direktiva 2005/36/EC propisuje kako klinička praksa na preddiplomskom studiju sestrinstva treba iznositi polovicu ukupnog trajanja studijskog programa. Navedeno potvrđuje važnost mentora te potrebu za adekvatnim i kvalitetnim mentoriranjem studenata sestrinstva.

Mentoriranje studenata sestrinstva i medicinskih sestara/tehničara na samim počecima svoje karijere obaveza je koju mentori imaju prema sestrijskoj profesiji i gleda se kao davanje svog doprinosa u unaprjeđenju sestrijske profesije (Wynn idr., 2021). Istraživanja pokazuju dobrobiti mentoriranja unutar sestrijske profesije kao što su povećanje zadovoljstva poslom te karijerom mentora i mentoriranog, povećanje efikasnosti rada i smanjenje pojavnosti sindroma sagorijevanja na radnom mjestu (Wynn idr., 2021; Mariani, 2012).

Cilj je istražiti dobrobiti mentoriranja za medicinske sestre/tehničare i studente sestrinstva koje se najčešće spominju u literaturi. Postavljena su sljedeća istraživačka pitanja: »Koje su dobrobiti mentoriranja za medicinske sestre/tehničare i studente sestrinstva?« te »Koji faktori doprinose učinkovitom mentoriranju?«.

2 Metode

U radu je korištena metoda kompilacije kojom se proučila strana i domaća literatura te su preuzeti zaključci i spoznaje dosadašnjih znanstveno istraživačkih rezultata. Druga metoda je

metoda deskripcije kojom su opisane činjenice dobivene pregledom znanstvene i stručne literature iz područja mentoriranja u sestrinstvu.

Uporabljani su sljedeći kriteriji tijekom pretrage literature: engleski i hrvatski jezik, vremensko razdoblje 2011.–2021., dostupan puni tekst članka, objavljeni izvorni i pregledni znanstveni članci te stručni članci. Pretraživanje literature se provelo u bazama PubMed, Cinahl i Portalu Hrčak. Za traženje literature korištene su sljedeće ključne riječi u različitim kombinacijama na hrvatskom jeziku: mentoriranje, mentor, medicinska sestra, studij sestrinstva. Ključne riječi na engleskom jeziku glasile su: mentoring, mentor, nurse, nursing study. Navedene ključne riječi su Booleovim logičkim operatorima (and, or, not) povezane različitim kombinacijama. Pretraživanje literature trajalo je od 21.–30. 10. 2021.

3 Rezultati

Poštujući navedene kriterije te uz različite kombinacije navedenih ključnih riječi, dobiveno je 75 članaka. Nakon njihovog pregleda 50 članaka je odbačeno, dok je od preostalih 25 članka, za izradu rada korišteno njih 10.

Tablica 1: Prikaz pregleda članaka

<i>Autori</i>	<i>Metodologija</i>	<i>Cilj/svrha</i>	<i>Uzorak</i>	<i>Zaključci</i>
Mariani (2012)	Kvantitativno istraživanje	Istražiti utjecaj mentoriranja na zadovoljstvo karijerom i namjeru ostajanja u sestrijskoj profesiji	Medicinske sestre (N = 173)	Nije potvrđena statistički značajna povezanost između mentoriranja i zadovoljstva karijerom te namjerom ostanka u sestrijskoj profesiji.
Douglas, Garrity, Shepherd i Brown (2016)	Kvantitativno istraživanje	Istražiti utjecaj podrške mentorima u kliničkoj praksi na učinkovito mentoriranje studenata sestrinstva	Medicinske sestre mentori (N = 4341)	Učinkovito mentoriranje dovodi do većeg samopouzdanja kod studenta sestrinstva u provođenju intervencija te povećanja samopouzdanja u stvaranju profesionalnog odnosa s pacijetima.
Schroyer, Zellers i Abraham (2016)	Kvazi-eksperimentalna, deskriptivna i kvantitativna istraživačka metoda	Utjecaj mentoriranja na ostanak novozaposlenih medicinskih sestara na odjelu intenzivnog liječenja	70 novozaposlenih medicinskih sestara i 32 mentora	Čak 91 % medicinskih sestara koje su bile mentorirane na početku rada u jedinici intenzivnog liječenja izražavaju želju za ostankom na navedenom radnom mjestu, što je 66 % više od medicinskih sestara koje nisu bile mentorirane.

Burgess, Diggele i Mellis (2018)	Deskriptivna metoda pregleda literature	Istražiti ključne elemente učinkovitog mentoriranja te potencijalne poteškoće u mentoriranju	/	Potencijalne prednosti mentoriranja za mentoriranog su povećanje zadovoljstva poslom, osjećaj osnaženosti, poboljšanje akademske učinkovitosti i napredovanje u karijeri
Rohatinsky, Udod, Anonson, Rennie i Jenkins (2018)	Kvalitativno istraživanje	Analizirati utjecaj mentoriranja na zapošljavanje i ostanak medicinskih sestara u ruralnim područjima	Medicinske sestre	Jedan od prediktora zapošljavanja i ostanaka medicinskih sestara u ruralnim područjima je učinkovito mentoriranje.
Brown, Jones i Davies (2020)	Kvalitativno istraživanje	Istražiti percepciju i iskustva studenata sestrinstva i njihovih mentora o izražavanju nesigurnosti u radu s pacijentima.	14 mentora medicinskih sestara i 16 studenata sestrinstva	Otvorena komunikacija u procesu mentoriranja povećava osjećaj samopouzdanja i povjerenja kod mentoriranog što rezultira većom vjerojatnošću iskazivanja nesigurnosti u radu i traženja pomoći od strane mentora što direktno utječe na sigurnost pacijenta.
Davey, Jackson i Henshall (2020)	Kvalitativno istraživanje	Procjena utjecaja mentoriranja na poboljšanje otpornosti medicinskih sestara	Medicinske sestre (N = 51)	Učinkovito mentorstvo doprinosi stvaranju profesionalnih veza, povećava mogućnost razvoja karijere, doprinosi samopouzdanju i učinkovitim rješavanju problema te većoj otpornosti na stress.
Foolchand i Maritz (2020)	Kvalitativno istraživanje	Istražiti iskustva mentoriranja studenata sestrinstva u uvjetima ograničenih resursa	Medicinske sestre mentori (N = 8)	Neučinkovito mentoriranje može nastati kao posljedica nedostatka smjernica, nejasno definiranih uloga mentora, loših materijalnih resursa, nedovoljne podrške menadžmenta te nedostatka praćenja kliničkog mentoriranja od strane obrazovne ustanove.

Hoover, Koon, Rosser i Rao (2020)	Pregled literature	Identifikacija i analiza programa mentoriranja zaposlenih medicinskih sestara	69 članaka iz 11 zemalja objavljenih od 1995. do 2019. godine	Programi mentoriranja medicinskih sestara usmjereni su najčešće na jačanje provođenja kliničke skrbi, provođenje prakse utemeljene na dokazima, podršku novozaposlenim medicinskim sestrama i razvoj vještina vođenja medicinskih sestara.
Wynn, Holden, Romero i Julian (2021)	Pregled literature	Istražiti utjecaj pozitivnog ili negativnog iskustva s mentoriranjem na ponašanje studenta	/	Nedostatak pozitivnog iskustva s mentoriranjem smanjuje vjerojatnost pridruživanja sestrinskoj profesiji te povećava napuštanje profesije ubrzo nakon stjecanja licence. Negativna iskustva s mentoriranjem mogu dovesti do smanjenog samopouzdanja i anksioznosti, medicinskih pogrešaka te povećavaju rizik od sindroma sagorijevanja.

Izvor: Vlastiti izvor, 2021.

4 Rasprava

U pregledu literature može se vidjeti kako je mentoriranje medicinskih sestara najčešće usmjereno na podršku u provođenju sestrinske skrbi, podršku i usmjeravanje na provođenje prakse utemeljene na dokazima, podršku i pomoć novozaposlenim medicinskim sestrama te razvoj vještina vođenja kod medicinskih sestara (Hoover, Koon, Rosser i Rao, 2020) što je iznimno važno za provođenje sigurne i kvalitetne sestrinske skrbi. Istraživanja pokazuju prednosti mentoriranja u više aspekata. Autori Burgess, Diggele i Mellis (2018) spominju osjećaj osnaženosti kod mentoriranog, poboljšanje akademske učinkovitosti i lakše napredovanje u budućoj karijeri kao dobroti učinkovitog mentoriranja za studente. Studenti koji su mentorirani na adekvatan način imaju osjećaj sigurnosti u radu što dovodi do većeg samopouzdanja u provođenju sestrinskih intervencija te u stvaranju profesionalnog odnosa s pacijentima (Douglas, Garrity, Shepherd i Brown, 2016). Mentoriranje također ima brojne prednosti za novozaposlene medicinske sestre/tehničare. Istraživanje autora Davey, Jackson i Henshall (2020) pokazuje kako mentorirane medicinske sestre/tehničari lakše stvaraju profesionalne veze s drugim članovima zdravstvenog tima, imaju veću mogućnost za napredak u karijeri, više samopouzdanja i veću učinkovitost u donošenju odluka i rješavanju problema te razvijaju veću otpornost na stres što je iznimno bitno u prevenciji sindroma sagorijevanja. Otvorena komunikacija u procesu mentoriranja povećava osjećaj samopouzdanja i povjerenja

kod mentoriranog što rezultira većom vjerojatnošću iskazivanja nesigurnosti u radu i traženja pomoći od strane mentora čime se direktno utječe na sigurnost bolesnika (Brown, Jones i Davies, 2020) koja je danas jedan od glavnih pokazatelja kvalitete zdravstvene skrbi. S druge strane, negativna iskustva s mentoriranjem mogu dovesti do smanjenog samopouzdanja i anksioznosti kod mentoriranog, povećanja medicinskih pogrešaka te povećanog rizika od sindroma sagorijevanja (Wynn, Holden, Romero i Julian, 2021).

U svom istraživanju autori Schroyer, Zellers i Abraham (2016) navode kako novozaposlene medicinske sestre/tehničari ukoliko su mentorirani, nakon određenog perioda ostaju u profesiji za razliku od medicinskih sestara/tehničara koji nisu bili mentorirani te su češće izražavali želju za odlaskom iz sestrinske profesije. Isto zaključuju i autori Wynn, Holden, Romero i Julian (2021) koji navode kako nedostatak pozitivnog iskustva s mentoriranjem smanjuje vjerojatnost zapošljavanja u sestrinskoj profesiji te povećava napuštanje profesije ubrzo nakon stjecanja licence. Učinkovito mentorstvo ima pozitivan utjecaj na medicinske sestre te povećava njihovo zadovoljstvo i predanost poslu (Weng, Huang, Tsai, Chang, Lin i Lee, 2010). Međutim, postoje i istraživanja koja ne navode dokaze o povezanosti ostanka u sestrinskoj profesiji i mentoriranja. Tako Mariani (2012) u svom istraživanju ne potvrđuje povezanost između mentoriranja i zadovoljstva karijerom te namjerom ostanka u sestrinskoj profesiji. S obzirom na navedeno, može se zaključiti kako adekvatno mentoriranje koje ima brojne prethodno navedene prednosti, zasigurno može imati utjecaj na zadovoljstvo poslom i samim time željom za ostankom u profesiji. Međutim, učinkovito mentoriranje nije jedini prediktor za ostanak u sestrinskoj profesiji. Važnost mentoriranja za stjecanje samopouzdanja i samostalnosti u radu pokazuju i autori Rohatinsky, Udod, Anonson, Rennie i Jenkins (2018) koji navode kako je jedan od prediktora zapošljavanja i ostanka medicinskih sestara u ruralnim područjima upravo mentoriranje.

Učinkovitost mentoriranja ovisi o brojnim čimbenicima mentora, mentoriranog, ali i okoline u kojoj se mentoriranje odvija poput stručnosti i pedagoških kompetencija mentora, motivacije mentoriranog te podrške menadžmenta ustanove u kojoj se mentoriranje odvija. Autori Foolchand i Maritz (2020) ističu kako neučinkovito mentoriranje može biti povezano s nedostatkom smjernica o mentoriranju, nejasno definiranim ulogama mentora, lošim materijalnim resursima, nedovoljnom podrškom menadžmenta te nedostatkom praćenja kliničkog mentoriranja od strane obrazovne ustanove. S obzirom na navedeno, kod planiranja procesa mentoriranja, potrebno je uzeti u obzir navedene čimbenike koji mogu negativno utjecati na učinkovitost mentoriranja te iste pokušati ukloniti.

5 Zaključak

Mentorstvo je kompleksan proces u kojem mentor ima značajnu ulogu u edukaciji, usmjeravanju i pružanju pomoći mentoriranom u njegovom profesionalnom rastu i razvoju. Na svim razinama obrazovanja medicinskih sestara/tehničara, ključna je uloga mentora u stvaranju kompetentnih, vještih i odgovornih zdravstvenih profesionalaca. Kako bi se postigao učinkoviti proces mentoriranja budućih medicinskih sestara/tehničara i novozaposlenih medicinskih sestara/tehničara važna je dobra suradnja između mentora i nastavnika obrazovnih ustanova, jasno definiranje uloge mentora, posjedovanje pedagoško didaktičkog i psihološkog znanja u mentora, podrška menadžmenta zdravstvene ustanove te težnja da se proces mentoriranja odvija jedan na jedan, odnosno jedan mentor i jedan mentorirani.

LITERATURA

1. Brown, P., Jones, A. i Davies, J. (2020). Shall I tell my mentor? Exploring the mentor-student relationship and its impact on students' raising concerns on clinical placement. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3298–3310.
2. Burgess, A., van Diggele, C. i Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: a review. *The clinical teacher*, 15, 197–202.
3. Cho, C. S., Ramanan, R. A. i Feldman, M. D. (2011). Defining the ideal qualities of mentorship: a qualitative analysis of the characteristics of outstanding mentors. *Am J Med*, 124 (5), 453–458.
4. Davey, Z., Jackson, D. i Henshall, C. (2020). The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 992–1001.
5. Dorsey, L. E. i Baker, M. C. (2004). Mentoring undergraduate nursing students: assessing the state of the science. *Nurse educator*, 29 (6), 260–265.
6. Douglas, V., Garrity, J., Shepherd, K. i Brown, L. (2016). Nurses' perceptions and experiences of mentoring. *Nursing management*, 23 (1), 34–37.
7. Foolchand, D. i Maritz, J. E. (2020). Experience of nurses regarding the clinical mentoring of student nurses in resource-limited settings. *Health SA Gesondheid*, 25 (0), 1–7.
8. Hafsteinsdottir, T. B., Van der Zwagg, A. M. in Schuurmans, M. J. (2017). Leadership Mentoring in Nursing Research, Career Development and Scholarly Productivity: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 21–34.
9. Hoover, J., Koon, A. D., Rosser, E. N. i Rao, K. D. (2020). Mentoring the working nurse: a scoping review. *Human Resources for Health*, 18, 2–10.
10. Hrvatska enciklopedija. Pridobljeno s <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=40158>.
11. Hurst, S. i Koplin - Baucum, S. (2003). Role acquisition, socialization, and retention: unique aspects of a mentoring program. *Journal for Nurses in Staff Development*, 19 (4), 176–181.
12. Jeđud, I. i Ustić, D. (2013). Mentoriranje i mentorski programi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
13. John, N. i Poddar, S. (2020). Mentorship in Nursing Academia: A Conceptual Model. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16 (10), 131–136.
14. Mariani, B. (2012). The Effect of Mentoring on Career Satisfaction of Registered Nurses and Intent to Stay in the Nursing Profession. *Nursing Research and Practice*, 2012, 1–9. doi:10.1155/2012/168278
15. Marzano, G. i Zorzi, S. (2020). Communication skills for mentors in social business. *Society, Integration, Education*, 5, 213. doi:10.17770/sie2020vol5.4868
16. Nganga, C., Bowne, M. i Stremmel, A. (2020). Mentoring as a developmental identity process. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 28 (3), 259–277.
17. Nowell, L., White, D. E., Mrklas, K. i Norris, J. M. (2015). Mentorship in nursing academia: a systematic.
18. Olaolorunpo, O. (2019). Mentoring in Nursing: A Concept Analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 12, 142–148.
19. Režić, S. (2016). Metode mentoriranja prvostupnica sestrištva. *Sestrinski glasnik*, 21, 140–143.
20. Rohatinsky, N., Udod, S., Anonson, J., Rennie, D. i Jenkins, M. (2018). Rural mentorships in health care: Factors influencing their development and sustainability. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49 (7), 322–328.
21. Sambunjak, D., Straus, S. E. i Marusic, A. (2009). A Systematic Review of Qualitative Research on the Meaning and Characteristics of Mentoring in Academic Medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (1), 72–78.
22. Schroyer, C. C., Zellers, R. i Abraham, S. (2016). Increasing Registered Nurse Retention Using Mentors in Critical Care Services. *The Health Care Manager*, 35 (3), 251–265.
23. Ssemata, A. S., Gladding, S., John, C. C. i Kiguli, S. (2017). Developing mentorship in a resource-limited context: a qualitative research study of the experiences and perceptions of the makerere

- university student and faculty mentorship programme. *BMC Medical Education*, 2017, 17, 123. doi: 10.1186/s12909-017-0962-8
24. Weng, R. H., Huang, C. Y., Tsai, W. C., Chang, L. Y., Lin, S. E. i Lee, M. Y. (2010). Exploring the impact of mentoring functions on job satisfaction and organizational commitment of new staff nurses. *BMC Health Services Research*, 10, 1–9.
25. Wynn, S., Holden, C., Romero, S. i Julian, P. (2021). The Importance of Mentoring in Nursing Academia. *Open Journal of Nursing*, 11, 241–248.
26. Zachary, L. J. i Fischler, L. A. (2011). The Goal-Driven Mentoring Relationship. Pridobljeno s <https://www.centerformentoring.com/wp-content/uploads/2016/03/The-Goal-Driven-Mentoring-Relationship.pdf>.

Potrebe pacientov ob koncu življenja

UDK 616-036.8-083-052

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, starostnik, pacientove potrebe

POVZETEK - Prepoznavna bolnikov, ki potrebujejo zgodnje vključevanje v paliativno oskrbo, je največja pomanjkljivost sedanjega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pozen začetek vstopa v paliativno oskrbo ali začetek paliativne oskrbe ob zapleteni situaciji bolnika in njegovih bližnjih lahko zagotovi le delno kakovostno paliativno oskrbo ob koncu življenja. Umirajoči imajo različne potrebe, fizične, telesne, emocionalne, socialne in duhovne. Predvsem si želijo ob sebi nekoga, ki bi jih spremljal, jih tolažil in bil njihov spremljevalec na najtežji poti v neznano, na poti strahu in negotovosti. Namen raziskave je bil preučiti ustreznost zadovoljevanja pacientovih potreb v paliativni obravnavi in ugotoviti najpomembnejše potrebe ob koncu življenja. Kot instrument za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik. Anketiranje je potekalo 7. aprila 2021 preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje. V raziskavi je sodelovalo 183 anketirancev. V raziskavi smo ugotovili, da je najpomembnejša potreba ob koncu življenja, potreba po zmanjšanju fizičnega trpljenja, sledi potreba po paliativni oskrbi, nekoliko manj sta bili izraženi potreba po podpori družini ter potreba po zmanjšanju psihičnega trpljenja, najmanj pa so izrazili potrebo po duhovni in socialni podpori.

UDC 616-036.8-083-052

KEYWORDS: palliative care, the elderly, patient needs

ABSTRACT - Identifying patients who need early involvement in palliative care is the major shortcoming of the current healthcare system in Slovenia. Late initiation of palliative care or initiation of palliative care in a complex situation of the patient and their relatives can only partially ensure the quality of palliative care at the end of life. People who are dying have different needs, physical, emotional, social and spiritual. Above all, they want someone by their side to accompany them, comfort them and be a companion on the most difficult path into the unknown, the path of fear and uncertainty. The aim of the study was to investigate the adequacy of meeting the needs of patients in palliative care and to identify the most important needs at the end of life. A questionnaire was used as the research instrument. The survey was administered on April 7, 2021 via an open source online survey application. 183 respondents participated in the survey. The survey revealed that the most important need at the end of life was the need for relief of physical suffering, followed by the need for palliative care, slightly less expressed was the need for family support and the need for relief of psychological suffering, and the least expressed was the need for spiritual and social support.

1 Teoretična izhodišča

V Sloveniji sta prisotna jasna zahteva in pričakovanje po ureditvi paliativne oskrbe bolnikov z napredovalo neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih, pri čemer je paliativna oskrba pogosto zapletena, zahteva sodelovanje vseh poklicev in v urejanju tudi več vladnih delovnih področij. Prepoznavna bolnikov, ki potrebujejo zgodnje vključevanje v paliativno oskrbo, je največja pomanjkljivost sedanjega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pozen začetek vstopa v paliativno oskrbo ali začetek paliativne oskrbe ob zapleteni situaciji bolnika in njegovih bližnjih lahko zagotovi le delno kakovostno paliativno oskrbo ob koncu življenja. Večina bolnikov ob koncu življenja potrebuje osnovno paliativno obravnavo, ki naj jo izvajajo zdravstveni delavci primarne ravni in v bolnišnicah. Potrebe bolnika in njegovih bližnjih predstavljajo dinamičen

proces in se lahko z napredovanjem bolezni hitro spreminjajo (Peternej in Lunder, 2010, str. 61).

Za umirajočega človeka je verjetno najpomembnejše, da ima v zadnjih urah svojega življenja ob sebi nekoga, ki mu je blizu, čeprav vemo, da vedno ni tako. Umirajoči imajo različne potrebe: fizične, čustvene, socialne in duhovne. Predvsem si želijo ob sebi nekoga, ki bi jih spremljal, jih tolažil in bil njihov sopotnik na najtežji poti v neznano, na poti strahu in negotovosti. Nihče ne dvomi, da je težka bolezen sila, ki lahko človeka zlomi, zato bolnik potrebuje predvsem nekoga, ki z njim upa, ki mu stoji ob strani, ki mu v težavah te poti zna pomagati, ki je z eno besedo preprosto prisoten. Po navadi so to svojci, prijatelji, ljudje, ki se prostovoljno odločajo za spremljanje umirajočih ter zdravstveno osebje na svojih delovnih mestih (Sluga, 2013, str. 43–44).

Kot navaja McIlmurray idr. (2003, v Bužgová, 2012, str. 23), razlikujemo 6 psihosocialnih potreb pacienta: potrebe, povezane z zagotavljanjem ustrezne nege, potreba po informiranju, potreba po podpori, čustvena potreba in potreba po identiteti, duhovne potrebe in praktične potrebe. Najprej je treba zadovoljiti fiziološke potrebe, saj so to osnovne potrebe, s katerimi poskrbimo za pacientovo dobro počutje, manjšo skrb pa ponavadi namenimo njegovim svojcev in bližnjim. Med najpomembnejšimi fiziološkimi potrebami pacientov v paliativni oskrbi so vnos hrane in pijače, izločanje in odvajanje, vzdrževanje telesne temperature, primerna higiena, lajšanje bolečin in omogočanje zadostne količine spanja. Ker se spremenijo oziroma zmanjšajo potrebe po hrani in pijači, je to področje občutljivo, kar je za pacienta, predvsem pa za svojce, velikokrat težko sprejemljivo. Zato ni potrebno, da bi paciente ob koncu življenja prekomerno obremenjevali s hrano, saj večina pacientov izgubi apetit. Potrebna je ustrezna hidracija, saj imajo pacienti pogosto suha usta. Pomembno je, da redno vlažimo usta in tako vzdržujemo vlažnost. S kakovostno nego poskrbimo za dobro počutje pacienta in preprečitev nastanka preležanine oz. dekubitusa (Bužgová, 2012). Tako so pričakovanja svojcev pogosto drugačna od pričakovanj pacientov in strokovnjakov. Pogosta je miselnost, da umirajočega ne smemo pustiti umreti žejnega in lačnega. V primeru, ko pacient ne more več uživati hrane, smo pogosto priča izsiljenim hospitalizacijam, ki mu samo podaljšujejo trpljenje. Izpostavljen je preiskavam in bolečim posegom – tudi že samo nastavitev infuzijske kanile za »hranjenje in pitje na silo«, takemu pacientu povzroča nepotrebne bolečine in mu hkrati onemogoča njemu najbolj primeren in željen položaj v postelji. Če umirajoči odklanja hrano, je prav, da upoštevamo njegovo željo in mu hrane ne nudimo več. Umetno hranimo le na željo in s pristankom pacienta. Dejstvo je, da pacienta »ubije« njegova bolezen in ne pomanjkanje hrane (Goršak Lovšin, 2012, str. 76). Tako je potrebno, da vpleteni v skrb umirajočega pacienta kar najbolj poznajo njegove potrebe. Zadovoljene potrebe na vseh ravneh vodijo do netravmatične smrti, tako za pacienta in njegove svojce, kakor tudi za strokovne delavce (Mlinšek, 2012, str. 109).

Med višjimi potrebami hierarhije po Maslowu so: potreba po pripadnosti in ljubezni, potreba po priznanju in samospoštovanju ter samo-aktualizaciji. Z določenimi spremembami in s pomočjo strokovnjakov iz različnih področij, ki sestavljajo multidisciplinarni tim, se lahko vsaj delno izpolnjujejo tudi višje potrebe. Smisel potrebe po varnosti je, da želijo imeti pacienti življenje še vedno nekako pod nadzorom. Zato jo lahko označimo kot potrebo po stabilnosti, zaščiti, biti brez strahu in tesnobe. Pacienti morajo imeti občutek, da zdravstveno osebje pravilno in strokovno opravlja svoje delo. Potreba po varnosti je tako povezana tudi z vprašanjem resnice, torej s tem, kaj bi moral pacient vedeti o svoji bolezni. Prav tako ugotavljamo, da mora imeti pacient glede na potrebo po ljubezni in pripadnosti občutek pripadnosti in naklonjenosti, se počutiti ljubljenega, biti sprejet kljub svojemu stanju bolezni ter imeti svoje mesto v družbi in imeti družino, ki ga podpira. To pomeni, da si morajo zdravstveni delavci vzeti čas za pogovor z bolnikom, ga poslušati in poskušati razumeti ter ga obveščati o stanju bolezni. Pri ljudeh, ki umirajo, je namreč občutek, da so ljubljeni, še posebej

pomemben. Na samem vrhu hierarhije modela po Maslowu pa je potreba po samo-aktualizaciji. Le-ta je zelo pomembna v življenju, saj neizpolnitev te potrebe povzroča eksistencialno frustracijo. Znotraj potrebe po samo-aktualizaciji je ena izmed pomembnejših potreba po načrtovanju, saj tudi ljudje, ki so blizu smrti, želijo vsaj občasno načrtovati stvari. Takšni načrti se lahko zdijo nesmiselni, vendar so potrebni, saj odražajo njihove želje. Ugotavljamo, da ima umirajoča oseba prav tako potrebo, da se počuti koristno. Poleg tega pa so pomemben del potrebe po samo-aktualizaciji tudi estetske potrebe. Sem spadajo potrebe po lepoti, dobroti in resničnosti. Na primer cvetje na nočni omarici ali urejena pričeska lahko umirajočemu pacientu veliko pomeni (Bužgová, 2012).

Namen raziskave je bil preučiti zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb pri paliativni obravnavi in ugotoviti najpomembnejše potrebe paliativnih pacientov ob koncu življenja.

Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Kako so zadovoljene pacientove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe pri paliativni obravnavi?
2. Katere so najpomembnejše potrebe paliativnih pacientov ob koncu življenja?

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarne podatke za analizo smo pridobili s tehniko anketiranja. Za potrebe teoretičnega dela smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo, ki smo jo pridobili s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz s področja paliativne oskrbe (bibliografske baze podatkov, PubMed, CINAHL, Cobiss).

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda strokovne literature (Novak, 2015; Saje, 2014; Janežič, 2015) in vsebuje 14 vprašanj. Prva tri vprašanja so demografska vprašanja, kjer nas je zanimal spol, starost in status anketirancev. Sledijo vprašanja o paliativni oskrbi in vprašanja z ocenjevanjem po Likertovi lestvici, kjer so anketiranci odgovarjali na zastavljene trditve o zadovoljevanju pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb.

2.3 Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni udeleženci strokovnega srečanja, tako zaposleni v zdravstvu, to so zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, zaposleni v socialnem varstvu, izobraževalni instituciji, kot tudi splošna javnost. Predviden raziskovalni vzorec je bil okrog 120 udeležencev.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja, ki je potekalo 7. aprila 2021 preko odprtokodne spletne aplikacije za anketiranje na domeni www.lka.si. Pridobljeno je bilo soglasje s strani Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Zagotovili smo anonimnost in sodelovanje na prostovoljni odločitvi pristopu anketiranja. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 183 anketirancev, in sicer 156 (85 %) žensk in 27 (15 %) moških. V starostni skupini do 25. leta starosti je bilo vključenih 99 (54 %) anketiranih, med 25. in 35. letom starosti 19 (10 %), med 36. in 45. letom starosti 34 (19 %), med 46. in 55. letom starosti 19 (10 %), med 56. in 65. letom 8 (4 %) in en anketirani, star med 66. in 75. letom starosti. Med anketiranimi je bilo 85 (46 %) študentov zdravstvene nege, 45 (25 %) zaposlenih v zdravstvu, 20 (11 %) zaposlenih v socialnem varstvu, 14 (8 %) študentov, 12 (7 %) zaposlenih v vzgoji in izobraževanju in 4 (2 %) so bili zaposleni v drugem sektorju.

Anketiranci se strinjajo s trditvijo in podali dokaj visoko povprečno oceno »Upoštevamo pomembnost družine« (PV = 4,3, SO = 0,94), dalje »Pacienti bi raje umrli doma kot v bolnišnici, če bi to dopuščale razmere na domu in stanje pacienta« (PV = 4,2, SO = 0,82), »V paliativno oskrbo je vključena tudi duhovna oskrba in žalovanje svojcev« (PV = 4,2, SO = 0,83), »Zdravstveno nega paliativnega pacienta izvajamo celostno« (PV = 4,1, SO = 1,04), »Pri informiranju pacienta upoštevamo njegovo zdravstveno stanje« (PV = 4,0, SO = 0,94), malce slabše strinjanje je s trditvama »Za duhovne potrebe paliativnega pacienta je v domačem okolju bolj poskrbljeno« (PV = 3,6, SO = 0,91) in »Pacient in svojci prejmejo dovolj informacij za izvajanje paliativne oskrbe v domačem okolju« (PV = 3,1, SO = 1,06), ne strinjajo pa se s trditvijo »V paliativno oskrbo ne vključujemo svojcev pacienta in njemu pomembnih drugih«, kjer so podali nižjo povprečno oceno (PV = 1,9, SO = 1,23).

Da je najpomembnejša potreba neozdravljivo bolnih lajšanje fizičnega trpljenja meni, 66 (36 %) anketiranih, 35 (19 %) jih meni, da je posebna redna medicinska pomoč (paliativna oskrba), 26 (14 %) podpora družini, ki neozdravljivo bolnemu pomaga, 25 (14 %) zmanjšanje psihičnega trpljenja, 8 (4 %) medicinska ali negovalna pomoč na domu, v manjšem deležu pa, da je potrebna religiozna in socialna podpora, da neozdravljivo bolni ve, da ni sam oz. so pomembne vse potrebe. 70 (38 %) anketirancev meni, da je najpomembnejša potreba za družinske člane, ki pomagajo bolni osebi v zadnji fazi življenja, posebna redna medicinska pomoč (paliativna oskrba), 33 (18 %) jih meni, da je to medicinska ali negovalna pomoč na domu in podpora po smrti pacienta, 23 (13 %) podpora psihologa, 4 (2 %) verska podpora, 2 (1 %) pomoč prostovoljcev in kot drugo so anketiranci navedli, da je odvisno od posameznika, medicinska in psihološka pomoč oziroma skupek vseh potreb. Zadnje trenutke življenja želi preživeti doma 136 (74 %) anketiranih, 17 (9 %) v bolnišnici, obdan s svojci in njim pomembnimi drugimi, 10 (5 %) v katerikoli ustanovi, ki bi poskrbela zanje, trem (2 %) je vseeno in dva (1 %) v bolnišnici.

4 Razprava

Namen raziskave je bil preučiti zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb pri paliativni obravnavi in odgovoriti na naslednji raziskovalni vprašanja: Kako so zadovoljene pacientove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe pri paliativni obravnavi? Katere so najpomembnejše potrebe paliativnih pacientov ob koncu življenja?

Med dejanskimi potrebami, ki jih imajo neozdravljivo bolni ob koncu življenja, so sodelujoči izpostavili štiri, ki naj bi bile vedno zadovoljene, torej nikoli spregledane.

Najpomembnejša potreba ob koncu življenja, je potreba po zmanjšanju fizičnega trpljenja. Tudi Mlinšek (2012, str. 114) ugotavlja, da so najbolj zadovoljene fizične potrebe pacienta zelo pomembne kar potrjuje, da je 79 % udeležencev to potrebo razvrstilo v prvi rang.

Dalje z raziskavo ugotavljamo, da sledi potreba po posebni redni medicinski pomoči – torej paliativni oskrbi, nekoliko manj sta bili izraženi potrebi po podpori družini, ki neozdravljivo

bolnemu pomaga ter potreba po zmanjšanju psihičnega trpljenja, najmanjkrat pa so anketiranci izrazili potrebo po religiozni in socialni podpori, kar potrjujejo navedbe Mlinška (2012, str. 114), da so zadovoljenost socialnih potreb pri pacientu razvrstili v zadnji, četrti rang. Zadovoljenost socialnih potreb umirajočega pacienta je zelo pomembna, saj so druge na pet stopenjski hierarhični lestvici Maslowe hierarhije potreb prilagojene za paliativno oskrbo (Zalenski in Raspa, 2006, str. 1121–1123). Rangiranje potreb skupaj z ostalimi podatki kaže na dejstvo, da je premajhna vključenost svojcev v proces umiranja največji problem. Tako se duhovna oskrba v kliničnih okoljih izvaja le redko, navajata Šolar in Mihelič Zajec (2007). Razumevanje duhovne oskrbe je v kliničnih okoljih v Sloveniji nekoliko preozko, predvsem religijsko zastavljeno in ne nagovarja eksistencialnih potreb pacientov (Gedrih in Pahor, 2009).

Nixon, Narayanasamy in Penny (2013) ugotavljajo, da med zdravstvenimi delavci ni enotnega mnenja o tem, kdo naj bi bil odgovoren za nudenje duhovne oskrbe v zdravstvu, ter poudarjajo, da so medicinske sestre zaradi narave svojega odnosa in nenehnega stika s pacienti za ta namen najprimernejši strokovnjaki. Medicinska sestra je pogosto vez med pacientom in ostalimi zdravstvenimi strokami ter spodbuja duhovno in versko oskrbo, v katero se vključujejo vse pacientu pomembne osebe (Zakšek, 2010). Številni ljudje sebe opisujejo kot duhovne, ne pa tudi religiozne, zato je pomembno, da se vprašanje duhovnosti pacientov ne zmanjša zgolj na vprašanje veroizpovedi, ter da se uporablja jezik, ki je inkluziven iz različnih perspektiv (Cook, Breckon, Jay, Renwick in Walker, 2012).

Potrebe pacientov v paliativni oskrbi so odvisne od primarne bolezni, napredka bolezni, prisotnosti drugih bolezni, starosti in socialnega položaja (stopnja socialne podpore družine in prijateljev, finančno stanje) ter psihičnega stanja pacienta (kognitivno in čustveno, nivo zavesti, duhovni nagib). Težko bolni pacienti imajo biološke, psihološke, socialne in duhovne potrebe. Pomembnost teh potreb se lahko spreminja skozi potek bolezni. V prvi vrsti morajo biti zadovoljene fiziološke potrebe, ki so osnovne potrebe in pripomorejo k boljšemu počutju pacienta in k manjši skrbi njihovih bližnjih. Ker si potrebe sledijo po njihovi zaznani nujnosti, ugotavljamo, da lahko hierarhija potreb pacienta v paliativni oskrbi temelji na modelu Abrahama Maslowa. Osnovne potrebe so fiziološke potrebe, iz psihosocialnega področja pa potreba po varnosti.

Pomembno je, da poznamo potrebe paliativnega pacienta. Zadovoljene potrebe na vseh nivojih lahko vodijo do dobre, netravmatične smrti tako za pacienta kot za zdravstvene delavce. Maslowa teorija nam daje okvir za razumevanje človeka in ukrepanje in ni le zgolj tog sistem, ki ureja človekovo dejavnost. Upoštevanje Maslowe teorije hierarhije potreb omogoča kompleksnejšo skrb za paliativnega pacienta (Zalenski in Raspa, 2006, str. 1121–1122).

Številni bolniki z neozdravljivo kronično napredovalo boleznijo želijo biti oskrbovani doma in umreti v domačem okolju. Za doseg tega cilja so pomembni štirje dejavniki: želja bolnika, želja svojcev, dostopnost do paliativne oskrbe v domačem okolju in dostopnost do negovalne oskrbe v domačem okolju. Več možnosti, da bodo njihove želje upoštevane, imajo bolniki, katerih svojci so dlje časa seznanjeni z neozdravljivo naravo bolezni, tisti, ki so se o svojih željah že pogovarjali z njimi, tisti, katerih sorodniki so imeli v zadnjih 3 mesecih pred smrtjo nižje delovne obremenitve ali so bili doma. Izkazano je, da je umiranje v domačem okolju v primerjavi z institucijo, povezano z enako stopnjo bolečine, ob tem pa je proces umiranja bolj miren, žalovanje pri svojcih pa lažje (Možina, Pergarec Žansky, Riđić, Kolšek Šušteršič in Lopuh, 2019, str. 59–60). Pri paliativnih bolnikih v domačem okolju se najpogosteje srečujemo s potrebami po informacijah o diagnozi, poteku bolezni, simptomih in načinih lajšanja težav, o poteku in prognozi bolezni moramo biti usklajeni vsi člani tima - zdravnik, patronažna sestra in ekipa nujne medicinske pomoči, dalje s potrebami po akutnem simptomatskem zdravljenju - nadzor nad bolečino, nemiro, slabostjo, in apetenco, utrujenostjo, duhovnimi potrebami -

bolniku in svojem pustimo čas za pogovor in razmišljanja, spodbujamo izražanje potrebe po duhovni oskrbi ter bolnika in svoje podpiramo pri zadovoljevanju duhovnih potreb. Pozorni smo na svoje, skrbnike in otroke bolnikov, saj je sindrom izgorelosti med družinskimi člani in neformalnimi negovalci izjemno pogost (Vezjak in Homar, 2019, str. 61–62).

LITERATURA

1. Bužgová, R. (ur.) (2012). Palliative and Hospice care. Ostrava: Universitas Ostraviensis.
2. Cook, C. C., Breckon, J., Jay, C., Renwick, L. in Walker, P. (2012). Pathway to accommodate patients' spiritual needs. *Nurs Manag*, 19 (2), 33–37.
3. Gedrih, M. in Pahor, M. (2009). Percepcija duhovnosti in duhovne oskrbe v domovih starejših občanov v Ljubljani. *Obzor Zdr N*, 43 (3), 191–200.
4. Goršak Lovšin, V. (2012). Paliativna oskrba starih ljudi. V E. Kavaš (ur.), *Zdravstvena nega – z dokazi v prakso*. Zbornik strokovnega seminarja 2012 (str. 71–77). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
5. Mlinšek, A. (2012). Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta. *Revija za univerzalno odličnost*, 1 (3), 106–117.
6. Možina, M., Pergarec Žansky, I., Ridić, A., Kolšek Šušteršič, M. in Lopuh, M. (2019). Ali lahko sledimo željam bolnika? – izkušnje mobilne paliativne enote SB Jesenice. V M. Ebert Moltara (ur.), 3. Slovenski kongres paliativne oskrbe »Skupaj odstiramo tančice upanja«. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe, SZD.
7. Nixon, A. V., Narayanasamy, A. in Penny, V. (2013). An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nurs*, 12 (1), 2.
8. Peternelj, A. in Lunder, U. (2010). Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji: pilotni projekt. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
9. Sluga, S. (2013). Zdravstvena nega umirajočega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. V A. Presker Planko in K. Esih (ur.), *Paliativna zdravstvena nega*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
10. Šolar, B. in Mihelič Zajec, A. (2007). Vloga medicinske sestre v procesu umiranja in duhovni oskrbi v Splošni bolnišnici Jesenice. *Obzor Zdr N*, 41, 137–146.
11. Vezjak, V. in Homar, V. (2019). Potrebe bolnikov v domačem okolju. V M. Ebert Moltara (ur.), 3. Slovenski kongres paliativne oskrbe »Skupaj odstiramo tančice upanja«. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe, SZD.
12. Zakšek, T. (2010). Spiritualnost v zdravstveni negi in babištvi. *Obzor Zdr N*, 44 (4), 263–267.
13. Zalenski, R. J. in Raspa, R. R. (2006). Maslow's Hierarchy of Needs: A Framework for Achieving Human Potential in Hospice. *Journal Of Palliative Medicine*, 9 (5), 1120–1127.

Celostna obravnava oseb iz multikulturnega okolja v zdravstveni negi

UDK 616-083:316.73

KLJUČNE BESEDE: celostna obravnava, medkulturna zdravstvena nega, kulturno raznoliko območje

POVZETEK – Življenje v multikulturni skupnosti je za milijone ljudi že vsakdanjost. Kulturna raznolikost je v multikulturni družbi postala velik izziv za večino prebivalstva. Dialog med različnimi svetovnimi nazori in prepričanji imenujemo medkulturni dialog, ki je v današnji globalizirani večkulturni družbi že dobro uveljavljen pojem. Stalno širjenje Evropske Unije omogoča in pospešuje stike med različnimi kulturami. Širi se filozofija skupne evropske identitete, ki temelji na kulturni raznolikosti članic. Medkulturnost ni pogojena samo s širjenjem ozemlja. Ekvivalenten element, ki vpliva na razvoj multikulturne družbe, so migracije. Migracije so predvsem ekonomske narave, ne pa izključno ekonomske. Slovenija je Integracijsko politiko definirala v Resoluciji o (i)migrantski politiki RS (1999, 2002). V zdravstveni negi se pojavlja kot novejši konceptualni pristop. Pristop imenujemo Medkulturna zdravstvena nega. Medeleine Leininger (1925–2012) je razvila teorijo o transkulturni zdravstveni negi in jo zato uvrščamo med pionirke medkulturne zdravstvene nege na svetu. Medkulturna zdravstvena nega je odprt koncept za katerega je značilno neprestano spreminjanje in prilagajanje. Zaradi značilnosti odprtega koncepta, je zato permanentno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi nujno potrebno. V prispevku bom predstavila intervju z osebo iz kulturno raznolikega območja, ki se nanaša na obravnavo v Slovenskem zdravstvenem sistemu.

UDC 616-083:316.73

KEYWORDS: holistic treatment, intercultural nursing, culturally diverse area

ABSTRACT – Living in a multicultural community is already commonplace for millions of people. Cultural diversity in a multicultural society has become a major challenge for the majority of the population. Dialogue between different world views and beliefs is called intercultural dialogue, which is already a well-established concept in today's globalised multicultural society. The constant expansion of the European Union enables and accelerates contacts between different cultures. The philosophy of a common European identity based on the cultural diversity of its members is spreading. Interculturalism is not only conditioned by the expansion of territory. The same element that influences the development of a multicultural society is migration. Migrations are primarily economic in nature, but not exclusively economic. Slovenia has defined integration policy in the Resolution on (i) Migration Policy of the Republic of Slovenia (1999, 2002). In Nursing Care it appears as a newer conceptual approach. The approach is called Intercultural Nursing. Medeleine Leininger (1925–2012) developed the theory of transcultural nursing and is one of the pioneers of intercultural nursing in the world. Intercultural nursing is an open concept characterised by constant change and adaptation. Due to the characteristics of the open concept, continuous education in nursing is necessary. In this article we present an interview with a person from a culturally diverse area regarding treatment in the Slovenian health care system.

1 Uvod

Multikulturnost je prisotna v veliki meri v vseh aspektih družbe, kateri so med seboj povezani, prepleteni, se dopolnjujejo, so nerazdružljivi in nam dajejo vodila za sožitje z osebami, ki prihajajo iz kulturno drugačnih področji. Kulture se neprestano spreminjajo, zato znanje o kulturah ni trajno. Znanje je potrebno nadgrajevati, definirati, ga aplicirati in ga deliti sproti.

Slovenija se z multikulturalnostjo sooča že od osamosvojitve. Vendar je bila ta multikulturalnost bolj skoncentrirana na preseljevanje narodov iz bivše Jugoslavije in na narodnostne manjšine iz obmejitva. Ob vstopu v Evropsko unijo, pa je Slovenija na široko odprla svoje meje. Iz preseljevanj znotraj Evrope in s kulturno ekonomskimi migracijami iz neevropskih držav, s katerimi se soočamo v zadnjem času, izhajajo nove potrebe (Vižintin, 2017, str. 192).

Ena ključnih je medkulturna zdravstvena nega. Področje multikulturalnosti je dokaj novo a izredno ključno področje v zdravstveni negi. Medkulturna zdravstvena nega je za zdravstvene delavce ključnega pomena, saj je družba vsak dan bolj kulturno obarvana, ravno tako so kulturno obarvani uporabniki zdravstvenih storitev. Dolžnost sistema je, da omogoča kulturno izobraževanje, vendar je to tudi osebna odgovornost posameznika. Ker je na vidiku še več dogajanj na kulturnem področju, bi bile potrebne spremembe tudi na izobraževalnem področju zdravstvenih delavcev (Ražem, 2019, str. 13).

Temelje medkulturne zdravstvene nege v svetu je postavila Madeleine Leininger. Med letoma 1950 in 1960 je oblikovala je teorijo transkulturne zdravstvene nege, kjer izpostavi pet bistvenih interakcijskih fenomenov: srečanje s kulturo, kulturalizacija, akulturalizacija, socializacija in asimilacija. Skupaj z dvajsetimi načeli, ki jih definira v teoriji transkulturne zdravstvene nege, so to temelji medkulturne zdravstvene nege (Leininger in McFarland, 2002, str. 56).

V Sloveniji se o medkulturni zdravstveni negi šele dobro začne »govoriti«. Poleg strokovnih člankov, lahko tematiko lahko zasledimo v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi in v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP). Zakon o pacientovih pravicah med drugim določa, da ima pacient pravico do enake obravnave ne glede na vero, prepričanje ali etnično poreklo (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 7. člen). Pacient, ki prihaja iz kulturno raznolikoga področja, se mora počutiti sprejet, razumljen in spoštovan, saj bo le tako lahko prevzel aktivno vlogo v procesu zdravljenja oziroma v procesu obravnave v zdravstvenem sistemu (Ražem, 2019, str. 13).

S preučevanjem domače in tuje strokovne literature smo pripravili prispevek, katerega namen je osvetliti medkulturno zdravstveno nego, izpostaviti kako ključnega pomena je kompetentna medkulturna zdravstvena nega pri celostni obravnavi pacienta ter opredeliti osnovne pojme medkulturne zdravstvene nege.

2 Multikulturalizem

Kot navajata (Haralambos in Holborn, 2001, str. 695) je multikulturalizem prepričanje, da lahko etnične in kulturne skupine mirno soobstajajo v družbi, ki kaže spoštovanje do ene ali druge kulture. Avtorja navajata tudi, da rezultati kulturnih in političnih interakcij ponovno oblikujejo in izgrajujejo tradicijo, sledeč neki določeni utopiji. Glavne prvine multikulturalizma po (Vižintin, 2017, str. 47) so medkulturni dialog, interakcije, sodelovanje in medsebojno spoznavanje. Medkulturalizem razlaga korelacije z nakazovanjem možnosti in nujnosti medsebojnih zvez, ki so vzajemne med kulturami in pripadniki le-teh. Multikulturalizem temelji na spodbujanju medkulturnega dialoga, na medsebojnem spoznavanju in sodelovanju. Skozi te procese se lahko oblikujejo nove skupne vrednote, ki so podlaga za pripadnost in povezanost različnih kulturnih skupin. Večkulturalizem poudarja vrednost različnih kultur in ohranjanju njihovih posebnosti. V ospredje postavlja strpnost v odnosu do drugačnih. Vključevanje je razumljeno kot omogočanje vključenosti. Pri vključevanju gre za težnjo k čimprejšnjemu prilagajanju obstoječi večinski kulturi. Inkluzija je proces, ki je usmerjen na individualne potrebe, ki izhajajo iz spola, rase, let, etničnosti, spolno orientacijo, religije, oziroma iz česarkoli drugega. Integracija je podpiranje in vključevanje ideje inkluzivnega izobraževanja, z mislijo, da sama vključitev ni dovolj. V integracijskem postopku je nujno, da

sodeluje tudi skupnost. Migrant Intergation Policy Index, je indeks za vključevanje priseljencev, ki meri politiko vključevanja v 38 državah. Medkulturni dialog je proces, ki zajema odprto in spoštljivo izmenjavo mnenj med posamezniki in skupinami z različnim etničnim, kulturnim, verskim in jezikovnim poreklom in dediščino na podlagi medsebojnega razumevanja in spoštovanja (Vižintin, 2017, str. 47–61).

3 Multikulturalna zdravstvena nega ali kulturna kompetentnost v zdravstvu

Slovenci in Slovenke težko priznavajo, da je Slovenija večetično, večversko, večjezično in večkulturno okolje (Vižintin, 2017, str. 192). Republika Slovenija v Zakonu o pacientovih pravicah, opredeli: »spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnostnih prepričanj« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 3. člen, prvo načelo). »Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 7. člen). »Pri stacionarni oskrbi mora izvajalec zdravstvenih storitev zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja svobodo« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 13. člen). Leta 2011 je bila sprejeta deklaracija o priznavanju narodnih skupnosti z nekdanje Jugoslavije (Vižintin, 2017, str. 192). V Sloveniji sobivajo ustavno zaščitene manjšine, ki so Romi, Italijani in Madžari (Vižintin, 2017, str. 192).

Kulturne kompetence so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogočijo, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur (Bofulin idr., 2016, str. 15). Po (Bofulin idr., 2016, str. 15) »Kulturne kompetence zajemajo zavedanje vpletenosti v lastno kulturo, refleksijo lastnih predsodkov, stereotipov in pogledov na svet, dojetje razlik med kulturami, poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov, medkulturne veščine, sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev, medkulturne izkušnje: osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij, motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje«. Kulturno kompetentna zdravstvena obravnava omogoča lažje vzpostavljanje stikov med uporabniki in zdravstvenimi delavci in s tem povečano zaupanja v zdravstvene delavce. Večje upoštevanje zdravstvenih nasvetov in večjo zdravstveno pismenost prebivalstva. Hkrati pa bolj kakovostno zdravstveno oskrbo z manj narejenimi napakami (Bofulin idr., 2016, str. 18).

4 Teorija transkulturne zdravstvene nege

Madeleine Leininger (Leininger in McFarland, 2002, str. 55) v teoriji transkulturne zdravstvene nege opredeli pet bistveni interakcijskih fenomenov: srečanje s kulturo, kulturalizacija, akulturalizacija, socializacija in asimilacija. Opredeli tudi temeljna načela transkulturne zdravstvene nege, ki so vodila za napredno zdravstveno nego (Leininger in McFarland, 2002, str. 57–62). K človeku usmerjena transkulturna zdravstvena nega, ki ima fokus na zdravju, zdravljenju in dobremu počutju posameznika, družine, skupine in institucij. Specifičnost vsake kulture, ki je usmerjena v specifična prepričanja, vrednote in vzorce zdravstvene nege in zdravljenja, ki morajo biti odkriti, razumljeni in uporabljeni v procesu oskrbe oseb iz različnih in podobnih kultur. Transkulturno znanje in kompetence v zdravstveni negi, sta pomembna dejavnika v zdravstveni negi, ki omogočata zagotavljanje sočutne, pomensko varne in doprinosne zdravstvene prakse. Človekova pravica, je, da imajo kulture kulturno vrednost, v

praksi spoštovana prepričanja, ter da so prepričanja umeščena v zdravstveno nego in zdravstveno oskrbo. Kulturno osnovana zdravstvena nega, zdravstvena prepričanja in zdravstvene prakse v medicini variirajo in se spreminjajo. Primerjalna kulturna zdravstvena nega je zdravstvena nega kjer so pomen, vrednote in vzorci iz kulture temelji znanja, ki vodijo medicinsko sestro.

Izvorno in profesionalno znanje imata pogosto različna znanja in različne izkušnje, ki morajo biti razumljene pred uporabo v zdravstveni negi. Celostno in obširno znanje morata zajemati zunanje perspektive, ki so v povezavi z svetovnimi pogledi, jeziki, etnozgodovino, družinskimi vezmi, vero, tehnologijo, ekonomijo in političnimi faktorji. Ter notranje perspektive, ki so v povezavi z specifičnimi kulturnimi vrednotami, prepričanji. Kazati se morajo v zdravstveni negi ob bolezni in zdravju.

Obstaja več modelov učenja, življenja in prenosa, vendar imajo vsi glavni fokus v transkulturnem izobraževanju raziskovanju in praksi. En jaz ena kultura Potrebe transkulturne zdravstvene nege so razumevanje *en jaz - ena kultura*, je edinstven način vstopa v drugo kulturo in razumevanja drugih.

Zdravstvena nega je razpeta v raziskovanje in prakso enakomerno. Rezultati so razlike, ki generirajo novo znanje in zagotavljajo pridobitve humanistične in znanstvene prakse zdravstvene nege. Transkulturna dejanja in odločitve so osnovane na podlagi obširnih raziskav in pridobljenih znanj na podlagi poglobljenih študij o kulturah. Uporaba teh znanj je profesionalna transkulturna zdravstvena nega. Vseživljenjski vzorci zdravstvene nege, njene vrednote in praksa so pomeni, ki dajejo vrednost, pomagajo vzdrževati in nadaljevati zdravje in dobro počutje ljudi in se spopadajo z drugimi stanji ljudi. Sodelovanje pacienta in medicinske sestre je nujna za učinkovite transkulturne odločitve, za prakso in za njene izide.

Transkulturna zdravstvena nega uporablja kulturne teorije za generiranje novih znanj, da lahko določi uporabo, evalvira izide v praksi. Opazovanje, sodelovanje in refleksija so bistvene modalitete za odkrivanje in odzivanje na paciente iz različnih in podobnih kultur.

Verbalna in neverbalna govorica v svojem pomenu in simbolih sta pomembni za razumevanje in pridejo s kulturno celostjo in s terapevtskim negovalnim izidom.

Transkulturna medicinska sestra spoštuje človekove pravice in so ji opozorila za neetične pristope, kulturne tabuje, za nelegalne postopke in odločitve. Razumevanje kulturnega konteksta pacienta je nujno za pristop in odzivanje na pacientove potrebe po celostni obravnavi in za njegove skrbi.

Kulturno zdravstveno negovalna terapija je potrebna pri ljudeh, ki so bili globoko prizadeti, užaljeni ali dehumanizirani z kulturno ignoranco in z neskrbnimi modeli (Leininger in McFarland, 2002, str. 57–62).

5 Celostna obravnava osebe iz multikulturnega okolja po konceptih metaparadigme

Koncept človek

»Človek; *man* – bitje, ki ima svoje dostojanstvo in vrednost ter mu pripadajo temeljne človeške svoboščine in pravice « (Cibic idr., 1999, str. 5). Zakon o pacientovih pravicah: »2. Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi 7. člen (prepoved diskriminacije). Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (Zakon o pacientovih pravicah, 2008, 7. člen).

Koncept okolje

»Okolje; *general enviroment* – skupek fizičnih, socialnoekonomskih, kulturnih, izobrazbenih in pravno – političnih dejavnikov, ki vplivajo na posameznika in skupine na kakem področju ali geografskem območju « (Cibic idr., 1999, str. 10). Pod vplivom fizičnega in psihosocialnega okolja človek razvije svoje navade, običaje, kulturo in način delovanja (Hajdinjak in Meglič, 2017, str. 201).

Koncept zdravje

»Zdravje; *health* – stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali individualnosti in odsotnost ugotovljene bolezni ali motnje (Cibic idr., 1999). Zdravje za vse za 21. stoletje je strategija SZO (Svetovna zdravstvena organizacija), ki določa 21 ciljev razvrščenih v pet sklopov. V prvi sklopu so cilji, ki se nanašajo na zmanjševanje razlik med državami in enakosti zdravstvenega varstva. V drugem sklopu so cilj, ki se nanašajo na mobiliziranje vseh sektorjev k vlaganju za zdravje. Tretji sklop vsebuje cilje, ki se nanašajo na skrb za zdravje v vseh starostnih obdobjih, s sočasno skrbjo za zdravo okolje. V četrtem sklopu so cilji, ki se nanašajo na vrednotenje zdravstvenega varstva in zagotavljanje kakovosti, v petem sklopu pa cilji, ki se nanašajo na povezovanje različnih struktur v partnerstvo za zdravje (Filej, 1999, str. 168).

Koncept zdravstvena nega

»Zdravstvena nega; *nursing care, nursing* – je zdravstvena disciplina, ki obravnava posameznika, družino in družbeno skupnost v času zdravja in bolezni s ciljem, da se doseže čim višja stopnja zdravja ... « (Cibic idr., 1999, str. 12). Pomembno je da, študente zdravstvene nege kulturaliziramo. To dosežemo s kulturaliziranjem vrednot in norm študentov zdravstvene nege, v življenjska načela funkcionalnosti in težnji k preživetju, saj lahko le tako postanejo profesionalne medicinske sestre. Medicinske sestre kulturaliziramo v lokalne bolnišnice, v lokalne skupnosti, in v druge zdravstvene dejavnosti, da lahko nato vzdržujejo pričakovanja stroke (Leininger in McFarland, 2002, str. 56). Na oblikovanje zdravstvene nege v kulturnem okolju vplivajo številni dejavniki. Kot navajata (Hajdinjak in Meglič, 2017, str. 15) so med najpomembnejšimi videnje in razumevanje človeka ter njegovih potreb in pravic, vpliv osebnih in strokovnih ter etičnih načel, na način in vsebino delovanja zdravstvene nege, družbene vrednote zdravstvene nege, razvoj družbe in zdravstvena politika in razumevanje in vrednotenje zdravstvene nege s strani drugih strok. Za profesionalno delovanje v medkulturni zdravstveni negi potrebujemo kulturne kompetence, ki jih opišemo kot sposobnost, kjer uporabimo znanje kulturi iz katere prihaja pacient (Loredan in Prosen, 2013, str. 19).

6 Zaključek

Multikulturalnost v zdravstveni negi je tesno povezana z vsemi konceptualnimi modeli. Prevladuje vpliv koncepta okolje. Okolje je človekov prostor, s katerim je obdan v vsakem trenutku v življenju tako v zdravju kot v procesu zdravstvene nege. Področje multikulturalnosti je dokaj novo a izredno ključno področje v zdravstveni negi. Slovenija se z multikulturalnostjo sooča že od osamosvojitve. Vendar je bila ta multikulturalnost bolj skoncentrirana na preseljevanje narodov iz bivše Jugoslavije in na narodnostne manjšine iz obmejitva. Ob vstopu v Evropsko unijo, pa je Slovenija na široko odprla svoje meje. Iz preseljevanj znotraj Evrope in s kulturno ekonomskimi migracijami iz neevropskih držav, s katerimi se soočamo v zadnjem času, izhajajo nove potrebe. Ena ključnih je medkulturna zdravstvena nega. Po svetuje bilo izvedenih veliko število študij na temo multikulturalnosti, medtem ko v Sloveniji je to še dokaj v povojih. Leta 2018 je v Sloveniji več avtorjev (Kolar, Filej in Kučič, 2018, str. 89) izvedlo študijo po modelu prizme, in s tem kritično pregledali tujo in domačo literaturo. Zajetih je bilo

tudi nekaj raziskav na to temo. Njihove ugotovitve so, da je ključnega pomena za medicinsko sestro prepoznati, da pacient prihaja iz kulturno raznolikega območja, ker paciente ta značilnost definira. Vpliva na njihove kulturne vzorce, na njihov način soočanja s težavami in kako bodo sprejeli ter pristopili k nadaljnjemu zdravljenju. Ključnega pomena za kulturno kompetentno zdravstveno nego je izobraževanje kadrov. Kar tudi ena izmed ugotovitev avtorjev (Kolar idr., 2018, str. 89). Ena izmed prvin medkulturne zdravstvene nege (Kolar idr., 2018, str. 89) je pridobivanje kulturnih jezikovnih kompetenc. Torej lahko povzamemo, da tako okolje kot človek oba zaznavata potrebe po medkulturnem dialogu. Zdravstveno nega mora strmeti k razvoju in uporabi medkulturne zdravstvene nege kot temelj pristopa k medkulturni obravnavi.

LITERATURA

1. Cibic, D., Filej, B., Grbec, V., Hajdinjak, G., Kersnič, P., Pavčič Trškan, B. idr. (1999). Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Filej, B. (1999). Zdravje za vse za 21. Stoletje. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2272>.
3. Hajdinjak G. in Meglič R. (2017). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
4. Haralambos, M. in Holborn, M. (1995). Sociology. New York: Harper Collins Publishers Ltd.
5. Kalender Smajlović, S. (2016). Razumevanje koncepta zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Pridobljeno s https://www.fzab.si/uploads/file/9_QUO_%20VADIS_zbornik.pdf#page=33.
6. Kolar Razlag, T., Filej, B. in Kaučič, B. M. Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego. Pridobljeno na dan s https://www.researchgate.net/profile/Boris_Kaucic/publication/333719005.pdf.
7. Kordeš, U. in Smrdu, M. (2015). Osnove kvalitativnega raziskovanja. Koper. Založba na Primorskem.
8. Leininger, M. in McFarland, M. R. (2002). Transkultural nursing: Concepts, Theories, Research, and practice, Third edition. United states of America: McGraw-Hill Companies.
9. Loredan, I. in Prosen, M. (2013). Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916>.
10. Ražem, R. (2019). Kulturna kompetenca med dodiplomskimi študenti zdravstvene nege (Diplomska naloga). Izola: Fakulteta za vede o zdravju Univerza na Primorskem.
11. Vižintin, M. A. (2017). Medkulturna vzgoja in izobraževanje: Vključevanje otrok priseljencev. Ljubljana: Založba ZRC.
12. Zakon o pacientovih pravicah [ZPacP]. (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 15. Pridobljeno s https://www.uradni-list.si/_pdf/2008/Ur/u2008015.pdf.

Komuniciranje med zaposlenimi in s pacienti v okviru integriranih kliničnih poti

UDK 316.772.4:614.253

KLJUČNE BESEDE: *komuniciranje, integrirane klinične poti, zaposleni, pacienti*

POVZETEK - Za izboljšanje učinkovitosti bolnišnične oskrbe ter kakovosti oskrbe z zmanjšanjem razlik v procesih in rezultatih celostne oskrbe pacienta v bolnišnicah se priporoča uvedba Integriranih Kliničnih Poti (IKP). IKP lahko razumemo kot metodo ali orodje za zagotavljanje strukture, interdisciplinarnega postopka in spremljanja rezultatov ter kot skladen niz metod in modelov na finančni, upravni, organizacijski, storitveni in klinični ravni, namenjeni ustvarjanju povezanosti, usklajevanju in sodelovanju znotraj in med sektorji zdravljenja in oskrbe. Cilj IKT je tudi izboljšati komuniciranje med zaposlenimi in s pacienti oziroma svojci. To je relevantno, saj obstoječe študije velik delež napak v zdravstvu pripisujejo komunikacijskim napakam in pomanjkanju učinkovitega timskega dela, ki pomembno prispevata k pojavu tveganj na področju varnosti pacientov. Zato je prispevek skušal ugotoviti, kako zaposleni v tipični slovenski bolnišnici ocenjujejo komuniciranje med zaposlenimi in s pacienti oziroma svojci v okviru treh IKP.

UDC 316.772.4:614.253

KEYWORDS: *communication, integrated clinical pathway, employees, patients*

ABSTRACT - The implementation of Integrated Clinical Pathways (ICP) is recommended to improve the efficiency of hospital care and the quality of care by reducing differences in processes and outcomes of holistic patient care in hospitals. ICP can be understood as a method or tool to ensure structure, interdisciplinary process and monitoring of outcomes, as well as a coherent set of methods and models at financial, administrative, organisational, service and clinical levels that aim to create connectivity, coordination and cooperation within and between treatment and care sectors. ICT also aims to improve communication between employees and with patients or relatives. This is relevant because existing studies attribute a large proportion of healthcare errors to communication failures and a lack of effective teamwork, which contribute significantly to patient safety risks. Therefore, this work sought to find out how employees in a typical Slovenian hospital evaluate communication between employees and with patients or relatives within the three ICPs.

1 Uvod

Število zdravstvenih storitev se mora nenehno izboljševati v smislu kakovosti in stroškovne učinkovitosti. Kakovost, učinkovitost in dostopnost zdravstvenih storitev so prednostne naloge raziskav pri upravljanju zdravstvenega varstva (Asmirajanti, Hamid in Huriyati, 2018). Integrirane klinične poti (IKP) igrajo pomembno vlogo pri modelu zdravstvenega varstva, osredotočenega na pacienta. IKP kot načini standardiziranih zdravstvenih procesov, lahko učinkovito izboljšajo zdravstvene storitve (Asplan, Gartner in Harper, 2021). IKP so načrti oskrbe, usmerjeni v naloge, ki podrobno opisujejo bistvene korake poti obravnave pacienta z določeno klinično težavo. IKP predstavljajo učinkovito orodje za upravljanje virov v javnem in zasebnem sektorju zdravstva. So mednarodni standard, ki opredeljuje pot zdravljenja po posameznih korakih. To predpostavlja uspešno komunikacijo in sodelovanje glavnih deležnikov v procesu zdravljenja. V okviru IKP morajo zdravniki, specialisti, medicinske sestre, koordinatorji, administrativno osebje, farmacevti in drugo ključno osebje za obravnavo pacienta delati kot ena ekipa. Vendar pa je postopek zdravljenja vsakega pacienta poseben.

Komunikacija med zainteresiranimi stranmi lahko poteka po različnih poteh. Poleg tega lahko pacienti z več simptomi sledijo različnim kliničnim potem. Zato je učinkovita komunikacija med zdravstvenim osebjem bistvena na vseh teh IKP. Ta komunikacija se lahko pojavi med oddelki, zdravstvenimi ustanovami in nima časovnih omejitev, saj lahko zdravljenje enega pacienta vključuje več oddelkov, bolnišnic, specialistov in drugih zaposlenih v zdravstvu. To zahteva visoko stopnjo usklajenosti med vsemi naštetimi, da se izogonejo dragim napakam, ki bi lahko ogrozile življenje (Mater in Aldwairi, 2018).

Komunikacija med zdravstvenimi delavci je običajno hierarhična. Običajna hierarhična komunikacija je neučinkovita v timskem delu različnih zdravstvenih delavcev. Horizontalna komunikacija spodbuja učinkovito timsko delo v zdravstvu. Za celovito obravnavo pacienta je ključna sinergija znanja različnih zdravstvenih delavcev. IKP, ki združujejo različne profile zaposlenih, lahko izboljšajo komunikacijo v smislu razumevanja raznovrstnih znanj med različnimi strokovnjaki. Zato se morajo vodje IKP zavedati, kako pomembno je ohraniti horizontalno komunikacijo (Yamazaki, Ikeda in Umemoto, 2011).

Neustrezno komuniciranje in sodelovanje med zdravstvenimi delavci, slabo komuniciranje zdravnika in medicinska sestre s pacienti in svojci ter sprejemanje pomanjkljive zdravstvene in negovalne anamneze povzročajo široko paleto zdravstvenih napak (Robinson, Gorman Slimmer in Yudkowsky, 2015). Vsak konflikt med člani zdravstvene ekipe lahko ogrozi varnost pacientov in zmanjša kakovost oskrbe (Fassier in Azoulay, 2010). Martin in dr. (2010) navajajo, da je po mnenju JCAHO pomanjkljiva komunikacija med člani zdravstvene ekipe odgovorna za 60 % neželenih dogodkov s potencialnimi škodljivimi učinki na izid zdravljenja in sodelovanje med strokami (Mater in Aldwairi, 2018).

Raziskave so pokazale, da sta kakovost komunikacije med zdravstvenimi delavci in kakovost njihovih neposrednih odnosov osrednja vidika delovanja tima (Deneckere idr., 2013; Nancarrow idr., 2013; Valentine, Nembhard in Edmondson, 2015). Norveška raziskava je pokazala, da zaposleni v okviru IKP intenzivneje komunicirajo znotraj istih poklicev kot med poklici (Hustoft idr., 2018).

Avstralska raziskava, v kateri so intervjuvali 48 zdravstvenih delavcev, je razkrila, da čeprav so udeleženci paciente vključevali v načrtovanje oskrbe, se večina ni zavedala izvajanja oskrbe, usmerjene na paciente. Ugotovitve so pokazale, da zdravstveni delavci pri optimizaciji IKP uporabljajo vrsto komunikacijskih in koordinacijskih procesov. Zato so raziskovalci sklenili, da morajo zdravstveni delavci v okviru IKP izboljšati komunikacijo s pacienti, da ugotovijo njihove potrebe in spodbudijo samo-odgovornost (Allen, Hutchinson, Brown in Livingston, 2020). Tudi druga raziskava je pokazala, da so pacienti v okviru IKP navajali predvsem potrebe po izboljšanju obstoječe IKP na področju komuniciranja (Petit - Steeghs idr., 2020). Zato je ta študija skušala ugotoviti, kako zaposleni v tipični slovenski bolnišnici ocenjujejo komuniciranje med zaposlenimi oziroma v timu, z vodstvom in s pacienti oziroma svojci v okviru treh IKP.

2 Metoda

V presečni študiji je bila uporabljena deskriptivna kvantitativna metoda z anketiranjem. Pridobivanje podatkov je potekalo v okviru projekta »Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost«, ki ga financira ARRS (št. L7-2631-3824-2020). Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko RS (št. 0120-189/2021/3). Na željo anketirancev je bil vprašalnik razdeljen v tiskani obliki. Vprašalniki so se zbirali od 7. junija do 15. julija 2021 na nefrološkem, nevrološkem in ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. Ta bolnišnica je bila izbrana, ker predstavlja tipično splošno bolnišnico v Sloveniji, eno izmed desetih.

Raziskovalno populacijo so sestavljali zaposleni v bolnišnici, po svojih vlogah so to zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, klinični farmacevt, socialni delavec, klinični dietetik, rentgenolog, zdravstveni administrator, higienik. Kriterij vključitve sodelujočih je bil sodelovanje v multidisciplinarnem timu pri obravnavi pacienta po klinični poti. Podatki so bili zbrani z anketiranjem, sodelovalo je 163 zaposlenih, v celoti izpolnjenih vprašalnikov je bilo 150. Vsi anketiranci so bili seznanjeni z namenom anketiranja.

V vzorcu so prevladovali ženske ($n = 86,1\%$). Največ ($28,5\%$) in hkrati enako anketirancev je bilo v starostni skupini od 21 do 30 let in od 31 do 40 let, najmanj pa starih do 20 let ($2,1\%$). Visokošolsko izobrazbo je imelo $38,2\%$ anketiranih, srednješolsko 34% , univerzitetno $10,4\%$, specializacijo/magisterij $11,8\%$ in doktorat znanosti $3,5\%$ anketiranih. Največ anketiranih je bilo članov multidisciplinarnega tima pri klinični poti za obravnavo pacientov pri kronični ledvični bolezni ($39,6\%$), najmanj pa pri klinični poti za obravnavo pacientov po možganski kapi ($24,3\%$).

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik s štirimi sklopi, ki temeljijo na vprašalniku Cramm in Nieboerjeve študije (2011), prilagojene in dopolnjene za potrebe naše raziskave. Prvi sklop je meril komuniciranje s pacienti, drugi način komunikacije in posameznikovo komunikacijo, tretji sklop komuniciranje tima z vodstvom, četrti sklop socio-demografske podatke.

Izvedli smo deskriptivno statistiko s programom SPSS, verzija 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

3 Rezultati

Kako je članom multidisciplinarnih timov pomembno komuniciranje s pacienti in svojci, je bilo prvo vprašanje, na katerega smo iskali odgovor. Iz tabele 1 lahko zaključimo, da je komuniciranje s pacienti pomembno za anketirance. Še posebej pomembno jim je odgovarjanje na pacientova vprašanja in razreševanje dvomov ($M = 4,8$; $SD = 0,7$), zadosten čas za komunikacijo s pacientom ($M = 4,7$; $SD = 0,8$), prijazen pogovor s pacientom ($M = 4,7$; $SD = 0,8$) in pozorno poslušanje pacienta ($M = 4,7$; $SD = 0,7$). Najmanj jim je pomembna dostopnost do komunikacije s svojci ($M = 4,4$; $SD = 1$).

Tabela 1: Ocena pomembnosti komuniciranja s pacienti ($N = 150$)

Trditve	Sploh ni pomembno	Ni pomembno	Se ne morem odločiti	Pomembno	Zelo pomembno	Ne vem	Povprečje	Std. Odklon
Prijazen pogovor s pacienti.	0 0 %	0 0 %	0 0 %	24 16 %	123 82 %	3 2 %	4,7	0,8
Spodbujanje pacienta k izražanju svojega mnenja.	0 0 %	3 2 %	2 1 %	39 26 %	103 69 %	3 2 %	4,6	0,9
Pozorno poslušanje pacienta.	0 0 %	0 0 %	5 3 %	24 16 %	119 79 %	2 1 %	4,7	0,7
Redno preverjanje pacientovega razumevanja med pogovorom.	0 0 %	0 0 %	3 2 %	32 21 %	112 75 %	3 2 %	4,6	0,8
Odgovarjanje na pacientova vprašanja in razreševanje dvomov.	0 0 %	0 0 %	2 1 %	23 15 %	123 82 %	2 1 %	4,8	0,7
Zadosten čas za komunikacijo s pacientom.	0 0 %	0 0 %	0 0 %	33 22 %	114 76 %	3 2 %	4,7	0,8

Dostopnost do komunikacije s svojci.	0 0 %	1 1 %	11 7 %	39 26 %	94 63 %	5 3 %	4,4	1
Odgovarjanje na vprašanja, ki zanimajo svojce in razreševanje dvomov.	0 0 %	0 0 %	6 4 %	40 27 %	98 65 %	6 4 %	4,5	1,1

Tabela 2 kaže, da anketiranci ocenjujejo, da se pogosto prijazno pogovarjajo s pacienti ($M = 4,7$; $SD = 0,7$), spodbujajo pacienta k izražanju svojega mnenja ($M = 4,5$; $SD = 0,8$) in pozorno poslušajo pacienta ($M = 4,5$; $SD = 0,8$). Najslabšo oceno pogostosti komunikacije s pacienti je dobila trditev dostopnost do komunikacije s svojci ($M = 3,9$; $SD = 1,2$).

Tabela 2: Pogostost izvajanja komuniciranja s pacienti ($N = 150$)

Trditve	Nikoli	Redko (do 20 %)	Občasno (20 %–50 % pacientov)	Pogosto (50 %–80 % pacientov)	Zelo pogosto (80 %–100 % pacientov)	Ne vem/ni relevantno zame	Povprečje	Std. Odklon
Prijazen pogovor s pacienti.	0 0%	2 1%	9 6%	33 22%	101 67%	5 3%	4,7	0,7
Spodbujanje pacienta k izražanju svojega mnenja.	0 0%	2 1%	18 12%	45 30%	79 53%	6 4%	4,5	0,8
Pozorno poslušanje pacienta.	0 0%	3 2%	20 13%	37 25%	86 57%	4 3%	4,5	0,8
Redno preverjanje pacientovega razumevanja med pogovorom.	0 0%	4 3%	22 15%	45 30%	73 49%	6 4%	4,4	0,9
Odgovarjanje na pacientova vprašanja in razreševanje dvomov.	0 0%	2 1%	26 17%	35 23%	82 55%	5 3%	4,4	0,9
Zadosten čas za komunikacijo s pacientom.	2 1%	13 9%	37 25%	41 27%	52 35%	5 3%	4	1,1
Dostopnost do komunikacije s svojci.	4 3%	13 9%	38 25%	35 23%	52 35%	8 5%	3,9	1,2
Odgovarjanje na vprašanja, ki zanimajo svojce in razreševanje dvomov.	0 0%	20 13%	33 22%	35 23%	54 36%	8 5%	4	1,2

Kot kaže tabela 3, je najvišjo povprečno vrednost prejela trditev, da »med člani tima zlahka izrazim svoje mnenje« ($M = 4,2$; $SD = 0,88$), sledita trditvi, da »člani tima prisluhnejo mojemu mnenju« ($M = 0,95$; $SD = 0,97$) in »s komuniciranjem v timu zlahka razrešim težavo« ($M = 4,1$; $SD = 0,97$). Najmanjšo povprečno vrednost sta prejeli trditvi »med člani tima prevladuje konfliktno komuniciranje« ($M = 2,3$; $SD = 1,25$) in »člani tima v večini pasivno komunicirajo« ($M = 2,3$; $SD = 1,25$).

Tabela 3: Ocena komuniciranja članov v multidisciplinarnem timu (N = 150)

	<i>Sploh se ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Se ne morem odločiti</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>Povsem se strinjam</i>	<i>Ne vem</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Std. odklon</i>
Komuniciranje v timu je omejeno na formalno komuniciranje.	13 9 %	80 53 %	18 12 %	22 15 %	7 5 %	10 7 %	2,7	1,32
Med člani tima prevladuje konfliktno komuniciranje.	27 18 %	87 58 %	15 1 %	7 5 %	6 4 %	8 5 %	2,3	1,25
Člani tima v večini pasivno komunicirajo.	28 19 %	85 57 %	14 9 %	12 8 %	2 1 %	9 6 %	2,3	1,25
V timsko komuniciranje so vsi člani tima enakovredno vključeni.	3 2 %	21 14 %	22 15 %	62 41 %	32 21 %	10 7 %	3,9	1,16
Med člani tima zlahka izrazim svoje mnenje.	0 0	7 5 %	18 12 %	74 49 %	43 29 %	8 5 %	4,2	0,88
Člani tima prisluhnejo mojemu mnenju.	1 1 %	11 7 %	16 11 %	79 53 %	35 23 %	8 5 %	4,1	0,95
S komuniciranjem v timu zlahka razrešim težavo.	3 2 %	5 3 %	22 15 %	72 48 %	40 27 %	8 5 %	4,1	0,97

Tabela 4 kaže, da anketiranci najboljše ocenjujejo komunikacijo z vodstvom oddelka, in sicer vodstvo oddelka posluša predloge našega tima ($M = 4$, $SD = 1,16$) in vodstvo oddelka se ustrezno pogovarja oziroma pisno komunicira z našim timom ($M = 4$, $SD = 1,1$). Najslabše je bilo ocenjeno komuniciranje z vodstvom bolnišnice: vodstvo bolnišnice se ustrezno pogovarja oziroma pisno komunicira z našim timom ($M = 3,1$; $SD = 1,32$) in z vodstvom bolnišnice razrešujemo težave z ustreznim komuniciranjem ($M = 3,1$; $SD = 1,3$).

Tabela 4: Ocena komuniciranja z vodstvom oddelkov in vodstvom bolnišnice (N = 150)

	<i>Sploh se ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Sem neopredeljen</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>Povsem se strinjam</i>	<i>Ne vem</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Std. Odklon</i>
Kot član tima sem zadovoljen s komuniciranjem z vodstvom oddelka.	6 4%	9 6%	26 17%	63 42%	38 25%	8 5%	3,9	1,12
Kot član tima sem zadovoljen s komuniciranjem z vodstvom bolnišnice.	11 7%	42 28%	57 38%	24 16%	4 3%	12 8%	3	1,25
Vodstvo oddelka poslušá predloge našega tima.	6 4%	11 7%	22 15%	60 40%	41 27%	10 7%	4	1,16
Vodstvo bolnišnice poslušá predloge našega tima.	12 8%	45 30%	57 38%	21 14%	2 1%	13 9%	3	1,27
Vodstvo oddelka se ustrezno pogovarja oziroma pisno komunicira z našim timom.	4 3%	10 7%	28 19%	61 41%	37 25%	10 7%	4	1,1
Vodstvo bolnišnice se ustrezno pogovarja oziroma pisno komunicira z našim timom.	12 8%	43 29%	53 35%	23 15%	5 3%	14 9%	3,1	1,32
Z vodstvom oddelka razrešujemo težave z ustreznim komuniciranjem.	4 3%	13 9%	24 16%	66 44%	36 24%	7 5%	3,9	1,08
Z vodstvom bolnišnice razrešujemo težave z ustreznim komuniciranjem.	13 9%	37 25%	58 39%	23 15%	6 4%	13 9%	3,1	1,3

4 Razprava in zaključek

Raziskava je pokazala, da je članom multidisciplinarnih timov na nefrološkem, nevrološkem in ortopedskem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto pomembno odgovarjanje na pacientova vprašanja in razreševanje dvomov, zadosten čas za komunikacijo s pacientom, prijazen pogovor s pacienti in pozorno poslušanje pacienta, najmanj pa jim je pomembna dostopnost za komunikacijo s svojci. Glede na pomembnost tudi primerjalno pogosto izvajajo komuniciranje. To pomeni, da se najbolj pogosto prijazno pogovarjajo s pacienti, spodbujajo pacienta k izražanju svojega mnenja in pozorno poslušajo pacienta, najmanj pa so dostopni za svojece.

Člani multidisciplinarnih timov pozitivno ocenjujejo komuniciranje v timu, saj med člani zlahka izrazijo svoje mnenje, prisluhnejo drug drugemu in s komuniciranjem v timu zlahka razrešijo težavo. Najmanjšo povprečno vrednost sta prejeli negativni trditvi, da med člani tima prevladuje konfliktno komuniciranje in da v večini pasivno komunicirajo. Da člani tima

prisluhnejo mnenju drugega člana tima, je po ugotovitvah Dieleman idr. (2004) poleg odzivnosti, sprejemanja in posredovanje informacij članov tima ključno za uspešno sodelovanje posameznika v multidisciplinarnem timu, ker ima vsak član tima specializirano znanje in izkušnje, ki pomembno prispevajo k sprejemanju utemeljenih odločitev glede zdravstvene obravnave pacienta.

Člani timov zelo dobro ocenjujejo svojo komunikacijo z vodstvi oddelka, saj ta posluša predloge tima in se ustrezno pogovarja oziroma pisno komunicira z našim timom, slabše ocenjujejo komuniciranje z vodstvom bolnišnice, še posebej na področju ustreznega komuniciranja in razreševanja težav, kar si lahko pojasnimo vsaj delno z intenzivnejšo komunikacijo zaposlenih z vodstvom oddelka, saj kot kažejo raziskave, so zaposleni bolj zadovoljni s sodelovanjem pri neposredni komunikaciji (Chan idr., 2015).

Rezultati nakazujejo, da bi morala bolnišnica z različnimi aktivnostmi, kot so analiza kakovosti izvajanja IKP in dodatna usposabljanja spodbuditi kakovostnejše komuniciranje v timih in z vodstvom.

LITERATURA

1. Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. in Livingston, P. M. (2020). Communication and Coordination Processes Supporting Integrated Transitional Care: Australian Healthcare Practitioners' Perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 20 (1), 1–4.
2. Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. in Huriyati, T. S. (2018). Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: a literature review. *Enfermeria Clinica*, 28 (2), 240–244.
3. Aspland, E., Gartner, D. in Harper, P. (2021). Clinical pathway modelling: a literature review. *Health Systems*, 10 (1), 1–23.
4. Chan, V., Patounas, M., Dornbusch, D., Tran, H. in Watson, P. (2015). Is there a role for pharmacists in multidisciplinary health-care teams at community outreach events for the homeless? *Australian Journal of Primary Health Interchange*, 21 (4), 379–383.
5. Cramm, J. M. in Nieboer, A. P. (2011). Professionals' views on interprofessional stroke team functioning. *International journal of integrated care*, 11, e081.
6. Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W. in Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: A cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51 (1), 99–107.
7. Dieleman, S. L., Farris, K. B., Feeny, D., Johnson, J. A., Tsuyuku, R. T. in Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 8 (1), 75–78.
8. Fassier, T. in Azoulay, E. (2010). Conflicts and communication gaps in the Intensive Care Unit. *Current Opinion in Critical Care*, 16 (6), 654–665.
9. Hustoft, M., Hetlevik, Ø., Aßmus, J., Størkson, S., Gjesdal, S. in Biringer, E. (2018). Communication and Relational Ties in Inter-Professional Teams in Norwegian Specialized Health Care: A Multicentre Study of Relational Coordination. *International Journal of Integrated Care*, 18 (2), 9.
10. Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T. in Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, 13062.
11. Mater, W. in Aldwairi, M. (2018). Enhanced Teamwork Communication Model for Electronic Clinical Pathways in Healthcare. *The Open Bioinformatics Journal*, 11 (1), 140–163.
12. Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. in Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11 (19).

13. Petit - Steeghs, V., Schuitmaker - Warnaar, T. J., Pruijssers, C. A., van Oortmerssen, G. in Broerse, J. E. (2020). A qualitative research on co-creating care pathways for Sarcoma and GIST by stimulating reflection. *International Journal of Care Coordination*, 23 (1), 24–32.
14. Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W. in Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of effective and ineffective nurse-physician communication in hospitals. *Nursing Forum*, 45 (3), 206–216.
15. Valentine, M. A., Nembhard, I. M. in Edmondson, A. C. (2015) Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments. *Medical Care*, 53 (4), 16–30.
16. Yamazaki, T. in Ikeda, M. in Umemoto, K. (2011). Enhancement of healthcare quality using clinical-pathways activities. *VINE J Inform Knowledge*, 41 (1), 63–75.

Tina Fojkar

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

Erika Povšnar

OZG OE Zdravstveni dom Kranj

Izobraževalne potrebe bodočih očetov na prehodu v starševstvo

UDK 618.2:37.013.32

KLJUČNE BESEDE: prehod v starševstvo, vloga očeta, potrebe bodočih očetov, izobraževanje, programi

POVZETEK - Kljub dokazom o pomembnosti vloge očetov v času prehoda v starševstvo, so programi priprave na porod in starševstvo z vidika bodočih očetov manj raziskani. Namen raziskave je proučiti izobraževalne potrebe bodočih očetov na prehodu v starševstvo. Uporabili smo raziskovalno metodo kvalitativne vsebinske analize pregleda domače in tuje literature v časovnem intervalu od leta 2010 do 2020, dostopne v različnih podatkovnih bazah: PubMed, Google učenjak, Cinahl, Obzornik zdravstvene nege in NIJZ publikacije. Za analizo smo uporabili odprto kodiranje. Število vseh zadetkov je bilo 846, število v celoti prebranih virov 69, v končni pregled smo vključili 13 virov. Bodočim očetom je na prehodu v starševstvo posvečeno manj pozornosti kot materam. Za izvedbo kakovostnega programa je ena od ključnih nalog zdravstvene nege - ugotavljanje izobraževalnih potreb, ki predstavljajo osnovo za pripravo kakovostnih izobraževalnih programov.

UDC 618.2:37.013.32

KEYWORDS: transition to parenthood, role of the father, needs of future fathers, education, programmes

ABSTRACT - Although the importance of the role of fathers during the transition to parenthood has been demonstrated, less research has been conducted on birth and parenting programmes from the perspective of future fathers. The aim of this study is to examine the parenting needs of future fathers in the transition to parenthood. We used a research method of qualitative content analysis of a review of domestic and foreign literature from 2010 to 2020, available in various databases: PubMed, Google Scholar, Cinahl, Nursing Review and NIJZ publications. Open coding was used for the analysis. The number of all hits was 846, the number of sources read in full was 69, and 13 sources were included in the final review. Future fathers receive less attention than mothers in the transition to parenthood. One of the most important tasks in the implementation of a quality programme is the identification of educational needs, which forms the basis for the elaboration of quality educational programmes.

1 Teoretična izhodišča

Skozi zgodovino se je vloga očeta temeljito spreminjala. V preteklosti sta bili vzgoja in nega otrok usmerjeni predvsem na matere (Vučko, 2012). Očetova poglobljena naloga je bila materialno vzdrževanje družine in kasneje model spolne vloge (Puhlman in Pasley, 2016). Obdobje »novega očetovstva« je s seboj prineslo aktivnejše vključevanje moških v skrb za družino in vzgojo otrok (Vučko, 2012). Rojstvo prvega otroka predstavlja kritično obdobje v življenju moškega. Očetje se v večjem številu udeležujejo predporodnih obiskov, porodov ter programov priprave na porod (Yogman in Gafrield, 2016). Ob tem pa je pomembna tudi očetova finančna oskrba družine (Alio idr., 2013). V nadaljevanju prispevka se bomo na podlagi pregleda literature v osredotočili na ugotavljanje izobraževalnih potreb bodočih očetov na prehodu v starševstvo.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo raziskovalno metodo kvalitativne vsebinske analize pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature. Za nabor zadetkov smo uporabili besedne zveze v slovenskem in angleškem jeziku: »vloga očeta«, »potrebe bodočih očetov«, »izobraževanje«, »transition to parenthood«, »role of father«, »needs of future fathers«, »schools for parents«, »education«, dostopne v podatkovnih bazah: PubMed, Google učenjak in CINAHL. V podatkovni bazi PubMed in CINAHL smo uporabili Boolov operator »AND«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje objav od leta 2010 do 2020, celotno besedilo članka, recenzirani članki ter jezik – slovenščina in angleščina.

2.2 Opis instrumenta

Dobljene zadetke izbrane domače in tuje literature smo pregledali ter jih ovrednotili po hierarhiji dokazov v osem nivojev (Polit in Beck, 2018). Raziskovalni dizajni so prikazani v Tabeli 1. Z analizo vsebine smo oblikovali kode in kategorije.

2.3 Opis vzorca

S pregledom literature smo identificirali 846 člankov. Po upoštevanju omejitvenih kriterijev smo v polnem besedilu pregledali 69 in po vsebinskem pregledu v končno analizo vključili 13 člankov.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Dobljene zadetke izbrane domače in tuje literature smo pregledali ter jih ovrednotili po hierarhiji dokazov v osem nivojev (Polit in Beck, 2018). Raziskovalni dizajni so prikazani v Tabeli 1. Z analizo vsebine smo oblikovali kode in kategorije.

3 Rezultati

V Tabeli 1 so predstavljeni rezultati pregleda literature (avtorji, leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja raziskovalcev).

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

<i>Avtor</i>	<i>Leto</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Vzorec (velikost in država)</i>	<i>Ključna spoznanja</i>
Fletcher idr.	2019	Opazovalna študija	Ugotoviti mehanizme učinka uveljavitve podporne e-skupine za bodoče očete.	40 očetov vključenih v program za perinatalno podporo SMS4dads (Avstralija).	V študiji sta bili ugotovljeni dve vrsti mehanizmov na katere je podporna e-skupina vplivala. Strukturni mehanizmi so vključevali: sinhronizacijo informacij s potrebami očetov, normalizacijo, poziv k interakciji ter zagotovitev varnostne mreže. Psihološki mehanizmi očetov, ki so ob tem nastali pa so bili: povečanje znanja, občutek samozavesti, sposobnost spoprijemanja s težavami, usmerjenost v novo vlogo ter občutek povezanosti. Ti mehanizmi so medsebojno vplivali in ustvarili vnaprej opredeljene rezultate uvedenega programa.
Scarff	2019	Sistematični pregled literature	Raziskati spoprijemanje očetov s poporodno depresijo ter odkrivanje in zdravljenje prvih znakov poporodne depresije pri očetih.	Pregled angleške literature (36 virov).	Izkazalo se je, da je zdravljenje z antidepresivi in s psihoterapijo učinkovit način zdravljenja tovrstne depresije pri očetih. Prepoznavanje in zdravljenje poporodne depresije pri očetih lahko izboljša kakovost življenja očeta in njegove družine ter zmanjša tveganje za čustvene in vedenjske težave pri otrocih.
Baldwin idr.	2018	Sistematični pregled kvalitativnih študij	Ugotoviti in sintetizirati najboljše razpoložljive dokaze o izkušnjah in potrebah očetov ter ugotoviti njihovo duševno zdravje in počutje med prehodom na očetovstvo.	22 objavljenih kvalitativne študij od leta 1960 do septembra 2017.	Ugotovljeni so bili trije glavni dejavniki, ki vplivajo na duševno zdravje in dobro počutje očetov med prehodom v očetovstvo: oblikovanje očetovske identitete, izzivi nove očetovske vloge ter negativni občutki in strahovi, povezani z njo. Ovire za dostop do podpore so vključevale pomankanje prilagojenih virov informacij in priznanj zdravstvenih delavcev. Boljša priprava na očetovstvo in podpora partnerskim odnosom bi lahko očetom omogočila boljše izkušnje, prilagajanje in duševno počutje.

Darwin idr.	2017	Kvalitativna študija	Proučiti neposredne izkušnje in poglede očetov na perinatalno duševno zdravje.	Skupina 42 očetov starih med 25 in 44 let, katerih otroci so bili starejši od 12 mesecev.	Tudi očetje lahko doživljajo psihološko stisko v perinatalnem obdobju, a velikokrat dvomijo o upravičenost svojih doživljanj in izkušenj. Moški že po naravi neradi izrazijo svoje potrebe po podpori ali pa ne želijo poiskati pomoči zaradi pomislekov, da bi to storilo škodo prihajajočemu otroku in noseči partnerki. Potrebno je pridobiti več informacij in virov, ki bi bili oblikovani in prilagojeni očetom.
Ledenfors in Berterö	2016	Kvalitativna analiza z uporabo intervjuja	Prepoznati in opisati izkušnje očetov ob prvem porodu.	Udeleženi je bilo 8 moških, ki so prvič postali očetje, intervju so izvajali 2 do 6 mesecev po rojstvu otroka (Švedska).	Ugotovitve kažejo, da bi bilo potrebno med porodom nekoliko bolj upoštevati potrebe bodočih očetov. Pri vsem tem je ključnega pomena babica, ki je takrat prisotna v porodni sobi in lahko spodbuja očete tako pred kot med porodom.
Hildingsson idr.	2013	Regionalna kohortna študija	Raziskati razširjenost strahu pred porodom pri švedskih očetih in s tem povezane dejavnike.	1047 bodočih očetov (Švedska)	Visoka stopnja strahu pri moških je bila povezana predvsem z rojstvom prvega otroka, zato so tudi nosečnost in kasneje porod bolj verjetno doživljali kot negativni dogodek. Večina moških, ki se je soočala s strahom pred porodom so prepoznali carski rez kot najprimernejši način rojstva.
Mannion idr.	2013	Presočna raziskava	Raziskati stališča žensk o dojemaju partnerske podpore med dojenjem, ter kako takšna podpora deluje na samozavest ter zadovoljstvo mater glede dojenja.	Vključenih 76 mater, hospitaliziranih v zdravstvenih klinikah v Calgaryju (Alberta).	Matere se počutijo bolj sposobne in samozavestne glede dojenja ob podpori partnerja, z njegovo besedno in aktivno vključitvijo v dojenje. Pomembno je, da znajo zdravstveni delavci ceniti vpliv pozitivne in aktivne partnerske podpore, saj se s tem vzpostavlja zaupanje mater v dojenje. Skupne strategije podpore bi lahko predstavili bodočima staršema že v prenatalnem obdobju. Zdravstveni delavci lahko zagotovijo zelene informacije ter povabijo bodoče očete, da tudi oni postanejo aktivni učenci in razpravljajo o podpornih partnerskih funkcijah.
Poh idr.	2013	Deskriptivna analiza	Raziskati izkušnje in potrebe očetov med nosečnostjo in porodom.	Vzorec je sestavljajo 16 očetov starejših od 21 let iz dveh porodniških oddelkov v terciarni bolnišnici (Singapur).	Vsi udeleženi očetje so tekom nosečnosti spremenili svoje vedenje zaradi zaščite svojih žena in še nerojenih otrok. Podpora njihove družine, prijateljev, sodelavcev in zdravstvenih delavcev je bila po njihovem mnenju neprecenljiva in zelo cenjena.

White	2013	Deskriptivna analiza literature	Raziskovanje pojava posttravmatskega a stresa očetov po porodu.	Vključenih 21 očetov z izkušnjo travmatičnega rojstva (Nova Zelandija)	Rezultati kažejo, da imajo nekateri očetje negativne čustvene izkušnje, ki lahko privedejo do resnih posledic glede njihovih odnosov in odnosov do družine. Babice se morajo zavedati, da imajo mnogi moški nejasna pričakovanja glede poroda. Če so očetje priča travmatičnemu rojstvu lahko potrebujejo strokovno pomoč.
Ramchandani idr.	2012	Kodiranje z uporabo globalnih lestvic	Preučiti, ali interakcije med očetom in dojenčkom pri starosti treh mesecev neodvisno napovedujejo vedenjske težave otroka v prvem letu starosti.	Vzorec 192 družin, izbran iz dveh porodniških enot v Združenem kraljestvu (UK).	Interakcije očetov z dojenčki že v tretjem mesecu življenja napovedujejo zgodnje vedenjske težave pri otrocih. Te interakcije so lahko ključni dejavniki, ki jih je potrebno obravnavati že v zgodnjem otrokovem življenju in ponujajo potencialno priložnost za preventivne posege.
Steen idr.	2012	Pregled literature	Identificirati in sintetizirati kakovostne kvalitativne raziskave o pogledih in izkušnjah očetov, ki so se že srečali s porodom in poporodnim obdobjem.	Opravljen so bile preiskave ustreznih baz podatkov, izbranih je bilo 28 člankov objavljenih med letoma 1999 in 2010.	Očetje ne morejo učinkovito in zanesljivo podpirati svoje partnerice pri doseganju ideala prehoda v uspešno nosečnost, rojstvo in pozitivno starševsko izkušnjo, če niso sami podprti, vključeni ter pripravljeni na tveganja in negotovosti v nosečnosti, delu in starševstvu ter na svojo vlogo v tem kontekstu.
Steničnik	2012	Pregled literature	Raziskati spremembe v vlogi očeta v zahodni kulturi v zadnjih 200 letih.	Pregled domače in tuje literature (33 člankov)	Moškemu vloga očeta omogoča izpolnjenjavne številnih potencialnov, znanj in veščin. Vsak otrok potrebuje očeta tako kot oče potrebuje svojega otroka. Ključnega pomena je, v kolikšni meri se oče vključuje v otrokovo življenje; oče od nove vloge dobi toliko, kolikor vlaga vanjo.
Dallos in Nokes	2011	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje očetov po rojstvu otroka.	Fokusna skupina moških starih od 28 do 40 let, ki so pred kratkim postali očetje (England and Wales).	Ugotovitve kažejo, da so moške izkušnje in stiske lahko povezane s prevladujočim, a protislovnim diskurzom, ki je neposredno povezan s pričakovanji glede očetovih vlog po porodu. Predlagajo raziskave s področja kliničnega pomena prisotnosti očeta med samo nosečnostjo in pri porodu; zdi se, da očetovo počutje vpliva na mater in na otroka.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
Izobraževalne potrebe bodočih očetov	Vloga očeta in družbena pričakovanja o očetovski vlogi	Oskrba, pozitiven vpliv prisotnosti na mater in otroka; čustvena podpora partnerici; pomoč k boljšemu poteku nosečnosti in poroda; podpora pri dojenju; hranitelj, negovalna vloga; spolni vzornik; pomoč – gospodinjstvo; zadovoljevanje potrebe po varnosti; vpliv posameznika, družine, skupnosti; družbeni in politični dejavniki; sociokulturni dejavniki; pričakovanja očetov; prvi otrok; družinska struktura, identiteta očeta in sorodstvo; izzivi nove vloge. Kod = 15	Poh idr., 2013; Steničnik, 2012; Scarff, 2019; Dallos in Nokes, 2011; Darwin idr., 2017.
	Izkušnje in doživljanje	Hormonske spremembe; oblikovanje identitete; negativni občutki – predporodni strah; pričakovanja vlog; dvom v lastno doživljanje; psihosomatskih simptomov; stres; simptomi sindroma kuvade; depresija očetov; naraščanje odgovornosti, izboljšanje odnosa; podpora partnerskemu odnosu; lažje prilagajanje, boljše počutje; pozitivna porodna izkušnja; povečanje znanja, občutek samozavesti, sposobnost spoprijemanja s težavami ter občutek povezanosti; zmanjševanje psihosomatskih težav; podporne mreže; pozitivna sprememba vedenja v času nosečnosti. Kod = 17	Hildingsson idr., 2013; Scarff, 2019; Fletcher idr., 2019; Mannion idr., 2013; Ledenfors in Berterö, 2016; White, 2013; Darwin idr., 2017; Ramchandani idr., 2013; Baldwin idr., 2018.
	Splošne potrebe	Želja po vključenosti v dogajanje; težje izražanje potreb in želje po podpori; sodelovanje v družinskem življenju (gospodinjstva opravila); skrb za redn dohodek – oskrba družine; potrebe po večji vključenosti očetov. Kod = 5	Ledenfors in Berterö, 2016; Poh idr., 2014; Mannion idr., 2013; Steen idr., 2012.

4 Razprava

Predstave očetov o vlogi, ki jo imajo v odnosu do otroka in družine ter družbena pričakovanja o tem, kakšna naj bi bila vloga očetov, igrajo pomembno vlogo v ugotavljanju njihovih izobraževalnih potreb. Steničnik (2012) pravi, da se je vloga očeta temeljito spreminjala skozi vso zgodovino. Današnja vloga očeta je usmerjena predvsem v nego in skrb za otroke in celotno družino. Ugotovitve kažejo, da se moški po porodu počutijo izključene iz odnosa s svojo partnerico, saj je vsa pozornost usmerjena na dojenčka, zaradi česar pogosto na različne načine poskušajo uveljaviti svojo vlogo (Dallos in Nokes, 2011; Poh idr., 2013). Tudi Scarff (2019)

ter Darwin s sodelavci (2017) ugotavljajo, da se očetje danes bolj samodejno prilagodijo potrebam bodoče matere in družne, vendar pa v tem niso vedno uspešni.

Ob sprejemanju nove vloge in s tem drugačne in zahtevnejše odgovornosti se očetje srečujejo z novimi izkušnjami in doživljanji, na podlagi katerih prav tako lahko sklepamo, kakšne so potrebe bodočih očetov po izobraževanju na prehodu v starševstvo. Z informiranjem in usposabljanjem bi lahko bodoče očete opremili z ustreznimi informacijami in znanjem in tudi nekaterimi spretnostmi, ki jim bodo v pomoč pri ravnanju v različnih situacijah, ki jih bo prineslo novo življenjsko obdobje. Mannion s sodelavci (2013) ter Baldwin s sodelavci (2018) ugotavljata, da upravljanje s pričakovani bodočih očetov, spodbujanje njihovega vključevanja v potek nosečnosti in v nego ter sodelovanje z novorojenčkom v zgodnjih dneh po rojstvu, lahko pomaga pri povezovanju in spodbuja k boljšemu življenju v družini. Pri očetih, ki se tri mesece po porodu ločijo od svojih otrok, pa je lahko to napovedujoči dejavnik vedenjskih težav pri otrocih (Ramchandani idr., 2013). Tesna povezanost med očetom in njegovimi otroki lahko vodi do pozitivnih rezultatov za očete, vključno z zadovoljstvom z družinskim življenjem, višjo stopnjo zadovoljstva v srednji življenjski dobi in manjšo verjetnostjo ločitve oziroma razhoda. Pozitivno očetovo sodelovanje z varstvom otrok in gospodinjskimi opravili je povezano tudi z nižjo stopnjo stresa in depresije pri materah v vseh poporodnih obdobjih (Hildingsson idr., 2013).

Omejitve vloge očetov med prehodom v starševstvo in spremembe življenjskega sloga so pogosti povzročitelji stresa, ki se kaže kot utrujenost, razdražljivost in frustracija. Ugotovitve so skladne z rezultati drugih raziskav, pri katerih so bili občutki očetov in omejitve vlog, glavni dejavniki za očetov stres v perinatalnem obdobju. Utrujenost in stres so številni moški obvladovali s pomočjo tehnik odvratanja pozornosti, na primer z vdajanjem v delo, poslušanjem glasbe, kajenjem ali z alkoholom (Scarff, 2019). Med mehanizmi spoprijemanja s stresom omenjajo tudi zanikanje (Darwin idr., 2017). Vsi ti dejavniki pa lahko privedejo do pojavnosti očetovske perinatalne depresije. Očetovska perinatalna depresija je poglavitna depresivna motnja pri moških, ki se običajno pojavi med prvim tromesečjem nosečnosti ter koncem prvega leta otrokovega življenja. Perinatalna depresija zahteva identifikacijo in posredovanje, ne le za dobro počutje očetov, temveč tudi za zdravje in njihove odnose s partnerji in otroki (Fletcher idr., 2019).

Ker se nosečnost odvija dokaj hitro, se pogosto srečujemo z asinhronostjo in neravnovesjem čustev (Fletcher idr., 2019). Takšna stanja lahko podaljšajo obstoječe simptome problematičnega vedenja, sprožijo recidive preteklih simptomov ali vedenj ali povzročijo prvi pojav simptomov in vedenj, povezanih z depresijo pri bodočih očetih (White, 2013). Prehod v starševstvo in očetova ranljivost sta za očete različna v primerjavi z materami. Očetje prehodno obdobje opisujejo kot »nikogaršnje deželo«, saj niso »oče« in niso usmerjeni v nov status in prakse očetovstva. Očetje se lahko počutijo kot »tujci«, lahko pa doživljajo konflikt s partnerji in se srečujejo s konkurenčnimi zahtevami v družini, delu in odnosih (Fletcher idr., 2019).

Dejstvo, ki je razvidno iz literature, da moški sami ne želijo poiskati pomoči pri osebnih težavah z duševnim zdravjem oziroma so nagnjeni k izražanju negativnega odnosa, kaže na pomembnost preventivnih ukrepov oziroma izobraževanj in usposabljanj. Manj verjetno je, da bodo sami obiskali splošnega zdravnika in bolj verjetno, da bodo prekinili zdravljenje prej kot ženske (Ledenfors in Berterö, 2016).

Opredeliti moramo pa seveda tudi splošne potrebe bodočih očetov. Vedno več očetov si želi predvsem več priprav in za to potrebnih informacij v zvezi s potekom poroda ter kasneje, ko nastopijo vlogo očeta tudi s področja starševstva in vzgojnega področja. Izražena pa je tudi želja po več individualnih srečanjih, ki bi bila namenjena zgolj in samo očetom (Steen idr., 2012).

Bodoči očetje prav dojenje navajajo kot enega njim največjih izzivov ob prehodu v starševstvo. Iz pregleda literature je razvidno, da je bila večina očetov prepričana, da so bili popolnoma nepripravljene na to, kako podpreti doječo mater (Steen idr., 2012; Poh idr., 2013).

Očetje so poročali, da so izkušnje bolj zahtevne, kot so pričakovali, zaradi česar so se počutili »nemočne«. To kaže na to, da očetje potrebujejo ustrezne informacije npr. o dojenju že pred samim rojstvom otroka, prav tako pa tudi načrtovano stalno podporo mater po rojstvu otroka. Na odločitev matere, da doji, pogosto vpliva odnos očeta in njegova poučenost o dojenju. Večina mater se po dojenju počuti bolj samozavestne in sposobne, če jih tudi partner podpira in pri tem sodeluje, tako je lahko tudi dojenje veliko uspešnejše. Uspešno dojenje pa lahko prav tako pozitivno vpliva tudi na odnos med staršema (Mannion idr., 2013; Ledenfors in Berterö, 2016).

V pregledu literature ugotavljamo, da je predvsem v slovenskem prostoru v zdravstveno vzgojnih programih večinski del posvečen bodočim materam in dojenčkom. Programe bi bilo potrebno dopolniti predvsem z aktivnim pristopom k očetom, ki bi izhajal iz njihovih izobraževalnih potreb.

LITERATURA

1. Alio, A. P., Lewis, C. A., Scarborough, K., Harris, K. in Piscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13 (60), 13–60.
2. Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J. in Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of a first time father's experiences. *JBIC Database of Systematic Reviews Implementation Reports*, 16 (11), 2118–2191.
3. Dallos, R. in Nokes, L. (2011). Distress, Loss, and Adjustment Following the Birth of a Baby: A Qualitative Exploration of One New Father's Experiences. *Journal of Constructivist Psychology*, 24 (2), 144–167.
4. Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D. in Gilbody, S. (2017). Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (1), 3–5.
5. Fletcher, R., Knight, T., Macdonald, J. A. in StGeorge, J. (2019). Process evaluation of text- based support for fathers during the transition to fatherhood (SMS4dads): mechanisms of impact. *BMC Psychology*, 7 (63), 1–11.
6. Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H. in Rubertsson, C. (2013). Childbirth fear in expectant fathers: Finding from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, 30 (2), 242–247.
7. Ledenfors, A. in Berterö, C. (2016). First- time father's experiences of normal childbirth. *Midwifery*, 40 (9), 26–31.
8. Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W. in Tough, S. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 8 (4), 1–7.
9. Poh, H. L., Koh, S. S., Seow, H. C. in He, H. G. (2013). First time father's experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30 (3), 779–787.
10. Polit, D. F. in Beck, T. C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nurse Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
11. Puhlman, D. J. in Pasley, K. (2016). Father Role, History of. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119085621.wbefs336>.
12. Ramchandani, P. G., Domoney, J., Sethna, V., Psychogiou, L., Vlachos, H. in Murray, L. (2012). Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (1), 56–64.

13. Scarff, J. R. (2019). Postpartum Depression in Men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 16 (5–6), 11–14.
14. Steen, M., Downe, S., Bamford, N. in Edozien, L. (2012). Non- patient and non- visitor: a metasythesis father's encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28 (4), 362–371.
15. Steničnik, P. (2012). Nove dimenzije očetovstva. *Socialna pedagogika*, 16 (4), 409–421.
16. Vučko, K. (2012). Pojav novega očetovstva in vloga očeta pri vzgoji otroka v obdobju pred vstopom v šolo (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
17. White, G. (2013). You cape by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth. *Br J Midwifery*, 15 (1), 39–45.
18. Yogman, M. in Gafrield, C. F. (2016). Father's Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. *Pediatrics*, 138 (1), 1–17.

Dr. Igor Frangež
Univerzitetni klinični center Ljubljana

Neža Božič
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Multidisciplinarni pristop k zdravljenju kronične rane

UDK 616-08-001.4-036.1

KLJUČNE BESEDE: kronična rana, multidisciplinarni pristop

POVZETEK - Kronične rane in njihovo zdravljenje predstavljajo velik problem, ki se v zadnjih letih še povečuje, saj staranje populacije prispeva k strmemu naraščanju števila kroničnih ran. Standardno zdravljenje kronične rane obsega nekrektomijo, redne preveze rane s sodobnimi oblogami in zdravljenje infekta. Te metode pa mnogokrat ne privedejo do želenih rezultatov, kar bi lahko znatno izboljšal multidisciplinarni pristop k zdravljenju kroničnih ran. V prispevku je prikazan pregled standardnih in sodobnih načinov zdravljenja kroničnih ran ter pomen multidisciplinarnega pristopa pri obravnavi bolnikov.

UDC 616-08-001.4-036.1

KEYWORDS: chronic wound, multidisciplinary approach

ABSTRACT - The treatment of chronic wounds is a major problem that has become more acute in recent years as the aging population contributes to an increase in the number of chronic wounds. Standard treatment of a chronic wound includes necrectomy, the use of advanced wound dressings, and treatment of infection. However, these methods often do not produce the desired results, and a multidisciplinary approach could significantly improve the outcomes of chronic wound treatment. The paper presents an overview of standard and modern methods of treating chronic wounds and the importance of a multidisciplinary approach in the treatment of patients.

1 Uvod

Kronične rane in njihovo zdravljenje predstavljata velik problem, ki se v zadnjih letih še povečuje, saj staranje populacije prispeva k strmemu naraščanju števila kroničnih ran.

Standardno zdravljenje kronične rane obsega nekrektomijo, redne preveze rane s sodobnimi oblogami in zdravljenje infekta (Frangež, 2017).

Te metode pa mnogokrat ne privedejo do želenih rezultatov, kar bi lahko znatno izboljšal multidisciplinarni pristop k zdravljenju kroničnih ran.

2 Kronična rana

Rana je prekinitvev strukture tkiva, ki nastane zaradi delovanja mehanskih, kemičnih ali bioloških dejavnikov. Rane delimo na akutne in kronične, pri čemer so kronične rane tiste, ki se ne začnejo celiti v 4 tednih ali se ne zacelijo v 8 tednih. Nastanejo lahko zaradi okužbe ali drugih dejavnikov, ki zavirajo celjenje.

Vzroki za nastanek kronične rane lahko vključujejo slabo cirkulacijo, prekomeren pritisk na področje rane, obstoj nevropatije, ki povzroči izgubo zaščitnega občutka, tveganje za okužbo, nerazrešeno vnetje in druge motene procese zdravljenja, kot so pomanjkanje angiogeneze, epiteljska migracija in proliferacija celic. Vpliv teh težav na kronično rano še dodatno povečajo druge pridružene bolezni in njihove posledice, na primer akumulacija glukoze na območju rane (Mahmoudi in Gould, 2020).

Med kronične rane uvrščamo diabetične razjede, golenske venske razjede, razjede zaradi periferne arterijske okluzivne bolezni, preležanine, rane, ki nastanejo zaradi hudih poškodb, okužbe kosti in mehkih tkiv, in rane, ki nastanejo zaradi drugih dejavnikov motenj v celjenju.

Celjenje ran navadno poteka v stalnem zaporedju 4 dob celjenja, ki so: hemostaza, vnetje, proliferacija in maturacija. Nevrogeno oziroma hemostatsko obdobje nastopi takoj po poškodbi. Pride do vazokonstrikcije in formacije krvnih strdkov, ki ustvarijo matriks za migracijo celic in preprečujejo nadaljnjo krvavitev. Trombociti sproščajo rastne faktorje in citokine, ki pritegnejo druge vrste celic (kot so fibroblasti in imunske celice), s čimer se sproži proces celjenja rane. Po nevrogeni fazi nastopi vnetno obdobje in traja do 7 dni. V tem obdobju prevladujejo fagociti, makrofagi in nevtrofilci, ki preprečujejo okužbo rane in jo očistijo. Po vnetju nastopi proliferacija, za katero so značilni pojav granulacijskega tkiva, angiogeneza in epitelizacija. Zadnje je obdobje maturacije, ki lahko traja tudi po več let. V tem obdobju se prvotni matriks preoblikuje v urejena kolagenska vlakna. Pri kroničnih ranah so lahko posamezne dobe podaljšane, se med seboj prepletajo in se ne izključujejo.

Neodvisno od vzroka za nastanek kroničnih ran pa imajo vse nekaj skupnih lastnosti, in sicer povišane količine provnetnih citokinov, proteaz, ROS in perzistirajoče vnetje (Frangéž, 2017).

3 Standardno zdravljenje kronične rane

Standardno zdravljenje kronično rane obsega nekrektomijo, redne preveze rane s sodobnimi prevezami in zdravljenje infekta. Namen terapije je omogočiti, da se celjenje kronične rane nadaljuje v naslednjo fazo, največkrat gre za prehod iz vnetne v proliferativno fazo (Frangéž, 2017).

Pri nekrektomiji gre za odstranitev odmrlega tkiva, s čimer se odstrani tudi bakterijski biofilm, ki zadržuje kronično rano v vnetni fazi. Gre za eno izmed bistvenih komponent terapije kronične rane, a se ne sme izvajati prepogosto, saj lahko v tem primeru zavre celjenje (Frangéž, 2017). Poznamo več vrst nekrektomij. Kirurška nekrektomija se uporablja ob veliki količini nekrotičnega tkiva, je hitra, selektivna in zelo učinkovita. Mehanična nekrektomija se izvaja s hidroterapijo za rane z malo nekrotičnega tkiva, a ni tako selektivna kot kirurška. Nekrektomija se lahko izvaja tudi z encimi (encimska nekrektomija) ali ličinkami (biološka nekrektomija), če so encimi telesu lastne snovi (encimi in vlaga, ki rehidrira površino), gre za avtolitično nekrektomijo.

Rano je treba redno prevezovati, natančneje na 2–3 dni, ob prevezah pa se uporabljajo sodobne obloge (Frangéž, 2017). Le-teh poznamo več različnih vrst in so namenjene tako zaščitni rane pred okužbo kot tudi spodbujanju procesa celjenja rane. Vlažne okluzivne obloge ustvarijo okolje z nizko kisikovo napetostjo in tudi povečajo stopnjo re-epitelizacije. Poleg tega omejena količina eksudata, ki se zadrži na rani omogoča avtolitično nekrektomijo, ki še dodatno spodbudi celjenje. Tradicionalne obloge s suho gazo v tem primeru niso priporočljive, saj lahko upočasnjujejo proces in celo povzročijo nove poškodbe ob odstranjevanju. Nizko oprijemljivi povoji in polprepustne folije predstavljajo osnovne vrste oblog za rane, ki se najpogosteje uporabljajo, njihov namen pa je omejevanje prodiranja tekočin in mikrobov s hkratnim prepuščanjem zraka in vodne pare. Hidrokoloide in hidrogeli izkoriščajo hidrofilen material, ki

absorbira določeno količino eksudata. Hidrokoloide so bolj neprepustni za zrak in dalj zdržijo, a zaradi tega niso primerni za visoko eksudativne rane. Hidrogeli pa se uporabljajo za spodbujanje vlage v sicer suhih ranah (Han in Ceilley, 2017).

Poznamo tudi alginatne obloge, ki se uporabljajo pri visoko eksudativnih ranah, saj absorbirajo veliko vlage. Določeno sposobnost absorpcije imajo tudi pene, ki se uporabljajo pri zmerno eksudativnih ranah, njihova glavna prednost pa je minimalna travma med previjanjem. V uporabi pri zdravljenju kroničnih ran so tudi izdelki s kolagenom, kjer pa kolagen ni namenjen neposredni zamenjavi proizvajanja kolagena v prizadetem tkivu, ampak naj bi pomagal pri ustvarjanju okolja, ki bi pritegnilo celice, pomembne za proces celjenja (Han in Ceilley, 2017).

V zadnjem času se veliko osredotoča tudi na vključitev antimikrobnih komponent v obloge same. Te materiali vključujejo komponente tradicionalnih oblog kot so hidrogeli in pene, dodajajo pa jim antimikrobne komponentne na primer srebro, betain, hitin in podobni. Tako in vitro testiranja kot študije na pacientih so pokazale, da so antimikrobne obloge pripomogle k zdravljenju kroničnih ran, predvsem venoznih ulkusov (Han in Ceilley, 2017).

4 Podporne oblike zdravljenja kroničnih ran

V primeru, da s standardnimi metodami ne dosežemo želenih rezultatov, lahko zdravljenje dopolnimo s podpornimi oblikami zdravljenja. To so terapija z negativnim tlakom, hiperbarično zdravljenje s kisikom, zdravljenje z larvami oziroma biološka nekrektomija, fotodinamična terapija, fotobiomodulacija in druge (Frangež, 2017). Pri nas sta najbolj v uporabi prvi dve.

Terapija z negativnim tlakom (VAC) je bila prvič uporabljena leta 1997 v ZDA in je pokazala ugodne učinke med drugim tudi na zdravljenje travmatskih, akutnih in kroničnih ran (Frangež, 2017). Z vzdrževanjem vlažnega okolja, optimizacijo krvnega pretoka, odstranjevanjem eksudatov in izvajanjem pritiska za spodbujanje zapiranja rane lahko te naprave omilijo učinek večih negativnih učinkov na celjenje rane, študije pa so pokazale, da znižajo tudi verjetnost okužbe. Naprave so sestavljene iz obloge iz pene, ki jo je treba menjati približno vsak drugi dan, in cevke za odvajanje (Han in Ceilley, 2017). Terapija z negativnim tlakom drenira izločke kronične rane in omogoča boljšo granulacijo tkiva, pospeši zmanjševanje površine rane ter s tem omogoči primarno zacelitev rane ali vsaj omogoči sekundarno zašitje rane ali kritje rane s presadkom delne debeline kože (Frangež, 2017).

Hiperbarično zdravljenje s kisikom se pri zdravljenju ran uporablja, ker naj bi med drugim spodbujalo proliferacijo fibroblastov, okrepilo imunsko funkcijo in stimuliralo angiogenezo. Ta vrsta terapije naj bi bila koristna predvsem pri ulkusih diabetičnih pacientov in pri venskih ulkusih na nogah (Frangež, 2017). Kljub temu pa je pregled Cochrane pokazal le skromno izboljšanje v verjetnosti zacelitve diabetičnih ulkusov po enem letu (Frangež, 2017; Han in Ceilley, 2017).

5 Zdravljenje z uporabo matičnih celic

V zadnjem času so veliko pozornosti dobili tudi različni tipi matičnih celic v povezavi s stimuliranjem celjenja ran. Vzpostavljenih je bilo več protokolov, kateri cilj je razrešitev ran z osredotočanjem na različne faze procesa celjenja, in sicer obvladovanje vnetja v ustreznem mikrookolju, povečanje vsaditve matičnih celic po implantaciji, učinkovita transdiferenciacija in obnova vaskularnega sistema v okolici rane. Kot pomoč pri povečanju faze reepitelizacije so bile predstavljene mezenhimske matične celice (MSCs), katerih intradermalna injekcija naj bi pospešila celjenje ran pri miših. Mezenhimske matične celice so odrasle multipotente celice, ki jih lahko pridobimo iz adipoznega tkiva. Rezultati kliničnih študij pa so pokazali koristi, ki jih

prinaša uporaba avtolognih ali heterolognih mezenhimskih matičnih celic, zlasti pri kroničnih ranah. Predlaganih je bilo več mehanizmov, na katerih temelji potencial obeh populacij, da pozitivno vplivajo na obnovo ran. Le-ti vključujejo modulacijo vnetnih stanj, stimulacijo angiogeneze, proliferacijo celic in aktivnost fibroblastov, aktivacijo in okrepljeno migracijo keratinocitov na mesta poškodbe na parakrini način, možno neposredno transdiferenciacijo mezenhimskih matičnih celic proti dermalni liniji (vključno s fibroblasti in keratinociti) in končno pridobivanje gostiteljskih celic. Mezenhimske matične celice imajo lahko tudi antibakterijske učinke na področju rane, saj izločajo antimikrobni protein IL-37 in tudi pozitivno vplivajo na fagocitozo, ki jo izvajajo celice imunskega sistema (Businaro idr., 2016).

6 Multidisciplinarni pristop

Multidisciplinarni pristop se pojavlja kot učinkovito novo orodje, ki izboljša celjenje ran in zmanjša njegove stroške, saj multidisciplinarni tim omogoča zgodnejšo diagnozo in zdravljenje. V študiji Donnelly in Shaw je bilo pokazano, da je 68 % bolnikov v obdobju 14 mesecev doseglo popolno ali skoraj popolno zacelitev rane z multidisciplinarnim zdravljenjem. Ta pristop zmanjša tudi ceno samega zdravljenja, predvsem na račun krajšega časa nege. V timih so večinoma specialisti dermatologije, plastične kirurgije, interne medicine, infektologije, žilne kirurgije, ortopedije in podiatrije ter medicinske sestre za nego ran. Večina oskrbe se izvaja ambulantno. Ob jemanju zgodovine se preveri tudi možen obstoj drugih faktorjev, ki bi lahko negativno vplivali na celjenje, kot so kajenje, hipertenzija, diabetes, periferna vaskularna bolezen, prekomerna telesna teža in hiperlipidemija (Brown - Maher, 2009).

V Kopenhagnu so leta 1991 ustanovili center za zdravljenje ran. Od leta 1997 je center popolnoma funkcionalen, neodvisen, multidisciplinaren oddelek, kjer se ukvarjajo z zdravljenjem vseh vrst problematičnih ran. Različne vrste ran seveda zahtevajo nekoliko drugačne pristope. Ulkusi na nogi in stopalu brez diabetesa predstavlja 53 % in 38 % vseh zdravljenih ulkusov v centru. Pri skoraj vseh bolnikih je bila rana predčasno že zdravljena nekje izven centra, a neuspešno (Gottrup idr., 2001).

Venozni ulkusi na nogah se zdravijo s standardiziranim konzervativnim režimom, ki ga sestavljata lokalno zdravljenje področja rane in kompresijske obloge, največkrat iz dveh plasti. Če se s tem režimom v treh mesecih ne pokažejo željeni rezultati, se začne kirurško zdravljenje. Pri teh bolnikih ima večina kombinirano povrhnjo in globoko venozno insuficienco, manjši delež pa le izolirano povrhnjo. Zaprte globoke vene, ki se redko pojavljajo, so kontraindikacija za operativne posege, medtem ko to ni primer pri kombiniranih globokih in povrhnjih venah (Gottrup idr., 2001).

Prvi korak pri zdravljenju venoznih ulkusov je uporaba lokalnih zdravil, povoj in možna uporaba heparina. Zdravljenje je osredotočeno na zmanjšanje venske insuficience. Obstajajo 3 vrste neinvazivnega zdravljenja, in sicer medicinska terapija, povoji (kompresijske preveze) in raznovrstne obloge (Businaro idr., 2016). Pri kompresijski terapiji venoznih ulkusov je treba izpostaviti, da so vse metode kompresije močno kontraindicirane, če ima bolnik arterijsko periferno bolezen. Kompresijska terapija je tudi omejena z bolečino, prekomerno eksudacijo in težavami pri uporabi (Abbade idr., 2020). V primeru, da s prej naštetimi terapijami niso doseženi zadovoljivi rezultati, se lahko venske ulkuse zdravi tudi operativno ali endovenozno (Marola idr., 2016).

Pri ishemičnih ulkusih brez diabetesa, torej pri pacientih z gangreno po žilni rekonstrukciji, ali pa brez nje, je bilo uporabljenih več vrst terapij, med drugim lokalna resekcija, VAC, larve, hiperbarični kisik ali inducirana hipertenzija.

Pacienti z diabetičnimi ulkusi so bili ob potrebi po žilni rekonstrukciji napoteni na sodelujoči oddelek za žilno kirurgijo in so se na center vrnili po 4 do 5 dneh. Če izvedba operacije ni bila možna, je bila rana zdravljena lokalno in pozorno opazovana za pojav ishemije. Tem bolnikom je bila ponujeno tudi hiperbarično zdravljenje s kisikom. Skoraj vsi bolniki z diabetičnimi ulkusi so bili med drugim zdravljeni s kakšnim manjšim operativnim posegom (revizije, nekrektomije, poprave deformacij in podobno) z lokalno anestezijo. Manjše amputacije (na stopalu) so bile izvedene v centru, medtem ko so bile večje (pod ali nad kolenom) izvedene na oddelku za ortopedijo. Kombinirana uporaba opisanih terapij je zmanjšala število amputacij pri teh bolniki za 20 % v primerjavi z enakimi primeri pred 10 do 15 leti (Gottrup idr., 2001).

Za vse bolnike z arterijsko boleznijo je priporočljivo zmanjšanje dejavnikov tveganja. To so prenehanje kajenja, zmanjšanje serumskih lipidov ter nadzor hipertenzije in diabetesa, v povezavi z antiagregacijsko terapijo. Specifično zdravljenje arterijskih ulkusov se osredotoča predvsem na popravljanje pretoka arterijske krvi, kar se lahko stori s kirurškim ali farmaceutskim pristopom. V pregledu baze podatkov Cochrane, posodobljeni leta 2020, ni bilo pridobljenih dokazov, da bi lokalni učinki ali obloge lahko vplivali na celjenje arterijskih razjed. Kirurška nekrektomija arterijskih ulkusov ni priporočljiva, saj povzroči še večjo potrebo po kisiku v okoliškem tkivu, kar inducira hipoksijo in potencialno še večjo nekrozo in povečanje področja rane. Pri hujših arterijskih ulkusih se izvaja revaskularizacija, tako endovaskularno kot tudi z odprto operacijo (Abbade idr., 2020). Eden izmed bolj uporabljenih kirurških posegov pri zdravljenju arterijskih ulkusov je angioplastika.

Leta 2014 so Serra in sodelavci pokazali, da bi inhibicija metaloproteinaz lahko predstavljala enega izmed terapevtskih posegov, ki bi zavirali napredovanje ulkusov na nogah, predvsem mešanih venoznih in arterijskih (Marola idr., 2016).

7 Zaključek

Kronične rane predstavljajo vedno bolj pogost problem današnje družbe, predvsem zaradi svojega zahtevnega in mnogokrat neučinkovitega zdravljenja. Kljub obstoju tako standardnih kot tudi mnogih podpornih terapij, je za optimalno zdravljenje kroničnih ran potreben multidisciplinarni pristop. Tako lahko rano sprva ocenijo in nato zdravijo strokovnjaki različnih področij (predvsem dermatologije in raznih vrst kirurgije) in tako bolnikom omogočijo največje možnosti za zacelitev rane.

LITERATURA

1. Abbade, L., Frade, M., Pegas, J. R., Dadalti - Granja, P., Garcia, L.C., Filho, R. B. in Parenti, C. E. (2020). Consensus on the diagnosis and management of chronic leg ulcers - Brazilian Society of Dermatology. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 95, 1–18.
2. Brown - Maher, T. (2009). Multidisciplinary approach to chronic wound care: our 2-year Newfoundland and Labrador experience. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 13 (1), S26–S28. <https://doi.org/10.2310/7750.2009.00006>
3. Businaro, R., Corsi, M., Di Raimo, T., Marasco, S., Laskin, D. L., Salvati, B., Capoano, R., Ricci, S., Siciliano, C., Frati, G. in De Falco, E. (2016). Multidisciplinary approaches to stimulate wound healing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1378 (1), 137–142. <https://doi.org/10.1111/nyas.13158>
4. Frangež, I. (2017) Vpliv fotobiomodulacije s svetlobo emitirajočimi diodami na celjenje kronične rane (Doktorsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
5. Gottrup, F., Holstein, P., Jørgensen, B., Lohmann, M. in Karlsmar, T. (2001). A new concept of a multidisciplinary wound healing center and a national expert function of wound healing. *Archives of surgery (Chicago, Ill., 1960)*, 136 (7), 765–772. <https://doi.org/10.1001/archsurg.136.7.765>

6. Han, G. in Ceilley, R. (2017). Chronic Wound Healing: A Review of Current Management and Treatments. *Advances in therapy*, 34 (3), 599–610. <https://doi.org/10.1007/s12325-017-0478-y>
7. Mahmoudi, M. in Gould, L. (2020). Opportunities and Challenges of the Management of Chronic Wounds: A Multidisciplinary Viewpoint. *Chronic Wound Care Management and Research*, 7, 27–36.
8. Marola, S., Ferrarese, A., Solej, M., Enrico, S., Nano, M. in Martino, V. (2016). Management of venous ulcers: State of the art. *International journal of surgery (London, England)*, 33 (1), S132–S134. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2016.06.015>

Aktivnosti zdravstvene nege pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji

UDK 616.89-027.557

KLJUČNE BESEDE: prisilni ukrepi, duševno zdravje, medicinska sestra, intervencije zdravstvene nege

POVZETEK - Posebni varovalni ukrep v psihiatriji je zahtevna intervencija zdravstvene nege, ki se jo izvede kot ukrep zadnjega izbora. Namen prispevka je opredeliti najpomembnejše aktivnosti zdravstvene nege pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Uporabili smo metodo sistematičnega pregleda literature. Pri iskanju smo uporabili kombinacijo ključnih besed: intervencije zdravstvene nege, posebni varovalni ukrep, psihiatrija ter v angleškem jeziku: nurse intervention, physical restraint, mental hospital. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah COBISS, PubMed, Cinahl in Sage journal. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: literatura, ki ni starejša od 10 let, brezplačna dostopnost člankov, dostopnost člankov v polnem besedilu in jezik besedila v slovenščini ali angleščini. Od skupno 8016 zadetkov smo izbrali 22 člankov, ki smo jih uporabili v razpravi. Glede na vsebino prispevka smo oblikovali dve kategoriji, in sicer: intervencije izvajalcev zdravstvene nege in aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege. Posebni varovalni ukrepi so ukrepi, s katerimi se omeji pravica pacienta do samoodločanja in se uporabi takrat, ko je pacient v stanju, v katerem ni sposoben relevantne odločitve ali je nevaren sebi ali drugim. Pomembno je, da se izvajalci zdravstvene nege redno izobražujejo o deeskalacijskih tehnikah in terapevtski komunikaciji ter iščejo alternative posebnemu varovalnemu ukrepu, kar bi privedlo do manjše uporabe le-tega.

UDC 616.89-027.557

KEY WORDS: coercive measures, mental health, nurse, nursing interventions

ABSTRACT - A special protective measure in psychiatry is a demanding nursing intervention, performed as a last resort. The aim of this paper is to identify the main nursing activities in the application of special protective measures in psychiatry. We used the method of systematic review of the literature. In the search we used a combination of keywords: nursing interventions, special protective measures, psychiatry and in Slovenian: intervencije zdravstvene nege, posebni varovalni ukrep, psihiatrija. The literature was searched in COBISS, PubMed, Cinahl and Sage journal databases. The restrictive search criteria were: literature not older than 10 years, free availability of articles, availability of articles in full text and language of the text in Slovenian or English. Results: from a total of 8016 hits, we selected 22 articles that we used for the discussion. According to the content of this paper, we developed two categories: care provider interventions and care provider activities. We use special protective measures to limit the patient's right to self-determination. They are carried out when the patient's condition is such that they are unable to make a relevant decision or they poses a danger to themselves or others. It is important that nursing providers are regularly trained in de-escalation techniques and therapeutic communication and look for alternatives to a special protective measure, which would lead to less use of this measure.

1 Teoretična izhodišča

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je specialno področje, ki se ukvarja s posameznikom z duševnimi motnjami, z družino ali širšo skupnostjo na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Izvajalci zdravstvene nege na področju psihiatrije morajo imeti veliko znanja z vzpostavljanjem terapevtskega odnosa kot tudi z uporabo deeskalacijskih tehnik z namenom vzpostavitve funkcioniranja pacienta (Čuk, 2010, str. 145).

Delo medicinske sestre v zdravstveni negi na področju psihiatrije temelji na načelih, ki jih narekuje profesionalna etika. Če medicinska sestra pri svojem delu izhaja iz sebe, tako tudi lažje razume pacientovo individualnost in neponovljivost. Ključnega pomena v procesu zdravstvene nege je odnos medicinske sestre do pacienta (Gorše Muhič, 2009, str. 46–47). Skozi proces zdravstvene nege medicinska sestra vodi pacienta, da postane neodvisen pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Pri tem se opira na teorijo zdravstvene nege, predvsem pa na modele Virginie Henderson in Hildegard Peplau. Ob upoštevanju vsega naštetega je zelo pomembno sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege oziroma timsko delo v zdravstvu. Delo je usmerjeno v dobrobit pacienta, ki je najpomembnejši člen zdravstvene nege (Čuček Trifkovič in Pišlar, 2011, str. 15).

Agresivno vedenje pacienta v zdravstveni negi na področju psihiatrije predstavlja urgentno stanje, ki od zdravstvenega osebja zahteva strokovno znanje z izkušnjami ter usklajeno delovanje v smeri zmanjševanja oz. preprečevanja heteroagresivnega vedenja in posledic. Za medicinsko sestro je najpomembnejše zagotavljanje varnosti pacienta, kar pa lahko zagotovi s številnimi intervencijami, terapevtskim pogovorom, aplikacijo predpisane medikamentozne terapije, uporabo deeskalacijskih tehnik komunikacije in nazadnje z uporabo posebnega varovalnega ukrepa, ti. telesnega oviranja s pasovi (Lapanja, 2012, str. 33).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008, 29. člen) določa dva posebna varovalna ukrepa, ki se lahko uporabljata na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic in na varovanih oddelkih socialnovarstvenih ustanov. To sta telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Opredelitev teh ukrepov v zakonu daje še posebno odgovornost izvajalcem zdravstvenega in socialnega varstva, ki morajo pri njihovi uporabi dosledno upoštevati določila zakona in posameznih akreditacijskih standardov kakovosti.

Ker gre pri uporabi posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji za izrazit poseg v pacientovo zasebnost in pravice, je namen prispevka predstaviti pomembnost izvajanja aktivnosti zdravstvene nege pri pacientih, ki jim je bil odrejen posebni varovalni ukrep. Strokovno, varno in kakovostno izvajanje aktivnosti zdravstvene nege v času uporabe posebnega varovalnega ukrepa pri pacientu predstavlja najzahtevnejše intervencije zdravstvene nege na področju psihiatrije, saj so pacienti pri večini temeljnih življenjskih aktivnostih popolnoma odvisni od izvajalcev zdravstvene nege.

2 Metoda

Uporabljena je deskriptivna metoda dela s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature domačih in tujih avtorjev, ki se ukvarjajo s področjem posebnih varovalnih ukrepov in vlogo zdravstvene nege pri uporabi in izvajanju posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Sistematsko smo pregledali in analizirali domačo in tujo, strokovno ter znanstveno literaturo v naslednjih bibliografskih bazah: CINAHL, PubMed, Sage journal in COBISS. Vsi izvlečki izbranih zadetkov so pregledani z namenom izločitve primernih člankov in izborom ustreznih za nadaljnji pregled.

Pri iskanju smo uporabili kombinacijo ključnih besed in besednih zvez v različnem vrstnem redu v slovenskem jeziku: intervencije zdravstvene nege, posebni varovalni ukrep, psihiatrija ter v angleškem jeziku: nurse intervention, physical restraint, mental hospital. Pri iskanju literature smo uporabili Boolov operator AND oziroma IN. Upoštevali smo naslednje vključitvene kriterije: celotna dostopnost besedila, slovenski in angleški jezik, leto objave med 2010 do 2020, ustreznost vsebine virov glede na naš raziskovalni problem ter njihova kakovost.

Pri pregledu literature smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). Literaturo smo izbrali glede na vsebinsko primerne naslove. Temu je sledil pregled in izločitev

tistih člankov, ki niso ustrezali namenu pisanja prispevka. Uporabili smo tudi tehniko kodiranja virov in oblikovanja vsebinskih kategorij.

3 Rezultati

Pri pregledu literature smo na začetku na podlagi strategije iskanja pridobili 8.016 virov. Naslednji korak je bil izključitev 7.847 neustreznih virov, pri čemer je ostalo 169 virov, ki so se skladali z vključitvenimi kriteriji, kot so leto objave, vsebinska ustreznost, angleški jezik in polno besedilo članka. Po analizi izvlečkov smo izključili še 129 virov, ostalo nam je 40 virov, ki smo jih podrobno prebrali in jih izključili še 18. Tako nam je ostalo 22 virov, primernih za končno analizo in uporabo.

V tabeli 1 so navedene kategorije, kode in avtorji raziskav, ki so bile vključene v analizo.

Tabela 1: Razporeditev kod po kategorijah

<i>Kategorija</i>	<i>Kode</i>	<i>Avtorji</i>
Intervencije izvajalcev zdravstvene nege	Spretnosti; nadzor; vodenje; vzvodi za zmanjševanje nasilja; deeskalacijske tehnike; strukturirane smernice; intervencije za preprečevanje; obvladovanje zahtevnih situacij; kompleksen proces odločanja; široko znanje; medprofesionalni simulacijski učni načrt; organizacijski model; funkcionalno izobraževanje; pomanjkanje virov, časa, prostora, izobraževanja, okolja.	Okumot, Miyata, Yoneyama in Kinoshita, 2020; Välimäki idr., 2019; Jalil, Huberg, Sixmith in Dickens, 2017; Rubio - Valera idr., 2016; Okanli, Yilmaz in Kavak, 2016; Hadi, Khosravi, Shariat in Jalali Nadoushan, 2015; Wong, Wing, Weiss in Gang, 2015; Van Wijk, Traut in Julie, 2014; Fereidooni - Moghadam, Masoud, Khoshknab in Pazargadi, 2014; Larue, Piat, Racine, Ménard in Goulet, 2010.
Aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege	Zagotoviti varnost pacienta; pravočasno prepoznavanje; ustrezna začetna ocena; vodenje; izvajanje algoritmov; telesno oviranje; verbalne omejitve; medikamentozna; informiranje; pomoč pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih; pregled in pogovor po končanem posebnem varovalnem ukrepu; kakovost in varnost; medsebojna komunikacija.	Ye idr., 2020; Ye idr., 2019; Bregar, 2019; Salkunić, 2019; Vieta idr., 2017; Pettit idr., 2016; Goulet in Larue, 2015; Ling, Cleverley in Perivolaris, 2015; Gabrovec, 2014; Carlson in Hall1, 2014; Noda idr., 2013; Konito idr., 2010.

Vir: Lastni vir, 2020.

4 Razprava

Najnovejšo raziskavo, ki smo jo uporabili, so izvedli Ye idr. (2020, str. 1–10), kjer so ob naključno nadzorovani študiji ugotavljali pomembnost deeskalacijskih tehnik. V raziskavo so bile vključene 1802 medicinski sestre iz 6 različnih bolnišnic, katere so bile zaposlene tako na zaprtem kot na odprtem oddelku. Raziskava je trajala 6 mesecev. Medicinske sestre so razdelili na dve polovici. Prva polovica je bila deležna osnovnega tečaja za umirjanje pacienta z nasilnim vedenjem. To polovico so poimenovali kontrolna skupina. V drugo polovico so bile zajete medicinske sestre, ki so bile deležne istega izobraževanja kot medicinske sestre iz kontrolne skupine z razliko, da so pri tej skupini dodali še posebno usposabljanje, pri katerem je bil poudarek na deeskalacijskih tehnikah. Povratne informacije so v drugem polletju statistično obdelali. Tukaj so dokumentirali pojavnost nasilnega vedenja, uvedbo posebnih varovalnih ukrepov in izkušnje oziroma pritožbe pacientov. Ugotovili so, da prihaja do statistično pomembnih razlik med kontrolno skupino in skupino z dodatnim izobraževanjem in da je pojavnost nasilnega vedenja, posebnih varovalnih ukrepov in pritožb precej manj pri medicinskih sestrah, ki so imele na voljo dodatno izobraževanje.

V študiji, ki so jo opravili Rubio - Valera idr. (2016, str. 166–176) s 17 intervjuvanci, opisujejo več vrst stanj agitacije. Za vsako stanje agitacije so bili opisani različni prijemi. Pri prvih dveh stanjih je bila potrebna uporaba deeskalacijskih tehnik, pri tretjem pa je bila potrebna uporaba telesnega oviranja s pasovi. Da bi se izognili napredovanju v močno razburjeno stanje, sta se obe skupini strinjali o pomembnosti ustrezne verbalne omejitve za vsa stanja, nato bi sledila medikamentozna terapija in kot zadnji ukrep telesna omejitev s pasovi. V tej študiji je jasno poudarjeno, kako je poleg deeskalacijskih tehnik pomembna kemična omejitev pacienta, kar pomeni, da pacientu apliciramo terapijo per os ali parenteralno in da niso dovolj samo deeskalacijske tehnike kot negovalna intervencija ampak prav tako aplikacija medikamentozne terapije.

Čeprav ima posebni varovalni ukrep veliko negativnih tako psihičnih kot psiholoških učinkov, se ga v veliki meri še vedno uporablja v bolnišnicah, ugotavljajo Okanli in sodelavci (2016, str. 932–937). Pacienta je potrebno informirati o vseh ukrepih in ko pride do samega ukrepa, moramo le-tega primerno izvajati in zagotavljati pomoč pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih. Po vsakem končanem ukrepu je s pacientom potrebno opraviti tudi pogovor glede samega ukrepa. V tej raziskavi lahko povzamemo in posredno ugotavljamo, da je informiranje pacienta o posebnem varovalnem ukrepu ena izmed ključnih aktivnosti pred fizičnim oviranjem, med njim in po njem. V tem primeru na posreden način odgovorimo na naše hipotetično vprašanje o aktivnostih izvajalcev zdravstvene nege pri posebnih varovalnih ukrepih.

Goulet in Larue (2015, str. 120–127) po sistematičnem pregledu 28 člankov ugotavljata, da imata omejitve znotraj enega prostora in telesno omejevanje škodljive telesne in psihične posledice za pacienta in za izvajalce zdravstvenih storitev. Ugotavlja se, da pregled in pogovor po končanem posebnem varovalnem ukrepu izboljša tako izkušnjo pacienta kot tudi zaposlenih, kar pa tudi posledično izboljšuje samo kakovost in varnost. Iz njunega pregleda literature lahko sklenemo, da niso pomembne intervencije samo med izvajanjem posebnega varovalnega ukrepa, ampak tudi po končanem posebnem varovalnem ukrepu.

Ling in sodelavci (2015, str. 386–391) so ugotovili, da je medsebojna komunikacija zelo pomembna. Potrebno je vzpostaviti terapevtski odnos, saj porušen terapevtski odnos in nezaupanje v delo zdravstvenega osebja privede do incidentov, ki bi lahko bili preprečeni. Izguba samostojnosti, ki je odvisna od bolniškega okolja, je bila pomemben vzrok za jezo in stopnjevanje, kar je vodilo do telesnega oviranja. V tem primeru lahko govorimo o medsebojni

komunikaciji kot esencialnem pomenu pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov in jo lahko štejejo kot aktivnost, ki jo izvajalci zdravstvene nege izvajajo.

Carlson in Hall (2014, str. 1–10) sta s kvalitativno študijo preko 21 intervjuvancev ugotovila, da je, ne glede na to, kako dobro mi obvladamo negovalne intervencije in aktivnosti, veliko odvisno od drugih faktorjev. Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije niso vedno pripravljeni preprečiti telesnega omejevanja zaradi številnih ovir, vključno s pomanjkanjem virov, časa, prostora, izobraževanja, okolja in (napačnega) vodenja izvajanja politike. Politika preprečevanja telesnega oviranja je intervencija z visokim učinkom, ki lahko poveča zadovoljstvo pacientov in zaposlenih.

Še eno raziskavo, ki potrjuje pomembnost intervencij in znanja le-teh, so opravili Van Wijk s sodelavci (2014, str. 1–8) s preko 40 intervjuvanci. Z vidika pacientov, ki so sodelovali v raziskavi, so agresivne in nasilne epizode zelo pogoste in so potrebni primeren pristop in primerne intervencije. Intervencije za preprečevanje agresivnega vedenja bi bilo potrebno izvajati konstantno ter jih vključiti tudi v izobraževanje zaposlenih, kar bi posledično tudi zmanjšalo število podobnih incidentov.

Konito in sodelavci (2010, str. 16–23) v študiji ugotavljajo, da v primeru uporabe posebnega varovalnega ukrepa potrebe pacientov še vedno niso zagotovljene. Pri sami uporabi posebnih varovalnih ukrepov se mora v prvi vrsti poskrbeti za vse pacientove potrebe, saj so v celoti odvisni od zdravstvenega osebja. Če povzamemo samo ideologijo študije in rezultatov, pridemo do zaključka, da je pri posebnih varovalnih ukrepih izredno pomembno, da se izvaja ustrezna stopnja pomoči pri vseh življenjskih aktivnostih.

5 Zaključek

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je smer v zdravstvu, ki od zdravstvenega osebja zahteva polno vključenost in delovanje v procesu zdravstvene nege. Zaposleni v zdravstveni negi v psihiatriji imajo pomembno vlogo pri sami oskrbi pacienta. Poleg tega, da sodelujejo v zdravstveni obravnavi, so ravno oni tisti, ki so zagovorniki pacientovih pravic in jim pomagajo pri vseh življenjskih aktivnostih. Pomembno je, da delujejo strokovno, so usposobljeni in imajo razvito veliko mero tolerance in empatije. Prvi stik medicinske sestre s pacientom je ključnega pomena, saj z njim pacient pridobi zaupanje v medicinsko sestro, kar je še posebej pomembno pri terapevtski komunikaciji in gradnji terapevtskih medsebojnih odnosov.

Uporaba posebnih varovalnih ukrepov je kot zadnja izkoriščena možnost pri pacientih, kjer z drugimi, blažjimi ukrepi ne moremo zagotoviti njihove varnosti ali varnosti drugih. Sama uporaba posebnih varovalnih ukrepov je zelo specifična in zahtevna intervencija zdravstvene nege tako za zaposlene v zdravstveni negi kot za pacienta samega. Zavedati se moramo, da je pri posebnem varovalnem ukrepu (telesno oviranje s pasovi), pacient odvisen od izvajalcev zdravstvene nege pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih. To pomeni, da pacienta uvrstimo v četrto kategorijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki zahteva kadrovske normativ en pacient na enega izvajalca zdravstvene nege. Seveda si takšnih standardov lahko le želimo, saj namreč vemo, da v klinični praksi pogosto ni tako. Zato je ključnega pomena, da kontinuirano izvajamo vse preventivne intervencije in aktivnosti, da preprečimo telesno oviranje pacienta s pasovi. Vsa domača in tuja literatura, ki smo jo pregledali, označuje posebni varovalni ukrep kot ukrep, ki bi se ga moralo uporabiti šele takrat, ko so izčrpane vse druge možnosti. Če želimo, da je sama izvedba posebnega varovalnega ukrepa izvedena strokovno in varno, je potrebno zagotoviti tudi zadostno število izvajalcev zdravstvene nege, saj smo skozi pregled literature ugotavljali, da je pomanjkanje zdravstvenega kadra eden večjih problemov.

Z ustreznim sistemskim izobraževanjem zaposlenih bi lahko zmanjšali uporabo posebnih varovalnih ukrepov pri pacientu. Zelo velik poudarek je tudi na uporabi različnih metod, s katerimi lahko umirimo pacienta brez uporabe fizične sile. Mednje spada tudi uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije, ki morajo biti intervencija prvega izbora. Pri pregledu literature smo ugotavljali, da sta komunikacija in uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije glavni aktivnosti pred uporabo posebnih varovalnih ukrepov, med njo in po njej. Pomembno je, da jih zdravstveno osebje konstantno uporablja, saj raziskave kažejo, da je ob uporabi deeskalacijskih tehnik komunikacije manj izvedenih posebnih varovalnih ukrepov in da je tudi manj težav pri vzpostavitvi terapevtskega odnosa z osebjem po prenehanju samega ukrepa. Pomembna je tudi usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege za pravočasno prepoznavanje znakov agresije in izbor ustreznih preventivnih intervencij, ki vodijo v umiritev stanja in posledično v izogib uporabe posebnih varovalnih ukrepov. Veliko število posebnih varovalnih ukrepov bi bilo možno preprečiti z rednim izobraževanjem zaposlenih, kjer bi imeli redna izobraževanja na temo deeskalacijskih tehnik komunikacije in samega prepoznavanja prvih znakov nasilja pri pacientih v akutni fazi duševne motnje. Vloga izvajalcev zdravstvene nege je ključna pri zmanjševanju posebnih varovalnih ukrepov, na predpostavki, da sta terapevtska komunikacija in terapevtski odnos do pacienta na najvišji moralno etični lestvici vrednot slehernega izvajalca zdravstvene nege. Že v času šolanja bi bilo potrebno nameniti večjo pozornost delu s pacienti s težavami v duševnem zdravju in tako pridobivati potrebne kompetence. Potrebno bi bilo izvesti več raziskav iz uporabe posebnih varovalnih ukrepov, kjer bi »skozi oči« pacientov, ki so sami izkusili posebni varovalni ukrep, dobili vpogled v to, kaj so pri tem občutili, kako je ta izkušnja na njih vplivala in kaj bi po njihovem mnenju bil boljši ukrep v takih primerih. S tem bi tudi naredili velik korak k zmanjševanju stigmatizacije psihiatrije tako v strokovni kaj šele v laični javnosti.

Ena izmed idej, ki smo jo zasledili v eni izmed raziskav, so specializacije medicinskih sester na področju zdravstvene nege v psihiatriji. Specializacije so pri nas že obstajale, vendar so bile kasneje ukinjene oziroma nadomeščene z drugimi programi, ki ne dosegajo ustrezne širine in kakovosti. Pri delu s pacienti z duševno motnjo je temeljnega pomena ustrezna izobrazbena struktura izvajalcev zdravstvene nege s poudarkom na teoretičnem in praktičnem znanju iz prepoznavanja in preprečevanja potencialno nevarnih situacij. Ugotovili smo, da so izvajalci zdravstvene nege, ki so opolnomočeni s strokovnim znanjem na eni strani in z izkušnjami na drugi strani, temeljno zagotovilo za varno, kakovostno, profesionalno in visoko etično-moralno izvajanje najzahtevnejših aktivnosti zdravstvene nege v okviru posebnih varovalnih ukrepov.

LITERATURA

1. Carlson, K. in Hall, J. M. (2014). Preventing restraint and seclusion: A multilevel grounded theory analysis. *SAGE open*, 4 (4), 1–12.
2. Čuček Trifkovič, K. in Pišlar, M. (2011). Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. V B. Kores Plesničar (ur.), *Duševno zdravje in zdravstvena nega* (str. 14–16). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Čuk, V. (2010). Uvodnik: Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (3), 145–146. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2764/2696>.
4. Gorše Muhič, M. (2009). Vzpostavljanje terapevtskega odnosa. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik* (str. 40–47). Ljubljana: Rokus Klett.
5. Goulet, M. H. in Larue, C. (2015). Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: A scoping review. *Archives of psychiatric nursing*, 30 (1), 120–128.
6. Konito, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. in Grigori, J. (2010). Patients restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17 (1), 65–76.

7. Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. idr. (2010). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in psychiatric care*, 48 (1), 16–24.
8. Lapanja, A. (2012). Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. V B. Bregar in J. Peterka Novak (ur.), *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo* (str. 33–38). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
9. Ling, S., Cleverley, K. in Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: A qualitative analysis. *The Canadian journal of psychiatry*, 60 (9), 386–392.
10. Okanli, A., Yilmaz, E. in Kavak, F. (2016). Patients perspectives on and nurses attitudes toward the use of restraint/seclusion in a Turkish population. *International journal of caring sciences*, 9 (3), 932–938.
11. Rubio - Valera, M., Huerta Ramos, E., Baladon, L., Aznar Lou, I., Ortiz Moreno, J. M., Luciano, J. V. idr. (2016). Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. *Actas espanolas de psiquiatria*, 44 (5), 166–177.
12. Van Wijk, E., Traut, A. in Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37 (1).
13. Ye, J., Xiao, A., Wang, C., Xia, Z., Yu, L., Li, S. idr. (2020). Evaluating the effectiveness of a CRSCE-based de-escalation training program among psychiatric nurses: a study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC health services research*, 20 (642), 1–10.
14. Zakon o duševnem zdravju. (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US (28. 07. 2008). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>.

Stres na delovnem mestu

UDK 159.944:331.442

KLJUČNE BESEDE: stres, pozitiven stres, negativen stres, stresorji ne delovnem mestu

POVZETEK - Na delovnem mestu se od delavca pričakuje vedno več, delavnega kadra pa je vedno manj. Stres pusti različne posledice tako na duševnem stanju posameznika kot na telesnem. Stres je nekaj vsakdanjega in je v našem življenju konstantno prisoten. Stresni odziv je normalen in nam pomaga tudi pri soočanju v različni situacijah, od nas pa je odvisno, kako se bomo na stres odzvali. Namen prispevka je ugotoviti, kateri so najpogostejši povzročitelji stresa na delovnem mestu, ki privedejo delavca do osebnega zdravnika. S pomočjo pregleda literature bomo opredelili najpogostejše stresorje med zdravstvenimi delavci in načine, s katerimi preprečimo negativne vplive stresa na delovnem mestu. V tem kontekstu je pomembna vloga delodajalca, da delavcu omogoči optimalne delovne razmere.

UDC 159.944:331.442

KEYWORDS: Stress, positive stress, negative stress, stressors in the workplace

ABSTRACT - At the workplace, more and more workers are expected, and there is lack of employees in health care. Stress can leave different consequences on both the mental and the physical health of the individual. Stress is normal and is constantly present in our lives and also helps us to cope in different situations, it only depends on the individual how he will react to stress. The purpose of this paper is to determine what are the most common causes of stress in the workplace that affect health of an individual. Based on literature review, we will identify the most common stressors among healthcare professionals as well as preventive measures that can be implemented in the workplace to help the worker cope with the side effects of stress. The role of the employer is very important in the context of providing the optimal working environment for the employee.

1 Uvod

Sodobni časi prinašajo s seboj tudi nove bolezni. Ena izmed sodobnih bolezni je tudi stres. Stres je način odziva organizma na vsako življenjsko spremembo. Stres je torej koristen saj nam v življenju pomaga živite v okolju, ki se nenehno spreminja (Newhouse, 2000).

Obravnavanje stresa na delovnem mestu je prisotno že dlje časa in se nanaša na vse skupine zaposlenih (»od čistilke do direktorja«). Delovno okolje in delovno mesto se nenehno spreminja in s tem povzroča dejavnike stresa, ki jih je potrebno spremljati in se jim prilagajati. Lastniki oz. delničarji v preteklosti niso namenjali veliko pozornosti dobremu počutju sodelavcev v delovnem okolju. Družbena in gospodarska zgodovina nam pokaže, da je bilo potrebno veliko časa, da se je razvilo delovno razmerje, kjer je »blaginja službe« prepoznana kot pristojnost in odgovornost lastnikov organizacije. Z gospodarskim razvojem in večjimi možnostmi za delo in napredovanje, so dejavniki stresa postali neizogiben spremljevalec našega življenja, ki se z leti povečujejo in s seboj prinašajo fizične, fizikalne, kemijsko-biološke, organizacijske in psihosocialne težave, ki vodijo v poškodbe ter zdravstvene okvare. Pretirani pritiski na delovnem mestu ne ogrožajo le zdravja zaposlenih sodelavcev, ampak vplivajo tudi na »zdravje« organizacije oz. njeno uspešnost. Odsotni ali bolni zaposleni ne morejo prinašati maksimalne dodane vrednosti organizaciji, zato zmanjšujejo njeno produktivnost in konkurenčnost (Puntar in Markič, 2020).

Namen prispevka je ugotoviti kateri so najpogostejši znaki stres na delovnem mestu, ki privedejo delavca do osebnega zdravnika. S pomočjo pregleda literature bomo opredelili najpogostejše stresorje med zdravstvenimi delavci. Kako preprečiti negativen stres na delovnem mestu, ki pripomore delavcu pri spopadanju z neželenimi učinki stresa. Prav tako je pomembna vloga delodajalca, da delavcu ugoti optimalno delovno okolje.

2 Stres

Stres se je uveljavil v sodobnem besednjaku tako kot hitra prehrana, rahle medosebne vezi in programska oprema. To besedo priložnostno uporabljamo za opis široke palete neprijetnosti in bolečin zaradi hitrega ritma delovnega in zasebnega življenja. Stres kot del diskurza o zdravju in bolezni poznamo že najmanj šesto let. Černigoj Sadar navaja, da pojem stres najdemo že v 14 stoletju za oznake stiske, težave ali nezaželenosti. V sredini dvajsetega stoletja so raziskovalci opredelili stres kot odgovor na notranje in zunanje procese, ki dosegajo prazne nivoje in s tem ogrožajo fizične in psihološke integrativne kapacitete do ali nad njihovimi mejami (Černigoj Sadar, 2002).

Stres je neskladje med dojemanjem zahtev na eni strani in dojemanjem sposobnosti za obvladovanje teh zahtev na drugi strani. Razmerje med enim in drugim vpliva na to, ali bo stres škodljiv ali prijazen. Stres je torej lahko tudi prijazen, kar govori v prid znanemu dejstvu, da nas neka primerna količina anksioznosti (ki je posledica sproščanja noradrenalina) opremi z radostjo do reševanja težav. Ko torej govorimo o stresu, govorimo v bistvu o stresni reakciji. To so različni telesni in duševni odzivi na zahteve iz okolja, s katerimi se bolj ali manj neprestano soočamo. Te zahteve so večinoma nadomestile tisto nevarnost, s katero se je srečeval preprosti človek v davnini. Čeprav nimamo opraviti z neposredno nevarnostjo (razen pri hudih travmah), pa so tudi te zahteve v bistvu ne-varne pa čeravno ogrožajo »le« naša čustva in naše samospoštovanje (Ziherl, 2021).

Stresna reakcija neprestano in vsak dan poteka v mejah normalnega območja, znotraj katerega v dobršni meri obvladujemo stres. Kadar pa nastopijo bodisi nepredvidene, neznane ali pa pretirane zahteve, obremenitve, izzivi, se sproži stresni odziv v večji meri (ta naj pripravi telo, da se s temi novimi razmerami spopade). Večina teh zahtev je čustvene narave. Ker niso neposredno in trenutno ogrožajoče za človekovo življenje in obstoj, se telo nanje ne odziva s ti.im. alarmno reakcijo oziroma s preplahom, marveč bolj z dolgotrajnim stresom-to je neprestan, škodljiv stresni odziv, ki pa ravno zato deluje na dolgi rok razdiralno (Ziherl, 2021).

3 Znaki stresa

Podjed (2013) navaja, da se simptomi stresa berejo kot medicinska enciklopedija. Razlikujejo se od osebe do osebe. Kažejo se lahko na štirih nivojih našega bivanja:

Kognitivni simptomi in znaki

- težave s spominom
- nesposobnost koncentracije
- slaba presoja
- vidimo samo negativno
- tesnobne ali preveč misli
- stalna zaskrbljenost

Fizični simptomi in znaki

- bolečine

- zaprtost ali diareja
- omotičnost
- izguba interesa za spolnost
- pogosti prehladi
- hiter srčni utrip

Čustveni simptomi in znaki

- nihanja razpoloženja
- razdražljivost
- nezmožnost sprostiti se
- občutek preobremenjenosti
- občutek osamljenosti
- depresija ali splošna nesrečnost

Vedenjski simptomi in znaki

- motnje hranjenja
- motnje spanja
- samoosamitev
- odlašanje, zanemarjanje obveznosti
- zloraba alkohola, drog
- nervozne navade

4 Stres na delovnem mestu zdravstvenih delavcev

Puntar in Markič (2020) navajata da je obravnavanje stresa na delovnem mestu prisotno že dlje časa in se nanaša na vse skupine zaposlenih (»od čistilke do direktorja«). Delovno okolje in delovno mesto se nenehno spreminja in s tem povzroča dejavnike stresa, ki jih je potrebno spremljati in se jim prilagajati.

Stres se najlažje razume kot niz reakcij, ki se pokažejo v čustvovanju in vedenju posameznika. Reakcije so posledica dejavnikov, ki zahtevajo spremembe in prilagoditve posameznika, ki jih lahko interpretira kot stresne (Tušak in Blatnik, 2017).

Zaradi zahtevnega in odgovornega dela so zdravstveni delavcu še bolj izpostavljeni stresu. Najpogostejši vzrok stresa v zdravniškem poklicu je predvsem skrb za pacienta, konflikti v timu, strokovna negotovost in vedno večje zahteve javnosti. Slovenske zdravnice na delovnem mestu v največji meri obremenjuje natrpan urnik, splošne zdravnice obremenjuje zahtevnost pacientov, psihiatre pa odnos s kolegi. Medicinskim sestram pa največji stres predstavlja delo z zelo bolnimi pacienti in tudi njihovimi svojci, nemotiviranimi pacienti in pogosto soočanje s smrtjo. Velik stres medicinskim sestram predstavlja tudi pomanjkanje podpore nadrejenih (Jeriček, Gorenc in Dernovšek, 2006).

Slak (2016) navaja, da se stres in posledično tudi izgorelost pri medicinskih sestrah na delovnem mestu najpogosteje pojavlja zaradi: delovne obremenitve in hitrosti dela, delovnih razmer, dela v več izmenskem urniku, konfliktov, diskriminacije, neustreznega nagrajevanja, nevarnosti v delovnem okolju, nezadostne razmejitev del in zaradi čustvene in fizične vzdržljivosti. Negativni stres se na delovnem mestu kaže kot povečana odsotnost delavcev z dela, zmanjšana produktivnost, izgorelost zaposlenih, nezgode na delovnem mestu in upad ustvarjalnosti in motiviranosti. Samo delovno mesto in njegovo delovno okolje pomembno vplivajo na zdravje zaposlenih (Temeljotov Salaj, Pungartnik in Snežič, 2012).

5 Stresorji na delovnem mestu

Izvor stresa je stresor, to je oseba, dogodek, stvar ali situacija, ki jo vsak posameznik doživlja kot stresno. Stresorji so lahko zunanji ali notranji (Prah, 2015). Med zunanje stresorje sodijo vzroki na katere posameznik nima nobenega vpliva (Božič, 2003). Med zunanje stresorje spadajo hrup, gneča, nasilje, prepir, težave v odnosu, ločitev, preobremenjenost, izguba službe, selitev, javni nastopi, rojstvo, smrt ali osamljenost. Med notranje stresorje pa uvrščamo hormonska neskladja, bolezni, skrbi, jezo, razočaranje in nezadovoljstvo (Prah, 2015).

Dejavniki stresa niso za vse enaki in enako rešljivi oziroma težki. Določajo jih predvsem posameznikova osebnost, izkušnje posameznika, koliko ima oseba energije, okoliščine v katerih se pojavijo in širše ter ožje okolje v katerem oseba živi. Od tega na kakšen način se pojavljajo dejavniki stresa je pomembna tudi življenjska naravnost posameznika in njegova kakovost medsebojnih odnosov z ljudmi. Torej za nekoga bo določen dogodek predstavljal stresor v njegovem življenju za drugega pa bo to nova priložnost oziroma dodatna vzpodbuda. Razmerje med lastnimi zahtevami in zahtevami okolja ter sposobnost reševanja nam pove ali bo stres na nas vplival negativno (škodljivo, uničevalno) ali pa bomo stres obvladali in nas bo pozitivno spodbudil (Jeriček, Gorenc in Dernovšek, 2006).

Simptomi in znaki stresa s kot reakcija pojavijo v nekaj minutah po stresnem dogodku in lahko trajajo nekaj ur do nekaj dni. Pri osebi se opazi stanje zbežanosti, njihova pozornost je zmanjšana, oseba je lahko zmedena. Pri vsem tem gre predvsem za vzdraženost živčnega sistema, ki telo osebe pripravlja na boj/beg (Jeriček, Gorenc in Dernovšek, 2006).

Delovni stres je definiran kot emocionalno stanje, ki je rezultat razlike med zahtevami in sposobnostmi posameznika glede na prenašanje stresa. Stresna situacija lahko postane negativna izkušnja z emocionalnega vidika in jo lahko povemo z neprijetnimi stanji animoznosti, napetosti, depresije in podobnega. Osnovna predpostavka je, da raven prilagojenosti okolju oziroma ujemanje med zahtevami okolja in posameznikovimi lastnosti neposredno vpliva na raven zadovoljstva in učinke pri delu (Bilban, 2014).

Stres pri delu je mogoče opisati z več dejavniki (Bilban, 2014):

Delovni položaj je med najpomembnejšimi povzročitelji stres pri delu. Neredko je povezan s prenasičenostjo z delom, ta je prisotna pri delu ob tekočih trakovih in pri nekaterih delih s stroji. Posebej izpostavljena so vodilna delovna mesta-managerji pogosto delajo dlje, veliko telefonirajo, sprejemajo številne obske in se udeležujejo številnih sestankov. Navadno tudi nadpovprečno veliko kadijo in pijejo alkohol, zato se pri njih pogoste koronarne bolezni. Preobremenjenost oziroma prenasičenost z delovnimi nalogami vpliva na krvni tlak in raven holesterola v krvi.

Pomankanje kontrole: zaposleni, ki opravljajo dela, ki ne dopuščajo avtonomije, svobodnega odločanja in časovne razporeditve ter ne vključujejo soodločanja, imajo pogosto povišan krvni tlak, to pa je dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja. Nove tehnologije pa žal zahtevajo ogromno tovrstnih opravil.

Ponavljajoča se opravila: zanje je značilna tako prenasičenost kot pomankanje kontrole. Z avtomatizacijo se je tovrstno delo precej zmanjšalo, še zmeraj pa je ponekod prisotno in stresogeno.

Odgovornost za druge: dokazano je slabše zdravstveno stanje managerjev v primerjavi z drugimi visoko usposobljenimi strokovnjaki, katerih delo ne vključuje tolikšne odgovornosti za druge. Ta je pomembno povezana s kajenjem, povišanim krvnim tlakom in visoko stopnjo holesterola v krvi. Povzroča številne dodatne napetosti, skrbi in včasih tudi težavne medsebojne

odnose. Občutek odgovornosti za druge lahko zavira uspešnost obvladovanja stresa in odločanje.

Konfliktnost vlog se pojavi, kadar človek pod pritiskom tako nadrejenih kot podrejenih, sodelavcev in strank. Takšno stanje povzroča povišanje krvnega pritiska in potrjeno vpliva na število pritožb o somatskih težavah.

Nevarnost: nekateri poklici so lahko zelo nevarni. To vpliva na povišanje adrenalina, srčni utrip in krvni tlak. Če je takšno stanje dolgotrajno, se lahko razvije bolezen. Sicer drži, da se za takšne poklice odločajo ljudje, ki sta jim nevarnost in napetost všeč in se ne bojijo. V vsakem primeru pa je daljša izpostavljenost nevarnosti, recimo med vojno, škodljiva.

Stresorji v okolju: vročina, onesnaženost zraka, hrup, prah in podobno so v nekaterih primerih in pogojih dela izrazito patogeni dejavniki in povzročajo številne, tudi težje bolezni.

6 Posledice stresa

Stres posamezniku povzroči veliko zdravstvenih težav. Povzroči telesne, psihične zdravstvene težave in je povezan z duševnim zdravjem posameznika (Middleton, 2014). Stres vpliva na celoten telesni sistem. Poleg tega, da je povzročitelj različnih bolezni je lahko tudi vzrok za poslabšanje nekaterih bolezni in motenj posameznika. Pogosto pa je stres povezan tudi s samomori in nesrečami (Elkin, 2014). Stres najpogosteje prizadene tiste organe, ki so pri posamezniku že oslabljeni (Blatnik in Tušak, 2017).

Elkin (2014) navaja, da različni raziskovalci ocenjujejo, da je od 75 do 90 % obiskov osebnega zdravnika povezanih s stresom. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (2018) je izvedla raziskavo javnega mnenja, kjer je več kot polovica anketiranih menila, da je stres na delovnem mestu pogost pojav. Najpogostejši vzroki katere so navedli so bili: negotova zaposlitev, reorganizacija dela, dolg delovni čas, prezahtevno delo in nadlegovanje ali nasilje na delovnem mestu.

7 Preprečevanje stresa

Načinov za spopadanje s stresom je veliko. Način kakšnega bo posameznik izbral pa je odvisen od njegove sposobnosti, od psihične in fizične pripravljenost na soočanje s težavami in od njegovih preteklih izkušenj z reševanjem težav (Prah, 2015). Starc (2008) navaja, da je stres ena izmed večjih zdravstvenih težav 21. stoletja. Neposredno stresa ne zdravimo, saj zdravila ne obstajajo, zdravimo pa bolezni, ki nastanejo kot posledica stresa. S stresom se mora posameznik soočiti, spopasti, ga poskušati obvladati, nadzorovati ter stresne dejavnike izkoristiti sebi v prid. Ta pravilen spopad s stresom pa posameznik potrebuje znanje, izkušnje, informacije in treninge obvladovanja stresa.

Ukrepi za preprečevanje neželenih učinkov stresa v delovnem okolju se delijo na primarne, sekundarne in terciarne (Gorenc in Pantar, 2020):

- primarni ukrepi so proaktivni in preventivno usmerjeni, osredotočeni na preprečevanje neželenih pojavov (uporaba v sistemskih pristopih v organizacijah),
- sekundarni ukrepi se ukvarjajo z odpravo dejavnikov tveganja za nastanek stresa pri posameznikih ali skupini,
- terciarni ukrepi se osredotočajo na posameznike ali skupine, ki se soočajo s stiskami ki so posledica dolgotrajnih negativnih učinkov delovanja stresa.

8 Razprava

Stres, ki se kaže na delovnem mestu na posameznika lahko vpliva negativno. Seveda je to odvisno od delavca kako sprejema zunanje dražljaje, ki na delavca vplivajo negativno, ter na njegovo čustveno zaznavanje le teh. Vedeti moramo, da stres delimo na pozitiven stres ter negativen. Raziskave kažejo, da je najpogostejši znan stres na delovnem mestu negativen. Tako potrjujejo tudi podatki, da je od 75 do 90 % obiska pri zdravniku zaradi stresa oz. posledic stresa, ki se že kažejo na zdravstvenih okvarah posameznika. Medicinske sestre so tiste, ki spadajo med bolj obremenjene delavce. Negativen stres, ki vpliva na medicinske sestre, se kaže z izmenskimi deli, z nevdržnimi razmerami, pomankanje kadra, konflikti v timu, nevarnosti v delovnem okolju in neprimerno nagrajevanje, itd. Zato je zelo pomembno, kako se delavec sooči s stresom in njegovimi posledicami. Najbolje je, da delavec dela na lastni preventivi tako psihološkega ter fizičnega stanja. Še posebej medicinske sestre so tiste, ki so najbolj seznanjene z preventivnimi ukrepi proti negativnemu stresu, ter njegovimi posledicami.

9 Zaključek

Stres je odgovor organizma na vse, kar ogroža njegovo biološko, psihološko in socialno integriteto. Ni odločilno tisto, kar ga povzroča, temveč človekov odziv na stresor. Dovzetnost za stres je pomembno odvisna tudi od posameznikovih osebnostnih lastnosti in sposobnosti (Bilban, 2014).

Investicije v zdravstvo in zdravje ljudi se namreč pozitivno izražajo v ekonomiji celotnih držav, investicije v zdravje zaposlenih pa zmanjšajo stroške posameznih podjetij na dolgi rok, saj so bolj zdrava delovna mesta navadno tudi bolj produktivna. Čeprav je za nekatera podjetja zmanjševanje sredstev za varnost in zdravje zaposlenih še tako mikavno, si tega ne moremo in ne smemo privoščiti. Posledice bi bile najprej vidne v večjem številu nesreč in poškodb na delovnem mestu ter v naraščanju števila obolelih za boleznimi, povezanimi z delom. Dolgoročno pa bi se izrazile na povečanju izgub takih podjetij, saj bi bila manj konkurenčna. Če želimo gospodarsko krizo čim prej končati in jo zapustiti kot zmagovalci, potem se na področju varnosti in zdravja zaposlenih ne sme varčevati (Temeljotov Salaj, Pungartnik in Snežič, 2012).

LITERATURA

1. Bilban, M. (2014). Kako prepoznati stres v delovnem okolju. V J. Pagon Stenberger (ur.), *Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih* (str. 14–25). Ljubljana: Glotta Nova, Center za novo znanje, d.o.o.
2. Božič, M. (2003). *Stres pri delu*. Ljubljana: GV Izobraževanje.
3. Černigoj Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. *Teorija in praksa*, 39 (1), 81–102.
4. Dernovšek, M. Z., Gorenc, M., Jeriček, H. in Tavčar, R. (2007). Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
5. Elkin, A. (2014). *Obvladovanje stresa za telebane*. Ljubljana: Pasadena.
6. Gorenc, B. in Pantar, S. E. (2020). Vzroki, znanja, posledice ter obvladovanje stresa na delovnem mestu. *Izivi prihodnosti*, 5 (1), 36–64.
7. Jeriček, H., Gorenc, M. in Dernovšek, M. *Izgorevanje*. Pridobljeno s: <https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izgorevanje.pdf>.
8. Middleton, K. (2014). *Stres: Kako se ga znebimo*. Ljubljana: Mladinska knjiga
9. Newhouse, P. (2000). *Življenje brez stresa*. Ljubljana: Tomark.
10. Podjed, K. (2013). Kako prepoznati svoj stres. *Didakta*, 22 (162), 45–46.

11. Prah, S. (2015). Predihajmo stres: priročnik za sproščanje. Novo mesto: Psihoterapevtsko društvo Izbira.
12. Puntar, A. in Markič, M. (2020). Stres na delovnem mestu slovenskega menedžerja. *Revija za univerzalno odličnost*, 9 (3), 225–238.
13. Slak, J. (2016). Viri podpore za osebje pri delu z bolniki in svojci v paliativni oskrbi. V A. Simončič (ur.), *Komuniciranje v paliativni oskrbi* (str. 40–43). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
14. Starc, R. (2008). *Bolezni zaradi stresa II*. Ljubljana: Sirius AP.
15. Temeljotov Salaj, A., Pungartnik, M. in Snežič, K. (2012). Stres, izgorelost in mobing na delovnem mestu. *Socialna pedagogika*, 16 (1), 71–89.
16. Tušak, M. in Blatnik, P. (2017). *Živeti s stresom: tehnike samopomoči*. Maribor: Poslovna založba MB, založništvo d. o. o.
17. Zihel, S. Stresne motnje in obvladovanje stresa. Pridobljeno s <https://www.pb-begunje.si/gradiva/Zihel1351439582197.pdf>.

Spanje, motnje spanja in njihova obravnava

UDK 613.79+614.253.8

KLJUČNE BESEDE: spanje, motnje spanja, higiena spanja, medicinska sestra

POVZETEK - Potreba po zadostnem spanju je ena izmed fizioloških funkcij, ki jih organizem potrebuje za preživetje. Kakovostni spanec je nenadomestljiv pogoj za zdravo telesno in duševno delovanje. Zato je pomembna higiena spanja, ki je vezana na vsakega posameznika. Pri zdravljenju nespečnosti ima pomembno vlogo poleg kliničnega psihologa tudi kompetentna medicinska sestra, ki pri promociji o motnjah spanja aktivno sodeluje, saj se s sodobnim načinom življenja večajo težave z nespečnostjo in s tem kronične bolezni, ki nastanejo kot posledica nespečnosti. Namen prispevka je opredeliti vlogo medicinske sestre in intervencije za paciente, ki imajo težave z nespečnostjo. Naloga medicinske sestre je predvsem ugotavljanje nespečnosti pacientov, poznavanje in izvajanje nefarmakoloških pristopov k zmanjšanju nespečnosti pacientov. Prav tako sta pomembni njena vloga pri izobraževanju pacientov o spalni higieni in motivacija, da nove spalne navade sprejmejo in izvajajo. Medicinske sestre morajo imeti dovolj znanja in spretnosti, da lahko uspešno pomagajo pacientom, ki imajo težave z nespečnostjo.

UDC 613.79+614.253.8

KEYWORDS: sleep, sleep disorders, sleep hygiene, nurse

ABSTRACT - The need for adequate sleep is one of the physiological functions the body needs to survive. Quality sleep is an irreplaceable requirement for healthy physical and mental functioning. Therefore, sleep hygiene tailored to each individual is important. In addition to the clinical psychologist, a competent nurse also plays an important role in the treatment of insomnia. He/She actively participates in the promotion of sleep disorders, as the modern lifestyle increases the problems of insomnia and consequently chronic diseases due to insomnia. The aim of this paper is to define the nurse's role and intervention in patients with insomnia problems. The nurse's role is primarily to identify patients' insomnia and to be aware of and implement non-pharmacological approaches to reduce insomnia in patients. Their role in educating patients about sleep hygiene and motivating them to adopt and implement new sleep habits is also important. Nurses must have sufficient knowledge and skills to successfully help patients suffering from insomnia.

1 Uvod

Za opredelitev pojma spanca smo uporabili definicijo, ki opisuje spanec kot »stanje telesnega in duševnega počitka s popolnim ali delnim zmanjšanjem zavesti« (Slovar slovenskega knjižnega jezika [SSKJ], 2014). Vendar je spanec veliko več kot le počitek. Vsako živo bitje na našem planetu, ki pripada rastlinskemu ali živalskemu svetu, pozna obdobja budnosti in obdobja spanja, s katerimi se vklaplja v naravni cikel kozmusa in življenja (Mathieu, 1999).

Potreba po zadostnem spanju je ena izmed fizioloških funkcij, ki jih organizem potrebuje za preživetje. Spanec je aktivni proces, v katerem potekajo nepogrešljive obnovitvene funkcije, delitev celic, sinteza noradrenalina in serotonina, imunski procesi, termoregulacija in izločanje hormonov (Dolenc Grošelj, 2010).

Spanje in budnost usmerjajo znanilci časa. Taki znanilci časa so naši obroki, delovni čas, svetloba, temperatura, sonce in tema (Maier, 2006). Z razvojem družbe in s tem širjenjem njenih potreb pa je potreba po spanju mnogokrat nezadovoljena (Černigoj Sadar, 2002). Na žalost

približno vsak peti odrasli ne zadovolji potrebi po dovolj spanja in ima težave s pomanjkanjem spanja (AASM, 2010, v Straub, str. 250). Pomanjkanje spanja lahko vodi do manjše produktivnosti pri delu, poškodb pri delu ter napak, povezanih s slabšo koncentracijo in spominom (Černigoj Sadar, 2002). Pomembna sta celostna podpora in poučevanje pacientov, ki predstavljata temeljni vidik zdravstvene nege (Kurtz in Schmidt, 2016).

2 Spanje

Somnologija je medicinska veda o spanju in motnjah spanja (Zgonc, 2009).

Dolenc Grošelj (2009) navaja, da je spanje temeljna fiziološka potreba organizma, ki omogoča nemoteno delovanje življenjskih procesov, vpliva na delovanje in rast celic, na izločanje hormonov in snovi, ki so pomembne za delovanje imunskega sistema, kar spremeni oziroma izboljša telesno odpornost. Pomanjkanje spanja zmanjšuje sposobnost koncentracije in pomnjenja. Spanec nas tudi telesno in duševno krepi.

2.1 Normalna struktura spanja

Za doseg normalne strukture spanja potrebujemo dve stopnji spanja: spanje s hitrim gibanjem očesnih zrkel – ang. rapid eye movement (REM) in spanje s počasnim gibanjem očesnih zrkel – ang. non-rapid eye movement (NREM), ki se ciklično izmenjujeta. Ta 24-urni cikel nadzoruje kombinacija dveh notranjih vplivov: homeostaze spanja in cirkadianih ritmov (Carskadon in Dement, 2011).

Homeostaza spanja je proces, s katerim telo vzdržuje ravnovesje endogenih pogojev, kot so krvni tlak, telesna temperatura in kislinsko-bazično ravnovesje. V trenutku, ko se zbudimo, se začne nabirati homeostatična težnja po spanju, ki doseže svoj vrh pozno zvečer. Dokler smo budni, krvna raven adenzina ne prestopi naraščajočo potrebo po spanju (Kocuvan idr., 2006).

Cirkadiani ritmi so nekateri biološki pojavi povezani z menjavo dneva in noči in imajo periodo približno enako dolžini dneva. Poleg menjave budnosti in spanja se spreminjajo še telesna temperatura, srčna frekvenca in arterijski tlak, ki imajo višje vrednosti, ko je človek buden, nižje pa, ko človek spi (Kocuvan idr., 2006). Cirkadiano ritmiko z značilnim dnevnim nihanjem kažejo tudi mnogi hormoni, odvajanje presnovnih produktov, pojavljanje lakote, lokomotorna dejavnost in pripravljenost za delo pri ljudeh. Ti ritmi so med seboj povezani tako, da sprememba enega moteče vpliva na druge ritme (Starc, 1996, str. 44). Svetloba in tema sta zunanja znaka, ki uravnavata biološko uro in nam pomagata določiti, kdaj čutimo potrebo po tem, da se zbudimo oziroma da zaspimo (Kocuvan idr., 2006). Dnevna svetloba in drugi znaki iz okolja lahko ponastavijo naš cirkadiani ritem, ko potujemo v različne časovne pasove, temu pravimo »merilci časa«. Proti jutru začne naša telesna temperatura naraščati, vrhunec doseže preko dneva, zvečer pa se začne zmanjševati. Ob vrhuncu cirkadianega ritma sta naše razmišljanje in spomin na vrhuncu. In ravno zaradi tega so se ljudje, ki potujejo na sestanke naučili, da pridejo na cilj dan ali dva pred pomembnim srečanjem, ker mora biti njihovo razmišljanje ostro in na vrhuncu. S prihodom prej, dajo možnost merilcem časa, da ponastavijo notranjo biološko uro (Straub, 2014).

Melatonin – označevalec cirkadianih ritmov - je naravni hormon, ki pri ljudeh in živalih predstavlja ključ ciklusa spanja in budnosti. V telesu nastaja melatonin v epifizi v možganih, ko se stemni (Pregelj, 2010). Ko očesna mrežnica zazna zmanjšanje svetlobe, začne raven melatonina naraščati in običajno doseže svoj vrh sredi noči. Zjutraj, ko se raven melatonina zmanjša, se spanje konča in začne se budnost (Starc, 1996). Nastajanje melatonina uravnava aktivnost encima serotoninske N-acetil transferaze. Aktivnost tega encima pa se spreminja

cirkadiano in se ponoči poveča od 30 do 70 krat (Pregelj, 2010). Povečanje pogostosti s starostjo povezanih motenj spanja odraža nižanje ravni melatonina, do katerega prihaja med staranjem. Starost pogosto spremeni cirkadialni ritem. V adolescenci bomo verjetno »nočne sove«, ki zvečer pridobijo na kognitivni zmogljivosti, po 20. letu se iz »sov« spreminjamo v jutranje »škrjance« ter občutimo kako se nam energija preko dneva zmanjšuje (Straub, 2014).

2.2 Faze spanja

Dolenc Grošelj (2003) navaja, da »objektivno spanje preučujemo s poligrafsko metodo, pri kateri je za določanje posameznih faz spanja treba hkrati zapisovati več bioloških aktivnosti«:

- zaznavanje možganske aktivnosti (elektroencefalogram – EEG),
- detekcijo očesnih gibov (elektrookulogram – EOG),
- zaznavanje električne aktivnosti mišic brade (elektromiogram – EMG).

Poligrafija pri specifičnem preiskovancu se imenuje polisomnografija

Za NREM spanje je značilno zmanjšanje fiziološke dejavnosti. Ko se spanje pogloblja, se možganski valovi, ki jih izmerimo z EEG, upočasnijo in imajo vedno večjo amplitudo, upočasnita se tudi dihanje in srčni utrip, krvni tlak pa se zniža (Esherick, 2008).

Faza NREM obsega štiri stopnje:

- *1. stopnja - zelo plitvo spanje:* je čas dremavosti oziroma prehoda iz budnosti v spanje (Dolenc Grošelj, 2003). Možganski valovi in mišična dejavnost se začnejo med to stopnjo upočasnjevati, ljudje občutijo v tej fazi nenadne mišične zgage, ki sledijo občutku padanja (Esherick, 2008). Kot prvi znak uspavanja se pogosto pokažejo počasni gibi zrkel. V EMG je mišični tonus nižji kot med budnostjo (Dolenc Grošelj, 2003).
- *2. stopnja - plitvo spanje:* je obdobje rahlega spanca, med katerim se očesno gibanje ustavi. EMG pokaže nizek mišični tonus (Dolenc Grošelj, 2003). Možganski valovi se upočasnijo, prihaja pa do občasnih izbruhov hitrega valovanja, imenovanih spalni vrtinci, ki se jim pridružijo spontana obdobja izmeničnega napenjanja in sproščanja mišic. Srčni utrip se upočasnjuje in telesna temperatura se zniža (Esherick, 2008).
- *3. stopnja - globlje spanje.*
- *4. stopnja - zelo globoko, okrepčilno spanje:* možganska aktivnost zelo upočasnjena. Pojavljajo se počasni možganski valovi, imenovani valovi delta. Krvni tlak pade, dihanje se upočasnjuje in telesna temperatura se spusti še nižje, telo je negibno. Spanje je globlje, očesnega gibanja ni, mišična dejavnost pa je zmanjšana, čeprav je mišična sposobnost delovanja ohranjena. Med fazo s počasnimi valovi se je izredno težko prebuditi (Dolenc Grošelj, 2003).

REM spanje predstavlja dejavno obdobje spanja, ki ga označuje intenzivna možganska aktivnost z različnimi možganskimi valovi. V EOG so navzoči hitri gibi zrkel (Dolenc Grošelj, 2003). Mathieu (2002) navaja, da dihanje postane hitrejše, nepravilno in plitko; oči se hitro premikajo v različne smeri, mišice okončin pa so začasno ohromljene. Srčni utrip se pospeši, krvni tlak naraste. To je tudi obdobje, v katerem se pojavlja največ sanj in prav tako faza REM vpliva na naše razpoloženje. Gre za fazo najglobljega spanca, med katero se izloča noradrenalin, poteka dejavnost sanj in prihaja do pomembnih nevrovegetativnih sprememb, kot so hitre spremembe krvnega tlaka, aritmije pa tudi astmatske težave.

Pri normalnem spanju se spanje REM in NREM vso noč izmenjujeta v skladu s predvidljivim vzorcem, ki mu pravijo tudi arhitektura spanja. Celotni cikel spanja obsega cikle NREM in REM, ki se menjavajo na vsakih 90 do 110 minut, to pa se zgodi od štirikrat do šestkrat na noč. Prvi ciklusi vsako noč vsebujejo dokaj kratka obdobja spanja REM in daljša obdobja spanja z dolgimi valovi. V nadaljevanju noči se obdobja REM podaljšajo, količina spanja s kratkimi valovi pa upada. Proti jutru poteka spanje v glavnem na 1. in 2. stopnji NREM ter v spanju

REM (Starc, 1996). Poleg sprememb v poteku noči pa se arhitektura spanja spreminja tudi v poteku življenja. Čeprav postane spanje pri starejših ljudeh bolj občutljivo, pa se potreba po spanju s starostjo ne zmanjša (Starc, 1996).

2.3 Potreba po spanju

Za kakovosten spanec so pomembne vse faze spanja. Naspani ljudje so mentalno bolj okretni. Gulia in Kumar (2018) navajata, da se poleg sprememb v trajanju spanja s starostjo spreminjajo tudi vzorci spanja, vendar so spremembe v vzorcu spanja del normalnega procesa staranja. Nočni spanec starejših ljudi je večji del noči lažji in ne globok (Gulia in Kumar, 2018). Vsi nimamo enake potrebe po spanju. Praviloma drži, da če se zjutraj zbudimo sveži in spočiti, je to znak, da smo spali dovolj. Vsekakor dojenčki in otroci potrebujejo več ur spanja kot odrasli in starostniki. Glede na podatke nacionalnega inštituta za nevrološke motnje in kap (ang. National Institute of Neurological Disorders and Stroke) je količina spanca, ki ga potrebujemo, odvisna od različnih faktorjev, vključno s starostjo in individualnimi potrebami. Zanimivo je, da vse več dokazov kaže, da tiste, ki običajno spijo več kot sedem ur ponoči, razen otrok in mladostnikov, prav tako ogrožajo zdravstvene težave kot so debelost, diabetes, visok krvni tlak in bolezni srca in ožilja (Buxton in Marcelli, 2010, v Straub, 2014).

3 Motnje spanja

Integriteta spanja se s starostjo spreminja ne le zaradi sprememb v cirkadianih ritmih in homeostatskih mehanizmih, temveč tudi zaradi zdravstvenih, kognitivnih in psihiatričnih zapletov pri starejših posameznikih (Štukovnik, 2017).

Kovačič (2009) opisuje glavne vrste motenj spanja v obeh klasifikacijskih sistemih:

- insomnia (nespečnost), kjer je zmanjšana količina in kakovost spanja glede na normalne potrebe.
- Hipersomnia je čezmerna dnevna zaspanost, kljub normalnemu nočnemu spanju.
- Parasomnia so nagonski vzorci doživljanja in vedenja v spanju (hoja, govorjenje v spanju, motnje vedenja).
- Motnje dihanja v spanju so prekinitve dihanja med spanjem (apnea). Oseba se nenehno prebuja težko doseže globlje spanje, čez dan je čezmerno zaspana.
- Motnje dnevnega ritma, kjer pride do neusklajene razporeditve spanja in budnosti.
- Motnje gibanja v spanju so posebni vzorci gibanja spanja, gibi udov med spanjem in sindrom nemirnih nog. Sem uvrstimo tudi neprijetno škrtanje z zobmi.
- Izolirani simptomi se navadno pojavijo pri ljudeh, ki spijo več kot deset ur na noč, smrčijo ali imajo hipnagogni tremor nog.

Nespečnost je ena najpogostejših motenj spanja pri odrasli populaciji. Gre za resno motnjo, ki je povezana z znižano kakovostjo življenja posameznika, povečanim tveganjem za duševne motnje in druge težave v telesnem zdravju ter pomembnim negativnim tveganjem za imunski sistem. Vse to opozarja na dejstvo, da je kronična nespečnost široko razširjen zdravstveni problem. Nespečnost se lahko pojavi kot simptom, kot motnja ali oboje. Nespečnost, ki se prične kot simptom neke druge motnje ali bolezni, se lahko sčasoma razvije v motnjo samo po sebi. Glede na trajanje lahko opredelimo akutno (en mesec ali manj), prehodno ter kronično (šest ali več mesecev) nespečnost. Glede na tip ločimo nespečnost uspanja, nespečnost zaradi težav z vzdrževanjem spanca, zgodnja jutranja prebujanja ter nespečnost zaradi kombinacije naštetih težav. Med dejavnike tveganja za nespečnost spada naraščajoča starost posameznika, ženski spol, pridružene motnje (zdravstvene, duševne motnje in zloraba substanc), izmensko delo, verjetno pa tudi nezaposlenost in nižji socialno-ekonomski status (Štukovnik in Dolenc Grošelj, 2013).

Zveza med nespečnostjo in soobstoječimi zdravstvenimi težavami pa ni le enosmerna. Več študij kaže na povečano tveganje za duševne motnje in druge bolezni pri posameznikih s primarno nespečnostjo. Nespečnost naj bi predstavljala pomembno tveganje za razvoj depresije, anksioznosti, alkoholizma in odvisnosti od drog, celo za samomor. Poleg tega je bila nespečnost povezana z manj učinkovitim delovanjem imunskega sistema. Študije opozarjajo tudi na možno tveganje za srčno-žilne in presnovne bolezni, vključno s pomembno povišanim tveganjem za diabetes. Nespečnost, povezana z nočnim ali izmenskimi delom, pa dokazano povečuje tveganje za razvoj nekaterih vrst raka. (Štukovnik in Dolenc Grošelj, 2013).

Vedno več raziskav kaže, kako spanec spreminja našo fiziologijo in vodi v razvoj kroničnih bolezni. Tri glavna področja, kjer se kažejo vplivi zaradi pomanjkanje spanja, so presnova (predelava zaužite hrane in izraba energije), imunski sistem (zaščita pred boleznimi) in delovanje srca (Straub, 2014):

- Kronična nespečnost spodbuja povečano telesno težo in povečan indeks telesne mase (ITM) ter debelost. Ena nedavnih študij je poročala, da zdravi moški in ženske, ki so spali samo 4 ure na noč, zaužili več kalorij, kot spočite osebe v kontrolni skupini. Druga študija je pokazala, da odrasli, katerim je bilo dovoljeno v dveh tednih spati samo 5,5 ur na noč, pojedla več prigrizkov kot udeleženci v nadzorni skupini.
- Veliko raziskav kaže, da pomanjkanje spanca vpliva na slabšo presnovo glukoze, ko se sladkorji iz zaužite hrane predelajo in shranijo ali pa uporabijo za energijo. V laboratorijskih študijah so tako dosledno ugotavljali, da kratkotrajno pomanjkanje spanja zmanjša zdravo glukozno toleranco in občutljivost na inzulin pri zdravih, mladih in vitkih odraslih ljudeh. Če so te spremembe dolgoročne, pa je lahko večje tudi tveganje za debelost in sladkorno bolezen tipa 2. Najstniki, ki običajno spijo samo 6 ur na noč, so spali še dodatno eno uro. Toleranca na inzulin se je izboljšala za skoraj 10 %.
- Če ne spite dovolj ali menjate svojo spalno rutino, se zamenjajo tudi hormoni, ki povzročajo občutek lakote. Hormon grelin nastaja v želodcu, njegova vrednost pa se poveča, če ne spite dovolj. Prav tako zaradi tega pada nivo hormona leptin, ki pomaga pri občutku sitosti. Leptin, hormon, ki zavira apetit, in grelin, ki povečuje občutek lakote, se spreminjata kot odziv na pomanjkanje spanca. Kadar ne spimo dovolj, lahko spremembe hormonov, ki uravnavajo apetit, privedejo do povečanja telesne teže in debelosti. Pomanjkanje spanca pa ustvarja kemikalije v krvi, ki povečajo užitek ob hranjenju. Pomanjkanje spanja zviša raven stresnega hormona kortizola, ki vzpodbuja shranjevanje kalorij v maščobne celice. Če to združimo s tendenco, da ljudje, ki ne morejo spati, za tolažbo posegajo po hrani, ki ima praviloma velik delež sladkorja in maščob, ni presenetljivo, da ljudje, ki manj spijo, težje shujšajo.
- Zdrav spanec pomaga tudi pri vzdrževanju dobre imunske funkcije. Pomanjkanje spanja pa lahko privede do sprememb imunskega sistema, kar se pokaže kot vnetja, povečano tveganje za nastanek raka in nalezljivih bolezni. Ugotovljeno je bilo, da popolno pomanjkanje spanja dviga nekatere vnetne markerje, kar lahko privede do odpornosti na inzulin, do bolezni srca, večje občutljivosti na bolečino in osteoporoze.
- Drugi potencialni mehanizem, ki bi lahko povezal pomanjkanje spanja in bolezni srca, je aktiviranje C-reaktivnega proteina zaradi vnetja. To je označevalec, ki napoveduje šibkost srca, povišan pa je pri zdravih odraslih ljudeh po popolnem pomanjkanju spanca ali po en teden trajajočem delnem pomanjkanju spanca.

Zadnje študije so pokazale povezavo med pomanjkanjem spanja in povišanim krvnim tlakom ter boleznimi srca. Zdravstvena študija, poimenovana The Nurses' Health Study (2003), je ena najboljšežnejših in najdlje časa trajajočih študij, preučevala pa je vplive na zdravje žensk in ugotovila, da so se težave s srcem povečale pri ženskah, ki spijo manj kot pet ur na dan, in pri tistih, ki spijo več kot devet ur.

4 Zdravljenje nespečnosti

4.1 Vloga medicinske sestre in kliničnega psihologa

Pristope k zdravljenju nespečnosti lahko razdelimo v tri široke razrede ukrepov, ki vključujejo medikamentno zdravljenje, psihološke terapije ter vrsto dopolnilnih in alternativnih zdravljenj. Smernice za zdravljenje poudarjajo dvosmerne splošne cilje: izboljšati količino in kakovost spanca ter zmanjšati dnevne posledice nespečnosti in izboljšati dnevno funkcioniranje (Štukovnik in Dolenc Grošelj, 2013). Nefarmakološki postopki in vedenjska pravila so bolj zaželena kot hipnotiki. Učinek hipnotikov je na splošno nizek in večina snovi ima pomembne stranske učinke. Poleg tega zdravljenje z zdravili omogoča le zmanjševanje simptomov, ne odpravlja pa ključnih mehanizmov, ki vodijo v kronično nespečnost in jo vzdržujejo, še posebej primarno. Za kratkoročno zdravljenje akutnih motenj spanja se lahko v posameznih primerih uporabi kratkoročno zdravljenje s hipnotiki (Schwarz, 2010). Po dogovorjenih priporočilih za zdravljenje kronične nespečnosti naj bi bilo medikamentno zdravljenje - kadarkoli se uporablja pri kronični nespečnosti - podprto s psihološko kognitivno - vedenjsko terapijo (v nadaljevanju KVT), kolikor je to možno. Psihološke terapije se nanašajo na dejavnike (vedenjske in kognitivne), ki vzdržujejo ali poslabšujejo motnje spanja. Psihološke terapije obravnavajo tako slabo higieno spanja, neučinkovit urnik spanja, pogojeno vzburjenje, napačna prepričanja in čezmerno zaskrbljenost posameznika v zvezi s spanjem. Glavni pristopi za obravnavo dolgoročne nespečnosti so:

- terapija z omejevanjem spanca: pri osebah z nespečnostjo obstaja naravna težnja, da povečujejo količino časa, ki ga preživijo v postelji. Metoda omeji količino časa, ki ga bolnik preživi v postelji, na čas spanca v postelji. Z ustvarjanjem začasne, blage odtegnitve spanca vodi terapija z omejevanjem spanca običajno v hitrejši nastop spanca, večjo kontinuiteto spanca kakor tudi boljše kakovost spanca pri posamezniku.
- Terapija nadzora nad dražljaji: terapija vključuje preprosta navodila za ponovno vzpostavljanje povezave med časovnimi (čas za spanje) in okoljskimi (postelja, spalnica) dražljaji, ki spodbujajo hiter nastop spanca in stalni cirkadiani ritem budnosti in spanca pri bolniku.
- Učenje sprostitvenih tehnik: ker so stres, napetost in anksioznost pogosto ključni dejavniki pri nastanku/vzdrževanju motenj spanja, je sproščanje eden najpogostejših ukrepov pri nespečnosti. Cilj tega pristopa je zmanjševanje napetosti ob odhodu v posteljo in/ali ob nočnih prebujanjih.
- Kognitivna terapija: neprilagojeno vedenje nespečnost vzdržuje, napačna prepričanja in nestvarna pričakovanja o spanju in posledicah nespečnosti pa ta vedenja še okrepijo. Kognitivna terapija temelji na spreminjanju teh napačnih prepričanj (Štukovnik in Dolenc Grošelj, 2013).

Medicinska sestra ima pri zdravljenju nespečnosti velik potencial, da ljudem s težavami s spanjem nudi usmerjanje, izobraževanje in podporo pri nefarmakološkem odpravljanju nespečnosti (Terre, 2014). Medicinska sestra kot izvajalka zdravstvene nege nudi pacientu celovito oskrbo ter ukrepe in napotke za samopomoč pri nespečnosti. Pacientu nudi psihološko podporo in ga vodi skozi različne faze pogovora, da odkrije vzroke nespečnosti. Ob tem oblikuje vzgojno-negovalne intervencije in spodbuja samozaposlitvene intervencije, da bi pacienti imeli čim manj težav. Pomembna sta celostna podpora in poučevanje pacientov, ki predstavljata temeljni vidik zdravstvene nege (Kurtz in Schmidt, 2016).

4.2 Priporočila za zdravo spanje

Če želimo kakovosten spanec, se je dobro držati osnovnih pravil dobre higiene spanja. Starejšim, ki imajo težave s spanjem, svetujemo, naj bo ura uspavanja in prebujanja vsak dan enaka, saj bo tako telo hitreje »zdrnilo« v spanec. Priporočljivo je vstajati in hoditi spat ob isti uri, prostor za spanje naj bo primerno zatemnjen in spanje naj bo v mirnem prostoru. Starejši s težavami s spanjem se naj pred spanjem poskusijo povsem umiriti in sprostiti in naj težav, s katerimi se soočajo podnevi, ne »nosijo« s seboj v posteljo. Pomembno je, da se postelja uporablja le za spanje (Koprivnikar, 2017).

Pravila higiene spanja pri odraslih (Štukovnik in Dolenc Grošelj, 2013):

- čez dan ne dremaj in ne leži v postelji,
- izogibaj se kofeinskimi napitki 6 ur pred spanjem,
- izogibaj se nikotinu (predvsem ponoči in zvečer),
- izogibaj se pitju alkohola pred spanjem,
- izogibaj se spanju z domačimi ljubljenci,
- ne uporablaj alkohola kot hipnotika,
- pred spanjem pojej lahek prigrizek,
- spalno okolje naj bo udobno in namenjeno spanju,
- telesna dejavnost preko dneva, vendar ne pozno zvečer,
- z jutranjo budilko vzdržuj reden urnik spanja,
- za blaženje hrupa uporablaj čepke za ušesa ali glasbo.

5 Zaključek

Resnost nespečnosti se kaže tako v njeni pogostosti, končnosti, vplivu na kakovost življenja prizadetega posameznika in njegovih bližnjih ter povečanem tveganju za razvoj drugih bolezni. Menimo, da je zdrav spanec bistvenega pomena, zato ga je potrebno ohranjati in promovirati, saj smo bolj produktivni in boljše razpoloženi, imamo izboljššan imunski sistem in več energije, če dobro spimo. Pomembno je, da pri promociji o motnjah spanja aktivno sodelujejo tudi medicinske sestre, saj se s sodobnim načinom življenja večajo težave z nespečnostjo in s tem kronične bolezni, ki nastanejo kot posledica nespečnosti. Potreba na primarnem nivoju zdravstva je uvedba preventivnega izobraževanja s področja prepoznavnosti motenj spanja.

Medicinske sestre so zdravstvene delavke, ki naj bi nespečnost zaznale in skušale pacientu čim bolj uspešno pomagati v skladu s kompetencami, znanjem in spretnostmi. Pri tem so pomembni poznavanje, svetovanje in izbor vseh nefarmakoloških pristopov, ki jih pacient lahko izvede, preden se uvede farmakološka terapija.

LITERATURA

1. Ayas, N. T., White, D. P., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Speizer, F. E., Malhotra, A., Hu, F. B. (2003). A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. *Arch Intern Med*, 163 (2), 205–209.
2. Carskadon, M. A. in Dement, W. C. (2011). Monitoring and staging human sleep. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5 (5), 321.
3. Černigoj Sadar, N. (2002). Stres na delovnem mestu. *Teorija in Praksa*, 39 (1), 81–102.
4. Dolenc Grošelj, L. (2003). *Nespečnost* (2. izd.). Ljubljana, Slovenija: Lek.
5. Dolenc Grošelj, L. (2009). Vloga melatonina pri zdravljenju motenj cirkadianega ritma. V D. Petek in N. Kopčavar Guček (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini* (str. 12–14). Ljubljana, Slovenija: Zavod za razvoj družinske medicine.

6. Dolenc Grošelj, L. (2010). Kako premagati nespečnost. Ljubljana, Slovenija: Lek.
7. Esherick, J. (2008). Drug therapy and sleep disorders: Drugs and psychology for the mind and body. Pennsylvania, ZDA: Mason Crest.
8. Gulia, K. K. in Kumar, V. M. (2018). Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, 18 (3), 155–165.
9. Kocuvan, S., Kukovič J. in Koštrin L. (2006). Cirkadiani ritmi. Pridobljeno s <https://www.medenosrce.net/predmeti/higiena/233-seminarji/1194-cirkadiani-ritem>.
10. Koprivnikar, M. (2017). Kako si pomagati? Motnje spanja pogostejše pri starejših ... Pridobljeno s <https://www.revijazamojezdravje.si/kako-si-pomagati-motnje-spanja-pogostejse-pri-starejsih/>.
11. Kovačič, D. S. (2009). Psihološki vidiki motenj spanja pri starejših. V M. Mencelj (ur.) *Bolezni in sindromi v starosti 3* (str. 113–127). Ljubljana, Slovenija: Gerontološko društvo Slovenije Psihiatrična klinika Ljubljana.
12. Kurtz, C. in Schmidt, N. (2016). Conceptualizing cognitive-behavioral therapy as a supportive/educative nursing system for patients with insomnia. *Self Care Depend Care Nurs*, 22 (1), 14–21.
13. Maier, F. K. (2006). *Miren spanec brez smrčanja: Znebite se moteče nadloge in zaživite bolj zdravo*. Ljubljana, Slovenija: Mladinska knjiga.
14. Mathieu, G. (1999). *Proč z utrujenostjo!: S pomočjo naravnih terapij*. Ljubljana, Slovenija: Tomark.
15. Mathieu, G. (2002). *Izboljšajmo svoje spanje*. Ljubljana, Slovenija: Tomark.
16. Pregelj, P. (2010). Cirkadiani ritmi in depresija. V Z. Klemenc - Ketiš in A. Stepanovič (ur.), XII. *Fajdigovi dnevi* (str. 3–10). Ljubljana, Slovenija: Zavod za razvoj družinske medicine.
17. Schwarz, S., Frölich, L. in Deuschle, M. (2010). Schlafstörungen bei älteren Menschen. *Der Internist*, 51 (7), 914–922.
18. *Slovar slovenskega knjižnega jezika* (2. dop. izd.) (2014). Ljubljana, Slovenija: Cankarjeva založba.
19. Starc, V. (1996). Cirkadiani ritmi in premiki delovnega časa. V M. Bilban (ur.), *Nočno in izmensko delo* (str. 44–48). Ljubljana, Slovenija: ZZD - Slovensko zdravniško društvo, Združenje za medicino dela, prometa in športa.
20. Straub O. R. (2014). *Health psychology: a biopsychosocial approach*, Fourth Edition. New York: Worth Publishers.
21. Štukovnik, V. (2017). Nefarmakološko zdravljenje nespečnosti pri starostnikih. *Farmacevtski Vestnik*, 68 (2), 137–142.
22. Štukovnik, V. in Dolenc Grošelj, L. (2013). Nefarmakološki pristopi pri obravnavi kronične nespečnosti. *Zdrav Vestn*, 82, 316–325.
23. Terre, L. (2014). Clinical implications of impaired sleep. *Am J Lifestyle Med*, 8 (6), 352–370.
24. Zgonc, D. (2009). Intervju: asist. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med., spec. nevrologinja in nevrofiziologinja. Pridobljeno s <https://www.viva.si/Intervju/3471/Intervju-asist-dr-Leja-Dolenc-Gro%C5%A1elj-dr-med-spec-nevrologinja-in-nevrofiziologinja>.

Poraba zdravil in ravnanje potrošnikov

UDK 366.2/.4:615.2/.3

KLJUČNE BESEDE: zdravila na recept in brez recepta, izdatki za zdravstveno varstvo, polifarmakoterapija, Slovenija

POVZETEK - Življenjska doba se v razvitem svetu izrazito podaljšuje. S tem pa se v strukturi prebivalstva povečuje delež starejših. Vse to prinaša spremembe na individualni ravni, na ravni družine, skupnosti ter na ravni države. Eno izmed področij, na katerega predstavljen vpliva, so gotovo izdatki za zdravstveno varstvo. Redna uporaba zdravstvenih storitev je namreč z dolgoživostjo zelo tesno povezana – pripadniki starejše generacije so daleč najpogostejši uporabniki zdravstvenih storitev na vseh ravneh. Polimorbidnost, ki je v visoki starosti pogosto neizogibno dejstvo, pri starostnikih pomeni polifarmakoterapijo. Vse to in pa dejstvo, da so vsako leto na razpolago novejša in dražja zdravila, se odraža v rasti izdatkov za zdravila. Omenjeno potrjuje tudi analiza izdatkov za zdravstvo. V prispevku tako najprej predstavimo izdatke za zdravila v Sloveniji v zadnjih letih, v nadaljevanju pa rezultate raziskave, kjer smo proučevali ravnanje posameznikov na področju porabe zdravil. In sicer nas je zanimalo, kako pogosto anketiranci posegajo po zdravilih brez recepta in zdravilih na recept. Pri slednjih nas je zanimalo tudi, ali zdravila jemljejo dosledno, torej natančno po navodilih tako glede količine kot časa jemanja. Na koncu pa smo želeli tudi ugotoviti, ali anketiranci kdaj preverijo vrednost v lekarni prevzetih predpisanih zdravil.

UDC 366.2/.4:615.2/.3

KEYWORDS: prescription and over-the-counter medicines, health care expenditure, polypharmacotherapy, Slovenia

ABSTRACT – Life expectancy is increasing significantly in industrialized countries. As a result, the proportion of older people in the population structure is increasing. All this brings about changes at the individual level, at the family level, at the community level and at the level of the state. One of the areas where the impact is evident is certainly in health care expenditure. Regular use of health services is very closely linked to longevity - members of the older generation are by far the most frequent users of health services at all levels. Polymorbidity, often inevitable in old age, means polypharmacotherapy in the elderly. All this, and the fact that we are taking newer and more expensive medicines every year, is reflected in the growth of expenditure on medicines. This is also confirmed by the analysis of health expenditure. In this paper, we first present the expenditure on pharmaceuticals in Slovenia in recent years, followed by the results of a survey in Slovenia, in which we investigated the behavior of individuals with regard to the consumption of medicines. Namely, we were interested in how often people turn to over-the-counter and prescription medicines. In the case of the latter, we were also interested in whether individuals took the medication consistently, i.e. exactly according to the instructions, both in terms of quantity and timing. Finally, we also wanted to find out whether individuals ever check the cost of the prescription medicines.

1 Uvod

Življenjska doba se je v zadnjih desetletjih v razvitem svetu izrazito podaljšala. V nadaljnjih letih se še naprej pričakuje postopno podaljševanje življenjske dobe, predvsem na račun razvoja na področju medicine in farmacije. Podaljševanje življenjske dobe prebivalstva privede do

spremembe strukture prebivalstva, kar pomeni, da imamo vsako leto več starejše populacije. Z dolgoživostjo je zelo tesno povezana redna uporaba zdravstvenih storitev – pripadniki starejše generacije so daleč najpogostejši uporabniki zdravstvenih storitev na vseh ravneh. Polimorbidnost, ki je v visoki starosti pogosto neizogibno dejstvo, pri starostnikih pomeni polifarmakoterapijo – izraz, ki pomeni, da posameznik jemanje številna različna zdravila. Vse to in pa dejstvo, da iz leta v leto na trg prihajajo nova in dražja zdravila, se odraža v rasti izdatkov za zdravila.

2 Zdravilo

Zdravilo je po definiciji Zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14 in 66/19) vsaka snov ali kombinacija snovi, ki so predstavljene z lastnostmi za zdravljenje ali preprečevanje bolezni pri ljudeh ali živalih. Za zdravilo se šteje tudi vsaka snov ali kombinacija snovi, ki se lahko uporablja pri ljudeh ali živalih ali se daje ljudem ali živalim z namenom, da bi se ponovno vzpostavile, izboljšale ali spremenile fiziološke funkcije prek farmakološkega, imunološkega ali presnovnega delovanja ali da bi se določila diagnoza bolezni (Zakon o zdravilih, 2014).

V lekarnah lahko uporabniki kupijo ali prevzamejo zdravila na recept, zdravila brez recepta ter prehranska dopolnila in kozmetične izdelke. Zdravila brez recepta oz. s tujko OTC (angl. Over-The-Counter), za katere se uporablja oznaka BRp, lahko uporabniki kupijo v lekarnah in za izdajo ni potreben recept, medtem ko je za izdajo zdravila na recept (Rp) potreben zdravniški ali veterinarski recept. Zdravila brez recepta načeloma vsebujejo učinkovine, ki se že dlje časa varno uporabljajo in ne predstavljajo večje nevarnosti za bolnika (Kerec Kos, 2011). Prehransko dopolnilo pa je živilo, ki vsebuje koncentriran vir posameznih ali kombiniranih hranil ali drugih snovi s hranilnim ali fiziološkim učinkom, katerega namen je dopolnjevanje običajne prehrane in se daje v promet v takšnih farmacevtskih oblikah, da se lahko uživa v odmerjenih majhnih količinskih enotah (Farmacevtski terminološki slovar, 2020).

2.1 Zdravilo in vloga zdravnika ter farmacevta

Pri zdravljenju in svetovanju pacientom imajo zdravniki zelo pomembno vlogo. Izbrani osebni zdravniki celovito obravnavajo svoje paciente in jih napotijo na preiskave in preglede k drugim specialistom. Njihovo delo vključuje tudi zdravljenje z zdravili, pri čemer morajo upoštevati načela odgovornega (preudarnega) predpisovanja zdravil. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je odgovorno predpisovanje bolniku prilagojeno zdravljenje, ki je smiselno za njegovo bolezen, v odmerkih, ki so učinkoviti za določen/najustreznejši čas, in je stroškovno najugodnejše zanj in za družbo (ZZZS, 2020).

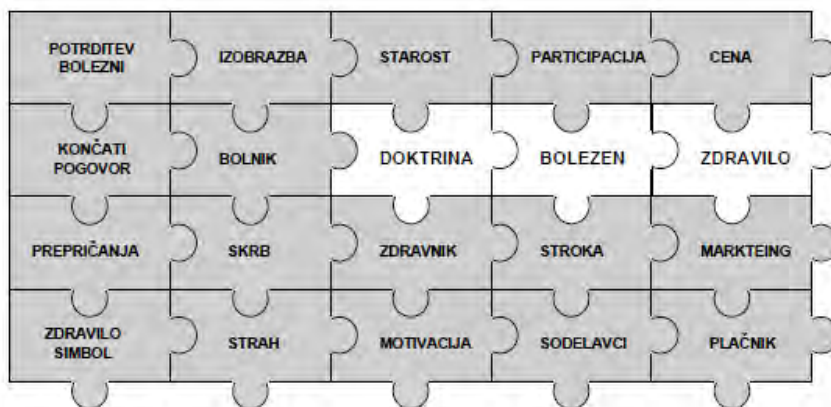
Predpisovanje zdravil zavzema pomembno mesto v vseh sistemih zdravstvenega varstva predvsem zaradi velikega odstotka sredstev, namenjenih zdravstvu, ki se potrošijo za zdravila. V zdravstvenem sistemu je ključno, da se sistematično zbirajo podatki o zdravilih, izdanih na recept, in v razvrščanju le-teh na liste. Največ receptov v Sloveniji se izda v ambulantah družinske medicine (Švab, 1998).

V zadnjem obdobju so vse države sveta uvedle vrsto ukrepov, s pomočjo katerih naj bi omejili stroške, ki nastanejo v povezavi z zdravili. Poznamo številne ukrepe, od takih, kjer država poskuša z ekonomskimi prijemi omiliti ceno zdravil, do takih, pri katerih se poskuša vplivati na zdravnike, da bi le-ti predpisali čim manj receptov v breme javnega zdravstvenega zavarovanja. V luči slednjega ukrepa so najbolj na udaru zdravniki družinske oziroma splošne medicine, ki predpišejo največ receptov. Med slednjimi obstajajo velike razlike v številu predpisanih zdravil na recept.

Del razlik, ki nastanejo, lahko pojasnimo s strukturo populacije po spolu in starosti, še vedno pa se predpostavlja, da se veliko zdravil predpiše s strani zdravnikov zaradi neznanja le-teh oz. osebnostnih značilnosti. V javnosti se predpostavlja, da so zdravniki, ki predpisujejo veliko zdravil, slabi zdravniki, in tisti, ki jih predpišejo malo, dobri. Posledično je ekonomska uspešnost postala merilo kakovosti dela zdravnikov družinske medicine (Švab, 1998).

Zdravnikom predpisovanje zdravil predstavlja postopek, ki vključuje ustrezno klinično znanje, opredelitev bolezni in ustrezno zdravilo. Model predpostavlja, da so za ustreznost predpisanega zdravila dovolj zgolj zgoraj naštetih elementi, a žal večinoma ni tako. Pogosto so zdravniki podvrženi ostalim vplivom, ki vplivajo na njihovo odločitev pri predpisovanju zdravil. Med slednje prištevamo specifične želje oz. pritiski bolnikov, vpliv marketinga in plačnika ter številne druge. Tako nastane zapletena sestavljanica (slika 1), ki predstavlja celostni model predpisovanja zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti, na osnovi katerega se predpiše velika večina receptov v Sloveniji (Švab, 1998).

Slika 1: Klinični model predpisovanja zdravil



Vir: Švab, I. (1998). Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: SZD, str. 9.

Farmacevt v lekarni predstavlja vezni člen med zdravnikom in pacientom. Njegova vloga je predvsem v svetovanju in izobraževanju tako zdravnikov kakor tudi pacientov, prav tako pa skrbi tudi za pravilno izdajo zdravil. Pogosto se zgodi, da pacienti iz različnih razlogov ne porabijo vseh zdravil in posledično se ustvarjajo odpadna zdravila. Vloga farmacevta je z zakonom opredeljena, da vodi evidenco o odpadnih zdravilih z izpolnjevanjem evidenčnega lista pošiljke odpadkov. Eden izmed pristopov k boljši preglednosti uporabe zdravil in boljšemu sodelovanju pri zdravljenju je izdelava osebne kartice zdravil. Gre za izpis, ki ga oblikuje magister farmacije individualno za vsakega pacienta. Osebna kartica zdravil vsebuje pregled nad vsemi predpisanimi zdravili, ki jih pacient uporablja, in hkrati tudi ostale podatke, kot so način jemanja, predpisano odmerjanje, namen uporabe zdravila, ki bo razumljiv pacientu, in možna dodatna opozorila, ki so pomembna za določeno zdravilo (Kejžar, 2009).

2.2 Izdatki za zdravila

V Sloveniji v zadnjih desetletjih opazamo vsakoletni porast števila izdanih receptov in posledično porast finančnih izdatkov za zdravila. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) skladno z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva vsako leto pripravi podatke o porabi ambulantno predpisanih zdravil. Po zadnjih podatkih NIJZ je bilo v letu 2020 predpisanih skoraj 18,9 milijona receptov za ambulantno predpisana zdravila v vrednosti 568 milijonov evrov, od tega 97,7 % zelenih in 2,3 % belih receptov. V povprečju je vsak prebivalec Slovenije prejel 9 receptov v skupni vrednosti 271 evrov (Kostnapfel, 2020).

Poraba zdravil je odvisna od števila, starosti in spola prebivalcev ter drugih dejavnikov. V letu 2020 je na rast števila izdanih receptov izrazito vplivala tudi epidemija covid-19. Za vse recepte je bilo porabljenih 568.239.593 EUR, za zdravila, razvrščena na pozitivno listo, 391.619.735 EUR (68,9 %), za zdravila, razvrščena na vmesno listo, pa 169.480.136 EUR (29,8 %). V letu 2020 je bilo skupno predpisanih 18.934.114 receptov, na pozitivno listo je bilo uvrščenih 9.643.726 receptov, kar je 50,9 %. Število receptov s predpisanimi zdravili, razvrščenimi na pozitivne liste, se vsakoletno zmanjšuje. Na vmesno listo je bilo uvrščenih 8.858.653 receptov, kar je 50 %. Število receptov na vmesnih listah narašča. Nerazvrščena zdravila so bila predpisana s 431.735 recepti (Kostnapfel, 2020).

V tabeli 1 je prikazano število izdanih receptov v zadnjih dveh letih v Sloveniji in vrednost letih.

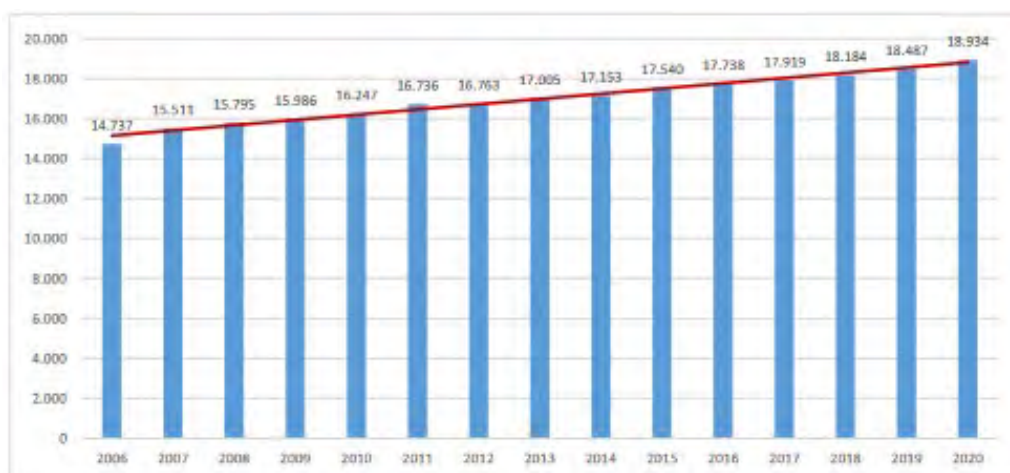
Tabela 1: Število in vrednost receptov v letu 2020 v primerjavi z letom 2019 v Sloveniji

Skupina	Štev. Rp 2020	Štev. Rp 2019	Indeks 2020 / 2019	Štev. Rp na 1 prebivalca 2020	Vred. Rp (v EUR) 2020	Indeks 2020 / 2019	Vrednost na 1 Rp (v EUR) 2020
Originalna in generična zdravila	18.629.109	18.169.309	103	8,87	559.304.127	105	30,02
Magistralni pripravki	305.005	318.174	96	0,15	8.935.466	97	29,30
SKUPAJ	18.934.114	18.487.483	102	9,02	568.239.593	105	30,01

Vir: Kostnapfel, T. (2020). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Na sliki 2 lahko opazimo trend naraščanja vseh izdanih zdravil od leta 2006 dalje v Sloveniji. Poleg trenda naraščanja števila izdanih zdravil je mogoče opaziti tudi pozitivno korelacijo z vrednostjo vseh izdanih zdravil, kar je predstavljeno na sliki 3.

Slika 2: Število izdanih receptov (v 1000) od leta 2006 do 2020



Vir: Kostnapfel, T. (2020). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Slika 3: Vrednost izdanih zdravil v milijonih EUR v Sloveniji od leta 2006 do 2020



Vir: Kostnapfel, T. (2020). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

3 Metode

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil proučiti ravnanje posameznikov na področju porabe zdravil. In sicer nas je zanimalo, kako pogosto posegajo po zdravilih brez recepta in zdravilih na recept. Pri slednjih nas je zanimalo tudi, ali posamezniki zdravila jemljejo dosledno, torej natančno po navodilih tako glede količine kot časa jemanja. Na koncu pa smo želeli ugotoviti tudi, ali posamezniki kdaj preverijo vrednost v lekarni prevzetih predpisanih zdravil.

3.2 Izbor anketirancev in opis poteka raziskave ter obdelave podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo zbiranja podatkov, in sicer smo podatke zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika. Pri tem povejmo, da je bila izvedba slučajnega vzorčenja nemogoča, kajti nismo razpolagali z ustreznim vzorčnim okvirom (v danem trenutku nismo mogli zagotoviti enake verjetnosti izbora vsake enote populacije v vzorec), zato smo se odločili, da bomo izvedli priložnostno vzorčenje (angl. accidental sampling), ki je ena izmed oblik neverjetnostnega vzorčenja. Priložnostno vzorčenje, ena najbolj enostavnih oblik neverjetnostnega vzorčenja (Kalton in Vehovar, 2001, str. 169), temelji na izbiri vzorčnih enot, ki so najlažje dosegljive. Pri tem je možnost za reprezentativnost vzorca (v tem primeru) majhna (Bregar idr., 2005, str. 44–45). Je pa tovrstno vzorčenje tudi sicer v praksi nadvse razširjeno, saj so taki vzorci mnogo cenejši in izvedbeno hitrejši. Velja, da se ocene velikokrat ne razlikujejo od ocen iz verjetnostnih vzorcev (Kalton in Vehovar, 2001; v: Grivec, 2017, str. 160). Dejstvo pa je, da tovrstno vzorčenje ne omogoča ugotavljanja natančnosti vzorčnih ocen in z njim povezanih postopkov preizkušanja domnev o značilnosti populacije in določanja zaupanja vzorčnih ocen (Bregar idr., 2005, str. 43, 47).

Glede na to, da smo želeli v raziskavo zajeti kar se da največ enot z različnimi lastnostmi, smo se zadeve lotili »gverilsko«. Tako smo se odločili za naraščajoče vzorčenje (Dimovski idr., 2005, str. 150), ki ga nekateri imenujejo tudi verižno vzorčenje (Bregar idr., 2005, str. 44–45) oz. princip snežne kepe oz. »snowball sampling«. In sicer smo pri anketiranju laične javnosti posredovali link do spletne ankete vsem, katerih e-poštne naslove smo imeli, in jih hkrati prosili, da e-pošto skupaj s povezavo do spletne ankete posredujejo svoji bazi e-naslovov in hkrati naslovnike prosijo, da izpolnijo anketo. Vse z namenom, da bi v raziskavo vključili

starostno, izobrazbeno in geografsko razpršen vzorec. Prav tako smo bili aktivni na iskalnikih in družbenih omrežjih (Facebook, Instagram in Twiter).

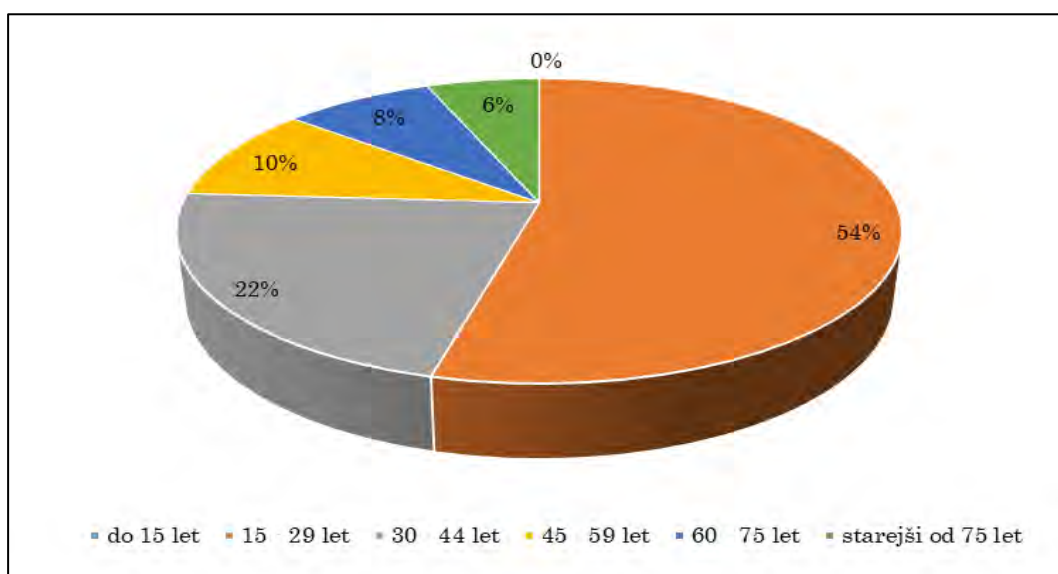
Anketiranje za laično javnost je potekalo od 2. 6. 2020 do 17. 7. 2020. Ne glede na to, da je bilo prvotno načrtovano, da bo anketa v celoti potekala po spletu s pomočjo portala 1ka, smo kasneje v želji po pridobitvi večjega števila odgovorov anketirali tudi osebno. Na ta način smo zajeli zlasti populacijo, ki je starejša od 60 let in ki je tudi največji porabnik zdravil, a hkrati računalniško manj pismena.

Po zaključku anketiranja smo začeli s kvantitativno oz. statistično obdelavo podatkov. Pri tem smo si pomagali z računalniškim programom Microsoft Windows Excel.

3.3 Predstavitev vzorca

V raziskavi je sodelovalo 465 oseb, med katerimi je bilo 80 % žensk. Kot vidimo iz grafa 1, je bilo v raziskavo zajetih največ anketirancev (54 %), ki so bili stari med 15 in 29 let. Temu z 22 % sledijo stari med 30 in 44 let. Starejših od 60 let je bilo 14 %.

Graf 1: Starost

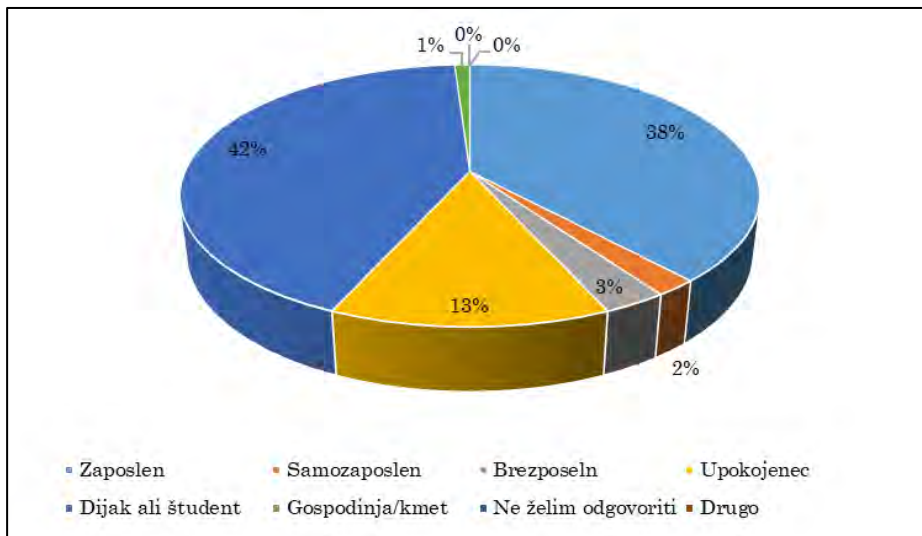


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Anketiranci so prihajala iz vseh slovenskih regij. Izkazalo se je, da je skoraj tretjina anketirancev (29 %) prihajala iz Spodnjeposavske regije. Po zastopanosti anketirancev je sledila sosednja Jugovzhodna regija (18 %), nato pa Osrednjeslovenska (20 %) in Podravska (12 %) regija. Anketiranci iz preostalih regij so bili v manjšini.

V vzorec so bili zajeti anketiranci z različnim zaposlitvenim statusom (graf 2) in izobrazbeno strukturo.

Graf 2: Zaposlitveni status



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

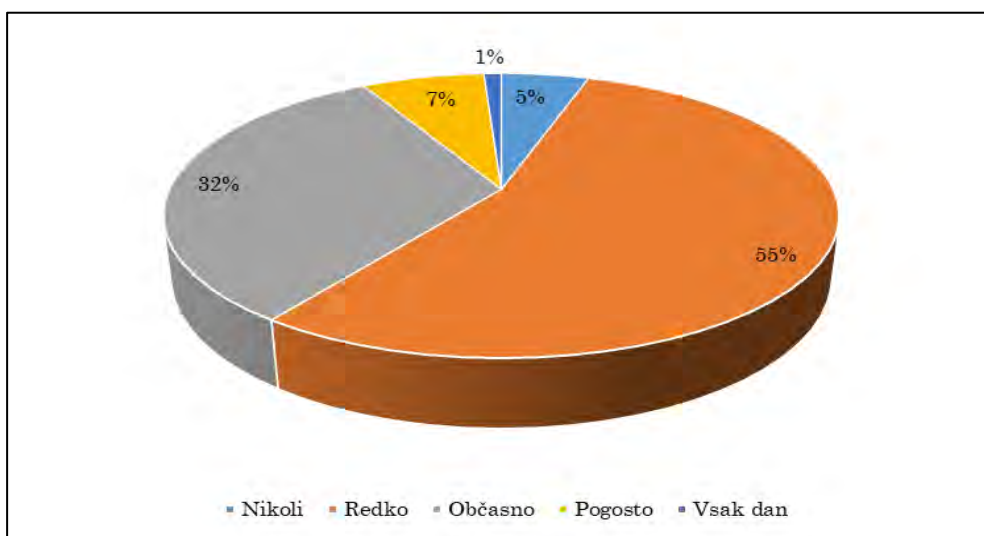
Največ anketirancev (42 %) je bilo dijakov ali študentov. 38 % je bilo zaposlenih oseb ter 13 % upokojencev. Med anketiranci so bili zastopani tudi brezposelni, le-ti predstavljajo 3 %.

Anketiranci so se razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. Največ anketirancev (48 %) je imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo ali gimnazijo, sledijo anketiranci z univerzitetno izobrazbo oz. drugo bolonjsko stopnjo (19 %) in anketiranci z visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo (15 %). Poklicno šolo je imelo zaključeno 8 % anketirancev in 5 % višjo šolo, zgolj 2 % anketirancev je imelo opravljen znanstveni magisterij ali doktorat. V vzorec pa smo zajeli tudi anketirance z (ne)dokončano osnovno šolo (3 %).

4 Rezultati in diskusija

Glede na namen raziskave, ki je bil proučiti porabo zdravil med slovenskih potrošniki, smo anketirance najprej vprašali, kako pogosto anketiranci posežejo po zdravilih brez recepta (graf 3) in kako pogosto jemljejo zdravila na recept (graf 4).

Graf 3: Pogostost uporabe zdravil brez recepta

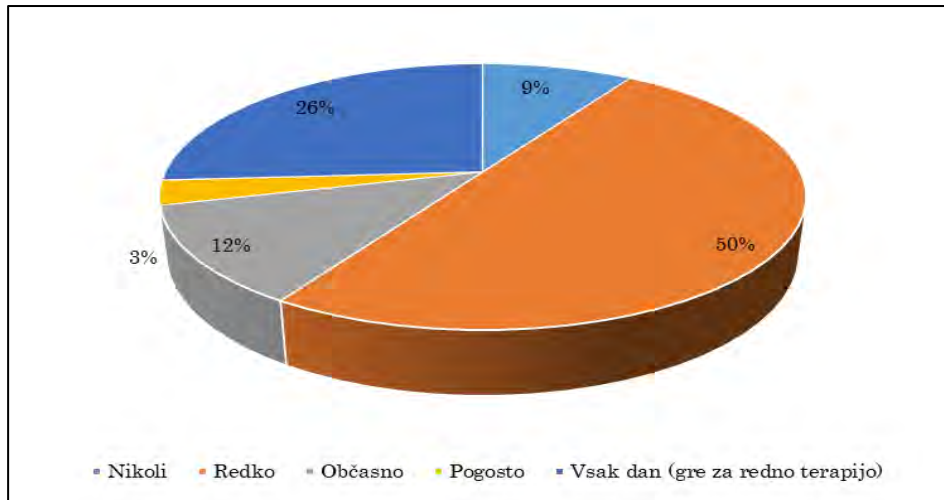


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Največ anketirancev (55 %) jemlje zdravila brez recepta redko. 32 % jih jemlje občasno, 7 % pogosto, 5 % pa nikoli. Med anketiranci je bil tudi 1 % takšnih, ki zdravila brez recepta jemljejo vsak dan.

Z raziskavo smo tudi ugotovili, da večina anketirancev (54 %) raje poseže po zdravilih brez recepta, kot da zaradi težav obiščejo zdravnika.

Graf 4: Pogostost uporabe zdravil na recept

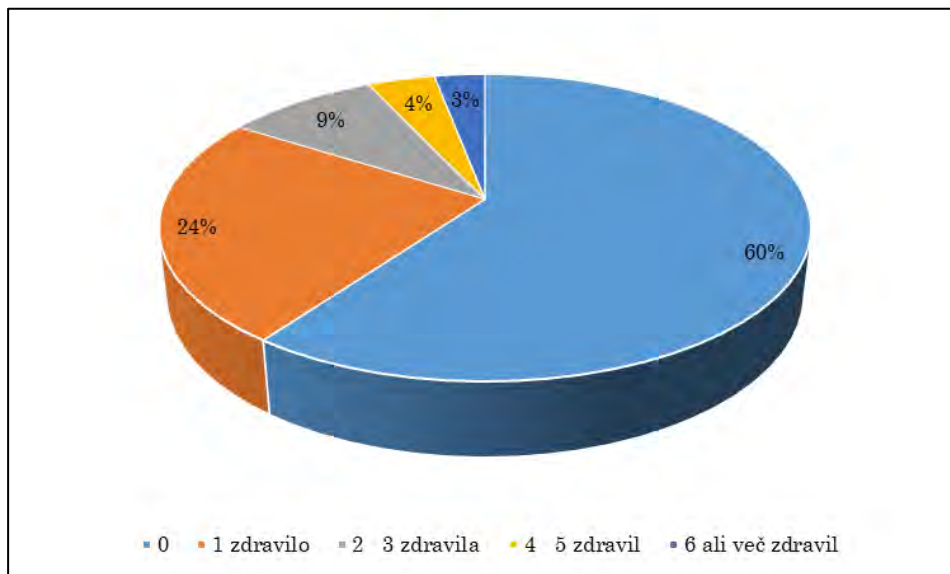


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kot je razvidno iz grafa, največ, 50 % anketirancev, jemlje zdravila na recept redko. Temu s 26 % sledijo tisti, ki zdravila na recept jemljejo vsak dan, saj gre pri njih za redno terapijo. Naslednji so tisti, ki jemljejo zdravila na recept občasno (12 %) oz. jih nikoli (9 %). 3 % vprašanih pa jemljejo zdravila na recept pogosto.

Anketirance smo povprašali še o tem, koliko zdravil jemljejo redno. Njihovi odgovori so zbrani na spodnjem grafu.

Graf 5: Število redno konzumiranih zdravil

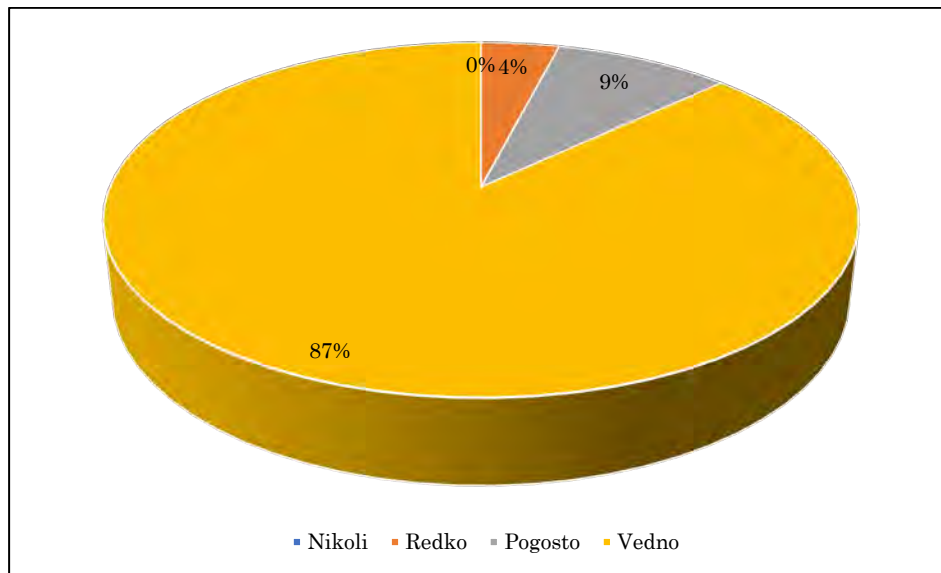


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Opazimo lahko, da 60 % anketirancev ne jemlje nobenega zdravila. Sledijo jim tisti, ki redno jemljejo po 1 zdravilo (24 %) in po 2–3 zdravila (9 %). 4 % anketirancev redno jemljejo 4–5 različnih zdravil, najmanj anketirancev, tj. 3 %, pa jemlje redno 6 ali več zdravil.

Pri porabi zdravil na recept je potrebno dosledno sledenje navodilom zdravnika, ki je zdravilo predpisal. Prvi korak do tega pa je prevzem zdravila v lekarni. Tako smo anketirance vprašali, ali v lekarni prevzamejo vsa predpisana zdravila.

Graf 6: Prevzem vseh predpisanih zdravil v lekarni

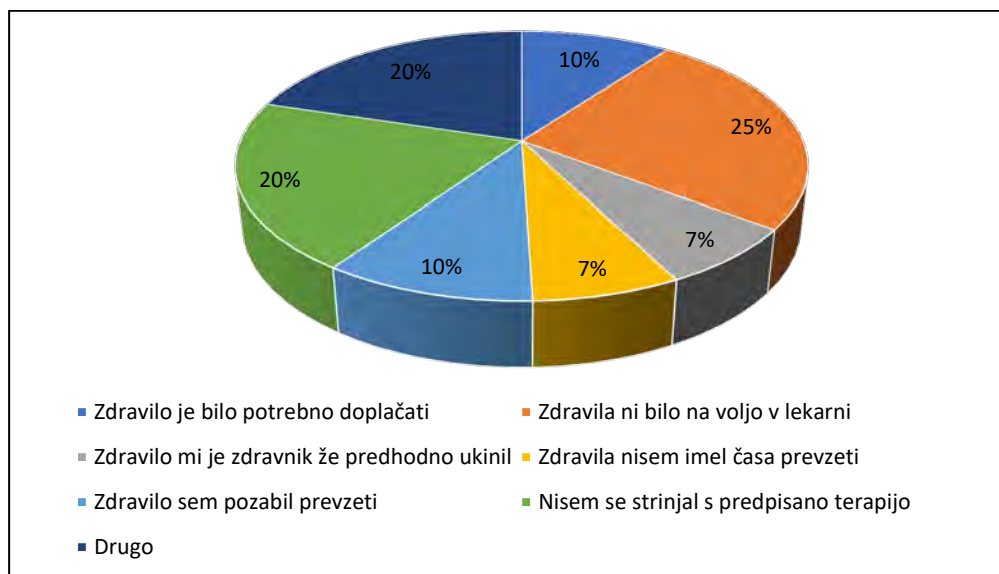


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kot je razvidno iz grafa 6, večina (87 %) anketirancev v lekarni vedno prevzame vsa zdravila, ki jih imajo predpisana, 4 % anketiranih pa redko. Ne obstaja pa nihče, ki zdravil ne bi prevzel v celoti nikoli.

Anketirance, ki ne prevzamejo zdravil v celoti oz. redno, smo v nadaljevanju povprašali po razlogih za neprevzem zdravil v lekarni.

Graf 7: Razlogi za neprevzem zdravil v lekarni

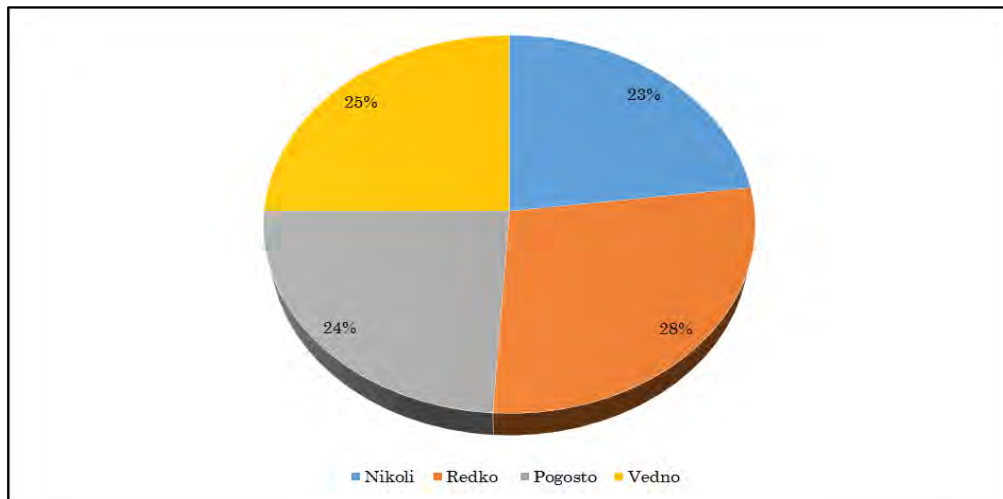


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Najbolj pogost razlog za neprevzem predpisanih zdravil predstavlja odgovor, da zdravila ni bilo na voljo v lekarni (tako navaja 25 % anketirancev). Temu razlogu sledi nestrinjanje s predpisano terapijo (20 % anketirancev). Kar nekaj anketirancev kot razloge navaja pozabljivost in potrebo po doplačilu (10 % anketirancev) ter tudi pomanjkanje časa za prevzem. Pod odgovorom drugo je večina anketirancev navajala preveliko zalogo zdravil, ki jih že imajo doma, in količinsko predpisanih preveč škatlic zdravila.

Glede na to, da smo pravilno predvideli, da določen del ljudi ne porabi vseh prevzetih zdravil, nas je v nadaljevanju raziskave zanimalo, kako pogosto anketiranci pogledajo vrednost prevzetih zdravil, četudi jih ne plačajo sami.

Graf 8: Pogostost preverjanja vrednosti prevzetih zdravil

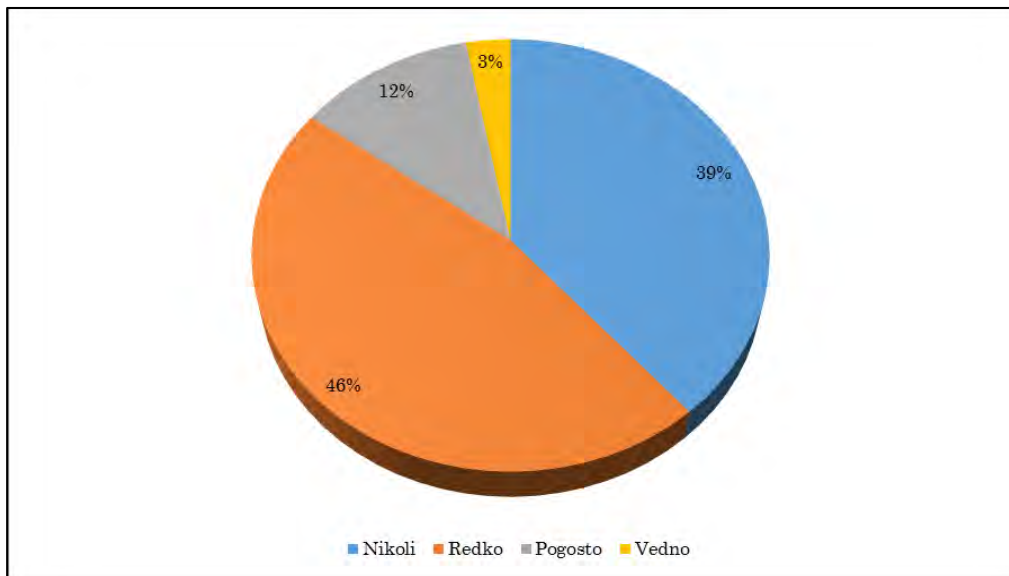


Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Kot vidimo iz gornjega grafa, so odgovori anketirancev enakomerno razporejeni med ponujenimi možnostmi. Vidimo pa, da zgolj 25 % anketirancev vedno preveri vrednost prevzetih zdravil.

Za konec smo želeli tudi preveriti, kako pogosto je razlog odpadnih zdravil neporaba prevzetih zdravil. Zavedamo se namreč, da so odpadna zdravila resen problem z vidika družbe, saj na eni strani namreč gre za porabo javnih sredstev, na drugi strani pa za obremenjevanje okolja. Ob vsem tem pa ne smemo pozabiti niti na dejstvo, da s tem posamezniki vplivajo na svoje zdravstveno stanje, ki lahko dodatno vodi do še višjih izdatkov za zdravstvene storitve v prihodnje.

Graf 9: Pogostost neporabe vseh zdravil



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Skoraj polovica anketirancev (46 %) redko ne porabi vseh zdravil. Na drugi strani pa imamo 3 % anketirancev, ki nikoli ne porabijo vseh prevzetih zdravil, in 39 % anketirancev, ki vedno porabijo vsa zdravila.

Anketiranci med razlogi za neporabo navajajo različne dejavnike. Za največ od njih drži oz. zelo drži razlog, da simptomi minejo po krajšem obdobju jemanja in zato prekinejo z jemanjem zdravil (42 % anketirancev), 29 % anketirancev kot razlog navaja zamenjavo terapije ter pojav nezaželenih učinkov. Nikakor pa razlog za neporabo zdravil ni strah pred tem, da bi se zamerili zdravniku (za 88 % anketirancev ta razlog ne drži oz. sploh ne drži) oz. da niso od zdravnika ali farmacevta dobili ustreznih navodil za jemanje zdravila (za 91 % anketirancev ta razlog ne drži oz. sploh ne drži).

So pa anketiranci navajali tudi druge razloge, in sicer najpogosteje navajajo preveliko pakiranje glede na predpisano terapijo. Povedo pa tudi, da pozabijo (50 % anketirancev), da jemljejo zdravila po potrebi oz. jih zaradi dobrega počutja včasih ne vzamejo (79 % anketirancev) itd.

5 Zaključek

Izdatki za javno zdravstvo se iz leta v leta povečujejo. Razlogi za to so številni, najbolj pa na povečane izdatke vpliva staranje prebivalstva, ki korelira z večjo uporabo zdravstvenih storitev in posledično večjo porabo zdravil. V nadaljnjih letih se bomo srečevali z nadaljnjim staranjem prebivalstva in s številnimi izzivi glede obvladovanja stroškov za zdravljenje celotne populacije, med katerimi bodo pomembno mesto še naprej zajemali izdatki za zdravila. Tu pa ima pomembno vlogo izobraževanje ter na zaupanju temelječ odnos med vsemi deležniki procesa predpisovanja, izdajanja in porabe zdravil, torej med pacienti, zdravniki in farmacevti. Še največ pa lahko že danes storimo sami s preventivnim delovanjem, in sicer z zdravim načinom življenja.

LITERATURA

1. Bregar, L. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: izbrane teme. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

2. Dimovski, V. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
3. Farmacevtski terminološki slovar (2020). Pridobljeno s <https://isjfr.zrc-sazu.si/sl/terminologisce/slovarji/farmacevtski#v>.
4. Grivec, M. (2017). Vpliv oglaševanja zdravil na potrošnike in zdravnike (Doktorska disertacija). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
5. Kalton, G. in Vehovar, V. (2001). Vzorčenje v anketah. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Kejžar, P. (2009). Vloga farmacevta pri zagotavljanju varnega odstranjevanja odpadnih zdravil v lekarni (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo. Pridobljeno s http://www.ffa.uni-lj.si/fileadmin/datoteke/Knjiznica/diplome/2009/Kejzar_Polona_dipl_nal_2009.pdf.
7. Kerec Kos, M. (2011). Medsebojno delovanje zdravil brez recepta z drugimi zdravili. Farmacevtski vestnik, 62(4), 195–202.
8. Kostnapfel, T. in Albreht, T. (2021). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/ambulantno_predpisana_zdravila_2020.pdf.
9. Švab, I. in Kersnik, J. (1998). Predpisovanje zdravil v družinski medicini. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino.
10. Zakon o zdravilih (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 17.
11. ZZS (2020). Kakovost predpisovanja zdravil. Pridobljeno s https://partner.zzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravila_in_zivila_za_osebne_zdravstvene_namene/kakovost_predpisovanja_zdravil_v_druz_medicini.

Utjecaj obrazovanja na razinu kulture sigurnosti u zdravstvenoj zaštiti

UDK 614.8.084+37

KLJUČNE RIJEČI: obrazovanje, kultura sigurnosti, medicinska sestra

POVZETEK - Prema definiciji Health and Safety Commission Velike Britanije »kultura sigurnosti« je okruženje koje nastaje kao proizvod individualnih i grupnih vrijednosti, stavova, percepcija, kompetencija i obrazaca ponašanja. Cilj rada bio je prikazati utjecaj obrazovanja na razinu kulture sigurnosti u zdravstvenoj zaštiti. Provedena je meta-analiza i sustavan pregled znanstvene i stručne literature iz područja obrazovanja, kvalitete zdravstvene zaštite, kulture sigurnosti i prijave neželjenih događaja. Potrebno je u temeljne kurikulume uvesti dopune s naglaskom na sigurnost i kulturu sigurnosti pacijenata. Na taj način moguće je poboljšati kulturu sigurnosti, kako bi se odgovorilo na izazove i napravilo transformaciju u sigurnu, isplativu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Zajedničkim naporima zdravstvenih djelatnika uz institucionalnu podršku moguće je poboljšati kulturu sigurnosti kako bi se odgovorilo na izazove i napravila transformacija u sigurnu, isplativu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Razmišljanje o sustavu izgradnje kulture sigurnosti trebalo bi osvijestiti već na početku obrazovanja medicinskih sestara, kako bi se postiglo razumijevanje razlika između krivnje i sistemskih pristupa prema neželjenim događajima.

UDC 614.8.084+37

KEYWORDS: education, safety culture, nurse

ABSTRACT - As defined by the Health and Safety Commission of Great Britain, a »safety culture« is an environment that develops as a product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and behaviours. The aim of this study was to show the impact of education on the level of safety culture in health care. A meta-analysis and systematic review of the scientific and professional literature in the field of education and quality of health care, safety culture and incident reporting was conducted. Basic curricula need to be supplemented with a focus on patient safety and safety culture. In this way, it is possible to improve the safety culture to respond to the challenges and make a change towards safe, cost effective and quality health care. Through the combined efforts of health workers with institutional support, it is possible to improve safety culture to respond to challenges and make a shift to safe, cost-effective and high-quality health care. Thinking about building a safety culture should be made conscious at the beginning of nursing education to achieve an understanding of the differences between guilt and systemic approaches to adverse events.

1 Uvod

Države članice Europske unije (EU) pod utjecajem su različitih političkih, ekonomskih, socijalnih, kulturoloških i demografskih kretanja. Zemlje članice EU-a susreću se s vrlo složenim zdravstvenim problemima. Porast kroničnih bolesti i komorbiditeti, promjene stila života i sve starija populacija nalažu uvođenje složenih metoda i postupaka u održavanju zdravlja i liječenju. Da bi se zadovoljili svi zahtjevi i potrebe te izjednačila kvaliteta pružanja usluga, EU traži usklađivanje zakonodavstva i prakse svih zemalja članica s direktivama i uredbama EU-a. Moderno obrazovanje medicinskih sestara treba osigurati prihvaćanje visokog stupnja znanja i stručnosti, visokih moralnih vrijednosti, organizacijskih vještina, kritičkog i analitičkog promišljanja te znatnog stupnja motivacije i kreativnosti (Domitrović idr., 2018, str. 140).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), sestrinstvo podrazumijeva pružanje zdravstvene njege samostalno ili u timu svim dobnim skupinama, pojedincu, obitelji i zajednici, bolesnima ili zdravima u svim okolnostima (WHO, 2021). Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj sastoji se od temeljne izobrazbe tijekom petogodišnjega srednjoškolskog strukovnog obrazovanja i visoke izobrazbe koja uključuje sveučilišni preddiplomski studij ili stručni preddiplomski studij te sveučilišni diplomski studij ili specijalistički diplomski stručni studij. Medicinske sestre čine najveći udio u zdravstvenoj zaštiti (ZZ), kao profesionalci, pružaju preko 80 % svih usluga u zdravstvenoj zaštiti (ICN, 2015). Medicinske sestre svojim angažmanom mogu poboljšati sigurnost pacijenata i njihovih obitelji na način da pokazuju poštovanje, rade provjeru procedure, uče na pogreškama te učinkovitom komunikacijom sa ostalima članovima u timu (WHO, 2011). Razmišljanje o sustavu izgradnje kulture sigurnosti trebalo bi osvijestiti već na početku edukacije medicinskih sestara. Na kraju svog školovanja trebali bi posjedovati temeljne kompetencije relevantne za pristup sustavu sigurnosti pacijenta. To je zato što skrb o pacijentima pružaju razni profili zdravstvenih djelatnika koji rade zajedno, tj. oni ovise o sustavu zdravstvene zaštite. Da bi se pratile brze promjene u području zdravstvene zaštite potrebno je kontinuirano evaluirati i revidirati obrazovne programe u sestrinstvu, kako bi se osigurala kontinuirana, sigurna i kvalitetna skrb (Ezzeddine, 2017, str. 139). Australsko udruženje profesionalaca dalo je najzanimljiviju i najbližu definiciju sestrinstvu kao profesiji, a ona glasi: »Profesija je disciplinirana skupina pojedinaca koji se pridržavaju etičkih standarda i koji su prihvaćeni od strane javnosti kao posjednici posebnih znanja i vještina od priznatog obrazovnog tijela, a koja su proizašla iz istraživanja, obrazovanja i obuke na visokoj razini, i koji su spremni primijeniti svoja znanja i vještine u interesu drugih.« U ovakvoj definiciji, naglašava postojanje i djelovanje po etičkim standardima, posjedovanje posebnih znanja i vještina, znanstveno utemeljenje i djelovanje u društvenu korist (Australian Council of Professions, 2020) Ono što je sigurno, je svakako da u profesiji kao što je sestrinstvo nema mjesta rutini, trebala bi biti usmjerena na inovativnost uz iskorištavanje postojećeg znanja, razvoj vještina uz poticanje altruizma i poštivanje etičkih načela. Sigurnost pacijenata je nedjeljiva od kvalitete sestričkog obrazovanja. U svijetu je prepoznato da vještine studenata sestrištva u vezi sa sigurnošću pacijenta još uvijek nisu optimalne (Barnsteiner idr., 2012, str. 72). Kvalitetna zdravstvena njega nije težnja za daleku budućnost niti isključivo nadležnost bogatih zemalja, već je presudna za postizanje globalnih zdravstvenih ciljeva i osnovna obveza svakog zdravstvenog sustava prema svojim korisnicima (Kruk idr., 2016, str. 595).

Dok se bolesnikova sigurnost definira kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi, kultura bolesnikove sigurnosti različit je pojam (Brborovic idr., 2014, str. 130). Kultura sigurnosti pacijenata utječe na vještine i na način kako će se zdravstveni djelatnici odnositi prema pacijentu i sigurnosti pacijenata u nekoj radnoj organizaciji (Nieva i Sorra, 2003, str. 12; Brborovic idr., 2014, str. 131). Može se reći da se kultura sigurnosti smatra preduvjetom za pacijentovu sigurnost. Vodstvo se smatralo ključnim elementom dobro koordinirane sestričke njege, iz perspektive pacijenata, tako i iz perspektive zdravstvenih radnika (Sfantou idr., 2017, str. 73). Neke su bolnice uvele dodatni kadrovske resurse za provođenje specifičnih postupaka u zdravstvenoj njezi, kao što su njega usne šupljine i promjena položaja pacijenata i te oni svoju cijelu smjenu obilaze pacijente i provode samo određene specijalizirane aktivnosti (Kalish i Xie, 2014, str. 12). Istraživanja pokazuju kako je povećanje zadovoljstva poslom medicinskih sestara (Stimpfel idr., 2019, str. 63) i više obrazovanje medicinskih sestara (Mitchell, 2008, str. 3) povezano s manje komplikacija i nižom smrtnošću te ujedno i većom sigurnošću pacijenata.

2 Metode

U svrhu izrade seminara korištena je deskriptivna metoda, pregled znanstvene i strukovne literature iz područja obrazovanja u sestrinstvu, kvalitete zdravstvene zaštite, kulture sigurnosti i prijave neželjenih događaja. Korišteni su sljedeći kriteriji tijekom pretrage literature: engleski, hrvatski ili slovenski jezik, vremensko razdoblje 2011–2021, dostupan puni tekst članka, objavljeni izvorni i pregledni znanstveni članci te stručni članci. Pretraživanje literature se provelo u bazama podataka Cinahl, Pubmed i Hrčak. Za traženje literature korištene su sljedeće ključne riječi u različitim kombinacijama na hrvatskom jeziku: obrazovanje, sestrinstvo, kvaliteta zdravstvene zaštite, kultura sigurnosti, neželjeni događaji. Ključne riječi na engleskom jeziku glasile su: nursing education, quality of health care, culture safety, adverse events. Navedene ključne riječi su Booleovim logičkim operatorima (AND, OR, NOT) povezane različitim kombinacijama. Pretraživanje literature trajalo je od 15.10–5. 11. 2021.

Poštujući navedene kriterije te uz različite kombinacije navedenih ključnih riječi, dobiveno je 48 članka. Nakon njihovog pregleda 25 članaka je odbačeno, dok je od preostalih 23 članka, za izradu ovog rada korišteno 10 članaka.

3 Rezultati

Poštujući navedene kriterije te uz različite kombinacije navedenih ključnih riječi, dobiveno je 48 članka. Nakon njihovog pregleda 25 članaka je odbačeno, dok je od preostalih 23 članka, za izradu ovog rada korišteno 10 članaka.

Tablica 1: Prikaz pregleda članaka

<i>Autori</i>	<i>Metodologija</i>	<i>Cilj/svrha</i>	<i>Uzorak</i>	<i>Zaključci</i>
Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith, Flynn idr. (2012)	Kvantitativno istraživanje	Utvrđiti razlike u ishodima pacijenata nakon kirurških zahvata i obrazovne strukture medicinskih sestara	25 516 pacijenata u 300 bolnica u 9 zemalja Europe	Obrazovna struktura medicinska sestara utječe na ishode bolničkih pacijenata
Barnsteiner, Disch, Johnson, McGuinn, Chappell idr. (2012)	Kvantitativno istraživanje	Dokazati uspješnost primjene dopunjenog kurikuluma sadržajima o kvaliteti i sigurnosti na kompetencije I uspješnost medicinskih sestara	Studenti sestrinstva N = 1100	Potrebne su promjene u kurikulumu studija sestrinstva za povećanje kompetencija iz područja sigurnosti i kvalitete zdravstvene njege
Cooper, 2013	Deskriptivna analiza	Analiza dobivenih povratnih informacija od studenata nakon upotrebe alata za	Studenti sestrinstva N = 145	Istraživanje otkriva da je sigurnost za pacijenta primarna briga

		sigurnost, kvalitetu i izvješćivanje o neželjenim događajima		studenata sestrinstva
Sherwood i Zomorodi, 2014	Znanstveni pregledni rad	Utjecaj šest temeljnih kompetencija iz projekta obrazovanja QSEN na promjene i razvijanje novog načina razmišljanja temeljenog na novim znanjima o kvaliteti i sigurnosti.	/	QSEN projekt transformira sestrinsko obrazovanje i praksu, te promovira učenje kako bi se razvio novi način razmišljanja i postigla promjena ponašanja
Borji, Molavi, Salimi i Bastami, 2016	Kvantitativno istraživanje	Utvrđiti razinu kulture sigurnosti pacijenata u bolnicama u Elamu u 2016.	Medicinske sestre, randomizirani uzorak N = 150	S obzirom na važnost sigurnosti pacijenta, intervencije je potrebno usmjeriti za unaprjeđenje sigurnosti, posebno u dva aspekta izvanorganizacijske suradnje i reakcija bez kazne koja je najmanje zastupljena.
Noviyanti, Handiyani i Gayatri, 2018	Kvazi eksperimentalno istraživanje	Utvrđiti učinak kliničkih mentora koji primjenjuju strategije kvalitete za poboljšanje sigurnosti pacijenata na studente sestrinstva (znanje i stavovi)	studenti završne godine studija sestrinstva: N = 34 koji su imali primjenu strategija kulture od svog mentora i N= 34 iz druge bolnica kao kontrolna skupina koja je prošla kliničke vježbe kao i obično.	Primjena strategije kvalitete značajno utječe na sigurnost pacijenta. Stoga se preporuča primjena strategija kvalitete kao tehnika rješavanja problema radi optimizacije sigurnosti pacijenta
Andersen, Downera, Spencer i Willcocks, 2019	Kvalitativno istraživanje	Utvrđiti učinak simulacijskog pristupa u obrazovanju u svrhu poboljšanja	Medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, radni terapeuti i anestetici	Promocija kulture sigurnosti i učenja uz simulacijski pristup u

		sigurnosti pacijenata i kvalitete zdravstvenih ishoda	Tehničko osoblje (N = 429).	obrazovanju pozitivno utječe na ishode sigurnosti i zdravlja
Thom, Heil, Croft, Duffy, Morgan i Johantgen, 2016	Kvalitativno istraživanje	Učinak edukacije o sigurnosti pacijenata u različitim profesijama	Studenti medicine, studenti farmacije, studenti sestrinstva N = 43	Svi su studenti izvijestili o boljem razumijevanju sigurnosti pacijenata i povećanu zahvalnost kao rezultat ovog tečaja između različitih profesija
Wagner, Silvam Kantorski, Predebon, Sanches idr., 2016	Kvalitativno istraživanje	Ispitati utjecaj usvojene strategije za izgradnju kulture sigurnosti pacijenta iz perspektive zdravstvenih radnika	Zdravstveni profesionalci koji rade u Sveučilišnoj bolnici u Južnom brazilu (liječnici, sestre, negovatelji, studenti) N = 23	Potrebno je profesionalno osposobljavanje pomoću strategije (unakrsna integracija tema: priznavanje pogrešaka, jačanje timskog rada, poticaj za kontinuirano obrazovanje i profesionalni razvoj) za izgradnju kulture sigurnosti pacijenta.
Herak i Cikač, 2020	Kvalitativno istraživanje	Ciljevi istraživanja su bili prikazati mišljenje studenata sestrinstva o sigurnosti pacijenata na odjelima na kojima obavljaju vježbovnu nastavu	Studenti preddiplomskog studija sestrinstva N = 80	Studenti studija sestrinstva na vježbovnoj nastavi percipiraju osoblje na odjelu kao tim koji zajedno radi i gdje zaposlenici podupiru jedni druge, slažu se da se aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata

Izvor: Vlastiti izvor, 2021.

4 Rasprava

Istraživanja su pokazala je potrebno u temeljne kurikulume uvesti dopune s naglaskom na sigurnost i kulturu sigurnosti pacijenata. Zajedničkim naporima zdravstvenih radnika uz institucionalnu podršku moguće je poboljšati kulturu sigurnosti, kako bi se odgovorilo na izazove i napravilo transformaciju u sigurnu, isplativu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu (Ezzeddine, 2017, str. 139). Zdravstveni radnici čine najbolje što mogu kako bi pružili najbolju i najsigurniju moguću skrb za pacijente. Sve češće, mogu biti uključeni i studenti sestrinstva u događajima koji pridonose šteti pacijenta. Postojeća istraživanja pokazuju da sigurnost pacijenta treba naglasiti na svim razinama obrazovnog sustava u zdravstvenoj zaštiti (Rall idr., 2011, str. 255). Studija provedena u 12 država u Europi, čiji je cilj bio procijeniti postoje li razlike u omjerima između ishoda pacijenata i obrazovnim razinama medicinskih sestara, rezultati su pokazali da kvaliteta obrazovanja koja se pruža studentima sestrinstva može značajno smanjiti pogreške te poboljšati kvalitetu zdravstvene usluge (Aiken idr., 2012, str. 49). Uz teorijsku dopunu vezanih za kvalitetu i sigurnost, u samo edukaciju potrebno je uključiti i mentore koji vode vježbe u kliničkim uvjetima. Stvaranje sigurnog okruženja, gdje mentor kao uzor potiče studenta da primjeni svoje znanje, na vrijeme prepozna rizike od pogrešaka, prevenira pogreške i kritički razmišlja u provedbi intervencija. Dostupnost alata za sigurnost i neželjene događaje u svakom kliničkom programu pomaže osigurati da će informacije doći do svih studenata i nastavnika u kliničkom okruženju. Ovu teoriju potvrdilo je kvaziekperimentalno istraživanje koje provedeno na dvije skupine studenata (N = 34), jedna skupina imala je vježbovnu nastavu kod mentora koji je primjenjivao strategije za poboljšanje kvalitete i sigurnosti, a druga skupina imala je klasične vježbe bez strategija. Rezultati su pokazali da primjena strategije kvalitete sigurnosti i kvalitete od strane mentora značajno utječe na sigurnost pacijenta (Noviyanti, Handiyani i Gayatri, 2018, str. 53). Na koji način studenti razmišljaju i kako percipiraju sigurnost pacijenata na odjelima gdje obavljaju vježbovnu nastavu, pokazalo je istraživanje (Herak i Cikač, 2020, str. 158) provedeno na 80 studenata preddiplomskog studija, studenti su obavljali vježbovnu nastavu u 4 različite bolničke ustanove u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj. Rezultati su pokazali kako studenti percipiraju osoblje na odjelu kao tim koji zajedno radi i gdje zaposlenici podupiru jedni druge, slažu se da se aktivno poduzimaju mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata. Znajući što i kako prijaviti u izvještaju, pomoći će osnaživanju studenta koji će stvoriti sigurnije okruženje za sebe i svoje pacijente (Sherwood i Zomorodi, 2014, str. 18). Uloga kliničkog mentora ključna je u procesu učenja studenata o sigurnosti pacijenata (Cooper, 2013, str. 113).

5 Zaključak

Kao što su rezultati pokazali, razina obrazovanja i kurikulum koji obuhvaća kvalitetu i sigurnost pacijenata utječe na formiranje budućih zdravstvenih profesionalaca, a samim time i na kulturu sigurnosti. Sama svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je sigurnost pacijenta kao prioritet u nadolazećem desetljeću, te pokrenula program »Towards Zero Patient Harm in Health Care« kojim se potiču sve aktivnosti za smanjenje i prevenciju pogrešaka u zdravstvenoj zaštiti. Upravo zato da bi se pratili zahtjevi sustava, nužna je dopuna u obrazovanju medicinskih sestara. Ključno je da studenti sestrinstva započnu svoje obrazovanje sa razumijevanjem razlika između krivnje i sistemskih pristupa prema neželjenim događajima. Potrebno je da obrazovne ustanove postanu organizacije koje uče, potiču otvorenost i transparentnost u vezi s neželjenim događajima te zamjene kulturu krivnje i srama sa kulturom potpore i učenja. Kvaliteta poučavanja ili nadzora odredit će koliko uspješno studenti se integriraju i prilagođavaju bolničkom okruženju, stoga je važno imati kompetentne mentore u kliničkim uvjetima (Noviyanti idr., 2018, str. 53).

LITERATURA

1. Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. idr. (2012). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*, 49 (12).
2. Andersen, P., Downera, T., Spencerb, A. i Willcocksb, K. (2019) Using observational simulation teaching methods in professional development to address patient safety. *Collegian*, 1–6
3. Australian Council of Professions. Pridobljeno s <https://www.professions.org.au/what-is-a-professional/>.
4. Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., McGuinn, K., Chappell, K. idr. (2012). Diffusing qsen competencies across schools of nursing: the aacn/rwjf faculty development institutes. *Journal of Professional Nursing*, 29 (2), 68–74.
5. Borji, M., Molavi, S., Salimi, E. i Bastami, Y. (2016) Studying Patient Safety Culture from the Viewpoint of Nurse in educational hospitals Ilam City. *Int J Med Res Health Sci*, 5 (12), 198–202.
6. Brborovic, H., Sklebar, I., Brborovic, O., Brumen, V. i Mustajbegovic, J. (2014). Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgrad Med J*, 125–32
7. Cooper, E. (2013). From the School of Nursing Quality and Safety Officer: Nursing Students' Use of Safety Reporting Tools and Their Perception of Safety Issues in Clinical Settings. *Journal of Professional Nursing*, 29 (2), 109–116.
8. Domitrović, D. L., Relić, D., Britvić, A., Ožvačić - Adžič, Z., Jureša, V. idr. (2018). Obrazovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj, *Liječnički Vjesnik*, 140.
9. Ezzeddine, S. H. (2017). Patient Safety. *Nursing Education to Practice*, 3, 139
10. Herak, I. i Cikač, T. (2020). Sigurnost pacijenata iz perspektive studenata studija sestrinstva. V N Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacijenta* (str. 156–163). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
11. ICN Policy Brief (2015). Quantity, quality and relevance of the nursing workforce to patient outcomes. Geneva: Policy Brief, ICN.
12. Kalisch, B. J. i Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res*, 1–16
13. Kruk, M. E., Larson E., Twum - Danso N. A. Y. i Chan H. T. H. (2016). Time for a quality revolution in global health. *The Lancet Global Health*, 4 (9), 594–596
14. Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. V R. G. Hughes (ur.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (str. 1–4). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
15. Nieva, V. F. i Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12.
16. Noviyanti, L. W., Handiyani, H. i Gayatri, D. (2018). Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use of quality circles. *BMC Nursing*, 17 (2), 53.
17. Rall, M., Van Gessel, E. i Staender, S. (2011) Education, teaching and training in patient safety. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25 (2), 251–262
18. Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki - Pistolla, D., Matalliotakis, M. i Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5 (4), 73.
19. Sherwood, G. i Zomorodi, M. (2014). A new mindset for quality and safety: The QSEN competencies redefine nurses' roles in practice. *Nephrology Nursing Journal*, 41 (1), 15–22, 72. Pridobljeno s <http://www.prolibraries.com/anna/?select=session&sessionID=2965>.
20. Stimpfel, A. W., Djukic, M., Brewer, C. S. i Kovner, C. T. (2019). Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. *Health Care Management Review*, 44 (1), 57–66.
21. Thom, K. A., Heil, E. L., Croft, L. D., Duffy, A., Morgan, D. J. i Johantgen, M. (2016). Advancing interprofessional patient safety education for medical, nursing, and pharmacy learners during clinical rotations. *Journal of Interprofessional Care*.
22. Wegner, W., Silva, S. C., Kantorski, K. J. C., Predebon, C. M., Sanches, M. O. idr. (2016). Education for culture of patient safety. Implications to professional training *Esc Anna Nery*, 20 (3).

23. World Health Organization (2011). Patient safety curriculum guide: Multiprofessional edition. WHO Library: Geneva.
24. World Health Organization (2021). Patient Safety. Pridobljeno s <https://www.who.int/patientsafety/en/>.

Celostna obravnava posvojiteljev in otroka

UDK 364-782.44+616-083

KLJUČNE BESEDE: posvojitev, celostna obravnava, strokovni delavci, medicinska sestra

POVZETEK - Temeljno izhodišče strokovnih delavk in delavcev, ki delajo na področju posvojitve je, da se otroku poišče dobre starše, ki mu bodo nudili vse, kar potrebuje in ne obratno, da bi si starši izbrali otroka, ki bi bil po njihovih zahtevah, željah in merah najustreznejši. Dobra praksa socialnega dela na področju posvojitve je sestavljena iz kakovostne zakonodaje, strokovnega dela in dobre organizacije služb na tem področju. Strokovni delavci morajo tako pri svojem delu združevati teoretsko znanje, etiko stroke, zakonodajo ter potrebe in želje uporabnikov in v zvezi z njimi ohraniti zagovorniško držo. Socialno delo na področju posvojitve definiramo kot stroko, ki spodbuja socialne spremembe, reševanje problemov v človeških odnosih in opolnomočenje ter osvoboditev ljudi za to, da se doseže večje blagostanje celotne družbe. Znotraj postopka posvojitve ima pomembno vlogo tudi zdravstveni delavec oziroma medicinska sestra, ki sodeluje v samem postopku. Pomembna je njena skrb za posvojenca, biološke starše ter zdravstveno vzgojno delo pri posvojitvi. Skrb je jedro, bistvo delovanja in predstavlja osrednjo vrednoto v zdravstveni negi. Medicinska sestra mora izhajati iz dejstva, da je vsak človek edinstven, kar mora upoštevati pri spoštovanju in doživljanju dostojanstva, kar je tudi njena moralna zapoved, ki jo narekuje tudi kodeks etike.

UDC 364-782.44+616-083

KEYWORDS: adoption, integrated treatment, professionals, nurse

ABSTRACT - The fundamental starting point of professionals working in the field of adoption is to find good parents for the child who will provide everything the child needs, not the other way around, so that the parents can choose a child who best suits their needs, desires and standards. A good practice of social work in the field of adoption consists of laws, professional work and good organisation of services in this field. Professionals must therefore combine theoretical knowledge, professional ethics, laws and the needs and wishes of the users in their work and adopt an advocacy attitude towards them. We define social work in adoption as a profession that promotes social change, solves problems in human relationships and empowers and liberates people to achieve greater well-being for society as a whole. Within the adoption process, the health worker or nurse involved in the process itself also plays an important role. Their care for the adoptee, the biological parents and their health education work during the adoption is important. Nursing care is the core, the essence of functioning and represents a central value in nursing. The nurse must start from the fact that each person is unique, which he/she must take into account when respecting and experiencing dignity, which is also his/her moral imperative also given by the code of ethics.

1 Uvod

Posvojitev je ena izmed najpogostejših, uveljavljenih in prepoznavnih oblik socialnega starševstva. Pri posvojitvah gre za obliko starševstva, pri katerem socialni starši in otrok, ki je bil posvojen, ne delijo skupnega genskega zapisa, temveč samo čustveno navezanost. V preteklosti so bili v ospredju interesi posvojiteljev, danes pa naj bi v formalnem smislu bila dobrobit otroka na prvem mestu (Kostanjšek, 2015, str. 5).

Posvojitev je danes najučinkovitejši socialno varstveni ukrep za otroke, ki nimajo možnosti, da bi živeli pri bioloških starših (Klun, 2009, str. 35). Posvojitev je kompleksen proces, v katerem se upošteva vse vključujoče udeležence: od posvojenega otroka, njegovih bioloških staršev,

staršev, ki bodo otroka posvojili, do institucij, ki jih vključuje posvojitev (Kostanjšek, 2015, str. 5).

Ob besedi posvojitev najpogosteje pomislimo na pare oziroma posameznike, ki ne morejo imeti otrok bodisi zaradi zdravstvenih, bodisi zaradi drugih, lahko tudi osebnih vzrokov. Danes se vse več parov odloča, da bodo posvojili otroka, ker mu želijo pomagati do boljšega odraščanja, lepše prihodnosti. Trend posvajanja otrok prav gotovo predstavlja Hollywood, kjer so zvezdnice, kot sta Angelina Jolie in Madonna, začele posvajati otroke iz revnejših držav sveta. Nekateri trdijo, da gre za samo promocijo zvezdnikov, kako so dobrodelni, drugi pa menijo, da gre le za modno muho, tretji pa so prepričani, da gre za legalno trgovino z otroki. Prepričanje, da gre pri mednarodnih posvojitvah za trgovanje z otroci, meče slabo luč na to vrsto posvojitve. Le-te omogočajo parom, posameznikom in posameznicam, da posvojijo otroka iz drugih držav, če v matični državi ni otrok za posvojitev, ali pa se na posvojitve čaka predolgo oziroma gre za kake osebne razloge. Na primer samske ženske lažje posvojijo otroka preko mednarodne posvojitve, kot pa pri nas. To prinaša nek določen strošek, ki pa ni povezan z nakupom otroka. Zaradi kulturne, etične in rasne drugačnosti te posvojitve prinašajo velik emocionalen napor tako za socialne starše kot tudi za otroka. Večkrat prihaja do tihega rasizma iz okolice, otrok pa se že od samega začetka zaveda, da je drugačen (Kostanjšek 2015, str. 5–6).

V Sloveniji so se posvojitve razmahnile po letu 1974 z intenzivnim sodelovanjem z nekdanjimi članicami Jugoslavije. V tem obdobju je šlo za nacionalne posvojitve in s tega razloga veliko danes posvojenih otrok prihaja iz Jugoslovanskih držav. Danes pa v tem kontekstu govorimo torej o mednarodnih posvojitvah (Klun, 2009, str. 35).

Z gospodarskim razvojem in s poudarjanjem družbene blaginje se je v zadnjih desetletjih dvajsetega stoletja uveljavil koncept posvojitve otrok, kjer je posvojitev izključno v korist otroka. Ta trend je privedel do točke, ko ima vso možnost posvojiti otroka tudi samska ženska in tudi samski moški. Tako pri nas kot v večini drugih držav je trend še vedno redkost, vendar pa se temu – kot tudi istospolno usmerjenim parom – posveča vse več pozornosti.

2 Filozofija, morala in etika posvojitve

Posvojitev otroka predstavlja kompleksen proces, ki od vpletenih zahteva visoko stopnjo odgovornosti, ki je ni mogoče opredeliti le s predpisi in zakoni. Pomembna je etična drža posameznika, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot in emocionalne zrelosti. Vpleteni v proces posvojitve naj ne bi poznali le etičnih načel, potrebno je etično ravnanje na vsakem koraku procesa posvojitve. Strokovni delavec je po naravi svojega dela dolžan ravnati kot zagovornik interesov otroka, torej mora poskrbeti, da bo otrok našel par, ki ga bo sposoben fizično, psihično in moralno podpreti v dobi njegovega odraščanja. Govorimo o vzorcu oziroma paradigmi odnosa profesionalnega delavca do obeh udeležencev v procesu posvojitve: otroka in bodočega posvojiteljskega para. Gre za način vzpostavljanja novih odnosov, za razumevanje pravic, dolžnosti in tudi tistih starševskih nalog, ki so povezane z omejitvami. Nenehno je nujno spraševanje vseh udeleženih v procesu posvojitve, kaj dobro vpliva na otroka, na posvojiteljski par in čemu se velja izogniti. Na to presojo bistveno vplivajo etična kakovost udeleženih in njihov sistem vrednot. Vse, kar usmerja medsebojne odnose, bi moralo biti moralno – torej tudi v očeh udeleženih dobro za obe strani. Žal temu vedno ni tako. Nemalokrat beležimo psihično pripravljenost za izvršitev nekega dejanja zgolj z namenom dosege določenega cilja, četudi je jasno, da za obe strani ni dober. Prav zato bi morali razmišljati o konstruktivno kritičnem razmišljanju, ki v specifični situaciji prinaša dobro obema stranema. Pomembno v tej fazi se zdi oblikovati takšna načela in standarde, ki vodijo v primerno vedenje, povezano s profesionalnim dejanjem udeleženih strokovnih delavcev in osebnim delovanjem udeleženega para. Najnižja stopnja še sprejemljive etike bi morala biti načelo neškodljivosti in pravičnosti

do otroka. Področje posvojitve še nima izdelanega kodeksa etike, ki se zdi za profesionalno videnje posvojitve kot dejavnosti in za razumevanje vseh zahtev v procesu posvojitve, kot spremljajočega niza predpisanih pričakovanj in vedenj, nujno. Potrebo po kodeksu lahko aktualiziramo, ker stroka ni ustrezno profesionalno kakovostno razvila doktrine na področju posvojitve (Bevc, 2014, str. 20).

2.1 Etične dileme

Odločitve pri obravnavi posvojitve predstavljajo najzahtevnejše etične dileme tako na področju socialnega kot zdravstvenega področja. Upoštevajoč uradna etična priporočila morajo odločitve slediti načelu koristi otroka in mu izboljšati kakovost življenja.

Ker se etika nanaša na vse vidike človeškega ravnanja in odločanja, je to zelo široko in kompleksno področje proučevanja z mnogimi vejami in pristopi. V razvojni medicini so etične dileme v določeni meri specifične in predstavljajo posebej občutljivo področje, ki ga v veliki meri oblikujejo čustva, želje in pričakovanja staršev. Zajemajo kompleksne procese odločanja o prihodnosti otroka, presojanja kakovosti življenja in koristi otroka (Karapandža, Koglot Jelerčič in Cijan Šinigoj, 2017, str. 84–85).

3 Temeljni pojmi

Temeljni pojmi, ki se uporabljajo na področju posvojitve (Zaviršek, 2012, str. 23) :

- Oseba, ki je bila posvojena/otrok, ki je bil posvojen: pogosto poimenovana posvojenec, a po načelu, da je treba dati prednost poimenovanju človeka, besede »posvojenec« ne uporabljamo, razen v primeru neposredne navedbe zakonske odločbe; besedna zveza vsebuje poimenovanje za oba spola, zato se z njo izognemo tudi seksizmu v jeziku.
- Oseba, ki je posvojila otroka/starši/starš/družina, ki je posvojila otroka: pogosto poimenovana posvojitelj, a po načelu, da je treba dati prednost poimenovanju človeka, besede »posvojitelj« ne uporabljamo, razen v primeru neposredne navedbe zakonske odločbe; besedna zveza vsebuje poimenovanje za oba spola, zato se z njo izognemo tudi seksizmu v jeziku.
- Popolna posvojitve: posvojitve, s katero otrok pridobi vse pravice, ki jih ima biološki otrok, in se v celoti vključi v sorodstveno mrežo osebe, ki je otroka posvojila.
- Zaprta posvojitve: otrok nima pravice, da bi ob polnoletnosti pridobil informacije o bioloških starših, in biološki starši ne morejo pridobiti informacije o otroku.
- Odprta posvojitve: obstaja več vrst odprte posvojitve, najpogostejša pa je tista, pri kateri ima otrok pravico do informacij o bioloških starših.

4 Socialno delo na področju posvojitve

Postopek posvojitve zahteva od strokovnih delavcev, ki delajo z ljudmi, vpletenimi v postopek posvojitve, posebna znanja in usposobljenost.

Za področje posvojitve so pomembni nacionalni akti. V Ustavi Republike Slovenije posvojitve sicer ni nikjer izrecno omenjena, vendar pa je v več členih podana ustavnopravna navezava s posvojitvijo, in sicer v 14. členu, v 22. členu, 54. členu in 56. členu. V nekaterih nacionalnih zakonih pa je mogoče zaslediti posamezne določbe, ki se izrecno nanašajo na razmerje med posvojiteljem in otrokom, oziroma na pravice in dolžnosti, ki iz tega razmerja izhajajo. Takšne določbe vsebuje npr. Zakon o dedovanju (21. člen), Zakon o mednarodnem zasebnem pravu in postopku (46., 47. in 83. člen), Zakon o državljanstvu Republike Slovenije (7. člen, 7. odst. 14. člena in 23. člen), Zakon o osebnem imenu (14. člen), Zakon o matičnem registru (4. tč. 4.

člena), Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (39. člen), Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (20. člen), Zakon o notariatu (22. člen), Zakon o pravnem postopku (4. tč. 70. člena, 233. člen) (Kraljić, 2019, v Dremelj, Rosič, Črnak Meglič in Kopal Tomc, 2019, str. 10–11).

V socialnem delu na področju posvojitve je ena izmed najtežjih nalog sprejeti strokovno odgovornost za odvzem otroka in jo nato tudi izpeljati. Ravno tako je težko svetovati in podpreti žensko, ki se odloča za oddajo otroka v posvojitev, saj strokovnjak s svojim svetovanjem vpliva na odločitev ženske in s tem neposredno nosi del dolgoročne družbene odgovornosti. Zato si verjetno marsikateri strokovni delavec ali delavka na področju socialnega dela postavlja vprašanje, kako delati in ali delam prav (Bevc, 2014, str. 30).

V programu priprave na posvojitev morajo bodoči posvojitelji pridobiti izčrpne informacije o samem postopku posvojitve, o pravnem – formalnem vidiku posvojitve, informacije o specifikah posvojitve, kar pa je še pomembnejše, izkušnje drugih bodočih posvojiteljev, posvojiteljskih družin in posvojencev (Bevc, 2014, str. 30).

Strokovno delo na področju posvojitve se ne konča z izdano odločbo o posvojitvi, pač pa je proces, ki traja. Zelo pomembna je tudi psiho – socialna pomoč družini po posvojitvi otroka. Velikokrat se prava vprašanja začnejo porajati šele takrat, ko je otrok že nameščen v družino. Posvojitelji morajo vedeti kam in na koga se lahko obrnejo z vprašanji in prošnjo za pomoč, če bi prišlo do težav. Morajo imeti dostop do informacij, ki jih bodo potrebovali takrat, ko jih bodo potrebovali. Sodelovanje pri reševanju socialnih problemov družine z izkušnjo posvojitve pomeni, da skupaj z njo odkrivamo poseben, edinstven način, ki ga je ustvarila, da bi obvladala neskončno raznolikost individualnih razlik, značilen način konfrontacije in odgovornosti, ki ga omogoča (Čačinovič Vogrinčič, 1998, v Bevc, 2014, str. 30–31).

Vsak par, ki želi posvojiti otroka, bi moral biti deležen priprave na posvojitev, katera bi mu omogočila predelavo osnovnih tem (Bevc, 2014, str. 18):

- motivacijo za posvojitev;
- njun odnos do posvojitve;
- preseganje boleče lastne neplodnosti;
- pripravljenost na sprejem tujega otroka;
- pripravljenost na starševstvo;
- pravico do resnice in oblikovanje dvojne identitete otroka.

Najučinkovitejša oblika za to je skupinska priprava, kjer se izmenjuje izkušnje, znanje in ustvarja medsebojna podpora (Bevc, 2002, v Bevc, 2014, str. 18).

4.1 Prostovoljno združenje posvojiteljev

Društvo posvojiteljskih družin Deteljica je neprofitna, nevladna organizacija, ustanovljena kot odgovor na potrebe posvojiteljev in parov, ki so razmišljali o posvojitvi otroka, vendar njihove potrebe niso bile zadovoljene v programih državnih strokovnih služb (Bevc, 2002 v Bevc, 2014, str. 51). Zastopa interes uporabnikov in deluje tudi v dobro javnosti (Ovsenik in Ambrož 1999, v Bevc, 2014, str. 51), saj opravlja »javno koristno dejavnost na področju preprečevanja ali odpravljanja socialnih stisk in težav posameznikov, družin ali skupin prebivalstva« in v korist otrokom, čigar razmere zahtevajo socialno – varstveni ukrep posvojitve ali rejništva.

Sodelovanje s strokovnimi službami centrov za socialno delo je vedno odprto, timsko, na način individualne projektne skupine, ki sledi osrednjemu cilju – iskanju najoptimalnejše rešitve otrokove situacije. Strokovna delavka iz programa priprave na nadomestno starševstvo v Deteljici v vlogi zunanjega sodelavca, ki bodoča posvojitelja ali rejnika preko vključenosti v

program pozna že dalj časa, lahko posreduje strokovni službi centra več informacij o paru, ki želi posvojiti otroka kot tudi o možnih posvojiteljskih starših, če jih center potrebuje za otroka. Tako sodelovanje je strokovno in v korist otroku in njihovim staršem. Hkrati dviga kakovost storitve centra za socialno delo in vendar ne posega na področje izvajanja javnih pooblastil, ki jih ima za izpeljavo posvojitve otroka center za socialno delo (Bevc, 2014, str. 52).

Temeljni elementi priprave na nadomestno starševstvo v programu Deteljice (Bevc, 2014, str. 53) so:

- psihosocialna pomoč parom z izkušnjo neplodnosti, da se pred sprejemom otroka spoprimejo z njenimi posledicami;
- informacije in izkustveno učenje o posebnostih posvojitve in rejništva;
- oblikovanje realnih pričakovanj do tujega otroka;
- povezava s člani skupine v prijateljske odnose, s pomočjo katerih se vrnejo v svojo socialno mrežo in bodo iz nje črpali podporo za premagovanje težav, ki bodo zanesljivo prisotne v stvarnosti posvojiteljske družine.

Dobra praksa s stališča koristi otroka pa je lahko nezaželeno opozorilo državnim socialnim politikom in stroki, trn v peti pa tudi parom, ki se znajdejo v zamotanem klobčiču odvisnostne potrebe po otroku in pričakujejo od države le otroka, niso pa se pripravljani spoprijeti s krizo neplodnosti in se pripraviti na sprejem tujega otroka, saj končno tega od njih nihče ne zahteva (Bevc, 2014, str. 53).

5 Postopek ugotavljanja pogojev za posvojitev

V Družinskem zakoniku (2017, 223. člen) je navedeno, da se postopek za ugotavljanje pogojev za posvojitev začne s pisno prijavo centru za socialno delo, s katero zakonca, zunajzakonska partnerja ali posameznik izrazijo željo za posvojitev. Po prejemu pisne prijave center za socialno delo ugotavlja primernost prijavitelja.

V tem postopku preizkusi, ali je prijavo vložila oseba, ki je lahko posvojitelj (zakonca, zunajzakonska partnerja ali oseba, ki ni v zakonski zvezi ali zunajzakonski skupnosti, 213. člen Družinskega zakonika), da oseba ni bližnji sorodnik ali skrbnik otroka (214. člen Družinskega zakonika). Med drugim se ugotavlja, da je prijavitelj ustrezne starosti za posvojitev in da se razsodni otrok strinja s posvojitvijo (215. člen Družinskega zakonika), motive za posvojitev in druge za posvojitev pomembne okoliščine. Ugotavljanje primernosti posvojitelja ne sme trajati dlje kot eno leto od dneva vložitve prijave. Na podlagi ugotovitev o primernosti posvojitelja pripravi center za socialno delo strokovno mnenje prijavitelju. Pred posvojitvijo mora center za socialno delo to mnenje ponovno preveriti (244. člen Družinskega zakonika).

Prijavitelj, za katerega je center za socialno delo v svojem strokovnem mnenju ugotovil, da je primeren za posvojitelja, pridobi status kandidata za posvojitelja. Center za socialno delo takega prijavitelja vpiše v centralno zbirko podatkov o kandidatih za posvojitelje. Zbirka je del centralne zbirke podatkov na področju posvojitve, v katero se vpišejo tudi otroci, ki potrebujejo posvojitev, biološki starši, ki potrebujejo posvojitev, in podatki o že izvedenih posvojitvah v Republiki Sloveniji. Za vpis osebnih podatkov v zbirko so pristojni centri za socialno delo, in sicer vsak za območje svoje krajevne pristojnosti. Centri za socialno delo imajo znotraj centralne zbirke vpogled v osebne podatke o kandidatih za posvojitelje za celotno območje Republike Slovenije. V osebne podatke o otrocih, ki potrebujejo posvojitev, v osebne podatke o bioloških starših otrok, ki potrebujejo posvojitev, in v osebne podatke o izvedenih posvojitvah pa imajo vpogled le za območje svoje krajevne pristojnosti (284. člen Družinskega zakonika). Osebni podatki centralne zbirke podatkov o kandidatih za posvojitev se hranijo pet let po

pravnomočni sodni odločbi o posvojitvi. Po poteku tega roka se podatki anonimizirajo (Družinski zakonik, 2017, 289. člen, prvi odstavek). Centralno zbirko podatkov na področju posvojitve vzpostavi ministrstvo, pristojno za družino. Ministrstvo kot upravljavec zbirk obdeluje podatke za namen spremljanja, načrtovanja in razvoja področij, za znanstvenoraziskovalne in statistične namene ter za izvajanje internega nadzora nad uporabo podatkov (Družinski zakonik, 2017, 283. člen, prvi odstavek).

Centralna zbirka podatkov o kandidatih za posvojitelje ima namen zagotoviti pretok informacij o kandidatih, ki si želijo posvojiti otroka. Otrokova korist namreč zahteva, da mu center za socialno delo v postopku posvojitve poišče najboljše možne starše. Otroku za to ni v korist, če center za socialno delo izbere posvojitelja izmed nekaj kandidatov, ki so po naključju na voljo na območju pristojnega centra za socialno delo, ali izmed kandidatov z območja drugega centra za socialno delo, za katere pristojni center po naključju ve, niti mu ni v korist, da ni posvojen, ker na območju pristojnega centra za socialno delo ni kandidatov za posvojitve (Družinski zakonik, 2017, 284. člen, prvi odstavek).

Center za socialno delo med vsemi možnimi kandidati za posvojitelja izbere najprimernejšega kandidata in vloži predlog za posvojitve na sodišče. Pri izbiri najprimernejšega kandidata center za socialno delo upošteva značilnosti in potrebe otroka, želje kandidata, strokovno mnenje centra za socialno delo, željo staršev glede bodočih posvojiteljev in čas vpisa v centralno zbirko podatkov o kandidatih za posvojitelje. Čas vpisa se ne upošteva, kadar je v korist otroka, da ga posvoji določeni kandidat (Družinski zakonik, 2017, 226. člen).

Določbe o postopku za ugotavljanje pogojev posvojitve se ne uporabljajo za posvojitve otroka svojega partnerja. Partner vloži predlog za posvojitve direktno na sodišče. To odloči v nepravdnem postopku na podlagi predhodnega mnenja centra za socialno delo (Družinski zakonik, 2017, 228. člen).

5.1 Težave in stiske pri postopku posvojitve

Otroci, ki so bili posvojeni, se srečujejo predvsem s težavami, kot je navezanost ter strah po izgubi socialnih staršev, saj so se z izgubo bioloških staršev že srečali v rani mladosti. Te težave so prisotne predvsem pri otrocih, ki so izkusili tako institucionalno varstvo kot rejniške družine. Velikokrat otroci krivijo sebe, da so problematični in da jih nihče »ne želi imeti« za svoje. Pogosto pa se dogaja, da so ravno rejniški starši ali pa v nekaterih primerih celo starši, ki so posvojili otroka, glavni krivec (najpogosteje zaradi zlorab), da se otrok seli od ene družine do druge. Ker so vzroki, zakaj otroka dati v posvojitve, različni, so tudi različna bremena in stiske, ki jih otroci imajo. Pri starejših otrocih, ki so nekaj časa živeli z biološkimi starši, je najpogosteje vzrok odvzema otroka zloraba s strani bioloških staršev (nasilje, alkoholizem ali druge zlorabe prepovedanih substanc). Ti otroci se srečujejo s strahovi, ki so povezani z odnosom do odraslih (avtoritativnih) oseb. Zato je pomembno, da starši skupaj s pomočjo strokovnih delavcev takim otrokom pomagajo (Gray, 2012, str. 27).

6 Vloga zdravstvenih delavcev pri posvojitvi otroka

Medicinske sestre smo opremljene s poenotenim znanjem, pa vendar nam življenje, ki ga živimo vsaka po svoje, daje temeljni pečat v odnosu do sočloveka. Vsaka s svojimi cilji, željami in načinom življenja oblikujemo svoja stališča in vrednote, ki se zrealijo in zorijo tudi pri našem delu z oskrbovanci. Tako kot naš pristop so si različni naši oskrbovanci in pot, po kateri skupaj stopamo; je vedno znova izziv, tako strokoven kot etičen in moralen (Potočnik, 2016, str. 18).

Medicinska sestra s svojim delom in odnosom močno vpliva na zdravje in življenje ljudi. To veliko odgovornost ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža vsakega posameznika, kot tudi njegove moralne vrednote, ki jih kontinuirano razvija. To zavezuje medicinsko sestro ne le da etična načela pozna, temveč da v vseh stanjih in ob vsakem času etično ravna in je zagovornik koristi varovanca; nudi mu fizično, psihično, moralno in duhovno podporo. Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica ji omogoča večje zadovoljstvo pri delu ter osebno rast (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014, načelo IV).

Zaviršek (2009, str. 11), meni, da so prav medicinske sestre kot del strokovnega tima vez med ljudmi, ki so otroka rodili, in ljudmi, ki so otroka posvojili. Njihovo vlogo opredeljuje kot pogosto ključno pri tem, kako in če sploh se bodo vzpostavili stiki med življenjem pred in po posvojitvi.

Tuji strokovnjaki poudarjajo, da so udeleženci pri posvojitvi tako imenovane tri enote (triada): biološki starši, ki otroka dajo v posvojitvev, adaptivni starši, ki otroka posvojijo in otrok (Glogovšek, 2013, str. 28).

Foli in Gibson (2011, str. 463–467) poudarjata, da je posvojiteljski družini, ki se sooča s posebnimi razvojnimi situacijami, potrebna dobra zdravstvena nega, ki omogoča, da družina lažje izvaja vse naloge. Menita, da vsi udeleženci triade potrebujejo dobro zdravstveno nego.

Moralno etična načela, zapisana v Kodeksu, služijo medicinskim sestram za oblikovanje etičnih vrednot kot vodilo in spodbuda pri vsakodnevni praksi. Medicinske sestre naj ne bi samo poznale etičnih načel, temveč ravnale etično v vseh stanjih in ob vsakem času. Neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstva in pravic človeka (Buček Hajdarević, 2001, v Klemenc, 2004, str. 292).

Leta 2016 je avtorica Potočnik v svojem diplomskem delu predstavila študijo primera s katero je ugotavljala, ali je posvojitelj prejel dovolj informacij s strani medicinske sestre o oskrbi novorojenčka. Ugotovila je, da je bilo sodelovanje staršev posvojiteljev z medicinsko sestro in kliničnim okoljem uspešno in da ima otrok vse pogoje, da se normalno socializira v domačem okolju, v vrtcu in med svojimi vrstniki. Posvojitelj je prejel dovolj informacij s strani medicinske sestre o oskrbi novorojenčka, tako da je mami in otroku zagotovljena zdravstvena in psihična varnost v domačem okolju (Potočnik, 2016, str. 2).

7 Zaključek

Vsekakor je lahko nezmožnost imeti biološkega otroka posebna okoliščina, ki ji je potrebno nameniti dodatno pozornost. Pari, ki so posvojili otroka se v prvi vrsti srečajo s stisko, ko izvedo, da sami ne morejo imeti svojega biološkega otroka. V procesu žalovanja in raziskovanja možnosti se lahko obrnejo na pomoč na centre za socialno delo v domačem kraju. Nato se seznanijo s postopkom posvojitve, ki je naporen proces, predvsem kar zadeva birokracijo, zbiranje potrebnih dokumentov in čakanje na otroka. Naporni so prvi meseci, ko otrok že živi pri njih, vendar je to čas, ko je otrok v rejništvu in ima biološka mati možnost, da se premisli.

Holističen pogled na posvojitvev otroka v ospredje postavlja socialno varstvene ukrepe za koristi otroka. Pri tem opozarja na dva nepogrešljiva dejavnika v postopku posvojitve: realnost neplodnega para, na katero morata reagirati družba in stroka na način, da vzpostavi za korist otroka najprej pripravo strokovnih delavcev, ki bodo ozaveščeni o pomenu priprave na posvojitvev in tudi posledic neplodnega para ter motivirali par za vključitev v skupinsko pripravo na posvojitvev. V takem primeru je veliko več možnosti, da posvojitvev prvenstveno sledi

potrebam in koristim otroka in tudi smernicam razvoja doktrine socialnega dela na področju posvajanja otrok.

Odrta vprašanja glede razumevanja, kaj posvojitev je, kako jo razumejo posvojitelji in kako strokovni delavci, stopnjujejo intenziteto, ko ugotavljamo kako pomembno je za bodoče posvojitelje in predvsem za otroka, ki ga dajemo v posvojitev, ustrezna priprava posvojiteljskega para, posvojiteljskih staršev. Gre za težka emocionalna stanja, stiske, ki lahko preraščajo v travme. Populacija se stara, otrok se rodi vse manj, zato ni zanemarljiv delež teh otrok, ki ostajajo brez rodnega gnezda in potrebujejo novo družino, potrebujejo dom. Ob zavesti, da gre za usode otrok, bi k problemu posvojitve morali pristopiti ozaveščeno, razumljeno, kot zahteva nov družbeno - socialen čas.

Priprave za posvojitev niso enotne. Nekateri centri jih lahko sami vodijo, sploh če imajo zaposlene še kake druge strokovnjake, npr. psihologa. Manjši centri žal tega nimajo, zato se poslužujejo Deteljice. Mogoče bi bil nek osrednji center, ki bi bil pooblaščen in enoten za vso Slovenijo dobra rešitev.

Kljub temu, da je področje posvojitve zakonsko urejeno, se v praksi posvojitve med seboj razlikujejo. Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih določa le najnujnejše pogoje in razmerja, ki nastanejo s posvojitvijo. Za delo na tem področju bi morali izoblikovati enotne smernice, da ne bi bili socialni delavci in drugi strokovnjaki na tem področju prepuščeni lastni iniciativi.

V manjših občinah je otrok za posvojitev manj in praviloma je tudi manj sklenjenih posvojitve. Prav tako nimajo vsi centri organiziranih priprav, ki sicer zakonsko niso določene, so pa zelo pomembne. Večje občine veliko hitreje rešujejo posvojitve, saj imajo zato boljše pogoje.

Posvojitelji se izobražujejo, iščejo informacije tudi pri zdravstvenih delavcih. Zelo pomembno je, da dobijo vse potrebne informacije glede skrbi za otroka od zdravstvenih delavcev oziroma medicinske sestre. Vloga medicinske sestre na oddelku za perinatologijo je pri posvojitvi izjemnega pomena. Nastopi v trenutku, ko se biološka mati odloči, da ne želi več imeti stika s svojim otrokom, kar je lahko nemudoma po rojstvu otroka, po preteku določenega obdobja in ne glede na obveščeno pristojnega centra za socialno delo. Medicinska sestra je prisotna pri zdravstveni oskrbi tako posvojenca kot biološke matere, prvem stiku posvojenca in posvojiteljev in ključna pri zdravstveno vzgojnem delu s posvojitelji. Potrebuje znanja zdravstvene nege in vzgoje, sposobnost psihične in moralne podpore staršem, ki se otroka odpovedujejo kot tudi posvojiteljem.

Otroci so naše bogastvo, prihodnost, so vir energije, katero nam ponudijo, ko nam je zmanjka. Moramo jih varovati, da se počutijo varne in ljubljene. Bolj ko to čutijo, bolje se razvijajo. Prav je, da za njih skrbimo, da jih zaščitimo tam in tedaj, ko to najbolj potrebujejo. Na žalost zagotovila za uspešnost posvojitve ni. Tako kot ni zagotovila za uspešno zakonsko oziroma partnersko zvezo. Veliko pa je mogoče doseči z odprto, vzajemno komunikacijo in odkritostjo med udeleženci posvojitve. »Socialni starši« morajo že pred postopkom posvojitve pridobiti potrebne informacije, se izobraževati, ter se pogovoriti s strokovnim delavcem, ne nazadnje tudi s parom, ki že ima to izkušnjo. Biti starš namreč ne pomeni deliti si dedni material, temveč čutiti in deliti tisto, kar je najbolj čutno pomembno. Le tako se kasneje lažje spoprimejo s težavami oziroma so ustrezno pripravljene za prihodnost, kakršnakoli že je.

Odločitev za posvojitev otroka je odgovornost, saj se morajo bodoči posvojitelji odločiti, da le tega posvojijo s ključnim namenom, da ustvarijo družino. Posvojitev je plemenita gesta ljubezni, ki temelji na skupnih prepričanjih in vrednotah vsake kulture. Je oblika zaščite otroka, ki iz kakršnihkoli vzrokov ne morejo živeti s svojimi roditelji. Za zdravo, normalno in varno življenje je ključnega pomena tudi vloga zdravstvenih delavcev. Skrb v zdravstveni negi

pomeni biti navzoč ob sočloveku, zaznati da potrebuje pomoč, ga negovati, tolažiti, zagovarjati, skrbeti zanj v najširšem pomenu besede. Etični kodeks kot ključne vrednote uvršča dostojanstvo in spoštovanje, varovanje zasebnosti, odgovornost, varnost in kompetentnost. Razvita zavest o pomembnosti profesionalne etike, zagotavlja boljše usluge tudi na področju posvojitve. Kodeks etike v zdravstveni negi s svojimi načeli zavezuje vse izvajalce zdravstvene nege k poklicni molčečnosti. Poklicna skrivnost je širok pojem, ki zajema vse podatke, ki jih izvajalci zdravstvene nege izvajajo na področju posvojitve.

Celostna obravnava posvojitve je socialni in emocionalni izziv, da bi naša družba zmogla dojeti, kdo nosi in kako občuti posledice rigidnosti sistema in kako malo je potrebno, da posameznik s sočutnim razumevanjem udeležencev v posvojitvi spremeni ustaljenost naših praks na področju posvojitve, v korist otrok in ostalih udeležencev posvojitve.

LITERATURA

1. Bevc, V. (2014). Organizacijski dejavniki socialno varstvenega ukrepa posvojitve otrok in njihova protislovnost (Doktorska disertacija). Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede.
2. Dremelj, P., Rosič, J., Črnak Meglič, A. in Kobal Tomc, B. (2019). Smernice za delo na področju posvojitve. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
3. Družinski zakonik z uvodnimi pojasnili prof. dr. Barbare Novak, 2. Ponatis. Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/e-bilten/novica/kaksen-je-postopek-za-ugotavljanje-pogojev-posvojitve>.
4. Foli, K. J. in Gibson, G. C. (2011). Training 'AdoptionSmart' Professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18.
5. Glogovšek, M. (2013). Vloga medicinske sestre pri posvojitvi otrok – moralne in etične dileme (Diplomsko delo). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
6. Gray, D. (2012). *Attaching in Adoption: Practical Tools for Today's Parents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
7. Karapandža, J., Koglot Jelerčič, N. in Cijan Šinigoj, S. (2017). Etične dileme v zdravstvenem zavodu z vzgojno varstveno dejavnostjo. Pridobljeno s https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2017_S1_p084-088.pdf.
8. Klemenc, D. (2004). Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. *Obzornik Zdravstvene nege*, 38.
9. Klun, M. (2009). *Posvojitve v Sloveniji kot oblika socialnega starševstva* (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
10. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
11. Kostanjšek, M. (2015). *Stiske socialnih staršev pri postopku posvojitve* (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
12. Potočnik, B. (2016). *Doživljanje vloge medicinske sestre s stališča posvojitelja* (Diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Zaviršek, D. (2012). *Notranje in meddržavne posvojitve: Od osebnih izkušenj do dobre prakse – Razvijanje novih strokovnih kompetenc v socialnem varstvu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Različni vidiki zadovoljstva specializantov družinske medicine tekom specializacije

UDK 614.253-057.876

KLJUČNE BESEDE: specializant družinske medicine, zadovoljstvo, mentorstvo

POVZETEK - Zdravnik družinske medicine pri svojem delu uporablja celovit pristop in specifično reševanje problemov, ki vodi do v osebo usmerjene zdravstvene oskrbe in sočasnega obvladovanja več problemov. Zadovoljstvo zaposlenih je izrazito pozitivno emocionalno stanje posameznika, ki je rezultat načina doživljanja dela, pojmovanja in ocenjevanja stanja delovnega okolja, izkušenj pri delu ter načina občutenja vseh elementov dela in delovnega mesta. Namen naše raziskave je bil preveriti kateri vidiki zadovoljstva specializantov družinske medicine so pomembno povezani s številom specializantov pri glavnem mentorju. Raziskava je bila zasnovana kot kvantitativna presečna oblika študije. Za namen zbiranja podatkov je bil uporabljen vprašalnik, ki je bil sestavljen iz treh delov. V analizo je bilo vključenih naključno izbranih 105 od 353 (29,75 %) slovenskih specializantov družinske medicine. Ugotovili smo da je zadovoljstvo specializantov družinske medicine pomembno povezano s številom specializantov, ki so dodeljeni glavnemu mentorju, in sicer z vidika splošnega zadovoljstva z delovnimi pogoji (Kruskal-Wallisov test: $\chi^2=9,166$; $df=3$; $p=0,027$) in zadovoljstva z organiziranostjo (Kruskal-Wallisov test razlik: $\chi^2=7,165$; $df=3$; $p=0,067$). Število specializantov družinske medicine, ki so dodeljeni glavnemu mentorju, pomembno vpliva na različne vidike njihovega zadovoljstva, kar bi bilo smiselno upoštevati pri razporeditvi specializantov k glavnim mentorjem.

UDC 614.253-057.876

KEYWORDS: family medicine trainees, satisfaction, mentoring

ABSTRACT - The family physician applies a comprehensive approach and specific problem solving to his or her work, resulting in person-centered health care and the simultaneous treatment of multiple problems. Employee satisfaction is a distinctively positive emotional state of an individual that results from how one experiences work, how one understands and evaluates the state of the work environment, what work experience one has and how one feels about all elements of work and the workplace. The aim of our research was to investigate which aspects of family medicine trainee satisfaction were significantly related to the number of trainees assigned to the main supervisor. Our study was designed as a quantitative cross-sectional study. A questionnaire consisting of three parts was used to collect data. 105 out of 353 (29.75%) Slovenian family medicine trainees were randomly invited to participate in our research. We found that satisfaction of family medicine trainees was significantly related to the number of trainees assigned to the main supervisor in terms of overall satisfaction with working conditions (Kruskal-Wallis test: $\chi^2 = 9.166$; $df = 3$; $p = 0.027$) and satisfaction with the organisation (Kruskal-Wallis difference test: $\chi^2 = 7.165$; $df = 3$; $p = 0.067$). The number of family medicine trainees allocated to the main supervisor has a significant impact on various aspects of their satisfaction, which should be meaningfully considered when allocating trainees to main supervisors.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Uvod

Družinska medicina je akademska in znanstvena veda, ki je s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, usmerjena v primarno zdravstveno varstvo (Švab in Kersnik, 2004). Bolnikom omogoča vzpostaviti osebni odnos s svojim izbranim zdravnikom v svetu, kjer se bolniki izgubljajo v

poplavi diagnostičnih preiskav z brezosebnim odnosom. Hkrati pa zaradi svoje strokovne učinkovitosti postaja vedno bolj priljubljena tudi za politiko (Starfield, 1998). Ob tako pomembni nalogi, ki jo v zdravstvenemu sistemu sprejema družinska medicina, je smiselno pričakovati ustrezne pogoje dela za izobraževanje bodočih specialistov družinske medicine.

Leta 2000 je Katedra za družinsko medicino uspešno predstavila nov program specializacije in prvi seznam kompetenc zdravnika družinske medicine (Ivetić, 2009); takrat je specializacija iz družinske medicine postala obvezna za samostojno delo v ambulanti splošne/družinske medicine. Dosežen je bil pomemben cilj, da mladi specializant opravi velik del specializacije v ambulanti družinske medicine. Trenutno, v skladu s smernicami oz. direktivo EU, specializacija traja 4 leta, od tega dve leti zavzema klinični del kroženja v bolnici in dve leti ambulantno modularni del (Heyrman, 2005).

1.2 Vloga glavnega mentorja pri specializaciji iz družinske medicine

Osnovni pogoji za glavnega mentorja za specializante družinske medicine, ki jih imenuje zbornica, so (https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/speciialiacije/testna-mapa/druzinska-medicina/nova-vsebina-druzinska-medicina/9913-vsebina-dm--od-1-6.pdf?sfvrsn=4ad2936_8):

- specialist splošne/družinske medicine najmanj 5 let,
- več kot 4 leta do predvidene upokojitve,
- delo v ambulanti splošne/družinske medicine,
- želja biti mentor in prenašati znanje in izkušnje na mlajše kolege,
- dober zdravnik in človek,
- redno sodelovanje na učnih delavnicah za mentorje (najmanj enkrat na dve leti), ki jih organizira ZZDM,
- sodelovanje na seminarjih oz. srečanjih mentorjev, ki jih za glavne mentorje organizira ZZS,
- najmanj trideset licenčnih točk v predhodnem koledarskem letu.

Naloge glavnega mentorja so (Kolšek, 2016):

- nadzira potek specializacije,
- določi neposredne mentorje in sodeluje z njimi,
- lahko organizira skupinske oblike izobraževanja,
- spremlja in ocenjuje napredovanje specializanta (e-list),
- pooblašča specializanta za samostojno opravljanje določenih del (e-list),
- predlaga lahko podaljšanje določenega dela specializacije,
- lahko prisostvuje specialističnemu izpitu svojega kandidata.

1.3 Zadovoljstvo zaposlenih

Zadovoljstvo zaposlenih je izrazito pozitivno emocionalno stanje posameznika, ki je rezultat načina doživljanja dela, pojmovanja in ocenjevanja stanja delovnega okolja, izkušenj pri delu ter načina občutenja vseh elementov dela in delovnega mesta (Mihalič, 2008).

Zadovoljstvo pri delu je eno od najpomembnejših občutij povezanih s konkretnim delom in podjetjem. Pomeni nam zbir občutkov in prepričanj zaposlenih o njihovi trenutni zaposlitvi, lastni organizaciji ter možnostih in pogojih dela. Zadovoljstvo zaposlenih lahko niha od velikega zadovoljstva do velikega nezadovoljstva. Odvisno pa je od samega dela, sodelavcev, nadrejenih, plače ... (George in Gareth, 1999, str. 67).

Je skupek pozitivnih in negativnih občutkov, ki jih ljudje doživljajo pri delu. Zadovoljstvo prinese zadovoljitev potreb, doseganje ciljev, lahko tudi delo samo. Za opredelitev zadovoljstva

z delom bi dejali, da je to zadovoljstvo oz. pozitivno emocionalno stanje, ki je posledica ocene lastnih izkušenj, preteklih in sedanjih. Na podlagi primerjave preteklih in sedanjih izkušenj ter doseganja pričakovanj se oblikuje zadovoljstvo in nezadovoljstvo (Možina idr., 2002a, str. 23–200).

1.4 Organizacijska klima

Glede na literaturo obstaja več opredelitev pojma organizacijske klime. Vsem definicijam je skupno, da vključujejo pojme kot so vzdušje, zaposleni, občutki in zaznave. Obstaja več pojmov, ki jih nekateri avtorji enačijo, npr. organizacijska klima, psihološka klima, osebnost podjetja, delovno ozračje itd. (Lipičnik, 1998, str. 74–79).

Organizacijsko klimo lahko opredelimo kot vzdušje, ki je na eni strani posledica delovanja faktorjev v organizaciji, na drugi strani pa vpliva na celotno dogajanje v njej. Ob tem ima vzdušje lahko pozitiven in negativen vpliv na doseganje storilnosti in ciljev (Rus, 1994, str. 164–170).

Možina organizacijsko klimo opredeljuje kot stanje organizacije in njenih delov. Je rezultat vedenja in počutja članov organizacije. Je kakovost organizacijskega notranjega okolja, ki jo ločuje od drugih organizacij (Možina, 1994, str. 146).

Po Lipičniku je klima način vedenja ljudi in način zaznavanja medsebojnih odnosov, z dobro ali slabo posledico (Lipičnik, 1998, str. 74–79). Rezultat je za ljudi, ki so se klimi prilagodili, normalen in sprejemljiv. Posledica prilagajanja klimi je zato lahko koristna, ali pa ne. Tako sta nesposobnost in neznanje delavcev dve različni posledici klime.

1.5 Dimenzije organizacijske klime

Vprašanja v vprašalniku o zadovoljstvu smo po zgledu raziskovanja zadovoljstva diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah razporedil v dimenzije organizacijske klime: notranji odnosi, motivacija in zavzetost, pripadnost organizaciji, organiziranost, strokovna usposobljenost in učenje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev, notranje komuniciranje in informiranje.

1.5.1 Notranji odnosi

S to dimenzijo proučujemo odnose med zaposlenimi. Zanima nas, ali prevladuje sodelovanje in skupno reševanje konfliktov. Za dobre odnose je značilno, da upoštevamo razlike med zaposlenimi, da med njimi vlada vzajemnost, da med njimi poteka spremljanje in dajanje informacij, da razlikujemo vsebino in odnose v komunikaciji (Možina idr., 2002b, str. 219–599).

1.5.2 Motivacija in zavzetost

Obstaja več teorij, ki določajo motivacijske dejavnike. Vsak posameznik pa razvije svoj motivacijski model, na katerega vplivajo njegove potrebe, vrednote in interesi, želje in pričakovanja. Tako gre za kombinacijo številnih zapletenih dejavnikov, poznanih in nepozabnih (Lipičnik, 1998, str. 74–79). Delimo jih lahko na primarne (biološke in socialne), sekundarne (interesi, stališča, navade), podedovane in pridobljene, univerzalne in individualne.

Motivacijski dejavniki, ki so povezani z delom so (Černetič, 2007, str. 237):

- primerno delovno okolje,
- možnost napredovanja,
- razporeditev delovnega časa,
- možnost strokovnega usposabljanja,
- zanimivo delo,

- medsebojni odnosi,
- možnost uveljavljanja delovnih sposobnosti,
- stalnost in zanesljivost zaposlitve,
- osebni dohodek,
- priznanje in uspešnost pri delu,
- soodločanje pri delu.

1.5.3 Pripadnost organizaciji

Pomembno je, da zaposleni v organizaciji najdejo svoj smisel, s tem jim uspe zadovoljiti svoje potrebe in želje (Zupan, 2001).

Organizacija in zaposleni prevzemata medsebojne cilje, saj ljudje uresničujejo osebne cilje in svoje interese, organizacija pa z njihovo pomočjo lažje dosega interese lastnika (Tavčar, 1996, str. 311).

1.5.4 Organiziranost

Pomeni neprekinjen proces organiziranja delovnih nalog in prevzema v delu organizacijske klime pomembno vlogo. Pomembno je, da so zadolžitve, pristojnosti in odgovornosti jasno opredeljene in medsebojno uravnotežene (Možina, 1994, str. 146).

1.5.5 Strokovna usposobljenost in učenje

Predstavlja pomembno dimenzijo organizacijske klime. Skozi učenje organizacija spoznava procese in stanja v okolju in se jim prilagaja. Je ena od pomembnih zahtev pri zagotavljanju kakovosti ob pojavljanju večje konkurenčnosti zaradi globalnih, tehnoloških in strukturnih sprememb (Možina, 1994, str. 146).

1.5.6 Poznavanje poslanstva vizije in ciljev

Le če zaposleni poznajo in sodelujejo pri postavljanju ter uresničevanju ciljev, vizije in strategije in verjamejo v uspeh, so pripravljeni dograjevati svoje znanje, spreminjati lastne in utečene načine razmišljanja ter obnašanja pri delu (Rozman in sod., 1993, str. 128–135). Poslanstvo podjetja vključuje predvsem opredelitev bistva poslanstva in usmeritev njenega delovanja. Z njim podjetje opredeli razloge za svoj obstoj in utemelji prihodnje delovanje. Tako povezuje sedanjost in prihodnost (Rozman idr., 1993, str. 128–135).

1.5.7 Notranje komuniciranje in informiranje

Notranje komuniciranje pomaga zaposlenim razumeti delovanje organizacije in tudi spoznati, kako bi sami lahko doprinesli k večjemu uspehu. Zato morajo biti zaposleni seznanjeni z načrti in politiko cilji družbe. Na ta način dosežemo večjo pripadnost združbi in motiviranost zaposlenih (Rozman, 2000, str. 25).

Namen naše raziskave je bil preveriti kateri vidiki zadovoljstva specializantov družinske medicine so pomembno povezani s številom specializantov pri glavnem mentorju.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Naša raziskava je bila kvantitativna presečna študija. Specializanti družinske medicine iz celotne Slovenije, iz naključno izbranih modularnih skupin (v času ambulantno modularnega dela specializacije) in naključno izbranih regijskih skupin, so izpolnjevali papirnate anketne vprašalnike.

Podatki so se zbirali od septembra 2016 do decembra 2016.

Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko (štev. odločbe: 0120- 493/2016-2; dne:16. 2. 2017)

2.2 Opis instrumenta

Za namen zbiranja podatkov je bil uporabljen vprašalnik, ki predstavlja del kompleksne študije o pogojih dela specializantov družinske medicine in njihovim zadovoljstvom z le-tem (Pašić in Ivetić, 2021). Za namen naše raziskave, smo uporabili tretji del vprašalnika (raziskava zadovoljstva zaposlenih) ki je vseboval 27 trditev, ki se nanašajo na organizacijsko klimo, ki jo preučujemo skozi njene dimenzije (notranji odnosi, motivacija in zavzetost, pripadnost organizaciji, organiziranost, strokovna usposobljenost in učenje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev, notranje komuniciranje in informiranje). Mnenja za trditve v tem delu so bila označena s stopnjo strinjanja, ki je bila pet stopenjska.

Postavljeno je bilo tudi neposredno vprašanje o zadovoljstvu s pogoji dela in o številu specializantov pri enem mentorju.

2.3 Opis vzorca

Vzorec so predstavljali zdravniki specializanti družinske medicine v ambulantno-modularnem delu specializacije. V času zbiranja podatkov je bilo 353 specializantov družinske medicine. Vprašalniki so bili razdeljeni na modularnem delu specializacije. Povabili smo specializante 17., 18., 22., 23., modularne skupine. Specializantov iz modularnih skupin je bilo 93. Nato smo vprašalnik razdelili še regijski skupini specializantov v modularnem delu specializacije mariborske regije. S tem smo zbrali še dodatnih 12 izpolnjenih vprašalnikov. Odgovorili so vsi, ki so prejeli vprašalnik.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Statistična analiza podatkov je bila izpeljana s statističnim paketom IBM SPSS 20.0. Stopnja statistične značilnosti je bila določena s 5-odstotno stopnjo tveganja ($p < 0,05$).

Za analizo osnovnega profila zdravnikov specializantov družinske medicine so bile uporabljene osnovne deskriptivne statistike. Za preverjanje raziskovalnega vprašanja in hipotez smo glede na opredeljen tip spremenljivk in (ne)normalnost porazdelitve uporabili ustrezne parametrične in ne parametrične teste kot so t-test, χ^2 -kvadrat test, Mann - Whitneyev test in Kruskal - Wallisov test. Normalnost porazdelitve podatkov smo preverjali s Shapiro - Wilksom in Kolmogorov - Smirnovim testom. Za ugotavljanje kategorij, ki pomembno prispevajo k značilnosti razlik pa smo uporabili tudi standardizirane prilagojene ostanke.

3 Rezultati

V okviru našega raziskovalnega vprašanja, smo želeli preveriti trditev, da je zadovoljstvo specializantov odvisno od števila specializantov, ki so dodeljeni glavnemu mentorju. Za vsakega od navedenih vidikov zadovoljstva s pogoji dela (vključno s pripadajočimi trditvami) smo preverili, ali je le-ta pomembno povezan s številom specializantov pri glavnem mentorju. Število specializantov pri glavnem mentorju je bilo opredeljeno kot neodvisna spremenljivka, preostale trditve oziroma mere, ki se nanašajo na vidike zadovoljstva s pogoji dela pa kot odvisne spremenljivke. Ker rezultati Kolmogorov-Smirnovega testa niso potrdili normalne porazdelitve odvisnih spremenljivk ($p = 0,000$), smo za analizo razlik uporabili ne parametrični Kruskal - Wallisov test. Ker pa slednji za zanesljivo statistično sklepanje zahteva vsaj 5 enot na primerjalno skupino, se je število specializantov pri glavnem mentorju izkazalo za

problematično. Zadnji dve kategoriji (tj. 4 in 5 ali več) namreč ne zadostita omenjenemu kriteriju. Iz tega razloga smo obe kategoriji združili v eno kategorijo, poimenovano 4 ali več.

3.1 Splošno zadovoljstvo

Najprej smo preverili razlike v splošnem zadovoljstvu s pogoji dela v ambulanti. Navedene razlike v splošnem zadovoljstvu z delovnimi pogoji so se s Kruskal - Wallisovim testom potrdile za statistično značilne ($p = 0,027$), zato lahko sklenemo, da je splošno zadovoljstvo specializanta z delovnimi pogoji značilno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

Tabela 1: Razlike v splošnem zadovoljstvu z delovnimi pogoji glede na število specializantov pri glavnem mentorju.

		<i>Povprečje</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>N</i>
Število specializantov pri glavnem mentorju	1	4,00	0,842	32
	2	3,83	0,732	47
	3	3,62	0,669	21
	4 ali več	3,00	0,707	5
Skupaj		3,80	0,777	105

Kruska l- Wallisov test: $\chi^2 = 9,166$; $df = 3$; $p = 0,027$

Vir: Anketa, 2016.

3.2 Notranji odnosi

Nato smo preverili razlike v dimenziji organizacijske klime - notranjimi odnosi. Rezultati kažejo, da z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju praviloma upada tudi specializantovo strinjanje s trditvijo, da od sodelavcev dobi natanko tisto, kar od njih pričakuje. Najvišja stopnja strinjanja s to trditvijo je bila zabeležena pri zdravnikih specializantih družinske medicine, katerih glavni mentor je imel le 1 specializanta – ta je znašala 3,81. To je značilno višja stopnja strinjanja kot pri zdravnikih specializantih, katerih mentor je imel 2 ali več specializantov (3,62; 3,62; 2,80). Najnižjo stopnjo strinjanja so izkazovali tisti, katerih glavni mentor je imel 4 več specializantov – ta je znašala 2,80. Navedene razlike v splošnem zadovoljstvu z delovnimi pogoji glede na število specializantov pri glavnem mentorju se s Kruskal - Wallisovim testom niso potrdile za statistično značilne ($p = 0,140$), tako da lahko sklenemo, da zadovoljstvo z notranjimi odnosi ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.3 Motivacija in zavzetost

Rezultati nam razkrivajo, da opazno (naj)nižjo stopnjo strinjanja s posameznimi trditvami o motivaciji in zavzetosti beležijo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel 4 ali več specializantov. Enako velja tudi za skupno mero strinjanja z motivacijo in zavzetosti. Kruskal - Wallisov test nam je potrdil, da obstajajo statistično značilne razlike v strinjanju s trditvama 2 ($p = 0,040$) in 26 ($p = 0,005$).

Najvišja stopnja strinjanja (3,93) s trditvijo o občutku, da je na delovnem mestu omogočena osebna rast, je bila izkazana pri zdravnikih specializantih, katerih glavni mentor je imel 2 specializanta, kar je signifikantno več v primerjavi s preostalimi specializanti (1: 3,87; 3: 3,48; 4 ali več: 2,80). Podobno velja tudi za trditev, da nadrejeni pohvali dobro opravljeno delo; zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel 2 specializanta, so izrazili najvišjo stopnjo strinjanja, ki je znašala 4,00, kar je značilno več v primerjavi s preostalimi specializanti (1: 3,74; 3: 3,57; 4 ali več: 2,00). Kljub evidentnim razlikam, pa Kruskal - Wallisov test ni

potrdil statistične značilnosti teh razlik, zato sklenemo, da je zadovoljstvo z motivacijo in zavzetostjo z vidika občutka možnosti osebnostne rasti in pohvale za opravljeno delo ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.4 Pripadnost organizaciji

Četrty vidik se je nanašal na analizo razlik v pripadnosti organizaciji. Iz rezultatov lahko razberemo, da zaznavno (naj)nižjo stopnjo strinjanja s posameznimi trditvami o pripadnosti organizaciji beležijo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel 4 ali več specializantov. Enako velja tudi za skupno mero zadovoljstva s pripadnostjo organizaciji. Na drugi strani pa opazimo, da najvišje stopnje strinjanja izkazujejo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel le 1 specializanta. Poleg tega je iz rezultatov razvidno tudi to, da z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju praviloma upada tudi specializantovo strinjanje s trditvami o pripadnosti organizaciji. Kljub evidentnim razlikam, pa Kruskal - Wallisov test ni potrdil statistične značilnosti teh razlik, zato sklenemo, da zadovoljstvo s pripadnostjo organizaciji ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.5 Organiziranost

Peti vidik je analiziral razlike v strinjanju z organiziranostjo. Rezultati nam kažejo, da z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju praviloma upada tudi specializantovo strinjanje s trditvami o organiziranosti. Poleg tega je vidno, da najnižje stopnje strinjanja s posameznimi trditvami o pripadnosti organizaciji beležijo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel 4 ali več specializantov. Enako velja tudi za skupno mero zadovoljstva s pripadnostjo organizaciji. Kruskal - Wallisov test nam je potrdil, da statistično značilne razlike obstajajo v strinjanju s trditvijo, da je v ambulantni bolj pomembna kakovost izvedbe kot obseg rešenih zadev ($p = 0,043$) in v skupni meri zadovoljstva z organiziranostjo ($p = 0,035$).

Najvišja stopnja strinjanja (3,68) s trditvijo, da je v ambulantni bolj pomembna kakovost izvedbe kot obseg rešenih zadev, je bila zabeležena pri zdravnikih specializantih, katerih glavni mentor je imel 1 specializanta, kar je značilno več v primerjavi s preostalimi specializanti (2: 3,49; 3: 3,38; 4 ali več: 2,40). Podobno velja tudi za skupno mero zadovoljstva z organiziranostjo; zdravniki specializanti, katerih glavni mentor je imel 1 specializanta, so izrazili najvišjo stopnjo strinjanja, ki je znašala 15,6, kar je značilno več v primerjavi s preostalimi specializanti (2: 15,5; 3: 14,5; 4 ali več: 11,4). Na podlagi teh statistično značilnih razlik lahko zaključimo, da je zadovoljstvo z organiziranostjo z vidika kakovosti izvedbe in na splošno pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.6 Strokovna usposobljenost in učenje

Šesti vidik je preverjal razlike v strinjanju s strokovno usposobljenostjo in učenjem. Dobljeni rezultati nam kažejo, da Kruskal - Wallisov test ni potrdil statistično značilnih razlik v zadovoljstvu s strokovno usposobljenostjo in učenjem. Kljub temu pa lahko iz rezultatov razberemo, da se z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju izrazoma kaže tendenca upadanja specializantovega strinjanja s trditvami o strokovni usposobljenosti in učenju. Poleg tega je razvidno, da bistveno nižje stopnje strinjanja oziroma zadovoljstva izkazujejo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor ima 4 ali več specializantov. Na podlagi tega lahko zaključimo, da zadovoljstvo s strokovno usposobljenostjo in učenjem ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.7 Poznavanje poslanstva vizije in ciljev

Predzadnji vidik je se je nanašal na preverjanje razlik v strinjanju s poznavanjem poslanstva vizije in ciljev. Rezultati Kruskal - Wallisovega testa nam kažejo, da testirane razlike v zadovoljstvu s poznavanjem poslanstva vizije in ciljev niso statistično značilne. Ne glede na to pa lahko iz dobljenih rezultatov razberemo, da evidentno (naj)nižje stopnje strinjanja oziroma zadovoljstva izkazujejo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor ima 4 ali več specializantov. Na drugi strani pa je zanimivo to, da najvišje stopnje strinjanja oziroma zadovoljstva dosegajo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor ima 3 specializante. Na podlagi tega sprejmemo sklep, da zadovoljstvo s poznavanjem poslanstva vizije in ciljev ni signifikantno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

3.8 Notranje komuniciranje in informiranje

Zadnji vidik je se je nanašal na preverjanje razlik v strinjanju z notranjim komuniciranjem in informiranjem. Dobljeni rezultati nam kažejo, da zadovoljstvo z notranjim komuniciranjem in informiranjem ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju, saj Kruskal - Wallisov test ni potrdil statistične značilnosti analiziranih razlik. Kljub temu pa je iz rezultatov razvidno, da (naj)nižje stopnje strinjanja oziroma zadovoljstva izkazujejo zdravniki specializanti, katerih glavni mentor ima 4 ali več specializantov in da se z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju praviloma kaže tendenca upadanja specializantovega strinjanja s trditvami notranjem komuniciranju in informiranju. Na tej osnovi sprejmemo sklep, da zadovoljstvo z notranjim komuniciranjem in informiranjem ni pomembno povezano s številom specializantov pri glavnem mentorju.

Na podlagi predstavljenih rezultatov lahko sklenemo, da je zadovoljstvo zdravnikov specializantov družinske medicine pomembno povezano s številom specializantov, ki so dodeljeni glavnemu mentorju, in sicer z vidika splošnega zadovoljstva z delovnimi pogoji in zadovoljstva z organiziranostjo. Pri preostalih šestih vidikih (z notranjimi odnosi, s pripadnostjo organizaciji, z organiziranostjo, s strokovno usposobljenostjo in učenjem, s poznavanjem poslanstva vizije in ciljev in z notranjim komuniciranjem in informiranjem pa analiza razlik ni potrdila statistične značilnosti.

4 Razprava

Na podlagi predstavljenih rezultatov lahko sklenemo, da je zadovoljstvo zdravnikov specializantov družinske medicine statistično pomembno povezano s številom specializantov, ki so dodeljeni glavnemu mentorju, in sicer z vidika splošnega zadovoljstva z delovnimi pogoji in strinjanja z organiziranostjo. Omenjen rezultat smo pričakovali, saj študije kažejo, da je razmerje števila študentov na mentorja izjemno pomembno z vidika zadovoljstva. Raziskave kažejo, da z večjim številom študentov na enega mentorja pada stopnja zadovoljstva (Grilo Diogo idr., 2016).

V družinski medicini dojemamo tutorja kot mentorja specializantu. Njegov namen ni samo nadzor nad specializantovimi kliničnimi sposobnostmi, ampak tudi postavitve okolja in okvira dela specializanta, kjer ta lahko napreduje in dosega svoj profesionalni napredek. Za to je pomemben dober odnos med mentorjem in specializantom (Nielsen idr., 2003).

V poteku izobraževanja mladih zdravnikov je mentorstvo izjemnega pomena, saj je več študij uspešno dokazovalo vpliv mentorja na nadaljnjo kariero študenta ali zdravnika (Rogers idr., 1990; Schapira idr., 1992; Cronan - Hillix idr., 1986; Mann, 1992).

Ugotovili so tudi, da poudarek mentorstva na nemedicinskih veščinah igra pomembno vlogo pri integraciji študenta v vlogo zdravnika (Kalén idr., 2015). Tako na pozitivno mentorsko izkušnjo specializanta vpliva tudi, da ima specializant možnost mentorske pomoči na področju medicine in tudi na področju izven medicine (Brown idr., 2012). Po drugi strani razdrobljeno mentorstvo vpliva na pozitivnost odnosa med študentom in mentorjem (Mann, 1992). Raziskave potrjujejo tudi pomembnost »kemije« oz. kompatibilnosti v mentorskem odnosu za pozitivno dožemanje mentorstva specializanta in napredovanje v stroki (Stevens, 2001; Longo idr., 2011).

Na Irskem je bila opravljena študija, ki je pokazala, da pomanjkanje mentorjev pomembno vpliva na zadovoljstvo specializantov kirurgije. Posledično je prišlo celo do upada števila specializantov (O'Sullivan idr., 2013).

Dokazano je bilo tudi, da je za uspešno mentorstvo pomembno, da se mentor osredotoči na cilje v izobraževanju posameznega varovanca (Straus idr., 2013). S tem bi lahko sklepali, da se ob več varovancih mentor težje osredotoči na cilje in potrebe posameznega. Poleg tega dobro utečeni mentorski programi pomagajo pri strukturiranju odnosa med mentorjem in varovancem. S tem lahko pozitivno vplivajo na nadaljevanje varovanceve kariere (Zink idr., 2007; Murr idr., 2002) in izboljšanje kliničnih sposobnosti (Goldstein idr., 2005; Sambunjak idr., 2010; Gray in Armstrong, 2003; DeAngelis, 2004; Reynolds, 2008; Zier idr., 2006).

Na drugi strani ima disfunkcionalni odnos z mentorjem lahko negativni vpliv na profesionalen razvoj varovanca (Scandura, 1998).

Iz pregleda literature zgoraj je razvidno, da je mentorski odnos izjemnega pomena za zadovoljstvo specializantov z delom ... V nalogi smo uspeli dokazati povezavo splošnega zadovoljstva s pogoji dela in številom specializantov, ki jih ima mentor.

Za poglobitev povezav smo primerjali še posamezne dimenzije organizacijske klime z številom specializantov, ki jih ima mentor.

Z dimenzijo »organiziranost« se skuša ugotoviti, ali zaposleni prevzemajo odgovornost za svoje rezultate dela, ali imajo jasno predstavo o tem, kaj se od njih pričakuje, in ali razumejo kje je njihovo mesto v organizacijski shemi.

Statistično pomembna povezava se je pokazala pri vidiku dimenzije organiziranost, kar je pričakovan rezultat. Rezultati nam kažejo, da z naraščanjem števila specializantov pri glavnem mentorju praviloma upada tudi specializantovo strinjanje s trditvami o organiziranosti. Na podlagi teh statistično značilnih razlik lahko zaključimo, da je dimenzija organiziranost z vidika kakovosti izvedbe in na splošno pomembno povezana s številom specializantov pri glavnem mentorju.

Pri preostalih šestih vidikih pa analiza razlik ni potrdila statistične značilnosti.

Naša raziskava je ugotovila, da število specializantov družinske medicine, ki so dodeljeni glavnemu mentorju, pomembno vpliva na različne vidike njihovega zadovoljstva in sicer na vidik splošnega zadovoljstva z delovnimi pogoji in na vidik zadovoljstva z organiziranostjo. Naše ugotovitve bi bilo smiselno upoštevati pri razporeditvi specializantov k glavnim mentorjem. Hkrati naši rezultati odpirajo tudi poti za nove raziskave, usmerjene v širšo skupino zdravstvenih strokovnjakov (diplomirane medicinske sestre) in ugotavljanje njihovega zadovoljstva s strokovnimi izobraževanji in odpira možnosti za izboljšanje kakovosti le-teh.

LITERATURA

1. Brown, J. B., Thorpe, C., Paquette - Warren, J., Stewart, M. in Kasperski, J. (2012). The mentoring needs of trainees in family practice. *Educ Prim Care*, 23 (3), 196–203.
2. Cronan - Hillix, T., Gensheimer, L., Cronan - Hillix, W. in Davidson, W. (1986). Students' views of mentors in psychology graduate training. *Teach Psychol*, 13, 123–127.
3. Černetič, M. (2007). *Management in Sociologija organizacij*. Kranj: Moderna organizacija.
4. DeAngelis, C. D. (2004). Professors not professing. *JAMA*, 292, 1060–1061.
5. George, M. J. in Gareth, R. J. (1999). *Understanding and managing organizational behaviour*. Harlow: Reading: Addison-Wesley Publishing Company.
6. Goldstein, E. A. idr. (2005). Promoting fundamental clinical skills: a competency-based college approach at the University of Washington. *Acad Med*, 80, 423–433.
7. Gray, J. in Armstrong, P. (2003). Academic health leadership: looking to the future. Proceedings of a workshop held at the Canadian Institute of Academic Medicine meeting Quebec. *Clin Invest Med*, 26, 315–326.
8. Grilo Diogo, P. idr. (2016). Study on Portuguese Medical Schools Learning Conditions: A national Analysis on Student satisfaction, Student – Tutor Ratios and Number of Admissions. *Acta Med Port*, 29 (5), 301–309.
9. Heyrman, J. (2005). *EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT*. Leuven: EURACT.
10. Ivetić, V. (2009). Projekt prenove specializacije iz družinske medicine v Sloveniji. V D. Petek in N. Kopčavar Guček (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini – 35. srečanje delovnih skupin; 2009 maj 22–23*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
11. Kalén, S., Ponzer, S., Seeberger, A., Kiessling, A. in Silén, S. (2015). Longitudinal mentorship to support the development of medical students' future professional role: a qualitative study. *BMC Med Educ*, 15, 97
12. Kolšek, M. (2016). *Specializacija družinske medicine. Delavnice za mentorje*. Ljubljana.
13. Lipičnik, B. (1998). *Ravnjanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
14. Longo, D. R. idr. (2011). The research mentoring relationship in family medicine: findings from the grant generating project. *Fam Med*, 43 (4), 240–247.
15. Mann, M. P. (1992). Faculty mentors for medical students: a critical review. *Med Teach*, 14, 311–319.
16. Mihalič, R. (2008). *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih. Škofja Loka: Mihalič in partner, založba poslovne literature*.
17. Možina, S. (1994). *Osnove vodenja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
18. Možina, S., Rozman, R., Tavčar, M. in Pučko, D. (2002a). *Management: Nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
19. Možina, S., Zupančič, V. in Štefančič, P. T. (2002b). *Vedenje Potrošnikov*. Ljubljana: Visoka strokovna šola za podjetništvo.
20. Murr, A. H., Miller, C. in Papadakis, M. (2002). Mentorship through advisory colleges. *Acad Med*, 77, 1172–1173.
21. Nielsen, B. in Tulinius, C. (2003). Physicians in training in general practice want mentors, 165 (36), 3418–3423.
22. O'Sullivan, K. E., Byrne, J. S. in Walsh, T. N. (2013). Basic surgical training in Ireland: the impact of operative experience, training program allocation and mentorship on trainee satisfaction. *Ir J Med Sci.*, 182 (4), 687–692.
23. Pašič, K. in Ivetić, V. (2021). Working conditions and satisfaction with working conditions among slovenian family medicine trainees: a cross-sectional study. *Zdr Varst.*, 60 (4), 237–243.
24. Reynolds, H. Y. (2008). In choosing a research health career, mentoring is essential. *Lung*, 186, 1–6.
25. Rogers, J., Holloway, R. in Miller, S. (1990). Academic mentoring and family medicine's research productivity. *Fam Med*, 22, 186–190.
26. Rozman, R. (2000). *Analiza in oblikovanje organizacij*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

27. Rozman, R., Kovač, J. in Koletnik, F. (1993). *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
28. Rus, V. (1994). *Socialna psihologija*. Ljubljana: Devean.
29. Sambunjak, D., Straus, S. E. in Marusic, A. (2010). A systematic review of qualitative research on the meaning and characteristics of mentoring in academic medicine. *J Gen Intern Med*, 25, 72–78.
30. Scandura, T. A. (1998). Dysfunctional mentoring relationships and outcomes. *J Manag*, 24, 449–467.
31. Schapira, M. M., Kalet, A., Schwartz, M. D. in Gerrity, M. S. (1992). Mentorship in General Internal Medicine: investment in our future. *J Gen Intern Med*, 7, 248–251.
32. Starfield B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. New York: Oxford University Press.
33. Stevens, R. A. (2001). The Americanization of family medicine: contradictions, challenges, and change, 1969–2000. *Fam Med*, 33 (4), 232–243.
34. Straus, S. E., Johnson, M. O., Marquez, C. in Feldman, M. D. (2013). Characteristics of successful and failed mentoring relationships: a qualitative study across Two academic health centers. *Acad Med*, 88, 82–89.
35. Švab, I. in Kersnik J. (2004). *Evropska definicija družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
36. Tavčar, I. (1996). *Razsežnost managementa*. Ljubljana: Tangam.
37. Zdravniška zbornica Slovenije, (2014). *Vsebina specializacije, družinska medicina*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Pridobljeno s https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/specialiacije/testna-mapa/druzinska-medicina/nova-vsebina-druzinska-medicina/9913-vsebina-dm--od-1-6.pdf?sfvrsn=4ad2936_8.
38. Zier, K., Friedman, E. in Smith, L. (2006). Supportive programs increase medical students' research interest and productivity. *J Invest Med*, 54, 201–207.
39. Zink, B. J., Hammoud, M. M., Middleton, E., Moroney, D. in Schigelone, A. (2007). A comprehensive medical student career development program improves medical student satisfaction with career planning. *Teach Learn Med*, 19, 55–60.
40. Zupan, N. (2001). *Nagradite uspešne*. Ljubljana: GV Založba.

Uporaba negativnega tlaka pri zdravljenju kronične rane

UDK 616-08-001.4-036.1

KLJUČNE BESEDE: kronična rana, negativni tlak, sodobne metode

POVZETEK - Oskrba in zdravljenje kroničnih ran predstavlja velik izziv specialistom po celem svetu. Prav tako kronične rane predstavljajo veliko psihofizično breme pacientom ter finančno breme zdravstvenim ustanovam, zaradi česar obstajajo težnje k odkritju najbolj optimalnega zdravljenja kroničnih ran. Ker se število prebivalcev, starejših od 60 let, povečuje, odstotek kroničnih ran strmo narašča. Da bi se to breme zmanjšalo, je izrednega pomena zdravljenje kroničnih ran na najsodobnejši način. Na tržišču se pojavljajo številne nove metode, ki od zdravstvenega osebja zahtevajo kontinuirano izobraževanje s področja oskrbe ran. Kadar so le-te neuspešne, pa se lahko poslužujemo sodobnejših metod. V devetdesetih letih dvajsetega stoletja je bila odkrita nova metoda, ki danes velja za zlati standard celjenja ran - zdravljenje ran z negativnim tlakom. Terapija z negativnim tlakom je neinvazivna oblika terapije, ki se uporablja za zdravljenje akutnih ali kroničnih ran. S pomočjo posebne naprave ustvarja kontroliran negativni tlak in s tem pospešuje sekundarno celjenje tako, da ustvarja za to idealno okolje. V prispevku je predstavljen princip delovanja terapije z negativnim tlakom in nekatere raziskave, v katerih so preverjali uspešnost te metode.

UDC 616-08-001.4-036.1

KEYWORDS: chronic wound, negative pressure, modern methods

ABSTRACT - The care and treatment of chronic wounds is a major challenge for specialists around the world. Moreover, chronic wounds place a great psychophysical burden on patients and a financial burden on medical institutions, so there is a tendency to find the most optimal treatment for chronic wounds. As the population is over 60 years old, the percentage of chronic wounds is increasing sharply. To reduce this burden, it is extremely important to treat chronic wounds in the most modern way. There are many new wound dressings coming on the market that require continuing education of medical professionals in the field of wound care. When these are unsuccessful, we can use more modern methods. In the 1990s, a new method was discovered that is now considered the gold standard of wound healing - the treatment of negative pressure wounds. Negative pressure therapy is a non-invasive form of therapy used to treat acute or chronic wounds. Using a special device, it creates a controlled negative pressure, accelerating secondary healing by creating an ideal environment for it to occur. The paper presents the principle of negative pressure therapy and some research in which the effectiveness of this method has been tested.

1 Uvod

Zdravljenje kroničnih ran postaja vedno bolj kompleksen proces in predstavlja velik terapevtski izziv. Njegov primarni cilj je obnovitev celovitosti tkiva in njegove funkcije. Moderni pristopi oskrbe ran so pomemben dejavnik pri vsesplošni obravnavi pacientov s kroničnimi ranami (Štuber, 2020).

Naraščajoča incidenca ran, predvsem tistih z motnjami pri celjenju, predstavlja veliko breme za bolnike, pa tudi finančno breme za družbo in zdravstveni sistem. Temelj zdravljenja ran predstavlja dobro načrtovanje in izbor postopkov ter zdravljenje osnovne bolezni, ki lahko

zavira celjenje. Poleg različnih kirurških postopkov so nam danes pri zdravljenju ran v veliko pomoč tudi sodobni materiali za oskrbo ran (Blažič, 2013).

Sodobna oskrba ran vključuje poznavanje indikacij in načina uporabe sodobnih oblog kot tudi poznavanje sodobnejših pristopov za hitrejše celjenje ran (Leskovic, 2019, str. 12).

Cilj oskrbe rane je zacelitev, zato je Evropsko združenje za oskrbo ran pripravilo že več predpisanih smernic za zdravljenje kroničnih ran. Ugotovljeno je bilo, da je oskrba ran s sodobnejšimi pripomočki primernejša, pacientom pa zagotavlja boljšo kakovost življenja (Leskovic, 2019, str. 12).

Ena izmed sodobnih metod pri zdravljenju kroničnih ran je tudi uporaba negativnega tlaka, pri kateri z mikroprocesorsko vodeno črpalko ustvarjamo negativni tlak v rani (Ciringer, Triller in Smrke, 2011).

1.1 Terapija z negativnim tlakom

Negativni pritisk se uporablja za oskrbo ran že iz pradavnine, ko ga je človek poskušal ustvariti s pomočjo votlih živalskih kosti. Pred davnimi tisočletji se je uporabljal tudi v kitajski medicini pri akupunkturi, ko so ugotovili, da povzroča pospešeno prekrvitev tkiv in kasneje v 18. stoletju v Evropi. Prve znanstvene raziskave so se pojavile v petdesetih letih prejšnjega stoletja, čemur je v zadnjih desetletjih sledila eksplozija člankov in raziskav (Blažič, 2013).

Terapija z negativnim tlakom je neinvazivna oblika terapije, ki se je prvič pojavila leta 1997 v Združenih državah Amerike, kasneje pa se je njena uporaba razširila tudi po Evropi. Z leti je napredoval tudi razvoj metodologije, širil se je nabor produktov, izboljševala se je kemijska sestava in mehanska struktura pen, kot tudi njihova oblika in velikost. Zdravljenje z negativnim tlakom je namenjeno pripravi dna akutne ali kronične rane za celjenje. Omogoča sukcijsko in drenažo celotne površine rane oziroma tudi odprte votline trebuha ali prsnega koša. Zmanjša površino rane, stimulira razrast granulacijskega tkiva, zmanjšuje edem okolnega tkiva, odstranjuje eksudat rane, odstranjuje pa tudi mikroorganizme. Ker gre za zaprt sistem, preprečuje nadaljnjo kontaminacijo rane z mikroorganizmi iz okolja (Semenič, 2021). Deluje na rano tako na mikrocelularni kot tudi na makrocelularni ravni.

Številni avtorji so njeno uporabo opisali kot tehniko za pospeševanje sekundarnega celjenja ran. Terapija z negativnim tlakom postaja vedno bolj dostopna in je predvsem indicirana za velike kronične rane in akutne komplicirane rane. Prav tako izboljšuje celjenje diabetičnih razjed stopala, golenskih razjed, razjed zaradi pritiska, travmatskih ran, dehiscenc kirurških ran, opeklin ter kožnih presadkov (Štuber, 2020).

Trajanje zdravljenja ran z negativnim tlakom časovno ni omejeno in je odvisno predvsem od namena zdravljenja, velikosti in vrste rane ter spremljajočih bolezni. Lahko ga prekinemo, ko je rana zaprta ali pripravljena za kirurško kritje ali če v 1 do 2 tednih ni opaznega napredka v celjenju. Z zdravljenjem ran z negativnim tlakom zagotovimo boljšo oskrbo bolnika, metoda pa je uporabna v bolnišnici ali ambulantno (Blažič, 2013).

Zdravljenje ran s kontroliranim negativnim tlakom pozitivno vpliva na bolnikovo fizično in duševno stanje, saj je s tako terapijo potrebnih manj prevez ran, olajšana je zdravstvena nega, zmanjšana potreba po antibiotikih, bolniki so mobilni ter bolj motivirani, skrajša se tudi preživetni čas v bolnišnici in s tem tudi stroški zdravljenja (Frketić, 2008).

1.1.1 Zgradba sistema s kontroliranim negativnim tlakom

Terapija z negativnim tlakom (TNP) obstaja v različnih izvedbah, saj gre za različne lastniške izdelke. V osnovi so sistemi TNP sestavljeni iz pene ali sterilne gaze, ki je ročno oblikovana po tkivnem defektu ali rani, drenažne cevi, ki povezuje peno s črpalko, poliuretanske folije, ki se

prelepi preko rane ali tkivnega defekta, izpolnjenega s peno ali gazo in črpalke, ki ustvarja podtlak ter ima vgrajeno zbiralno posodo za eksudat. Klasična namestitvev sistema TNP omogoča zgolj vzpostavitev podtlaka. V primeru okuženih ran je možna uporaba posebnih oblog pod samo peno, npr. srebrnih oblog, ki delujejo protibakterijsko. Za polnitev ran se namesto pen uporabljajo tudi posebne sterilne gaze, ki so prepojene z antiseptiki. Tako pripravljene gaze omogočajo daljši čas namestitve, brez vzpostavitve podtlaka, tudi do 72 ur (Ciringer, Triller in Smrke, 2011).

Pred namestitvijo je potrebna ustrezna kirurška oskrba rane, predvsem v rani ne smejo biti prisotni tujki ali nekrotične mase. Pri kroničnih ranah je potrebno posebno skrb posvetiti koži na robu rane, saj je lahko trofično spremenjena ali macerirana. Pomembno je, da je rana očiščena na način, ki ga določi zdravnik. Pri namestitvi polnilo izbere zdravnik in ga namesti na rano. Izvede se celoten postopek, pri čemer sodeluje tudi medicinska sestra (Omeragić, 2018).

Uršič in Novak (2010) v svojem članku navajata, da na Onkološkem inštitutu Ljubljana uporabljajo sistem V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) in sistem VISTA. Po sistemu V.A.C. je pri kontinuiranem načinu pri vseh ranah priporočena vrednost 125 mmHg, po VISTI pa 80 mmHg. Periceva (2009, str. 85) dodaja, da je dolgo veljalo, da naj bi bil najprimernejši pritisk za celjenje ran – 125 mmHg, se pojavlja čedalje več raziskav, ki kažejo, da mora biti izbira pritiska klinično pogojena ter, da najučinkovitejši pritisk variira glede na značilnosti rane. Vrednost negativnega tlaka je individualno prilagojena posameznemu pacientu.

Aparat je zelo lahek in enostaven za rokovanje, zato omogoča bolnikom dobro mobilnost. Sistem je sestavljen iz aparata, ki ustvarja negativni pritisk ter iz različnih paketov za prevezo rane, ki zagotavljajo dovajanje in zadrževanje negativnega pritiska na rani (Peric, 2009).

Komponente sistema za zdravljenje V.A.C. delujejo kot integrirani izdelek ter optimizirajo izvajanje in prednosti zdravljenja ran z negativnim tlakom. Mrežasta črna poliuretanska pena z odprtimi porami (obveza V.A.C.® GranuFoam™, obveza V.A.C. GranuFoam Silver®) ali bela polivinilalkoholna pena (obveza V.A.C.® WhiteFoam) se obreže tako, da se prilaga rani, in se nato prekrije z lepilnim filmom (folijo). Odprte celice pene omogočajo enakomerno porazdelitev negativnega tlaka po površini rane, drenažne cevke pa odvajajo nakopičene tekočine v zbiralnik V.A.C. Enota za zdravljenje, nadzorovana s programsko opremo, dovaja negativni tlak na ležišče rane. Podtlak deluje tako, da približa robove rane in omogoča transport eksudata iz rane ter tudi iz intersticija, kar poveča cirkulacijo krvi v rani (Dessy, Serratore, Corrias, Parisi, Mazzocchi in Carlesimo, 2015).

Uporabnik lahko glede na vrsto rane in potrebe posameznega bolnika na enoti za zdravljenje izbere neprekinjeno zdravljenje ali zdravljenje s prekinitvami/z dinamičnim nadzorom tlaka. Sistem se menjuje na 2–4 dni, čas med menjavami pa se lahko tudi podaljša, kadar rana ni okužena.

Pri nekaterih se je izkazalo, da je negativni tlak 80 mmHg primeren, saj so se pri tlaku 100 mmHg pojavile hude bolečine. Uporablja se tlak do 125 mmHg, eksperimentirali so tudi z višjimi negativnimi tlaki. Pri 75 mmHg negativnega tlaka se hipoperfuzija zmanjša, pri negativnem tlaku 125 mmHg pa poveča. Pri višjem tlaku se spodbudi rast novih žil v novo granulacijsko tkivo in omogoči boljše celjenje rane (Omeragić, 2018).

2 Raziskave o uspešnosti zdravljenja z negativnim tlakom

Leta 1997 je Morykwas s sodelavci z Univerze Wake Forest, Winston - Salem, objavil prvo znanstveno razlago načina kliničnega delovanja ZRNT. V svojih študijah so opravili poskuse na prašičih. Pri ZRNT so z lasersko doplersko metodo izmerili stimulacijo krvnega pretoka celotne debeline kože v nepoškodovanem tkivu v okolici rane. Ugotovili so, da je bila stimulacija krvnega pretoka najboljša pri NT 125 mmHg. Kot medij so uporabljali poliuretansko peno. Z nadaljnjimi raziskavami krvnega pretoka v okolici rane so Wackenforsova in sodelavci na Univerzi v Lundu ugotovili, da se pretok krvi v neposredni bližini roba rane (5 do 10 mm) zmanjša, poveča pa v tkivu, ki je bolj oddaljeno od rane (20 do 30 mm). Pri nižjem NT (-75 mm Hg) se območje hipoperfuzije zmanjša, pri višjem NT (nad -125 mm Hg) pa poveča. Razlika v hipo- in hiperperfuziji predstavlja gradient, ki spodbuja rast novih krvnih žil v granulacijsko tkivo, to pa spremeni dno rane in omogoči celjenje. Malmsjö in sodelavci z Univerze v Ludu so primerjali zdravljenje z negativnim tlakom s peno in z gazo. Študije so pokazale, da je prenos tlaka v dno rane skozi peno in skozi gazo identičen ter, da sta vzorca hipo- in hiperperfuzije v obeh primerih enaka (Uršič in Novak, 2010).

Terapija z negativnim tlakom je varna metoda zdravljenja z odličnimi rezultati. Izvedene so bile številne študije o stroškovni učinkovitosti te terapije, pri čemer je prišlo do pomembne razlike v času celjenja rane, ki je bila obdelana z negativnim tlakom, in tiste, ki je bila obdelana na klasičen način. Schwein in sodelavci so leta 2005 dokazali, da je bil čas hospitalizacije pri bolnikih, zdravljenih z negativnim tlakom, statistično značilno krajši v primerjavi z drugimi metodami (Laginja in Marinović, 2016, str. 99).

Nekaj študij je bilo opravljenih tudi v Sloveniji. Na Kliničnem oddelku za kirurške okužbe je bila narejena študija na 41 pacientih, ki so se v obdobju dveh let zdravili v UKC Ljubljana. Na obsežne in globoke ekscizijske rane so nastavili terapijo z negativnim tlakom. Istočasno so uvedli antibiotično in podporno terapijo. Klinične izkušnje so pokazale, da ima zdravljenje z negativnim tlakom prednosti v primerjavi z nekoč že uveljavljeno oskrbo rane s sodobnimi oblogami in sicer, rane zdravljene po odprti metodi so se celile daljše časovno obdobje. Terapija z negativnim tlakom se je izkazala kot učinkovita metoda (Dajaoski, Alikadič, Erčević in Frangež, 2021).

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana uporabljajo metodo zdravljenja z negativnim tlakom od leta 2007. Do leta 2018 so z njo zdravili 62 bolnikov. Ko je v rani maligno tkivo, se zacelitve ne pričakuje, pomembno pa je izboljšati kakovost bolnikovega življenja. Po začetni previdnosti se je metoda izkazala kot učinkovita in uporabna. Uporabljajo sistem V.A.C. in sistem VISTA. Odločitev o zdravljenju pa je vedno individualna (Uršič in Novak, 2010).

Eno izmed študij opisujejo tudi Rossato, Ryrie, Robinson, Searle in Murdoch (2021), ki govorijo o gospodarski analizi, ki je poročala o stroških 8,3 milijarde funtov Nacionalnega zdravstvenega programa za zdravljenje ran. Ti veliki stroški so pomenili, da so potrebne nadomestne strategije zdravljenja ran. Eden od primerov je tudi zdravljenje z negativnim tlakom. V raziskavi, ki je bila narejena v Splošni bolnišnici Brighton, so ugotovili, da je uporaba negativnega tlaka pomembno zmanjšala velikost rane in izboljšala bolnikovo splošno kakovost življenja. Na splošno je ta storitev omogočala pacientom, da se vrnejo domov. Poleg tega so poročali tudi o zmanjšanju stroškov za približno 5.256 funtov.

3 Zaključek

Sodobna oskrba ran predstavlja izziv za zdravstvene delavce, saj predstavljajo rane drag in izčrpavajoč zdravstveni problem s pomembnimi kliničnimi in socialnimi posledicami. Oskrba

ran tako zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj, timskega dela ter poznavanje različnih pripomočkov in materialov, izdelanih v ta namen. Pogoj za začetek celjenja je čista rana, ki je ustrezno vlažna, preskrbljena s krvjo, brez prisotnih mikroorganizmov, očiščena nekroz, fibrinskih oblog in prekomernega izločka ter s primerno oskrbljenimi robovi, ki niso macerirani. Pri ustrezno postavljeni indikaciji je terapija s kontroliranim negativnim tlakom primerna metoda za zdravljenje različnih ran, prav tako je tudi ekonomsko opravičljiva. Ob pregledu literature in številnih študijah, ki so bile narejene ugotavljamo, da terapija z negativnim tlakom omogoča hitrejšo in uspešnejšo zdravljenje ter zmanjša potrebo po operacijskih in drugih zdravniških posegih. Daje možnost ambulantnega zdravljenja in omogoča večjo mobilnost bolnika med zdravljenjem. Uspešno sodobno zdravljenje ran se posredno pozna tudi na socialnem in ekonomskem področju, saj pri pomore k skrajšanju časa bolniškega staleža ter ugodno prispeva k čim hitrejši in boljši zmožnosti za delo.

LITERATURA

1. Blažič, S. (2013). Oskrba rane z uporabo negativnega tlaka (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Ciringer, M., Triller, C. in Smrke, D. (2011). Terapija s kontroliranim negativnim tlakom. *Medicinski razgledi*, 50, 433–440.
3. Dajaoski, K., Alikadič, N., Erčević, V. in Frangež, I. (2021). Zdravljenje rane z negativnim pritiskom po operacijah zaradi zapletenih okužb kože in mehkih tkiv. V N. Klemenčič (ur.), *Zbornik Teoretično-praktični tečaj s področja oskrbe kroničnih ran* (str. 83–85). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
4. Dessy, L. A., Serratore, F., Corrias, F., Parisi, P., Mazzocchi, M. in Carlesimo, B. (2015). Retention of polyurethane foam fragments during VAC therapy: a complication to be considered. *International Wound Journal*, 12 (2), 132–136.
5. Frketič, Ž. (2008). V.A.C. Terapija. V V. Vilar (ur.), *Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije* (str. 42). Ljubljana, Slovenija: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
6. Huljev, D. (2013). Terapija negativnim tlakom–potporna metoda liječenja kronične rane. *Acta medica Croatica*, 67 (1), 89–93.
7. Laginja, S. in Marinović, M. (2016). Primjena terapije negativnim tlakom. *Acta medica Croatica*, 70 (1), 99.
8. Leskovic, L. (2019). Sodobni pristopi pri obravnavi kroničnih ran. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 12). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Omeragić, F. (2018). Uporaba terapije z negativnim tlakom pri zdravljenju rane na diabetičnem stopalu (Diplomska naloga). Ljubljana: Fakulteta zdravstvena nega.
10. Peric, H. K. (2009). Nove možnosti terapije rane z negativnim pritiskom. *Razjede na nogah* (str. 85). Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije.
11. Rossato, M., Ryrie, M., Robinson, M., Searle, R. in Murdoch, J. (2021). Use of NPWT as part of a Hospital @ Home wound management service. *Journal of Community Nursing*, 35 (4), 50–57.
12. Semenič, D. (2021). Terapija z negativnim pritiskom z instilacijo. V N. Klemenčič (ur.), *Zbornik Teoretično-praktični tečaj s področja oskrbe kroničnih ran* (str. 78–81). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
13. Štuber, A. (2020). Uporaba in učinkovitost terapije z negativnim tlakom pri obravnavi kroničnih ran (Diplomska naloga). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
14. Uršič, H. in Novak, M. (2010). Zdravljenje ran z negativnim tlakom v onkologiji. *Onkologija: strokovni časopis za zdravnike*, 1 (14).

Analiza koncepta holistične zdravstvene nege in razlogi za neizvajanje

UDK 616-083-021.475.4

KLJUČNE BESEDE: koncept, holistična zdravstvena nega, holistična medicinska sestra, celostni pristop

POVZETEK - Koncept holistične zdravstvene nege je koncept katerega lastnost je, da povezuje vse štiri koncepte metaparadigme (človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega) v smiselno celoto. Holistična zdravstvena oskrba je širok pojem, a v grobem je celovita oskrba, ki temelji na ideji holizma in poudarja, da je človek združena celota. Na vsakem koraku izvajanja zdravstvene nege se poudarja celosten pristop k človeku, a izvajalci zdravstvene nege le malokrat vemo kaj vse ta celostni koncept zajema. Namen prispevka je na podlagi pregleda literature analizirati in predstaviti koncept holistične zdravstvene nege in holistično medicinsko sestro. Raziskava temelji na študiji primera. Na podlagi intervjuja z diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti družinske medicine, smo želeli ugotoviti pomen celostne obravnave pacienta in opredeliti razloge za morebitno neizvajanje tovrstne obravnave. Rezultati kažejo, da ni jasne definicije holistične zdravstvene oskrbe, ki bi specifično in natančno ter nedvoumno opredeljevala ta proces. Za izvajanje omenjenega koncepta medicinske sestre potrebujemo znanje in čas. Glavni razlog za neizvajanje holistične zdravstvene oskrbe še vedno ostaja pomanjkanje časa, sledi mu finančna odvisnost ustanove, osebnost pacienta in izvajalca ter po pričanju literature izvajalčevo pomanjkanje strokovnega znanja.

UDC 616-083-021.475.4

KEYWORDS: concept, holistic nursing care, holistic nurse, holistic approach

ABSTRACT - The concept of holistic nursing care is a concept whose characteristic is to combine all four concepts of the metaparadigm (human, environment, health and nursing care) into a meaningful whole. Holistic nursing care is a broad concept, but in broad terms it is comprehensive care based on the idea of holism and emphasising that the human being is a unified whole. A holistic approach to the person is emphasised in every step of nursing practice, but nurses rarely know what this holistic concept encompasses. The purpose of this article is to analyse and present the concept of holistic nursing care and holistic nurse based on a literature review. The research is based on a case study. An interview was conducted with a nurse in the family medicine reference clinic. We aimed to determine the importance of providing holistic treatment to the patient and to identify the reasons for possible non-implementation of such treatment. The results show that there is no clear definition of holistic nursing care that would specifically, precisely and unambiguously define this process. Nurses need knowledge and time to implement the mentioned concept. The main reason for not providing holistic nursing care is still lack of time, followed by financial dependence of the institution, personality of the patient and the provider. According to the literature, it is also due to the lack of expertise of the provider.

1 Teoretična izhodišča

Pojem celote izraža zaključen in poln obseg dopolnjujočih se elementov. Metaparadigma zdravstvene vede vključuje štiri koncepte: človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega, ki jih koncept holistične zdravstvene nege povezuje v smiselno celoto (Kittrell Chitty in Perry Black, 2011). Holistična oskrba je celovita oskrba pacienta, ki temelji na ideji holizma ter poudarja, da je človek celota, ki predstavlja več kot samo telo (Tjale in Bruce, 2007). Holistični pristop se je razvil z vključevanjem idej filozofije, systemske teorije in holističnega procesa oskrbe. Je

tudi umetnost in znanost, način razmišljanja, praksa ter profesionalna in osebna odgovornost (Montgomery Dossey in Keegan, 2016). Holistična zdravstvena nega ne pomeni, da nekaj delaš, temveč je odnos, filozofija in način življenja (Filej in Kaučič, 2015). V današnjem času se holistično zdravstveno nego razume kot metodo, s katero lahko medicinska sestra bolj kakovostno obravnava pacienta (Jasemi idr., 2017).

Človek je bio-psiho-socialno in duhovno bitje, zato nas v zdravstveni oskrbi ne smejo zanimati le njegovi telesni simptomi, temveč človek kot celota (Filej in Kaučič, 2015). Če torej govorimo, da je pacient celota, potem potrebuje celostno, holistično obravnavo, kar pomeni, da moramo tekom zdravstvene oskrbe upoštevati vse njegove potrebe, ki izhajajo iz bio-psiho-socialnih in duhovnih dimenzij človeka (Filej in Kaučič, 2019). Hajdinjak in Meglič (2012) navajata, da je pacient enkratna osebnost z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, pričakovanji in željami. Holistična oskrba z obravnavo fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb posameznika, vzpostavi njegovo ravnovesje in mu omogoči, da se spoprime s svojim zdravstvenim stanjem in posledično izboljša svoje življenje (Tjale in Bruce, 2007).

Holistični pristop ne pomeni le zdravljenja simptomov, temveč je povezan s skrbjo, ljubeznijo, sočutjem in ustvarjalnostjo (Montgomery Dossey in Keegan, 2016). Poleg zdravljenja z zdravili holistična oskrba vključuje širok spekter pristopov zdravljenja in negovanja, kot npr. izobraževanje pacienta, komunikacija s pacientom, pacientovo sodelovanje in komplementarno zdravljenje. K okrevanju prispeva obravnava pacientovih misli, čustev, kulture ter upoštevanje njegovih mnenj in stališč (Zamanzadeh idr., 2015). Holistična oskrba omogoča temeljito obravnavo bolezni in uporabo številnih metod komplementarne in alternativne medicine, ki jih pacienti v želji za povrnitev zdravja vključujejo v svojo rehabilitacijo (Papathanasiou idr., 2013).

Tjale in Bruce (2007) navajata, da koncept holistične zdravstvene nege obsega tri kategorije: kulturno občutljivo oskrbo, k pacientu usmerjeno oskrbo in duhovno dobro počutje. Filej (2019) pa dodaja, da je povezovanje omenjenih kategorij oziroma konceptov, zahtevna naloga, še težja naloga pa je to prenesti v prakso.

Izvajalke koncepta holistične zdravstvene nege so medicinske sestre, ki sledijo ideologiji holistične obravnave pacienta. Primarna »holistična« medicinska sestra je bila Florence Nightingale, ki je pri svojem delu »žene z lučko« upoštevala paciente kot človeška bitja povezana z okoljem (Filej in Kaučič, 2015). Jasemi idr. (2017) v svoji študiji ugotavljajo, da so družabnost, poklicna zavzetost ter verska in etična načela lastnosti večine medicinskih sester, ki zagotavljajo holistično oskrbo pacienta. Odnos med medicinsko sestro in pacientom temelji na odprtosti, enakosti in vzajemnosti (Tjale in Bruce, 2007).

Za izvajanje holistične zdravstvene nege potreben čas (Filej in Kaučič, 2015; Tjale in Bruce, 2007), ki ga zaradi preobremenjenosti, medicinskim sestram, vsakodnevno primanjkuje (Filej in Kaučič, 2015). Poleg pomanjkanja časa so navedeni tudi drugi razlogi za neizvajanje holistične zdravstvene oskrbe, kot na primer neprimerni poklicni odnosi, nepopolna poročila o zdravstveni negi, neustrezen nadzor in nerazpoložljivost virov (Tjale in Bruce, 2015). Filej (2019) opozori tudi na zunanje dejavnike, kot so finančna sredstva, pomanjkanje kadra, tehnologija, oprema in potrebe organizacije.

Jasemi idr. (2017) so ob pregledu literature ugotovili, da je holistična oskrba široko prediskutirana, a še vedno ostaja nejasen in celo subjektiven koncept. Tovrstno oskrbo izvajajo ljudje brez jasnega znanja, kaj to sploh pomeni in tako pomen koncepta največkrat ostane nejasen, dvoumen in napačno interpretiran.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti pomen in obseg holistične zdravstvene oskrbe pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine (RADM), vlogo diplomirane medicinske sestre (DMS) v RADM pri izvajanju holistične zdravstvene oskrbe in način implementacije v delovni proces. Želeli smo opredeliti ovire in ugotoviti razloge za morebitno neizvajanje tovrstne obravnave ter navesti predloge in izboljšave izvajanja holistične obravnave pacienta.

2 Metode

Kritični pregled izbrane slovenske in angleške literature je potekal s pomočjo različnih podatkovnih baz (PubMed, Research Gate, ProQuest, CINAHL, Science Direct) ter Google učenjak. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede in njihova kombinacija: *holistic nursing practice*, *holistic concept*, *holistic nursing care*/holistična oskrba/obrnava, *holistic approach*, celostna obravnava pacienta. Raziskava temelji na kvalitativnem raziskovalnem pristopu. Podatke smo zbrali s tehniko poglobljenega intervjuja. Na osnovi preučevane literature je bilo oblikovanih 8 vprašanj odprtega tipa. Naknadno tekom izvedbe intervjuja je bilo formiranih še 9 podvprašanj, skupno 17 vprašanj. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Izvedba intervjuja je bila v naprej pripravljena.

Po predhodni pridobitvi soglasij s strani ustanove in intervjuvanke smo opravili intervju z žensko staro 47 let, ki ima pridobljeno visokošolsko izobrazbo s področja zdravstvene nege. Delovna doba intervjuvanke je 28 let. V zdravstvenem domu, kjer je zaposlena, teče peto leto na delovnem mestu DMS v RADM. Intervju je potekal 24. novembra 2020. S privolitvijo intervjuvanke je bil intervju sneman.

3 Rezultati

Rezultati so prikazani po tematskih sklopih pomen in obseg, vloga izvajalca, način izvajanja, ovire pri izvajanju in izboljšave holistične zdravstvene oskrbe. Analiza poglobljenega intervjuja je pokazala, da intervjuvanka razume holistični pristop zdravstvene nege kot:

- *pomen in obseg holistične zdravstvene oskrbe pacienta:*
 - celotna obravnava pacienta (zajem fizičnega in psihičnega vidika pacienta, pogled z vseh strani, socialno-ekonomsko stanje, domače razmere);
 - čas namenjen pacientovi individualni obravnavi (poslušanje, pridobitev zaupanja);
 - pridobitev vpogleda v prikriti psihične težave, ki se na prvi pogled kažejo kot fizične;
 - obrestovanje pogovora – učinkovito reševanje težav in vzpostavitev zaupanja;
 - obravnava pacienta v RADM je korak bližje k celostni obravnavi pacienta.

- *Vloga DMS v RADM v delovnem procesu pri izvajanju holistične zdravstvene oskrbe:*
 - samostojnost pri načrtovanju oziroma odmerjanju časa, dela in kreiranju načina obravnave;
 - poslušanje, poizvedovanje, pacientu ponujena možnost pogovora;
 - DMS ima v RADM na voljo več časa za pogovor, kot zdravnik pri redni obravnavi;
 - izpostavi pomen osebnosti DMS – empatičnost, želja po nudenju pomoči pacientu, iskanje rešitev za težave.

- *Način izvajanja holistične zdravstvene oskrbe intervjuvanke:*
 - standardni vprašalnik, ki zajema pacientov življenjski slog, navade, izpostavljenost stresu, počutje, izvajanje biometričnih meritev, preverba varnostnih vprašanj – prepoznavanje znakov in simptomov drugih obolenj;
 - zagotovitev občutka varnosti izzove razprave;

- ustvarjanje ugodnega okolja za paciente: namemba časa, zagotavljanje varnosti;
 - vključenost različnih poklicnih profilov v tim holistične zdravstvene nege: omogočanje komunikacije z osebnim zdravnikom, laboratorij, specialisti (diabetolog, psihiater, ...), podpora zdravstveno vzgojnega centra.
- *Ovire pri izvajanju holistične zdravstvene oskrbe:*
- časovna omejitev obravnave – pomanjkanje časa;
 - določitev količnikov – finančno pogojeno delo, vpliv na kvaliteto obravnave pacienta;
 - kriterije postavljajo ljudje, ki niso prisotni v praksi;
 - pacientova pripravljenost za sodelovanje: osebnost, nezaupanje, slabe izkušnje v zdravstvu, ponavljanje pogovorov, strah, osredotočenost le na osrednjo težavo.
- *Možne izboljšave holistične zdravstvene oskrbe:*
- boljša dostopnost specialističnih pregledov;
 - sprememba finančne ureditve zdravstvenih storitev kritih s strani zdravstvenega zavarovanja – večja dostopnost storitev, vsaj za določeno starostno skupino na katero je bolj pogosto vezana zdravstvena težava.

4 Razprava

Po vsem svetu številne medicinske sestre izvajajo oskrbo, ki je osredotočena na pacienta in družino ter temelji na načelih oskrbe in zdravljenja. Medicinske sestre pogosto definirajo ali opišejo bistvo teh obravnav z besedami ali oznakami, ki odražajo njihovo prakso in izražajo njihove izkušnje (Frisch in Rabinowitsch, 2019). V prispevku je predstavljen pogled medicinske sestre v RADM, katerega rdeča nit je osredotočanje na celotno in kakovostno izvedbo obravnave pacienta. Intervjuvanka holistično zdravstveno oskrbo opredeli kot celotno obravnavo pacienta, pogled na človeka z vseh strani. S celostnim pristopom pridobi vpogled v prikrito težavo. Kakovostno izvajanje celostne zdravstvene oskrbe ji daje občutek kompetentnosti in uspešnosti na delovnem področju ter predstavlja pomembno metodo dela.

Na podlagi analize osebnostnih lastnosti so Kuntarti idr. (2020) podali definicijo skrbne osebe, ki je skupek človekovih lastnosti in sposobnosti ter vključuje pet lastnosti: altruizem, čustveno inteligenco, čustveno stabilnost, osebno integriteto in optimizem. Medicinske sestre in drugi strokovnjaki, ki zagotavljajo k človeku usmerjene storitve, morajo imeti te lastnosti. To potrди tudi intervjuvanka, ki je izpostavlja pomen osebnosti DMS – empatičnost in želja po nudenju pomoči pacientu ter iskanje rešitev za njegove težave. Prav tako poudari pomen ustvarjanja ugodnega okolja za pacienta, ki zajema namemba časa, zagotavljanje varnosti in omogočanje komunikacije z izbranim osebnim zdravnikom. Tovrstno razmišljanje potrjuje navedbo avtorjev Starc in Erjavec (2017) ki poudarjata, da mora biti v sodobni zdravstveni negi zagotovljeno takšno klinično okolje, v katerem se pacient počuti varno in dostojno.

Vloga DMS v RADM v delovnem procesu pri izvajanju holistične zdravstvene nege ima velik preventivni in zdravstveno vzgojni pomen. DMS pri celostni obravnavi pacienta uporablja standardni vprašalnik, ki zajema pacientov življenjski slog, navade, izpostavljenost stresu, počutje, izvajanje biometričnih meritev, preverbo varnostnih vprašanj – prepoznavanje znakov in simptomov drugih obolenj. V intervjuju je izvajalka navedla, da je obravnavo pacienta v RADM napredek oziroma korak bližje k celostni obravnavi pacienta. Svojo vlogo interpretira kot samostojni zdravstveni delavec, ki samostojno načrtuje delo, odmerja razpoložljiv čas in kreira način obravnave. Meni, da ima na voljo več časa za pogovor, kot osebni zdravnik pri redni obravnavi. Nekatere medicinske sestre v raziskavi, ki jo opisuje Podhostnik (2013) navajajo, da so pacienti zelo zadovoljni s tem, da jih nekdo bolj podrobno obravnava in si vzame

zanje več časa. Pacienti so celostno obravnavani, pogovor med njimi in medicinsko sestro je zaupen, prejmejo individualno zdravstveno vzgojo, včasih tudi tolažbo. Obravnava je bolj sproščena in traja dlje kot v splošni ambulanti. Swanson in Koch (2010) potrjujeta, da lahko diplomirana medicinska sestra s svojim znanjem in zdravstveno-vzgojnim delovanjem doseže pri pacientu kontinuiran, poglobljen in terapevtski odnos. Pungeršek (2013) meni, da le kvalitetno znanje diplomirane medicinske sestre v RADM in natančno delo po veljavnih in objavljenih smernicah ter njeno kontinuirano izobraževanje zagotovi varno in celostno obravnavo pacientov. Intervjuvanka meni, da je čas, ki je namenjen pacientu oziroma njegovi obravnavi, le njegov, to pomeni, da v tem času ne izvajamo drugih del, temveč smo tam z njim in za njega. Poudari pomen zaupanja in poslušanja. Filej in Kaučič (2013), sta v svoji raziskavi ugotovila, da imajo dejanja zdravstvenega delavca, ki »posluša pacienta«, »zagotavlja pacientovo zasebnost« in »zmanjšuje tesnobo pacienta« najpomembnejšo vlogo pri holistični obravnavi pacienta. Altimir idr. (2017) navajajo, da pacient terapevtski odnos gradi na osnovi svojih občutkov, čustvene prijetnosti, občutka zaupanja, ali ostali razumejo njegove občutke in kakšna je pri tem komunikacija. Občutiti mora predanost zdravstvenega delavca, da mu je res mar zanj in se zanima za njegovo stanje. Pomembno je, da se njegov trud opazi in napredek tudi pohvali.

Pomanjkanje časa je eden glavnih razlogov za neizvajanje holistične zdravstvene oskrbe (Portillo in Cowley, 2011). To je dejstvo, ki je bilo tekom intervjuja večkrat izpostavljeno in ga potrjujejo tudi druge raziskave. Filej in Kaučič (2013) sta zapisala, da je za izvajanje celostne zdravstvene nege medicinskim sestram potrebno omogočiti, da si vzamejo čas za vsakega bolnika. To predstavlja razkošje, ki si ga vse težje privoščijo v zdravstvenih ustanovah. Za izvajanje holistične zdravstvene nege je potreben čas, ki ga medicinske sestre v času omejitev zaposlovanja v zdravstvenih zavodih nimajo, saj so vsakodnevno preobremenjene. Ugotovili smo, da razlogi za neizvajanje holistične zdravstvene nege prihajajo tudi s strani ljudi, ki niso prisotni v praksi, s strani odgovornih za določanje kriterijev dela oziroma standardizacijo t.i. količnikov. Posledično je izvajanje finančno pogojeno, kar ima vpliv na kvaliteto obravnave pacienta. Predvsem se to kaže pri ponovnem pomanjkanju časa, ki je namenjen pacientovi obravnavi. Mandal idr. (2019) navajajo, da je zdravstvena nega, ki je osredotočena na holistični pristop, postavljena med okolje pomanjkanja virov na eni strani ter ciljno uspešnostjo in učinkovitostjo na drugi strani. Intervjuvanka meni, da pomembno oviro pri izvajanju tovrstne obravnave predstavlja tudi pacientova pripravljenost za sodelovanje – njegova osebnost, pretekle slabe izkušnje z zdravstvenim sistemom, nezaupanje v zdravstveni sistem, strah in osredotočenost le na osrednjo izstopajočo težavo. Portillo in Cowley (2011) izpostavljata tudi pomanjkljivo znanje in izkušnje zdravstvenih delavcev, slabo definirano vlogo zdravstvene nege in nezadostno komunikacijo s pacienti. Rezultati študije Dyrstad idr. (2021) kažejo, da lahko vpeljava simulacijskega usposabljanja celostnega pristopa v izobraževanje zdravstvenih delavcev pomembno prispeva k izobraževanju v zdravstveni negi in razumevanju koncepta holistične zdravstvene nege.

V vsakem delovnem procesu je možna optimizacija, prav tako v procesu izvajanja holistične zdravstvene oskrbe. Izpostavljeno je, da dostopnost specialističnih pregledov ni primerna, saj so čakalne dobe za obravnavo predolge. Kot drugo možnost izboljšave intervjuvanka predlaga spremembo finančne ureditve zdravstvenih storitev kritih s strani zdravstvenega zavarovanja in sicer v smeri boljše finančne dostopnosti storitev, vsaj za določeno skupino pacientov na katero je bolj pogosto vezana zdravstvena težava oziroma obstajajo dejavniki tveganja za pojav le te.

5 Zaključek

Koncept holistične zdravstvene nege predstavlja bistvo zdravstvene nege. Delovanje po načelih celostnega pristopa omogoča kakovostno in profesionalno obravnavo pacienta. Pri izvajanju omogoča predvsem individualnost, ki je dandanes pri vse večjem številu pacientov in časovni ter kadrovski stiski, nemalokrat spregledana.

Tovrstna obravnava omogoča boljše razumevanje pacienta ter pripomore k ustvarjanju ugodnega okolja zanj. Medicinska sestra, ki deluje kot holistična medicinska sestra, si za pacienta vzame čas, se z njim poglobljeno pogovarja, ga posluša. Pacienta obravnava kot celostno bitje in pri tem obravnava fizični, psihični, ekonomski, duhovni in socio-kulturni vidik posameznika. To so prijemi s katerimi ustvari okolje v katerem se pacient počuti varnega, zaupa in prejme podporo.

Glavni razlog za neizvajanje holistične zdravstvene oskrbe še vedno ostaja pomanjkanje časa, sledi mu finančna odvisnost, osebnost pacienta in izvajalca ter po pričanju literature izvajalčevo pomanjkanje strokovnega znanja.

Strokovna literatura na področju holistične zdravstvene nege vsebuje prispevke, ki poudarjajo izjemni pomen tovrstne obravnave, vendar pa se ob pregledu literature zdi, da ni jasne definicije holistične zdravstvene oskrbe, ki bi specifično in natančno ter nedvoumno opredeljevala ta proces. Smiselno bi bilo natančno definirati holistično zdravstveno oskrbo in jo v večjem obsegu vpeljati v sistem izobraževanja bodočih medicinskih sester in zdravstvenikov, saj s svojo širino in hkrati individualnostjo predstavlja temelj na katerem bi morali delovati vsi zdravstveni delavci.

LITERATURA

1. Altimir, C., Capella, C., Nunez, L., Abarzua, M. in Krause, M. (2017). Meeting in difference: revisiting the therapeutic relationship based on patient's and therapist's experiences in several clinical contexts. *J Clin Psychol*, 73 (11), 1510–1522.
2. Dyrstad, D. N., Bodsberg, K. G., Sjøiland, M., Undersrud Bergesen, A. in Hjorthaug Urstad, K. (2021). Value of Simulating Holistic Nursing Care: A Qualitative Study. *Clinical Simulation in Nursing*, 54, 113–120.
3. Filej, B. (2019). Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 10–19). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2013). Holistic nursing practice. *South East Eur Health Sci J*, 3, 1-7.
5. Filej, B., in Kaučič, B. M. (2015). Koncepti metaparadigme v holistični obravnavi. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev* (str. 12–20). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
6. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2019). Holistična in k pacientu/uporabniku usmerjena oskrba. V B. M. Kaučič idr. (ur.), *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji* (str. 13–17). Celje: Visoka zdravstvena šola.
7. Frisch, N. C. in Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing - Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing*, 37 (3), 260–272.
8. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
9. Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. in Keogh, B. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23 (1), 71–80.
10. Kittrell Chitty, K. in Perry Black, B. (2011). *Professional nursing. Concepts and Challenges*. 6th Edition. Missouri: Saunders Elsevier.

11. Kuntarti, K., Rustina, Y., Umar, J. in Irawati, D. (2020). Concept Analysis of Caring Personality for Nursing: A Review. *Pertanika J Soc Sci and Hum*, 28 (4), 2485–2504.
12. Mandal, L., Seethalakshmi, A. in Rajendrababu, A. (2020). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21 (1), e12257.
13. Montgomery Dossey, B. in Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice*. 7th Edition. Burlington: Jones and Barlett Publishers.
14. Papathanasiou, I., Sklavou, M. in Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspective. *American Journal of Nursing Science*, 2 (1), 1–5.
15. Podhostnik, A. (2013). Referenčne ambulate zagotavljajo celostno obravnavo kroničnih pacientov z vidika zdravstvene nege. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca* (str. 211–216). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
16. Portillo, M. C. in Cowley, S. (2011). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1731–1743.
17. Pungersšek, Š. (2013). Celostna in varna obravnava pacienta v referenčni ambulanti družinske medicine – vloga diplomirane medicinske sestre. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? Varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca* (str. 226–233). Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
18. Starc, J. in Erjavec, K. (2017). Impact of the Dimensions of Diversity on the Quality of Nursing Care: The Case of Slovenia. *Journal of Medical Sciences*, 5 (3), 383–390.
19. Swanson, Y. in Koch, L. (2010). The role of oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study. *Oncol Nurs Forum*, 37 (1), 71–75.
20. Tjale, A. A. in Bruce, B. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in pediatric nursing. *Curationis*, 30 (4), 45–52.
21. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. in Taleghani, F. (2015). Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 21 (2), 214–224.

Telesna dejavnost in pomen za zdravje

UDK 613+796.035

KLJUČNE BESEDE: telesna dejavnost, zdrav življenjski slog, zdravje, skrb za zdravje

POVZETEK - Telesna dejavnost ima zelo pomembno vlogo v vseh življenjskih obdobjih. Potrebna je za socialni, biološki in mentalni razvoj ter za ohranjanje vitalnosti in varovanje pred različnimi boleznimi. Človeško telo je ustvarjeno za gibanje zato redna telesna vadba predstavlja temelj zdravega življenjskega sloga. Za zdravje potrebujemo uravnoteženo, varno in učinkovito telesno dejavnost, ki naj bo tudi primerno izvajana glede na intenzivnost, pogostost kot tudi glede trajanje same dejavnosti. V današnjih časih je sedeč življenjski slog vse bolj razširjen, kar se lahko na različne načine kaže na človeškem organizmu. Uporabili smo kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Za zbiranje podatkov smo izbrali anketni vprašalnik, ki je vseboval dva sklopa. Prvi sklop je zajemal demografske podatke anketirancev, drugi sklop pa je vseboval pet vprašanj zaprtega tipa. Z anketo smo ugotovili, da se anketiranci redno ukvarjajo s športom, vendar ne obiskujejo organiziranih oblik vadbe. Telesna dejavnost ima za vsakega človeka veliko pozitivnih učinkov tako na psihično kot na fizično zdravje. Priporočljivo je, da vzorec zdravega življenjskega sloga z dovolj telesne dejavnosti izvajamo in spodbujamo vseh okoljih kjer živimo, delamo, se družimo. Pri telesni vadbi mora človek uživati, se sprostiti in mu ne sme predstavljati mučenja in stresa.

UDC 613+796.035

KEYWORDS: physical activity, healthy lifestyle, health, health care

ABSTRACT - Physical activity is important at all stages of life. It is important for social, biological and mental development and also for maintaining vitality and protecting against disease. The human body is made for movement, so regular exercise is the foundation for a healthy lifestyle. For our health we need balanced, safe and effective physical activity which should be done properly in terms of intensity, frequency and also duration of activity. Sedentary lifestyle is more and more prevalent nowadays, which can affect the human body in various ways. In our research paper we have used a quantitative method of data collection. To collect the results, we selected a questionnaire that contained two sets. The first set included demographic data of the respondents and the second set contained seven closed-type questions. During the survey, we found that the respondents exercise regularly but do not participate in organised physical activity programmes. Physical activity has many positive effects on everyone's mental and physical health. A healthy lifestyle with sufficient physical activity should be implemented and encouraged in the environments where we live, work and socialise. During physical activity, a person should enjoy, relax and not be tormented and stressed.

1 Teoretična izhodišča

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2010) pravi, da je telesna dejavnost kakršnokoli gibanje telesa, ki ga ustvarijo skeletne mišice in katerega posledica je poraba energije nad ravnjo mirovanja. Šport in telesno vadbo razumemo kot posebne vrste telesne dejavnosti, pri čemer se šport nanaša na organizirano in načrtovano vadbo, vključuje pa določeno obliko tekmovanja, medtem ko je telesna vadba namenjena izboljšanju telesne pripravljenosti in zdravja.

Telesna dejavnost ima zelo pomembno vlogo prav v vseh življenjskih obdobjih. Pri mladostnikih je potrebna za normalen socialni, biološki in mentalni razvoj. Pri odraslih in

starejših oseb pa je redna in primerna telesna dejavnost pomembna za ohranjanje vitalnosti, varovanjem pred različnimi boleznimi in omogoča boljše življenje (Škof, 2010).

Intenzivnost telesne vadbe lahko ocenimo na tri načine. Prva je nizko intenzivna, ker se lahko normalno pogovarjamo in ne občutimo napora, nismo zadihani in je srčni utrip normalnih vrednosti. Druga je zmerno intenzivna vadba, kjer občutimo že nekaj napora, se ogrejemo, dihanje in srčni utrip sta pospešena, vendar se še lahko pogovarjamo. Tretja je visoko intenzivna, ker smo že bolj ogreti, zadihani, se potimo in imamo še bolj pospešen srčni utrip, pogovarjanje pa je oteženo, tako da je med govorom potrebno zajeti sapo (Backović Juričan, Djomba, Knific in Zupančič, 2015).

Na splošno se za krepitev zdravja priporoča zmerna telesna dejavnost, za katero je značilno, da poveča srčni utrip, povzroči občutek toplote in zadihanosti. Pri visoko intenzivni telesni dejavnosti se posameznik oznoji in zasope, telesna prenova pa se poveča na šestkrat višjo raven kakor je tista v mirovanju. Po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije odrasli za krepitev in ohranjanje zdravja potrebujejo vsaj 150 minut zmerne aerobne telesne dejavnosti na teden ali pa 75 minut visoko intenzivne aerobne telesne dejavnosti na teden. Poleg tega se za odrasle osebe priporoča, da vsaj dvakrat tedensko izvajajo vaje za mišično maso in vzdržljivost. Za odrasle osebo po 65. letu starosti se poleg tega priporoča da v svojo tedensko telesno dejavnost vključijo še vaje za ravnotežje (Drev, 2013).

Redna telesna dejavnost ima veliko koristi (Kraševac Ravnik, 2007):

- zmanjšuje tveganje za razvoj srčnih bolezni in možganske kapi,
- zmanjšuje tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa II,
- zmanjšuje tveganje za razvoj raka, predvsem na debelem črevesju in dojki,
- znižuje povišan krvni tlak,
- znižuje količino nekoristnega holesterola in zvišuje količino koristnega,
- pomaga zgraditi in ohranjati zdrave kosti, močne mišice in gibljive sklepe,
- pri ženskah pomaga preprečevati osteoporozo in tveganje za zlom kolka,
- zmanjšuje tveganje za razvoj bolečin v križu in kolenih,
- povečuje življenjsko energijo, pomaga ohranjati normalno telesno težo.

Telesna dejavnost je koristna za človekov zdravje vendar pretirano ali nepravilno ukvarjanje s telesno dejavnostjo povzroči tudi škodo. Vsaka vrsta telesne dejavnosti ni primerna za vsakega človeka. V primerjavi z Evropo ima Slovenija veliko ljudi, ki se redno ukvarjajo s telesno dejavnostjo vendar ima tudi visok delež tistih, ki se redko ali pa sploh ne ukvarjajo z njo (Zurc, Rhid in Lang, 2014). Ukvarjanje s športom dobro dene zdravju in krepí imunski sistem le, če je športna aktivnost zmerna. Prevelika naprežanja in obremenitve, posebno če trajajo daljše obdobje in jih spremlja izrazita tekmovalnost, pa imunski sistem oslabi, ker je to za organizem predstavlja stres (Slivar, 2007).

2 Metoda

Raziskava je potekala na deskriptivni kvantitativni metodi zbiranja podatkov. Za pregled literature smo uporabili podatkovne baze PubMed, CHINAL in COBISS. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. Raziskava je poteka med zdravstvenimi delavci v javnem zdravstvenem zavodu, kateri so imeli različno stopnjo izobrazbe. V anketi je sodelovalo 76 ljudi od tega je 41 ljudi v celoti izpolnilo vprašalnik. Realizacija vzorca je bila 54 %.

Raziskava je poteka v mesecu juniju 2021 preko spletnega vprašalnika, kjer je bila anketirancem zagotovljena anonimnost. Za spletno anketiranje in obdelavo podatkov smo uporabili domeno www.1ka.si.

3 Rezultati

V anketi je sodelovalo 41 anketirancev od tega je bilo 83 % sodelujočih anketirancev ženskega spola in 17 % moškega spola. Anketiranci so bili stari od 23 do 48 let. Povprečna starost anketirancev je bila 32,6 let. Večina anketirancev (59 %) je imelo visokošolsko izobrazbo, sledijo anketiranci s srednješolsko izobrazbo (20 %).

Anketirance smo v začetku vprašali ali obiskujejo kakršno koli vrsto organizirane telesne vadbe in so v 56 % odgovorili, da ne obiskujejo nobenih organiziranih vadb, v 20 % pa so odgovorili, da organizirane vadbe obiskujejo občasno.

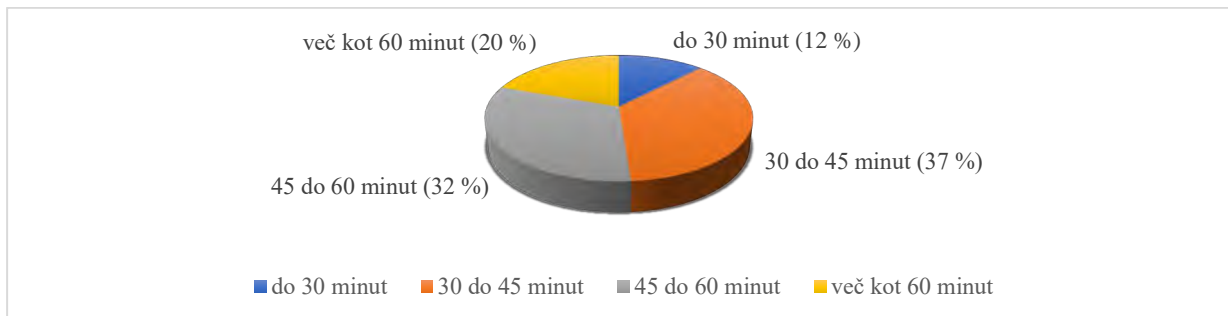
Graf 1: Pogostost športne aktivnosti (n = 41)



Vir: Lastni vir, 2021.

V anketi smo spraševali, kako pogosto so anketiranci športno aktivni. V 34 % so odgovorili, da so aktivni 2–3x na teden in zgolj 1 (2 %) anketiranec je odgovoril, da ni nikoli športno aktiven.

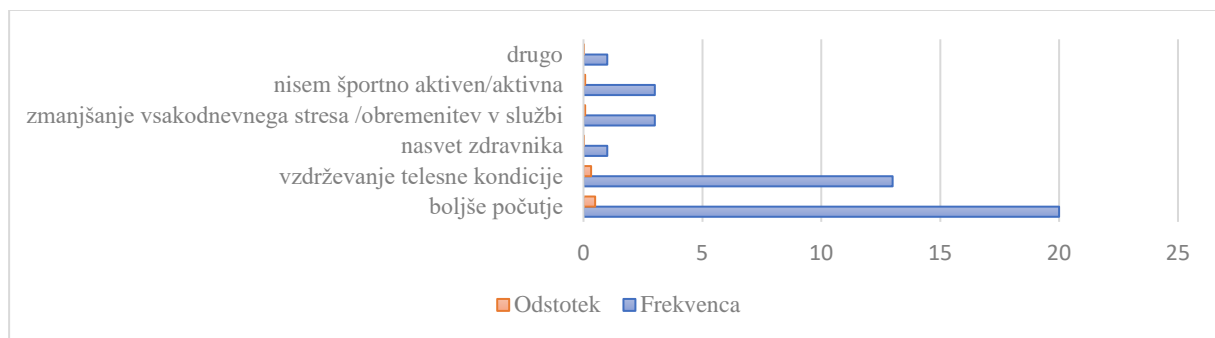
Graf 2: Povprečno trajanje športne aktivnosti (n = 41).



Vir: Lastni vir, 2021.

Zdravstveni delavci so v anketi odgovorili, da so najpogosteje (37 %) v povprečju aktivni med 30 in 45 minutami. Od 20 % anketiranih pa je povprečno trajanje aktivnosti več kot 60 minut.

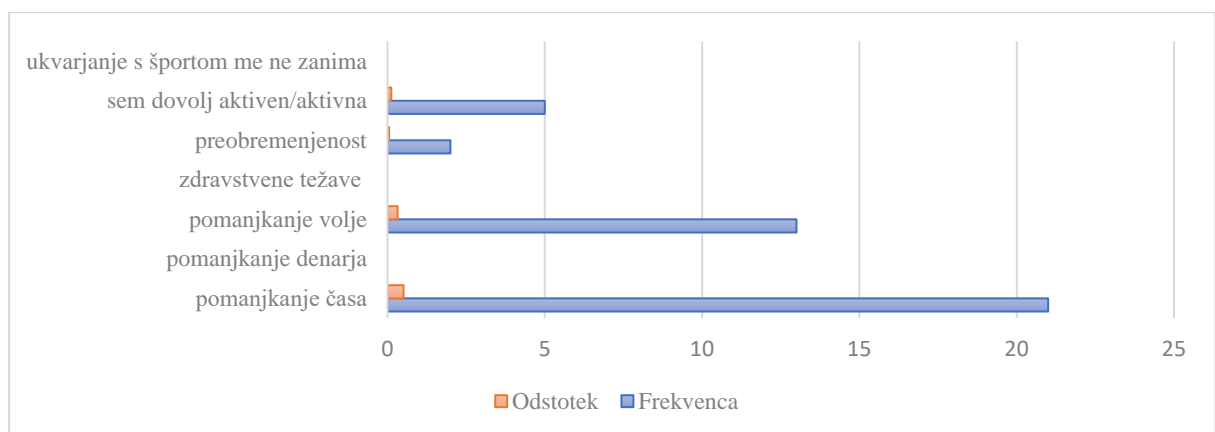
Graf 3: Razlog za športno aktivnost (n = 41).



Vir: Lastni vir, 2021.

V anketi so anketiranci kot najpogostejši razlog za športno aktivnost opredelili zaradi boljšega počutja (49 %) in tudi zaradi vzdrževanja telesne kondicije (32 %). 1 (2 %) anketiranec se ukvarja s športno aktivnostjo zaradi nasveta s strani zdravnika.

Graf 4: Razlog za neaktivnost (n = 41).



Vir: Lasten vir, 2021.

21 (51 %) anketirancev je navedlo, da so zaradi pomanjkanja časa manj športno aktivni. Med vzroke za onemogočeno športno aktivnost so uvrstili tudi pomanjkanje volje (32 %) in preobremenjenost (5 %). 5 (12 %) anketirancev se je opredelilo, da so dovolj športno aktivni.

4 Razprava

Po definiciji zdravje predstavlja stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni. Z raziskavo smo ugotovili, da se naši anketiranci redno ukvarjajo s športom vendar jih kar 56 % ne obiskuje nobenih organiziranih oblik (fitnes, joga, vodene vadbe) zato lahko na podlagi tega sklepamo, da se ukvarjajo pogosteje ukvarjajo z individualnimi športi. Pri pogostosti športne aktivnosti se jih je največ opredelilo da so aktivni 2x do 3x na teden in več kot 3x na teden. Anketiranci so tudi napisali, da v povprečju njihova športna aktivnost taja od 30 do 45 minut kar je napisala tudi Drev (2013), ki navaja da Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje priporočilo vsaj 150 minut zmerne aerobne vadbe ali 75 minut visoko intenzivne vadbe na teden.

V raziskavi so anketiranci kot razlog zakaj se športno aktivni odgovori kar v 49 %, da zaradi boljšega počutja in v 32 % zaradi vzdrževanja telesne kondicije kar v literaturi potrjuje tudi Škof (2010), ki pravi, da je vadba sistematično ponavljanje telesne dejavnosti z namenom napredka oziroma izboljšanja stanja. Telesna dejavnost ima na človekovo telo številne

pozitivne učinke tako na stopnji psihičnega kakor tudi fizičnega zdravja. Ker živimo v času, ki ga v veliki meri zapolnjuje hiter tempo, pogostejše doživljanje stres in pretežno sedeč način življenja zato je telesna dejavnost še toliko bolj pomembna. Pri zadnjem vprašanju smo anketirance spraševali o tem kaj jim onemogoča pogostejšo oziroma redno športno aktivnost in kar v 51 % so odgovori, da je to zaradi pomanjkanja časa in v 32 % so odgovori, da jim zmanjkuje volje. Oba odgovora sta bila pričakovana. Sama telesna vadba mora biti izbrana tako, da človeku ustreza, mu ni mučna in da uživa ob takšnem preživljanju prostega časa. Cilj človeka, ki se s telesno vadbo šele srečuje mora biti predvsem to da to postane njegov način življenja.

LITERATURA

1. Backović Juričan, A., Djomba, J. K., Knific, T. in Zupančič Tisovec, B. (2015). Gibam se. Delovni zvezek za udeležence delavnice. Ljubljana: Nacionalni inštitut za varovanje zdravja.
2. Drev, A. (2013). Gibanje – telesno dejavni vsak dan. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republika Slovenije.
3. Kraševac Ravnik, E. (2007). Gibaj se veliko in opazil boš razliko. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
4. Slivar, J. (2007). Odnos prebivalcev MO Velenje do gibanja za zdravje (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za šport.
5. Škof, B. (2010). Spravimo se v gibanje – za zdravje in srečo gre: kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine? Ljubljana: Fakulteta za šport.
6. World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Pridobljeno s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf.
7. Zurc, J., Rhid, D. J. A. in Lang, M.(2014). Safeguarding children from violence and abuse in Slovenian sport. Safeguarding, child protection and abuse in sport: international perspective in research, policy and practice. London in New York: Routledge.

Praktični pouk v času epidemije covid-19

UDK 373.5:61+578.834

KLJUČNE BESEDE: dijak, učitelj praktičnega pouka, praktični pouk, covid-19

POVZETEK – Učitelji praktičnega pouka na srednjih šolah smo vsakodnevno izpostavljeni odgovornosti za dijake na praktičnem pouku. Zadnji dve leti se je odgovornost povečala v veliki meri zaradi prisotnosti virusa SARS-CoV-2. Opravljanje praktičnega pouka izvajamo v kliničnem okolju. Naše klinično okolje predstavlja Splošna bolnišnica Celje, ki je bila v največjem izbruhu tudi bolnišnica za bolnike okužene s covidom. Dijaki so v učnem procesu in mentorji jih moramo usmerjati pri izvajanju intervencij zdravstvene nege kar je za njih zelo težko. Prisotnost virusa pa delo še poveča in prav zaradi tega smo bili nekaj časa odrezani od izvajanja praktičnega pouka iz kliničnega okolja in smo ga izvajali v specializiranih učilnicah. Vrnitev v klinično okolje pa je za vse predstavljala velik strah in neznano okolje ter dosledno upoštevanje varnostnih ukrepov in testiranja. Prilagoditi se moramo naravi dela in vključevati v proces dela na oddelkih. Število dijakov pri enem učitelju je določeno po pravilniku o normativih in standardih za izvajanje izobraževalnih programov in vzgojnega programa na področju srednjega šolstva. Normativi se niso spremenili in število dijakov se ni zmanjšalo. V prispevku je predstavljena organizacija praktičnega pouka za dijake srednje zdravstvene šole v času epidemije in odgovornost, ki jo v tej situaciji prevzemajo učitelji praktičnega pouka.

UDC 373.5:61+578.834

KEYWORDS: student, teacher of practical lessons, practical teaching, Covid-19

ABSTRACT – Teachers who teach practical lessons in secondary schools are faced daily with the responsibilities for pupils in practical lessons. In the last two years, the responsibility has increased mainly due to the emergence of the SARS-CoV-2 virus. Practical classes take place in a clinical environment. Our clinical environment is represented by the Celje General Hospital, which was also the hospital for patients infected with Covid during the largest outbreak. The students are in the process of learning and the mentors have to guide them in performing nursing procedures, which is very difficult for them. The presence of the virus increases the workload and so for some time we were unable to do practical teaching in the clinical environment but had to do it in dedicated classrooms. However, returning to the clinical environment meant great fear and an unfamiliar environment for everyone, as well as strict adherence to safety measures and testing. We have to adapt to the nature of the work and be involved in the work process of the department. The number of students per teacher is determined by the rules on norms and standards for the implementation of educational programmes and the educational programme at the secondary education. The standards have not changed and the number of students has not decreased. The paper presents organisation of practical lessons for nursing students in secondary school and responsibility of a teacher of practical lessons during Covid-19.

1 Praktični pouk

Praktično izobraževanje v poklicnem in strokovnem izobraževanju je določeno z izobraževalnim programom in se izvaja kot praktični pouk in kot praktično usposabljanje z delom. Izvajata se v različnih zdravstvenih, socialnovarstvenih in drugih zavodih, ki imajo status učne baze, pridobljen pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije. Učne baze so za naše izobraževanje zelo pomembne saj je praktični pouk temeljna vsebina učnega procesa, kjer dijak teoretična znanja iz zdravstvene nege in pridobljena znanja v kabinetih iz šole prenese v klinično okolje in s tem v živo spoznava svoj bodoči poklic. Naša največja učna baza za

izvajanje praktičnega pouka v programu zdravstvena nega je Splošna bolnišnica Celje, ki se nahaja v neposredni bližini šole. V njej je praktični pouk organiziran za dijake srednjega strokovnega in srednjega poklicno-tehniškega izobraževanja, smer tehnica/tehnik zdravstvene nege. Praktični pouk vodijo učitelji praktičnega pouka na enajstih kliničnih oddelkih. Praksa se izvaja na internističnem, kirurškem ginekološko – porodniškem in pediatričnem področju. Tedensko imamo na praktičnem pouku v Splošni bolnišnici Celje 410 dijakov.

Učitelj praktičnega pouka oziroma praktičnega pouka posameznega strokovnega modula mora imeti:

- najmanj srednjo strokovno izobrazbo in
- najmanj tri leta delovnih izkušenj s področja, ki ga je za učitelja praktični pouk oziroma praktičnega pouka tega strokovnega modula določil minister v posebnem delu izobraževalnega programa. Pri izbiri učitelja praktičnega pouka oziroma praktičnega pouka strokovnega modula mora ravnatelj upoštevati izvedbeni kurikulum izobraževalnega programa (Uradni list RS, št. 48/11 in 92/12).

2 Vloga učitelja in odgovornost učitelja praktičnega pouka

Vloga in položaj učitelja v šoli sta opredeljena z različnimi relacijami, saj na učitelja vplivajo tako subjektivni kot tudi objektivni dejavniki. Učitelj v šoli nastopa v treh vlogah oziroma položajih (Resman, 1991, str. 71):

- kot uslužbenec,
- kot strokovnjak,
- kot oseba in osebnost.

Vsaka od teh vlog oziroma položajev učitelja je tesno povezana z določeno vrsto odgovornosti. Ločimo različne vrste odgovornosti, in sicer (Resman, 1991):

- a. Kontraktualno (pogodbeno) odgovornost, ki se povezuje s položajem učitelja kot uslužbenca. Učitelja veže pogodba, zakonodaja; v skladu s predpisi mora opravljati svoje delo.
- b. Profesionalno odgovornost, ki je povezana s položajem učitelja kot strokovnjaka. Učitelj je dolžan z učenci delati v skladu s stroko in strokovnimi spoznanji. Za svoje delo je odgovoren učiteljskemu zboru, ravnatelju kot pedagoškemu vodji in navsezadnje svojim sodelavcem iz stroke.
- c. Moralno odgovornost, ki se izraža predvsem v neposrednem odnosu do staršev in podrejenih – učencev, nad katerimi ima učitelj po eni strani moč (vertikala), po drugi pa prihaja z njimi v odnos kot človek s človekom (horizontala).

Pri delu učitelja lahko v vsakem trenutku zasledimo vse tri položaje, vendar specifična učna situacija definira dominantnost posameznega položaja. Tako morajo učitelji med temi položaji najti ustrezno ravnovesje, saj če ni harmonije med temi položaji, to vodi v razdvojenost učitelja in njegovega dela. Usklajenost je težko doseči, saj je odvisna od mnogih dejavnikov: od šolskega sistema, vrste in stopnje šol in celo od predmeta (področja), ki ga učitelj »pokriva« (Resman, 1991, str. 71).

Učitelji in dijaki morajo pri praktičnem pouku upoštevati tudi varnostne predpise tiste organizacije, v kateri poteka praktični pouk. Učitelji praktičnega pouka so dolžni zagotoviti, da so dijaki z omenjenimi predpisi seznanjeni. Dolžni so zagotoviti, da so dijaki pri praktičnem pouku urejeni, da uporabljajo ustrezno obleko, obutev in predpisana zaščitna sredstva. Učitelji praktičnega pouka ves čas spremljajo in nadzorujejo delo dijakov. Z medicinsko-tehničnimi pripomočki smejo dijaki rokovati le v prisotnosti učitelja ali v prisotnosti osebe, usposobljene za delo s temi pripomočki. Dijaki, ki sodelujejo pri praktičnem pouku, morajo biti cepljeni proti

hepatitisu B. Dijaki morajo biti nezgodno zavarovani. Brez vednosti učitelja dijaki ne smejo zapuščati oddelka, kjer opravljajo praktični pouk (Šolska pravila srednje zdravstvene in kozmetične šole Celje, povzeto iz <http://www.szsce.si/sola/o-soli/solska-pravila/>).

3 Normativi za izvajanje praktičnega pouka

V skupini pri praktičnem pouku v neprenovljenih oziroma iztekajočih se programih je praviloma:

- v izobraževalnih programih nižjega poklicnega izobraževanja največ 10 dijakov,
- v izobraževalnih programih srednjega poklicnega izobraževanja v 1. letniku največ 17, v 2. letniku največ 14 in v 3. letniku največ 13 dijakov,
- v izobraževalnih programih srednjega strokovnega in poklicno-tehniškega izobraževanja največ 17 dijakov.

Odstopanje od normativa iz prvega odstavka tega člena je dovoljeno pri praktičnem pouku steklopihaštva (4 v skupini), praktičnem pouku v rudarski jami (4 v skupini), praktičnem pouku zobozdravstva (11 v skupini), praktičnem pouku zdravstvene nege (11 v skupini), praktičnem pouku pomoči in oskrbe v 3. letniku (12 v skupini) praktičnem pouku v hlevu (5 v skupini), praktičnem pouku sečnje gozdov (2 v skupini oziroma 3 v zadnji skupini, če je neparno število dijakov) ter praktični vožnji z motornim vozilom, pri čemer mora biti s programom po letnikih določen obseg ur praktičnega pouka v hlevu, praktičnega pouka sečnje gozdov oziroma praktične vožnje z motornim vozilom (povzeto iz Pravilnik o normativih in standardih za izvajanje izobraževalnih programov in vzgojnega programa na področju srednjega šolstva (Uradni list RS, št. 62/10, 99/10, 47/17, 30/18 in 16/21).

4 Novi coronavirus ali SARS-CoV-2

V Vuhanu na Kitajskem so decembra 2019 zaznali več primerov pljučnic. Pri bolnikih so izključili številne običajne povzročitelje pljučnic oz. respiratornih okužb in potrdili okužbo z novim koronavirusom. Nov koronavirus so poimenovali SARS-CoV-2, bolezen, ki jo virus povzroča pa covid-19 (<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>).

Bolezen se kaže s slabim počutjem, utrujenostjo, nahodom, z vročino, kašljem in pri težjih oblikah z občutkom pomanjkanja zraka. Natančni podatki o poteku bolezni se še zbirajo, saj gre za nov virus. Iz poročanja Kitajske pa lahko sklepamo, da poteka v lažji obliki pri približno 80 % okuženih. Težji potek naj bi imelo približno 20 % zbolelih. Tudi natančnega podatka o smrtnosti po okužbi z novim koronavirusom še ni, po poročanju Kitajske se ocenjuje na 2 % - 4 %. Večina umrlih je bila starejša in je imela pridružene kronične bolezni srca, pljuč, sladkorno bolezen ipd. Za težji potek bolezni je značilna pljučnica (<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>).

Okužbe z novim koronavirusom od ostalih povzročiteljev akutnih okužb dihal, vključno s pljučnicami, ne moremo ločiti zgolj na osnovi poteka bolezni in bolnikovih težav. Za potrditev ali izključitev okužbe z novim koronavirusom je potrebno mikrobiološko testiranje. Koronavirus se dokazuje v brisu nosno-žrelnega prostora, v brisu žrela, izmečku dihal in še v drugih kužninah (<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>).

V Sloveniji smo prvo okužbo z novim koronavirusom potrdili 4. marca 2020. Epidemiološko situacijo spremljamo z okrepljenim testiranjem, glede na število okuženih pa sprejemamo in prilagajamo ukrepe za zaježitev širjenja novega koronavirusa med nami. Ukrepe za zaježitev širjenja okužb prilagajamo glede na epidemiološko situacijo v državi in širši regiji (<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>).

Zaradi prisotnosti novega koronavirusa moramo pri opravljanju vsakodnevnih opravil in izvajanju aktivnosti še posebej paziti, da se ne okužimo ali nevede prenesemo okužbo na ljudi okrog sebe. Pomembno je, da dosledno upoštevamo preventivne ukrepe (nosimo masko, skrbimo za higieno rok in kašlja, upoštevamo varno medosebno razdaljo), v primeru slabega počutja oziroma boleznin pa ostanemo doma in se po telefonu posvetujemo z osebnim zdravnikom (<https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>).

Pri opravljanju dejavnosti moramo upoštevati priporočila in usmeritve Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

5 Zajezitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2 na področju vzgoje in izobraževanja ter športa

Vlada Republike Slovenije je sprejela Odlok o načinu izpolnjevanja pogoja prebolevnosti, cepljenja in testiranja (PCT pogoj) za zajezitev širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2, ki začasno določa pogoje prebolevnosti, cepljenosti ali testiranja, pogoje za ustreznost testa na virus SARS-CoV-2 z metodo verižne reakcije s polimerazo in hitrega antigenskega testa, uporabo testa HAG za samotestiranje na SARS-CoV-2, uporabo zaščitne maske na javnih krajih oziroma prostorih, obvezno razkuževanje rok, medosebno razdaljo in prezračevanje zaprtih prostorov (Odlok o načinu izpolnjevanja pogoja pct za zajezitev širjenja okužb z virusom sars-cov-2 – področje vzgoje in izobraževanja ter športa, povzeto iz <https://www.gov.si/novice/2021-09-06-odlok-o-nacinu-izpolnjevanja-pogoja-pct-za-zajezitev-sirjenja-okuzb-z-virusom-sars-cov-2-podrocje-vzgoje-in-izobrazevanja-ter-sporta/>).

6 Navodila za opravljanje praktičnega pouka v Splošni bolnišnici Celje

Vsi dijaki morajo izpolnjevati pogoj PCT za izvajanje praktičnega pouka v kliničnem okolju. Brez testiranja na SARS-CoV-2 vstopamo v klinično okolje -SBC (navodila SBC) šele:

- 7 dni po prejetem drugem odmerku cepiva Pfizer
- 21 dni po prvem odmerku cepiva AstraZeneca
- 14 dni po enem odmerku cepiva Janssen
- 14 dni po drugem odmerku cepiva (Moderna)

Osebe, ki so v zadnjih 8 mesecih dokazano prebolele covid-19 (izvid o pozitivnem PCR testu), zadostuje en odmerek cepiva proti covid-19. V takih primerih prebolevnik velja za zaščiteneja takoj po cepljenju.

Dijaki se lahko od 20. 9. 2021 dalje samotestirajo na šoli pod nadzorom učitelja/profesorja. Veljavnost rezultata samotestiranja je 7 dni, HAG velja samo v primeru, da na dan praktičnega pouka ni starejši od 48 ur. Prav tako dijaki prejmejo v kliničnem okolju zaščitne maske pred vstopom na oddelek, po potrebi tudi vizirje in učitelju praktičnega pouka oddajo izpolnjen vprašalnik o zdravstvenem stanju, da nimajo katerega od navedenih znakov, ki bi kazal na okužbo.

7 Zaključek

Dijaki opravljajo praktični pouk na kliničnih oddelkih enkrat ali dva krat na teden, odvisno od izobraževalnega programa v katerega so vključeni. Zaradi prenove programa, ki je v izvajanju in iztekajočih se starih programov se je število dni in ur praktičnega pouka povečalo. Kot se povečujejo ure praktičnega pouka se večajo tudi odgovornosti nas učiteljev. Vsekakor se moramo v prvi vrsti držati vseh higienskih ukrepov in tudi nadzorovati dijake, kako jih izvajajo.

Dodatno delo je še samotestiranje, ki ga moramo izvajati vsak teden na šoli, da imajo vsi dijaki pogoje za pristop k praktičnemu pouku. Pred vsakim praktičnim poukom moramo opraviti pregled vprašalnikov, testov samotestiranja, seznama dijakov v skupini, pri tem pa ne smemo biti prehitri, da ne pride do napak in ne pripeljemo v klinično okolje dijaka z morebitno okužbo ali neizpolnjevanjem pogojev. Vsekakor se nam poraja vprašanje, ali se bi morda skupine dijakov zmanjšale, vendar nam normativi narekujejo drugače. V kolikor bi vse te kontrole opravljali v času praktičnega pouka bi se nam zmanjšale dragocene ure, ki nam veliko pomenijo saj se zavedamo kaj vse so v lanskem šolskem letu dijaki izpustili, ko nismo smeli v samo klinično okolje na opravljanje praktičnega pouka. Kljub temu, da razumemo da so razmere težke in da smo v tem poklicu ter kaj pomeni epidemija bi se moralo tudi na nas malo pogledati in nam pristopiti nasproti, saj tudi mi nosimo veliko breme in smo v situaciji v kateri smo se šli prvič v življenju.

LITERATURA

1. Corona virus Sars Cov 2. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-za-splosno-javnost>.
2. Interna navodila Splošne bolnišnice Celje.
3. Normativi za izvajanje praktičnega pouka. Uradni list Republike Slovenije, št. 62/10, 99/10, 47/17, 30/18 in 16/21.
4. Resman, M. (1991). Organizacijska in vsebinska podoba pedagoške službe. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
5. Šolska pravila Srednje zdravstvene šole Celje. Pridobljeno s <http://www.szsce.si/sola/o-soli/solska-pravila/>.
6. Učitelj praktičnega pouka. Uradni list Republike Slovenije, št. 48/11 in 92/12.
7. Ukrepi za zaježitev širjenja okužb. Pridobljeno s <https://www.gov.si/teme/koronavirus-sars-cov-2/ukrepi-za-zajezitev-sirjenja-okuzb/>.
8. Zaježitev širjenja okužb – izobraževanje. Pridobljeno s <https://www.gov.si/novice/2021-09-06-odlok-o-nacinu-izpolnjevanja-pogoja-pct-za-zajezitev-sirjenja-okuzb-z-virusom-sars-cov-2-podrocje-vzgoje-in-izobrazevanja-ter-sporta/>.

Stereotipi, predsodki in vrednotni sistem študentov zdravstvene nege

UDK 316.647.8:378-051

KLJUČNE BESEDE: tipizirane sodbe, nepreverjena stališča, neenaka obravnava

POVZETEK - Med študenti zdravstvene nege se lahko pojavljajo stereotipi in predsodki, ki tudi na kliničnem usposabljanju ali (kasneje) na delovnem mestu vodijo do neenake obravnave ali celo do diskriminacije pacientov. Namen raziskave je preučiti stereotipe, predsodke in vrednote študentov študijskega programa Zdravstvena nega na UNM FZV. Zastavili smo si sedem ciljev, iz katerih smo določili raziskovalna vprašanja. Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje, ki je potekalo maja in junija 2021. Anketo je izpolnilo 106 študentov, od tega 22 % študentov in 78 % študentk, 22 % študentov prvega, 35 % drugega in 43 % tretjega letnika ter 58 % rednega in 42 % izrednega študija. Študenti v povezavi s stereotipi in predsodki niso izražali izrazito negativnih ali izrazito pozitivnih stališč, so pa izrazili veliko strinjanje s trditvijo, da imajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v družbi nižji ugled od zdravnikov. Kot najpomembnejšo vrednoto so študenti izpostavili zdravje, sledijo partnersko in družinsko življenje, varnost in mir, finančna stabilnost ter pravo prijateljstvo.

UDC 316.647.8:378-051

KEYWORDS: typified judgments, unverified opinions, unequal treatment

ABSTRACT - Stereotypes and prejudices can arise among nursing students, which can also lead to unequal treatment or even discrimination against patients in clinical training or (later) in the workplace. The aim is to examine the stereotypes, prejudices and values held by undergraduate nursing students UNM FHS. We set seven objectives against which we set research questions. The research is based on a quantitative research approach. An online survey conducted in May and June 2021 was used to collect data. The survey was completed by 106 students, 22% male and 78% female, 22% first-year students, 35% second-year students and 43% third-year students, and 58% full-time students and 42% part-time students. Students were neither outspokenly negative nor outspokenly positive about stereotypes and prejudice, but strongly agreed with the statement that graduate nurses have a lower standing in society than doctors. Students emphasised health as the most important value, followed by partner and family life, safety and peace, financial stability and true friendship.

1 Uvod

Izvajalci zdravstvene nege so zavezani k enaki obravnavi vseh pacientov ne glede na spol, narodnost, raso, etnično poreklo, vero, starost ali druge okoliščine. To v slovenskem prostoru opredeljuje Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, pa tudi Zakon o pacientovih pravicah. Kljub tem določilom pa nekatere raziskave potrjujejo, da neenaka obravnava v praksi obstaja (Hudelson, Kolly in Perneger, 2009, str. 24–25; Esquierdo - Leal, Jacobs in Strauss, 2020, str. 33). Zdravstveni delavci so podvrženi enakim pristranskostim kot splošna javnost in lahko s svojimi odločitvami nenamerno vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe ter posledično na zdravstveno stanje pacienta. To je mogoče zmanjšati s poznavanjem različnih družbenih skupin ter pridobivanjem znanja s področja medkulturnosti, kar omogoča refleksijo lastnih predsodkov in stereotipov ter njihovo postopno premagovanje. Po mnenju študentov naše raziskave je ravno izobraževanje tisto, ki v največji meri prispeva k zmanjševanju stereotipov

in predsodkov v zdravstvu. Študenti zdravstvene nege s stereotipi in predsodki že vstopajo v študijski program, vendar lahko njihovo pravočasno prepoznavanje prispeva k uspešnemu premagovanju. Navedeno samo potrjuje nujnost vključenosti tovrstnih vsebin v izobraževalni sistem bodočih zdravstvenih delavcev.

Kako bodo zdravstveni delavci v posameznih situacijah ravnali, pa je odvisno tudi od njihovih vrednot. Vrednotni sistem mladih v Sloveniji že dve desetletji ostaja enak: na vrh v hierarhiji vrednot se uvrščajo zdravje, družinsko življenje, resnično prijateljstvo, poklicni ali šolski uspeh in dovolj individualne svobode (Lavrič in Deželan, 2021, str. 347). Zdravje kot individualna najpomembnejša vrednota vsakega posameznika je še toliko pomembna za zdravstvene delavce, katerih glavno poslanstvo je ravno skrb za zdravje svojih pacientov.

2 Stereotipi

Stereotipi pomenijo posploševanje delno točnih, vendar večinoma nepreverjenih in površnih sodb o človeku, skupini ali skupnosti. So tipizirane sodbe, ki ravno zaradi svoje ohlapnosti in splošnosti ne ustrezajo stvarnosti. Gre za sodbe o vseh, ki ne veljajo za nikogar. Veljajo za nesprejemljive, toge, rigidne, izkrivljene predstave, ki ne upoštevajo individualnih razlik in družbenih sprememb in spodbujajo ustvarjanje družbenih predsodkov. Veljajo za učinkovite, vendar napačne predstave. Učinkovite, ker nam omogočajo, da hitro prihajamo do informacij o stvarnosti okoli nas in se tej stvarnosti prilagajamo. Hkrati pa tudi izkrivljajo stvarnost in podobo ljudi kot enkratne, različne in spremenljive. Stereotipi so rezultat sklepanja na osnovi omejenih informacij. Njihova naloga je, da poudarijo tipične in za nas pomembne poteze drugih. Posameznike se označuje ne da bi se jih поблиže spoznalo, ob tem pa se jih pogosto identificira kot člane določenih socialnih skupin. V zunanjem svetu se opazi samo tisto, kar je za nas naša kultura že definirala (Ule, 2009, str. 178). Pojem stereotipa je leta 1922 v svoji knjigi Javno mnenje (Public Opinion) uvedel Walther Lippman, ki je stereotipe označil kot selektivne, samoizpolnjujoče in etnocentrične sodbe, ki vodijo v zoženo, nepopolno, pristransko in neustrezno reprezentacijo (Lippman, 1961, v Ule, 2009, str. 178). Stereotip je rezultat poenostavljanja in priročno sredstvo za obvladovanje predsodkov. Stereotipi o skupinah ljudi igrajo vlogo diskriminatorjev lastnosti, kadar ni na voljo nobenih drugih podatkov o ljudeh, razen tega, da pripadajo različnim narodom ali skupinam. Stereotipiziranje je tako proces opisovanja ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti. S prekrivanjem dejanskih razlik med ljudmi, s poenostavljanjem in prilagajanjem kompleksnih informacij v preproste sheme se ohranja omejena sposobnost predelave informacij. Pri stereotipih gre torej za proces pripisovanja lastnosti ljudem na osnovi njihove skupinske pripadnosti, ne na osnovi individualnih značilnosti in posebnosti. To pa vodi do dveh tipičnih napak v pripisovanju, in sicer: se pri tem ljudi obravnava tako, da so bolj podobni članom svoje skupine in bolj različni od članov drugih skupin, kot v resnici so, v tem zaznavanju pa se teži k temu, da je skupina, ki ji pripadamo mi, boljša kot tista, ki ji ne pripadamo (Ule, 2009, str. 179–180). Tako so lahko stereotipi v najboljšem primeru označeni kot proces poenostavljanja sporočil, ki je namenjen obvladovanju kompleksne stvarnosti, v najslabšem primeru pa kot sredstvo za oblikovanje predsodkov in diskriminacij (Ule, 2005, str. 57). Stereotipi niso samo kognitivni produkti, so tudi socialne sodbe, norme, vrednotenja, zaradi česar imajo družbeni pomen. Ljudje doživljajo stereotipe, ki jih opazijo pri drugih, kot napačne, pristranske. Stereotipi vplivajo tudi na odnose skupin, ki pridejo v medsebojni stik in te medskupinske odnose zaznamujejo (Ule, 2009, str. 182–183). Če temeljijo na netočnih predstavah drugih, lahko negativno vplivajo na skupinsko interakcijo (Cook in Stoecker, 2014, str. 10).

Družbeno-strukturalne razlage stereotipov pojmujejo stereotipe kot sredstvo za razlago in racionalizacijo obstoječih socialnih razlik. S pomočjo stereotipizacije se skuša iz socialnih

razlik napraviti naravne razlike, namesto da bi se pojasnilo vzroke za socialne razlike. Stereotipi o spolnih razlikah skušajo prikazati družbene razlike med spoloma kot posledico naravnih razlik med spoloma. Če posameznik stereotipe ima, jih tudi uporablja in se v skladu s svojo zaznavo tudi obnaša. Predstava o stereotipih kot o nespremenljivih in togih sodbah je napačna, saj se ti spreminjajo v odvisnosti od družbenih pogojev (Ule, 2009, str. 183).

3 Predsodki

Predsodki so neupravičena, nepreverjena in neargumentirana stališča. So subtilne mikroideologije vsakdanjega sveta, pri čemer ideologija deluje na prikrit in zvit način. Običajno jih spremljajo močna čustva, ki se kažejo v nespoštljivem, nestrpnem, ponižujočem ali prezirljivem odnosu do drugih in drugačnih. Najpogosteje se kažejo do pripadnikov drugih narodov, etničnih skupnosti, ras, kultur, bolnih ter do oseb z drugačnim načinom življenja ter različnimi religioznimi in spolnimi usmeritvami. Lahko so pozitivni ali negativni, pri čemer so slednji orodje agresije in diskriminacije. V sodobni družbi se ideološki »model človeka« kaže v zdravem moškem srednjih let, ki je heteroseksualec, belec, pripadnik zahodne, krščanske in urbane kulture ter srednjega ali višjega družbenega razreda. Vse, kar odstopa od teh meril, je v sodobni družbi največkrat vir predsodkov. Žrtve predsodkov se pogosto poistovetijo z vsebino predsodkov in ti isti predsodki postanejo vsebina njihove samopodobe in dejavnosti. Tako pride do samouresničujočih se napovedi, ko žrtve predsodkov same s svojim obnašanjem opravičujejo in legitimirajo predsodke, s čimer se krog sklene (Ule, 2004, str. 165–166). Predsodki karikirajo določene značilnosti ljudi, narodov in odnosov. Ne zanimajo jih nianse, temveč ekstremni prikazi. Karakteriziranje uspe, ko se različni tipi ljudi čim bolj razlikujejo med seboj. Pomen predsodkov je predvsem v vrednotnih ocenah. Ocenjevanje in vrednotenje nujno spremljata predsodke, saj so predsodki pomembni za delovanje le skozi vrednotenje družbenih skupin, situacij in posameznikov. Že samo imena barv, s katerimi označujemo etnične skupine (»bel«, »črn«, »rdeč«, »rumen«) so različno vrednotene in imajo različno pomensko področje. Predsodki vodijo naše zaznavanje zunanjega sveta, ne da bi to sami opazili. Pri tem povzročajo popačenje podobe objekta in zavračanje tega. Povzročajo tudi močno selektivno pozornost opazovalca do obnašanja drugih ljudi. Opazovalec je pri tem pozoren le na tiste vidike obnašanja drugih, ki so v skladu z njegovimi predsodki. Če na primer oseba označi drugega za »južnjaka«, v njegovem obnašanju vidi le tiste lastnosti, ki potrjujejo predsodke o »južnjakih«, o lenobi, uživaštvu, želji po lahkem zaslužku na »naš« račun in podobno. Uporaba predsodkov je pretežno nezavedna, avtomatsko potekajoča navada, ki daje posamezniku občutek zadoščenja. Ljudje imamo veliko pozitivnih in negativnih predsodkov, ti pa postanejo izrazito osebno in družbeno negativni, kadar vodijo posameznike in družbene skupine do množičnega, pogosto sistematičnega nasilja nad osebami, ki so objekti negativnih predsodkov. Temeljno polje delovanja predsodkov je vsakdanji svet ljudi in interakcije z drugimi, segajo v vsa področja družbenega življenja in se kažejo v nespoštljivem, nestrpnem, ponižujočem ali prezirljivem odnosu do drugih in drugačnih (Ule, 2009, str. 185–186).

Allport (1954, v Ule, 2009, str. 188–189) razlikuje pet stopenj izražanja predsodkov v vedenju človeka in skupin. Te stopnje so hierarhično razvrščene kategorije obnašanja, zasnovanega na predsodkih:

Opravljanje (ogovarjanje) je izraz določenih antipatij v odnosu do drugih skupin. Primer takšnega izražanja predsodkov na navidezno družbeno sprejemljiv način so šale in vici.

Izogibanje se izraža v ustvarjanju socialne distance do pripadnikov drugih skupin, do katerih imamo predsodke. Lahko se kaže kot individualno izogibanje stikov ali na družbenem nivoju kot vzpostavljanje norm oziroma preprek pri vzpostavljanju stikov.

Diskriminacija se kaže v preprečevanju dostopa ogroženih skupin do obćih dobrin in kratenju osnovnih državljskih svobošćin in pravic, ki jih ima na razpolago dominantna skupina.

Nasilje predpostavlja tisto stopnjo izražanja predsodkov, kjer je ogrožena fizična integriteta ljudi.

Genocid se kaže v fizićnem preganjanju, iztrebljanju skupin, manjšin, narodov.

4 Vrednote

Vrednote usmerjajo naše življenje (Ovsenik in Kozjek, 2015, str. 17). Vrednota je preprićanje, da je nekaj dobro in zaželeno. Opredeljuje, kaj je pomembno, se izplaća in je vredno truda (Haralambos in Holborn, 2001, str. 13). Źe Aristotel (v Ovsenik in Kozjek, 2015, str. 18) je vrednoto poimenoval kot kombinacijo znanja, spretnosti in moralne odgovornosti.

Vrednote lahko opredelimo kot pojmovanja in preprićanja, ki nam pomenijo življenjska vodila. Antićni misleci so temeljne vrednote prepoznali v resnićnem, lepem in dobrem, kršćanska misel je temu dodala vero, upanje in ljubezen, novejši raziskovalci pa so ta seznam razširili in njihove klasifikacije zajemajo večje število vrednostnih kategorij. V najpomembnejših vrednotnih kategorijah se zrcalijo najpomembnejši ćlovekovi motivi in interesi. Vrednote so posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, usmerjajo naše interese in naše vedenje kot življenjska vodila. Najpomembnejše vrednote tvorijo kompleksne kategorije vrednot, ki se pogosto oblikujejo v strukturne hierarhije vrednot. Vrednote se oblikujejo skozi vse naše življenje. Vrednotne presoje se v razvoju posameznika pojavijo zgodaj, vendar takrat predstavljajo le predstopnjo abstraktnih vrednotnih pojmovanj, znaćilnih za mladostnike in odrasle. Naše vrednotne usmeritve so do neke mere genetsko pogojene, saj podedujemo osebnostne nagnjenosti, ki določajo, kako bomo razlagali svet ter oblikovali svoja preprićanja in vrednote. Vrednotne usmeritve se tekom življenja spreminjajo: Źlovek kot mladostnik naj bi bil bolj usmerjen k užitkom in zabavi, nato postajajo vse bolj pomembni uspehi in doseŹki, nato odgovornosti in dolŹnosti in na koncu življenjska izpolnitev (Musek, 2015, str. 27, 30–31).

Vrednote imajo v našem življenju izjemno pomembno vlogo. Povezujejo se z vsemi podroćji našega življenja. Naše življenjske odloćitve so povezane z vrednotnimi usmeritvami. Tako so vrednote med najpomembnejšimi dejavniki pri izbiri šolanja, poklica, politićnih in verskih preprićanjih, izbiri partnerja, ... Vrednote so povezane tudi z drugimi stališći in preprićanji, npr. z odnosom do manjšin, priseljencev, zdravega naćina življenja, ... (Musek, 2015, str. 31–32).

5 Metoda

5.1 Namen in cilji raziskave

Na temo raziskovanja stereotipov, predsodkov, neenake obravnave in diskriminacije v zdravstvu je bilo v Sloveniji in svetu opravljenih malo raziskav, se pa na podroćju zdravstva ćedalje več pozornosti namenja kakovosti obravnave in varnosti pacientov. Kakovosti v zdravstvu pa ne more biti brez osebne odlićnosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Pri razvoju tovrstnih kompetenc imajo pomembno vlogo tudi izobraŹevalne institucije in študijski programi, ki izobraŹujejo študente za bodoće zdravstvene delavce. Zato je namen raziskave preućiti stereotipe, predsodke in vrednote študentov študijskega programa Zdravstvena nega na UNM FZV.

Cilji raziskave so:

- raziskati, kako dobro študenti loćijo definicijo stereotipov od predsodkov,

- raziskati stereotipe in predsodke, ki po mnenju študentov veljajo v zdravstvu,
- ugotoviti, kateri dejavniki najbolj vplivajo na zmanjševanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu,
- ugotoviti, kateri dejavniki najbolj vplivajo na povečanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu,
- analizirati, katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti opažajo,
- analizirati, katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti sami izvajajo,
- raziskati vrednotni sistem študentov.

5.2 Raziskovalna vprašanja

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako dobro študenti ločijo definicijo stereotipov od predsodkov?
- Kateri stereotipi in predsodki po mnenju študentov veljajo v zdravstvu?
- Kateri dejavniki najbolj vplivajo na zmanjševanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu?
- Kateri dejavniki najbolj vplivajo na povečanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu?
- Katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti opažajo?
- Katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti sami izvajajo?
- Kakšen je vrednotni sistem študentov?

5.3 Raziskovalna metodologija

5.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabljena je bila kavzalna neeksperimentalna metoda dela, primarni podatki za analizo so bili zbrani s tehniko anketiranja.

5.3.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje literature (Ule, 2009; Hudelson, Kolly in Perneger, 2009; Musek, 2015). Anketni vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vprašalnika zajema demografske podatke študentov (spol, letnik in način študija), z drugim sklopom smo pridobili podatke o stereotipih in predsodkih, v tretjem pa o vrednotnem sistemu študentov zdravstvene nege. Vsebuje 13 vprašanj, od tega 11 vprašanj zaprtega tipa, eno vprašanje z Likertovo lestvico stališč ter eno vprašanje polodprtega tipa.

5.3.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala med študenti vseh treh letnikov rednega in izrednega študija visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega UNM FZV. Anketo je izpolnilo 106 študentov.

5.3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje po odprtokodni aplikaciji na domeni www.lka.si. Anketiranje je potekalo od 12. maja do 2. junija 2021. Povabilo za sodelovanje v raziskavi s povezavo do anketnega vprašalnika je bilo poslano na e-naslove študentov. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem sodelujočim je bila v vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov zagotovljena anonimnost, prav tako je raziskava potekala v

skladu z veljavnimi etičnimi načeli raziskovanja. Zbrane podatke smo računalniško obdelali v 1ka.

6 Rezultati

Anketo je izpolnilo 106 študentov visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV, od tega 23 študentov (22 %) in 83 študentk (78 %). Študentov prvega letnika je bilo 23 (22 %), drugega letnika 76 (35 %) in tretjega letnika 46 (43 %). Študentov rednega študija je bilo 62 (58 %), izrednega pa 44 (42 %).

V povezavi z odgovorom na prvo raziskovalno vprašanje (Kako dobro študenti ločijo definicijo stereotipov od predsodkov?) ugotavljamo, da je večina študentov (51,79 %) izbrala pravilno trditev, da gre »pri stereotipih za proces pripisovanja lastnosti ljudem na osnovi skupinske pripadnosti in ne individualnih lastnosti in posebnosti«, bistveno manj (16,07 %) pa je izbralo drugo pravilno trditev, da »so stereotipi tipizirane sodbe, ki zaradi svoje ohlapnosti ne ustrezajo stvarnosti«. Napačni trditvi »pri stereotipih gre za posploševanje točnih in preverjenih sodb o človeku, skupini ali skupnosti« ter »stereotipi so nespremenljive in toge sodbe« je izbralo 32,14 % študentov. Nekoliko manj pravilno so se študenti odločali o značilnostih predsodkov. Samo 38,84 % študentov je izbralo pravilno trditev, da »se predsodki najpogosteje kažejo do pripadnikov drugih skupnosti, kultur, narodnosti ter oseb z drugačnim načinom življenja« ter 29,61 % pravilno trditev, da »so predsodki neupravičena, neargumentirana in nepreverjena stališča«. Napačni trditvi »predsodke običajno spremljajo močna čustva do drugih in drugačnih, ki so samo negativna« ter »uporaba predsodkov je zavestna in premišljena reakcija posameznika« je izbralo 31,55 % študentov.

Na drugo raziskovalno vprašanje (Kateri stereotipi in predsodki po mnenju študentov veljajo v zdravstvu?) smo dobili odgovor S 16-imi trditvami, na katera so študenti odgovarjali s 5-stopenjsko lestvico. Odgovori so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Stereotipi in predsodki v zdravstvu – prikaz po padajočih vrednostih \bar{x}

	<i>f (F %)</i>					\bar{x}	σ
	<i>1 - sploh se ne strinjam</i>	<i>2 - ne strinjam se</i>	<i>3 - ne morem se opredeliti</i>	<i>4 - strinjam se</i>	<i>5 - popolnoma se strinjam</i>		
Stereotipi in predsodki v zdravstvu							
Vsi ljudje so lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na spol.	0 (0,00)	3 (2,83)	0 (0,00)	43 (40,57)	60 (56,60)	4,50	0,70
Vsi ljudje so lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na veroizpoved.	0 (0,00)	8 (7,55)	7 (6,60)	38 (35,85)	53 (50,00)	4,30	0,90
Vsi ljudje so lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na raso, etnično ali kulturno pripadnost.	1 (0,94)	14 (13,21)	8 (7,55)	33 (31,13)	50 (47,17)	4,10	1,10
Vsi ljudje so lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na starost.	2 (1,89)	11 (10,38)	9 (8,49)	34 (32,07)	50 (47,17)	4,10	1,10

Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki imajo v družbi nižji ugled od zdravnikov.	2 (1,89)	8 (7,55)	10 (9,43)	51 (48,11)	35 (33,02)	4,00	1,00
Vsi ljudje so lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na prihodek.	2 (1,89)	19 (17,92)	9 (8,49)	30 (28,30)	46 (43,40)	3,90	1,20
Pripadnikom nekaterih drugih veroizpovedi vera pomeni več kot zdravje (zaradi vere večkrat sprejemajo odločitve, ki ogrožajo njihovo zdravje).	2 (1,89)	7 (6,60)	24 (22,64)	58 (54,72)	15 (14,15)	3,70	0,90
Nižji družbeni sloj si težje zagotovi kakovostno zdravstveno oskrbo.	8 (7,55)	9 (8,49)	13 (12,26)	56 (52,83)	20 (18,87)	3,70	1,10
Zdravstvena nega je področje, ki ga opravljajo večinoma ženske.	13 (12,26)	27 (25,47)	6 (5,66)	49 (46,23)	11 (10,38)	3,20	1,30
Priseljenci in migranti pogosto prejemajo zdravstvene storitve slabše kakovosti.	14 (13,21)	30 (28,30)	33 (31,13)	23 (21,70)	6 (5,66)	2,80	1,10
Starejši pogosteje prejemajo slabšo zdravstveno oskrbo.	16 (15,09)	34 (32,08)	21 (19,81)	27 (25,47)	8 (7,55)	2,80	1,20
Ženske v zdravstvu težje napredujejo na vodstvene položaje kot moški.	13 (12,26)	39 (36,80)	23 (21,70)	24 (22,64)	7 (6,60)	2,70	1,10
Pripadniki drugih kulturnih, etničnih ali rasnih skupnosti in drugih veroizpovedi imajo manj možnosti za kakovostno zdravstveno oskrbo.	21 (19,81)	34 (32,07)	33 (31,13)	14 (13,21)	4 (3,78)	2,50	1,10
Zdravniki so boljše usposobljeni kot diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki.	29 (27,36)	33 (31,13)	26 (24,53)	15 (14,15)	3 (2,83)	2,30	1,10
Pacienti so zaradi spola neenakovredno obravnavani.	40 (37,73)	38 (35,85)	23 (21,70)	3 (2,83)	2 (1,89)	2,00	0,90
Ženske boljše opravljajo poklic medicinske sestre, saj je skrb za drugega že del njihove narave.	44 (41,51)	35 (33,02)	18 (16,98)	8 (7,55)	1 (0,94)	1,90	1,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Študenti se strinjajo, da so vsi ljudje lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na spol, veroizpoved, raso, etnično ali kulturno pripadnost ali starost. Veliko strinjanje študentov je tudi s trditvijo, da imajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v družbi nižji ugled od zdravnikov ter s trditvijo, da si nižji družbeni sloj težje zagotovi kakovostno zdravstveno oskrbo ($\bar{x} = 3,70$).

Na tretje raziskovalno vprašanje (Kateri dejavniki najbolj vplivajo na zmanjševanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu?) so študenti v največji meri odgovorili, da je to izobraževalni sistem

(45,25 %), mediji (19,81 %) in družina (18,87 %). V nekoliko manjši meri so se pojavljali še dejavniki kot so družba nasploh, vsak posameznik sam, politika, vodstvo na delovnem mestu.

Pri četrtem raziskovalnem vprašanju (Kateri dejavniki najbolj vplivajo na povečanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu?) so študenti v največji meri izrazili mnenje, da so to mediji (69,81 %), politika (12,26 %) in družina (11,32 %). V nekoliko manjši meri so opredelili še dejavnike kot so izobraževalni sistem ter vsi dejavniki skupaj.

Odgovor na peto raziskovalno vprašanje (Katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti opažajo?) je prikazan v Tabeli 2.

Tabela 2: Primeri opažene neenake obravnave na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju

<i>Opazena neenaka obravnava do:</i>	<i>f</i>	<i>F %</i>
Romov	56	22,87
starejših	44	17,96
brezdomcev	33	13,47
drugače govorečih pacientov	31	12,65
pacientov druge kulture	20	8,16
pacientov druge veroizpovedi	20	8,16
revnih	18	7,35
žensk	4	1,63
invalidov	4	1,63
ostalo: alkoholikov, narkomanov, dementnih	3	1,22
ne zaznam neenake obravnave	12	4,90
Skupaj	245	100,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Tabela 2 kaže, da so študenti na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju v največji meri opazili neenako obravnavo do Romov (22,87 %), starejših (17,96 %), brezdomcev (13,47 %) in drugače govorečih pacientov (12,65 %).

Odgovor na šesto raziskovalno vprašanje (Katero neenako obravnavo na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju študenti sami izvajajo?) je prikazan v Tabeli 3.

Tabela 3: Primeri izvajanja neenake obravnave na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju

<i>Izvajanje neenake obravnave glede na:</i>	<i>f</i>	<i>F %</i>
poznanstvo (z mano)	34	40,00
ugled in vpliv (ki ga ta pacient ima)	12	14,12
izgled	8	9,41
etnično pripadnost	7	8,24
kulturno pripadnost	7	8,24
starost	6	7,06
spol	4	4,70
veroizpoved	4	4,70
finančno blagostanje	3	3,53
Skupaj	85	100,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Iz tabele 3 je razvidno, da so študenti na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju tudi sami neenako obravnavali paciente glede na osebna poznanstva (40,00 %), ugled in vpliv pacientov (14,12 %) ter njihov izgled (9,41 %).

V povezavi s sedmim raziskovalnim vprašanjem (Kakšen je vrednotni sistem študentov?) so študenti za pet najpomembnejših vrednot označili: zdravje, partnersko in družinsko življenje, varnost in mir, finančno stabilnost, pravo prijateljstvo. Izbiro petih trenutno najpomembnejših vrednot prikazuje tabela 4.

Tabela 4: Izbira petih trenutno najpomembnejših vrednot

Vrednota	<i>f</i>	<i>F %</i>
zdravje	100	19,27
partnersko in družinsko življenje	82	15,80
varnost in mir	73	14,07
finančna stabilnost	64	12,33
pravo prijateljstvo	55	10,60
uspeh v šoli in poklicu	54	10,40
uživati življenje in se dobro imeti	39	7,51
svoboda mišljenja in delovanja	35	6,74
red in stabilnost v družbi	7	1,35
varovanje narave	4	0,77
materialne dobrine	3	0,58
drugo (biti avtoriteta in voditelj, imeti rad samega sebe, vera)	3	0,58
Skupaj	519	100,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Zdravje se je kot najpomembnejša vrednota izkazala tudi kot tista, ki so jo študenti izmed petih najpomembnejših v večini postavili na prvo mesto (70 %). Sledijo vrednote partnersko in družinsko življenje (16 %), uživati življenje in se dobro imeti (6 %), pravo prijateljstvo (2 %) ter varnost in mir (2 %).

Študenti so morali opredeliti tudi vrednoto, ki jim je bila najpomembnejša pred petimi leti. Tudi v tem primeru so na prvo mesto postavili zdravje (24 %), sledijo vrednote pravo prijateljstvo (17 %), uživati življenje in se dobro imeti (15 %), partnersko in družinsko življenje (13 %), uspeh v šoli in poklicu (9 %), materialne dobrine (7 %), finančna stabilnost (7 %), varnost in mir (4 %), svoboda mišljenja in delovanja (3 %). Študenti, pri katerih je prišlo do spremembe hierarhije vrednot v zadnjih petih letih, so kot razloge navedli: drugačen (širši) pogled na življenje, učenje iz različnih življenjskih situacij, modrejši pogled na svet, prehod iz samskega stanu v družinsko življenje, pa tudi razpad zakonske zveze.

7 Razprava in zaključek

Izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe podlago za etično in moralno presojo svojega dela predstavlja Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki v Načelu I opredeljuje standarde ravnanja pri ohranitvi življenja in zdravja ljudi, med katerimi določa tudi, da »dejavniki, kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta«. Spoštovanje pravice do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino zdravstvenim delavcem nalaga tudi Zakon o pacientovih pravicah (2008, 7. člen). Kljub visoko postavljenim standardom pa raziskave potrjujejo, da neenaka obravnava v zdravstvu obstaja. Izkušnje pacientov z diskriminacijo v zdravstvenem sistemu so povezane predvsem z zamudami pri iskanju zdravstvene oskrbe, nepripravljenostjo za nudenje zdravniške pomoči ter posledično s slabšim zdravstvenim stanjem (Hudelson, Kolly in Perneger, 2009, str. 24–25). Zdravstveni delavci so podvrženi

enakim pristranskostim kot splošna javnost in lahko nenamerno vplivajo na količino in kakovost zdravstvene oskrbe. Pristranskost zdravstvenega delavca vpliva na odločanje, kar pa lahko vodi do razlik v oskrbi pacienta (Esquierdo - Leal, Jacobs in Strauss, 2020, str. 337).

Z raziskavo smo želeli proučiti stereotipe in predsodke študentov študijskega programa Zdravstvena nega na UNM FZV.

Ugotavljamo, da so študenti dobro seznanjeni z definicijo stereotipov in jih znajo povezati z značilnostmi kot jih navaja Ule (2009, str. 178): pripisovanje lastnosti ljudem na osnovi skupinske pripadnosti; tipizirane sodbe, ki zaradi svoje ohlapnosti in splošnosti ne ustrezajo stvarnosti; posploševanje delno točnih, nepreverjenih in površnih sodb o človeku, skupini ali skupnosti; spremenljivost takšnih sodb in njihova odvisnost od družbenih pogojev. Nekoliko slabše pa znajo študenti poiskati značilnosti predsodkov, ki jih Ule (2004, str. 165–166, 185–186) razlaga kot neupravičena, nepreverjena in neargumentirana stališča, ki se najpogosteje kažejo do pripadnikov drugih skupnosti, kultur, narodnosti in oseb z drugačnim načinom življenja, pri čemer ta stališča pogosto spremljajo močna čustva, ki so v pretežni meri negativna in kot takšna pogosto orodje agresije in diskriminacije, uporaba predsodkov pa je pretežno nezavedna, avtomatsko potekajoča navada, ki daje posamezniku občutek zadoščenja, predsodke pa nujno spremljata tudi ocenjevanje in vrednotenje.

Študenti so ob ocenjevanju stereotipov in predsodkov v zdravstvu izpostavili, da so vsi ljudje lahko deležni kakovostne zdravstvene oskrbe ne glede na spol, veroizpoved, rasno, etnično in kulturno pripadnost ali starost. Do podobnih ugotovitev je prišla Fortuna (2015, str. 19–20), ki prav tako ugotavlja pozitiven odnos zdravstvenih delavcev do ranljivih skupin ter enakovredno obravnavo vseh pacientov, kar nakazuje na to, da drugačnost pacientov ne vpliva na kakovost zdravstvene nege. Iz povprečnih ocen posameznih trditev o stereotipih in predsodkih v zdravstvu obeh raziskav je tudi razvidno, da študenti o tem niso izražali izrazito negativnih ali izrazito pozitivnih izkušenj in stališč. Se pa je v naši raziskavi pokazalo veliko strinjanje študentov s trditvijo, da imajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki v družbi nižji ugled od zdravnikov, kar pa je povezano s sociološkimi opredelitvami profesij in profesionalnih združenj, pri čemer profesija zdravnika kot to povzemata Bezenšek in Barle (2007, str. 85–86, 89) glede na temeljne lastnosti in elemente v družbi uživa pretežno visok ugled. Cook in Stoecker (2014, str. 11) poudarjata, da če imajo medicinske sestre stereotipe o zdravnikih, na primer, da so zdravniki samozavestni voditelji in odločevalci z visoko akademsko sposobnostjo, lahko to prispeva tudi k podrejeni vlogi medicinskih sester, tudi če medicinske sestre ne verjamejo, da bi morala biti njihova vloga podrejena. Če se medicinske sestre zavedajo stereotipov, ki jih imajo drugi poklici, lahko to vpliva na njihovo samopodobo in lahko spremeni vedenje medicinskih sester tudi v praksi. Hilton in Von Hippel (1996, v Cook in Stoecker, 2014, str. 11) podata možno razlago tega pojava in ga označita kot samoizpolnjujočo se prerokbo, ko negativna pričakovanja nekega poklica lahko postanejo resnična.

Večina dosedanjih raziskav se je osredotočila predvsem na neenako obravnavo zlasti na podlagi rase in narodnosti, malo pa je raziskanega o pacientovih izkušnjah oblik diskriminacije, ki temeljijo na spolu, starosti, spolni usmerjenosti in stigmatizaciji bolezenskega stanja ter o njihovem vplivu na kakovost in zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo (Hudelson, Kolly in Perneger, 2009, str. 24–25). Chrisler, Barney in Palatino (2016, str. 86) izpostavljajo, da lahko stereotipi pomembno vplivajo na telesno in duševno zdravje ter počutje. Ponotranjeni negativni stereotipi lahko z utelešenjem stereotipov ustvarijo samoizpolnjujoče se prerokbe, prispevajo k šibkosti in odvisnosti ter vplivajo na iskanje zdravstvenega oskrbe, diagnozo in zdravljenje.

Študenti so na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju v največji meri opazili neenako obravnavo do Romov, starejših, brezdomcev in drugače govorečih pacientov, sami pa

so neenako obravnavali paciente glede na osebna poznanstva, ugled in vpliv pacientov ter njihov izgled. Mlinšek (2012, str. 27) ugotavlja, da zdravstveni delavci neenako obravnavo in diskriminacijo, ki jo sami povzročajo pacientom, zaznavajo v manjši meri kot pri drugih. Po njegovih ugotovitvah ocenjujejo, da najmanj diskriminacije povzročajo zaradi spola, največ pa zaradi bolezenskega stanja. Diskriminacija je po Allportu (1954, v Ule, 2009, str. 188–189) tretja stopnja izražanja predsodkov v vedenju človeka in skupin. Hudelson, Kolly in Perneger (2009, str. 24–26) so v Univerzitetni bolnišnici v Genevi raziskovali pacientova občutja diskriminacije med hospitalizacijo na večjem vzorcu (1537), v raziskavo so bili vključeni odpuščeni pacienti. Kar 11,1 % pacientov je poročalo o vsaj enem viru diskriminacije. Najbolj pogosti vzroki diskriminacije so bili jezik, starost, narodnost in bolezensko stanje. Zbiranje podatkov o izkušnjah pacientov o diskriminaciji vidi kot prispevek k razvoju intervencij, katerih cilj je zagotoviti spoštljivo in kakovostno oskrbo za vse paciente. Pacienti so med drugim zaznali diskriminacijo tudi v povezavi z njihovim socialno ekonomskim položajem, službo, fizično in psihično drugačnostjo, stopnjo izobrazbe, marginalnim življenjskim stilom, barvo kože, veliko jih je zaznalo diskriminacijo, povezano s priseljevanjem. Na diskriminacijo vplivata spol in starost, saj je le ta pogostejša pri ženskah in pri starejših ljudeh. Ugotovili so tudi, da pacienti, ki so bili odpuščeni z zasebnih oddelkov bolnišnice, diskriminacije niso zaznali.

Študenti so izrazili mnenje, da k zmanjševanju stereotipov in predsodkov v zdravstvu v največji meri prispeva izobraževanje, kar kaže na nujno vključenost tovrstnih vsebin v izobraževalni sistem bodočih zdravstvenih delavcev. Spoznavanje različnih družbenih skupin z vidika socioloških teorij ter pridobivanje znanja s področja medkulturnosti zdravstvenemu delavcu omogoča refleksijo lastnih predsodkov in stereotipov ter njihovo postopno premagovanje, ki pa je mogoče samo z ozaveščanjem in izobraževanjem. S tem se strinja tudi Jones (2010, str. S47–S50), ki vidi neenakosti v zdravstvu predvsem v rasni, narodnostni in socialno ekonomski komponenti. Po njegovem mnenju je potrebno razviti ustvarjalne in široko zasnovane pristope, ki bodo usmerjeni v obravnavo teh razlik, k reševanju tega problema pa lahko prispeva javna ozaveščenost o zdravstveni neenakosti kot moralnemu vprašanju. Na poglobljanje stereotipov in predsodkov v zdravstvu pa po mnenju študentov v največji meri prispevajo mediji. Počkar in Tavčar Krajnc (2011, str. 155–156) sodobnost označujeta kot medijski čas, v katerem imata posredovanje in ravnanje z informacijami vedno večji vpliv na družbo. Mediji so specializirani za posredovanje vsebin, informacij, podob naravnega okolja, družbe in nas samih. Čeprav bi morale biti medijske vsebine kar se da objektivne in bi naj prikazovale zgolj nepristranske informacije in podobe, medijsko poročanje poleg nevtralnega prenosa vsebin prikrito prenaša tudi vrednote, čustva in sodbe poročevalca. Tako lahko postane moč medijev pri širjenju stereotipov in predsodkov izjemnega pomena.

Ob iskanju primerljive literature smo ugotovili, da je bilo na temo raziskovanja stereotipov, predsodkov, neenake obravnave in diskriminacije v zdravstvu v Sloveniji in svetu opravljenih zelo malo raziskav. Do enakih ugotovitev je pred desetimi leti prišel Mlinšek (2012, str. 27), vendar na tem področju od njegove ugotovitve tudi sami nismo našli ustreznih primerljivih raziskav. Mlinšek kot možen razlog tega navaja, da gre za občutljivo temo, o kateri se v strokovnih krogih premalo govori, saj ima etika v zdravstvu pomembno mesto in v ospredje postavlja skrb za pacienta in enake možnosti za vse. Področje enakosti ureja tudi zdravstvena zakonodaja. Voditelji v zdravstveni negi pa bi morali skrb za etično razmišljanje namenjati enako vlogo kakor strokovnemu znanju. Danes se v zdravstvu veliko govori o kakovosti obravnave in o varnosti pacientov, spremljanju kazalnikov in izidov obravnave. Kakovosti v zdravstvu pa ne more biti brez osebne odličnosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Temelj osebne odličnosti je etično razmišljanje: prave odločitve vodijo do pravih dejanj, ta pa oblikujejo značaj zdravstvenih delavcev, ki bodo sposobni pravih odločitev in enake obravnave

vseh pacientov (Mlinšek, 2012, str. 27). Dunagan, Kimble, Sweat Gunby in Andrews (2014, str. 320–328) ugotavljajo, da so večji predsodki pomemben napovednik manj kulturno kompetentnega odnosa do zagotavljanja zdravstvene nege. Zato je pomembno obravnavati obstoječe predsodke študentov zdravstvene nege, da bi pomagali spodbujati pozitiven kulturni odnos in navsezadnje kulturno kompetentno zdravstveno nego. Cook in Stoecker (2014, str. 12) ugotavljata, da imajo študenti zdravstvene nege stereotipe o svojem in drugih zdravstvenih poklicih že ob vstopu v svoj študijski program in tudi med njegovim izvajanjem. Vendar pa prepoznavanje teh stereotipov lahko pomaga visokošolskim učiteljem pri odkrivanju in razvoju tehnik, ki bi kljub stereotipom usmerjali k spodbujanju sodelovanja med študijem, praktičnim izobraževanjem in kasneje pri opravljanju svojega dela.

Z raziskavo smo želeli dobiti tudi vpogled v vrednotni sistem študentov. Študenti so kot najpomembnejše vrednote označili: zdravje, partnersko in družinsko življenje, varnost in mir, finančno stabilnost in pravo prijateljstvo. Zdravje se je kot najpomembnejša vrednota izkazala tudi kot tista, ki so jo študenti izmed petih najpomembnejših v večini postavili na prvo mesto, prav tako so jo kot najpomembnejšo opredelili tudi za obdobje pred petimi leti. Podobne ugotovitve navaja raziskava Mladina 2020 (Lavrič in Deželan, 2021, str. 347), saj se vrednotna hierarhija mladih v letih 2000 do 2020 ni bistveno spremenila. V Sloveniji se je v 90-ih letih 20. stoletja zgodil premik od manj oprijemljivih, abstraktnjših, ideološko in celostno zgrajenih vrednotnih sistemov k bolj partikularnim in konkretnim vrednotam, med katerimi prevladuje povečano poudarjanje medosebnih odnosov in kvalitete vsakdanjega življenja. Na vrh v hierarhiji vrednot slovenske mladine se že 20 let uvrščajo zdravje, družinsko življenje, resnično prijateljstvo, poklicni ali šolski uspeh in dovolj individualne svobode.

Spremembe v družbi vplivajo tudi na spremembe v kulturi in preoblikovanje vrednot, prav tako do sprememb vrednot pride tudi zaradi spremenjenih osebnih okoliščin (Lavrič in sod., 2011, str. 232). Študenti so kot razloge za takšne spremembe navedli: širši in modrejši pogled na življenje, ki je posledica odraščanja, izkušenj ali izobraževanja; učenje iz različnih situacij, ki jih prinaša življenje; življenjske prelomnice kot je prehod v družinsko življenje ali razpad zakonske zveze.

Ugotavljamo, da bi bilo treba izvesti obsežnejšo raziskavo, ki bi pokazala poglobljen uvid v predstavljeno problematiko. Zbiranje podatkov o izkušnjah pacientov z neenako obravnavo in diskriminacijo bi namreč lahko pomembno prispevalo k razvoju ukrepov, katerih namen bi bil v čim večji meri zagotoviti spoštljivo in kakovostno oskrbo vseh pacientov. Pri tem pa imajo pomembno vlogo tudi izobraževalne institucije in študijski programi, ki izobražujejo študente za bodoče zdravstvene delavce.

LITERATURA

1. Bezenšek, J. in Barle, A. (2007). Poglavja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta.
2. Chrisler, J. C., Barney, A. in Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72 (1), 86–104. doi: 10.1111/josi.12157
3. Cook, K. in Stoecker, J. (2014). Healthcare Student Stereotypes: A Systematic Review with Implications for Interprofessional Collaboration. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 4 (2), 1–13. Pridobljeno s file:///C:/Users/Ksenija/AppData/Local/Temp/151-1589-2-PB-1.pdf.
4. Dunagan, P. B., Kimble, L. P., Sweat Gunby, S. in Andrews, M. M. (2014). Attitudes of Prejudice as a Predictor of Cultural Competence Among Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 53 (6), 320–328. doi: <https://doi.org/10.3928/01484834-20140521-13>

5. Esquierdo - Leal, J., Jacobs, N. in Strauss, S. (2020). Prejudice in the Health Care System: Remediation Strategies. V L. T. Benuto, M. P. Duckworth, A. Masuda in W. O'Donohue (ur.), *Prejudice, Stigma, Privilege, and Oppression*. USA: University of Nevada. doi: 10.1007/978-3-030-35517-3_18
6. Fortuna, R. (2015). *Predsodki v zdravstveni negi in vpliv predsodkov na delo medicinskih sester* (Diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem. Fakulteta za vede o zdravju.
7. Haralambos, M. in Holborn, M. (2001). *Sociologija*. Ljubljana: DZS.
8. Hudelson, P., Kolly, V. in Perneger, T. (2009). Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expectations*, 13 (1), 24–32. doi: 10.1111/j.1369-7625.2009.00577.x
9. Jones, C. M. (2010). The Moral Problem of Health Disparities. *American Journal Of Public Health*, 100 (S1), S47–S51. doi: 10.2105/AJPH.2009.171181
10. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 71. Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>.
11. Lavrič, M. in Deželan, T. (2021). *Mladina 2020. Položaj mladih v Sloveniji*. Maribor: Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba; Ljubljana: Založba Univerze v Ljubljani. Pridobljeno s https://www.mlad.si/e-katalogi/Mladina_2020/4/.
12. Lavrič, M. idr. (2011). *Mladina 2010. Družbeni profil mladih v Sloveniji*. Ljubljana: ministrstvo za šolstvo in šport, Urad RS za mladino; Maribor: Aristej. doi: https://doi.org/10.17898/ADP_MLA10_V1
13. Mlinšek, A. (2012). Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1 (1), 20–29. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-Y0V3UQV3/cd063046-8a01-4b2d-8070-9b6f47a3a3ab/PDF>.
14. Musek, J. (2015). *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
15. Ovsenik, R. in Kozjek, D. (2015). Vrednote generacij. *Revija za univerzalno odličnost*, 4 (2), 17–32. Pridobljeno s http://www.fos-unm.si/media/pdf/ruo/01_vrednote_generacij.pdf.
16. Počkar, M. in Tavčar Krajnc, M. (2011). *Sociologija*. Ljubljana: DZS.
17. Ule, M. (2004). *Socialna psihologija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
18. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Ule, M. (2009). *Socialna psihologija. Analitični pristop k življenju v družbi*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV.
20. *Zakon o pacientovih pravicah* (2008). Uradni list Republike Slovenije št. 15. Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-0455?sop=2008-01-0455>.

Razina anksioznosti u LGBT osoba

UDK 316.367.7+616.891.6

KLJUČNE RIJEČI: *anksioznost, homoseksualnost, seksualna orijentacija*

POVZETEK - Cilj istraživanja je ispitati razinu anksioznosti homoseksualne populacije, te u kojim područjima njihovog života se ona najviše javlja i ispitati stavove i mišljenja heteroseksualne populacije prema LGBT+ osobama kako bi se pokazalo ima li skupina pozitivno ili negativno mišljenje. Istraživanje je provedeno anonimno putem interneta. Za ovo istraživanje koristile su se dvije ankete, jedna namijenjena za skupinu homoseksualnih osoba, a druga namijenjena heteroseksualnoj skupini. U prvoj skupini (homoseksualna skupina ispitanika) sudjelovale su 84 osobe, od toga 36 muškaraca (45 %), te 46 žena (55 %), dok se druga skupina (heteroseksualna skupina ispitanika) sastoji od 162 ispitanika, od toga 46 muškaraca (28 %), te 116 (72 %) žena. Istraživanje je pokazalo da su homoseksualni muškarci susceptniji na razvitak anksioznog poremećaja od homoseksualnih žena. Najveću problematiku prikazuje otvorenost homoseksualne osobe o svojoj seksualnoj orijentaciji, jer ona može uvelike utjecati na razinu anksioznosti pojedinca. Stavovi populacije unutar istraživanja su pretežno pozitivni, što daje dobru podlogu za napredak odnosa homoseksualne populacije s ostatkom društva.

UDC 316.367.7+616.891.6

KEYWORDS: *anxiety, homosexuality, sexual orientation*

ABSTRACT - The purpose of this study is to examine the extent of anxiety in the homosexual population and to find out in which areas of their lives it is most prevalent. Additionally, we aim to explore the heterosexual population's opinions and ways of thinking about the LGBT+ community to find out whether the group has a positive or negative opinion. The research was conducted anonymously through the Internet. Two questionnaires were used in this research, one for the homosexual group and one for the heterosexual group. In the first group (homosexual group) 84 people participated, 36 men (45%) and 46 women (55%). The second group (heterosexual group) consisted of 162 subjects, 46 men (28%) and 116 women (72%). Research has shown that homosexual men are more susceptible to developing anxiety disorder than lesbians. The biggest problem is the openness of homosexual people about their sexual orientation, because it can significantly affect the development of an anxiety disorder in a person. The opinions of society gathered in this study are mostly positive, which is a good basis for progress in relations between the homosexual population and the rest of society.

1 Teorijska polazišta

Homoseksualnost kao seksualna orijentacija je sasvim prirodna ekspresija. Ona je sveprisutna povijesno i geografski, te je čak prisutna u životinjskom svijetu (Begić, 2009). Unatoč tome ova manjina ne prestaje biti podložna diskriminaciji, marginalizaciji i stigmatizaciji od strane društva. Zbog ovakvih problema nerijetko se u njih pojavljuju problemi s anksioznosti i depresivnim poremećajima, te veća učestalost suicidalnog ponašanja nego kod heteroseksualnih osoba (Bostwick idr., 2010; McCabe idr., 2009; King idr., 2008; Meyer, 2003). Anksioznost, normalan je simptom koji se svakodnevno javlja kod većine ljudi, te je također prisutan kod svih psihičkih poremećaja. Ona je signal koji dobivamo kada osjećamo

neizbježnu opasnost od nečega ili nekoga. Izvor anksioznosti može biti unutarnji nesvjesni konflikt ili situacijski čimbenik, kao npr. traumatsko iskustvo, stres ili gubitak nečega odnosno nekoga važnog u životu (Begić, 2009). Simptomi anksioznosti se manifestiraju aktivacijom perifernog autonomnog živčanog sustava koji nesvjesno priprema tijelo na bijeg zbog nastalih nesvjesnih zastrašujućih fantazija, osjećaja i nesvjesnih impulsa. Svaka osoba pokušava kanalizirati taj osjećaj koristeći mehanizme obrane. Osjećaj posramljenosti može povećati razinu anksioznosti (Sadock idr., 2015). Homoseksualnost je oblik seksualnosti koji podrazumijeva da pojedinac ima seksualne fantazije, želje i aktivnosti prema osobi biološki istog spola. Prema DSM-II klasifikaciji (engl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) homoseksualnost je bila proglašena »seksualnom disfunkcijom«. DSM-III klasifikacija navodi da je homoseksualnost egodistoni poremećaj (Sadock idr., 2015). U današnjoj verziji, DSM-V, homoseksualnost se ne svrstava pod poremećaje seksualnosti (DSM-5, 2014). Homoseksualnost nije stvar izbora, no kako će netko prikazati svoju seksualnost jest (Sadock idr., 2015). Da homoseksualnost nije svjesni životni izbor dokazuje činjenica da je biološki utemeljena u osobi. Postoji genetska predispozicija kao i promjene u strukturi mozga u odnosu na heteroseksualne osobe. U populaciji ima 2–4 % homoseksualnih osoba (Hatzenbuehler idr., 2009).

Istraživanje koje je proveo Patrick idr. (2010) pokazuje da 34 % učenika viših razreda doživljava svakodnevno uznemiravanje od strane školskih kolega radi seksualne orijentacije ili spolnog izražavanja, dok kod učenica ono iznosi 17 % (Patrick idr., 2013). Stavovi stanovnika Republike Hrvatske prema osobama u LGBT+ (engl. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) zajednici, još uvijek su poprilično različiti. Prema istraživanju provedenom među studentima u Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku o pravima osoba homoseksualne orijentacije, dobiveno je da sudionici najviše podržavaju homoseksualne osobe kada je u pitanju zapošljavanje i pravo na posjećivanje partnera u bolnici i to preko 75 %. Lošije brojke dolaze kada su spomenuta prava na posvajanje djece i prava na sklapanje braka, rezultati pokazuju da kod posvajanja djece samo 20 % sudionika podupire gej osobe, dok njih 25 % lezbijke. Pravo na sklapanje braka podržava 28 % sudionika za spomenute seksualne orijentacije (Huić idr., 2014).

1.1 Coming out proces

Coming out, je u suvremenom homoseksualnom žargonu, proces kojim pojedinac priznaje svoju seksualnu orijentaciju i bez obzira na stigmatizaciju društva, uspješno prihvaća sebe (Sadock idr., 2015). Razlozi zašto homoseksualne osobe često skrivaju svoj seksualni identitet su anti homoseksualno ponašanje obitelji i/ili društva (homofobija, hetero seksizam, moralno osuđivanje homoseksualnosti, anti homoseksualno nasilje).

Takav oblik ponašanja tjera homoseksualne osobe da se zatvore i počinju skrivati svoju seksualnost što dovodi do tzv. »zatvaranja u ormar«. Osobe koje su »u ormaru« ne mogu prihvatiti svoje homoseksualne osjećaje. Takve osobe svoje osjećaje disociraju i skrivaju svoju osobnost od društva i bližnjih. Disocijacija je psihološki obrambeni mehanizam pri kojem su identitet, sjećanja, ideje, osjećaji ili percepcija odvojeni od svjesne spoznaje i ne može ih se dozvati u svijest ili voljno doživjeti (Drescher idr., 2004).

1.2 LGBT+ zajednica

Svako društvo kroz povijest ima zabilježeno postojanje homoseksualnosti, pri čemu su je neki prihvaćali, a neki osuđivali. Događaj koji je označio početak LGBT+ aktivizma odvio se u SAD-u (Sjedinjene Američke Države). Stonewallska pobuna dogodila se 29. lipnja 1969. godine u New Yorku. Toga dana njujorška policija je provela represiju nad homoseksualnim i trans rodnim osobama koje su u to vrijeme boravile u Stonewall Innu. Od tog dana LGBT+ osobe pružaju otpor vlastima i društvu svakog lipnja organizacijom Povorki ponosa (engl. Gay

Pride) koje su postale dio LGBT+ kulture i simbol borbe za ljudska prava homoseksualnih, biseksualnih, te trans rodnih osoba (Carter, 2011).

Puna skraćena je zapravo LGBTIQA+, ona predstavlja (DSM-5, 2014):

- L – Lezbijka - žena koju emocionalno i/ili fizički najčešće privlače osobe koje su društveno percipirane ili se identificiraju kao žene.
- G – Gay - muškarac kojeg emocionalno i/ili fizički najčešće privlače osobe koje su društveno percipirane ili koje se identificiraju kao muškarci.
- B – Biseksualna osoba - osoba koju emocionalno i/ili fizički privlače osobe istog i različitog spola ili roda.
- T – Trans rodna osoba - osoba čiji je rodni identitet različit od spola pripisanog osobi pri rođenju.
- I – Inter spolna osoba - osoba koja se rađa sa spolnim karakteristikama koje se ne mogu definirati niti kao “muške” niti kao “ženske”.
- Q – Queer - termin koji se može odnositi na sve osobe, osobine, pokrete, politike ili radnje koje ne proizlaze iz hetero normativnog socijalnog ili kulturnog obrasca.
- A – Aseksualna osoba - samoodređenje osobe koja nalazi seksualno ponašanje neprivlačnim, ili koja je indiferentna prema njemu.

1.3 Cilj rada

Rad ima za cilj ispitati je li razina anksioznost LGBT+ osoba opravdana s obzirom na odgovore heteroseksualne skupine o stavovima prema LGBT+ osobama.

Pod ciljevi su: Ispitati razinu anksioznosti u manjinskoj skupini koja se sastoji od osoba u LGBT+ spektru; Ispitati postoji li razlika u razini anksioznosti kod različitih seksualnih orijentacija; Ispitati stavove populacije heteroseksualne orijentacije o LGBT+ osobama.

Hipoteze: Žene u LGBT+ zajednici su podložnije anksioznosti od muškaraca; LGBT+ osobe otvorene o svojoj seksualnosti su manje anksiozne od onih koje nisu; LGBT+ osobe su manje prihvaćene unutar društva Republike Hrvatske; Ženski parovi su više prihvaćeni u društvu od muških homoseksualnih parova.

2 Metode

2.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

U istraživanju smo koristili kvantitativni istraživački pristup i tehniku anketiranja. Anketa se temeljila na online anketi gdje su podaci dobiveni na dobrovoljnoj osnovi uz sudjelovanje anonimnih sudionika.

2.2 Opis instrumenta

Kao instrument istraživanja korišten je trodjelni upitnik koji je sadržavao: Upitnik – opći podaci; Upitnik – razina anksioznosti STAI (engl. State Trait Anxiety Inventory) (Spielberger, 1989); Upitnik – mišljenje LGBT+ osoba o potrebnim promjenama u mišljenju opće populacije /upitnik je preuzet je iz provedenog europskog istraživanja/ (engl. EU LGBT survey, Technical report) i upitnik o stavovima prema homoseksualnim osobama (<https://fra.europa.eu/en/publication/2013/eu-lgbt-survey-technical-report>).

2.3 Opis uzorka

Uzorkovanje putem samoidentifikacije ispitanika. U istraživanje uključene su dvije skupine. Prvu skupinu njih 84 čine LGBT osobe, dok drugu čine heteroseksualne osobe, njih 162.

2.4 Opis prikupljanja i obrade podataka

Istraživanje je provedeno među dvije skupine ispitanika pomoću anonimnog anketnog upitnika koji se je proveo putem Google obrasca.

Dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ispitanici su upoznati sa svrhom istraživanja. Prihvaćajući ispuniti upitnik, sudionici su dali svoj pristanak na sudjelovanje. Ispitanici nisu identificirani. Podacima dobivenim u istraživanju pristup imaju samo odgovorne osobe i voditelj istraživanja a mogu biti prezentirani na javnim skupovima te publicirani u znanstvenim časopisima. Osim što je osigurana sigurna pohrana svih podataka, istraživanje je provedeno u skladu s važećim zakonima o zaštiti osobnih podataka. Istraživanje je provedeno u periodu od studenoga 2020. do veljače 2021. godine.

U obradi podataka koristila se deskriptivna i inferencijalna statistika (koeficijent korelacije). Za obradu podataka se koristio MS Excel 2019 i online znanstveni kalkulator za društvene znanosti dostupan na <https://www.socscistatistics.com/>.

3 Rezultati

U istraživanju su sudjelovale 84 osobe koje su pripadnici LGBT+ zajednice. Od toga 38 muškaraca (45 %) i 46 žena (55 %). 72 osobe (86 %) u dvadesetim godinama, u tridesetim bilo je 10 (12 %), a u četrdesetim 2 (2 %). Najveći broj sudionika bio je iz Grada Zagreba 16 (19 %), Primorsko-goranske županije 12 (14 %) te Splitsko-dalmatinske županije 9 (10 %). Gledajući ukupno prema veličini naselja, a uvažavajući trenutnu teritorijalnu podjelu Republike Hrvatske, većina sudionika njih 55 (65 %) je iz urbane sredine, dok ih je iz ruralne 29 (34 %). Više ili visoko obrazovanje ima njih 56 (67 %), dok njih 28 (33 %) ima srednjoškolsko obrazovanje. U istraživanju je sudjelovalo 30 (35 %) homoseksualnih muškaraca, 32 (39 %) homoseksualne žene te 22 (27 %) biseksualne osobe. Njih 24 (29 %) je out tj. priznalo je svoju seksualnost, 15 (18 %) sudionika je u tzv. »ormaru« što znači da su svjesni svoje seksualnosti, ali još uvijek to nisu priznali sebi i drugima. Najveći dio sudionika je priznalo samo prijateljima, njih 45 (53 %).

Kako bismo saznali utječe li ljubavni status na razinu anksioznosti, sudionici su bili podijeljeni prema statusu u svojem ljubavnom životu. Od ukupno 84 sudionika, njih 53 (63 %) je slobodno, dok je 31 (37 %) u vezi.

Tablica 1: Prikaz podataka prema zbroju bodova u anketi za procjenu razine anksioznosti

Bodovi/Kategorije	Podjela prema ostvarenim bodovima u anketi				
	Muško	Žensko	Gay	Lezbijka	Biseksualna osoba
64–95	17	15	16	9	7
33–63	21	23	16	17	10
0–32	0	8	0	6	2

Izvor: Anketa, 2021.

U tablici 1 prikazani su podaci prema zbroju bodova za procjenu razine anksioznosti. Na osnovu dobivenih rezultata sudionici su podjeljeni u tri grupe. Prva grupa su sudionici koji su postigli rezultate u rasponu od 64–95 i definira prisutnost anksioznog poremećaja. U drugoj grupi su sudionici koji su postigli rezultate u rasponu od 33–63 i definira umjerenu anksioznost. Treću grupu čine sudionici koji su postigli rezultate u rasponu od 0–32 i definira blagu anksioznost.

Na ukupnom uzorku od 84 sudionika, zbrojeni koeficijent anksioznosti iznosi 4734. Iz toga izvedena aritmetička sredina iznosi 56. Znači da je prosječan koeficijent u uzorku od 84

sudionika 56 (sudionici u odabranom skupu pripadaju kategoriji umjerenog doživljaja anksioznosti).

Tablica 2: Prikaz anksioznosti sudionika prema spolu

Zbrojni koeficijent	Muško	Žensko	Koeficijent korelacije
64–95	15 (39 %)	13 (28 %)	-0,21
33–63	23 (61 %)	25 (54 %)	
0–32	/	8 (18 %)	
Ukupno	38 (45 %)	46 (55 %)	
Prosječan koeficijent	60,66	52,80	

Izvor: Anketa, 2021.

U tablici 2 prikazana je anksioznost prema spolu. Od 84 sudionika, njih 38 (45 %) čine pripadnici muškog spola. Gledajući po ukupnom koeficijentu anksioznosti, u populaciji muških sudionika 23 (61 %) se suočava s umjerenom razinom anksioznosti, dok njih 15 (39 %) pokazuje prisutnost anksioznog poremećaja. Ženska populacija sudionika podijeljena je kako slijedi: 8 (18 %) od njih 46 doživljava blage simptome anksioznosti, 25 (54 %) doživljava umjerenu razinu anksioznosti, a 13 (28 %) ima anksiozni poremećaj. Gledajući ukupno po spolu, zbrojni koeficijent muških sudionika iznosi 2305. Prosječan koeficijent muških sudionika je 60 što odgovara umjerenom anksioznosti, dok kod ženskih iznosi nešto manje 52, što još uvijek spada pod umjerenu razinu anksioznosti. Riječ je o negativnoj i slaboj korelaciji, ne postoji značajnija povezanost spola s njezinim koeficijentom anksioznosti.

Tablica 3: Prikaz anksioznosti sudionika prema životnoj sredini

Zbrojni koeficijent	Manje od 10 tisuća	10–20 tisuća	20–50 tisuća	50–100 tisuća	Više od 100 tisuća	Koeficijent korelacije
64–95	12 (41 %)	2 (17 %)	2 (20 %)	6 (67 %)	7 (29 %)	-0,01
33–63	15 (54 %)	7 (58 %)	8 (80 %)	2 (22 %)	15 (63 %)	
0–32	2 (7 %)	3 (25 %)	/	1 (11 %)	2 (8 %)	
Ukupno	29 (35 %)	12 (13 %)	10 (12 %)	9 (11 %)	24 (29 %)	
Prosječan koeficijent	59	47	54	64	56	

Izvor: Anketa, 2021.

Iz tablice 3 vidljivo je da koeficijent korelacije pokazuje negativnu i nesigificantnu povezanost. Dakle, kod sudionika u LGBT+ skupini, mjesto iz kojeg potječu (odnos ruralna i urbana sredina) ne utječe na koeficijent anksioznosti.

Tablica 4: Prikaz anksioznosti sudionika prema seksualnoj orijentaciji

Zbrojeni koeficijent	Gej	Lezbijka	Biseksualan	koeficijent korelacije
64–95	15 (48 %)	5 (15 %)	3 (15 %)	0,20
33–63	16 (52 %)	20 (61 %)	11 (55 %)	
0–32	/	8 (24 %)	6 (30 %)	
Ukupno	31 (37 %)	33 (39 %)	20 (24 %)	
Prosječan koeficijent	67,45	45,48		

Izvor: Anketa, 2021.

U tablici 4 vidljivo je da koeficijent korelacije pokazuje negativnu i slabu vezu između seksualne orijentacije i koeficijenta anksioznosti.

Tablica 5: Prikaz anksioznosti sudionika prema otvorenosti seksualne orijentacije

Zbrojeni koeficijent	Out	Samo prijatelji	U ormaru	Koeficijent korelacije
64–95	6 (25 %)	15 (33 %)	8 (53 %)	0,26
33–63	13 (54 %)	27 (60 %)	7 (47 %)	
0–32	5 (21 %)	3 (7 %)	/	
Ukupno	24 (24 %)	45 (54 %)	15 (22 %)	
Prosječan koeficijent	53,58	56,17	61,33	

Izvor: Anketa, 2021.

Iz tablice 5 na osnovi koeficijenta korelacije zaključujemo da je riječ je o umjerenj korelaciji koja je, u smislu statističkog odnosa, pozitivna. Za razliku od prethodne tri kategorije, to nam ukazuje da, iako postoji relativno slaba povezanost između otvorenosti seksualne orijentacije pojedinca prema okolini i anksioznosti, veza je pozitivna i ukazuje na povezanost između te dvije kategorije.

Drugi dio ankete odnosi se na pitanja (tvrdnje) koja ispituju koje bi se promjene unutar društva pa i države trebale promijeniti, kako bi se LGBT osobe osjećale sigurnije i živjele normalnim životom. U ovom djelu ankete navedene su tvrdnje na koje su se sudionici trebali izjasniti u kojem stupnju (po Likertovoj skali) se slažu/ne slažu s određenom tvrdnjom.

Tablica 6: Prikaz frekvencija odgovora sudionika na postavljene tvrdnje

Redni broj	Tvrdnja	Broj odgovora	Mod	Frekvencija moda
1.	Anti-diskriminirajući zakoni prema LGBT+ osobama na poslu	84	5	62
2.	Uvođenje programa i edukacija u školama koje su usmjerene prema poštivanju i senzibilizaciji djece prema LGBT+ osobama	84	5	64
3.	Osobe iz javnog života koje otvoreno podupiru LGBT+ osobe i zajednicu	84	5	53
4.	Podučavanje javnih službenika (policije, učitelja/profesora...) o pravima LGBT+ osoba	84	5	69
5.	Bolje prihvaćanje LGBT+ osoba i zajednice unutar religija	84	5	58

6.	Prihvatanje i potpora unutar svojeg radnog okruženja	84	5	60
7.	Mogućnost sklapanja braka	84	5	69
8.	Mogućnost posvojenja/udomljavanja djece	84	5	68

Izvor: Anketa, 2021.

Rezultati u tablici 6 su očekivani, na svih osam tvrdnji sudionici LGBT+ populacije odgovorili su da se u potpunosti slažu s navedenim promjenama. Najviše sudionika, njih 82 % u potpunosti se slaže s programima podučavanja javnih službenika o pravima LGBT+ osoba te mogućnosti sklapanja braka.

Tablica 7: Prikaz frekvencama odgovora sudionika prema postavljenim tvrdnjama

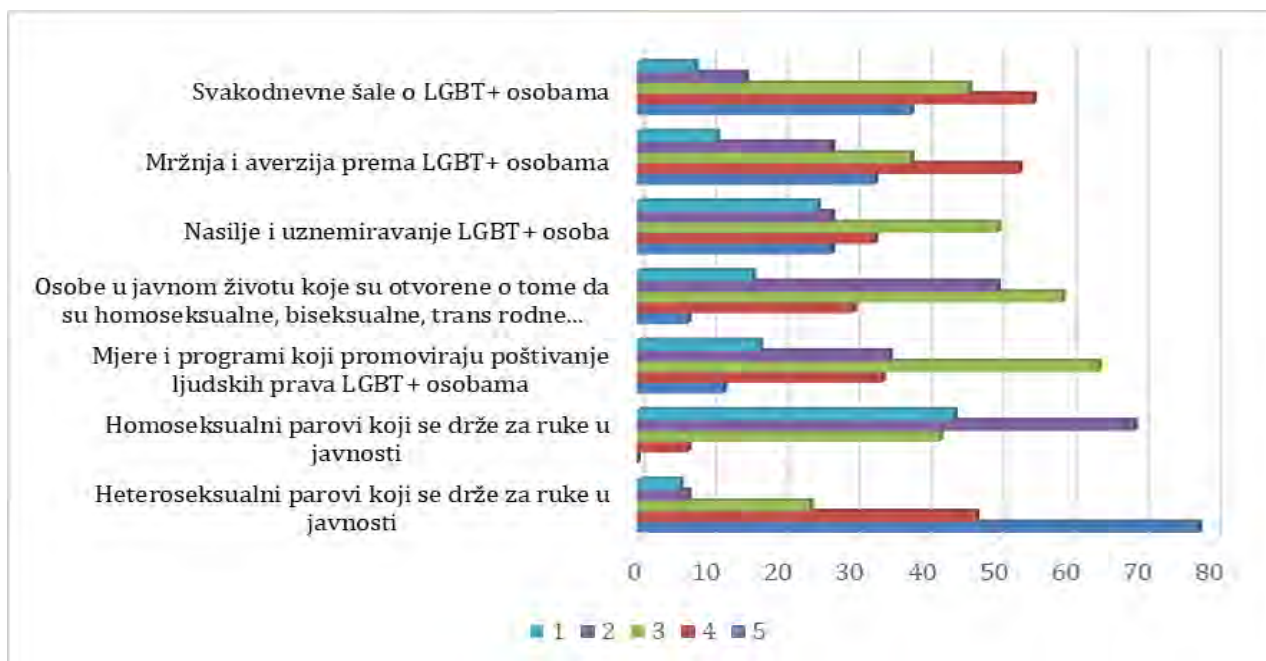
Redni broj	Tvrdnja	Broj odgovora	Mod	Frekvencija moda
1	Homoseksualnim parovima se ne bi smjelo dopustiti udomljavanje djece	162	1	86 (53 %)
2	Smatram da su takve osobe odvratne/odbojne	162	1	125 (77 %)
3	Homoseksualnost predstavlja prirodnu ekspresiju seksualnosti	162	5	66 (41 %)
4	Ako osoba ima homoseksualne osjećaje, mora napraviti sve da ih potisne	162	1	129 (80 %)
5	Ne bi se uzrujao sa saznanjem da mi je sin/kćer homoseksualna osoba	162	5	56 (35 %)
6	Homoseksualno ponašanje između dva muškarca je pogrešno	162	1	108 (67 %)
7	Homoseksualno ponašanje između dvije žene je pogrešno	162	1	109 (67 %)
8	Homoseksualne osobe ne bi smjele podučavati u školama	162	1	138 (85 %)
9	Sklapanje braka/ životnih partnerstva između homoseksualnih parova ne bi smjelo biti dopušteno	162	1	123 (76 %)
10	Homoseksualnost je samo drugačiji oblik seksualnosti koji se ne bi smjelo osuđivati	162	5	114 (70 %)
11	Homoseksualna osoba može lako pronaći posao	162	3	89 (55 %)
12	Ženski homoseksualni parovi su u društvu prihvaćeniji od muških parova	162	4	76 (47 %)

Izvor: Anketa, 2021.

Slijedi prikaz tablice 7 u kojoj su prikazani rezultati druge skupine nasumično odabranih heteroseksualnih osoba. U istraživanju je sudjelovalo 46 (28 %) muškaraca i 116 (72 %) žena. 37 (55 %) osoba bilo je u dobnoj skupini od 18–29 godina, 32 (20 %) osobe u skupini od 30–39 godina, 21 (13 %) osoba u skupini od 40–49 godina te 20 (12 %) osoba bilo je starijih od 50 godina. U ovoj skupini najzastupljenije su osobe iz Primorsko-goranske županije njih 115 (71 %). 110 (68 %) sudionika imalo je višu ili visoku stručnu spremu, 51 (28 %) sudionik

srednju stručnu spremu. Jedan sudionik je završio osnovnu školu. 89 (56 %) sudionika je zaposleno, 18 (11 %) nezaposleno, 50 (31 %) studenta te 3 (2 %) umirovljenika.

Graf 1: Prikaz frekvencija odgovora sudionika prema postavljenim tvrdnjama – koliko često se susreće sa navodenim situacijama (1-nikad, 5-svakodnevno)



Izvor: Anketa, 2021.

U grafu 1 prikazani su rezultati heteroseksualne skupine:

Svakodnevne šale o LGBT+ osobama: 55 sudionika (34 %) često se susreće sa svakodnevnim šalama o LGBT+ osobama. Činjenicu da često postoje takve situacije potvrđuje 93 (57 %) sudionika.

Mržnja i averzija prema LGBT+ osobama: Pojavu mržnje i averzije prema LGBT+ osobama u društvu često susreće 53 (33 %) sudionika. Da uistinu postoji mržnje i averzije prema LGBT+ osobama u Republici Hrvatskoj potvrđuje 86 (53 %) sudionika.

Nasilje i uznemiravanje LGBT+ osoba: 50 (31 %) sudionika izjavilo je da se ponekad, ali ne prečesto, susreće s nasiljem i uznemiravanjem osoba iz LGBT+ zajednice.

Osobe u javnom životu koje su otvorene o tome da su homoseksualne, biseksualne, trans rodne: 59 (36 %) sudionika izjavljuje da se ponekad, ali ne često, susreće s osobama u javnom životu otvorenima po pitanju svoje seksualnosti.

Mjere i programi koji promoviraju poštivanje ljudskih prava LGBT+ osoba: 64 (40 %) sudionika ne susreće se često, ali ni rijetko s mjerama i programima namijenjenima poštivanju ljudskih prava i prava LGBT+ osoba.

Homoseksualni parovi koji se drže za ruke u javnosti: ukupno 113 (70 %) sudionika izjavilo je da rijetko viđa homoseksualne parove koji se u javnosti drže za ruke. To upućuje na zatvorenost društva i osoba pripadnika LGBT+ zajednice.

Heteroseksualni parovi koji se drže za ruke u javnosti: usporedno sa prethodnom tvrdnjom 78 (48 %) sudionika svakodnevno se susreće s heteroseksualnim parovima koji se drže za ruke. Od toga ukupno 126 (77 %) sudionika odobrava ovu tvrdnju.

4 Rasprava

Ovo istraživanje obuhvatilo je dvije skupine sudionika. Prvu skupinu čine homoseksualne osobe od kojih je 36 (45 %) muškaraca i 46 (55 %) žena što ukupno čini 84 sudionika. Drugu skupinu čine osobe heteroseksualne orijentacije, ukupno 162 sudionika, 46 (28 %) muškaraca i 116 (72 %) žena. Istraživanje je provedeno anonimno putem Google obrasca.

U provedenom istraživanju većina muške, te gej populacije nalazi se u spektru umjerene razine anksioznog poremećaja, dok se dio ženske populacije nalazi u spektru blage anksioznosti. Ovi podaci su drugačiji u odnosu na neka dosadašnja istraživanja, jer prema literaturi su općenito žene sklonije doživljavanju anksioznosti od muškaraca (Frančišković, 2009). U provedenom istraživanju u homoseksualnoj skupini dobiveno je da su anksioznosti skloniji muškarci. Ovime se opovrgava prva postavljena hipoteza. Može se reći da su homoseksualni muškarci češće podložni osuđivačkim stavovima te diskriminaciji od strane društva, što rezultira povlačenjem osobe u sebe te im okolina predstavlja strah i opasnost. Odbojnost društva prema muškim homoseksualnim parovima potvrdilo je 106 (65 %) sudionika heteroseksualne skupine, dok se istovremeno slažu da su ženski parovi više prihvaćeni od muških parova. Ovime se potvrđuje četvrta postavljena hipoteza. Anksioznost homoseksualnih parova potvrđena je u ovom istraživanju razlikom odgovora sudionika usporedbom čina držanja za ruke u javnosti između homoseksualnih i heteroseksualnih parova. Također vrlo važan faktor u LGBT+ zajednici, a koji utječe na razinu anksioznosti, je tzv. coming out, odnosno otvorenost o svojoj seksualnoj orijentaciji prema okolini. Najteže prolaze oni koji su zatvoreni o svojoj seksualnosti te su u tzv. »ormaru«. Iako se za taj model odlučilo njih 15 (39 %), niti jedna od njih se nije našla u stupnju blage anksioznosti. Ostale kategorije, s druge strane, imaju različite rezultate kroz sva tri modela. Možemo reći da su zatvorene osobe podložnije razvitku anksioznog poremećaja od drugih homoseksualnih osoba čime se potvrđuje druga postavljena hipoteza. Zanimljivo je da čak 35 (22 %) sudionika heteroseksualne orijentacije smatra da bi negativno reagirali da saznaju da je njihovo dijete homoseksualna osoba, dok njih 42 (17 %) sudionika smatra da homoseksualnost nije prirodna ekspresija seksualnosti. Usprkos negativnim odgovorima, možemo zaključiti da većina sudionika prihvaća i odobrava prava i odbija osuđivanja i diskriminaciju homoseksualnih, te biseksualnih osoba. Istraživanje provedeno na studentima u Republici Hrvatskoj (2015) prikazuje da 25 % sudionika odobrava posvajanje i udomljavanje djece u homoseksualnih parova, dok njih 66 % odobrava isto u našem istraživanju. Što se tiče sklapanja brakova, u istraživanju iz 2015. isto podržava njih 28 %, dok u našem istraživanju podržava 85 % sudionika.

Rezultati provedenog istraživanja ukazuju da na području Republike Hrvatske još uvijek postoji prostor za poboljšanje odnosa opće populacije prema pripadnicima LGBT+ zajednice.

5 Zaključak

Provedeno istraživanje pokazuje da se LGBT osobe uglavnom nalaze u stupnju umjerene anksioznosti (52 %). Osobe koje su zatvorene, o svojoj seksualnosti, imaju viši stupanj anksioznosti. Gej muškarci u odnosu na lezbijke skloniji su razviti anksiozni poremećaj radi samog njihovog položaja u društvu kao većinom neprihvaćene grupe. Stavovi opće populacije su većinom pozitivni. Važno je raditi na edukaciji i osvješćivanju kako bi nove generacije razvile pozitivna mišljenja i stavove o LGBT+ skupini. Buduće studije trebale bi istražiti potencijalne razlike socijalne anksioznosti u spolnim orijentacijama na većim uzorcima, tako da se mogu izvršiti usporedbe među podskupinama, kao i istražiti potencijalne prinositelje tim grupnim razlikama.

LITERATURA

1. Begić, D. (2009). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.
2. Bostwick, W. B., Boyd, C. J., Hughes, T. L. in McCabe S. E.(2010). Sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. *American Journal of Public Health*, 100 (3), 468–475.
3. Carter, D. (2011). Stonewall: Pobuna koja je rasplamsala gej revoluciju. Zagreb: Zagreb Pride.
4. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5. (2014). Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Drescher, J., Stein, T. S. in Byne, W. (2004). Homosexuality, gay and lesbian identities, and homosexual behavior. V B. J. Sadock in V. A. Sadock (eds.), Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
6. Frančisković, T. (2009). Neurotički, anksiozni, stresom uzrokovani i somatoforni poremećaji. U T. Frančisković in Lj. Moro (ur), Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada.
7. Hatzenbuehler, M., Keyes, K. in Hasin, D. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99 (12), 2275–2281.
8. Huić, A., Jugović, I. in Kamenov, Ž. (2014). Stavovi studenata o pravima osoba homoseksualne orijentacije. *Revija za socijalnu politiku*, 22 (2), 219–244.
9. King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. idr. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, article number 70. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18706118/>.
10. McCabe, S., Hughes, T., Bostwick, W., West, B. in Boyd, C. (2009). Sexual orientation, substance use behaviors and substance use disorders among lesbian, gay and bisexual adults in the United States. *Addiction*, 104 (8), 1333–1345.
11. Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697.
12. Patrick, D. L., Bell, J. F., Huang, J. Y., Lazarakis, N. C. in Edwards, T. C. (2013). Bullying and quality of life in youths perceived as gay, lesbian, or bisexual in Washington State, 2010. *American Journal of Public Health*, 103 (7), 1255–1261.
13. Sadock, B. J., Alcott Sadock, V. in Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
14. Spielberger, C. D. (1989). State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Predpisovanje zdravil v času epidemije covid-19 v letu 2020

UDK 615.032+578.834

KLJUČNE BESEDE: epidemija, bolezen covid-19, predpisovanje zdravil, definirani dnevni odmerki

POVZETEK - Leto 2020 je zaznamovala pandemija bolezni covid-19, ki je močno posegla v naše delo, življenjski slog, duševno zdravje, vplivala pa je tudi na predpisovanje in izdajanje zdravil, predvsem v prvem valu epidemije. Namen retrospektivne opazovalne raziskave je bil analizirati mesečno porabo ambulantno predpisanih zdravil v letu 2020 in jo primerjati z enakimi mesečnimi obdobji v letu 2019. Podatke o predpisanih zdravilih smo analizirali po anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikaciji (ATC metodologiji) v definiranih dnevni odmerkih na 1000 prebivalcev na dan (DDD). Vsaj en recept za zdravila za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (gerb) (A02B) je maja 2020 prejelo 23 % oseb več kot v enakih mesecih preteklega leta, vsaj en recept za zdravila za zdravljenje diabetesa (A10) je prejelo 39 % več oseb, zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10) je maja 2020 prejelo 46 % več oseb, antihipertenzive (C08, C09) je prejelo 42 % več oseb, medtem ko je zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01) prejelo v aprilu in maju 2020 40 % oz. 46 % manj kot v enakem obdobju leta 2019. Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da je predpisovanje vseh zdravil, razen zdravil za sistemsko zdravljenje bakterijskih okužb (J01) naraslo v maju 2020, tik ob koncu prvega vala epidemije covid-19 tudi v obdobju, ko so lekarne lahko izdale zdravilo samo za obdobje enega meseca.

UDC 615.032+578.834

KEYWORDS: epidemic, Covid-19 disease, medication prescribing, defined daily doses

ABSTRACT - The year 2020 was marked by the Covid-19 pandemic, which greatly affected our lifestyle, mental health and also the prescribing and dispensing of medications, especially during the first wave of the epidemic. The purpose of the retrospective observational study was to analyse the monthly consumption of outpatient medications in 2020 and compare it to the same monthly periods in 2019. Prescribed medication data were analysed using the anatomical-therapeutic-chemical classification (ATC/DDD methodology) in defined daily doses per 1000 inhabitants per day (DDD/TID). In May 2020, 23% more people received at least one prescription for medications to treat peptic ulcer (gerb) (A02B), 39% more people received medications to treat diabetes (A10), 46% more people received a prescription for serum lipid-modifying medications (C10) and 42% more people received antihypertensive medications (C08, C09) than in the same months a year earlier. The number of people who received medications for systemic treatment of bacterial infections (J01) in April and May 2020 decreased by 40% and 46%, respectively, compared to the same period in 2019. From the results, it can be concluded that the prescription of all medications except medications for systemic treatment of bacterial infections (J01) increased in May 2020, exactly at the end of the first wave of the Covid-19 epidemic, during the period when pharmacies could only dispense the medication for one month.

1 Uvod

Leto 2020 je zaznamovala pandemija bolezni covid-19, ki je močno posegla v naše delo, življenjski slog, medosebne odnose, vplivala je tudi na duševno zdravje. V času pandemije se je izkazalo, da so imeli ljudje po vsem svetu več težav z duševnim zdravjem kot pred pandemijo. Pojavljali so se simptomi in znaki stresa, tesnobe, depresije in posttravmatske stresne motnja. Gibanje je postalo omejeno v podporo prizadevanjem za zadrževanje in upočasnitev širjenja virusa. Soočeni smo bili z novo realnostjo dela od doma, številni tudi z brezposelnostjo,

šolanjem otrok na domu in pomanjkanjem človeške bližine z ostalimi družinskimi člani, prijatelji in sodelavci. Nekaterim so se poslabšale že obstoječe težave v duševnem zdravju, drugim so se pojavile, tretji so doživeli večje krize v medosebnih odnosih (Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje, 2021, b.s.; Kostnapfel in Korošec, 2021).

Epidemija nalezljive bolezni covid-19 je močno vplivala tudi na predpisovanje in izdajanje zdravil. Prvi val epidemije bolezni covid-19 je potekal v obdobju marec-maj 2020, drugi val pa se je pričel v oktobru 2020, ko je bila drugič razglašena epidemija. Na podlagi odredbe o omejitvi izdaje zdravil za uporabo v humani medicini pri izvajalcih lekarniške dejavnosti (Odredba o omejitvi izd., 1. čl., Ur. list RS, 2020) v aprilu 2020, se je omejila izdaja zdravil za uporabo v humani medicini na recept in brez recepta. Lekarne so lahko izdale zdravilo za uporabo v humani medicini na recept v količini, ki je ustrezalo zdravljenju bolnika za obdobje enega meseca.

Glavni namen analize predpisanih in izdanih zdravil je podati informacije o količini in značilnostih predpisanih zdravil ter njihovih prejemnikih. Skladno z zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva podatke o zdravilih zbira Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) kot neodvisna organizacija. (Zakon o zbirkah pod., 3., 4., 5., 6. čl., Ur. list RS, 2020). Podatke o porabi zdravil v Sloveniji prikazujemo po anatomsko-terapevtsko-kemični-klasifikaciji definiranih dnevnih odmerkov ATC/DDD metodologiji, ki jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), in sicer v definiranih dnevnih odmerkih (DDD) oziroma v definiranih dnevnih odmerkih na 1000 prebivalcev na dan (DID) (Guidelines for ATC classification and DDD assignment, 2021).

Cilj raziskave je bil primerjati število oseb, ki so prejele vsaj en recept za nekatera najpogostejše prepisana zdravila v letu 2020 in jih primerjati z enakimi obdobji v letu 2019.

2 Metode

Vir za retrospektivno opazovalno analizo je bila »Baza podatkov o ambulantno predpisanih zdravilih na zelene in bele recepte« (NIJZ 64 – Evidenca porabe zdravil izdanih na recept) ter podatki Statističnega urada Republike Slovenije (Evidenca porabe zdravil izdanih na recept, 2019, 2020).

Zajem vključuje vse bolnike, ki so leta 2019 in 2020 prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (GERB) (A02B), zdravila za zdravljenje diabetesa (A10), za zaviralce kalcijevih kanalčkov (C08), zdravila z delovanjem na renin – angiotenzinski sistem (C09), zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10), zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01) ter anksiolitike (N05B) in antidepresive (N06A), z namenom prikazati trende pri uporabi predpisanih zdravil.

V pričujoči analizi so predstavljeni mesečni podatki o izdanih ambulantno predpisanih zdravilih na zelene in bele recepte, ki zajemajo tako predpisana zdravila na primarni ravni kot v specialističnih ambulantah v letu 2020, ki smo jih primerjali z mesečnimi podatki v enakem obdobju leta 2019.

Predpisovanje zdravil smo analizirali po naslednjih kazalnikih: število vseh receptov, število definiranih dnevnih odmerkih na 1000 prebivalcev na dan (DID) ter odstotku oseb, ki jim je bil mesečno predpisan vsaj en recept za posamezno ATC skupino zdravil (WHO 2021).

Zbrani podatki so bili obdelani s pomočjo opisne statistike.

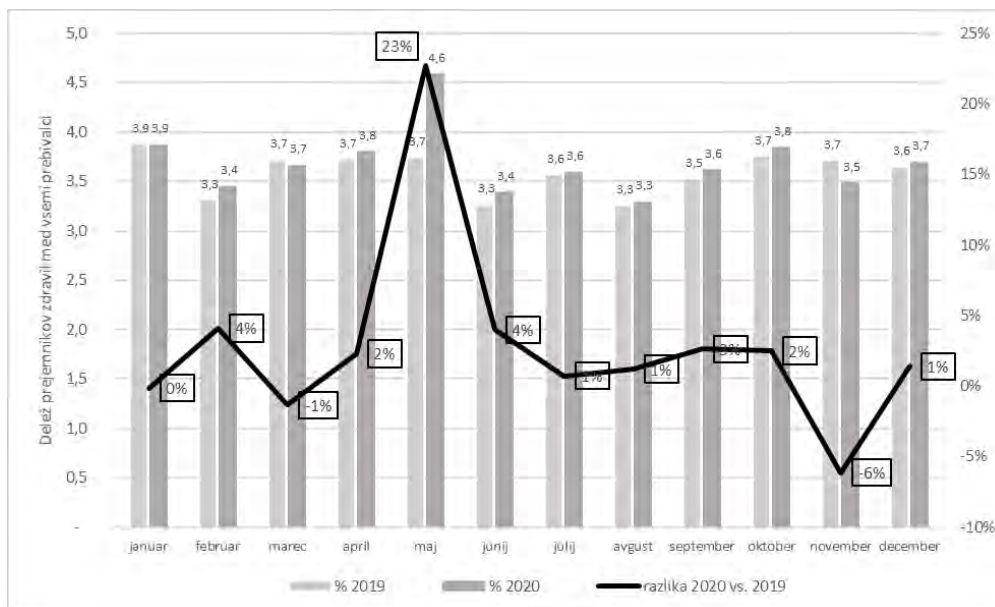
Dovoljenje Etične komisije Republike Slovenije ni bilo potrebno, ker so bili uporabljeni podatki anonimizirani.

3 Rezultati

3.1 Zdravila za bolezni prebavil in presnove

Za zdravila za bolezni prebavil in presnove, ki so razdeljena v 16 skupin, je bilo v letu 2020 izdanih preko 2,74 milijona receptov. Zdravila za kislinsko pogojene bolezni (A02) spadajo v skupino, za katero je bil v letu 2020 predpisan največji delež receptov (36,3 %) glede na celotno skupino A, med njimi največji delež predpisanih zdravil te skupine predstavljajo zdravila za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (gerb) (A02B). Marca 2020 vsaj en recept prejelo 3,7 % populacije (1 % manj kot marca leta 2019), aprila 2020 je prejelo 3,8 % populacije, kar je 2 % več kot aprila leta 2019, v maju 2020 pa 4,6 % populacije, kar je 23 % več kot maja leta 2019. V juniju 2020 je vsaj en recept za zdravila za zdravljenje peptične razjede (A02B) prejelo 3,4 % populacije, kar je 4 % več kot v istem obdobju leta 2019. V drugi polovici leta 2020 je bilo število prejemnikov enako kot v mesecih leta 2019, opazen je 6 % padec števila oseb, ki so prejele vsaj en recept v novembru 2020 (graf 1).

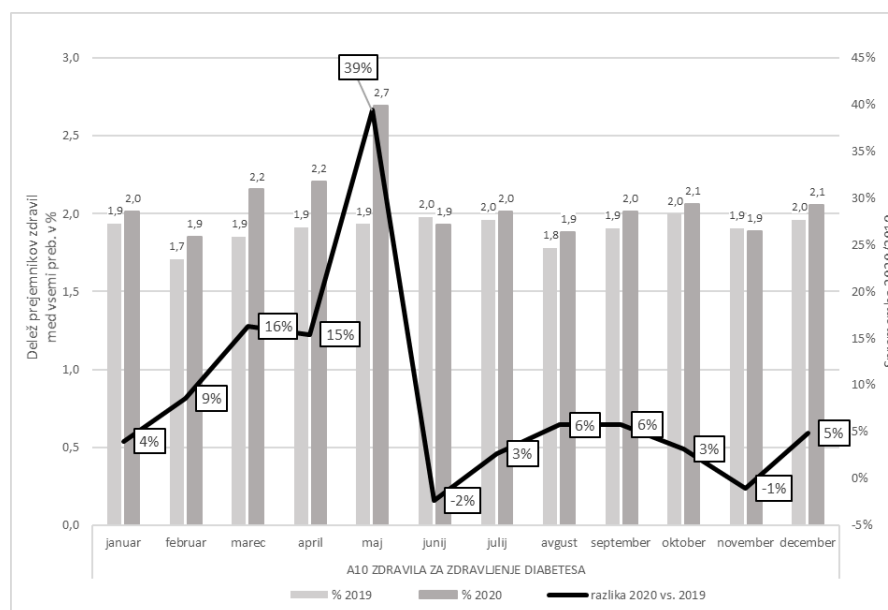
Graf 1: Mesečno gibanje deleža prejemnikov zdravil ATC skupin A02B po mesecih leta 2020 glede na enako mesečno obdobje v letu 2019



Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil 2019, 2020. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

Zdravila za zdravljenje diabetesa (A10), ki so v letu 2020 predstavljala 29 % delež števila receptov skupine A, in sicer v podskupini insulini in analogi (A10A) in v podskupini antidiabetiki brez insulinov (A10B). Vsaj en recept za zdravila za zdravljenje diabetesa (A10) je marca 2020 prejelo 2,1 % populacije (16 % več kot marca leta 2019), aprila 2020 je prejelo vsaj en recept 2,2 % populacije, kar je 15 % več kot aprila leta 2019, v maju 2020 2,7 % populacije, kar je 39 % več kot maja leta 2019. Junija 2020 je vsaj en recept prejelo pa 1,9 % populacije, kar pa je 2 % več kot v istem obdobju leta 2019. V drugi polovici leta 2020 je bilo število prejemnikov enako kot v mesecih leta 2019, opazen je 1 % padec števila oseb, ki so prejele vsaj en recept v novembru 2020.

Graf 2: Mesečno gibanje deleža prejemnikov zdravil ATC skupin A10 po mesecih leta 2020 glede na enako mesečno obdobje v letu 2019



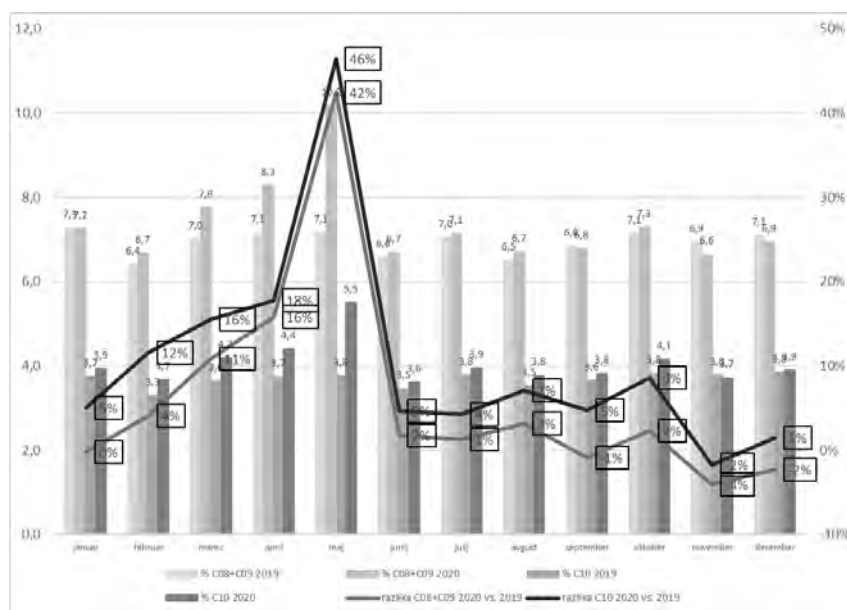
Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil 2019, 2020. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

3.2 Zdravila za bolezni srca in ožilja

Zdravila za bolezni srca in ožilja so že vrsto let najpogosteje predpisana zdravila v Sloveniji in so razvrščena v 10 skupin. Vsaj en recept za zaviralce kalcijevih kanalčkov (C08) in zdravila z delovanjem na renin – angiotenzinski sistem (C09), ki se uporabljajo kot antihipertenzivi je marca 2020 prejelo 7,8 % populacije, kar je 11 % več kot marca leta 2019, aprila 2020 je prejelo 8,3 % populacije, kar je 16 % več kot aprila leta 2019, maja 2020 pa 10,2 % populacije, kar je 42 % več kot maja leta 2019. Od junija 2020 je naraščanje predpisovanja padlo. Junija 2020 je vsaj en recept prejelo pa 6,7 % populacije, kar pa je 2 % več kot v istem obdobju leta 2019, v septembru, novembru in decembru 2020 je bilo celo 1–4 % nižje kot v istem obdobju leta 2019.

Vsaj en recept za zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10) je marca 2020 prejelo 4,2 % populacije, to je 16 % več kot marca leta 2019, aprila 2020 je prejelo vsaj en recept 4,4 % populacije, kar je 18 % več kot aprila leta 2019, v maju pa 5,5 % populacije, kar je 46 % več kot maja leta 2019. Naraščanje predpisovanja zdravil za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10) glede na predhodno leto se je zatem zmanjšalo. Junija 2020 je vsaj en recept prejelo 3,6 % populacije, kar je 5 % več kot v istem obdobju leta 2019, novembra 2020 je bilo predpisanih 2 % manj zdravil kot istega meseca leta 2019.

Graf 3: Mesečno gibanje deleža prejemnikov zdravil ATC skupin zaviralcev kalcijevih kanalčkov (C08) in zdravil z delovanjem na renin-angiotenzinski system (C09) ter zdravil za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10) po mesecih leta 2020 glede na enako mesečno obdobje v letu 2019



Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil 2019, 2020. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

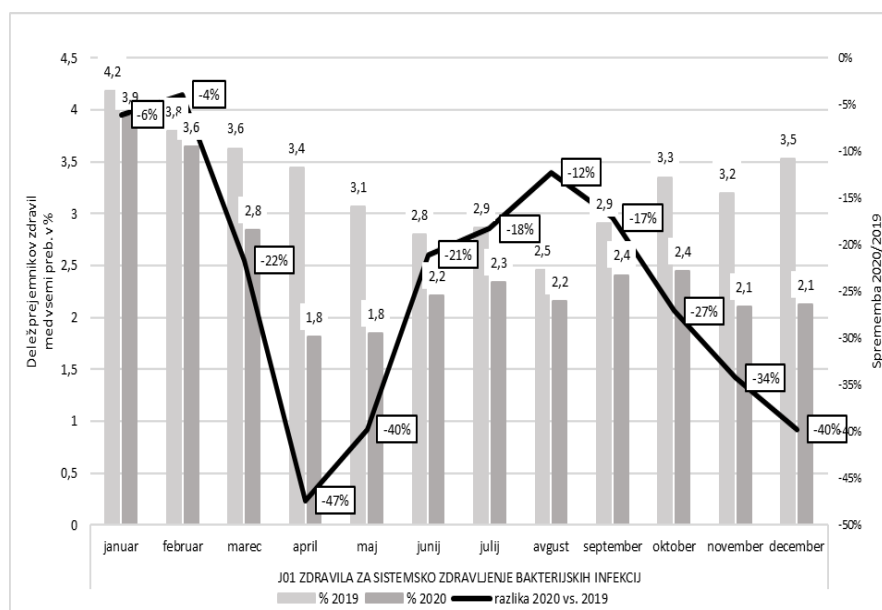
3.3 Zdravila za sistemsko zdravljenje infekcij

Zdravila za sistemsko zdravljenje infekcij so razvrščena v sedem skupin. V letu 2020 je bilo predpisanih 812.498 receptov s predpisanimi zdravili za sistemsko zdravljenje infekcij (ATC J) (indeks 77), od tega največ, preko 751 tisoč za zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (ATC skupina J01).

Vsaj en recept za zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01A) je marca 2020 prejelo 2,8 % populacije, to je 22 % manj kot marca leta 2019, aprila 2020 je prejelo 1,8 % populacije, kar je 47 % manj kot aprila leta 2019, maja 2020 1,8 % populacije, kar je 40 % manj kot maja leta 2019. Junija 2020 je vsaj en recept prejelo 2,2 % populacije, kar je 21 % manj kot v istem obdobju leta 2019.

Najmanjša razlika v številu oseb, ki so prejele vsaj en recept je bila avgusta, zatem je število oseb spet padlo. Novembra 2020 in decembra 2020 je število oseb, ki so prejele vsaj en recept padlo za 34 oz. za 40 %.

Graf 4: Mesečno gibanje deleža prejemnikov zdravil za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01) po mesecih leta 2020 glede na enako mesečno obdobje v letu 2019



Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil 2019, 2020. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

3.4 Zdravila z delovanjem na živčevje

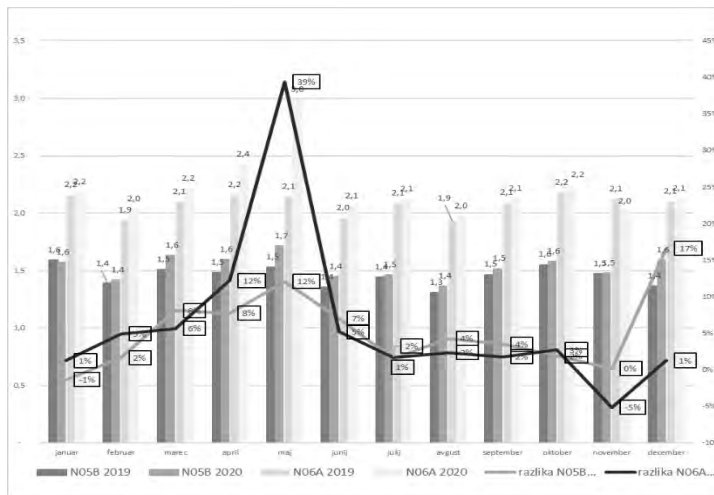
Zdravila z delovanjem na živčevje (N) so druga najpogostejše predpisana skupina zdravil v Sloveniji, razvrščena so v 7 skupin. V letu 2020 je bilo izdanih skoraj 3,6 milijonov receptov. Od zdravil z delovanjem na živčevje so največji odstotni deleži v številu receptov pripadali analgetikom (N02), psiholeptikom (N05) ter psihoanaleptikom (N06). Največji delež predpisanih zdravil nekaterih najbolj poznanih skupin je v starostni skupini nad 65 let, prav tako je povsod večji delež žensk, ki prejemajo ta zdravila.

Vsaj en recept za anksiolitike (N05B) je marca in aprila 2020 prejelo 1,6 % oz. 1,6 % populacije, kar je 8 % več kot v enakih mesecih preteklega leta. V maju in juniju 2020 pa je 1,7 % oz. 1,4 % populacije prejelo vsaj en recept za anksiolitike, kar je 12 % oz. 7 % več kot v istem obdobju leta 2019.

Vsaj en recept za antidepresive (N06A) je marca in aprila 2020 prejelo 2,2 % oz. 2,4 % populacije, kar je 6 % oz. 12 % več kot v enakih mesecih preteklega leta. V maju in juniju 2020 pa je kar 3 % oz. 2,1 % populacije prejelo vsaj en recept za antidepresive, kar je 39 % oz. 5 % več kot v istem obdobju leta 2019.

Naraščanje predpisovanja anksiolitikov in antidepresivov glede na predhodno leto se je v drugi polovici leta zmanjšalo, v novembru beležimo celo 5 % manj oseb, ki so prejele vsaj en recept kot novembra leta 2019.

Graf 5: Mesečno gibanje deleža prejemnikov predpisanih anksiolitikov (N05B) in antidepresivov (N06A) po mesecih leta 2020 glede na enako mesečno obdobje v letu 2019



Vir: Baza ambulantno predpisanih zdravil 2019, 2020. NIJZ 64 (Podatkovni portal NIJZ).

4 Razprava

Epidemija nalezljive bolezni covid-19 je vplivala na spremembe pri predpisovanju in izdajanju zdravil. Prvi val epidemije bolezni covid-19 je potekal v obdobju od marca do maja 2020, drugi val pa se je pričel v oktobru 2020, ko je bila drugič razglašena epidemija. Za celotno obdobje leta 2020 smo spremljali mesečno porabo zdravil in jo primerjali z enakimi obdobji v letu 2019. Spremljanje porabe ter analiza predpisanih in izdanih zdravil nudi informacije o količini in značilnostih predpisanih zdravil ter njihovih prejemnikih ter opozori tudi na vlogo odgovornega predpisovanja zdravil.

Ob natančnem pregledu števila oseb, ki so prejele posamezna zdravila iz nekaterih najbolj pogosto predpisanih ATC skupin vidimo, da je vsaj en recept za zdravila za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (gerb) (A02B) maja 2020 prejelo 23 % oseb več kot v enakih mesecih preteklega leta, vsaj en recept za zdravila za zdravljenje diabetesa (A10) je prejelo 39 % več oseb, zdravila za spreminjanje ravni serumskih lipidov (C10) je maja 2020 prejelo 46 % več oseb, antihipertenzive (C08, C09) je prejelo 42 % več oseb. Vsaj en recept za anksiolitike (N05B) je marca in aprila 2020 prejelo 8 % več oseb kot v enakih mesecih preteklega leta, v maju in juniju 2020 pa je vsaj en recept za anksiolitike (N05B) prejelo 12 % oz. 7 % več kot v istem obdobju leta 2019. Vsaj en recept za antidepresive (N06A) je marca in aprila 2020 prejelo 6 % oz. 12 % več kot v enakih mesecih preteklega leta, maja in junija 2020 pa 39 % oz. 5 % več kot v istem obdobju leta 2019. Zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01) prejelo v aprilu in maju 2020 40 % oz. 46 % manj, v novembru in decembru 2020 pa 34 % oz. 40 % manj kot v enakem obdobju leta 2019.

Povzamemo lahko, da je bil največji porast števila oseb, ki so prejele vsaj en recept za večino vseh zdravil, razen zdravil za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01) ob koncu prvega vala, aprila in maja 2020. Naraščanje predpisovanja večine zdravil glede na predhodno leto pa se je v drugi polovici leta zmanjšalo in je bilo v okvirih leta 2019. Skupaj tako da ni bilo zaznati bistvenega porasta predpisovanja zdravil zaradi epidemije covid-19. Izrazit padec predpisovanja v novembru in decembru 2020 beležimo le številu oseb, ki so prejele vsaj en recept za zdravila za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij (J01).

Najvišji porast predpisovanja analiziranih zdravil je bil zabeležen v maju 2020, torej ob razglasitvi konca epidemije. Na podlagi odredbe o omejitvi izdaje zdravil za uporabo v humani medicini pri izvajalcih lekarniške dejavnosti (Odredba o omejitvi izd., 1. člen, Ur. List RS 2020) se je aprila 2020 omejila izdaja zdravil za uporabo v humani medicini na recept in brez recepta. Lekarne so lahko izdale zdravilo za uporabo v humani medicini na recept v količini, ki je ustrezalo zdravljenju bolnika za obdobje enega meseca. Vlada RS se je za spremembo izdaje zdravil na obnovljivi recept morda odločila, da se po domovih ne bi začela kopičiti zdravila in da se ne bi zgodilo, da bi v času vrhunca epidemije virusa SARS-Cov-2 zdravil v lekarnah zaradi tega zmanjkalo.

Ob upadanju prvega vala epidemije v maju 2020 so morda bolniki tudi v strahu pred ponovnim zaprtjem in možnimi težavami v dobavi želeli poskrbeti tudi za ustrezne zaloge zdravil na recept in tudi nekaterih brez recepta.

Težko je enoznačno strokovno utemeljiti, zakaj je prišlo do porasta predpisanih zdravil. Za potrditev vseh teh domnev bi bilo potrebno pripraviti poglobljeno analizo. Težka situacija, ki smo jim bili izpostavljeni ter izpostavljenost duševnim stiskam in stresu sta verjetno pripomogli k slabšanju duševnih motenj in k dvigu predpisanih anksiolitikov in antidepresivov, pa tudi zdravil za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (gerb) (Prvi val epidemije covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike, 2021, b.s.; Kostnapfel in Korošec, 2021).

Vsi ukrepi za preprečevanje širjenja epidemije covid-19 so zahtevali dolgotrajne in do nedavnega nepredstavljive prilagoditve načina življenja vseh družbenih skupin in sistemov saj so močno posegli v osnovne življenjske potrebe. V času pandemije so imeli ljudje po vsem svetu več težav z duševnim zdravjem kot pred pandemijo, pojavljali so se simptomi in znaki stresa, tesnoba, depresija in posttravmatska stresna motnja. Nekaterim so se poslabšale že obstoječe težave v duševnem zdravju, drugim so se pojavile, tretji so doživeli večje krize v medosebnih odnosih. Epidemija je posebej močno poleg starostnikov prizadela otroke in mladostnike ter mlajše šolajoče odrasle. V času epidemije je bila zmanjšana tudi dostopnost do ambulantnega zdravljenja (Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje, 2021, b.s.).

Sprejeti ukrepi za omejevanje medosebnih stikov, kot so omejeno gibanje, omejitve v zaprtih javnih prostorih, delo na daljavo, zaprtje šol ter izvajanje preventivnih ukrepov so močno omejile možnosti prenosa okužb, ki se med ljudmi širijo s kapljičnim in aerosolnim prenosom.

Tako smo predvsem v prvem valu epidemije covid-19 aprila in maja 2020, v času zelo strogega »lockdowna« zabeležili velik upad okužb dihal, ki se kažejo v kar 43 %-nem upadu ambulantno predpisanih zdravil za sistemsko zdravljenje infekcij (J01). Upad porabe teh zdravil v letu 2020 beležijo tudi v tujini. V Angliji so raziskovalci ugotavljali upad ambulantnega predpisovanja antibiotikov med aprilom in oktobrom 2020 glede na enako obdobje v prejšnjem letu. Vzrok za zmanjšano predpisovanje je tudi spremenjen način dela v splošnih ambulantah, saj je bila večina obravnav opravljena po telefonu ali virtualno ter seveda omejeno širjenje okužb zaradi zaprtja javnega življenja z namenom omejevanja pandemije covid-19 (Andrews idr., 2021; Hussain idr., 2021).

5 Zaključek

Epidemija covid-19 in z njo povezane posledice imajo velik vpliv na duševno zdravje vseh ljudi, še posebej občutljivih skupin, zdravstvene delavce, strokovne delavce in tiste, ki so bili že prej občutljivi za duševne motnje, kar se odraža tudi v predpisanih zdravilih. Huda zdravstvena kriza, ki je povzročila tudi krizo na področju duševnega zdravja pa je poglobila pomen prepoznavne duševnega zdravja. Naš sistem skrbi za duševno zdravje se je spopadel s

težko nalogo soočanja s stiskami ne le ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki ne morejo do pomoči, temveč tudi s stiskami strokovnjakov, ki ne morejo odgovoriti na povečane potrebe in so zato tudi sami v stiski, preobremenjeni in izgoreli (Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje, 2021, b.s.)

Zaradi povečanih duševnih stik, stresa in predvsem strahu pred neznanim se je v prvem valu epidemije povečalo predpisovanje zdravil za zdravljenje peptične razjede in gastroezofagealne refluksne bolezni (gerb) ter anksiolitikov in antidepresivov. Predvsem v aprilu in maju je bilo oteženo dostopanje do zdravnika, zaradi strahu pred možnim pomanjkanjem zdravil, ki so se predpisovala samo za en mesec pa je poraba praktično vseh zdravil ob koncu prvega vala močno narasla.

Opazen padec predpisovanja zdravil za sistemsko zdravljenje bakterijskih infekcij pa je posledica omejevanja stikov, zaprtja javnega življenja, zaprtja šol, dela na domu in širšega omejevanja tako zasebnih kot tudi javnih druženj.

Epidemija covid-19 je negativno vplivala tudi na druga zdravstvena stanja, predvsem zaradi prepoznih diagnoz in možnih zapletov pri kroničnih boleznih ter zaradi odlašanja obiska pri zdravniku. S pomočjo analize predpisanih zdravil lahko različna stanja prepoznamo in se na njih pravočasno odzovemo.

LITERATURA

1. Andrews, A., Budd, E. L., Hendrick, A., Ashiru - Oredope, D., Beech, E., Hopkins, S., Gerver, S., Muller - Pebody, B. and the AMU Covid-19 Stakeholder Group (2021). Surveillance of Antibacterial Usage during the Covid-19 Pandemic in England, 2020. *Antibiotics*, 10 (7), 841.
2. Baza ambulantno predpisanih zdravil (2021). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
3. Hussain, A. Z., Paudyal, V. in Hadi, M. A. (2021). Impact of the Covid-19 Pandemic on the Prescribing Patterns of First-Line Antibiotics in English Primary Care: A Longitudinal Analysis of National Prescribing Dataset. *Antibiotics (Basel)*, 10 (5), 591.
4. Kostnapfel, T. in Korošec, A. (2021). Vpliv epidemije covid-19 v letu 2020 na predpisovanje zdravil za duševne motnje. Trend of consumption of prescription medicines for mental health during the covid-19 epidemic in 2020. *Javno zdravje in covid-19. Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
5. Odredba o omejitvi izdaje zdravil za uporabo v humani medicini pri izvajalcih lekarniške dejavnosti ter povečanju izdelave dezinfekcijskih sredstev za površine in roke. (2020). *Uradni list Republike Slovenije*, št. 22, št. 56, 1. člen.
6. Prvi val epidemije covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike. (2021). NIJZ, 2021. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/prvi-val-epidemije-covida-19-skozi-prizmo-zdravstvene-statistike>.
7. Vpliv epidemije covid-19 na duševno zdravje. (2021). NIJZ&STA, spletni pogovor. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/vpliv-epidemije-covid-19-na-dusevno-zdravje>.
8. World Health Organization Guidelines for ATC classification and DDD assignment WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. (2021). World Health Organization. Pridobljeno s https://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
9. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). (2000). *Uradni list Republike Slovenije*, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE in 112/21 – ZNUPZ), 3., 4., 5., 6. člen.

Vpliv sedečega delovnega mesta na hrbtenico pri pedagoških delavcih

UDK 616.711:378-051

KLJUČNE BESEDE: sedeče delovno mesto, bolečine v hrbtu, pedagoški delavci

POVZETEK - V preteklosti je bilo gibanje ključno za preživetje. Dandanes sodobni način življenja postaja vse bolj sedeč in nedejaven. Dolgotrajno, nepravilno in neprekinjeno sedenje brez odmora povezujemo z razvojem različnih motenj, povezanih z zdravjem in nastankom kroničnih nenalezljivih bolezni. Vpliva lahko celo tako na splošno umrljivost kot tudi na umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. Sedeče delovno mesto je pogosto povezano z mišično-skeletnimi bolečinami v spodnjem delu hrbta. Za spremembo neprekinjenega načina sedenja mora vsak posameznik prispevati ne samo z željo temveč tudi z aktivno vključitvijo. Za vadbo na delovnem mestu bi vsak posameznik porabil manj časa kot za kavo. Z raziskavo smo želeli preučiti vplive sedečega delovnega mesta pri pedagoških delavcih. Zanimalo nas je v kolikšni meri prekinjajo sedeč način na delovnem mestu, kolikokrat so občutili bolečine v hrbtenici, če sploh in kako izkoriščajo prosti čas. S kvalitativnim raziskovalnim pristopom smo na vzorcu pedagoških delavcev Fakultete za zdravstvene vede proučili kakšen je vpliv sedečega načina delovnega mesta na njihovo telo.

UDC 616.711:378-051

KEYWORDS: sedentary workplace, back pain, pedagogical workers

ABSTRACT - In the past, exercise was the key to survival. Today, modern lifestyles are becoming increasingly sedentary and inactive. Prolonged, irregular and uninterrupted sitting without a break has been linked to the development of various health disorders and chronic non-communicable diseases. It may even affect both overall mortality and cardiovascular mortality. The sedentary workplace is often associated with musculoskeletal pain in the lower back. To change the constant sitting, each individual must contribute not only with desire but also with active participation. Each individual would spend less time exercising at work than drinking coffee. The aim of this research was to investigate the effects of sedentary workplaces among pedagogical workers. We were interested in the extent to which they interrupted the sedentary mode at work, how often they experienced back pain, if at all, and how they used their free time. Using a qualitative research approach, we investigated the effects of a sedentary workplace on their bodies in a sample of pedagogical workers at the Faculty of Health Sciences.

1 Uvod

V zadnjih nekaj desetletjih se je način, kako živimo vsakdanje življenje dramatično spremenil (Mansoubi, Pearson, Biddle in Clemes, 2014) in sedentarnost je postala ena največjih skrbi javnega zdravja, ki je priznana kot eden glavnih vzrokov za prezgodnjo smrtnost, ki jo je mogoče preprečiti (Genin idr., 2018). Nespecifične bolečine v križu so priznane kot prednostna naloga javnega zdravja (del Pozo - Cruz idr., 2013). Dokazi kažejo, da je sedeči čas povezan z incidenco srčno-žilnih bolezni, pojavnostjo dejavnikov tveganja, povezanih z boleznimi srca in ožilja in smrtnostjo (Diaz idr., 2017), saj je bilo sedentarno vedenje opredeljeno kot »vsako budno vedenje, za katerega je značilna poraba energije $\leq 1,5$ MET (angl.: metabolic equivalent of task; sl.: metabolični ekvivalent za intenziteto telesne dejavnosti) v sedečem ali ležečem položaju« (Mansoubi idr., 2014) in vključuje pogosto navedene dejavnosti, kot so dolgotrajno

branje, gledanje televizije, uporaba računalnika in druga pretežno sedeča opravila (Amon, 2017).

Dejavniki, ki vplivajo na sedenje na delovnem mestu, bodo verjetno delovali na več ravneh-vključno na individualno, kognitivno-socialno in okolijsko. Na obseg sedenja na delovnem mestu, vplivajo dejavniki, ki delujejo na individualni ravni, v primerjavi z organizacijsko. To lahko vključuje, ali naj bodo strategije individualno usmerjene in usmerjene v skupine z visokim tveganjem in/ali s ciljem vplivanja na organizacijsko raven s politiko in kulturnimi spremembami. Ocena razlike v času sedenja med delovnimi mesti, pred in po upoštevanju dejavnikov na ravni posameznika, daje priložnost za raziskovanje takih vprašanj (Hadgraft idr., 2016). Bolečine v hrbtu so v zahodnih državah velika zdravstvena težava in 60–80 % odraslih bo verjetno doživelo bolečine v križu (Gordon in Bloxham, 2016). Politike javnega zdravja po vsem svetu poudarjajo nujno potrebo po vzpostavitvi primerne kulture redne telesne dejavnosti, kjer se delodajalce spodbuja, da igrajo ključno vlogo pri spodbujanju zdravja med odraslimi v delovni dobi (Genin idr., 2018). Telesna aktivnost je najosnovnejši, preprost in dobro znan preventivni in terapevtski ukrep za mišično skeletne težave, kot so bolečine v hrbtu, še posebej, ko je problem posledica sedentarnega vedenja. Zato je uporaba nekaterih dejavnosti in posegov, ki temeljijo na delu, lahko koristna pri našem vse bolj sedentarnem vedenju.

Akademski sektor in zlasti visokošolsko izobraževanje, kjer akademiki vlagajo dolgotrajne ure v pripravo in raziskovanje poučevanja, lahko zagotovijo pravo okolje za obravnavo in ozaveščanje o tveganjih dolgotrajnega sedenja in pomanjkanja dejavnosti ter njihovih potencialnih posledic za zdravje teh posameznikov (Hanna idr., 2019). Vse več epidemioloških dokazov povezuje sedeče vedenje z zdravstvenimi tveganji, vključno s povečanim tveganjem sladkorno boleznijo tipa 2, presnovnim sindromom, rakom ter smrtnostjo zaradi vseh vzrokov in KVB (Mansoubi idr., 2014). Dunstan idr. (2012) je s sodelavci v randomizirani študiji ugotovil, da prekinitev časa sedenja s kratkimi odmori lahke ali zmerne intenzivnosti hoje znižuje raven glukoze in insulina po obroku pri odraslih s prekomerno telesno težo/debelostjo. To lahko izboljša presnovo glukoze in je lahko pomembna strategija javnega zdravja in klinične intervencije za zmanjšanje kardiovaskularnega tveganja. Medtem ko so strategije javnega zdravja razvite za boj proti sedečemu vedenju in spodbujanje telesne dejavnosti, so bile nekatere poklicne dejavnosti, izpostavljene zaradi njihove zelo sedeče narave. Čeprav podjetja podjetjem vse pogosteje ponujajo programe telesne dejavnosti na delovnem mestu, da bi povečali raven telesne aktivnosti, ostaja čas sedenja pred zaslonom izjemno visok (Genin idr., 2018). Sedeči način življenja negativno vpliva tudi na starejše odrasle. Podatki o prevalenci sedečega načina za evropske razmere navajajo, da vsaj polovica ljudi, starejših od 70 let, preživi več kot 65 % časa v sedečem načinu življenja. Sedeč način življenja so povezali tudi s spremenjenim razmerjem vrednosti holesterola in povečano prevalenco diabetesa neodvisno od telesne dejavnosti (Amon, 2017). Študije, ki so preučevale povezavo med sedečim načinom življenja in zdravstvenimi rezultati pri starejših odraslih, so bile običajno osredotočene na presnovni sindrom in druge kardiometaobolne dejavnike tveganja. Na primer, povečano tveganje za prekomerno telesno težo/debelost, merjeno z ITM (indeks telesne mase), je bilo povezano s časom gledanja televizije, ki so ga poročali sami > 840 minut/teden pri 1.806 starejših Japoncih (Gennuso, Gangnon, Thraen - Borowski in Colbert, 2013).

Namen te študije je bil preučiti vedenje na ravni delovnega mesta, ter socialno-demografske, zdravstvene in delovne korelacije skupnega in daljšega časa sedenja na delovnem mestu pri pedagoških delavcih.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije ter tehniko intervjuvanja, s katero smo zbrali primarne podatke. Sekundarne podatke smo zbrali s pomočjo pregleda ustrezne domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo uporabili bibliografske baze COBISS, Pub Med in CINAHL.

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali nestrukturirani vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in predvsem tuje strokovne in znanstvene literature (Hanna idr., 2019; Hadgraft idr., 2016; Bontrup idr., 2019). Predloga vsebuje 13 vprašanj odprtega tipa s podvprašanji. Prvi del je namenjen ugotavljanju sociodemografskih podatkov, drugi del raziskovanju, ki je vseboval ključne teme: posledice sedentarnega načina življenja, soočanje z bolečinami v hrbtenici, izvajanje ukrepov proti bolečini, izvajanje športne dejavnosti kot protiutež sedentarnemu načinu življenja ter ukrepanji in predlogom zmanjšanja bolečine v hrbtenici na delovnem mestu.

2.3 Opis vzorca

V neslučajnostni priložnostni vzorec smo vključili 8 pedagoških delavcev, starih med 25 in 56 let, ki imajo od 2 do 31 let delovne dobe. Izbrani so bili na podlagi poznanstva in vedenja, da imajo sedeči način življenja, od osem do 12 ur dnevno. Oseba A je ženskega spola, stara je 50 let, z več kot 25 leti delovne dobe. Oseba B je ženskega spola, stara je 30 let, z dvema leti delovne dobe. Oseba C je ženskega spola, stara je 40 let, s 13 leti delovne dobe. Oseba D je ženskega spola, stara je 35 let, z 11 leti delovne dobe. Oseba E je moškega spola, stara je 56 let, z 31 leti delovne dobe. Oseba F je ženskega spola, stara je 37 let, s 13 leti delovne dobe. Oseba G je ženskega spola, stara je 25 let, z 2 leti delovne dobe. Oseba H je ženskega spola, stara je 45 let, z 20 leti delovne dobe. Samo oseba G občasno prihaja na delovno mesto peš. Vse ostale osebe uporabljajo za prevoz na delovno mesto osebni avtomobil.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuji so potekali med 5. in 10. oktobrom 2021, v povprečju so bili dolgi 5 minut. Intervju je potekal v sproščenem, prijateljskem vzdušju, na posameznikovem delovnem mestu. Vzpostavili smo prijeten odnos, na kar so se intervjuvanci pozitivno odzvali. Kandidati so se za sodelovanje in objavo rezultatov odločili prostovoljno. Zagotovljena jim je bila anonimnost, v vseh fazah raziskovanja in obdelave podatkov pa so bila upoštevana etična načela raziskovalnega dela. Intervjuji so bili posneti, kasneje zapisani v parafrazirani obliki. Pridobljene podatke smo kvalitativno analizirali, odgovore kodirali in kategorizirali, jih interpretirali in ovrednotili. Ugotovitve so prikazane, analizirane in ovrednotene v razpravi.

3 Rezultati

Izraze (kode) smo smiselno povezali v podkategorije. Posamezne podkategorije smo oblikovali v štiri glavne kategorije, in sicer:

- Soočanje z bolečino v hrbtenici glede delovnega mesta.
- Ukrepanje proti bolečini.
- Ukvarjanje s športno dejavnostjo napram številu ur pred računalnikom.

- Predlog zmanjšanja bolečine v hrbtenici, slabe drže pri sedečem delovnem mestu.

Tabela 1: Prikaz kod, podkategorij in kategorij

<i>Kode</i>	<i>Podkategorije</i>	<i>Kategorija</i>
vratni del prsni del ledveni predel	predel bolečine v hrbtenici	soočanje z bolečino v hrbtenici glede delovnega mesta
neprekinjeno sedenje dodatno sedeče delo omejitve gibanja pretirana telovadba izrazito dolge vožnje na delovno mesto in domov bolečine v mladosti	razlog	
pekoča kljuvajoča konstantna	vrsta bolečine	ukrepanje proti bolečini
izvajanje preventivnih vaj telovadba raztezanje sproščanje masaža pozornost pri sedenju jemanje analgetikov počitek redni treningi	samopomoč	
dnevno občasno kadar boli ne pozna ne izvaja	izvajanje preventivnih vaj	
osem dvanajst	število ur v sedečem položaju	ukvarjanje s športno dejavnostjo napram preživetim številom ur v sedečem položaju
sprehod vadba doma tek kolesarjenje gornišstvo	vrsta vadbe	
enostavna telovadba med delovnim časom opomnik za telovadbo plakati, ki bi opominjali občasne skupne »osvežitve« vaj samodisciplina	osebni vidik	predlog zmanjšanja bolečine v hrbtenici, slabe drže pri sedečem delovnem mestu
boljši stoli nižje pete	tehnični vidik	

Vir: Lastni vir, 2021.

Soočanje z bolečino v hrbtenici glede delovnega mesta

Vsi intervjuvanci navajajo, da so se že soočili z bolečino v hrbtenici v preteklosti. Oseba A vse do letos bolečine v hrbtenici ni poznala. Meni, da je pandemija omejila gibanje, saj ji je bilo onemogočeno ukvarjanje s specifično športno dejavnostjo, s katero se redno ukvarja. Navaja,

da se navedeno »pozna« na hrbtenici. Pred pandemijo je redno plezala. Meni, da zaradi pretirane telovadbe, izrazito dolgih voženj na delovno mesto in domov ter sedečega načina življenja občuti šele prvič v življenju bolečino, ki jo opredeli na predel ledvene hrbtenice. Oseba B navaja »izrazito sedeč način življenja«, tako v službi kot tudi doma saj je tudi študentka. Bolečina, ki jo opredeli na ledveni del hrbtenice je postala po porodu pred tremi leti še hujša.

Glede pretiranega sedenja je večina intervjuvancev dejala, da se je v času epidemije covid-19 sedeč stil življenja še povečal saj so bili prisiljeni izvajati pedagoško dejavnost preko osebnih računalnikov, kar je zahtevalo dodatne ure sedenja dnevno. Oseba C navaja bolečino v hrbtenici v predelu med lopaticami kot pogosto prisotno. Še posebno, ko je »veliko sedenja« zaradi pisanja člankov, znanstveno-raziskovalnega dela, prispevkov. Bolečino je začutila pred leti, ko je »kombinirala« porodniško odsotnost z delom. Najbolj izrazito se je bolečina manifestirala pri dvigovanju otrok. Oseba D pove, da je bolečina v predelu vratne in ledvene hrbtenice konstantna in jo je »sprejela«. Že v mladosti je imela bolečino v predelu vratne hrbtenice. Trenutno je opravila rentgensko slikanje in čaka na nadaljnje preiskave. Oseba E pove, da »živi« s hernijo v predelu ledvene hrbtenice že 15 let. Bolečina, opiše je bila takrat nenadna, »morda vezana na hitro rotacijo«. Zdravnik je takrat svetoval, da »bolj, ko so stabilne mišice, manj bo težav«. Oseba E seveda potrdi, da to drži, ker redno izvaja vaje za krepitev mišične moči. Oseba F opiše, da je imela že veliko težav z bolečino v hrbtenici, predvsem v predelu ledvene hrbtenice. Najhuje je bilo pred tremi leti pred vpisom v študij na 3. stopnjo. Takrat pove, je opravila »eno kuro« šestih terapij, ker je vedela, da bo še toliko bolj obremenila hrbtenico in več sedela. Po »tistem je bilo dobro skoraj dve leti«. Sedaj so se težave zopet pojavile, tokrat v predelu prsne hrbtenice, vendar so izzvenele. Osebi G in H sta potrdili, da je bolečina prisotna zaradi pretiranega sedenja.

Ukrepanje proti bolečini

Analiza intervjujev je pokazala, da lahko odgovore intervjuvancev razdelimo v dve skupini. Prva skupina je aktivna in skrbi zase, druga skupina pa preventivno ne skrbi zase.

»Ko boli telovadim, se sproščam, predvsem pa iščem nove vaje« (oseba A). »Privoščim si masažo, raztezam boleče mišice, uporabim roalnje« (oseba B). Oseba C ne jemlje protibolečinskih tablet, privošči si masažo, telovadbo, »drugače nič posebnega, mogoče pazim kako sedim«. »Nič posebnega« ne navaja tudi oseba D, da naredi, ko boli. Dela vaje za krepitev mišic, izogiba se »uživanju tablet«. »Bolj ko ne, je bolečina konstantna v fazi, ko je še prisotna. Zadnja leta se redko zgodi ampak pomagajo analgetiki bolj kot ne, malo počivam par dni, potem pa razgibavanje. Sicer pa s 4 do 6 urnim treningom na teden učinkovito preprečujem hujšo bolečino. Se pojavi pri stanju na mestu več kot 4 ure« odgovori oseba E, medtem, ko oseba F pove, da »nima rituala« in »samo toži o bolečini,« če je prisotna. Oseba G ob pojavu bolečine »prekine položaj, naredi raztezne vaje in pavzo«, oseba H pa »počaka, da samodejno izzveni.« Na vprašanje, če poznajo preventivne vaje, je samo ena oseba dejala da jih ne pozna. Ostale osebe jih poznajo, vendar jih velika večina ne izvaja, oziroma jih izvajajo šele, ko boli. Samo ena oseba navaja, da jih redno, vsakodnevno izvaja

Ukvarjanje s športno dejavnostjo napram številu ur pred računalnikom

»Ko sem doma med tednom, skušam iti vsaj na sprehod, kjer se mi pulz dvigne, to pomeni do trikrat na teden. Potem pa res intenzivno ali soboto ali nedeljo, odvisno ker mi več pomeni, da sem v naravi, šest ur intenzivne vadbe ali kolesarjenje ali plezanje. Če to konstantno delam, če imam ta ritem sem ok, če se mi ta ritem poruši, se mi poruši vse in sedaj so posledice na križu bolj vidne« pove oseba A. Oseba B sama izvaja vadbo doma dvakrat na teden eno uro, drugače izvaja »redne sprehode z malim otrokom in se z njim igra. Zaveda se, da bi se »morala več ukvarjati s športno dejavnostjo«. »Z organizirano športno dejavnostjo se ne ukvarjam, samoiniciativno izvajam dvakrat tedensko vaje doma« pove oseba C. Oseba D se redno, dnevno

ukvarja s športno dejavnostjo »uro pa pol do dve uri. To so razne vaje za krepitev mišic, vaje za razgibanje, vaje za učvrstitev predvsem trebušnih mišic in tek na tekaški progi.« Oseba E je športno dejaven štiri do šest ur na teden, poleti pa do osem ur. Oseba F se trenutno ukvarja z gorništvom, oseba G navaja »v bistvu delam sama vaje doma, trikrat na teden po pol ure, eno uro«, medtem, ko oseba H navede, da »vse to je še v planu, zaenkrat pa nič.«

Predlog zmanjšanja bolečine v hrbtenici, slabe drža pri sedečem delovnem mestu

Na vprašanje, kaj bi bilo potrebno, da bi se zmanjšale bolečine v hrbtenici in glede slabe drža pri sedečem delovnem mestu, je več kot polovica intervjuvancev dejala, da je potrebna samodisciplina. »Enostavna telovadba med delovnim časom, opomnik, morda plakati, ki bi opominjali na pravilno držo« (oseba A).

Tri intervjuvanke so posebej opozorile na tehnični vidik izboljšanja, ki bi pomagal k zmanjšanju bolečine v hrbtenici: »drugačni stoli bi pripomogli k zmanjšanju bolečine« (oseba G in H). »Manjše pavze, raztezne vaje in boljše stole« predlaga oseba B, medtem oseba C poudari, da bi lahko »občasno skupaj osvežili vadbo med zaposlenimi«.

Nekateri intervjuvanci se zavedajo, da bi bilo potrebno le nekaj sprememb na osebnem področju: »stoli so super, problem so pete, morda prekinitev sedenja, izvedba kakšne vaje, umik in kratek sprehod stran od računalnika pa že izvajam« (oseba D). Oseba E se »poskuša zavedati pravega sedenja, večkrat vstane, se sprehodi. Bilo bi pametno izvajati vaje, problem je, ker brez ustrezne motivacije to narediš petkrat, potem odnehaš, ker je bolj ugodno, če vaj ne delaš ampak potem posledično boli. Še najboljše bi bilo, če bi to imeli v koledarju napisano vsak dan 7.30, 5 do 10 minut vaj, če bi bila obveznost postavljena, bi bilo to še najboljše.« Oseba F vedno pozabi na držo. Pravi, »imam avtomatsko držo, nekaj, kar bi me opozorilo, da zavibrira bi bilo super.«

4 Razprava

Rezultati intervjujev kažejo, da bi bilo potrebno spremeniti oziroma prekinjati sedeč način življenja tako na delovnem mestu kot doma. Na delovnem mestu bi bile za to potrebne manjše spodbude. Intervjuvanci so navedli, da sedečega načina življenja v večini ne prekinjajo, kar je v nasprotju s študijo, ki jo je izvedel Thorp s sodelavci (2012) v kateri so navedli smernice za zdravje in varnost pri delu s prehodno držo (npr. iz sedečega v stoječi položaj) vsaj vsakih 30 minut. Intervjuvanci se zavedajo, da premalo naredijo za zmanjšanje bolečine na delovnem mestu in se hkrati strinjajo, da so premalo telesno dejavni v prostem času. Po drugi strani je le manjšina potrdila, da se redno ukvarja s športno dejavnostjo, ki velja za visokointenzivno.

Ker je bolečina v križu tretji vodilni vzrok za samozavedanje invalidnosti zaradi različnih bolezni in kaže na veliko ekonomsko breme za družbo, se zdi, da je prepoznavanje dejavnikov tveganja, zlasti v pisarniškem okolju, zelo pomembno za izvajanje ustreznih preventivnih programov (Bontrup idr., 2019). Temu ne nasprotujejo intervjuvanci.

Strinjamo se z Mansoubi in sodelavci (2014), ki trdijo, da so tehnološki napredek, družbeni vplivi in okolijske lastnosti močno vplivali na način preživljanja prostega časa, dela in potovanja ter na to, kako živimo doma in v skupnosti, kar ima za posledico precejšen delež dneva, ki ga preživimo v sedečem ali ležečem položaju. Tudi intervjuvanci se zavedajo, da je delež budnega dela dneva, ki ga preživijo sede precejšen. Ob tem poudarjajo, bi bilo potrebno dvigniti nivo samodiscipline in uvesti nekatere manjše aktivnosti, ki bi pripomogle k zavestnemu prekinjanju neprekinjenega sedenja brez odmora na delovnem mestu.

Kot ključne predloge je večina intervjuvancev navedla osebne in tehnične vidike, kjer lahko izpostavimo slabo samodisciplino. Pripravljeni bi se bili pridružiti vsakodnevnim kratkim odmorom vadbe. Verjetno bi jih lahko na ta način spodbudili, da bi dvignili samodisciplino na

raven, ki bi izpodrinila pretirano neprekinjeno sedenje. S tem bi pripomogli k razvoju učinkovitih posegov v zmanjšanje sedečega vedenja na delovnem mestu pri pedagoških delavcih.

Študija je pilotna zato ne moremo posploševati. Zavedamo se omejitve, zato bi nadaljnje študije uporabile kvantitativno metodo in večji vzorec.

LITERATURA

1. Amon, M. (2017). Povezava sedečega načina življenja starejših odraslih s srčno-žilnim in presnovnim zdravstvenim stanjem. *Fizioterapija*, 25 (2), 51–56.
2. Bontrup, C., Taylor, W. R., Fliesser, M., Visscher, R., Green, T., Wippert, P. M. in Zemp, R. (2019). Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. *Applied Ergonomics*, 81, 1–8. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102894>
3. Del Pozo - Cruz, B., Gusi, N., Adsuar, J. C., del Pozo - Cruz, J., Parraca, J. A. in Hernandez - Mocholí, M. (2013). Musculoskeletal fitness and health-related quality of life characteristics among sedentary office workers affected by sub-acute, non-specific low back pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, 99, 194–200. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2012.06.006>
4. Diaz, K. M., Howard, V. J., Hutto, B., Colabianchi, N., Vena, J. E., Safford, M. M., Blair, S. N. in Hooker, S. P. (2017). Patterns of sedentary behavior and mortality in U.S. middle-aged and older adults: A national cohort study. *Ann Intern Med.*, 167 (7), 465–475. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5961729/pdf/nihms960901.pdf>.
5. Dunstan, D. W., Kingwell, B. A., Larsen, R., Healy, G. N., Cerin, E., Hamilton, M. T., Shaw, J. E., Bertovic, D. A., Zimmet, P. Z., Salmon, J. in Owen, N. (2012). Breaking up prolonged sitting reduces postprandial glucose and insulin responses. *Diabetes Care*, 35, 976–983. doi: 10.2337/dc11-1931
6. Genin, P. M., Dessenne, P., Finaud, J., Pereira, B., Dutheil, F., Thivel, D. in Duclos, M. (2018). Effect of Work-Related Sedentary Time on Overall Health Profile in Active vs. Inactive Office Workers. *Front. Public Health*, 6 (279), 1–8. doi: 10.3389/fpubh.2018.002
7. Gennuso, K. P., Gangnon, R. E., Matthews, C. E., Thraen - Borowski, K. M. in Colbert, L. H. (2013). Sedentary Behavior, Physical Activity, and Markers of Health in Older Adults. *Med Sci Sports Exerc.*, 45 (8), 1493–1500. doi:10.1249/MSS.0b013e318288a1e5
8. Gordon, R. in Bloxham, S. (2016). A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare*, 4 (22), 1–19. doi:10.3390/healthcare4020022
9. Hadgraft, N. T., Healy, G. N., Owen, N., Winkler, E. A. H., Lynch, B. M., Sethi, P., Eakin, E. G., Moodie, M., LaMontagne, A. D., Wiesner, G., Willenberg, L. in Dunstan, D. W. (2016). Office workers' objectively assessed total and prolonged sitting time: Individual-level correlates and worksite variations. *Preventive Medicine Reports*, 4, 184–191. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4929063/>.
10. Hanna, F., Daas, R. N., El - Shareif, T. J., Al - Marridi, H. H., Al - Rojoub, Z. M. in Adegboye, O. A. (2019). The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Front. Public Health* 7, 1–7. Pridobljeno s <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00080/full>.
11. Mansoubi, M., Pearson, N., Biddle, S. J. H. in Clemes, S. (2014). The relationship between sedentary behaviour and physical activity in adults: A systematic review. *Preventive Medicine* 69, 28–35. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.1016/j.yjmed.2014.08.028>
12. Thorp, A. A., Healy, G. N., Winkler, E., Clark, B. K., Gardiner, P. A., Owen, N. in Dunstan, D. W. (2012). Prolonged sedentary time and physical activity in workplace and non-work contexts: a cross-sectional study of office, customer service and call centre employees *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9 (128), 1–9. Pridobljeno s <http://www.ijbnpa.org/content/9/1/128>.

Uporaba vitaminov in mineralov pri starostnikih

UDK 615.356+613-053.9

KLJUČNE BESEDE: minerali, vitamini, starostniki

POVZETEK – S staranjem se potrebe po določenih hranilih spreminjajo, številni starostniki pa se soočajo z različnimi boleznimi, ki prizadenejo njihove prehranjevalne navade. Vse to vpliva na vsebnost mineralov in vitaminov v telesu. V prvi vrsti lahko to storijo s prehrano, če pa to ni mogoče so na voljo različni dodatki. Ocena prehranskega stanja starostnika, bi morala biti vodilo svetovanja usposobljenih zdravstvenih delavcev. V prehrani starostnika pa sta najpomembnejša minerala železo in kalcij, vitamini pa A, vitamin B12, vitamin B6, vitamin C, vitamin D in vitamin E. Svetovanje prehranskega dopolnila starostnikom, za nadomeščanje mineralov ali vitaminov, mora biti prilagojeno posameznikovim dejanskim potrebam. V zdravstveno vzgojnem procesu je pomembno, da se starostnika primerno informira z verodostojnimi podatki, dejstvi, tveganji in varni uporabi prehranskega dopolnila mineralov ali vitaminov. Vsekakor pa v prvi vrsti ostaja spodbujanje primerne, raznolike zdrave prehrane.

UDC 615.356+613-053.9

KEYWORDS: minerals, vitamins, the elderly

ABSTRACT – As we age, our need for certain nutrients changes, and many seniors deal with a variety of illnesses that affect their eating habits. All of this affects the level of minerals and vitamins in the body. You can do this primarily through diet, but if this is not possible, there is a variety of supplements available. Assessment of the nutritional status of the elderly should guide advice from qualified healthcare professionals. The most important minerals in the diet of the elderly are iron and calcium, and vitamins A, vitamin B12, vitamin B6, vitamin C, vitamin D and vitamin E. Advice on supplements for the elderly to replace minerals or vitamins must be tailored to the actual needs of the individual. In health education, it is important to adequately inform the elderly with credible data, facts, risks and safe use of a mineral or vitamin supplement. In any case, the promotion of an appropriate, varied and healthy diet remains of paramount importance.

1 Uvod

Starostniki so najhitreje rastoča populacijska skupina po celem svetu. Starost prinaša fiziološke, psihične, ekonomske in socialne spremembe. Zdrava in raznolika prehrana ter telesna aktivnost lahko vse te spremembe upočasnijo. Zdrav starostnik lahko z raznoliko, zdravo prehrano pridobi ves potreben vnos mineralov in vitaminov, zato je zelo pomembno, da se zdrava prehrana svetuje vsem starostnikom. Prehransko svetovanje naj izvajajo usposobljeni zdravstveni delavci. Temelj vsakega prehranskega svetovanja starostniku je prehranska ocena, ki z anamnezo, laboratorijskimi preiskavami, meritvami, pregledom in oceno dejanskega vnosa hrane pri starostniku, daje osnovo za ukrepanje. V primeru bolezni ali ugotovljenega pomanjkanja, se starostniku svetuje uporaba mineralov ali vitaminov, v obliki prehranskih dopolnil. Pri uporabi prehranskih dopolnil je potrebna posebna pozornost, saj lahko ob nenadzorovani uporabi predstavljajo tveganje za zdravje starostnika.

Minerali in vitamini imajo v telesu številne funkcije. Minerale v prehrani delimo na makroelemente in mikroelemente. V prehrani starostnika pa sta najpomembnejša minerala železo in kalcij. Ni pa zanemarljiva pomembnost soli (natrij), katera lahko prav tako pomembno vpliva na zdravje starostnikov. Pomanjkanje vitaminov pri starostnikih je pogosto povezano z bolezenskimi stanji. Vitamine razvrščamo v vitamine topne v maščobah in vitamine topne v

vodi. Pri nadomeščanju vitaminov je pomemben tudi vnos le teh z hrano. Pri starostnikih se najpogosteje pojavi pomanjkanje vitamina C, vitamina D, vitamina B6 in vitamina B12. Nenadzorovana jemanja vitaminov lahko vodijo v hipervitaminozo, ki je enako ogrožajoče stanje kot hipovitaminoza ali avitaminoza.

2 Starostniki

Delež in absolutno število starejših ljudi, v populacijah po vsem svetu, se dramatično povečuje (World report on ageing and health, 2015), staranje prebivalstva hitro napreduje in po ocenah bo do leta 2050 vsak peti človek na svetu star 60 let ali več (Kehoe idr., 2019). Staranje je proces fizioloških, psiholoških in socialnih sprememb.

Starostniki ali starejši odrasli so zelo nehomogena skupina, ki vključuje populacijo starejših od 65 let do več kot 100 let, vendar je staranje proces, katerega presnovne spremembe se začnejo izražati že okoli petdesetega leta (Rotovnik Kozjek idr., 2014). Na biološki ravni je za staranje značilno postopno, vseživljenjsko kopičenje molekularnih in celičnih poškodb, kar ima za posledico postopno, splošno poslabšanje številnih telesnih funkcij, povečano ranljivost na okoljske izzive in vse večje tveganje za bolezni in smrt, kar spremlja širok spekter psihosocialnih sprememb (World report on ageing and health, 2015).

2.1 Prehrana starostnika

Zdrava in uravnotežena prehrana je pomembna v vseh starostnih obdobjih, še posebej pa ima pomembno vlogo pri ohranjanju vitalnosti in zdravja pri starejših odraslih (Prehranska priporočila za starejše osebe, 2016). Staranje spremljajo fiziološke spremembe, ki lahko negativno vplivajo na prehransko stanje. Skupaj s temi fiziološkimi spremembami je staranje lahko povezano tudi z globokimi psihosocialnimi in okoljskimi spremembami, kot so izolacija, osamljenost, depresija in pomanjkanje financ, kar lahko pomembno vpliva tudi na prehrano (World report on ageing and health, 2015) in lahko predstavlja večje tveganje za pomanjkanje hranil (Kehoe idr., 2019).

2.2 Prehranski status starostnika

Ustrezno prehransko stanje ima pomembno vlogo pri ohranjanju zdravstvenega stanja, preprečevanju ali odlašanju napredovanja starostnih bolezni pri starostnikih (Kehoe idr., 2019). Posledice sprememb prehranskega stanja, so lahko zelo resne za posameznike, družine in celotno družbo (Rotovnik Kozjek idr., 2014). Fiziološke in socialne spremembe v starosti, povečujejo tveganje za neustrezen prehranski status (zlasti za mikrohranila) v tej populacijski skupini, vpogledi v vnos hranil in kakovost prehrane starostnikov, pomagajo izboljšati prehransko stanje, prispevajo k zdravemu staranju in splošni kakovosti življenja te skupine prebivalstva (Kehoe idr., 2019).

Dejavniki, ki vplivajo na prehransko stanje pri starostnikih, ki jih moramo upoštevati pri načrtovanju prehranske podpore in ustrezne telesne dejavnosti (Rotovnik Kozjek idr., 2014):

- oslABLJENE senzorične zaznave in okvare (spremembe občutek okusa, vonja, slabši vid, sluh) - povzročijo zmanjšan apetit,
- spremembe apetita (pogosto zmanjšan, zgodnja sitost) - zmanjšan vnos hrane,
- slabo ustno zdravjem, težave z zobmi - težave pri žvečenju, vnetju dlesni, občutek suhih ust,
- spremembe delovanja prebavil, upočasnjenega delovanja črevesja, malabsorpcija, upočasnjeno praznjenje želodca, moteno izločanje želodčne kisline, kar vodi do zmanjšane absorpcije železa in vitamina B12,

- hormonske spremembe,
- količinsko in hranilno nezadostni prehranski vnos (enolična, ne kakovostna prehrana),
- zmanjšana telesna dejavnost, invalidnost, prizadetost (krhkost, zmanjšanje mišične in kostne mase, zmanjšane kognitivne funkcije, zmanjšana sposobnost skrbi zase in večjim tveganjem, da postanemo odvisni od oskrbe, omeji gibljivost in vpliva na sposobnost starejših ljudi, da kupujejo hrano in pripravljajo obroke, povečuje obolevnosti in smrtnosti ter stroške zdravstvenih storitev),
- vplivi socialno-ekonomskih, kulturnih, psiholoških in kognitivnih dejavnikov na prehranske navade,
- pojav kroničnih bolezni, starostnih bolezni (zmanjšana kognitivna funkcija, osteoporoza, ...).

Fiziološke, psihološke, ekonomske in socialne spremembe, ki so posledica staranja, povečujejo možnost slabše prehranjenosti starostnikov in prispevajo k nezadostni prehranjenosti starostnika (Okorn, 2013).

S starostjo se znižujejo potrebe po energiji, potreba po večini hranilnih snovi ostaja relativno nespremenjena (World report on ageing and health, 2015), medtem ko naraščajo potrebe po nekaterih hranilih, predvsem beljakovinah. Pri pridruženih bolezenskih stanjih se potrebe po energiji in hranilih lahko spremenijo (Prehranska priporočila za starejše osebe, 2016). Večina starejših ljudi lahko vsa hranila, ki jih potrebujejo, dobi iz hrane (Dietary Supplements, 2021). Podatki iz študij starejših odraslih v Evropi, so pokazali neugoden vnos nasičenih maščob, sladkorja, soli in prehranskih vlaknin z majhnim vnosom in ne optimalnim stanjem ključnih mikrohranil (vitamini D, B2, B12, folata in kalcija) (Kehoe idr., 2019).

Starejši odrasli naj uživajo uravnoteženo in pestro prehrano, čim več hranilno bogatih živil (beljakovinska živila, sadje, zelenjava, ...), medtem ko naj se izogibajo hranilno revnejšim in energijsko bogatim živilom (ocvrta hrana, slaščice, ...). Tako prehranjevanje kot telesna aktivnost lahko izboljšata prehranske, funkcionalne in presnovne posledice staranja, zmanjšuje tveganje in upočasnjuje napredovanje kroničnih nenalezljivih bolezni, kar podpira kakovost življenja (Prehranska priporočila za starejše osebe, 2016).

Prehranska priporočila so osnovana na sodobnih spoznanjih o fizioloških spremembah staranja in njihovem vplivu na sestavo telesa in presnovo (Rotovnik Kozjek idr., 2014).

2.3 Prehranska ocena

Ocena prehranskega stanja pri zdravem starostniku je osnova pri načrtovanju prehranske podpore in vključuje anamnezo, pregled in laboratorijske preiskave. Kar je vloga zdravstvenega tima (Okorn, 2013). Pri tem upoštevamo priporočila za vnos energije in posameznih hranil za starejše odrasle. Ob tem je potrebno postaviti tudi presnovno diagnozo, v kolikor le-ta obstoja (sarkopenija, debelost, podhranjenost, kaheksija) (Rotovnik Kozjek idr., 2014). Za temeljito prehransko oceno starejših je vsekakor treba opraviti antropometrične meritve, klinično biokemijo in oceno prehrane (World report on ageing and health, 2015). Na osnovi ocene se odločimo za nadaljnje ukrepanje, katerega namen je zagotovitev za posameznika ustrezne prehrane. V primeru pomanjkanja določenih hranil lahko priporočimo dopolnjevanje običajne prehrane tudi s prehranskimi dopolnili, za katere obstajajo znanstveni dokazi o njihovi učinkovitosti in varnosti (Okorn, 2013).

3 Minerali in vitamini kot prehranska dopolnila pri starostnikih

Pri zdravih starejših odraslih, ki se prehranjujejo s hranilno bogato hrano, ni posebnih potreb po dodajanju vitaminov ali mineralov (Prehranska priporočila za starejše osebe, 2016). Pravilnik o prehranskih dopolnilih (2013) opredeljuje prehranska dopolnila, kot živila, katerih namen je dopolnjevati običajno prehrano in koncentrirani viri posameznih, kombiniranih hranil in drugih snovi s hranilnim ali fiziološkim učinkom in lahko vsebujejo vitamine, minerale, aminokislino, maščobne kisline, vlaknine, rastline in rastlinske izvlečke, mikroorganizme ter druge snovi s hranilnim ali fiziološkim učinkom, pod pogojem, da je njihova varnost v prehrani ljudi znanstveno utemeljena (Pravilnik o prehranskih dopolnilih, 2013, št. 66/13)

Dodaten vnos mineralov in vitaminov v obliki prehranskega dopolnila pri starostniku je opravičen samo v primeru dokazanega primanjkljaja. Prehranska dopolnila lahko starostniki uporabijo za dodajanje hranil v svojo prehrano ali za zmanjšanje tveganja za zdravstvene težave, za nakup prehranskih dopolnil pa ni potreben zdravniški recept (Dietary Supplements, 2017). Starostnik se mora zavedati tveganja pri sočasnem uživanju drugih zdravil – interakcije (zaželeno je vodenje evidence vseh zdravil in prehranskih dopolnil), tveganja pri samostojnem jemanju (nepotrebno ali v prevelikih odmerkih) in tveganja ob samovoljnem nadomeščanju zdravil s prehranskimi dopolnili (Okorn, 2013).

National Institute on Aging (2017) je zbral priporočila na katere so naj starostniki pozorni pri uporabi prehranskih dopolnil za dodajanje vitaminov ali mineralov (Dietary Supplements, 2017):

- priporočeni s strani zdravstvenega delavca (zdravnik, registrirani dietetik, medicinska sestra s specialnim znanjem),
- upoštevajoč oceno vnosa vitaminov ali s hrano in pijačo, pa tudi z dodatki, ki jih zaužijejo,
- prehransko dopolnilo, ki vsebuje vitamin ali mineral, ki ga starostnik potrebuje,
- prehransko dopolnilo lahko spremeni delovanje predpisanih zdravil,
- informacije o vitaminu ali mineralu iz verodostojnega vira,
- varnost: sestava, označitev, predstavitev (zavajanje ...),
- pri zdravstveni obravnavi obvezna seznanitev zdravstvenih delavcev z uporabo prehranskega dopolnila,
- preverjeni prodajni kanali (lekarne, specializirane trgovine).

Uživanje različnih zdravih živil je najboljši način za pridobivanje potrebnih hranil, vendar nekateri ljudje ne dobijo dovolj vitaminov in mineralov iz vsakodnevne prehrane, zdravniki zato lahko priporočijo dodatek hranil, ki morda manjkajo v dnevni prehrani starostnikov, v obliki prehranskega dopolnila (Dietary Supplements, 2017).

4 Razprava

Staranje kot fiziološki proces, v katerem se zmanjšuje funkcionalnost telesa, spremljajo številni dejavniki, ki vplivajo na prehranske potrebe starostnika (Rotovnik Kozjek idr., 2014). Za ugotavljanje prehranskih potreb posameznega starostnika je najpomembnejša ugotavljanje njegovega prehranskega stanja in prehranska ocena. Prehranske potrebe pri starostniku so odvisne od njegovega zdravstvenega stanja, telesne aktivnosti, zmožnosti uživanja in prebavljanja hrane, dosegljivosti in načina priprave hrane (Okorn, 2013). Upoštevanje tabel z referenčnimi vrednostmi hranil za starostnike je premalo, saj le ta predstavljajo okvir za populacijsko skupino in predstavljajo vrednost hranil, ki omogoča njihovo polno storilnost in ščiti pred prehransko pogojenimi zdravstvenimi okvarami. Zdravi starostniki bi jih naj dosegali z zdravo, polnovredno prehrano in zadošča, če so potrebe pokrite v okviru enega tedna.

Navedene referenčne vrednosti pa se ne nanašajo na preskrbo bolnikov in ne veljajo za osebe z motnjami prebave, presnove in za osebe, ki so odvisne (npr. od alkohola) ali ki redno jemljejo zdravila. Za te osebe je potrebno individualno prehransko medicinsko svetovanje in spremljanje (Inštitut za varovanje zdravja RS, 2013). To je naloga in pristojnost zdravstvenega tima, ki ima ustrezno usposobljene člane (Dietary Supplements, 2021), ki lahko starostniku svetuje tudi prehranska dopolnila, ki so prilagojena njegovim potrebam po mineralih ali vitaminih (Okorn, 2013).

Minerali so snovi, ki so nujno potrebne za dobro delovanje mišic in skeleta, vplivajo pa tudi na delovanje živčevja. Dronkelaar idr. (2018) so poudarili, da so najpomembnejši minerali v človekovem telesu natrij, klor, kalij, magnezij, kalcij, železo, fosfor in cink. Najdemo jih v tkivih in telesnih tekočinah, vendar se njihove količine v posameznih delih telesa razlikujejo. Tako je v kosteh največ kalcija in fosforja, v mišicah kalija in magnezija, v krvi pa natrija in klora.

Največ mineralov zaužijemo z prehrano, izločamo pa jih z znojenjem, urinom in blatom. Če se vnos mineralov v telo poveča, se poveča tudi njihovo izločanje, nasprotno pa se njihovo izločanje zmanjša, če jih s hrano zaužijemo premalo (Tang idr., 2019). Dempster idr. (2018) so ugotovili, da pri dolgotrajnem pomanjkanju mineralov v hrani se njihova količina v telesu zmanjša, posledica tega pa so motnje v delovanju celic.

S starostjo se naše potrebe po določenih hranilih spreminja, prav tako pa se spreminja njihova vsebnost v našem telesu. V starosti se tako kot v drugih življenjskih obdobjih ljudje soočajo s spreminjanjem svojega telesa: starejši ljudje jemljejo določena zdravila, nekateri se soočajo z različnimi boleznimi. Vse to vpliva na vsebnost mineralov v telesu, zato je pomembno, da pazimo na njihov vnos (Jakus, 2013).

Nezadostni vnos mineralov (kalcij, fosfor, železo) v starosti je veliki problem in je eden od glavnih vzrokov za izgubo kostne mase ter za razvoj osteoporoze. To postane pomemben dejavnik tveganja za padec in z osteoporozo povezani številni zlomi kosti. Posebej ogrožene so predvsem ženske po menopavzi, kajti zaradi zmanjšane ravni estrogena povzroči zmanjšanje kostne mase za 3 % na leto. Raziskave kažejo, da imajo starostniki, ki prejemajo prehranska dopolnila kalcija in vitamina D, manjše tveganja za zlom kosti (Pregelj idr., 2011). Jakus (2013) pa navaja, da starostniki, ki so dovolj telesno aktivni ter uživajo veliko hranilnih kakovostnih živil, lahko živijo brez vitaminsko-mineralnih dodatkov. V kolikor ugotavljamo slabšo prehranjenost starostnika in pomanjkanje določenih hranil, Dempster idr. (2018) priporočajo dopolnjevanje običajne prehrane z prehranskimi dopolnili. Starostnika je potrebno vprašati o sočasnem jemanju prehranskih dopolnil in zdravil. Posebno pozornost je potrebno nameniti slabšemu vnosu ter pomanjkanju kalcija ter železa v prehrani.

Vitamini so močne organske spojine, ki so prisotne v majhnih koncentracijah v različnih vrstah sadja in zelenjave. Uravnavajo različne funkcije v telesu in pomagajo vzdrževati hitrost presnove v telesu. Človeško telo ne more samo sintetizirati vitaminov. Zato je nujno, da s prehrano pridobimo ustrezno količino pravih vitaminov, da ohranimo zdrav življenjski slog. Neuravnotežena in slaba prehrana vodi do pomanjkanja vitaminov v telesu. To lahko povzroči izbruh različnih bolezni zaradi pomanjkanja, ki lahko, če jih ne zdravimo z ustreznimi dodatki, pripeljejo do smrti posameznika. S staranjem se potrebe po določenih hranilih seveda spreminja, posledično se spreminja tudi njihova vsebnost v našem telesu. V starosti se številni soočajo z različnimi boleznimi, ki tako ali drugače prizadenejo njihove prehranjevalne navade. Vse to vpliva na vsebnost vitaminov v telesu. Pomembno je, da starostniki pazijo na vnos vitaminov v telo. V prvi vrsti lahko to storijo s prehrano, če pa to ni mogoče so na voljo različni dodatki. Najpomembnejši vitamini v starosti so vitamin B, C, D, E in K. Starostnik lahko največ

vitaminov pridobi z uživanjem sveže zelenjave in sadja. Vitamini pa se seveda nahajajo tudi v drugih živilih, zaradi česar je pestra in raznovrstna prehrana pri starostnikih ključnega pomena.

5 Zaključek

Staranje je obdobje številnih sprememb, ki pomembno vplivajo na prehrano in posledično prehransko stanje starostnika. Minerali in vitamini v starostjo ostajajo pomembni del hranil, ki ga starostniki lahko v celoti pokrivajo z ustrežno prehrano.

Ocena prehranskega stanja starostnika, bi morala biti vodilo svetovanja usposobljenih zdravstvenih delavcev starostnikom. V prehrani starostnika pa sta najpomembnejša minerala železo in kalcij, vitamini pa A, vitamin B12, vitamin B6, vitamin C, vitamin D in vitamin E.

Svetovanje prehranskega dopolnila za nadomeščanje mineralov ali vitaminov mora biti prilagojeno posameznikovim dejanskim potrebam. Prav tako je pomembno, da se starostnika v zdravstveno vzgojnem procesu primerno informira z verodostojnimi podatki, dejstvi, tveganji in varni uporabi prehranskega dopolnila mineralov ali vitaminov. Vsekakor pa v prvi vrsti ostaja spodbujanje primerne, zdrave prehrane.

LITERATURA

1. Dempster, D. W., Brown, J. P. in Pammer - Fahrleitner, A. (2018). Effects of Long-Term Denosumab on Bone Histomorphometry and Mineralization in Women With Postmenopausal Osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab*, 103 (7), 2498–2509.
2. Dronkelaar, D., Velzen, A., Abdelrazek, M., Steen, A., Weijs, P. J. in Tieland, M. (2018). Minerals and Sarcopenia; The Role of Calcium, Iron, Magnesium, Phosphorus, Potassium, Selenium, Sodium, and Zinc on Muscle Mass, Muscle Strength, and Physical Performance in Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*, 19 (1), 6–11.
3. Inštitut za nutricionistiko. (2016). Prehranska priporočila za starejše osebe. Pridobljeno s <https://www.prehrana.si/moja-prehrana/starejsi-odrasli>.
4. Inštitut za varovanje zdravja RS. (2013). Referenčne vrednosti za vnos vitaminov in mineralov - tabelarična priporočila za otroke, mladostnike, odrasle in starejše. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
5. Jakus, T. (2013). Prehranska priporočila in stanje prehranjenosti starostnikov. V G. Valenčič (ur.), *Prehrana starostnika: Zbornik predavanj Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih*, 32. strokovno srečanje, Debeli Rtič, 16. in 17. april 2013 (str. 1–12). Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.
6. Kehoe, L., Walton, J. in Flynn, A. (2019). Nutritional challenges for older adults in Europe: current status and future directions. *Proceedings of the Nutrition Society*, 78, 221–233.
7. National Institute on Aging. (2017). Dietary Supplements. Pridobljeno s <https://www.nia.nih.gov/health/dietary-supplements>.
8. Okorn, H. (2013). Prehranska dopolnila v starosti. V N. Rotovnik Kozjek (ur.), *Kongres klinične prehrane in presnovne podpore z mednarodno udeležbo* (str. 135–138). Portorož: Slovensko združenje za klinično prehrano.
9. Pravilnik o prehranskih dopolnilih. (2013). Uradni list Republike Slovenije, št. 66/13. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV11675#>.
10. Pregelj, T., Bizjak, M. in Poklar Vatovec, T. (2011). Smernice in priporočila za zdravo prehranjevanje starostnikov. V M. Jurdana, T. Poklar Vatovec in M. Peršolja Černe (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja* (srt. 63–77). Koper: Univerzitetna založba Annales.
11. Rotovnik Kozjek, N., Situlin, R., Zelenik, D. in Gabrijelčič Blenkuš, M. (2014). Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje. Koper: Univerzitetna založba Annales.

12. Tang, T., Wagermaier, W., Schuetz, R., Wang, Q., Eltit, F., Fratzl, P. in Wang, R. (2019). Hypermineralization in the femoral neck of the elderly. *Acta Biomater*, 89, 330–342.
13. The National Institute on Aging. (2021). Vitamins and Minerals for Older Adults. Pridobljeno s <https://www.nia.nih.gov/health/vitamins-and-minerals-older-adults>.
14. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva , Switzerland: World Health Organization.

Kim Krajnik
Univerzitetni klinični center Ljubljana

Dr. Darja Thaler
Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani

Ukrepi in zdravstveni sistemi v prvem valu pandemije covid-19

UDK 614.2:578.834

KLJUČNE BESEDE: covid-19, zdravstveni sistem, ukrepi

POVZETEK – V prispevku bo narejen pregled izvajanja ukrepov v času prvega vala pandemije covid-19. Poudarek bo na tem kako so se zdravstveni sistemi po različnih državah (Kitajska, Italija, Španija in Švedska) spopadali z izrednimi razmerami. Pobude Svetovne zdravstvene organizacije, Nacionalnega centra za informacije o biotehnologiji (National Center for Biotechnology Information - NCBI), Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) in drugih organizacij v zadnjih 15 letih so po vsem svetu vzbudile zanimanje za merjenje uspešnosti zdravstvenih sistemov med državami in znotraj držav. Glavni in najpomembnejši cilj katerega koli zdravstvenega sistema je splošno sprejet, in to je izboljšanje zdravja. Ker zdravje določajo številni dejavniki, vključno z dejavniki, ki niso povezani z zdravstveno oskrbo, kot sta onesnaževanje okolja in spremembe zdravstvenega stanja, ne moremo vseh pripisovati le uspešnosti zdravstvenega sistema. Zato se mora merilo uspešnosti zdravstvenega sistema osredotočiti na izvajanje zdravstvenih intervencij za posameznike v stiski, ker je to ključni proces, s katerim lahko zdravstveni sistemi prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva in k zmanjšanju neenakosti v zdravju. Poleg izboljšanja zdravja je še ena bistvena naloga zdravstvenega sistema zmanjšanje finančnih ovir za dostopnost zdravstvene oskrbe, zlasti za zaščito gospodinjstev pred visokimi stroški.

1 Uvod

Naravna nesreča, za katero je značilen počasen, a eksponenten pojav in dolgotrajen vpliv poimenujemo pandemija (Hick idr., 2014, str. e35). Pandemija koronavirusa je postavila družbo

UDC 614.2:578.834

KEYWORDS: Covid-19, health system, measures

ABSTRACT – This paper examines the implementation of interventions during the first wave of the Covid-19 pandemic. The focus is on how health systems in each country (China, Italy, Spain and Sweden) dealt with the emergency. Initiatives by the World Health Organization, the National Center for Biotechnology Information (NCBI), the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), and other organisations over the past 15 years have generated global interest in measuring health systems performance between and within countries. The most important and significant goal of any healthcare system is widely recognised: to improve health. Since health is determined by a number of factors, including factors unrelated to health care, such as environmental pollution and changes in health status, not all of these can be attributed to health system performance alone. Therefore, measurement of health system performance should focus on the delivery of health interventions to people in need, as this is a key process through which health systems can contribute to improving population health and reducing health inequalities. In addition to improving health, another essential role of health systems is to reduce financial barriers to accessing health care, especially to protect households from high costs.

na preizkušnjo: je preizkus političnega vodstva, nacionalnih zdravstvenih sistemov, socialnih služb in solidarnosti. Ob tem je nevarnost, da se poglobijo že tako velike zdravstvene in socialne neenakosti (Haft idr., 2020, str. e235).

Koronavirus spada med respiratorne viruse, ki se lahko pojavijo z blagimi do hudimi manifestacijami in lahko povzročijo odpoved dihal (Yang idr., 2020, str. 3). 30. januarja 2020 je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izbruh razglasila za nevarnost javnega zdravja, na mednarodni ravni pa je 11. marca 2020 razglasila pandemijo. Kmalu za tem se je bolezen razširila na več kot 200 držav in ozemelj, prizadela pa je več kot 25 milijonov ljudi z več kot 800.000 smrtnimi primeri po vsem svetu (Dong idr., 2020, str. 533). Koronavirusna bolezen covid-19 je bila uradno poimenovana v Mednarodni klasifikaciji bolezni 11. februarja 2020. Prve primere pljučnice neznanega izvora so odkrili v decembru 2019 v Wuhanu na Kitajskem. Znanstveniki so že kmalu odkrili, da je bolezen covid-19, katero povzroča okužba s koronavirusom, ki povzroča hud akutni respiratorni sindromom (Severe Acute Respiratory Syndrom - SARS-CoV-2), (ECDC–European Centre for Disease Prevention and Control, 2020).

1.1 Teoretična izhodišča

Pandemija je različno vplivala na različne države zaradi razlik v demografski strukturi prebivalstva, ravni dohodka, zdravstveni infrastrukturi, odzivu vlade, nadzoru, izvrševanju in kulturnih lastnostih različnih populacij. Na spopadanje z izrednimi razmerami ima velik vpliv sestava in financiranje zdravstvenega sistema. Poleg tega se je pomembno zavedati pomena preglednosti informacij o epidemioloških trendih, izmenjavo znanja o patogenezi in najboljših praks glede učinkovitega zadrževanja in zdravljenja (Teixeira idr., 2009, str. 1603).

Države so sprejemale veliko zadrževalnih ukrepov kot so nadzor mobilnosti, obvezna karantena in ustavitve nebitnih dejavnosti. Za pomoč in večji nadzor pri sledenju, upravljanje števila okužb, stikov in hospitaliziranih bolnikov so si države razvijale različno programsko opremo in aplikacije. Ta programska oprema jim je omogočala vodenje seznamov stikov, ustvarjanje povezav med primeri in njihovimi stiki ter upravljanje vseh dejavnosti, povezanih z aktivnim nadzorom in karanteno. V pomoč jim je bila pri ugotavljanju učinkov ukrepov, ki so jih sprejemali in pri načrtovanju povečanja bolnišničnih kapacitet, nakupu osebne varovalne opreme, ventilatorjev in ostalih pripomočkov za oskrbo pacientov okuženih z covid-19 (Russo idr., 2020, str. 7).

Dejstvo je, da so rezultati epidemij še vedno odvisni od intenzivnosti intervencij za preprečevanje širjenja epidemije ter ozaveščenosti javnosti. Potrebno je zavedanje, da so šibki zdravstveni sistemi, pomanjkanje zdravstvenih virov, slabe razmere v javnem zdravju in nepravočasno odkrivanje dejavniki tveganja, ki bi lahko povzročili slabši izid v državah z nizkimi dohodki, če ne bi bile sprejete ustrezne strategije (Santacroce idr., 2020, str. 5). V prispevku želimo proučiti in narediti pregled izvajanja ukrepov v času prvega vala pandemije covid-19. Poudarek bo na tem kako so zdravstveni sistemi po različnih državah (Kitajska, Italija, Španija in Švedska) spopadali z izrednimi razmerami.

2 Metodologija

V prispevku bomo uporabili deskriptivno metodo raziskovanja z narativnim pregledom in analizo strokovne in znanstvene literature. Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah: Medline, COBIB in CINAHL. Pregled literature je potekal med novembrom 2020 in julijem 2021. Izbrana literatura je bila objavljena med letoma 2009 in 2020. Predvsem smo se osredotočili na vire v letu 2020. Iskali smo literaturo v angleškem jeziku. Pri iskanju smo

uporabili ključne besede pandemic, covid, covid-19, SARS CoV-19, policy analysis IN covid-19, health system, measures IN pandemic covid-19. Uporabljen je bil tudi logični operator IN/AND. Vključitveni kriteriji so bili: izvorni, pregledni in strokovni znanstveni članki, napisani v angleškem jeziku, prosta dostopnost celotnega besedila, recenzirane objave. Izključitveni kriteriji so bili: dvojniki, nerecenzirane objave, nedostopnost celotnega besedila, tematska neustreznost literature.

3 Zdravstveni sistemi

Zaradi razsežnosti pandemije in hitrosti širjenja okužb je treba zagotoviti zadostne količine zaščitnih sredstev (mask, razkužil, rokavic itd.). Pri tem je najpomembneje, da se zagotovi dovolj zalog zdravstvenim delavcem, ki neposredno izvajajo zdravstvene storitve (vsi zdravstveni delavci, še posebej tisti, ki so v stiku z okuženimi bolniki), prav tako osebju, ki zagotavlja nujne storitve in ima stike z javnostjo na delovnem mestu (npr. javni prevoz), in ranljivim skupinam v družbi (npr. starejši, kronični bolniki in invalidi) (Wang idr., 2020, str. 5). Pomanjkanje sredstev otežuje postavitve enot intenzivne terapije (EIT), namenjenih zdravljenju covida-19, in zagotavljanju kritične oskrbe tistih, ki imajo najhujše oblike bolezni. Zato nenadno povečanje števila primerov povzroči velik pritisk na bolnišnice, kjer nimajo ustreznih virov za obvladovanje take situacije. Med najpomembnejše vire spadata oprema (respiratorji, osebna varovalna oprema (OVO)) in osebje. Prav pomanjkanje teh je še povečalo število okužb in smrtnih žrtev (Maqbool in Khan, 2020, str. 888).

3.1 Kitajska

V Wuhanu in drugih krajih v provinci Hubej je v začetku epidemije zelo primanjkovalo mask in OVO. Kitajska je z državno rezervo pokrila potrebe epidemičnega območja in sprejela ukrepe, kot sta povečanje proizvodnih zmogljivosti in krepitev mednarodnega sodelovanja, da bi čim hitreje odpravila neskladje med ponudbo in povpraševanjem. Takratne potrebe Hubeja so vključevale približno 100.000 kosov OVO na dan oz. 3 milijone kosov na mesec. Takrat je bilo na tržišču le 40 podjetij, ki so izpolnjevala kitajske standarde licenciranja. Celotna proizvodna zmogljivost je bila 30.000 kompletov na dan, zato je bilo neravnovesje med ponudbo in povpraševanjem zelo veliko. Resen problem je predstavljal primanjkljaj pri zagotavljanju postelj in zdravstvenih delavcev. Do 11. marca 2020 je bilo iz vseh delov države poslanih 346 medicinskih ekip, v provinco Hubej pa je prispelo več kot 42.600 zdravstvenih delavcev (Wang in Wang, 2020, str. 8). Zgradili so dve namenski bolnišnici, bolnišnico Huoshenshan (Globoka gora) s 1000 posteljami in bolnišnico Leishenshan (Gromovita gora) s 1600 posteljami. Njuna gradnja je trajala le 9 oziroma 14 dni. Zdravstvenim delavcem so nudile pomoč tudi druge službe, kot so Skupna logistična podpora sila Ljudske osvobodilne vojske in medicinska univerza vojske, mornarice in zračnih sil (Gong idr., 2020, str. 222). Od 2. februarja so velika prizorišča, kot so stadioni in kongresni centri, preoblikovali v 14 mobilnih kabinskih bolnišnic za opazovanje in zdravljenje več kot 14.000 sumov primerov, lažjih bolnikov in njihovih tesnih stikov, kjer so bili hospitalizirani 14 dni. Na ta način je imela Kitajska večji nadzor nad številom okuženih in je učinkoviteje omejevala širjenje virusa (Liu idr., 2020, str. 5).

3.2 Italija

V Italiji so reorganizirali zdravstvene storitve, da bi se izognili nepotrebnim obiskom bolnikov v zdravstvenih ustanovah, in večino zdravstvenih virov namenili obvladovanju epidemije. S 13. marcem 2020 so prekinili ne nujne obiske in kirurške posege, bolnikom pa so odsvetovali obiske splošnih zdravnikov in urgentnih oddelkov. Splošnim zdravnikom so svetovali, naj

omejijo obiske v ordinacijah in jih nadomestijo s telefonskimi pregledi, čemur po potrebi sledijo obiski na domu. Razvit je bil podroben regionalni protokol za oskrbo bolnikov, ki iščejo zdravniško pomoč zaradi suma na covid-19 v najprimernejših zdravstvenih okoljih (Piehl, 2021, str. 775). Z odlokom o revitalizaciji »Rilancio« je bilo petim glavnim področjem dodeljenih približno 155 milijard EUR z namenom reorganizacije bolnišnične mreže za reševanje covid-19 v sili. Centralna vlada je odgovorna za intervencije na področju javnega zdravja, vendar je decentralizacija italijanskega zdravstvenega sistema ovirala uresničevanje enotne strategije. Z odlokom, ki je bil sprejet 1. februarja 2020, je vlada omogočila nujno povečanje bolniških postelj v vseh regijah za 50 % na oddelkih za intenzivno medicino in 100 % na oddelkih za pulmologijo in nalezljive bolezni. Ukrep je pomenil takojšnjo prerazporeditev hospitaliziranih bolnikov v akreditirane zasebne ustanove, da se je sprostil pritisk na javni sistem. Kot del povečanja proračuna je vlada porabila 356 milijonov EUR za uvedbo »sistema za razdeljevanje pomoči«, ki je dodeljeval razpoložljiv in trajen medicinski material vsaki regiji. Najpogostejši materiali za enkratno uporabo so bile maske (90 %), rokavice (4 %) in diagnostični kompleti (2 %). Med trajnimi materiali so bila očala (89 %) in termometri (3 %). Med 24. marcem in 19. aprilom 2020 je vlada razdelila tudi 4.532 prezračevalnih ventilatorjev, od tega 15 % v Lombardiji in 13 % v Emiliji Romani. Po uredbi z dne 9. marca 2020 je vlada 660 milijonov evrov namenila za zaposlitev 20.000 zdravstvenih delavcev po šestmesečnih pogodbah (Berardi idr., 2020, str. 477). V Benečiji je mreža primarnega in skupnostnega zdravstvenega in socialnega varstva večini bolnikov brez hudih simptomov omogočila zdravljenje doma ali v namenskih zdravstvenih ustanovah. Posledično je popustil pritisk na bolnišnični sistem na splošno, zlasti na intenzivne oddelke. Takšna strategija je preprečila prenatrpanost intenzivnih oddelkov in s tem ohranila razpoložljivost visokokakovostne intenzivne nege za vse bolnike, ki so jo potrebovali, bodisi s covidom-19 ali brez njega (Piehl, 2021, str. 777).

3.3 Španija

Osebna varovalna oprema (OVO) je postala ključna za izpolnjevanje nujnih varnostnih pogojev za zdravstveno osebje, ki je zdravilo bolnike s covidom-19. Pomanjkanje OVO je veljalo za enega glavnih razlogov za visok delež okuženega zdravstvenega osebja v državi. Da bi povečala varnost pri delu, je morala država znatno povečati dobavo OVO prek AC. S centraliziranim nakupom je bila distribucija OVO v skladu z merili, ki temeljijo na epidemioloških podatkih in velikosti populacije AC (Henríquez idr., 2020, str. 565).

Treba je bilo odpreti začasne bolnišnice. Ena večjih med njimi je bila odprta v prostorih sejemske dejavnosti IFEMA Madrid, ki bi lahko po potrebi sprejela do 5.000 bolnikov (in do 800 bolnikov na intenzivni negi), čeprav je imela največ približno 1.200 bolnikov naenkrat; in Fira de Barcelona v Kataloniji, ki so jo odprli za sprejem 300 bolnikov, lahko pa bi jih sprejeli tudi 1.000. Pred 29. marcem 2020 je bilo v enotah intenzivne terapije (EIT) 4.405 postelj. Od 29. marca je bilo 72-odstotno povečanje, in sicer na 7.577 (Henríquez idr., 2020, str. 566).

Ključni vir za zdravljenje življenjsko ogroženih bolnikov so bili respiratorji (invazivni in neinvazivni tipi). Za stanje pred covidom-19 ni podatkov o razpoložljivosti respiratorjev, tako da primerjava ni mogoča. Zdravstveni sistem je dobil 696 dodatnih respiratorjev (640 neinvazivnih, 56 invazivnih). Do 21. aprila se je to število povečalo za 3,6-krat na 3.200 (2.200 neinvazivnih, 1.000 invazivnih), maja se je skupno število podvojilo na 6.779 (dodatnih 3.085 invazivnih in 494 neinvazivnih ventilatorjev). To so omogočile lokalna proizvodnja (podjetji Hersill in SEAT) in različne kupoprodajne pogodbe na mednarodnih trgih (Henríquez idr., 2020, str. 566).

Da bi se spopadli s pomanjkanjem človeških virov, ki ga je povzročila okuženost zdravstvenega osebja s covidom-19, in s splošnim širjenjem virusa v sistemu, so bili vzpostavljeni številni

pogoji, ki so bili prej povezani s sklepanjem pogodb z zdravstvenim osebjem, upokojitvijo, zdravniki rezidenti in z razporeditvijo zdravstvenih delavcev, ki je morala biti sproščena. Ministrstvo za zdravje je do 2. aprila povečalo število razpoložljivih zdravstvenih delavcev z dodatnimi 80.000. Drugi ukrep je bilo zaposlovanje zdravstvenih delavcev iz regij z manj povpraševanja po oskrbi primerov s covidom-19 v regije z višjo stopnjo povpraševanja (na primer Madrid in Katalonija). Izbruh in osredotočenost na covid-19 sta povzročila hitro preobrazbo zdravstvenih procesov in struktur, kar se je odrazilo na izvajanju drugih zdravstvenih storitev (Henríquez idr., 2020, str. 567). Zaradi preobremenitve sistema so zaposlili številne upokojene zdravnike in zdravstvene delavce (Martín idr., 2013, str. 446).

3.4 Švedska

Za švedski odziv je značilna izrazita vloga strokovnjakov in poudarek na strokovnem znanju. Ves čas se je ohranjala visoka stopnja samostojnosti javnih agencij. Te so med krizo ohranile svojo avtonomijo. Socialni demokrati in sedanja vladajoča stranka so se distancirali od procesov in institucij kriznega upravljanja, saj stanje kriz obravnavajo kot operativno nalogo in so vso organizacijo prepustili stroki (Petridou, 2020, str. 154). Zdravstvo, njegova zmogljivost in uspešnost, za kar so odgovorne regije, vključuje politike za obvladovanje izrednih razmer. Da bi povečala zmogljivosti intenzivnih enot, je vlada Nacionalnemu odboru za zdravje in socialne zadeve (National Board of Health and Welfare – NBHW) naročila, naj kot nacionalni koordinator poskrbi za rešitev, ki ustreza potrebam (Hamzah idr., 2020, str. 3). Družba NBHW je usklajevala tudi oskrbo z materiali za zdravstveno varstvo med regijami, da bi zagotovila optimalno uporabo kritične oskrbe (Kavaliunas idr., 2020, str. 607). Število postelj v intenzivnih enotah se je od začetka in med vrhuncem pandemije znatno povečalo. Raven intenzivnih postelj pred pandemijo je bila 5,8 na 100.000 ljudi, kar je ena najnižjih v Evropi (Rhodes idr., 2012, str. 1651). Maja je bilo postelj približno 10 na 100.000. 14. maja je bilo na razpolago 423 (33 %) neuporabljenih postelj, po potrebi pripravljenih za uporabo. Izkazalo se je, da v prvem valu pandemije zdravstveni sistem ni bil preobremenjen in so bile postelje v intenzivni enoti vedno na voljo (Kavaliunas idr., 2020, str. 605).

4 Razprava in sklep

V začetku pandemije po podatkih SZO za zdravljenje covid-19 ni bilo priporočeno nobeno posebno zdravlilo. Bolnike so zdravili na podlagi simptomov. Pri hudih oblikah poteka bolezni in pri nevarnosti ARDS in multiorganske odpovedi so se za podporo telesu posluževali invazivnih oblik mehanske ventilacije in naprave za izventelesno oksigenacijo krvi (ECMO) (Baloch idr., 2020, str. 275). Še posebej hitro se je v raziskovanje cepiva podala Kitajska, ki je takrat imela tudi največ izkušenj s covidom-19. Aktivno je izvajala raziskave in razvijala cepivo s petih tehničnih poti, vključno z inaktiviranim cepivom, rekombinantnim cepivom genskega inženiringa, cepivom proti adenovirusnemu vektorju, cepivom proti nukleinskim kislinam (cepivo mRNA in cepivo DNA) in cepivom iz oslabiljenega cepiva proti virusu gripe (Zhang idr., 2020, str. 216). Pri spopadanju s krizo pandemije covid-19 sta najbolj izstopali Kitajska in Švedska. Kitajska je 7. marca 2020 so poročala samo še o 44 novih primerih potrjenih okužb, katerih je bilo zunaj province Hubei zelo malo. Poročilo skupne misije SZO in Kitajske pravi, da je Kitajska izvedla morda najambicioznejša, najhitrejša in najbolj agresivna prizadevanja za omejevanje bolezni v zgodovini (Guan idr., 2020, str. 258). Švedska pa izstopa, ker je namesto uvedbe strogih ukrepov, zaprtja šol, telovadnic in frizerskih salonov dala le vrsto priporočil. Švedska strategija se ni razlikovala le od strategij drugih evropskih držav, ampak tudi širše in, kar je še pomembneje, od strategij zaprtja kulturno podobnih in geografsko bližnjih skandinavskih držav. Nacionalni pristopi Danske, Finske in Norveške so bili veliko strožji in so vključevali zapiranje v različni meri, oblikah in trajanju (Petridou, 2020, str. 155).

Covid-19 je imel velik vpliv na dostopnost do zdravstvene oskrbe, osnovnih storitev in izobraževalnih ustanov. Grožnja prihodnjih pandemij bi morala spodbujati vladne naložbe v vire za spodbujanje javnega zdravja, krepitev skupnostnih in teritorialnih služb, ki morajo biti v izrednih razmerah še posebej uspešne pri organizaciji zdravstvenih storitev in pri zagotavljanju vseh osnovnih storitev. Kar zadeva trajnost zdravstvenega sistema, bi se morali oblikovalci politik osredotočiti na promocijo, preprečevanje in zgodnje posredovanje, da bi zmanjšali dolgoročni vpliv na duševno zdravje ljudi zaradi izolacije, omejevanja socialnih stikov in visoke stopnje stresa. Zato se morajo opredeliti in izvajati načrti za ublažitev negativnih učinkov pandemije z še posebno pozornostjo na ranljive družbene skupine, kot poudarjajo tudi Berardi idr. (2020, str. 477).

LITERATURA

1. Baloch, S., Baloch, M. A., Zheng, T. in Pei, X. (2020). The coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic. *Tohoku J Exp Med*, 250 (4), 271–278.
2. Berardi, C., Antonini, M., Genie, M. G. idr. (2020). The Covid-19 pandemic in Italy: policy and technology impact on health and non-health outcomes. *Health Policy Technol*, 9 (4), 454–487.
3. Dong, E., Du, H. in Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track Covid-19 in real time. *Lancet Infect Dis*, 20 (5), 533–534.
4. Gong, F., Xiong, Y., Xiao, J. idr. (2020). China's local governments are combating Covid-19 with unprecedented responses – from a Wenzhou governance perspective. *Front Med*, 14 (2), 220–224.
5. Guan, W. Z., Ni Hu, Y. idr. (2020). Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *J Med* 31(3), 257–261.
6. Haft, J. W., Atluri, P., Ailawadi, G. idr. (2020). Adult cardiac surgery during the COVID-19 pandemic: a tiered patient triage guidance statement. *Ann Cardiothorac Surg*, 110 (2), 697–700.
7. Henríquez, J., Gonzalo - Almorox, E., García - Goñi, M. in Paolucci, F. (2020). The first months of the Covid-19 pandemic in Spain. *Health Policy Technol*, 9 (4), 560–574.
8. Hick, J. L., Einav, S., Hanfling, D. idr. (2014). Surge capacity principles: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters. *Chest*, 146, e1S–e16S.
9. Kavaliunas, A., Ocaya, P., Mumper, J., Lindfeldt, I. in Kyhlstedt, M. (2020). Swedish policy analysis for Covid-19. *Health Policy Technol*, 9 (4), 598–612.
10. Liu, W., Yue, X. G. in Tchounwou, P. B. (2020). Response to the covid-19 epidemic: The Chinese experience and implications for other countries. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (7), 1–6.
11. Maqbool, A. in Khan, N. Z. (2020). Analyzing barriers for implementation of public health and social measures to prevent the transmission of Covid-19 disease using dematel method. *Diabetes Metab Syndr*, 14 (5), 887–892.
12. Martín, M. C., León, C., Cuñat, J. in Del Nogal, F. (2013). Intensive care services resources in Spain. *Med Intensiva*, 37 (7), 443–451.
13. Petridou, E. (2020). Politics and administration in times of crisis: explaining the Swedish response to the Covid-19 crisis. *Eur Policy Anal*, 6 (2), 147–158.
14. Piehl, F. (2021). Current and emerging disease-modulatory therapies and treatment targets for multiple sclerosis. *J Intern Med*, 289 (6), 771–791.
15. Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten, H., Guidet, B., Metnitz, P. G. in Moreno, R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med*, 38 (10), 1647–1653.
16. Russo, F., Pitter, G., da Re, F. idr. (2020). Epidemiology and public health response in early phase of Covid-19 pandemic. *Euro Surveill*, 25 (47), 1–10.
17. Santacroce, L., Charitos, I. A. in Del Prete, R. (2020). Covid-19 in Italy: an overview from the first case to date. *J Gen Med*, 17 (6), 1–7.
18. Teixeira, F. K., Heredia, F., Sarazin, A. idr. (2009). A role for RNAi in the selective correction of DNA methylation defects. *Science*, 323 (5921), 1600–1604.
19. Wang, J. in Wang, Z. (2020). Strengths, weaknesses, opportunities and threats (Swot) analysis of China's prevention and control strategy for the Covid-19 epidemic. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (7).

20. Wang, J., Yang, W., Pan, L. idr. (2020). Prevention and control of Covid-19 in nursing homes, orphanages, and prisons. *Environ Pollut*, 266, 1–6.
21. Yang, Y., Peng, F., Wang, R. idr. (2020). The deadly coronaviruses: the 2003 SARS pandemic and the 2020 novel coronavirus epidemic in China. *Open Autoimmun J*, 109, 102487.
22. Zhang, S., Wang, Z., Chang, R. idr. (2020). COVID-19 containment: China provides important lessons for global response. *Front Med*, 14 (2), 215–219.

Projekt Well@School: razvijanje izobraževalnega programa za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja v šolah

UDK 373.3+613.86

KLJUČNE BESEDE: duševno zdravje, osnovnošolci, kompetence strokovnih delavcev, izobraževalni program

POVZETEK – Duševno zdravje je pomemben temelj zdravega odraščanja, v zadnjem obdobju pa strokovnjaki opažajo porast težav z duševnim zdravjem pri osnovnošolskih otrocih. Osrednji cilj projekta Erasmus+ Well@School, v katerem sodelujejo partnerji iz petih evropskih držav, je razvoj nove platforme za odprt dostop specifičnih znanj za medicinske sestre in druge strokovne delavce, ki delajo s šolsko populacijo otrok. V začetni fazi projekta so bile izvedene fokusne skupine s ciljem pridobiti mnenja oseb, ki delajo na področju zdravstvene vzgoje in preventive, o potrebnih kompetencah in predlogih za razvoj digitalne platforme na področju duševnega zdravja. V fokusne skupine je bilo vključenih 15 strokovnjakov: učitelji, svetovalne delavke, psihologinje, medicinske sestre. V pogovorih so izpostavili ključne probleme na področju duševnega zdravja, s katerimi se srečujejo učenci, katere kompetence so ključne za promocijo duševnega zdravja v osnovnih šolah, kako bi bilo potrebno dopolniti podiplomsko visokošolsko izobraževanje strokovnjakov, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok, kateri so po njihovih izkušnjah najučinkovitejši načini za spodbujanje duševnega zdravja in katere digitalne metode bi lahko prispevale k spodbujanju duševnega zdravja otrok. V prispevku predstavljamo izsledke raziskave, ki smo jo izvedli v JV Sloveniji, na osnovi izsledkov v vseh partnerskih državah pa je v pripravi spletni izobraževalni program.

UDC 373.3+613.86

KEYWORDS: mental health, primary school pupils, competencies of professionals, educational programme

ABSTRACT – Mental health is an important foundation for growing up healthy. However, experts are noticing an increase in mental health problems among primary school children. The main goal of the Erasmus+ Well@School project, involving partners from five European countries, is to develop a new platform for open access to specific skills for nurses and other professionals working with school children. In the initial phase of the project, focus groups were conducted with the aim of obtaining the opinions of people working in the field of health education and prevention on the skills needed and suggestions for the development of a digital platform in the field of mental health. 15 experts participated in the focus groups: teachers, counsellors, psychologists and nurses. During the discussions, they highlighted the key mental health issues faced by students, what competencies are crucial for mental health promotion in primary schools, how to supplement postgraduate higher education of professionals working in the field of mental health promotion for primary school children, what are the most effective ways to promote mental health and what digital methods could contribute to the promotion of children's mental health. In this paper we present the results of a survey conducted in SE Slovenia. Based on the results in all partner countries, an online educational programme is currently being prepared.

1 Teoretična izhodišča

Motnje v duševnem zdravju prizadenejo pomemben delež otrok in po predhodnih raziskavah (Essau idr., 2005; Kizaur, 2016) prejema ustrezno pomoč manj kot 20 % otrok, ki potrebujejo storitve za izboljšanje duševnega zdravja. Po podatkih OECD (2018) so duševne motnje ena

največjih in najhitreje rastočih kategorij bremena bolezní po vsem svetu. Raziskave kažejo, da bo do 20 % otrok in mladostnikov po vsem svetu doživelo neko vrsto psihiatrične motnje (Kessler idr., 2007; McGorry idr., 2011, Girolamo idr., 2012). Nedavno poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je poudarilo razširjenost duševnih bolezní, predvsem depresije, med otroki in mladostniki, mlajšimi od 15 let (WHO, 2017a). V Združenem kraljestvu se skoraj 10 % osnovnošolskih otrok sooča z vsaj eno duševno motnjo, 3,4 % pa z dvema ali več motnjami, pri čemer najbolj prevladujejo vedenjske in čustvene motnje (NHS, 2018). Ugotovljeno je, da duševne bolezní, ki se pojavijo do 14 leta starosti, pogosto vztrajajo v odrasli dobi (Kessler idr., 2005; Colman idr., 2009). Zato je pomembno preprečiti nastanek slabega duševnega zdravja v zgodnjih fazah življenja, saj se v otroštvu razvijajo socialne in čustvene veščine, na katere lahko negativno vpliva več dejavnikov tveganja (Evropska unija, 2017).

Šole zagotavljajo idealna okolja za promocijo zdravja in dobro izvedeni programi lahko spodbujajo fizično in duševno zdravje šolskih otrok (Lima - Serrano in Lima - Rodríguez, 2014; WHO, 2017; Singh idr., 2017). Najpogostejša področja šolskih programov promocije zdravja vključuje spodbujanje telesne dejavnosti in telesne pripravljenosti (Demetriou idr., 2015; Schüller in Demetriou, 2018), zdravo prehrano (Racey idr., 2016), preprečevanje zasvojenosti (Carney idr., 2016; Thomas idr., 2013) in promocijo duševnega zdravja (Salerno, 2016), kar naslavlja tudi programi izvajanja promocije zdravja v šolskem okolju v Sloveniji (Gregorič, 2016).

Stroka išče nove metode za približevanje programov za krepitev duševnega zdravja novim generacijam. Hitra rast uporabe spletnih tehnologij med mladimi ponuja tudi priložnost za povečanje dostopa do virov informacij za krepitev duševnega zdravja (Clarke, 2015).

V konzorciju projekta Erasmus+ 'Well@School: Razvijanje medpoklicnega visokošolskega izobraževanja za spodbujanje duševnega zdravja in dobrega počutja v šolah' smo predpostavili, da je mogoče izboljšati negativen trend pojava motenj duševnega zdravja pri otrocih z izvajanjem ustreznih zgodnjih intervencij za promocijo zdravja ob pogoju, da imajo strokovni kadri, ki izvajajo te programe, ustrezne kompetence. Ti strokovni kadri so predvsem učitelji in svetovalni delavci v osnovnih šolah ter zdravstveni delavci v šolskih dispanzerjih in centrih za krepitev zdravja. Zato smo si v projektu zastavili razvoj izobraževalnega programa za strokovne delavce, ki je namenjen razvoju ključnih kompetenc za promocijo duševnega zdravja pri šolskih otrocih. S programom želimo spodbujati tudi digitalne kompetence v komunikaciji, poučevanju in učenju strokovnih delavcev v šolah, ki delajo na področju zdravstvene vzgoje in preventive.

V prispevku predstavljamo rezultate izvedenih fokusnih skupin v Sloveniji s ciljem pridobiti mnenja oseb, ki delajo na področju zdravstvene vzgoje in preventive zdravja osnovnošolskih otrok, o potrebnih kompetencah in predlogih za razvoj digitalne platforme na področju duševnega zdravja.

2 Metode

Z namenom identifikacije ključnih problemov na področju duševnega zdravja, s katerimi se srečujejo učenci in potrebnih kompetenc strokovnih delavcev za spodbujanje duševnega zdravja smo izvedli fokusne skupine, v katere smo povabili strokovne delavce, ki se ukvarjajo z osnovnošolsko populacijo in delujejo tudi na področju duševnega zdravja osnovnošolskih otrok.

V maju 2021 sta bili izvedeni 2 fokusni skupini, v katerih je sodelovalo 16 udeležencev: medicinske sestre, drugi zdravstveni delavci, učitelji, svetovalni delavci, psiholog.

V fokusnih skupinah so udeleženci razpravljali o naslednjih vprašanjih:

- Katere vaše kompetence (znanja in veščine) so potrebne za promocijo duševnega zdravja v OŠ?
- Kaj po vašem mnenju manjka v visokošolskem izobraževanju za strokovnjake, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok (znanje, lastnosti...)?
- Kaj po vašem mnenju bi morali vključevati učni načrti za podiplomsko visokošolsko izobraževanje strokovnjakov, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok?
- Kateri so po vaših izkušnjah najučinkovitejši načini za spodbujanje duševnega zdravja in promocijo duševnega zdravja v OŠ?
- Katere so po vašem mnenju najučinkovitejše digitalne metode, ki dosežejo otroke in bi lahko prispevale k spodbujanju duševnega zdravja?

Pogovori so bili ob soglasju udeležencev snemani. Izdelani so bili transkripti pogovorov. Analiza zapisov je bila povzeta v ključne teme in podteme.

3 Rezultati

Udeleženci fokusnih skupin so izpostavili kot najpomembnejše kompetence strokovnih delavcev za obvladovanje situacij, ki lahko vplivajo na duševno zdravje osnovnošolskih otrok socialne in komunikacijske veščine, znanje s področja psihologije, ter znanje s področja pedagogike in komunikacije (tabela 1).

Tabela 1: Analiza odgovorov na vprašanje »Katere vaše kompetence (znanja in veščine) so potrebne za promocijo duševnega zdravja v OŠ?«

<i>Teme</i>	<i>Pod-teme</i>	<i>Citati</i>
Potrebne so socialne in komunikacijske veščine	Potrebna je empatija, komunikacija z učenci, sposobnost vzpostaviti zaupanje, spoštovanje	»Opažam, da so to predvsem mehke veščine – empatija, odnos je tisti, ki dela čudeže. Socialne in komunikacijske veščine – so stvari, ki so ključne ...«
Potrebno je znanje s področja psihologije	Potrebno je znanje o razvojni psihologiji, znanje o psihološkem razvoju in aktualnih težavah učencev (nizka samopodoba, odvisnost od digitalnega komuniciranja, prehranske motnje, anksioznost, depresija, cyberbulling) za prepoznavanje, pomoč in promocijo duševnega zdravja	»Samopodoba je velik problem. ... Kompetence, ki omogočajo kako čimprej neko situacijo prepoznati in kako otroku pomagati.«
Potrebno je znanje s področja pedagogike in komunikacije	Potrebno je znanje o načinu promocije duševnega zdravja (čas, obseg in pristop)	»Potreben je pravi način informiranja – ne na splošno, ampak prek osebne izkušnje.«

Vir: Lastni vir, 2021.

Tabela 2: Analiza odgovorov na vprašanje »Kaj po vašem mnenju manjka v visokošolskem izobraževanju za strokovnjake, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok (znanje, lastnosti ...)?«

<i>Teme</i>	<i>Pod-teme</i>	<i>Citati</i>
Premalo socialno-psihološko-pedagoško-komunikacijskega znanja	Premalo znanja na področju razvojne psihologije, premalo socialno-psiholoških znanj (empatija, čuječnost), premalo znanja o načinu promocije duševnega znanja (postavljanje ciljev, komuniciranje z učenci, starši in ostalimi)	»Področje psihologije, komunikacija, socialne veščine.« »Če bi imela moč, bi v predmetnik na visokošolskem študiju vnesla tri predmete o medsebojnih odnosih – socialne veščine, komunikacija in čuječnost.« »Promocija zdravja je tudi področje nastopanja-bodoči strokovnjaki se morajo pripraviti na javno nastopanje in znati tudi krizno komunicirati.«

Vir: Lastni vir, 2021.

Tabela 3: Analiza odgovorov na vprašanje «Kaj po vašem mnenju bi morali vključevati učni načrti za podiplomsko visokošolsko izobraževanje strokovnjakov, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok?»

<i>Teme</i>	<i>Pod-teme</i>	<i>Citati</i>
Na podiplomski študij vključiti primarno preventivo na področju duševnega zdravja	V podiplomski študij vključiti primarno preventivo na področju krepitev duševnega zdravja, več specifičnega praktičnega usposabljanja s simulacijo dela z učenci	»Na podiplomskem študiju bi bilo potrebno bolj izpostaviti osnovni koncept primarne preventive ... ne da bomo samo preprečevali obolenost, ampak bomo poskušali čimbolj okrepiti zdravje.«
Konkretne delavnice	Prenos znanja z delavnicami za pridobitev praktičnih veščin	»Opažam, da učitelji potrebujejo konkretne stvari – konkretizirane ideje, ki se malo prilagodijo, ampak da lahko z nečim grejo v razred.« »...problematika, da je naš šolski sistem narejen zgolj na teoriji, manjkajo pa vaje – praktični del. Potrebna je simulacija, kjer se človek lahko preizkusi ...«

Vir: Lastni vir, 2021.

Tabela 4: Analiza odgovorov na vprašanje »Kateri so po vaših izkušnjah najučinkovitejši načini za spodbujanje duševnega zdravja in promocijo duševnega zdravja v OŠ?«

<i>Teme</i>	<i>Pod-teme</i>	<i>Citati</i>
Učinkovitost tematskih delavnic za promocijo duševnega zdravja	Učinkovitost ciljno načrtovanih delavnic o duševnem zdravju pri razrednih urah, učinkovitost delavnic o duševnem zdravju na »dnevi dejavnosti«, učinkovitost tematskih delavnic o duševnem zdravju pri rednih urah v okviru koncepta »zdrave šole«	»Meni se kot učinkoviti pristopi zdijo dnevi dejavnosti, tematske razredne ure o vsebinah duševne zdravju ali pa zdrava šole, ki angažira en kup učiteljev, da vključujejo vsebine duševnega zdravja v svoje redne ure.«
Učinkovitost osebnega pristopa za promocijo duševnega zdravja	Učinkovitost osebnega pristopa v obliki pogovora in predstavitve osebne izkušnje za promocijo duševnega zdravja	»Najbolj učinkovit je pogovor s strokovnjakom. V razredu pa je pomembno, da se dovolj pogosto govori o duševnem zdravju. Delavnica ne smeti biti abstraktna, ampak mora temeljiti na osebnih izkušnjah aktualnih težav učencev, ne le alkohola in droge, tega je dovolj, temveč tudi anoreksije in depresije.«

Vir: Lastni vir, 2021.

Tabela 5: Analiza odgovorov na vprašanje »Katere so po vašem mnenju najučinkovitejše digitalne metode, ki dosežejo otroke in bi lahko prispevale k spodbujanju duševnega zdravja?«

<i>Teme</i>	<i>Pod-teme</i>	<i>Citati</i>
Uporabnost digitalne aplikacije za specifično starostno skupino z vplivneži	Uporabnost digitalnih aplikacij za specifično skupino učencev, za učence 6–9 razred vključiti vplivneže iz družbenih omrežij	»Aplikacija z influencerji na Instagramu in Youtubu.«
Uporabnost kratkih filmov, oglasov in iger o promociji duševnega zdravja ter vaj za sproščanje	Uporabnost kratkih animiranih filmov, kratkih komičnih filmov o duševnem zdravju, posnetkov virtualnih delavnic z znanimi osebnostmi o duševnem zdravju, igre na temo duševnega zdravja, vaje za sproščanje	»V zbornici smo imeli brainstorming: animirani filmi, virtualne delavnice z znanimi Slovenci, komični filmi, poučne igre, reklamna sporočila, ki sporočajo, kako je pomembno duševno zdravje, igre vlog, socialne igre, dihalne tehnike, vodene meditacije ...«
Promocija digitalne aplikacije v šoli in družbenih omrežjih	Promocija digitalne aplikacije v šoli (plakati na šoli, predstavitve v razredu) in družbenih omrežjih	»Nujna je promocija aplikacije prek socialnih omrežij.«

Vir: Lastni vir, 2021.

Udeleženci fokusnih skupin ocenjujejo, da v izobraževalnem procesu pridobijo premalo socialno-psihološko-pedagoško-komunikacijskega znanja (tabela 2). Predvsem bi moralo podiplomsko visokošolsko izobraževanje oz. programi vseživljenjskega učenja strokovnjakov, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok vsebovati informacije o primarni preventivi na področju duševnega zdravja in konkretne delavnice (tabela 3). Kot najučinkovitejše načine za spodbujanje duševnega zdravja in promocijo duševnega zdravja v OŠ prepoznavajo ustrezne tematske delavnice in osebni individualni pristop (tabela 4). Uporabnost digitalnih metod za promocijo duševnega zdravja prepoznavajo predvsem v tem, da se lahko preventivni programi in aplikacije (npr. kratki filmi, igre, vaje za sproščanje ...) približajo otrokom s pomočjo vplivnežev, vsekakor pa je za doseganje čim večjega obsega ciljne populacije potrebna promocija takih aplikacij v šolah in na družbenih omrežjih (tabela 5).

4 Razprava

Programi izboljševanja duševnega zdravja otrok temeljijo na izboljševanju njihovih socialnih in komunikacijskih sposobnosti, veščin za reševanje problematičnih situacij, empatije in čustvenih kompetenc (Shum idr., 2019). Za krepitev le teh pri otrocih morajo imeti strokovni delavci ustrezne kompetence. Skladno s tem so udeleženci fokusnih skupin izpostavili pomanjkanje socialno-psihološko-pedagoško-komunikacijskega znanja.

Udeleženci so poudarili potrebo po podiplomskem visokošolskem izobraževanju oz. programih vseživljenjskega učenja za strokovnjake, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja osnovnošolskih otrok, da bi se izobrazili predvsem o primarni preventivi na področju duševnega zdravja. Potrebo po izobraževanju učiteljev o zdravstvenih vsebinah so identificirali tudi v raziskavi o delovanju slovenske mreže zdravih šol (Gregorič, 2016).

Kot najučinkovitejše načine za spodbujanje duševnega zdravja in promocijo duševnega zdravja v OŠ prepoznavajo ustrezne tematske delavnice in osebni individualni pristop. Podobno so v raziskavi o delovanju mreže zdravih šol v Sloveniji (Gregorič idr., 2016) kot najpomembnejši vidik delovanja mreže izpostavili več konkretnih preventivnih in promocijskih programov ter bolj kakovostno in zdravo življenje na šoli.

Udeleženci fokusnih skupin prepoznavajo digitalna orodja predvsem v funkciji promocije programov duševnega zdravja, navajajo pa tudi igre oz. vaje, ki bi vzpodbujale nekatere pozitivne vedenjske vzorce. Ugotovili so, da na stališča in vedenje učencev lahko pozitivno vplivajo s spletnimi simulacijami igre vlog (Long idr., 2018). O uspešnih digitalnih programih na tem področju tuji avtorji poročajo predvsem v smislu orodij za prepoznavanje posameznikov z visokim tveganjem za anksioznost (Sanders idr., 2018) ali kot podporo pri lažjih čustvenih težavah, ne pa pri naslavljanju resnejših težav (Attwood idr., 2012).

Fokusne skupine so bile izvedene v vseh 5 državah partnerjev projekta, v prispevku pa so prikazani rezultati, pridobljeni v Sloveniji. Z analizo pogovorov v fokusnih skupinah smo pridobili izhodišče za pripravo kurikuluma izobraževalnega programa (za namen vseživljenjskega učenja) za strokovne delavce, ki se ukvarjajo z osnovnošolsko populacijo. V pripravi je spletni izobraževalni program, ki bo prosto dostopen za zainteresirano strokovno javnost.

LITERATURA

1. Attwood, M., Meadows, S., Stallard, P. in Richardson, T. (2012). Universal and targeted computerised cognitive behavioural therapy (Think, Feel, Do) for emotional health in schools: Results from two exploratory studies. *Child and Adolescent Mental Health*, 17, 173–178.
2. Carney, T., Myers, B. J., Louw, J. in Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD008969.
3. Clarke, A. M., Kuosmanen, T. in Barry, M. M. (2015). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *Journal of Youth Adolescence*, 44, 90–113.
4. Colman, I. idr. (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 338, a2981.
5. De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. in McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 47–57.
6. Demetriou, Y., Sudeck, G., Thiel, A. in Höner, O. (2015). The Effects of School-Based Physical Activity Interventions on Students' Health-Related Fitness Knowledge: A systematic review. *Educational Research Review*, 16, 19–40.
7. Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130–137.
8. Evropska unija. (2017). Joint Action on Mental Health and Well-Being. Mental Health and Schools. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_schools_en.pdf.
9. Gregorčič, M. (2016). Izvajanje promocije zdravja v šolskem okolju. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izvajanje_promocije_zdravja_16.6.2016_zadnja.pdf.
10. Kessler, R. C. idr. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
11. Kessler, R. C. idr. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168–176.
12. Kizaur, L. (2021). Barriers in Accessing Child Mental Health Services for Parents and Caregivers; 2016 Retrieved from Sophia, the St. Catherine University Repository. Pridobljeno s https://sophia.stkate.edu/msw_papers/616.
13. Lima - Serrano, M. in Lima - Rodríguez, J. S. (2014). Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: A systematic review. *Gaceta Sanitaria*, 28, 411–417.
14. Long, M. W., Albright, G., McMillan, J., Shockley, K. M. in Price, O. A. (2018). Enhancing Educator Engagement in School Mental Health Care Through Digital Simulation Professional Development. *Journal of School Health*, 88, 651–659.
15. McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S. in Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 301–306.
16. NHS. (2018). Mental Health of children and young people in England, 2017. Pridobljeno s <https://files.digital.nhs.uk/9B/6F123E/MHCYP%202017%20Summary.pdf>
17. Racey, M. idr. (2016). Systematic Review of School-Based Interventions to Modify Dietary Behavior: Does Intervention Intensity Impact Effectiveness? *Journal of School Health*, 86, 452–463.
18. Salerno, J. P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs among Youth in the United States: A Systematic Review. *Journal of School Health*, 86, 922–931.
19. Sanders, S. idr. (2018). An Implementation of a Computerized Cognitive Behavioral Treatment Program to Address Student Mental Health Needs: A Pilot Study in an After-School Program. *Professional School Counseling*, 22, 1–9.
20. Schüller, I. in Demetriou, Y. (2018). Physical activity interventions promoting social competence at school: A systematic review. *Educational Research Review*, 25, 39–55.

21. Shum, A. K. idr. (2019). A Digital Game and School-Based Intervention for Students in Hong Kong: Quasi-Experimental Design. *Journal of Medical Internet Research*, 21, e12003.
22. Singh, A. idr. (2017). Impact of school policies on non-communicable disease risk factors—A systematic review. *BMC Public Health*, 17, 1–19.
23. Thomas, R. E., McLellan, J. in Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8, 1616–2040.
24. World Health Organisation (WHO). (2017). (Health Promoting School: An Effective Approach for Early Action on NCD Risk Factors. Pridobljeno s <http://www.who.int/healthpromotion/publications/health-promotion-school/en/>.
25. World Health Organisation. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.

Ispitivanje oštećenja vida kod školske djece na prostoru općine Vitez

UDK 373.3-052+617.75

KLJUČNE RIJEČI: oštećenje vida, skrining, školska djeca, unapređenje zdravlja

POVZETEK - Razvoj oka i djetetovih vidnih sposobnosti predstavlja dinamičan proces koji se nastavlja i nakon rođenja. Slabovidnost je najčešće oštećenje vida kod djece i vodeći uzrok sljepoće na jednom oku, bez prisutne vidljive bolesti oka, zbog čega se djeca u pravilu ne žale na smetnje vida. Cilj rada je utvrditi prevalencu poremećaja vida kod školske djece na području općine Vitez u odnosu na dob i spol. Tokom 2018.–2019. godine na području općine Vitez proveden je skrining vida kod djece od 1.–5. razreda osnovne škole, kojim je obuhvaćeno ukupno 986 učenika. Za ispitivanje oštrine vida koristio se Snellenov optotip na tri metra. Učenicima kod kojih su uočena odstupanja od uobičajenih vrijednosti preporučena je daljnja dijagnostička pretraga. Od ukupnog broja učenika njih 99 (10,04 %) je upućeno oftalmologu, tj. 48 (48,48 %) dječaka i 51 (51,51 %) djevojčica. Od tog broja najveći udio učenika je uzrasta 7 godina, tj. 34 (34,34 %). Tokom istraživanja 63 (6,39 %) učenika je nosilo naočale prije skrininga. Kako se kod slabovidnosti radi o gubitku vida koji je preventivnim mjerama moguće izliječiti u preko 90 %, potrebno je pravovremeno provoditi dijagnostičko testiranje kako bi i liječenje bilo pravovremeno.

UDC 373.3-052+617.75

KEYWORDS: visual impairment, screening, prevention, health promotion

ABSTRACT - The development of the eye and visual abilities of the child is a very dynamic process that continues even after birth. Myopia is the most common visual impairment in children and the leading cause of blindness in one eye, without any visible eye disease. This is the reason why children generally do not complain of vision problems. The aim of the study is to determine the prevalence of visual impairment among school children in Vitez municipality according to age and gender. In 2018–2019, vision screening was conducted in the area of Vitez municipality for children from 1st to 5th grade of primary school, which included a total of 986 pupils. The three-metre Snellen optotype was used to examine visual acuity. Further diagnostic tests are recommended for students with deviations from normal values. Out of the total number of students, 99 of them (10.04%) were referred to an ophthalmologist, 48 (48.48%) boys and 51 (51.51%) girls. Out of this number, most of the students were 7 years old, 34 (34.34%). During the study, 63 (6.39%) students were wearing glasses before screening. Visual impairment can be cured in more than 90% of cases by preventive measures and it is necessary to conduct timely diagnostic tests to provide timely treatment.

1 Uvod

Razvoj vida je vrlo dinamičan proces koji se odvija od samog rođenja djeteta pa sve do dvanaeste godine. Vidni sistem se mijenja u skladu sa razvojem djeteta, većina razvije dobar vid, omogućavajući djetetu da uči, savlada i postiže važne ciljeve u različitim fazama života i da doprinosi društvu. Zapravo, dobar vid preduslov je društvene, obrazovne i ekonomske neovisnosti i uspjeha (Falkenberg, Langaas i Svarverud, 2019).

Rano otkrivanje i praćenje bolesti oka je bitno za sprečavanje daljeg gubitka vida i ostalih problema s vidom koji bi mogli uslijediti (Adilović, Tulumovići Eškirović, 2014). Svi utjecaji koji mogu remetiti njegov pravilan razvoj imaju za posljedicu slabovidnost, odnosno

ambliopiju (Budimlić, 2013). Oštećenje vida kod djece često je prisutno odmah nakon rođenja djeteta. Ukoliko se zna da kod novorođenčeta postoji rizik za oštećenje vida, potrebno ga je opservirati i vidjeti postoje li simptomi vezani uz teškoće vizuelnog funkcionisanja. Na taj način oštećenje vida može se jako brzo otkriti, te se može postaviti pravovremena i pravilna dijagnoza (Čikara, 2020).

Ambliopija je jedan od najčešćih problema s vidom kod djece, a rana dijagnoza i liječenje dovode do boljih rezultata vida. Problemi s vidom mogu se liječiti na različite načine, ovisno o temeljnom problemu, poput naočala, flastera za oči ili operacije ako je potrebno (Jin, 2017). U određenim studijama pokazalo se da nekorrigovana oštećenja vida imaju negativan utjecaj na akademske uspjehe. Kvalitativne studije opisale su kako neispravljeni vizuelni nedostaci mogu dovesti do smanjenja fokusa, sudjelovanja u nastavi, utječući na akademske uspjehe i dovodeći do psihosocijalnog stresa (Evans, Morjaria i Powell, 2018). Potencijalna korist skrininga vida kod djece je velika: može spriječiti trajni gubitak vida pronalaženjem i liječenjem problema na vrijeme (Jin, 2017). Dijagnoza ambliopije se potvrđuje kada se gubitak vidne oštine ne može objasniti vidljivim abnormalnostima ili ako postoje neki podaci o prethodnoj bolesti ili stanju koji su mogli uzrokovati ambliopiju (Karlica, Matijević, Galetović i Znahor, 2009).

Skrining vida kod djece je javnozdravstveni projekat mnogih zemalja s ciljem ranog otkrivanja smanjene vidne oštine i potencijalnih faktora rizika koji mogu utjecati na rast djeteta i razvoj vida. U skladu sa preporukama SZO-a, skrining vida je važan u identifikaciji onih faktora koji mogu dovesti do ambliopije, bolesti za koju postoji adekvatna terapija, lako prepoznatljiv latentni ili rani simptomatski stadij, te mogućnost dijagnostike (Pelčić i Balen, 2016).

Saradnja i motivacija roditelja ključni su jer je liječenje dugotrajno i može doći do određenog stepena pogoršanja ako se prerano prekine (Karlica, Matijević, Galetović i Znahor, 2009). Cilj rada je utvrditi prevalencu poremećaja vida kod školske djece na području općine Vitez u odnosu na dob i spol.

2 Metoda

Tokom 2018.–2019. godine na području općine Vitez proveden je skrining vida kod djece od 1.–5. razreda osnovne škole. Isti je proveden u centralnim školama i obuhvaćeno je ukupno 986 učenika. Za ispitivanje oštine vida koristio se Snellenov optotip na tri metra. Slova na ploči se smanjuju po veličini prema redu u kome se nalaze, otkrivajući koliko dobro svako oko vidi. Snellenov optotip se sastoji od znaka E okrenutog u sva četiri prostorna pravca. Učenik pokazuje ili govori u kojem pravcu je okrenuto slovo E. Učenicima kod kojih su uočena odstupanja od uobičajenih vrijednosti preporučena je dalja dijagnostička pretraga.

3 Rezultati

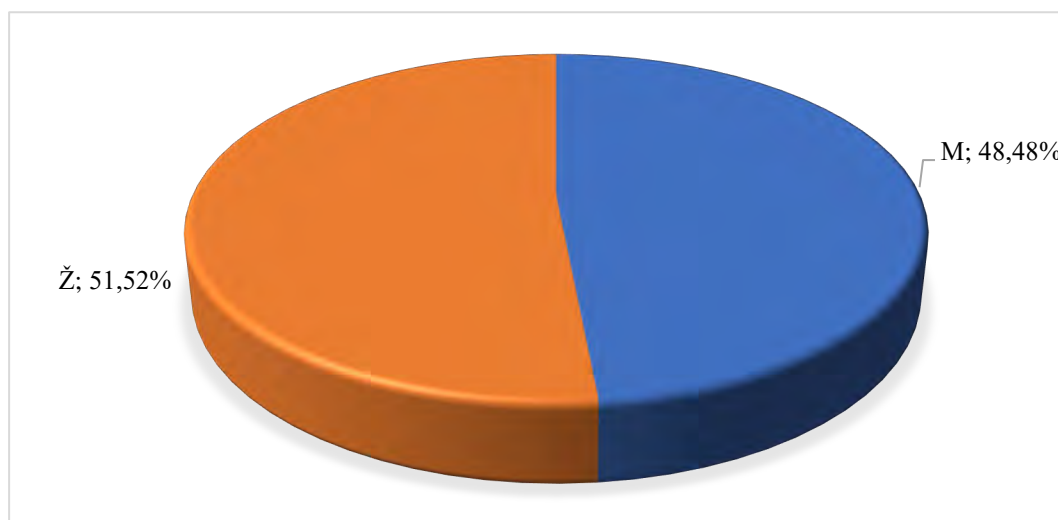
Tabela 1: Broj učenika obuhvaćenih skriningom vida 1.–5. razreda

Uzrast	N	%
1. razred	176	17,85
2. razred	209	21,20
3. razred	204	20,69
4. razred	208	21,09
5. razred	189	19,17
Ukupno	986	100

Izvor: Skrining vida kod učenika osnovnih škola, ZZJZ SBK/KSB, 2018./2019.

U tabeli 1 prikazan je ukupan broj učenika (N = 986) obuhvaćenih skriningom po razredima, na području općine Vitez. Iz drugih razreda je najviše obuhvaćenih učenika 21,20 % (N = 209), dok je najmanje obuhvaćenih učenika iz prvih razreda 17,85 % (N = 176).

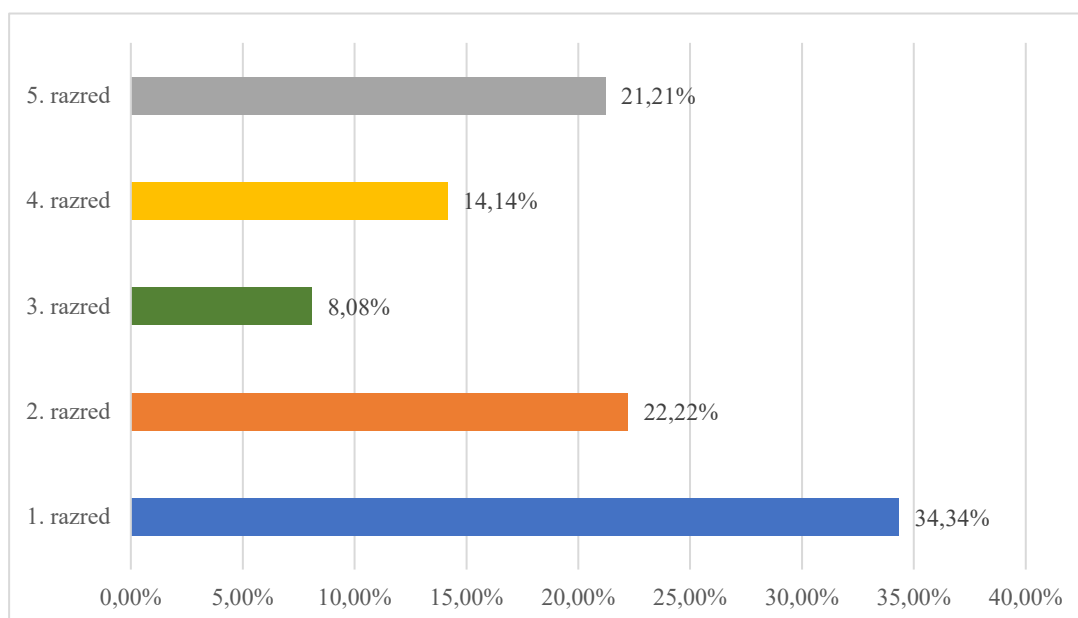
Graf 1: Broj učenika upućenih oftalmologu u odnosu na spol



Izvor: Skrining vida kod učenika osnovnih škola, ZZJZ SBK/KSB, 2018./2019.

Od ukupnog broja učenika, uzimajući u obzir posmatranu skupinu, na području općine Vitez, njih 10,04 % (N = 99) je upućeno oftalmologu. Nešto veći udio djevojčica 51,52 % (N = 51) u odnosu na dječake 48,48% (N=48).

Graf 2: Broj učenika upućenih oftalmologu po razredima



Izvor: Skrining vida kod učenika osnovnih škola, ZZJZ SBK/KSB, 2018./2019.

Graf 2 prikazuje broj učenika upućenih oftalmologu po razredima. Na osnovu dobivenih rezultata može se vidjeti da je najveći udio učenika prvih razreda 34,34 % (N = 34) koji su upućeni na dalju dijagnostičku obradu, niži udio iz drugih razreda 22,22 % (N = 22), te petih razreda 21,21 % (N = 21).

Tabela 2: Broj učenika upućenih oftalmologu po razredima u odnosu na spol

Uzrast	M		Ž		Ukupno	
	col. (%)	row (%) N	col. (%)	row (%) N	col. (%)	row (%) N
1. razred	41,67%	58,82% 20	27,45%	41,18% 14	34,34%	100% 34
2. razred	22,92%	50,00% 11	21,57%	50,00% 11	22,22%	100% 22
3. razred	6,25%	37,50% 3	9,80%	62,50% 5	8,08%	100% 8
4. razred	14,58%	50,00% 7	13,73%	50,00% 7	14,14%	100% 14
5. razred	14,58%	33,33% 7	27,45%	66,66% 14	21,21%	100% 21
Ukupno	100%	48,48% 48	100%	51,51% 51	100%	100% 99
min case/max case	3/20		5/14		8/34	
mean ± SD	9,6 ± 6,465		10,2 ± 4,086		19,8 ± 9,757	

$\chi^2 = 9,903$ (df = 4), p = 0,04209

Izvor: Skrining vida kod učenika osnovnih škola, ZZJZ SBK/KSB, 2018./2019.

Na osnovu dobivenih rezultata može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika kada je u pitanju broj učenika kod kojih su uočena određena odstupanja u odnosu na spol i dob, veći je udio dječaka 58,82 % (N = 20) iz prvih razreda u odnosu na djevojčice 41,18 % (N = 14), dok je iz petih razreda udio djevojčica 66,66 % (N = 14) u odnosu na dječake 33,33 % (N = 7) koji su upućeni na dalju dijagnostičku pretragu.

Tabela 3: Broj učenika koji su nosili naočale prije skrininga po razredima u odnosu na spol

Uzrast	M		Ž	
	N	%	N	%
1. razred	3	13,64	4	9,76
2. razred	7	31,82	10	24,39
3. razred	4	18,18	6	14,63
4. razred	2	9,09	10	24,39
5. razred	6	27,27	11	26,83
Ukupno	22	100	41	100

Izvor: Skrining vida kod učenika osnovnih škola, ZZJZ SBK/KSB, 2018./2019.

U tabeli 3 prikazana je grupa učenika koja predstavlja kontrolnu skupinu u ovom testiranju. Nakon provedenog skrininga dobiveni rezultati su pokazali da je otkriveno ukupno 6,39 % (N = 63) učenika koji su nosili dioptrijske naočale. Najveći udio učenika iz drugog razreda i to dječaka 31,82 % (N = 7) u odnosu na djevojčice 24,39 % (N = 10). Dok je iz petih razreda udio dječaka 27,27 % (N = 6), a djevojčica 26,83 % (N = 11). Na osnovu tih rezultata, ovaj test je potvrdio svoju senzitivnost i specifičnost.

4 Rasprava

Istraživanje koje je mjerilo prevalenciju ambliopije kod djece predškolske i školske dobi između 4 i 15 godina, provedeno je Tuzli, Bosna i Hercegovina, u razdoblju od novembra 2014. do novembra 2015. godine. Skrining vida ukupno je obuhvatio 7415 djece iz osam predškolskih ustanova i dvadeset četiri škole. U osnovnim školama pregledano je ukupno 6896 djece. Od 237 djece koja su posjetila Univerzitetski klinički centar Tuzla, 80 nije imalo smanjenu vidnu oštrinu, dok je 157 imalo smanjenu vidnu oštrinu. Kompletan oftalmološki pregled obavio je oftalmolog na ukupno 145 djece, od toga 18 predškolske djece, a 127 školske djece. Za 145 djece propisano je nošenje naočala prvi put. Prosječna dob djece bila je $9,50 \pm 2,91$ godina, s rasponom od 4 do 15 godina. Ambliopija je pronađena kod 59 djece (0,79 %). Od 59 djece s ambliopijom, 12 ih je predškolske dobi, dok je ostalih 47 djece školske dobi. Jednostrani oblik ambliopije pronađen je kod 31 djeteta, dok je bilateralni oblik ambliopije pronađen kod 28 djece (Nadarević Vodenčarević idr., 2017).

Nošenje naočala može poboljšati ambliopiju i može je izliječiti. Djeci sa sumnjom na ambliopiju koja imaju refrakcijsku grešku propisuju se naočale; većina dostupnih podataka o drugim intervencijama procjenjuje njihovu efikasnost u kombinaciji s naočalama. Okluzija (pokrivajući drugo oko pomoću flastera) i naočale mogu biti efikasniji u odnosu na druga liječenja kod djece u dobi od 3 do 5 godina (West i Williams, 2016). Djeca liječena od ambliopije mogu imati loše prihvatanje u društvu od strane svojih vršnjaka, a prijavljeno je i nisko samopoštovanje, negativna slika o sebi, osjećaj depresije, frustracije i neugodnosti (Tailor, Bossi in Greenwoodi Dahlmann - Noor, 2016).

Istraživanje koje je provedeno u Shahrood (Iran), imalo je za cilj utvrditi prevalenciju ambliopije, strabizma i refrakcijskih grešaka kod djece koja polaze u školu. Od ukupno 902 djece koja su pozvana na pregled, njih 827 (91,7 %) se odazvalo, a 815 djece (98,5 %) bilo je uključeno u istraživanje. Prevalencija značajno smanjene vidne oštrine i ambliopije bila je 1,7 %. Sveukupno, 52 djece bilo je izloženo riziku od ambliopije; od toga je 81 % imalo značajne greške refrakcije, 11 % strabizam, a 8 % oboje (Jamali, Fotouhi, Hashemi, Younesian i Jafari, 2009). Također u Eskisehiru (Turska), proveden je skrining vida kod djece koja polaze u školu uzrasta 7–8 godina u novembru i decembru 2011. godine. Ukupno je bilo uključeno 709 djece. 145 djece (20,4 %) trebalo je naočale, ali samo ih je 65 nosilo naočale. Kod 5,5 % djece bila je prisutna ambliopija, strabizam je dijagnosticiran kod 18 djece 2,5 % (Gursoy, Basmak, Yaz i Colak, 2013).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je od ukupnog broja obuhvaćenih učenika, kod 10,04 % (N = 99) su pronađeni određeni problemi sa vidom. Najveći udio učenika je iz prvog razreda uzrasta 7 godina 34,34 % (N = 34), dok je nešto niži udio iz drugog razreda 22,22 % (N = 22), koji su upućeni kod specijaliste oftalmologa za dalji pregled, dijagnostiku i ukoliko je to potrebno, tretman i praćenje.

Na Tajlandu je vršeno presječno ispitivanje o prevalenciji nošenja dioptrijskih naočala kod djece uzrasta 7 godina između 2016. i 2017. godine. Ukupno je pregledano 786,729 učenika. Od toga je 20,401 (2,59 %) učenika upućeno u bolnicu. Međutim, samo 9867 (48,37 %) učenika se javilo u bolnicu. Dioptrijske naočale su propisane za 5324 (53,96 %) učenika. Analiza je pokazala da je 81,53 % imalo astigmatizam (Wangtiraumnuay, Trichaiyaporn, Lueangaram in Surukrattanaskuli Wongkittirux, 2021).

Ovo istraživanje je pokazalo da je njih 6,39 % (N = 63) nosilo naočale prije skrininga, i to 34,92 % dječaka i 65,08 % djevojčica.

Kada je u pitanju prevalencija poremećaja vida u Turskoj kod djece s visokim i niskim socioekonomskim statusom u Istanbulu, dobiveni rezultati su pokazali da je od 823 djece

prosječne dobi od $6,7 \pm 2,2$ godine, 10 % upućeno na potpuni pregled očiju (8,2 %, 16,3 % privatnih/državnih škola). 1,5 % djece je imalo strabizam, za 1,8 % se sumnjalo da ima ambliopiju, a 0,5 % je imalo smanjenu oštrinu vida (Azizoğlu idr., 2017).

5 Zaključak

Provođenje skrininga vida u školama je idealno za uspješan pregled vida u djetinjstvu i veoma je važan izvor informacija o prevalenciji oštećenja vida među djecom. Dobar vid je ključ za dobar i produktivan život. Zdravstvena zaštita djece treba se temeljiti na najučinkovitijim aktivnostima, a to su prevencija i rana intervencija uz interdisciplinarni pristup.

LITERATURA

1. Adilović, D., Tulumović, Š. i Eškirović, B. (2014). Postoperativno stanje binokularnog vida kod ezotropije. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 13 (4), 345–363.
2. Azizoğlu, S., Crewther, S. G., Şerefhan, F., Barutçu, A., Göker, S. i Junghans, B. M. (2017). Evidence for the need for vision screening of school children in Turkey. *BMC Ophthalmology*, 17 (1), 230.
3. Budimlić, E. (2013). Rano sprječavanje slabovidnosti. *Zbornik radova Islamskog pedagoškog fakulteta u Bihaću*. Bihać, 6 (6), 295–302.
4. Čikara, I. (2020). Korištenje vidnih stimulacija u svrhu poticanja razvoja djeteta s hipoplazijom vidnog živca (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
5. Evans, J. R., Morjaria, P. i Powell, C. (2018). Vision screening for correctable visual acuity deficits in school-age children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2 (2), CD005023.
6. Falkenberg, H. K., Langaas, T. i Svarverud, E. (2019). Vision status of children aged 7–15 years referred from school vision screening in Norway during 2003–2013: a retrospective study. *BMC ophthalmology*, 19 (1), 180.
7. Gursoy, H., Basmak, H., Yaz, Y. i Colak, E. (2013). Vision screening in children entering school: Eskisehir, Turkey. *Ophthalmic Epidemiology*, 20 (4), 232–238.
8. Jamali, P., Fotouhi, A., Hashemi, H., Younesian, M. i Jafari, A. (2009). Refractive errors and amblyopia in children entering school: Shahrood, Iran. *Optometry and vision science*, 86 (4), 364–369.
9. Jin, J. (2017). Vision Screening in Children. *JAMA*, 318 (9), 878.
10. Karlica, D., Matijević, S., Galetović, D. i Znaor, L. (2009). Parents' influence on the treatment of amblyopia in children. *Acta Clinica Croatica*, 48 (4), 427–431.
11. Pelčić, G. i Balen, A. (2016). Probir predškolske djece na slabovidnost: treba li uputiti dijete na robir za glaukom?. *Medicina Fluminensis*, 52 (4), 486–496.
12. Tailor, V., Bossi, M., Greenwood, J. A. i Dahlmann - Noor, A. (2016). Childhood amblyopia: current management and new trends. *Br Med Bull*, 119 (1), 75–86.
13. Vodenčarević, A. N., Jusufović, V., Halilbašić, M., Alimanović, E., Terzić, S., Čabrić, E., Drljević, A. i Burgić, M. (2017). Amblyopia in Children: Analysis Among Preschool and School Children in the City of Tuzla, Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed.*, 29 (3), 164–167.
14. Wangtiraumnay, N., Trichaiyaporn, S., Lueangaram, S., Surukrattanaskul, S. i Wongkittirux, K. (2021). Prevalence of Prescription Glasses in the First-Grade Thai Students (7–8 Years Old). *Clin Optom (Auckl)*, 3 (13), 235–242.
15. West, S. i Williams, C. (2016). Amblyopia in children (aged 7 years or less). *BMJ Clin Evid*, 5 (2016), 0709.

Promocija samo-oskrbe pacienta s kronično boleznijo

UDK 613:616-039.33

KLJUČNE BESEDE: edukacija, kronična bolezen, medicinska sestra, samo-oskrba

POVZETEK – Upravljanje s kronično boleznijo pri starejših ljudeh je kompleksno in zahteva različne strategije. Cilj študije je preučiti ovire za učinkovito samo-oskrbo in strategije, ki presegajo tradicionalno izobraževanje in spodbujajo samo-učinkovitost pri bolnikih s kronično boleznijo. Raziskovalna vprašanja so bila naslednja: (a) Kakšne so ovire za učinkovito samo-oskrbo pri pacientih s kronično boleznijo? in (b) Kakšne so lahko netradicionalne strategije in pristopi medicinskih sester za spodbujanje samo-oskrbe pacientov s kronično boleznijo? Izvedli smo sistematični pregled literature. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, Google Scholar, Health Source, Academic Search Complete in PsycARTICLES. Sinteza in tematske analize so bile izvedene pri 24 člankih. Rezultati so pokazali, da obstajajo tri ovire za učinkovito samo-oskrbo, in sicer zdravstvena pismenost, dostop in podpora pacientom v času obravnave. Ugotovljene so bile štiri pomembne strategije za spodbujanje samo-oskrbe: programi za samoupravljanje, tele-zdravje, mobilne aplikacije, igre in družbeni mediji. Ugotovitve kažejo, da lahko samo-oskrbo pri pacientih s kroničnimi boleznimi izboljšamo z novimi pristopi obravnave. Nadgradnja edukacije pacientov s kroničnimi boleznimi, ki omogoča opolnomočenje pacientov za samo-oskrbo, posledično izboljša izid zdravljenja in zniža stroške zdravstvene obravnave.

UDC 613:616-039.33

KEYWORDS: education, chronic disease, nurse, self-care

ABSTRACT – Managing chronic diseases in older people is complex and requires different strategies. The aim of this study is to explore barriers to effective self-care and strategies that go beyond traditional education to promote self-efficacy in patients with chronic diseases. The research questions were as follows: (a) What are the barriers to effective self-care in patients with chronic conditions? and (b) What nontraditional strategies and approaches can nurses use to promote self-care in patients with chronic conditions? We conducted a systematic review of the literature. Data collection was performed using the CINAHL, Google Scholar, Health Source, Academic Search Complete and PsycARTICLES databases. Synthesis and thematic analyses were conducted on 24 articles. The results showed that there are three barriers to effective self-care, namely health literacy, access and patient support during treatment. Four key strategies to promote self-care were identified: self-management programmes, telehealth, mobile apps, gaming and social media. The results suggest that self-care can be improved in patients with chronic diseases through new treatment approaches. Consequently, better education of patients with chronic diseases to empower them to self-care improves treatment outcomes and reduces medical treatment costs.

1 Uvod

Širok nabor fizičnih in psihičnih simptomov sprememb življenjskega sloga lahko vpliva na paciente s kroničnimi boleznimi. Poleg tega kronične bolezni povzročajo velike stroške zdravljenja v okviru zdravstvenega varstva. Po podatkih Centra za nadzor in preprečevanje bolezni (2019) Združene države Amerike namenijo 90 % državnega prihodka ali 3,3 bilijona dolarjev letnih izdatkov za ljudi s kroničnimi in duševnimi boleznimi. Podaljšanje življenjske dobe in prehod z oskrbe, ki je bila v pristojnosti zdravnika, na medicinsko sestro, je ustvarilo potrebo po spodbujanju pacientov po samo-oskrbi kronične bolezni in posledično izboljšanje

zdravstvenega stanja (Cameron idr., 2018, str. 176). Poleg tega se pričakuje, da bodo imeli pacienti aktivnejšo vlogo v procesu zdravstvene oskrbe ter da bodo seznanjeni o kronični bolezni in njenem obvladovanju (Anekwe in Rahkovsky, 2018, str. 434; Cameron idr., 2018, str. 174; Henselmans, Heijmans, Rademakers in Van Dulman, 2014, str. 2378)

Samo-oskrba je opisana kot kognitivni proces, kjer se posamezniki s pomočjo okolja in družbenega vpliva naučijo novega vedenja, ki vpliva na njihovo učinkovitost pri sprejemanju novonastale situacije (Bandura, 1977, str. 200). Spodbujanje lastne učinkovitosti lahko izboljša rezultate zdravljenja in kakovost življenja pacientov s kroničnimi boleznimi (Wu, Hsieh, Lin in Tsai, 2016, str. 2610). Tradicionalne oblike izobraževanja, ki vključujejo pogovor med pacientom in medicinsko sestro, ne zadostujejo, da bi pacientom zagotovili potrebno razumevanje in spretnosti za obvladovanje njihove bolezni in zmanjšanje zapletov (Bratzke, 2015, str. 745). Cilj pregleda literature je odkriti ovir za samo-oskrbo in spodbujanje- samo- učinkovitosti z identifikacijo netradicionalnih strategij, ki jih je mogoče izvajati v zdravstvenem in domačem okolju.

Obvladovanje kroničnih bolezni

Obvladovanje kroničnih bolezni pri starajočem se prebivalstvu je zapleteno (Anekwe in Rahkovsky, 2018, str. 435) in zahteva različne strategije (Cameron idr., 2018, str. 177). Številne nedavne spremembe v zdravstveni oskrbi – povečan dostop do oskrbe in možnosti zdravljenja, praksa, ki temelji na dokazih, preusmeritev na upoštevanje pacientovih preferenc in pričakovanje pacientove avtonomije pri odločitvah o oskrbi – so razširile vlogo pacienta. Pacienti naj bi bili zdaj gonilna sila zdravstvenega varstva in se držali režimov zdravljenja v upanju, da bodo ohranili zdravje in zmanjšali zaplete (Bratzke, 2015, str. 745; Koch, Wakefield in Wakefield, 2015, str. 510; Win, Hassan, Oinas - Kukkonen in Probst, 2016, str. 12). Poleg tega je Bratzke (2015, str. 746). Poleg tega je Bratzke (2015, str. 746) ugotovil, da lahko pacient z diagnozo ene kronične bolezni naredi kar 20 odločitev, povezanih z eno samo boleznijo. Ker pacienti obvladujejo številne kronične bolezni in režime upravljanja ter sodelujejo z različnimi specialisti, se lahko vsakodnevno upravljanje bolezni izkaže za izjemno zapleteno.

Bandura (1977, str. 202) opisuje samo-oskrbo kot pričakovanje učinkovitosti, kjer oseba verjame v izvajanje določenega režima in so rezultati izida zdravljenja boljši. Samo-oskrba ni lastnost, ampak sklop prepričanj. Ljudje morajo verjeti, da lahko s svojimi dejanji ustvarijo določene učinke, sicer ne bodo vztrajali v težkih situacijah. Prepričanje ljudi o njihovi učinkovitosti neposredno vpliva na zastavljane cilje samo-oskrbe (Bandura, 2018, str. 133). Zato morajo pacienti za izboljšanje samo-oskrbe kronične bolezni imeti povečano stopnjo motivacije in verjeti, da lahko obvladajo svojo bolezen (Bandura, 2005, str. 246; Cutler, Crawford in Engleking, 2018, str. 628; Wilson idr., 2018, str. 839). Poleg tega Anekwe in Rahkovsky (2018, str. 436) trdita, da pacient s kronično boleznijo, potrebuje niz spretnosti za samo-oskrbo, pri čemer je samo-učinkovitost ena od teh spretnosti. Samo-učinkovitost je posrednik med znanjem in samo-oskrbo (Wu idr., 2016, str. 2609). Raziskovanje strategij in uporaba teh za povečanje lastne učinkovitosti bo pripeljala do stabilnosti kronične bolezni (Cutler idr., 2018, str. 365; Fors idr., 2018, b. s; Willis, 2016, str. 840).

Tradicionalno pacienti prejemajo informacije od svojega osebnega zdravnika. To velja za pasivne pristope k izobraževanju, ki ne zagotavljajo večjo samo-učinkovitost ali spremembe vedenja pri pacientu (Devan, Hale, Hempel, Saïpe in Perry, 2018, str. 388). Nekatere pogoste ovire te oblike izobraževanja vključujejo časovno omejitev zdravnika ali medicinske sestre, razpoložljivost znanja osebja, zdravstveno pismenost ter razumevanje in pripravljenost pacienta na učenje (Henselmans idr., 2014, str. 2379; Rivera, 2017, str. 215; Wu, idr., 2016, str. 2616).

2 Metoda

Namen študije je preučiti ovire za učinkovito samooskrbo in strategije, ki presegajo tradicionalno izobraževanje in spodbujajo samoučinkovitost pri pacientih s kronično boleznijo. Za izhodišče pregleda literature so bila oblikovana naslednja raziskovalna vprašanja: (a) Kakšne so ovire za učinkovito samo-oskrbo pri pacientih s kronično boleznijo? in (b) Kakšne so lahko netradicionalne strategije in pristopi medicinskih sester za spodbujanje samooskrbe pacientov s kronično boleznijo?

Uporabljen je bil pregled literature, ki omogoča graditi znanost o zdravstveni negi in obveščati o pobudah, vključno z raziskavami, prakso in politiko (Wittemore in Knafl, 2005, str. 546–553). Vključili smo eksperimentalne in neeksperimentalne študije, saj ta pristop omogoča najboljše zbiranje podatkov za temeljito analizo pojava (Souza, Silva in Carvalho, 2010, b. s.).

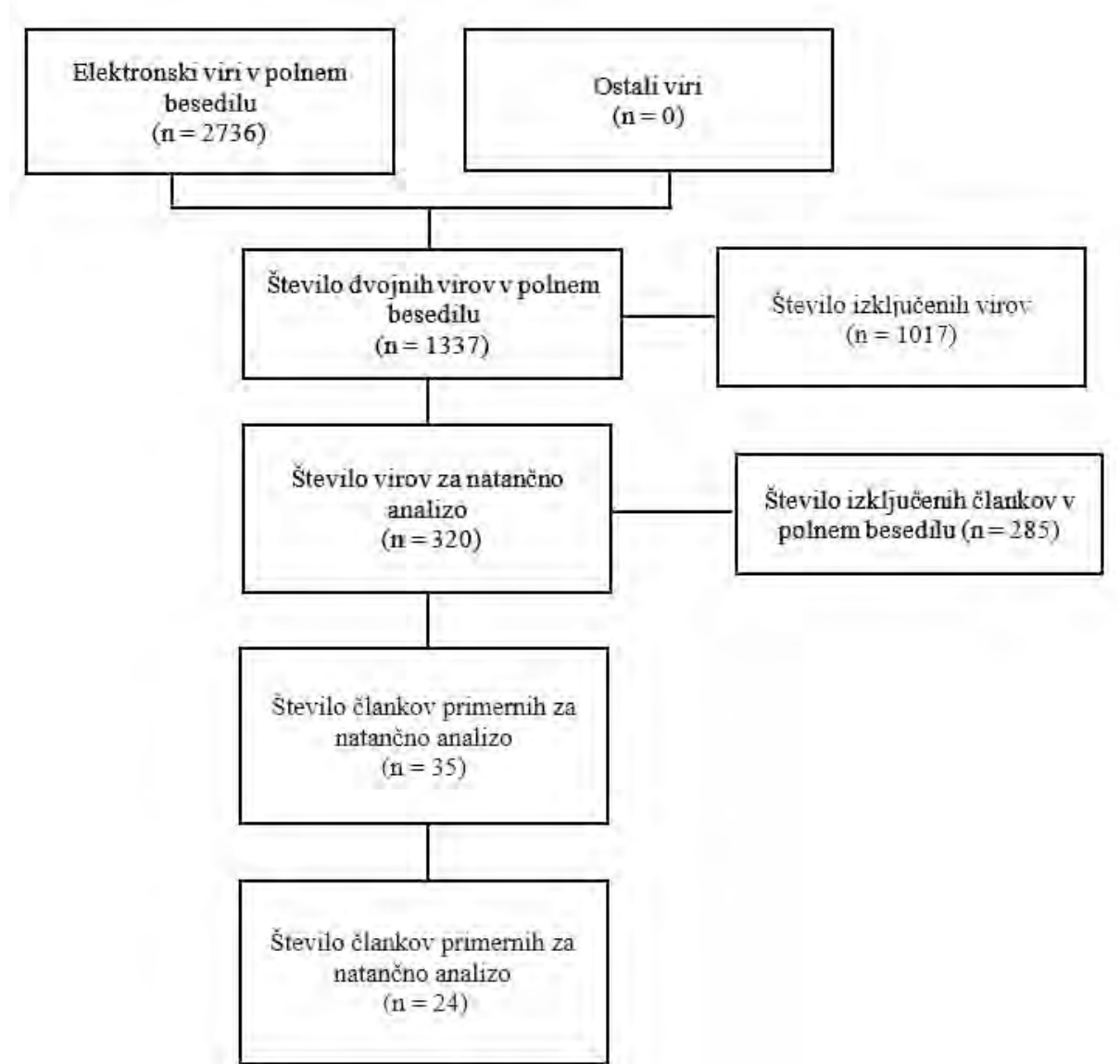
Za pregled literature je bila kronična bolezen opredeljena kot bolezen, ki jo ni mogoče ozdraviti. Iskanje medicinske literature in literature s področja zdravstvene nege je potekalo z uporabo naslednjih elektronskih baz podatkov: CINAHL, Google Učenjak, Nursing Academic Edition, Complete Academic Search and PsycARTICLES. Začetno iskanje ključnih izrazov »samo-oskrba« in »kronična bolezen« je vključevalo članke, ki so za opis samo-oskrbe in posebnih posegov uporabili druge in/ali dodatne izraze. To je sprožilo globlje iskanje izrazov »samoupravljanje«, »opolnomočenje«, »samooskrba«, »telezdravje«, »družbeni mediji« in »mobilno zdravje«. Časovni okvir za pregled pa je bil omejen na 5 let, januar 2014–januar 2018 (slika 1). Vključene študije so bile omejene na recenzirane publikacije v angleščini, ki se osredotočajo na odrasle, stare 18 let in več, ter na spodbujanje samo-oskrbe pri pacientih z eno ali več dolgotrajnimi boleznimi. Analiza podatkov je potekala po metodičnem pristopu.

3 Rezultati

Pregled literature vključuje 24 študij, vključno s kvalitativnimi (N = 3), kvantitativnimi (N = 13), mešanimi metodami (N = 1) in pregled literature (N = 7). Študije so bile osredotočene na pacienta z določeno boleznijo, pa tudi na kronične bolezni na splošno.

V diagramu PRISMA prikazujemo potek iskanja in vključevanja zadetkov v procesu pregleda literature (slika 1).

Slika 1: PRIZMA diagram poteka raziskave



Deset člankov se je osredotočilo na udeležence z eno samo bolezen: artritis (N = 2), kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) (N = 2), kronična ledvična bolezen (KKB) (N = 2), hipertenzija (N = 1), sladkorna bolezen (N = 1), mišično-skeletni sistem (N = 1) in kronična bolečina (N = 1). Deset člankov se je osredotočilo na multimorbidnost. Večina vključenih raziskovalnih študij je bila izvedenih v Združenih državah Amerike (N = 6), sledi Kanada (N = 3), Velika Britanija (N = 2), Nizozemska (N = 2), Avstralija (N = 1), Švedska (N = 1) in Tajvan (N = 1).

Glavna značilnost pregledanih člankov je izvajanje intervencij za spodbujanje samoobvladovanja bolezni in ugotavljanje učinkov vedenja ter spodbujanje spoštovanja režima oz. navodil zdravljenja. Intervencije so potekale s pomočjo mobilnih telefonov preko katerih so pacienti prejeli *izobraževalne vsebine* (Baron, Hirani in Newman, 2016, str. 510; Hardinge idr., 2015, b. s.) ali *igre* (Hickman, Clochesy, Pinto, Burant in Pignatiello, 2015, str. 259). Drugi avtorji so izpostavili intervencije s pomočjo *programov tele-zdravja*, ki so vključevali telefonsko ali video predvajanje strokovnih vsebin (Cameron idr., 2018, str. 177; Cottrell, Galea, O'Leary, Hill in Russell, 2017, str. 626; Fors idr., 2018, b. s.; Kennedy idr., 2017, str. 204), *programe za dvig samo-oskrbe* (Bratzke, 2015, str. 749; Cutler idr., 2018; Devan idr.,

2018, str. 382; Fortin, Chouinard, Diallo in Bouhali, 2019; Horrell idr., 2017, str. 560; Lin, Liu, Hsu in Tsai, 2017, str. 130; Win, idr., 2016, str. 12), *posredovanje informacij s pomočjo družbenih medijev* (Wilson idr., 2018, str. 839), *programe za spodbujanje samo-učinkovitosti* (Henselmans idr., 2014, str. 2385; Koch idr., 2015, str. 510; Roncoroni, Tucker, Wall, Wippold in Ratchford, 2019, str. 111; Wu idr., 2016, str. 2610) in *programe za dvig zdravstvene pismenosti* (Mackey, Doody, Werner in Fullen, 2016; Stellefson idr., 2017, str. 752).

Pomanjkanje dostopa do zdravstvenega varstva je pomembno prispevalo, da so pacienti začeli s samo-oskrbo. Ugotovljeno je bilo, da so tri ovire za dostop: (a) dostop do zdravstvenega sistema, (b) dostop do lokacije posebnih storitev in (c) dostop do ponudnika zdravstvenih storitev z enostavnim dostopom in visoko stopnjo zaupanja (»Dostop do zdravja«, 2019). Najvidnejša ovira, povezana s kroničnimi boleznimi, omenjena v literaturi, je dostopnost oskrbe zaradi oddaljenosti lokacije (Abroms, 2019, str. 130; Kennedy idr., 2017, str. 202; Koch idr., 2015, b. s.; Roncoroni idr., 2019, str. 114; Wilson idr., 2018, str. 840). Poleg tega so imeli sistemi za podporo bolnikom vlogo pri dvigu samo-učinkovitosti. Koch idr. (2015, b. s.) so kot glavne sisteme podpore navedli formalne zdravstvene organizacijske skupine, neformalne vrstniške skupine in družino. S pregledom člankov so ugotovili, da je pomanjkanje formalne ali neformalne podpore ovira za samo-oskrbo in pozitivne zdravstvene rezultate (Cameron idr., 2018, str. 178; Fors idr., 2018, b. s.; Henselmans idr., 2014, str. 2382; Koch idr., 2015, str. 512; Stellefson idr., 2017, str. 1411; Willis, 2016, str. 302).

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, katere netradicionalne strategije in programe lahko izvajajo medicinske sestre za spodbujanje lastne učinkovitosti pri pacientih s kronično boleznijo. Opredelili smo pet tem: (a) programi samo-upravljanja, (b) tele-zdravje, (c) mobilne aplikacije, (d) igre in (e) družbeni mediji. Prvo in priljubljeno ter preverjeno orodje v literaturi za povečanje samo-oskrbe pri obvladovanju kroničnih boleznij so programi za samo-upravljanje (Anekwe in Rahkovsky, 2018, str. 436; Bandura, 2005, str. 253; Cameron idr., 2018, str. 172; Wilson idr., 2018). Lin idr. (2017) jih opišejo v smislu nege, povezane z njihovo kronično boleznijo, ki jo pacienti izvajajo vsak dan. Čeprav je dokazano, da programi povečujejo samo-oskrbo, obstaja veliko različnih strategij za izvajanje načrta samo-oskrbe izven splošnih ambulant in raziskave so pokazale, da so tovrstne strategije premalo izkoriščene.

Tele-zdravje ali tele-medicino lahko opišemo kot zdravstvene informacije, ki se prenašajo prek tehnologije za podporo in promocijo zdravstvenega varstva z razdalje (»Telemedicina in telezdravje«, 2017). Intervencije po telefonu in videu sta bila v tem pregledu literature izpostavljene kot pomembne (Cameron idr., 2018, str. 178; Cottrell idr., 2017, str. 629; Fors idr., 2018, b. s.; Kennedy idr., 2017, str. 198). Poleg tega obstaja majhno število mobilnih aplikacij in iger, ki so bili identificirani kot možna orodja za spodbujanje samo-oskrbe. Dva članka sta bila najdena o mobilnih aplikacijah in eden o igrah (Baron idr., 2016, str. 506; Hardinge idr., 2015, b. s.; Hickman idr., 2015, str. 253). Čeprav so bile ugotovitve omejene, so nadaljnje raziskave potrdile, da je pomembno upoštevati tovrstno obliko strategije.

Internet je močno vplival na izmenjavo informacij in prebivalci na globalni ravni vsak dan uporabljajo družbene medijske platforme (Abroms, 2019, str. 130). Le dve študiji sta obravnavali družbene medije (van Berkel idr., 2015, b. s.; Wilson idr., 2018, str. 836), vendar pa povečana uporaba družbenih medijev in dostopa do interneta ter ugotovitve študij podpirajo potrebo po raziskovanju družbenih medijev kot platforme za skupno rabo informacije tudi na področju samo-oskrbe kroničnih obolenj.

4 Razprava

Namen pregleda literature je bil raziskati samo-oskrbo pri pacientih s kronično boleznijo in odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja: (a) Kakšne so ovire za samo-učinkovitost pri pacientih s kronično boleznijo? in (b) Kakšne so lahko netradicionalne strategije in pristopi medicinskih sester za spodbujanje samo-oskrbe pacientov s kronično boleznijo? Rezultati so pokazali, da obstajajo tri ovire za učinkovito samo-oskrbo, in sicer zdravstvena pismenost, dostop in podpora pacientom v času obravnave. Identificiranih je bilo pet pomembnih strategij za spodbujanje samo-oskrbe: programi za samo-upravljanje, tele-zdravje, mobilne aplikacije, igre in družbeni mediji. Čeprav je bila pri nekaterih strategijah na voljo le omejena literatura, ugotovitve izpostavljajo možne posege, ki jih lahko pri vodenju pacienta medicinska sestra izvaja za povečanje spoštovanja režimov zdravljenja in zmanjševanju zapletov.

4.1 *Ovire za samooskrbo pacienta s kronično boleznijo*

Oskrba naj bi bila osredotočena na pacienta in naj bi postavila pacienta v center obravnave, ki bi mu zagotovila aktivno vlogo pri obravnavi v zdravstvenem varstvu (Fors idr., 2018, b. s.). Pri izpeljavi strategij za izboljšanje samo-oskrbe je treba upoštevati več vidikov. Ni vsak pacient opremljen z enako stopnjo znanja in razumevanja procesa bolezni; zato ne verjamejo vsi pacienti v enaki meri v uspešno vodenje njihove oskrbe. Nekateri imajo lahko visoko stopnjo razumevanja in visoko samo-učinkovitosti, saj verjamejo, da zmorejo upravljati z boleznijo; vendar pa obvladovanje kroničnih bolezni lahko izčrpa pacienta in zmanjša se motivacija (Devan idr., 2018, str. 385). Poleg tega je zapletenost kronične bolezni v tem, da pogosto zahteva veliko izobraževanja v zelo kratkem času (Win idr., 2016, str. 10). Ker so pacienti preplavljeni z informacijami, je treba upoštevati primeren čas izobraževanja (Win idr., 2016, str. 11), ki je ciljno usmerjen glede na posebna prepričanja in potrebe pacienta (Fors idr., 2018, b. s.).

Cilji samooskrbe pacientov s kroničnimi boleznimi so izogibanje zapletom, preprečevanje poslabšanja in ohraniti delovanje na vseh področjih življenja. Več dejavnikov, kot so odnos, znanje in veščine ter podpora in prepričanja, lahko vplivajo na vedenje in zdravje posameznika (Wu idr., 2016, str. 2612). Devan idr. (2018, str. 385) so ugotovili, da je veliko dejavnikov, kot so osebni, psihološki. Režimi zdravljenja so kot olajševalci in ovire pri stalnem samoupravljanju. Poleg tega sta Roncoroni idr. (2019, str. 111) ugotovili, da samo-oskrbnost pacienta poveča možnosti za vključevanje v dejavnosti, ki spodbujajo zdravje, spoštovanje režimov zdravljenja in iskanje načinov za povečanje lastne učinkovitosti.

4.2 *Zdravstvena pismenost*

Samo-oskrba je odvisna od zdravstvena pismenosti (Devan idr., 2018, str. 386). Pogosto so pacienti preobremenjeni z novo diagnozo in informacijami, stres lahko poveča njihovo nerazumevanje. Pomembno je, da medicinska sestra razume potrebe pacienta, da določi ustrezne posege in izboljša samo-oskrbo (Cutler idr., 2018, str. 362).

Vpliv zdravstvene pismenosti na pacientovo samo-oskrbo bolezni so raziskovali Mackey idr. (2016, str. 758). Ugotovili so, da kronične bolezni, zahtevajo znanje in spretnost ter zmožnost pridobitve znanja z različnimi načini izobraževanja in viri podpore. Na splošno ugotovitve podpirajo povezavo med zdravstveno pismenostjo in sposobnostjo samo-oskrbe ter priporočajo identifikacijo pacientov z nizko pismenostjo in zagotavljanjem ustreznih posegov za izboljšanje samo-oskrbe.

4.3 Dostop

Pomanjkanje dostopa in geografska izoliranost omejujeta pravočasno oskrbo pacientov, poleg tega imajo prebivalci na podeželju nižjo stopnjo zdravljenja in višjo stopnjo umrljivosti kot pacienti v mestu (Cottrell idr., 2017, str. 638). Poleg tega so bila navedena revna območja ker imajo večje tveganje za razvoj kroničnih zdravstvenih stanj kot bolj ugodna območja. Odrasli z nižjimi dohodki imajo več stresa in manj možnosti za promocijo zdravja in omejen dostop do zdrave hrane in območij za vadbo (Horrell idr., 2017, b. s.). Roncoroni idr. (2019, str. 112) so ugotovili, da povečanje samo-oskrbe lahko poveča spoštovanje režimov zdravljenja in je zato nujno najti načine za odpravo vrzeli v dostopu. Kennedy idr. (2017, str. 202) ugotavljajo, da se je izboljšala samoučinkovitost in spremenilo vedenje pacientov po izvajanju programa samo-upravljanja s pomočjo tele-medicine, ki bi lahko bila rešitev za doseganje pacientov na podeželju.

4.4 Podpora

Cameron idr. (2018, str. 185) trdijo, da je socialna podpora ključ do učinkovitosti v programih samoupravljanja za paciente s kronično boleznijo. Poleg tega Willis (2016, str. 302) postavlja družbeno povezanost in podporo kot ukrepa za doseganje večje samo-učinkovitosti. Fortin idr. (2019, str. 561) poročajo, da so posegi pri nekaterih pacientih omejeni, ko družina nasprotuje spremembi ali ne podpira pacienta.

4.5 Nove strategije

4.5.1 Programi samo-upravljanja

Samo-obvladovanje zapletenih procesov bolezni zahteva, da posamezniki prepoznajo in poskušajo izvesti potrebne naloge za izboljšanje kakovosti življenja (Lin idr., 2017). Programi za samo-upravljanje bolezni niso bili ustvarjeni, da bi nadomestili pogovore med pacienti in zdravniki/medicinskimi sestrami glede zdravstvenih storitev, temveč so dopolnitev tradicionalne strategije (Cameron idr., 2018, str. 178). Cutler idr. (2018, str. 366) predlagajo, da bi bilo treba izvesti programe samo-upravljanja za zmanjšanje števila hospitalizacij in nadaljnje zmanjšanje stroškov obvladovanja kroničnih bolezni.

4.5.2 Tele-zdravje

Po mnenju Hardinga idr. (2015, b.s.) so aplikacije za tele-zdravje enostavne za uporabo tako za paciente kot za izvajalce zdravstvenih storitev. Aplikacije vplivajo na upravljanje in podpirajo samo-upravljanje zdravja na daljavo. Na voljo je veliko nizkocenovnih možnosti, ki jih je mogoče integrirati v elektronske sisteme organizacij in so enostavni za uporabo pacientov, ki imajo osnovno znanje računalništva.

4.5.3 Igre

V študiji Hickman idr. (2015, str. 274) je bilo ugotovljeno, da resne igre za mladostnike s kronično boleznijo povečujejo samo-učinkovitost in spremembo vedenja. Udeleženci študije so bili posamezniki, ki so bili izpostavljeni kronični bolezni in so uporabljali igro za zdravljenje, imenovana eSMART-HD. Ta intervencijski sistem je udeležencem omogočil interakcijo z zdravstvenim delavcem na podlagi avatarjev, kar jim je omogočil vadbo z možnostjo, da doživijo interakcijo na podlagi njihovega specifičnega procesa bolezni. Udeleženci so prejeli povratne informacije v realnem času in izobraževalne vire za dopolnitev interakcije. Rezultati so bili mešani, pri čemer so nekateri imeli pozitivne rezultate, drugi pa ne; vendar je treba opozoriti, da bi bila lahko uporaba iger pri samo-upravljanju s kronično boleznijo obetavna strategija.

4.5.4 Mobilne aplikacije

Integracija izobraževanja za obvladovanje kroničnih bolezni na primarnem nivoju je bistvenega pomena in povečuje rezultate za paciente (Fortin idr., 2019, str. 563). Vse bolj se pričakuje, da bodo pacienti avtonomni pri obvladovanju kroničnih bolezni. Oskrba, osredotočena na pacienta, ne more biti enoten pristop za vse in organizacije morajo aktivno spodbujati samoupravljanje prek strategije, ki izboljšujejo in vzdržujejo samo-učinkovitost. Nova tehnologija dokazano izboljšuje tradicionalno izobraževanje in doseg pacientov več pacientov kot kdajkoli prej. Povečanje samo-učinkovitosti bi lahko bil način za večjo samo-oskrbo pacienta s kronično boleznijo in na ta način bi dosegli zmanjševanje stroškov obravnave kroničnih obolenj.

4.5.5 Družbeni mediji

Raziskave o uporabi spletnih družbenih medijev za izboljšanje lastne učinkovitosti pri pacientih s kronično boleznijo (Abroms, 2019, b. s.) je pokazala, da je zelo malo literature, ki bi preučil vpliv družbenih medijev na zdravje; vendar z naraščajočo populacijo, ki uporablja družbene medije, bi to lahko bila možna platforma za izmenjavo virov in podporo pacientom s kronično boleznijo.

4.5.6 Posledice za izobraževanje, raziskave in praksa

Izvajalci zdravstvenih storitev se morajo zavedati vpliva ocene za samo-učinkovitost pri pacientih s kroničnimi boleznimi. Kontinuirano izobraževanje o preprečevanju bolezni in samoupravljanju je še vedno pomembno v primarni oskrbi in je še naprej osnova zdravstvene obravnave pacienta s kronično boleznijo. Potreba po kakovostni samo-oskrbi in ugotavljanje posebnih potreb pacientov pa je imperativ (Hickman idr., 2015, str. 273).

5 Zaključek

Dokazano je, da lahko pri pacientih s kroničnimi boleznimi izboljšamo samo-oskrbo s posegi, ki podpirajo samoupravljanje; vendar pa ta ne more biti uspešna, če se ne izvajajo strategije za odpravljanje ovir. Z uvajanjem novih strategij pri obvladovanju kroničnih obolenj bi lahko zdravstvene organizacije ohranjale lastno učinkovitost in izboljšale kakovost obravnave pacienta, na drugi strani bi zmanjšale skupne stroške zdravljenja in strošek ponovnih hospitalizacij pri obravnavi pacienta s kronično boleznijo.

LITERATURA

1. About chronic diseases. (2019). Pridobljeno s www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm.
2. Abroms, L. C. (2019). Public health in the era of social media. *American Journal of Public Health*, 109 (52), 130–131. Pridobljeno s <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304947>.
3. Access to health services (2019). Pridobljeno s [://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services](http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/Access-to-Health-Services).
4. Anekwe, T. D. in Rahkovsky, I. (2018). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 108, 430–436. Pridobljeno s <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041r>.
5. Bandura, A. (1977). Self-efficacy through a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215.
6. Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *Applied Psychology*, 54 (2), 245–254. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2005.00208.x>
7. Bandura, A. (2018). Toward a psychology of human agency: Pathways and reflections. *Perspectives on Psychological Science*, 13 (2), 130–136. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/1745691617699280>

8. Bandura, A. (2019). Applying theory for human betterment. *Perspectives on Psychological Science*, 14 (1), 12–15.
9. Baron, J., Hirani, S. P. in Newman, S. P. (2016). Investigating the behavioral effects of mobile-phone based home telehealth ntervention in people with insulin-requiring diabetes: Results of a randomized controlled trial with patient interviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23, 503–512. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/1357633X16655911>
10. Bratzke, L. C., Muehrer, R. J., Kehl, K. A., Lee, K. S., Ward, E. C. in Kwekkeboom, K. L. (2015). Self-management priority setting and decision-making in adults with multimorbidity: A narrative review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 744–755. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.010>
11. Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J., Hawker, G. in Salbach, N. M. (2018). »In this together«: Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Sciences & Medicine*, 208, 172–179. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>
12. Cottrell, M. A., Galea, O. A., O’Leary, S. P., Hill, A. J. in Russell, T. G. (2017). Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 31 (5), 625–638. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0269215516645148>
13. Cutler, S., Crawford, P. in Engleking, R. (2018). Effectiveness of group self-management interventions for persons with chronic conditions: A systematic review. *MED/SURG Nursing*, 27 (6), 359–367.
14. Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saipe, B. in Perry, M. A. (2018). What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy*, 98 (5), 381–397.
15. DiClemente, R., Nowara, A., Shelton, R. in Wingood, G. (2019). Need for innovation in public health research. *American Journal of Public Health*, 109 (52), 117–120. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304876>
16. Fors, A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg - Jansson, A., Fu, M., Lindstrom Kjellberg, I. idr. (2018). Effects of a person-centered telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure – A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 8, e0203031. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203031>
17. Fortin, M., Chouinard, M., Diallo, B. B. in Bouhali, T. (2019). Integration of chronic disease prevention and management services into primary care (PR1MaC): Findings from an embedded qualitative study. *BMC Family Practice*, 20 (7), 559–566. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0898-z>
18. Greenwood, S., Perrin, A. in Duggan, M. (2016). Social media update 2016. Pridobljeno s <http://www.pewinternet.org/2016/11/11/social-media-update-2016/>.
19. Hardinge, M., Rutter, H., Velardo, C., Shah, S. A., Williams, V., Tarassenko, L. in Farmer, A. (2015). Using mobile health application to support self-management in chronic obstructive pulmonary disease: A sixmonth cohort study. *Medical Informatics and Decision Making*, 15, 46. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0171-5>
20. Henselmans, I., Heijmans, M., Rademakers, J. in Van Dulman, S. (2014). Participation of chronic patients in medical consultations: Patients’ perceived efficacy barriers and interest in support. *Health Expectations*, 18, 2375–2388. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1111/hex.12206>
21. Hickman, R. L. Jr, Clochesy, J. M., Pinto, M. D., Burant, C. in Pignatiello, G. (2015). Impact of serious game for health on chronic disease self-management: Preliminary efficacy among community dwelling adults with hypertension. *Journal of Health and Human Services Administration*, 38, 253–275.
22. Horrell, L. N., Kneipp, S. N., Ahn, S., Towne, S. E. Jr, Mingo, C. A., Ory, M. G. in Smith, M. L. (2017). Chronic disease self- management education courses: Utilization by low-income, middle-aged participants. *International Journal of Equity Health*, 16, 114. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0604-0>
23. Kennedy, C. A., Warmington, K., Flewelling, C., Shupak, R., Papachristos, A., Jones, C. idr. (2017). A prospective comparison of telemedicine versus in-person delivery of an interprofessional

- education program for adults with inflammatory arthritis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23 (2), 197–206. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/1357633X16635342>
24. Koch, G., Wakefield, B. J. in Wakefield, D. S. (2015). Barriers and facilitators to managing multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Western Journal of Nursing Research*, 37 (4), 498–516. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0193945914549058>
 25. Lin, M., Liu, M. F., Hsu, L. in Tsai, P. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 128–137. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.008>
 26. Mackey, L. M., Doody, C., Werner, E. L. in Fullen, B. (2016). Self-management skills in chronic disease management: What role does health literacy have? *Medical Decision Making*, 36, 741–759. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0272989X16638330>
 27. Rivera, S. (2017). Identifying and eliminating the barriers to patient education for patients in the early stages of chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 44 (3), 211–217.
 28. Roncoroni, J., Tucker, C. M., Wall, W., Wippold, G. in Ratchford, J. (2019). Associations of health self-efficacy with engagement in health-promoting behaviors and treatment adherence in rural patients. *Family and Community Health*, 42 (2), 109–115. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000219>
 29. Souza, M., Silva, M. in Carvalho, R. (2010). Integrative review: What is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*, 8 (1), 102–106. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
 30. Stellefson, M. L., Shuster, J. J., Chaney, B. H., Paige, S. R., Alber, J. M., Chaney, J. D. in Sriram, P. S. (2017). Web-based health information seeking and ehealth literacy among patients living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Health communication*, 33 (12), 1410–1424. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1353868>
 31. Willis, E. (2016). Patients' self-efficacy within online health communities: Facilitating chronic disease self-management behaviors through peer education. *Health Communication*, 31 (3), 299–307. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.950019>
 32. Wilson, M., Hewes, C., Barbosa - Leiker, C., Mason, A., Wuestney, K. A., Shuen, J. A. in Wilson, M. P. (2018). Engaging adults with chronic disease in online depressive symptom self-management. *Western Journal of Nursing Research*, 40, 834–854. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0193945916689068>
 33. Win, K. T., Hassan, N. M., Oinas - Kukkonen, H. in Probst, Y. (2016). Online patient education for chronic disease management: Consumer perspectives. *Journal of Medical Systems*, 40 (88), 1–13. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s10916-016-0438-0>
 34. Wittemore, R. in Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546–553. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
 35. Wu, S. V., Hsieh, N., Lin, L. in Tsai, J. (2016). Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2609–2618. Pridobljeno s <https://doi.org/10>

Otrok z motnjo v duševnem razvoju in vedenjskimi in čustvenimi težavami – prikaz primera

UDK 376-056.36-053.2

KLJUČNE BESEDE: vedenjski odkloni, otrok, motnja v duševnem razvoju, medicinska sestra

POVZETEK - Motnje vedenja in čustvovanja se lahko pojavljajo kot simptom neprepoznanih potreb pri otroku z motnjo v duševnem razvoju. Lahko so posledica travmatičnih dogodkov v otroštvu. Takšni otroci zahtevajo multidisciplinarno obravnavo, katerega del so tudi izvajalci zdravstvene nege. Obravnave so zahtevne, dolgotrajne in pogosto ne dajo pričakovanih izidov. V teoretičnem delu predstavljamo podatke zbrane s preučitvijo domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer bomo iskali ključne besede. V empiričnem delu smo uporabili kvalitativno metodo in opravili raziskavo posameznega primera družbenih entitet. Raziskava je bila izvedena pri otroku z motnjo v duševnem razvoju ter motnjami vedenja in čustvovanja. Otrok ima največ težav na vedenjskem in čustvenem področju, najverjetneje tudi zaradi travmatizirajočih dogodkov. Pogostost vedenjskih odklonov kaže na to, da so težave otrok s takšnimi oblikami vedenja zelo kompleksne ter potrebujejo specifične strokovne pristope. Osnova je individualen in celostni pristop z vključevanjem aktivnega vedenjskega modela (behavioristična smer), ki uporablja tehnike klasičnega pogojevanja, instrumentalnega pogojevanja in modelnega učenja. Vsi zaposleni potrebujejo posebna znanja in veščine.

UDC 376-056.36-053.2

KEYWORDS: behavioural disorders, child, intellectual disabilities, nurse

ABSTRACT - Behavioral and emotional disorders may occur as a symptom of unrecognised needs in a child with intellectual disabilities. They may be the result of traumatic events in childhood. Such children require multidisciplinary treatment that includes nursing care providers. The treatments are demanding, lengthy and often do not lead to the expected results. In the theoretical part, we will present the data we collected by examining domestic and foreign professional and scientific literature in search of keywords. In the empirical part, we will use a qualitative method and conduct a study on a single case of social entities. The research sample will include one person, i.e. a child with intellectual developmental behavioural and emotional disorders. The child has most of the problems in the behavioural and emotional areas, most likely also due to traumatic events. The frequency of behavioural deviations indicates that the problems of children with such behaviors are very complex and require specific professional approaches. The basis is an individualised and holistic approach involving an active behavioural model (behavioural course) that uses the techniques of classical conditioning, instrumental conditioning and model learning. All employees require specific knowledge and skills.

1 Otrok z motnjo v duševnem razvoju

Razvoj otroka lahko opisujemo s spremembami skozi celoten življenjski cikel na telesnem, spoznavnem in psihosocialnem področju. V publikaciji Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami avtorji motnjo v duševnem razvoju (MDR) opredeljujejo kot nevrološko pogojeno razvojno motnjo, ki nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih pri prilagoditvenih spretnostih (Marinč idr., 2015). Otroci s posebnimi potrebami sodijo v skupino ljudi, ki so najbolj ogroženi oz. ranljivi, saj ne morejo zahtevati spoštovanja svojih osnovnih človeških pravic. Pri otrocih, ki rastejo in se razvijajo, je še posebej pomembna ustrezna strokovna obravnava, ki ne krati osnovnih otrokovih pravic do

izobraževanja, druženja z vrstniki ter igre. Odvisnost od pomoči drugih določa stopnja motnje v duševnem razvoju (zmerna, težja ali težka) in pridružene motnje v telesnem razvoju (lažji motorični izpad, zmerna, težja ali težka motorična telesna motnja). Kazalnika, ki nakazujeta odvisnost otroka, sta tudi pogostost akutnih obolenj in kombinirane motnje, kar pomeni, da imajo lahko osebe hkrati kronično bolezen, prirojene sistemske anomalije, epilepsijo, motnje senzoričnih organov ipd. (Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje, 2004). Breclj Kobe in Hitejc (1987) pravita, da je duševna motnja sindrom, ki ga sestavlja niz simptomov, med katerimi je najpomembnejši primanjkljaj intelektualnih sposobnosti in je pogosto v povezavi z zmanjšano sposobnostjo prilagajanja socialnim situacijam.

Duševna motnja je odraz nevrološke bolezni oziroma poškodbe možganov, ki je lahko nastala v toku nosečnosti ali obporodnega obdobja, manj pogosto pa v zgodnjem ali poznem otroštvu. Otroci z duševno motnjo imajo lahko težave pri razvoju komunikacije ter potrebujejo primerne, posebej prilagojene spodbude. Če jim ne pomagamo razvijati učinkovitejše komunikacije, obstaja velika verjetnost, da prevzamejo pasivno vlogo ali razvijejo neprilagojeno vedenje, s katerim vzbujajo pozornost (Korošec in Ogrin, 2013). Največ težav pri komunikaciji imajo osebe z motnjami avtističnega spektra (SAM). Nekateri se izogibajo očesnemu kontaktu, so zelo aktivni, lahko so mirni ali zatopljeni vase. Ne kažejo s prstom na stvari, da bi opozorili nanje, in ne delijo svojih zanimanj z drugimi (Hannah, 2009). Obstaja cel spekter čustvenih in vedenjskih motenj, ki se praviloma pojavljajo skupaj s primanjkljaji na drugih področjih, npr. z motnjami pozornosti ali hiperaktivnostjo, z govorno-jezikovnimi motnjami, z motnjami avtističnega spektra ipd. Pri opredelitvi posebnih potreb pri otrocih z MDR upoštevamo biološke, socialne, psihološke in okoljske dejavnike, saj tudi vzroki za te motnje izhajajo iz različnih področij, kar lahko posamezno ali v kombinaciji sproži in vzdržuje otrokove neprimerne čustvene in vedenjske odzive (Kriterij za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami, 2014).

1.1 Obravnava otroka z MDR in vedenjskimi in čustvenimi težavami

Obravnava otrok z motnjo v duševnem razvoju je zelo zahtevna. Zagotovljene morajo biti vse življenjske potrebe ob upoštevanju vseh posebnosti posameznika. Izvedena mora biti individualna diagnostika z načrtovanimi obravnavami, ki so prilagojene vsakemu otroku posebej (Timby in Smith, 2005). Celosten pristop in interdisciplinarna obravnava je temelj za njihovo dobro psihofizično počutje in zdravje. V interdisciplinarnem timu sodelujejo specialno rehabilitacijski pedagog, psiholog, socialna delavka, fizioterapevt, logoped, delovni terapevt in diplomirana medicinska sestra. Le ti sestavljajo rehabilitacijski tim. Pri individualni obravnavi se upošteva, da se posamezni otroci zaradi svojega stanja ne zmorejo ali ne znajo sami identificirati. Intelektualne sposobnosti dojemanja oseb z motnjami so tako omejene, da ne razumejo, zakaj je določen postopek potreben, zadovoljevanje dnevnih in drugih aktivnosti pa lahko razumejo kot grobo poseganje v njihov osebni prostor. Nekateri reagirajo z nemirom zaradi strahu, ki ga povzročajo negativni občutki zaradi nezmožnosti razumevanja, drugi ne zmorejo izraziti svojega počutja. Zaradi naštetega je opazovanje in ocenjevanje uspešnosti obravnave proces, ki zahteva od izvajalca veliko strokovnega znanja in dobro poznavanje posameznika (Limonšek, 2008). Kakovostna zdravstvena nega otrok z MDR zahteva celosten pristop strokovnjakov s posebnimi znanji in izkušnjami ter sodelovanje s starši ali skrbniki. Čeprav imajo otroci z MDR mnogo skupnih značilnosti, so njihove osebnosti in potrebe posebne, zato mora biti pristop načrten, individualen ter usmerjen v ohranjanje in pridobivanje njihovih sposobnosti (Brenčič, 2008, str. 12–19).

Obravnava zahteva celosten pristop interdisciplinarnega tima, katerega član je tudi diplomirana medicinska sestra. Pomembno je sodelovanje vseh, ki so vključeni v obravnavo otroka, še posebej staršev. Izdela se integrativna diagnoza, ki je sestavljena iz (Došen, 2010):

- psihiatrične diagnoze,
- psihopatološkega mehanizma (izvor vedenja - zgodnji razvoj, vzrok pojavljanja, časovna opredelitev pojavljanja),
- določitev bioloških faktorjev,
- nevrofizioloških faktorjev,
- rezultatov uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev,
- nevropsiholoških faktorjev,
- opisa osebnostnih lastnosti,
- izražanja osnovnih potreb,
- interakcijskih vzorcev,
- določitve eksistenčnih problemov (zmožnosti zagotavljanja potreb v okolju),
- ocene okolja,
- priporočene obravnave.

Pristopi in obravnave so kompleksni, raznoliki in večplastni. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri podpori, ki jo nudi otroku in družini, odgovorna je za prepoznavanje znakov ter točno in objektivno predajanje informacij, ki so pri opazovanju in obravnavi zelo pomembne (Solomon in McHale, 2012). Osnovni namen je zagotavljanje visoko kakovostne in učinkovite presoje in skrbi za otroka ter družino. Usposobljena mora biti za interdisciplinarno delo z različnimi strokovnjaki, nenehno mora razvijati svoje kompetence ter dopolnjevati svoje znanje (Higgins, 2008, str. 154). Z znanjem zdravstvene nege, poznavanjem patologije in obvladovanjem diagnostično-terapevtskih postopkov sodeluje v interdisciplinarnem timu pri ocenjevanju stanja, pri prepoznavanju simptomov otroka, prizadevanju k stabiliziranju psihičnega stanja ter pri obravnavah (Tominašek in Poljanšek, 2012). Vloga in funkcija medicinske sestre pri obravnavi otroka z MDR je, da s svojim delom, znanjem in izkušnjami pomaga, poleg tega pa pri opravljanju svojega dela ne izreka sodb (Rubin, 2014, str. 35).

Otroci z motnjo v duševnem razvoju in vedenjskimi in čustvenimi težavami imajo največ težav z neprilagojenimi oblikami vedenja, kar je za okolico zelo moteče. Celostni in individualni pristop lahko te težave zmanjša, obravnava pa zahteva specifična znanja. Potreben je timski pristop ter strukturirano okolje in obravnave. Zaposleni potrebujejo specifična znanja.

Namen raziskave je prikazati zahtevnost obravnave otroka z motnjo v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi motnjami, s ciljem prikazati pomen individualnega in celostnega pristopa obravnave.

2 Raziskovalna metodologija

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kvalitativna metoda z opravljeno študijo posameznega primera družbenih entitet, v katero je bil vključen otrok z MDR in vedenjskimi ter čustvenimi težavami. Uporabili smo kombinirano vrsto gradiva, ki vključuje tako primarno kot sekundarno gradivo. Izveden je bil intervju.

Osebam so bile zagotovljene pravice do neškodovanja, do polne pojasnitve, do samoodločbe, do zasebnosti, do anonimnosti in zaupnosti. Seznanjeni so bili s vsebino, s cilji in z namenom raziskave, z načinom zbiranja in obdelave podatkov, z načinom poročanja o rezultatih ter z načinom in s trajanjem hranjenja podatkov.

2.2 Opis instrumenta

V teoretičnem delu so bili podatki zbrani s pomočjo domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo iskali naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: vedenjski odkloni, otrok, motnja v duševnem razvoju, medicinska sestra in v angleškem jeziku: behavioral disorders, child, intellectual disabilities, nurse. Izveden je bil intervju s psihologinjo in diplomirano medicinsko sestro ter je potekal individualno. V empiričnem delu smo uporabili kvalitativno metodo in izdelali študijo posameznega primera družbenih entitet. Vprašanja smo sestavili na podlagi pregleda strokovne literature (Brenčič, 2008; Limonšek, 2008; Marinč, 2015). Pridobljeno gradivo smo analizirali besedno. Nikjer niso omenjeni osebni podatki otroka, iz katerih bi lahko sklepali na njegovo identiteto.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni priložnostni vzorec študije primera. Vzorec raziskave je bil otrok z zmerno motnjo v duševnem razvoju, spektroatvistično motnjo (SAM) in slabovidnostjo. V raziskavi niso nikjer omenjeni osebni podatki otroka, iz katerih bi lahko sklepali na njegovo identiteto. V raziskavo sta bili vključeni tudi psihologinja in medicinska sestra.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je trajala od avgusta do septembra 2021. Izvedena je bila v dveh fazah. Prva faza je bil pregled razpoložljive dokumentacije in zbiranje pomembnih podatkov o otroku. V drugi fazi je bil izveden pol strukturirani intervju z psihologinjo in medicinsko sestro. Po zaključenem intervjuju je bila izvedena analiza, transkripcija ter odprto kodiranje. Iz pridobljenih podatkov so bile določene vsebinsko določene kode in definirane kategorije. Vsem vključenim so bile zagotovljene pravice do neškodovanja, do polne pojasnitve, do samoodločbe, do zasebnosti, do anonimnosti in zaupnosti. Vključenim je bila pojasnjena vsebina, cilji in namen raziskave, način zbiranja in obdelave podatkov, način poročanja o rezultatih ter trajanje hranjenja podatkov.

3 Rezultati

Iz zdravstvene dokumentacije oz. zdravniške evidence bolezni (Zdravstveni karton učenca, obrazec 8,8, odpustnice, izvidi) je razvidno, da gre pri otroku za zmerno motnjo v duševnem razvoju, spektroatvistično motnjo (SAM) in slepoto. Otrok je bil nedonošenček, rojen v 24. tednu. Pri otroku se že vrsto let pojavljajo vedenjske težave. Iz dokumentacije je razvidno, da se je agresivno in destruktivno vedenje začelo pojavljati že v vrtcu. Zaradi ponavljajočih, izjemno nevarnih agresivnih izpadov je bil že večkrat hospitaliziran. Agresivno vedenje se kaže v obliki udarcev z nogo, udarcev z roko. Uničuje predmete, jih meče ob tla in lomi. Ob tem sočasno kriči in kaže izrazito vznemirjenost. Ima avtoagresivne znake vedenja.

Diagnoze: zmerna duševna manjrazvitost, avtizem v otroštvu, motnja vedenja (neopredeljena), druge opredeljene motnje centralnega živčevja, razslojitev mrežničnih plasti, glavkom (neopredeljen), slabovidnost obeh oces, druge opredeljene bolezni dihal.

Iz individualnega načrta zdravstvene nege, za obdobje od 1. 8. do 30. 9. 2021 je razvidno, da ima otrok naslednje primanjkljaje (LOSS lestvica):

- ni sposoben vzpostaviti kontakta z drugo osebo, odziva se negativno na večino dražljajev,
- je nesposoben upoštevati pravila in zakonitosti,
- ne zmore se učiti,
- ne zmore sodelovati v rekreacijskih aktivnostih,
- ni samostojen v načrtovanju dnevnih aktivnosti,
- zna verbalno izraziti svoje potrebe in čustva, govor je rahlo zatikajoč,

- ni sposoben prepoznati nevarnosti v okolju in se jim izogniti,
- je popolnoma odvisen pri izvajanju osebne higiene in skrbi za urejenost,
- sam se obleče in sleče,
- športne aktivnosti so otežene zaradi slabovidnosti,
- avtoagresija in heteroagresija.

Na podlagi ugotovitev v negovalni anamnezi medicinska sestra pri otroku načrtuje aktivnosti, katere širši cilji so:

- otrok bo urejen in čist,
- ne bo vznemirjen,
- ne bo poškodovan,
- počutil se bo varno,
- ne bo nevaren drugim.

Analiza pridobljenih podatkov je prikazana v tabeli 1.

Tabela 1: Analiza pridobljenih podatkov

<i>Izjave iz intervjuja, podatki iz negovalne in zdravstvene dokumentacije</i>	<i>Kode</i>	<i>Kategorije</i>
Zaletavajoča hoja, teče, po stopnicah hodi samostojno, vendar ob varovanju druge osebe. Pomoč potrebuje pri hoji navzgor, na neravnem terenu, na ledenih površinah.	Groba motorika	Razvoj otroka
Pincetni prijem je razvit.	Fina motorika	
Moti ga svetloba. Oči ima ves čas priprte. Ugotovi smer zvoka, prepozna osebe po govoru. Loči mokrosuho, mrzlo-vroče, trdo-mehko. Prepozna smrad in prijeten vonj.	Perceptivno motorične spretnosti (vid, sluh, tip, vonj, okus)	
Je hitro, žveči hrano. Rad ima sladkarije in hitro prehrano.	Hranjenje	Sposobnosti
Občasno maže z blatom. Potrebuje pomoč po odvajanju.	Izločanje, odvajanje	
Pri oblačenju in slačenju potrebuje pomoč.	Oblačenje in slačenje	
Umije se sam. Ne zna si nastaviti primerne temperature. Potrebuje pomoč in vodenje.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	
Ne zna se izogniti nevarnostim v zunanjem okolju.	Izogibanje nevarnostim v okolju	
Rad posluša glasbo.	Glasbene spretnosti	
Govor poseben, intoniran.	Komunikacijske spretnosti	
Prيرهja situacije, avtoagresija in heteroagresija. Občasno vzpostavi očesni kontakt, ki pa je bežen.	Socialno emotivne spretnosti	

Na podlagi ugotovljenih otrokovih potreb (tabela 1) je razvidno, da potrebuje pomoč in podporo na večini področij, največ težav pa se pojavlja na področju vedenja. Zaradi vedenjskih in čustvenih motenj je bila izdelana diagnostika, ki kaže na možne vzroke vedenjskih težav ter je izhodišče za izdelavo individualnega pristopa obravnav (tabela 2).

Tabela 2: Diagnostika

1a. Psihiatrična diagnoza (DSM IV) 1b. Razvojna psihiatrična diagnoza	OS -1: stereotipno vedenje, pasivnost, agresija (jeza) OS 2: Zmerna duševna motnja OS 3: SAM, slabovidnost
2. Psihopatološki mehanizem	Agresija v obliki izražene jeze se je pojavljala že v zg. otroškem obdobju.
3. Biološki faktorji	Praematurus, nevrološka motnja
4. Nevrofiziološki faktorji	Abnormna nevrološka simptomatika, slepota
5. Razvoj osebnosti	Faza adaptacije

6. Osebnostne lastnosti	Avtoagresija in heteroagresija.
7. Potrebe	Ne zna vzpostaviti osnovnih socializacijskih odnosov.
8. Interakcijski vzorci	Očesni stik vzpostavi za kratek čas. Ni prepoznan vzrok vedenjskih odklonov.
9. Eksistenčni problemi	Potrebuje individualni pristop in mirno okolje, prilagojeno in strukturirano.
10. Okolje	Živi v institucionalnem varstvu.
11. Tretma (obravnavna)	<ul style="list-style-type: none"> ▫ vzpostaviti psihofiziološko homeostazo, ki bi ugodno vplivala na razvoj bazalne sigurnosti, ▫ individualna obravnava, ▫ relaksacija, ▫ integracija senzornih dražljajev, ▫ struktura prostora, časa in aktivnosti

Ob motnji v duševnem razvoju je razvidno, da ima otrok težave tudi na področju duševnega zdravja, kar se kaže kot vedenjski odkloni. Ob pripravi individualnega načrta je potrebno upoštevati otrokov kognitivni, socialni in emocionalni razvoj. Podatki, ki so pridobljeni na podlagi integrativne diagnoze so pomembni za načrtovanje nadaljnjih obravnav ter razumevanje otrokovega vedenja. Le to je tudi predpogoj za vzpostavitev zaupanja med otrokom in zaposlenimi.

4 Razprava

V prispevku je prikazan primer obravnave otroka z motnjo v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi motnjami. Zahtevnost take obravnave opisujejo številni avtorji.

Otrok ima zmerno motnjo v duševnem razvoju ter največ težav na vedenjskem in čustvenem področju. Gre za trajno stanje, ki zahteva veliko prilagajanja okolja in prepoznavanje njegovih potreb. Kot navajata Breceľj Kobe in Hitejc (1987, str. 103) je duševna motnja sindrom, ki ga sestavlja primanjkljaj intelektualnih sposobnosti in je pogosto v povezavi z zmanjšano sposobnostjo prilagajanja socialnim situacijam. Marinč s sodelavci (2015, str. 6) navaja, da je MDR odraz nevrološke bolezni oziroma poškodbe možganov, ki je lahko nastala v toku nosečnosti ali obporodnega obdobja, manj pogosto pa v zgodnjem ali poznem otroštvu. Tudi v tem primeru gre za otroka, ki ima MDR kot posledico nedonošenosti, kasneje pa so se zaradi travmatičnih izkušenj v zgodnjem otroštvu pojavile tudi motnje vedenja in čustvovanja. Kot pravita Korošec in Ogrin (2013, str. 91) gre tudi pri tem otroku za kombinacijo več motenj, ki mu onemogočajo normalno funkcioniranje v življenju. Poleg telesne hendikepiranosti (slabovidnost) in spektroavtistične motnje, ki je prav tako biološke in psihične narave ima zmerno duševno motnjo, ki prispeva k slabši integraciji v okolje. Gre za travmatiziranega otroka, ki ima največ težav s kontrolo agresivnih impulzov. Hannah (2009, str.13) navaja, da je avtizem izrazit predvsem v smislu socialne disfunkcije, kar se kaže kot disocialna osebnost in uporabniku zmanjšuje možnost razvoja emocionalnega odnosa do drugih, tudi najbližjih. Analiza je pokazala, da gre pri dečku za izrazite vedenjske odklone, kjer ne kaže občutij ogroženosti, empatije skorajda ni. Z nasiljem sprošča svojo notranjo napetost. Agresija se pri njem pokaže kot patološko pogojena ter kot zmanjšana zmožnost obvladovanja lastnih impulzov. V splošnem je otrokovo funkcioniranje regresivno. Timby in Smith (2005) svetujeta, da se izvede individualna diagnostika ter načrtovane obravnave, ki so prilagojene vsakemu otroku posebej. Tudi v našem primeru je razvidno, da je otrok vključen v obravnave, ki so individualno načrtovane. Došen (2010) predlaga, da se v primerih, ko gre za več različnih motenj in pridružene težave v duševnem zdravju izvede integrativna diagnostika, na podlagi

katere se izdelata individualen načrt obravnave. Iz pregleda zdravstvene in negovalne dokumentacije je razvidno, da je pri otroku izdelana integrativna diagnoza. Solomon in McHale (2012) ter Higgins (2008) menijo, da je za obravnavo nujno potrebno usposabljanje zaposlenih in interdisciplinaren pristop. Pregledana dokumentacija ter poročane aktivnosti kažejo, da je zagotovljen interdisciplinaren pristop v strukturiranem okolju z upoštevanjem potreb in individualnih posebnosti otroka. Za zaposlene je potrebno poznavanje in razumevanje možnih vzrokov za vedenjske težave. Na ta način se lahko vzpostavlja zaupanje. Izvaja se atravmatski pristop pri izvajanju preiskav in posegov ter izbira ustrezne metode ter pristopov dela glede na otrokove potrebe ter trenutno stanje.

5 Zaključek

Za izvedbo kakovostne obravnave je potrebno dobro sodelovanje vseh članov tima. Pri otroku je potrebno pridobiti zaupanje, aktivnosti pa morajo biti zastavljene tako, da izhajajo iz otrokovih lastnih potreb. Za prepoznavanje potreb je potrebno strokovno znanje, izkušnje ter primerna oblika komunikacije. Pri otroku je potrebno sprejeti drugačnost. Strokovno znanje, izkušnje in timsko delo so podlaga za izvedbo načrtovanih aktivnosti. Osnovni princip dela je prepoznavanje vedenja, ki je otroku lastno ter znakov, ki kažejo, da je lahko otrok v stiski, ker niso prepoznane njegove potrebe. Načelo celostnega in individualnega pristopa je, da ne iščemo načinov kako odpraviti simptome, temveč iščemo vzroke, ki so te simptome povzročili. Celostni pristop je podlaga za izvedbo aktivnosti, ki omogočajo kakovostno življenje otrok. Ugotavljanje potreb pri otrocih (tudi pri tistih, ki nam opišejo svoje občutke in doživljanje) je zelo zapleteno, še težje je, kadar imamo otroka, ki ima težave v duševnem razvoju ter pridružene bolezni. Da pridobimo zaupanje, moramo jasno pokazati, da imamo dovolj časa, znanja in spoštovanja.

LITERATURA

1. Barnhill, J. L. (2002). Neuropsychological Assessment of Individuals with Dual Diagnosis. NADD Bulletin. Pridobljeno s <http://thenadd.org/modal/bulletins/v5n2a2~.htm>.
2. Brecelj - Kobe, M. in Hitejc, Z. (1987). Duševna manjrazvitost in vloga medicinske sestre v procesu zdravstvene nege. Zdravstveni obzornik, 21 (5/6), 203–213.
3. Brenčič, J. (2008). Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. V A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek in B. Žabkar (ur.), *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju* (str. 12–9). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
4. Došen, A. (2010). *New Approaches in Mental Health for People with Intellectual Disability*. Pridobljeno s https://www.fenacerci.pt/public/produtos/trinodd/New_Approaches.pdf.
5. Hannah, L. (2009). Učenje mlajših otrok z motnjami avtističnega spektra. Maribor: Center društvo za avtizem.
6. Higgins, S. (2008). Outlining and defining the role of the epilepsy specialist nurse. *Br J Nurs*; 17(3), (str. 154). Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18414254>.
7. Korošec, B. in Ogrin, M. (2013). Podporna tehnologija: Nadomestna in dopolnilna komunikacija. *Rehabilitacija*, 12 (2), 91.
8. Limonšek, I. (2008). Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. V A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek in B. Žabkar (ur.), *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju* (str. 7–10). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

9. Marinč, B., Burnik, F., Vališer, A., Barbori, K., Potočnik Dajčman, N. in Dretnik, F. (2015). Otroci z motnjami v duševnem razvoju. V N. Vovk Ornik (ur), Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami (str.6). Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
10. Rubin, S. (2014). Obravnava otroka s posebnimi potrebami (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, (str. 35–36). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=64907>.
11. Solomon, N. in McHale, K. (2012). An overview of epilepsy in children and young people. Pridobljeno s: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA298294922&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=14658712&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E8c1173e2>.
12. Timby, B. in Smith, N. E. (2005). Pediatric nursing. V B. Timby in N. E. Smith (ur.), Essentials of Nursing: Care of Adults and Children (str. 115). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkons.
13. Tominšek, M. in Poljanšek, S. (2012). Epileptični status pri otrocih. Slovenska pediatrija, 19, 177–181. Pridobljeno s http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2012_2_19_177-182.
14. Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje (2004). Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, str. 42.
15. Zavod RS za šolstvo (2014). Kriterij za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami, str. 32. Pridobljeno s <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>.

Opolnomočenje medicinskih sester v urgentni dejavnosti o pomenu supervizij«

UDK 614.253.5:005.584

KLJUČNE BESEDE: *opolnomočenje, supervizija, zdravstveni delavci*

POVZETEK – Zdravstvene ustanove predstavljajo kompleksno delovno okolje. Zaposleni v zdravstvu se pri svojem delu srečujejo z nenehno se spreminjajočim se okoljem, kar od njih zahteva veliko mero prilagodljivosti. V emocionalno zahtevnih okoljih se zaposleni soočajo še z izzivi, kot so kadrovske pomanjkanje, pomanjkanje usposabljanja, prezasedenost bolnišnic, nezadostne zdravstvene storitve, preobremenitve, različni delovniki, veliko delovnih ur in pomanjkanje podpore s strani vodstva. Ker se zdravstveni delavci zavedajo stresnosti svojega dela in posledic tega na kvaliteto njihovega dela, si želijo in iščejo načine in metode za obvladovanje takšnih situacij. Zdravstveni delavci se zavedajo zahtevnosti in odgovornosti svojega dela, ter dejavnikov, ki vplivajo na njihovo delovno zmogljivost, kar se odraža v delovni učinkovitosti, medsebojnih odnosih, bodi si z sodelavci, bodisi s pacienti. V ta namen se po svetu, v zadnjem času tudi pri nas, vpeljuje supervizija. Supervizija uči spregovoriti in prepoznati probleme, ki jih zaznamo kot odstopanje od svojih vrednot, pričakovanj in norm. Proces opolnomočenja v zdravstveni negi je najučinkovitejša metoda za napredovanje medicinskih sester ter nenazadnje pripomore k dvigu samozavesti pri delu. Pridobitev moči oziroma opolnomočenje je proces, kjer se posamezniki oziroma skupine usposobijo, da spremenijo svoj položaj, za kar potrebujejo možnosti, sredstva, sposobnosti in avtoriteto, da to dejansko storijo.

UDC 614.253.5:005.584

KEYWORDS: *empowerment, supervision, healthcare workers*

ABSTRACT – Healthcare facilities present a complex work environment. Healthcare workers face an ever-changing environment in their work that requires them to be highly flexible. In an emotionally demanding environment, employees also face challenges such as staff shortages, lack of training, overcrowded hospitals, inadequate health services, overload, varying work schedules, long working hours and lack of management support. Being aware of the stress of their work and its consequences on the quality of their work, health professionals want and seek ways and methods to deal with such situations. Healthcare professionals are aware of the complexity and responsibility of their work and the factors that affect their ability to work, which is reflected in work efficiency and interpersonal relationships, whether with co-workers or patients. For this purpose, supervision is being introduced all over the world, and recently in our country. Supervision teaches us to address and recognise problems that we perceive as deviations from our values, expectations and norms. The process of empowerment in nursing is the most effective method for nurses' advancement, not the least of which is helping build self-confidence at work. Gaining power or empowerment is a process of training individuals or groups to change their position, which requires opportunities, resources, abilities and authority to actually do so.

1 Uvod

Zdravstvene ustanove predstavljajo kompleksno delovno okolje. Zaposleni v zdravstvu se pri svojem delu srečujejo z nenehno se spreminjajočim se okoljem, kar od njih zahteva veliko mero prilagodljivosti. V emocionalno zahtevnih okoljih se zaposleni soočajo še z izzivi, kot so kadrovske pomanjkanje, pomanjkanje usposabljanja, prezasedenost bolnišnic, nezadostne zdravstvene storitve, preobremenitve, različni delovniki, veliko delovnih ur in pomanjkanje podpore s strani vodstva. Zdravstvena nega je znana, kot eden od poklicev, ki od zaposlenih

zahteva ogromno energije na čustvenem, fizičnem in duševnem področju (Divinakumar idr., 2014 v Lorber, 2018, str. 150), pri katerem pa ne moremo brez timskega dela, ki vključuje sodelovanje z zdravniki in ostalimi strokovnjaki, istočasno pa tudi z pacienti in njihovimi svojci.

Za delo v urgentni dejavnosti, je značilen relativno hiter tempo dela. Osredotočenost zaposlenih je ključnega pomena, svoje delo morajo opravljati z največjo mero odgovornosti, natančnosti in doslednosti. Imeti morajo veliko mero znanja in kompetenc, da svoje delo opravijo kakovostno in hitro. Delujejo na različnih deloviščih; poleg dela v ambulantah, nekateri opravljajo tudi delo v triažni ambulanti, opravljajo pa tudi administrativna dela, ki sodijo k obravnavi pacienta. Te zadolžitve vsaka zase zahtevajo odgovorno in dosledno delo, kar znatno pripomore k povzročanju pritiska na delovnem mestu. V svoji izmeni sprejmejo visoko število pacientov z bolj ali manj nujnimi stanji (Repanšek in Pahar, 2017, str. 369). Obremenitev urgentnih dejavnosti se vse bolj povečuje, pacienti tako izkoriščajo dostop do zdravstvenih storitev, ne glede na to ali je njihovo stanje v resnici nujno. Povečan obseg dela povzroča nezadovoljstvo osebja, hkrati pa tudi pacientov (Čander, 2013, v Zihlerl, 2017, str. 32), kar ustvarja dodaten psihični pritisk na zaposlene. Stresno ni le delo z pacienti, poslušanje njihovih besed in težav, ampak tudi nekatere situacije s katerimi se srečujejo (različna zdravstvena stanja, pacient na robu življenja, smrt ...). vpleteni so v raznolike prizore, ki so neokusni, velikokrat grozljivi in za laike nepredstavljeni. V takih primerih nimajo časa razmišljati o tem kaj so videli, ampak kako najhitreje in najbolje pomagati pacientu (Repanšek in Pahar, 2017, str. 369–370). kaj so videli, ampak kako najhitreje in najbolje pomagati pacientu (Repanšek in Pahar, 2017, str. 369–370).

Zaradi takega načina dela je v zdravstveni negi zelo pomemben proces opolnomočenja. Proces opolnomočenja v zdravstveni negi je najučinkovitejša metoda za napredovanje medicinskih sester ter nenazadnje pripomore k dvigu samozavesti pri delu. Pridobitev moči oziroma opolnomočenje je proces, kjer se posamezniki oziroma skupine usposobijo, da spremenijo svoj položaj, za kar potrebujejo možnosti, sredstva, sposobnosti in avtoriteto, da to dejansko storijo.

1.1 Proces opolnomočenja v zdravstveni negi

Opolnomočenje je partnerstvo, ki ceni in spoštuje samega sebe ter sebi enake, usmerjeno pa je zmerom v prihodnost (Laschinger, Finnegan i Shamian, 2001, str. 8). Opolnomočenje zaposlenega spodbudi k večji delovni učinkovitosti, saj je za posledice odgovoren sam. S pridobivanjem znanj zaposleni bolj zaupajo v svoje sposobnosti in so bolj motivirani ter tako posledično sprejemajo več izzivov (DuBrin, 2000). Opolnomočena medicinska sestra ima sposobnost samorefleksije, zna ustrezno ukrepati v danih okoliščinah in je zavezana k nenehnim spremembam delovnega procesa na bolje (Carey, 2000 v Novak, 2015, str. 6).

Proces opolnomočenja v treh elementih (Kanter v Novak, 2015, str. 7):

- Dostop do različnih virov informacij, ki jih zaposleni v organizaciji potrebuje za učinkovito opravljanje svojega dela. Vsak posameznik, vključen v proces opolnomočenja, mora natančno vedeti, kakšne so njegove delovne naloge v organizaciji, vedeti mora, čemu opravlja določeno funkcijo ter poznati naloge ostalih zaposlenih v delovni skupini.
- Zaposleni potrebujejo podporo v procesu opolnomočenja s strani vodstva organizacije, saj morajo v vsakem trenutku vedeti, kaj so storili pravilno in kaj morajo v prihodnje izboljšati. Ključnega pomena so seveda tudi ustrezne povratne informacije.

International Council of Nurses (2010, str. 86) navaja, da so prav medicinske sestre tiste, ki morajo aktivno vstopati v proces opolnomočenja, saj se lahko le na ta način tudi dejansko vključijo v oblikovanje ter kasneje tudi v izvajanje vrste reform na področju zdravstvene nege, ki vodijo k večji produktivnosti pri delu ter k višji stopnji zaupanja v negovalnem timu.

Brez dvoma lahko trdimo, da je proces opolnomočenja v zdravstveni negi eden ključnih procesov na vseh področjih dela medicinskih sester. Glavna naloga procesa opolnomočenja je izboljšanje položaja medicinskih sester, kamor spadajo ne samo dvig samozavesti na delovnem mestu, sposobnost asertivnega komuniciranja in zvišan občutek pripadnosti zdravstveni organizaciji, temveč tudi zmanjšana možnost za izgorevanje na delovnem mestu in posledično manjša odsotnost od dela (Novak, 2015, str. 32).

1.2 Supervizija

V ta namen se po svetu, v zadnjem času tudi pri nas, vpeljuje supervizija. Supervizija uči spregovoriti in prepoznati probleme, ki jih zaznamo kot odstopanje od svojih vrednot, pričakovanj in norm (Zrim, 2018, str. 747). Supervizija je oblika izpopolnjevanja in vodenja za poklice, ki so vezani na delo z ljudmi. Izvorno pomeni supervizija nadziranje (super-nad, videre-zreti) v pomenu kontrole, ki jo odgovorna oseba izvaja nad delom posameznika z nižjo stopnjo odgovornosti in v najboljšem primeru tudi z manjšo strokovno kompetenco. Vendar pa lahko besedo nadzirati dojemamo tudi v smislu pogleda (zrenja) na naše delo od zgoraj navzdol oziroma iz razdalje (Memič, 2014 v Ostojić, 2018, str. 1). Supervizija je osredotočena na interakcije med ljudmi, poklicne naloge in organizacije. Osredotočena je v razvoj posameznika, timov in organizacije. Izboljšuje poklicno življenje posameznika in timov, z upoštevanjem njihovih nalog v institucionalnem kontekstu. Osredotoča se na razvoj in zagotavljanje kvalitetne komunikacije in načine sodelovanja v različnih delovnih oblikah (Rupar, 2018, str. 31).

Supervizija je postopno spreminjanje posameznika na podlagi izkušenj. Ravno zaradi tega se večino časa v superviziji namenja refleksiji dela in supervizantovem razmišljanju, a kljub temu mora supervizor vstopiti v čustveni svet supervizanta. To mora narediti na etičen način. Supervizantovih osebnih težav se v superviziji supervizor loteva samo, če vplivajo na supervizantovo profesionalno delovanje in če ima potrebna znanja. Bistveni cilj vnosa terapevtskih veščin v supervizijo je podpora po dogodku, ki je povzročil krizo, in sicer tako, da se poskuša ublažiti trenutno situacijo, ki pripomore, da se supervizant vrne v svoje normalno delovanje (Eiselt, 2014, str. 264).

Supervizija je vse bolj pomembna oblika pomoči posameznikom pri njihovem osebnem in profesionalnem razvoju v različnih organizacijah. Vsak posameznik je odgovoren za uspešno uresničevanje in doseganje zastavljenih ciljev in nalog. Za svoje delo odgovarja sebi, nadrejenim, pa tudi uporabniku njegovih storitev. Supervizija lahko pripomore k razvoju in spreminjanju posameznika, ki se vključi v supervizijski proces in posledično izboljša kakovost svojega dela in s tem dela institucije. Supervizor pri superviziji organizacije lahko oblikuje različne modele supervizije, ki naj bi imeli odločilno vlogo v razvijanju kakovosti dela posameznikov in organizacije. Supervizor se lahko osredotoči na spreminjanje programov, povečuje kompetence dela, spreminja vrednote zaposlenih in kulturo institucije. Čeprav supervizor ne more ignorirati nobenega področja, vseeno posveti večjo pozornost določenemu področju (Djokić, 2018, str. 116).

2 Empirični del

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil evidentirati morebiten način supervizije za medicinske sestre v urgentni dejavnosti, ter ugotoviti v kolikšni meri so medicinske sestre opolnomočene na tem področju.

Cilji:

1. opredeliti izkušnje zaposlenih s supervizijo,
2. ugotoviti, ali si medicinske sestre želijo supervizijo, kot podporno vejo pri svojem delu,
3. ugotoviti kako pogosto se medicinske sestre pri svojem delu srečujejo s supervizijo,
4. evidentirati katere so tiste okoliščine, pri katerih si medicinske sestre želijo pomoč-supervizijo.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Za potrebe raziskave smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Ali zdravstveni delavci ocenjujejo potrebo po vpeljavi supervizije v svoje delo?
2. Ali se medicinske sestre pogosto srečujejo s situacijami, po katerih bi želele refleksijo pretekle situacije?
3. Katere so tiste okoliščine, pri katerih si medicinske sestre želijo supervizije?

2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili kvalitativni pristop k raziskovanju s tehniko polstrukturiranega intervjuja. Intervju smo izvedli s štirimi medicinskimi sestrami zaposlenimi v urgentni dejavnosti.

2.4 Opis instrumenta

Kot merski instrument smo uporabili predlogo za izvedbo polstrukturiranega intervjuja. Predlogo smo sestavili na podlagi pregleda zbrane literature in glede na zastavljene raziskovalne cilje. Vprašanja so bila za udeležence istega intervjuja enaka, postavljena so bila tudi podvprašanja, ki so bila na podlagi odgovorov različna.

2.5 Opis vzorca

V raziskavo smo zajeli štiri zdravstvene delavce, zaposlene v urgentni dejavnosti. Intervjuvanci so bili stari od 24 do 43 let, 1 intervjuvanec je imel srednješolsko izobrazbo, 3 intervjuvanci so imeli visokošolsko izobrazbo. V intervjuju so sodelovale 3 medicinske sestre (2 diplomirani medicinski sestri, 1 srednja medicinska sestra) in 1 diplomiran zdravstvenik.

Spodnja tabela (tabela 1) prikazuje osnovne demografske podatke intervjuvancev.

Tabela 1: Osnovni demografski podatki

Spremenljivke	Intervjuvanec 1	Intervjuvanec 2	Intervjuvanec 3	Intervjuvanec 4
Spol	Ženska	Moški	Ženska	Ženska
Starost	24 let	39 let	31 let	43 let
Delovna doba	1 leto	16 let	8 let	24 let
Stopnja izobrazbe	Diplomirana medicinska sestra	Diplomiran zdravstvenik	Diplomirana medicinska sestra	Srednja medicinska sestra

Vir: Intervju, 2021.

2.6 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Intervjuje smo osebno izvedli s štirimi medicinskimi sestrami v mesecu avgustu 2021. Osebe so bile seznanjene z nameni in cilji raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost in upoštevana so bila vsa etična načela ter norme. Intervjuje smo izvedli individualno v mirnem prostoru. Intervjuje smo posneli, ter jih nato dobesedno prepisali. Na podlagi pridobljenih podatkov smo tvorili posamezne kode, katere smo združili v posamezne kategorije, glede na posamezne lastnosti v sklopu posameznega vprašanja.

3 Rezultati

3.1 *Asociacija ob besedi supervizija*

Polovica intervjuvancev izraz supervizija povezuje z nadzorom nad opravljenim delom, 1 intervjuvanec povezuje supervizijo z pomočjo zaposlenim pri delu, medtem ko 1 intervjuvanec opisuje supervizijo kot sodelovanje med sodelavci ter planiranjem z določenim ciljem.

V večini intervjuvance supervizija spominja na nek nadzor oziroma na to, kako poteka delo, prav tako menijo, da supervizija omogoča razgovore o tem, ali je delo korektno opravljeno. Supervizijo so nekateri opisali kot nekaj kar ponuja nove možnosti ter nove ideje, ki so v pomoč pri opravljanju dela.

3.2 *Doživljanje delovnega mesta*

Zanimalo nas je, kako intervjuvanci doživljajo svoje delovno mesto. Večina intervjuvancev meni, da je njihovo delovno mesto stresno, medtem ko se 1 intervjuvanec na delovnem mestu počuti dobro in je zadovoljen.

Intervjuvanci v večini delovno mesto opisujejo kot stresno, pri čemur ga intervjuvanec 1 tako doživlja, ker je na začetku svoje kariere poti, medtem ko intervjuvanec 2 pri delu poleg stresa doživlja tudi veliko pozitivne energije, intervjuvanec 3 ga opredeljuje kot dinamično. Intervjuvanec 4 je na svojem delovnem mestu zadovoljen in se počuti dobro.

3.3 *Okoliščine, pri katerih si intervjuvanci želijo supervizijo*

Intervjuvanci menijo, da bi jim supervizija bila najbolj v pomoč pri obravnavi kritično bolnega pacientov, pri soočanju s smrtjo, ob različnih stresnih situacijah in pri soočanju s problemih na delovnem mestu.

Intervjuvanec 1 si želi supervizijo pri obravnavi življenjsko ogrožujočih stanj, kjer ni prostora za napake. Intervjuvanec 2 navaja, da si supervizije želi »pri najbolj dramatičnih izkušnjah, bodisi celo kadar izgubimo pacienta, ker se počutimo nemočno.« Stresne situacije, kjer prihaja do konfliktov, razhajanja in mobinga, pa so situacije, pri katerih si intervjuvanec 3 želi supervizije. Reševanje problemov na delovnem mestu pa so težnja po superviziji pri intervjuvancu 4.

3.4 *Vpeljava supervizije, kot podporne veje pri delu*

Intervjuvance smo vprašali, kakšne oblike supervizije si želijo pri njihovem delu in kako bi jo vpeljali. Vsi intervjuvancev si želijo timske supervizije, od tega trije tudi individualno obliko supervizije.

Večina intervjuvancev meni, da bi bilo najboljše supervizijo izvajati najprej individualno z vodjo, potem pa še skupinsko, vsaj enkrat mesečno.

3.5 *Vpliv supervizije pri poklicnem in osebnostnem razvoju*

Večina intervjuvancev je mnenja, da bi supervizija vplivala na njihov razvoj, saj bi supervizija omogočala, da ne bi prihajalo do ponavljajočih napak, prav tako pa bi vplivala na iskanje novih idej, rešitev.

Kot navaja *intervjuvanec 2* »na poklicu odraščamo, se razvijamo, z leti pridobivamo izkušnje« ter *intervjuvanec 1* »v prihodnje ne bi delali istih napak, bili bi bolj sproščeni in samozavestni« in *intervjuvanec 3* »iskali nove ideje, rešitve.«

3.6 Dejavniki, ki vplivajo na ocenjevanje potreb po superviziji

Polovica intervjuvancev meni, da osebne lastnosti posameznika vplivajo na željo po izvajanju supervizije, ravno tako tudi starost in delovna doba posameznika. Intervjuvanec 4 na vprašanje ni podal odgovora.

Kot navaja *intervjuvanec 1* »starejši zaposleni, ki imajo več izkušenj mogoče, se bi njim zdelo to manj potrebno«. *Intervjuvanec 2* meni »delovna doba, je definitivno dejavnik, ker postajamo vse bolj samozavestni, samostojni«. *Intervjuvanec 3* trdi »izpostavila bi tudi delovno okolje, bolj kot delaš v stresnem okolju, bolj potrebujemo to supervizijo.«

3.7 Opolnomočenje o superviziji in načini v praksi

Zanimalo nas je ali so intervjuvanci ustrezno opolnomočeni o superviziji in ali jim ustanova kjer so zaposleni nudi kakšno pomoč.

Večina intervjuvancev je mnenja, da niso opolnomočeni o superviziji in poudarjajo, da se supervizija v praksi ne udejanja, medtem ko si jo vsi pri svojem delu močno želijo vpeljati. Kot navaja *intervjuvanec 2* »v sodobnejšem svetu je to stalnica«.

4 Razprava

Rezultati raziskave so pokazali, da zdravstveni delavci zaposleni v urgentni dejavnosti doživljajo svoje delo kot stresno. Vzroki za stres so strukturni (življenjsko ogrožajoča stanja, nenehno nihanje intenzitete dela, pestro delo ...) in medosebni (doživljanje sodelavcev, pritisk sodelavcev, težave z sodelavci in ne čuječnost vodij). Delo v urgentni ambulanti mora biti pripravljeno na nenadna dogajanja in zaposleni morajo znati spretno in hitro ukrepati. Za tako delovanje pa je bistvenega pomena, da imajo medicinske sestre znanje ter so pripravljene na takšne situacije, da so prostori temu ustrezno pripravljene. Pomembno pa je tudi, da imajo vodstvene medicinske sestre izoblikovane vodstvene veščine in da nudijo podrejenim ustrezno podporo (Vasli in Dehghan - Nayeri, 2016, str. 62). Ker se zdravstveni delavci zavedajo stresnosti svojega dela in posledic tega na kvaliteto njihovega dela, si želijo in iščejo načine in metode za obvladovanje takšnih situacij. Prav kako se zdravstveni delavci zavedajo zahtevnosti in odgovornosti svojega dela, ter dejavnikov, ki vplivajo na njihovo delovno zmogljivost, kar se odraža v delovni učinkovitosti, medsebojnih odnosih, bodi si z sodelavci, bodisi z pacienti. Prepoznavanje vpliva stresnih situacij pa povezujejo tudi z negativnim doživljanjem dela, raznimi opori do dela in bolezenskimi težavami. Velik pomen predpisujejo možnosti, da lahko posameznik, ko je v stiski oziroma v nemočni situaciji, lahko poišče pomoč oziroma oporo/podporo drugega. Zavedajo pomembnosti svojega dela, dejavnikov, ki ovirajo njihovo delo, ter ravno tako motečih dejavnikov, ki vplivajo na kvaliteto njihovega dela, iščejo načine in metode za obvladovanje takšnih situacij. Anketirani navajajo da iščejo pomoč pri partnerjih, v profesionalnih zadevah se posvetujejo z sodelavci, želeli si bi pa tudi podporo od neposrednih vodij, je pa ne dobijo oziroma to tudi če je prisotno ni stalnica, kaj pa je njihova želja. Anketirani se zavedajo, da pri svojem delu potrebujejo podporo in nova znanja, katera bi jim pripomogla pri reševanju aktualnih problemov, spoprijemanju s stresnimi situacijami. Ocenjujejo pa, da delovna doba, karakter posameznika in delovno mesto bistveno vplivata na ocenjevanje potreb po vpeljavi supervizije v zdravstveno nego. Bifarin in Stonehouse (2017, str. 332) zatrjujeta, da bi v urgentni dejavnosti morala biti supervizija ustaljena metoda, vendar se največkrat zanemarja zaradi povečanega obsega dela in pritiskov. Ugotovitve Madede idr. (2017) pa govorijo o zanemarjanju supervizije s strani vodstva, saj ti nimajo zadostnega znanja, sposobnosti in orodij za učinkovito supervizijo. Čeprav ugotovitve kažejo na porastu motivacije

in izboljšanje učinkovitosti, pri medicinskih sestrah, katere so bile vključene v proces supervizije.

Kljub temu predpisujejo potrebo po vpeljavi supervizije v njihovo delo, kajti tako bi imeli nek model za preventivo in preprečevanje, oziroma lažje doživljanje stresnih situacij in boljšo kvaliteto komunikacije s sodelavci, ter neposreden nadzor nad opravljenim delom. Kot prvo asociacijo na besedo supervizija, so vsi anketirani predpisali nekemu nadzoru nad delom, kateri posredno ali neposredno nudi pomoč zaposlenemu pri izvajanju njegovega dela. Kar pa v nadaljevanju raziskave privede do spoznanja, da v realnosti njihovega delovanja nimajo oziroma ne občutijo tako. Želijo si supervizije kot »nadzor« nad njihovim delom (menedžerska supervizija), kajti tako bi krepili svoj profesionalizem in kompetentnost. Ravno tako pa si želijo supervizije, ki bi pripomogla k njihovem osebnemu razvoju in obvladovanju stresnih situacij (razvojna supervizija). Ugotavljamo velik pomen, oziroma željo po sprotne reševanju komunikacijskih težav, bodisi z individualno supervizijo, ali timsko oziroma skupinsko supervizijo. Supervizija je po svetu stalnica pri izvajanju dela v socialnih in zdravstvenih ustanovah. Uspešna je zaradi svojega nenehnega prilagajanja glede na potrebe posameznikov, ki jo uporabljajo. Po njeni zaslugi se zdravstvena nega izvaja bolj kakovostno in učinkovito. Med akterje vključene v proces zdravljenja ni občutiti toliko napetosti in nepravilne komunikacije, pač pa sproščeni medsebojni odnosi in zaupanje. Z vpeljavo supervizije kot obveznega elementa medicinske sestre, bi posledično upadli vsakodnevni težavi na delovnem mestu, kot so stres in izgorelost. Zaradi višje stopnje empatije bi bilo zdravstvenim delavcem omogočeno lažje razumevanje tegob in občutenj pacientov, njihovih strahov in bolečin, kar v veliki meri pripomore k osredotočenosti na kakovostno izvajanje zdravstvene nege (Sopa, 2017, str. 30). Anketiranci pravijo, da so opolnomočeni o možnostih oziroma tehnikah, katere bi pripomogle k omiljevanju omenjenih napetosti pri njihovem delu, da jih sami velikokrat predlagajo svojim nadrejenim, ampak nikakor to ni preneseno v prakso. Ter zaključujejo z trditvijo na postavljeno vprašanje »Ali si želite supervizije pri svojem delu?« seveda, ja zelo oziroma da je to zelo potrebno.

5 Zaključek

Delo medicinskih sester v urgentni dejavnosti je z eno besedo težko opredeliti, kajti sama pestrost dela, nekontrolirana intenziteta dela, življenjsko ogrožajoča stanja, stres in še bi lahko naštevali, zahtevajo od posameznikov vpetih v takšne situacije veliko mero znanja in sposobnosti, kar pa samo po sebi velikokrat ne zadostuje. Zaposleni se zavedajo zahtevnosti in odgovornosti svojega dela, prav tako pa tudi motečih dejavnikov, ki lahko vplivajo na njihovo delovno zmogljivost, zato si želijo pomoči supervizije, kot stalnice pri njihovem delu. Reševanje stisk, ki jih doživljajo pri opravljanju svojega dela želijo reševati sproti, saj ugotavljajo, da jih bi to po eni strani izpopolnjevalo, po drugi strani pa preprečevalo morebitne napake in negativen odnos do dela. Supervizija je po svetu stalnica, uspešna zaradi nenehnega prilagajanja potrebam posameznika in tako omogoča učinkovitejšo in kakovostnejše delo, kar je ravno na takšnih deloviščih, kot je urgentna dejavnost še najpomembnejše oziroma potrebno.

LITERATURA

4. Bifarin, O. in Stonehouse, D. (2017). Clinical supervision: an important part of every nurses practice. *British Journal of Nursing*, 26 (6), 331–335.
5. Djokić, T. (2018). Navezanost pri starostnikih in razvoj modela supervizije za osebje v domovih za starejše (Doktorska disertacija). Ljubljana: Teološka fakulteta.

6. DuBrin, A. J. (2000). *The Active Manager: How to Plan, Organize, Lead and Control your Way to Success*. Stamford, Connecticut: South-Western College Publishing, A Division of International Thomson Publishing.
7. Eiselt, A. (2014). Mnogovrstnost vlog v superviziji. *Socialna pedagogika*, 18 (3–4), 243–266.
8. Laschinger, H. K. S., Wong, C. A. in Grau, A. L. (2012). Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 37 (5), 221–229.
9. Lorber, M. (2018). A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (3), 148–152.
10. Madede, T., Sidat, M., McAuliffe, E., Rogues Patricio, S., Uduma, O., Galligan, M. idr. (2017). The impact of supportive supervision intervention on health workers in Niassa, Mozambique: a cluster-controlled trial. Maputo: Hum Resour Health. Pridobljeno s <https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-017-0213-8>.
11. Novak, Ž. (2015). *Proces opolnomočenja v zdravstveni negi (Diplomsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Ostojić, S. (2018). *Supervizija kot pomoč pred izgorelostjo medicinskih sester (Diplomsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
13. Repanšek, S. in Phar, J. (2017). Poklicno izgoreli ali iztrošeni delovci v urgentni dejavnosti?. V R. Vajd in M. Bračko (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2017* (str. 369–372). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
14. Rutar, B. (2018). Evropski okvir kompetenc za supervizijo in koučing. V D. Brečko (ur.), *Kultura coachinga* (str. 31–33). Portorož: Sofos, Inštitut za izobraževanje in management.
15. Sopa, T. (2017). *Supervizija v zdravstveni negi (Diplomsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
16. Ustava International Labour Organization. (n.d.). Geneve: ILO. Pridobljeno s https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO#declaration.
17. Vasili, P. in Dehghan - Nayeri, N. (2016). Emergency nurses' experience of crisis: A qualitative study. *Japan journal of nursing science*, 13 (1), 55–64.
18. Ziherl, G. (2017). Trajanje postopka obravna v urgentni ambulanci na kliniki Golnik. V S. Kadivec (ur.), *Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe bolnika z boleznijo pljuč* (str. 32–37). Bled: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
19. Zrim, M. (2018). Supervizijske dileme študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju. V B. Macuh (ur.), *Za človeka gre: Izzivi za znanost in izobraževanje* (str. 747–751). Maribor: AMEU-ECM, Alma Mater Press.

E-mentorstvo in uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije pri mentorstvu v zdravstveni negi

UDK 331.36:614.2:004

KLJUČNE BESEDE: Inovativne metode, e-mentorstvo, IKT, klinično usposabljanje

POVZETEK - Prispevek preučuje inovativne metode e-mentorstva ter uporabo IKT v mentorskem procesu v okviru študijskega programa Zdravstvene nege. Kot podlaga se uporablja mednarodni projekt *Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent)* v katerem sodelujejo mentorji iz partnerskih institucij iz štirih EU držav: Slovenije, Finske, Litve in Španije. V projektu sodeluje tudi EFN. Informacijsko in komunikacijske tehnologije so spremenile način dostopa do informacij in način ravnanja z njimi, pomenijo novo komunikacijo v družbi in nov način gradnje odnosov, ki se preslikava v vse sfere delovanja družbe in posameznika. Močno vpliva torej tudi na področje izobraževanja in s tem tudi na področje mentorskega procesa v programih katerih pomemben del je tudi usposabljanje v delovnem okolju. Obstaja velika raznolikost novih tehnologij, ki se odzivajo na različne učne metodologije, njihova glavna prednost pa je, da študentom omogočajo aktivnejšo vlogo pri učenju. Prispevek se osredotoča na raziskovanje možnosti uporabe IKT in e-mentorstva pri izvedbi kliničnega usposabljanja v okviru študijskega programa Zdravstvena nega ter tudi na odnos mentorjev do uporabe te tehnologije, saj ta odločilno vpliva na to v kolikšni meri se bodo mentorji pri svojem delu posluževali nove tehnologije. Pri obravnavi teme se opiramo na ugotovitve dosedanjih raziskav ter na ugotovitve v sklopu izvajanja projekta *QualMent*.

UDC 331.36:614.2:004

KEYWORDS: Innovative methods, e-mentoring, ICT, clinical practice

ABSTRACT – This paper examines innovative methods of e-mentoring and the use of ICT in the mentoring process in the context of the Nursing Study Programme. It is based on the international project *Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent)*, which involves mentors from partner institutions in four EU countries: Slovenia, Finland, Lithuania and Spain. EFN is also participating in it. Information and communication technologies have changed the way information is accessed and handled. They have paved the way for new communication in society and a new way of building relationships, which is reflected in all areas of society and individual activities. Therefore, they have a strong impact on the field of education and therefore on the field of mentoring process in programmes that include job training. There is a wide variety of new technologies that respond to different learning methods, and their main advantage is that they allow students to play a more active role in learning. The paper focuses on exploring the possibility of using ICT and e-mentoring in the implementation of clinical training in the Nursing Study Programme, as well as mentors' attitudes towards the use of these technologies, as this has a critical impact on the extent to which mentors will use new technologies in their work. In addressing this issue, we draw on the findings of previous research and the findings of the *QualMent* project.

1 Teoretična izhodišča

1.1 E-mentorstvo

V izobraževanju študentov zdravstvene nege je klinično usposabljanje, ki poteka v kliničnem okolju bistven in izredno pomemben del izobraževanja. To je okolje v katerem študenti

vzpostavijo povezavo med teorijo in prakso in se pripravijo za opravljanje svojega bodočega poklica / dela.

V kliničnem okolju študentovo usposabljanje vodi, spremlja in evalvira mentor. Skladno z napredkom prakse zdravstvene nege in spremembami na področju tehnologije se je skozi leta spreminjala tudi vloga medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov kot mentorjev.

Spremembe in napredek na področju tehnologije so bistveno spremenili način in dostop do informacij ter tudi način ravnanja z njimi. S pomočjo informacijsko komunikacijske tehnologije, ki vstopa v vsa področja delovanja posameznika se je pričel nov način komunikacije v družbi in tudi nov način gradnje odnosov. To je bistveno preoblikovalo tudi področje izobraževanja in s tem tudi področje mentorskega procesa v programih katerih pomemben del je tudi usposabljanje v delovnem okolju.

Tako se je prepoznala potreba po reformi izobraževanja, ki bi omogočila prehod od tradicionalnih pristopov k bolj inovativnim oblikam pedagoških praks (Ottestad v: Brečko, 2016, str. 44). S tem se označuje tudi premik k pedagogikam, ki v ospredje postavljajo učečega, oziroma premik k učenju in novim vlogam pedagoga oz. mentorja (Brečko, 2016, str. 44).

Sam obstoj informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT) še ne vodi v uporabo IKT v pedagoškem procesu in spremenjene pedagoške prakse. Poleg podpore izobraževalnih institucij je bistvenega pomena tudi pripravljenost pedagoga za integracijo IKT (Brečko, 2016, str. 48). V primeru študija zdravstvene nege bi to seveda razširili tudi na pripravljenost mentorja in kliničnega okolja kjer poteka velik del izobraževanja študentov.

Ključne značilnosti, ki izhajajo iz pedagoga oz. mentorja in vplivajo na vpeljavo IKT so:

- njegov odnos so tehnologije. Pozitiven odnos do tehnologije pozitivno vpliva na integracijo IKT (Teo, 2008; Tondeur idr., 2008; Demircu, 2009, v Brečko, 2016, str. 48).
- njegove kompetence in (samo)zaupanje. Pedagogi, ki imajo boljše digitalne kompetence, imajo tudi večjo samozavest pri uporabi tehnologije in so bolj naklonjeni uporabi IKT (Tondeur idr., 2008, v Brečko, 2016, str. 48).

Poleg tega pa na integracijo vpliva tudi njegova motivacija za uvajanje IKT, ki je odvisna od pričakovanj kakšne bodo končne koristi nove tehnologije oz. ali jih bo uvajanje IKT pripeljalo do zelenega cilja (Petit-dit-Dariel, 2014, str. 1371)

Če se zopet pomaknemo v klinično okolje in nanj navežemo uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije lahko govorimo o e-mentorstvu. To je oblika mentorstva, ki uporablja informacijsko - komunikacijsko tehnologijo za premostitev omejitev, ki jih ima tradicionalno mentorstvo kot npr. dostopnost zaradi geografske oddaljenosti, časovne omejitve, nedostopnost ustreznega mentorja, pomanjkanje podpore s strani vodstva oz. institucije. (Stewart in Wootton, 2005, v Stewart in McLoughlin, 2007, str. 952; Ntshinga, 2010, str. 3, 9). Pri e-mentorstvu so namesto neposredne in sinhronne komunikacije interakcije med mentorjem in študentom predvsem asinhronne. E-mentorstvo lahko torej opredelimo kot na informacijsko komunikacijski tehnologiji osnovana vzajemno koristna povezava med mentorjem in študentom (Stewart in McLoughlin, 2007, str. 952), ki zagotavlja učenje, svetovanje, spodbujanje, ki pogosto ni omejeno na določen čas in prostor ter je enakopravna in hkrati kakovostno drugačna od tradicionalnega mentorstva (Bierema in Merriam, 2002, v Chonga idr., 2020, str. 4–5).

V različnih prispevkih opredeljene definicije e-mentorstva torej nakazujejo, da je e-mentorstvo prilagodljiv proces, ki uporablja elektronske naprave in ga je mogoče prilagoditi potrebam študentov, mentorjev in tudi vključenih organizacij in je neobremenjen s časovnimi in geografskimi omejitvami (Pillon in Osmun, 2013; Schichtel, 2010; Walsh, 2016, v Chonga idr., 2020, str. 16). Imenujemo ga lahko tudi telementoring, online mentorstvo ali virtualno

mentorstvo (Wood, 1999, v Shresta idr., 2009, str. 117). Proces je prilagojen, vzajemno koristen in omogoča tudi asinhrono odnose /komunikacijo ter dopolnjuje tradicionalen mentorski pristop iz oči v oči (Chonga idr., 2020).

Vendar pa vrednotenje e-mentorstva in programov e-mentorstva ostajajo slabo raziskani. Pojavljajo se predvsem pomanjkljivosti pri razumevanju kako zaobiti določene pomanjkljivosti e-mentorstva kot so npr. odsotnost neverbalne komunikacije (Griffiths in Miller, 2005; Hunter idr., 2008; Pillon in Osmun, 2013; Schichtel, 2010, v Chonga idr., 2020, str. 4–5) in prekinjene interakcije (Butterworth idr., 2011; Griffiths in Miller, 2005, v Chonga idr., 2020, str. 4–5) ter tudi odpor do novih tehnologij, nedostopnost opreme, omejeno znanje uporabe informacijsko - komunikacijske tehnologije (Ntshinga, 2010, str. 9). Zaradi tega se pojavlja vedno večja potreba po boljšem razumevanju e-mentorstva kot dopolnitve tradicionalnega mentorstva.

Pri sami integraciji e-mentorstva v pedagoški proces oz. klinično usposabljanje pa je poleg zavedanja o njegovih prednostih in omejitvah izrednega pomena sama faza priprave. Ta naj bi bila razdeljena na dva dela, in sicer usposabljanje mentorjev za e-mentorstvo ter izbira ustrezne platforme oz. informacijsko komunikacijske tehnologije. Usposabljanje mentorjev naj bi bilo namenjeno za seznanjanje z uporabo IKT, za uskladitev pričakovanj, za uskladitev dejavnosti s preostalim delom izobraževalnega programa, za nudenje povratne informacije (Jaffer idr., 2013, v Chonga idr., 2020, str. 18) ter za uporabo refleksije / refleksivne prakse (Perlman idr., 2014, v Chonga idr., 2020, str. 18). Pri izbiri IKT pa je potrebno zavedanje, da se lahko uporablja na kateregakoli od načinov, bistveno je, da je uporaba osmišljena. IKT mora biti v pedagoške prakse vključena na tak način, da raba lahko izboljša učenje (Senapaty, 2015, v Brečko, 2016, str. 47). Sama izbira tehnologije pa naj bi bila prilagojena fazi izobraževalnega procesa ter ciljem, ki jih želimo doseči oziroma kot pravi Lehtinen (2006, v Brečko, 2016, str. 47), tehnologija sama po sebi ne vpliva na poučevanje in učenje, temveč sta to način in namen uporabe.

Poleg usposabljanja in izbire ter uporabe ustrezne tehnologije je odnos med mentorjem in študentom, ki se vzpostavi v tem procesu ključnega pomena za uspeh kliničnega usposabljanja. To je še toliko bolj pomembno v primeru kombinacije tradicionalnega mentorstva z e-mentorstvom, kjer del komunikacije poteka na daljavo. Sam odnos se razvija skozi proces in je odvisen od narave ter od pogostosti interakcije med mentorjem in študentom. Smiselno je, da je v začetnih fazah srečevanj več, da se vzpostavi ustrezen odnos in zaupanje (Ongoz, 2018, str. 85). Sam odnos pa se naj bi gradil na odkriti komunikaciji, aktivnem poslušanju, celovitem razumevanju študentovih vprašanj, potreb in ciljev ter na primerni podpori (Button, 2014, str. 1315). Večja angažiranost vzpostavi in izgradi močnejše vezi, motivira mentorja in študenta ter na ta način krepi sodelovanje. Okolje, kjer vlada zaupanje spodbuja učenje ter olajša izmenjavo in odprto razpravo brez strahu pred sodbo (Shrestha idr., 2009, str. 117).

V kliničnem okolju se mentorji vseskozi srečujejo s pomanjkanjem časa, ki ga lahko ob svojem rednem delu namenijo za ustrezno podporo študentom. To pa lahko ogroža učinkovitost mentorstva in zato okrni prenos ustreznih znanj in spretnosti na študente zdravstvene nege. E-mentorstvo lahko pri tem služi kot dopolnitev prevladujoče tradicionalne oblike mentorstva, saj lahko zagotavlja dodatne dostopne, pravočasne informacije ter s tem nudi dodatno, vzporedno podporo študentom. Za zelo učinkovito se je tako izkazalo, da mentorji uporabijo kombinirano metodo in s tem izboljšajo pridobivanje tako kognitivnega znanja in praktičnih spretnosti na področju zdravstva (Forbes, 2016, str. 6).

Kombinirana metoda omogoča, da oba pristopa drug drugega dopolnjujeta in blažita pomanjkljivosti posameznega pristopa ter zaradi tega na splošno izboljšata izkušnjo mentorstva. Kombiniran pristop se naj bi uporabljal le na določenih stopnjah procesa

mentorstva ali /in za doseg posebnih ciljev in nalog (Kim idr., 2013; Luckhaupt idr., 2005; Schichtel, 2010, v Chonga idr., 2020).

Dodaten razlog za integracijo informacijsko komunikacijske tehnologije je tudi ta, da so študenti precej naklonjeni uporabi novih tehnologij, saj jim omogočajo hiter dostop do informacij, menijo, da jim omogočajo lažje učenje in usposabljanje v kliničnem okolju, pomaga jim, da se lažje organizirajo, posredujejo informacije. Prav tako izboljšajo interakcijo med njimi in mentorjem. Določene tehnologije omogočajo tudi učenje s pomočjo simulacije. Vse to prispeva k lažjemu in bolj učinkovitemu učenju in pridobivanju potrebnih spretnosti. Je pa seveda potrebno biti pozoren tudi na določene slabosti kot so preveliki stroški, nepoznavanje uporabe ali predolgo učenje same uporabe IKT. Prav tako lahko integracijo IKT ovira nezadostna podpora pri sami integraciji ali celo odpor mentorjev ali izobraževalnih institucij do nove tehnologije (O'Connora, 2016, str. 176).

1.2 Projekt QualMent in usposabljanje mentorjev

Visoka zdravstvena šola v Celju je bila v letih od 2018 do 2021 koordinatorica mednarodnega projekta Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent), ki je potekal v okviru programa Erasmus+, Strateška partnerstva v visokošolskem izobraževanju. Kot partnerske institucije so sodelovale še Evropska federacija združenj medicinskih sester (EFN), Univerza v Oulu (Finska), Univerza Alicante (Španija) in Univerza zdravstvenih ved (Litva). Projekt je bil namenjen razvoju programa usposabljanja kliničnih mentorjev za kakovostno izvajanje kliničnega usposabljanja študentov dodiplomskih študijskih programov na področju zdravstvene nege, usklajenih z EU direktivo. S projektom smo želeli prispevati k dvigu kompetenc mentorjev v evropskem prostoru. Na podlagi izdelanega teoretičnega modela kompetenc kliničnih mentorjev smo razvili program usposabljanja, ki smo ga v letu 2020 tudi testno izvedli na vseh partnerskih visokošolskih institucijah, in sicer v obliki predavanj, učnih delavnic ter učenja in izobraževanja na daljavo. Usposabljanje je v Sloveniji uspešno zaključilo 33 mentorjev. V sklopu usposabljanja so se mentorji seznanili z vrsto različnih vsebin pomembnih za kakovostno opravljanje mentorstva študentom zdravstvene nege v kliničnem okolju. Med drugim so se podrobneje seznanili tudi z uporabo IK tehnologije v mentorskem procesu. Po zaključenem izobraževanju so mentorji izvedli tudi 3 mesečno implementacijo kliničnega usposabljanja. Po zaključku le te smo jih prosili za sodelovanje pri odgovarjanju na kratek anketni vprašalnik.

2 Raziskava

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Prvi del raziskave smo izvedli z uporabo strukturiranega instrumenta v obliki anketnega vprašalnika. Anketni vprašalnik je oblikovan glede na sodelovanje in zanimanje mentorjev. Za drugi del smo uporabili kvalitativno paradigmo raziskovanja. Za raziskovalno metodo smo uporabili metodo deskripcije. Odgovore smo pridobili na podlagi oddanih nalog sodelujočih pri projektu QualMent. Analiza je bila opravljena na podlagi zastavljenih odprtih vprašanj.

2.2 Opis instrumenta

Ker nas je zanimalo kako mentorji dojemajo pomen IKT ter kako bi lahko njihovo uporabo še bolj uveljavili v vsakodnevni praksi, smo v okviru te slednje teme mentorje prosili, da nam podajo svoje odgovore. Vprašanja so bila odprtega tipa in sta omogočala mentorjem, da so v polnosti izrazili svoje misli in svoj pogled na prednosti in slabosti IKT, njihov pomen v

kliničnem okolju ter možnosti za njihovo boljše uveljavljanje v vsakdanji mentorski praksi. Anketa je vsebovala vprašanja odprtega in zaprtega tipa.

2.3 Opis vzorca

Udeleženi vključeni v raziskavo so izpolnjevali naslednji vključitveni merili:

izobrazba (diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstveni tehnik) in udeležba na usposabljanju za klinične mentorje v okviru projekta Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent). Od 33 mentorjev, ki so zaključili izobraževanje jih je 18 sodelovalo pri izvedbi anketnega vprašalnika.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

V nadaljevanju smo s pomočjo analize besedila – odgovorov mentorjev - izluščili besede, ki v okviru prvega vprašanja izražajo njihovo percepcijo prednostih uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije ter v okviru drugega vprašanja njihovo percepcijo slabosti uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije v mentorskem procesu. Ti zadnji odgovori so nam ponudili vpogled oz. nakazali tudi v ovire, ki se pojavljajo in otežujejo proces, da bi se potencial, ki ga nudi IKT izkoristil v polnosti..

Odgovore ankete smo analizirali s pomočjo Microsoft Excel in jih v tabelah.

2.5 Rezultati

Tabela 1: Posluževanje IKT pri mentorstvu

<i>Da</i>	<i>Ne</i>	<i>Skupaj</i>
14	4	18
77,78 %	22,22 %	100 %

Vir: Anketa, 2021.

Iz tabele 1 je razvidno, da se je kar 77,78 % mentorjev odločilo za uporabo IKT v mentorskem procesu.

Tabela 2: Razlogi za ne posluževanje IKT pri mentorstvu

<i>Razlog</i>
Ni bilo potrebe
Pomanjkanje časa
Ker imamo enega študenta na enega mentorja

Vir: Anketa, 2021.

Tisti, ki se niso odločili, da uporabijo IKT so navedli, da so se za to odločili, ker ni bilo potrebe, da imajo za kaj takšnega premalo časa oz. se jim ne zdi smiselno, saj imajo le enega študenta (tabela 2).

Tabela 3: Pogostost uporabe IKT pri mentorstvu

<i>Zelo pogosto</i>	<i>Pogosto</i>	<i>Redko</i>	<i>Zelo redko</i>	<i>Skupaj</i>
3	6	4	1	14
21,43 %	42,86 %	28,57 %	7,14 %	100 %

Vir: Anketa, 2021.

Mentorji, ki uporabljajo IKT to počnejo pogosto, tako jih je namreč odgovorilo 42,86 %, nato sledi odgovor redko (28,57 %), temu sledi odgovor pogosto (21,43 %). Na zadnjem mestu je odgovor zelo redko (7,14 %).

Tabela 4: Uporaba IKT pri posamezni fazi mentorstva

<i>Za uvodni del</i>	<i>Za podajanje znanja</i>	<i>Za utrjevanje znanja / spretnosti</i>	<i>Za preverjanje in ocenjevanje znanja / spretnosti</i>	<i>Skupaj</i>
7	2	4	4	17
41,17 %	11,76 %	23,53 %	23,53 %	100 %

Vir: Anketa, 2021.

Iz tabele 4 je razvidno, da največ mentorjev (41,17 %) uporablja IKT za uvodni del, z enakim odstotkom (23,53 %) sledita odgovora za utrjevanje znanja / spretnosti in za preverjanje in ocenjevanje znanja / spretnosti. Na zadnjem mestu je odgovor »za podajanje znanja« (11,76 %).

Mentorje, ki so zaključili usposabljanje smo vprašali po mnenju o prednostih uporabe informacijsko - komunikacijske tehnologije v mentorskem procesu. Pri tem vprašanju smo izluščene besede (kode) strnili v naslednje vsebinske kategorije, ki so razvidne v tabeli 5.

Tabela 5: Prikaz kategorij za prednosti uporabe IKT v mentorskem procesu

<i>Hitrost komunikacije in prenosa informacij, znanja</i>	<i>Dostopnost</i>	<i>Novi viri znanj in informacij</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Hitra komunikacija med mentorjem in študentom ▫ Hitrost prenosa informacij ▫ Hitra komunikacija več sodelujočih hkrati ▫ Hiter dostop do informacij ▫ Hitrejša komunikacija z več osebami ▫ Hitrejši prenos ▫ Ažurnost informacij, hiter odziv ▫ Omogoča prihranek časa 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Hitra dostopnost ▫ V stiku kadarkoli ▫ Vsebine se delijo sinhrono ali asinhrono ▫ Udeleženci so lahko na različnih mestih, a povezani ▫ Hitro dostopna snov ▫ Ni potrebno usklajevanje terminov ▫ Podporno orodje mentorju, širša dostopnost ▫ Oddaljenost ni ovira 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Pridobivanje novih virov znanj ▫ Velika izbira informacij ▫ Večja možnost predaje informacij, mnenj in učnega gradiva ▫ Kontinuirano nadgrajevanje znanja ▫ Zanimivo in atraktivnejše podajanje znanja ▫ Spoznavanje kliničnega okolja pred vstopom v ustanovo

Vprašali smo tudi po mnenju o slabostih uporabe informacijsko - komunikacijske tehnologije v mentorskem procesu. Pri tem vprašanju smo izluščene besede (kode) strnili v naslednje vsebinske kategorije, ki so razvidne iz tabele 6.

Tabela 6: Prikaz kategorij za slabosti uporabe IKT v mentorskem procesu

<i>Pomanjkanje osebne kontakta</i>	<i>Možnost napačne interpretacije vsebin in sporočil</i>	<i>Nedostopnost opreme in nepoznavanje uporabe</i>	<i>Prevelika dosegljivost</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Ni tako osebno ▫ Ni osebnega kontakta, ne vidiš odziva, neverbalne komunikacije ▫ Pomanjkanje osebnega stika ▫ Manj osebno ▫ Ni pristnega stika s študentom ▫ Ni individualne obravnave, ni 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Nekritična uporaba virov ▫ Možnost napačno razumljenega sporočila ▫ Vsem se posreduje enako - mogoče kdo ne razume ▫ Izguba informacij ▫ Možnost komunikacijskih motenj 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Ni dostopne IKT ter neznanje mentorjev za uporabo ▫ Slaba internetna povezava ▫ Ni povsod dosegljivo ▫ Neopremljenost enot z najnovejšimi tehnologijami in nepoznavanje 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Občutek, da si »vedno v službi« ▫ Dosegljivost »non stop« ▫ Ves čas v delovanju ▫ Dostopnost 24 ur ▫ Meja zasebnosti, izguba nadzora

empatičnega odnosa, posamezniki se ne izpostavijo	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Nestandardni posnetki ▫ Pomanjkljivo razumevanje ▫ Šum v komunikaciji 		
--	---	--	--

Kvantitativna študija, ki je bila izvedena je raziskala odnos mentorjev ter opredelila facilitatorje in omejitve, ki bi lahko vplivali na to ali se bodo mentorji odločili za e-mentorstvo ali jim ta pristop ne bo blizu.

3 Razprava

E-mentorstvo tradicionalnega mentorstva v celoti seveda ne more nadomestiti, kar še posebej velja za zdravstveno nego, ki zaradi svoje specifičnosti potrebuje prisotnost študenta v kliničnem okolju ob mentorju in pacientih. Lahko ga pa kvalitetno dopolnjuje. E-mentorstvo namreč omogoča zelo učinkovit in hiter način podajanje informacij in izobraževalnih vsebin, sam način podajanja pa je pogosto zelo atraktiven za študente, kar lahko poveča njihovo motivacijo. Ob tem pa razdalja in časovne omejitve ne predstavljajo nobenih ovir. Ima pa seveda tudi svoje slabosti, kot na primer pomanjkanje osebnega, pristnega kontakta med mentorjem in študentom ter s tem tudi odsotnost neverbalne komunikacije, različni šumi v komunikaciji ter nenehna oz. prepogosta razpoložljivost mentorja. Vpeljevanje IKT v mentorstvo zdravstvene nege predstavlja precejšen izziv, tako za mentorja kot študenta, kot tudi za izobraževalno organizacijo in klinično okolje kjer se mentorstvo izvaja. Kot prvi predpogoj je potrebno, da obstaja konsenz glede uporabe informacijsko komunikacijske tehnologije med vsemi deležniki ter s tem tudi močno podporno okolje, ki nudi ustrezno opremo ter tudi ustrezno izobraževanje o uporabi te opreme in izvajanju e-mentorstva. Samo izvajanje e-mentorstva se namreč bistveno razlikuje od tradicionalnega, saj zaradi odsotnosti osebnega kontakta zahteva izredno natančno in pogosto spremljanje, dajanje in prejemanje povratnih informacij. Kar pa seveda lahko z uspešnim kombiniranjem s tradicionalnim mentorstvom dobro in kakovostno premostimo. Ntshinga omenja prednosti e-mentorstva in uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije za mentorja in študenta tudi v smislu povečanja izkušenj, izboljšanju komunikacijskih sposobnosti, vključenosti v delo v skupini, e-mentorstvo pa po njegovem mnenju pomaga razširiti študentovo socialno mrežo in tako poveča njegove stike. Sodelujoči v naši raziskavi informacijsko komunikacijsko tehnologijo uporabljajo predvsem za uvodna srečanja in še vedno prisegajo na povezanost mentor - študent. Kot prednost vidijo v ažurnosti podatkov, nadgradnja mentorstva in v prihranku časa.

Ugotovitve kažejo, da lahko e-mentorstvo in uporabo informacijsko komunikacijskih tehnologij mentorji dobro sprejmejo ter tudi uporabijo pri mentorskem procesu v primeru, da se jih za to ustrezno seznanijo in usposobi. Pred samim začetkom usposabljanja v okviru projekta QualMent so se namreč le redki mentorji posluževali informacijsko komunikacijske tehnologije, po zaključenem usposabljanju pa je teh bilo 77,78 % (tabela 1). In 42,86 % teh jih je odgovorilo, da informacijsko komunikacijsko tehnologijo pri mentorstvu uporabljajo pogosto (tabela 3). Najbolj pogosto jo uporabljajo za uvodni del (41,17 %), nato z enakim odstotkom sledi uporaba za utrjevanje znanja/spretnosti ter preverjanje in ocenjevanje znanja / spretnosti (23,53 %), najmanj pa informacijsko komunikacijsko tehnologijo uporabljajo za podajanje znanja (11,76 %) (tabela 4). Tu še vedno vidijo veliko prednost osebnega stika in neposrednega opazovanja izvajanja aktivnosti zdravstvene nege. Kljub ugotovljenim omejitvam pa lahko koristi e-mentorstva odtehtajo omejitve. Organizacije, ki razmišljajo o uvedbi e-mentorstva, bi morale poleg že zgoraj omenjene podpore mentorje spodbujati k uporabi s pozitivnim odnosom in prikazom predhodnih uspešnih mentorskih izkušenj. E-

mentorstvo lahko obravnava današnje večgeneracijsko zdravstveno nego in pozitivno vpliva na proces mentorstva.

4 Zaključek

Informacijsko - komunikacijske tehnologije lahko olajšajo komunikacijo v mentorskem procesu in ponudijo dodatne možnosti tako mentorju kot tudi študentu, da posežejo po načinu komunikacije, ki jim je bližje in na ta način dodatno podpirajo mentorski proces in njun odnos v tem procesu. Seveda pa v študijskem programu zdravstvene nege ostaja tradicionalno mentorstvo tisto, ki prednjači in mora vsekakor biti v ospredju, vendar ga je smiselno tu in tam kombinirati tudi z uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije, saj lahko na ta način sam proces, zaradi večje atraktivnosti in hitrosti komunikacije, približamo študentom ter ga zato naredimo tudi bolj učinkovitega. Pri vsem temu pa bi bilo pomembno, da se čim bolj olajša dostop do ustrezne informacijske komunikacijske tehnologije, da se osvešča in usposobi za uporabo ter nenehno spodbuja in krepi prakso njene uporabe. Z razvojem tehnologije se razvija tudi informacijsko komunikacijska tehnologija in s tem tudi možnosti njene uporabe, a bistvo ostaja, to pa je olajšanje komunikacije, povezovanje, odpiranje, prilagodljivost ter skupno ustvarjanje novega znanja.

LITERATURA

1. Brečko, B. N. (2016). Spremenjene pedagoške prakse z uporabo IKT. *Andragoška spoznanja*, 22 (4), 43–56
2. Button, D., Harrington, A. in Belan, I. (2014). E-learning & information technolog (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34, (10), 1311–1323.
3. Chonga, J. Y., Chinga, A. H., Renganathana, Y., Lima. W. Q, Toch, Y. P., Masond, S., Krishnaa, L. (2020). Enancing mentoring experiences through e-mentoring: a systematic review of e-mentoring programs between 2000 and 2017. *Advances in Health Sciences Education*, 25, 195–226
4. Forbes, H., Oprescu, F. I., Downer, T., Phillips, N. M., McTier, L., Lord, B., Barr, N., Alla, K., Bright, P., Dayton, J., Simbag, V. A. in Visser, I. (2016). Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education. *Nurse Education Today*, 42, 53–56.
5. Kim, J. H. in Park, H. (2019). Effects of Smartphone - Based Mobile learning in Nursing Education: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 13, 20–29.
6. Ntshinga, W. L. (2010). World wide web (www) tools enhancing mentorship. V *INTED2010 Proceedings (1704–1714)*. Valencia: IATED.
7. O'Connora, S. in Andrews, T. (2018). Samrtphones and mobile applications (apps) in clinical nursing education: A student perspective. *Nurse Education Today*, 69, 172–178.
8. Ongoz, S. (2018). The use of ICT in e-mentoring: A case study. *Turkish Online Journal of Distance Education*, 19 (4), 76–89.
9. Petit-dit-Dariel, O., Wharrad, H. in Windle, R. (2014). Using Bourdieu's theory of practice to understand ICT use among nurse educators. *Nurse Education Today*, 34 (11), 1368–1374.
10. Raman, J. (2015). Mobile technology in nursing education: where do we go from here? A review of the literature. *Nurse Education Today*, (35), 663–672
11. Shrestha, C. H., May, S., Edirisingha, P., Burke, L. in Linsey, T. (2009). From Face-to-Face to e-Mentoring: Does the "e" Add Any Value for Mentors?. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 20 (2), 116–124.
12. Stewart, S. in McLoughlin, C. (2007). Design features of an e-mentoring system for the health professions: Choosing to learn in partnership. V R. Atkinson, C. McBeath in A. Soong Swee Kit (ur.), *ICT: Providing Choices for Learners and Learning. Proceedings ascilite Singapore 2007 (str. 951–961)*. Singapore: Centre for Educational Development, Nanyang Techn.

E-izobraževanje medicinskih sester – stanje in izzivi

UDK 37:004+614.253.5

KLJUČNE BESEDE: e-izobraževanje, medicinske sestre, izobraževanje na daljavo, znanje, epidemija

POVZETEK – V sodobni družbi ima znanje vse večji pomen za gospodarski in družbeni razvoj. E-izobraževanje, katerega bistvena značilnost je uporaba sodobne informacijske in telekomunikacijske tehnologije, odpira nove perspektive in možnosti za pridobivanje in kreiranje znanja medicinskih sester. Organizacije se vse pogosteje soočajo z novimi težjimi izzivi, posledica je nenehno, pravočasno prilagajanje in njihova sposobnost hitrega reagiranja na nastale situacije. Uporabili smo kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Podatke smo zbrali z anketo, ki je bila razdeljena med 100 zaposlenih v zdravstveni negi v različnih zdravstvenih ustanovah. Namen raziskave je ugotoviti, katere so prednosti in pomanjkljivosti izobraževanja na daljavo, ter raziskati, kateri dejavniki predstavljajo izziv v e-izobraževanju. Zaposleni v zdravstveni negi moramo nenehno skrbeti, da naše znanje ostaja dovolj aktualno saj s tem sledimo razvoju stroke. Izobraževanje na daljavo v času epidemije prispeva k večji kakovosti dela medicinskih sester in ima več pozitivnih kot negativnih dejavnikov. Dodatna IKT znanja, seznanjenost z najnovejšimi spoznanji stroke in lažja dostopnost so dejavniki, ki zagotovo vplivajo na motivacijo za izobraževanje medicinskih sester tudi v času epidemije

UDC 37:004+614.253.5

KEYWORDS: e-learning, nurses, online teaching, knowledge, epidemic

ABSTRACT – In modern society, knowledge is of increasing importance for economic and social development. E-learning, the main feature of which is the use of modern information and telecommunication technologies, opens new perspectives and opportunities for the acquisition and expansion of nurses' knowledge. Organisations are increasingly faced with new and more difficult challenges, which requires constant, timely adaptation and their ability to respond quickly to new situations. We used a quantitative method of data collection. The data was collected through a survey distributed among 100 nursing workers in various health care facilities. The aim of the survey is to find out what are the advantages and disadvantages of online teaching and what are the factors that pose a challenge to e-learning. Nursing staff must constantly ensure that our knowledge remains relevant as we pursue our profession. Online teaching during the epidemic contributes to a higher quality of nurses' work and has more positive factors than negative ones. Additional ICT knowledge, familiarity with the latest findings of the profession and easier accessibility are factors that certainly influence the motivation to continue educating nurses even during an epidemic.

1 Teoretična izhodišča

Bračič (2009) pravi, da ima v sodobni družbi znanje vse večji pomen za gospodarski in družbeni razvoj. Zaradi naraščajočega pomena znanja je potreba po višji izobraženosti vseh generacij kot tudi po stalnem obnavljanju in dopolnjevanju znanj vse večja. V zadnjih letih e-izobraževanje postaja vse bolj pomembno tudi za odrasle osebe, saj spodbuja vseživljenjsko učenje ter osebni in profesionalni razvoj.

E-izobraževanje, katerega bistvena značilnost je uporaba sodobne informacijske in telekomunikacijske tehnologije (IKT), odpira nove perspektive in možnosti za pridobivanje in kreiranje znanja odraslega prebivalstva. Potencialne priložnosti e-izobraževanja so odvisne od tega, koliko in kako smotno ter učinkovito je tehnologija integrirana v izobraževalni proces. Osnova za celovito uresničevanje potencialov, ki jih za izobraževanje odraslih omogoča sodobna tehnologija, je koncept celostnega e-izobraževanja. Za uresničitev teh potencialov

morajo biti izpolnjeni določeni dejavniki, ki vplivajo na povpraševanje in ponudbo programov e-izobraževanja (Bregar, 2008, str. 8).

Ovsenik (2014, str. 2–3) povzema po Salamonu (2013), da e-izobraževanje ponuja priložnost za pridobivanje znanja ter posledično izobrazbe za vse tiste, ki zaradi različnih razlogov običajno ne morejo obiskovati predavanj. Vedno več je namreč takih posameznikov, ki želijo pridobiti dodatno izobrazbo ali pa se prekvalificirati v času, ko so že redno zaposleni. Udeleženci izobraževanja se pri e-izobraževanju tako lahko učijo v času in prostoru, ki je zanje najbolj primeren. S tem posledično niso vezani na točno določen čas ter točno določeno geografsko lokacijo. Na ta način izobraževalne institucije svojim udeležencem ponudijo način izobraževanja, ki jih razbremeni fizične omejenosti z učilnico ter jim omogoča uspeh v tem, da si časovno lahko prilagodijo termin in trajanje učenja glede na lastne želje in potrebe.

Pečnik (2005, str. 2) ugotavlja, da se organizacije vse pogosteje soočajo z novimi težjimi izzivi, posledica je nenehno, pravočasno prilagajanje in njihova sposobnost hitrega reagiranja na nastale situacije. Pravočasno reagiranje organizacije in njenih zaposlenih pa pomenita, da zaposleni sledijo spremembam na trgu in se nenehno izpopolnjujejo v novih znanjih. Prav tako sta za konkurenčnost na globalnem tržišču pomembni stalno posodabljanje tehnologije ter ohranjanje usposobljenosti strokovnjakov, kar pa lahko dosežejo le s sprotnim dopolnjevanjem in izpopolnjevanjem njihovega znanja. To je mogoče doseči le s pomočjo nenehnega učenja, saj v poslovnem okolju učenje pomeni tudi proces, s katerim se organizacija prilagodi okolju. Organizacija, ki se ne uči, ne more preživeti v spremenljivem okolju, zato naj bi bila učenje in delo procesa, ki se medsebojno povezujeta in dopolnjujeta.

Tako se tudi mnoge izobraževalne institucije v zadnjem času vedno bolj soočajo s problemom, da udeleženci izobraževanja ne morejo obiskovati predavanj zaradi različnih vzrokov, kot so na primer preobremenjenost v službi in doma, finančni stroški prevoza do izobraževalne institucije, epidemioloških razmer ...

Maczuga (2020) ugotavlja, da je zdaj e-izobraževanje prvič dobilo priložnost, da pusti svoj pečat. Ne postavljamo si namreč več vprašanja, ali je poučevanje preko spleta boljše od tradicionalnega poučevanja. Ker je e-izobraževanje vsaj za nekaj časa edina možnost izvajanja poučevanja, si tega vprašanja pravzaprav niti ne postavljamo več.

Kot pravijo Seymour - Walsh, Bell in Smith (2020) je zdaj je čas za maksimalno ustvarjalnost, za inovacije in raziskovanje pristopov za razvoj in zagotavljanje kakovostnega spletnega izobraževanja. V naslednjih nekaj mesecih bo ta serija komentarjev ponudila teoretično utemeljene praktične predloge za pomoč zdravstvenim delavcem in oblikovalcem tečajev pri odzivanju na krizo covid -19. Cilj je zagotoviti kontinuiteto izobraževanja v času krize covid -19, pa tudi širše. To je priložnost za povečanje potenciala preostalih dolgoročnih izboljšav za dostop regionalnih, podeželskih in zdravstvenih delavcev na daljavo do kakovostnega spletnega izobraževanja in strokovnega razvoja ter pripravo bodoče zdravstvene delavce na dostop do alternativnih sredstev za nadaljnje izobraževanje.

Čeprav je to za nas pomembno leto, si ga bomo zapomnili predvsem po izrednih razmerah zaradi epidemije SARS-CoV-2, ki je posegla tako v klinično prakso kot v izobraževanje za zdravstveno nego. Danes, ko se družba in zdravstvo soočata z enim izmed največjih zdravstvenih izzivov v svetovnem merilu, ko smo državljani zavezani k socialni distanci in spoštovanju ukrepov za zaježitev epidemije in ko se različni sektorji gospodarske dejavnosti prilagajajo novim ukrepom, je treba nujno razmisliti tudi o vplivu epidemije na izobraževalni sistem in s tem tudi na izobraževanje v zdravstveni negi (Ličen, 2021, str. 5).

1.1 E-izobraževanje

Potreba po stalnem in čim bolj celovitem nadgrajevanju znanja danes vse bolj narašča, saj se obseg znanja povečuje, hkrati pa znanje izredno hitro zastara. Zato je potrebno v izobraževanje vključiti vse prebivalstvo, tako mlade kot starejše, že zaposlene ljudi. Tako tradicionalni način izobraževanja ne more zadostiti vsem zahtevam, zato postaja e-izobraževanje vse bolj zanimivo za vse generacije aktivnega prebivalstva, predvsem za mlade, ki IKT spremlja že od otroštva (Bregar idr., 2010, v Ovsenik, 2014, str. 3).

IKT je v zadnjih dveh desetletjih pomembna spremljevalka in oblikovalka našega vsakdanjika. Ta tehnologija, še posebno internet, vpliva na to, kako si organiziramo delo, preživljamo prosti čas, kako navezujemo osebne in druge stike, kako pridobivamo informacije kot porabniki, državljani, porabniki javnih storitev, kakšne pripomočke in orodja uporabljamo na delovnem mestu in v izobraževanju. IKT neizpodbitno spreminjajo način dela in življenjski slog ljudi v 21. stoletju, tako v razvitem kot tudi v manj razvitem svetu (Bregar, 2011).

1.2 Pojmovanje e-izobraževanja

Obravnava e-izobraževanja zahteva jasno opredelitev samega pojma e-izobraževanja. Na širše poimenovanje e-izobraževanja navadno naletimo v tradicionalnem izobraževanju, kjer je IKT le ena od sestavin učnega procesa, ki je namenjen dopolnitvi ali obogatitvi učnega procesa. Tako je širše poimenovanje e-izobraževanja smiselno poimenovati delno tehnološko podprto izobraževanje (Bregar idr., 2010, v Ovsenik, 2014, str. 3).

Pri e-izobraževanju v ožjem pomenu ali celostnem e-izobraževanju pa se znanje prenese s pomočjo IKT preko računalnika do izobraževalne institucije do udeleženca izobraževanja, kar omogoča, da je učni proces v celoti tehnološko podprt (Bregar idr., 2010, v Ovsenik, 2014, str. 3).

Pojem se je skozi čas precej spreminjal, še vedno pa vzporedno uporabljamo izraze, kot so izobraževanje na daljavo, spletno izobraževanje, računalniško podprto izobraževanje, tehnološko podprto izobraževanje in izobraževanje on-line. UNESCO (Moore idr., 2002, v Bračič, 2009, str. 31) na splošno uporablja izraz »Open and Distance Learning«, pri čemer ima »Open Learning« nekakšen krovni pomen za vse izobraževalne sisteme, ki sistematično presegajo različne ovire pri dostopu do izobraževanja, pa naj se te nanašajo na čas, prostor, starost, spol, tehnologijo ali druge okoliščine. V programih in akcijskih načrtih Evropske komisije od leta 2000 naprej uporabljajo termin e-learning. V slovenščini v zadnjih nekaj letih večinoma uporabljamo izraz e-izobraževanje, kot enega od prevodov izraza e-learning. V praksi velikokrat govorimo tudi o e-učenju, kar seveda izhaja iz angleškega prevoda e-learning. Glede na to da je učenje povezano z dejavnostjo posameznika, je e-izobraževanje e-učenju nadrejen pojem, saj je to izobraževanje, ki ga ob informacijski tehnologiji izvaja izobraževalna institucija, ki organizira izobraževanje in učečim se ponuja podporo (Bračič, 2009, str. 32).

1.3 Prednosti in slabosti e-izobraževanja

E-izobraževanje bi prineslo številne prednosti z vidika udeleženca izobraževanja in izobraževalnim ustanovam, pa tudi širše, izobraževalnim sistemom na nacionalni ravni in mednarodno (Bregar, Zagmajster in Radovan, 2010, str. 17).

Prednosti e-izobraževanja z vidika udeleženca izobraževanja:

- Večja prožnost v času, kraju, tempu in vsebini izobraževanja. Udeleženec e-izobraževanja se sam odloči, kdaj se bo udeležil izobraževanja, kateri način izobraževanja je zanj najprimernejši, kje se bo udeležil izobraževanja ter s kakšnim tempom bo osvojil želeno znanje. Zato je e-izobraževanje primerno za ljudi, ki so iz demografsko oddaljenih krajih

ter z zasedenim urnikom in drugimi omejitvami. Udeleženec ima tako na voljo sodobne načine učenja in nove možnosti dostopa do znanja (Bregar idr., 2010, str. 17).

- Razvoj tehničnih sposobnosti. Učeči razvijejo tehnične sposobnosti, ki so potrebne za delo v sodobnih okoljih (Bregar idr., 2010, str. 17).
- Večja interaktivnost in hitrejši dostop do znanja in različnih virov. Na spletnem tečaju, z uporabo spletnih gradiv in s pomočjo interaktivnega učenja učeči hitreje dostopa do informacij in željenega znanja (Bregar idr., 2010, str. 17).
- Možnost prilagajanja učnih pristopov posameznikovim potrebam glede na predznanje. Vsak posameznik ima neko znanje, vendar nimajo vsi enakega. Za lažji pristop k izobraževanju si učeči lahko prilagodi težavnost tečaja oziroma izobraževanje glede na svoje predznanje (Bregar idr., 2010, str. 17).
- Večkratno obnavljanje znanja. Spletna gradiva je mogoče posodabljeti, strokovne knjige pa hitro zastarajo. E-izobraževanje ponuja možnost, da lahko kadarkoli obnovimo znanje z željenega področja (Bregar idr., 2010, str. 17).
- Razvoj novega znanja in kompetenc. Z e-izobraževanjem lahko pridobimo znanje in kompetence, ki jih drugače ne bi (Bregar idr., 2010, str. 17).
- Hitrejši napredek. Balon (2000, v Klemenčič 2012, str. 9) meni, da udeleženci v tečajih e-izobraževanja zaradi dviga kakovosti študijskih gradiv in lastne motivacije, lahko dosežejo hitrejši napredek.
- Poveča se lahko pomnjenje stvari. Diskusija in učna gradiva se hranijo in so učečim vedno na voljo. Tudi motivacija je lahko večja pri e-izobraževanju (Balon, 2000, v Klemenčič 2012, str. 10).
- Večja kakovost študija. Hitrejši dostop, časovna in krajevna fleksibilnost, prilagodljivost študija pripeljejo do večje kakovosti (Razgoršek in Potočar, 2009, v Klemenčič, 2012, str. 10).

Slabosti e-izobraževanja z vidika udeleženca izobraževanjem:

- Izolacija učečih. Z e-izobraževanjem se omejimo na samostojno delo, pomankanje osebnega stika in komunikacije, tako z učiteljem kot z drugimi učečimi, pa lahko privede v zmanjšanje socialnega in kulturnega sodelovanja (Grobovšek, 2004, v Klemenčič, str. 10).
- Tehnične težave ali napake operaterja lahko ovirajo tako študente kot učitelje. Tudi pomanjkanje znanja o računalniku oziroma o rabi tehnologije lahko ovira posameznike pri takem načinu izobraževanja (Grobovšek, 2004, v Klemenčič, str. 10).
- Nedostopnost tehnologije. Omejen dostop do tehnologije, ki je potreben za e-izobraževanje. Za e-izobraževanje sta pomembna dostop do širokopasovnega interneta in zmogljiv računalnik. Če posameznik nima dostopa do potrebne tehnologije, to pomeni veliko oviro v učnem procesu (Gorder 2003, v Klemenčič, str. 10).
- Tehnofobija. Za uspešno uporabo e-izobraževanja je potrebna računalniška pismenost. Nekateri čutijo odpor do tehnologije ali se jo bojijo uporabiti (Razgoršek in Potočar, 2009, v Klemenčič, 2012, str. 10).
- Slabša prenosljivost gradiv. Prenosljivost gradiv je kljub razširjenosti možnih priključkov in prenosnih računalnikov manjša kot pri natisnjenih gradivih (Razgoršek in Potočar, 2009, v Klemenčič, 2012, str. 10).

1.4 E-izobraževanje medicinskih sester

Učni proces na področju zdravstvene nege je zelo specifičen, zato uvajanje e-izobraževanja na tem področju predstavlja kompleksno nalogo za vsakega posameznika, ki sodeluje v procesu uvajanja. Bodoče uporabnike je potrebno dobro pripraviti in podučiti. Smiselna je tudi uvedba izobraževanja na področju uporabe IKT (Hercan, 2010, v Rošeto, 2013, str. 17). Soočanje s potrebo po znanju zagotavlja osebni razvoj in s tem tudi delo. Potrebno je spremeniti

tradicionalni potek izobraževanja in biti odprt za nove oblike pridobivanja znanja. Zato so pomembne spremembe. Široka splošna in strokovna izobrazba je temelj nadaljnega izobraževanja (Arnaultovič idr., 2008, v Rošeto, 2013, str. 17). Medicinske sestre je potrebno motivirati, da sprejmejo tovrsten način izobraževanja, pridobijo nova znanja in kompetence ter tako povečajo kakovost zdravstvene nege. Zaradi hitrih sprememb v okoljih zdravstvenega varstva bi morale medicinske sestre ves čas nadgrajevati svoja strokovna znanja in spretnosti, da bi se lahko zagotavljala primerna kakovost zdravstvenih storitev (Žvanut, Pucer, Trobec in Plazar, 2010 v Rošeto, 2013, str. 17).

1.5 Pomembnost izobraževanja in znanja zaposlenih za organizacijo

Za uspeh v današnjem hitro spreminjajočem se poslovnem okolju se morajo organizacije ves čas učiti, kar pomeni, da zaposlenim omogočijo, da se učijo, delijo svoje znanje in ga uporabljajo pri delu (Dimovski idr., 2005, v Kramar, 2010, str. 631). Za dolgoročno uspešna podjetja je značilno prav nenehno in skrbno učenje, sicer ne bi preživela vseh sprememb v okolju, denimo nepričakovanih povezav in nepredvidenih dogodkov, ki so v razvoju zelo pomembni (Dimovski idr., 2005, v Kramar, 2010, str. 631).

Zavedati se moramo, da je vlaganje v znanje (izobraževanje, usposabljanje, raziskave in razvoj, informacijsko tehnologijo) nujno za konkurenčnost posameznika, podjetja in gospodarstvo. Svet se zadnja leta tako hitro spreminja in napreduje, da ljudje govorijo samo še o znanju in kako je to pomembno.

2 Metode

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je ugotoviti, katere so prednosti in pomanjkljivosti izobraževanja na daljavo ter katere vrste izobraževanja medicinskim sestram najbolj ustreza.

Cilji raziskave so bili:

- Ugotoviti, ali je organizacija zdravstvenim delavcem omogoča e- izobraževanje.
- Ugotoviti, kateri dejavniki e-izobraževanja zdravstvenim delavcem ustrezajo in kateri dejavniki jim ne ustrezajo.
- Ugotoviti, katere vrste izobraževanja zdravstvenim delavcem najbolj odgovarjajo.

2.2 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Zastavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Ali so medicinske sestre seznanjene z e izobraževanjem?
2. Ali so bile medicinske sestre vključene v e-izobraževanje?
3. Ali so se medicinske sestre več udeleževale e-izobraževanj, dom ali v službi?
4. Ali medicinski sestri organizacija nudi e-izobraževanje?
5. Kakšni so razlogi, da e-izobraževanje medicinski ustreza, ali ne ustreza?
6. Kakšnega izobraževanja bi se medicinske sestre v prihodnosti udeležile?

Postavili smo naslednje hipoteze:

- H1: Medicinske sestre so seznanjene z e-izobraževanjem.
- H2: Medicinske sestre bi se v prihodnosti raje udeleževale kombiniranega izobraževanja.

2.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila spletni anketi, kjer so bili podatki pridobljeni s prostovoljnim sodelovanjem anonimnih udeležencev. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Uporabljena je bila deskriptivna metoda ter metoda anketiranja. Za teoretično izhodišče smo opravili kritičen pregled domače in tuje literature. Literatura je bila knjižno gradivo, gradivo pridobljeno preko podatkovnih baz. Na podlagi zbranih primarnih in sekundarnih virov je bil za potrebe empiričnega dela oblikovan anketni vprašalnik.

2.4 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje za medicinske sestre iz različnih bolnišničnih okolij. Potekalo je preko aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno anketiranje. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku raziskave. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so upoštevana etična načela raziskovanja. Zbiranje podatkov je potekalo v drugi polovici meseca septembra 2021 z odprto dostopno spletno aplikacijo www.1ka.si.

2.5 Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec. K anketiranju je pristopilo 101 medicinskih sester iz različnih bolnišničnih okolij. Od tega je bilo 56 žensk (95 %) in 5 moških (5 %). Glede na starostno strukturo je bilo 9 anketirancev (9 %) starih do 30 let, 42 je bilo starih od 31 do 40 let (41 %), 42 anketirancev je bilo starih od 41 do 50 let (42 %) in 9 anketirancev je bilo starih nad 51 let (9 %). Glede na izobrazbo je največ diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov (55 %), sledijo srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik (36 %), nato višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (3 %) in 6 % anketirancev ima magisterij/doktorat.

2.6 Opis obdelave podatkov

Anketa je potekala od 16. 9. 2021 do 1. 10. 2021. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi raziskave. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati in razprava

Rezultate podajamo po vrsti glede na zastavljena raziskovalna vprašanja in hipoteze.

Seznanjenost z e-izobraževanjem.

29 % anketirancev se z e-izobraževanjem še ni srečalo, 43 % anketirancev se je z e-izobraževanjem že srečalo, 32 % anketirancev pozna postopke in načine e-izobraževanja in 26 % anketirancev podpira uvajanje e-izobraževanja v svoji organizaciji.

Prva hipoteza se glasi, da so medicinske sestre seznanjene z e-izobraževanjem. Hipoteza je potrjena, saj je 75 % medicinskih sester odgovorilo, da so se z e-izobraževanjem že srečale in pozna postopke in načine e-izobraževanja.

Vključenost na e-izobraževanjih.

61 % anketirancev je že bila vključena v e-izobraževanje, 27 % anketirancev še ni bila vključena v e-izobraževanje in 12 % anketirancev si želi vključiti v e-izobraževanje.

Mesto udeležbe na e-izobraževanjih.

8 anketirancev (13 %) se je e-izobraževanja udeležilo od doma, 16 anketirancev (26 %) se je e-izobraževanja udeležilo v službi in 38 anketirancev (61 %) se je e-izobraževanja udeležilo od doma in v službi.

Nudenje e-izobraževanja v organizaciji.

36 anketirancem (40 %) organizacija nudi e-izobraževanje, 30 anketirancem (34 %) nudi e-izobraževanje, vendar premalo, 14 anketirancem (16 %) organizacija ne nudi e-izobraževanja in 9 anketirancev (10 %) bi si želelo, da jim organizacija nudi e-izobraževanje.

Razlogi za ustreznost e-izobraževanja.

Ugotovili smo, da anketirancem najbolj ustreza izobraževanje od doma (65 %), ker s e-izobraževanjem prihranijo čas (54 %), je lažje dostopno (52 %), lažje usklajujejo obveznosti (56 %), imajo manj stroškov (45 %), ni fizične prisotnosti (30 %), si lahko razporejajo učno snov (28 %), dobijo hitrejše informacije (22 %) in lažje dostopajo do gradiva (21 %). E-izobraževanje pa anketirancem ne ustreza, ker ni osebnega stika (40 %), prihaja do tehničnih težav (36 %), preživijo veliko časa pred računalnikom (35 %), je manj dela v skupini (13 %), nimajo samodiscipline (7 %), dobijo slabšo razlago snovi (6 %) in imajo težave z uporabo spletnih aplikacij (2 %).

Udeležba izobraževanja v prihodnosti.

52 anketirancem (57 %) najbolj odgovarja kombinirano izobraževanje, 23 anketirancem (25 %) odgovarja e-izobraževanje in 16 anketirancem (18 %) odgovarja tradicionalno izobraževanje.

Druga hipoteza se glasi, da bi se medicinske sestre v prihodnosti raje udeleževale kombiniranega izobraževanja. Hipoteza je potrjena, saj 57 % medicinskim sester bi najbolj odgovarjalo kombinirano izobraževanje.

E-izobraževanje naj bi se danes uporabljalo kot oblika izobraževanja, ki nadomešča tradicionalne oblike izobraževanja v učilnicah in kot obogatitev tradicionalnega izobraževanja. Medicinske sestre se čedalje več srečujejo z e-izobraževanjem, prav tako jim organizacije vse več nudijo tovrstno izobraževanje. Anketa, izvedena med medicinskimi sestrami, je pokazala, da večina medicinskih sester je že bila vključena v e-izobraževanja, da jim ta način izobraževanja odgovarja in bi se ga udeleževale tudi v prihodnje, kot kombinirano izobraževanje.

Menim, da je največja prednost e-izobraževanja pri medicinskih sestrah poleg neodvisnosti od časa in prostora izobraževanja, ki omogoča izobraževanje kadarkoli in kjerkoli, možnost izkoriščanja ekonomije obsega. E-izobraževanje je ob primerni infrastrukturi (pri organizatorju e-izobraževanja in s strani končnih uporabnikov) lahko zaradi večjega števila uporabnikov dosti cenejše kot pa klasično izobraževanje. Vendar pa se ravno tu poleg pomanjkanja socialnih stikov z ostalimi pojavljajo po mojem mnenju največji problem e-izobraževanja.

V prihodnosti se izplača vlagati v e-izobraževanje, saj bo v prihodnosti le-to postalo prevladujoča oblika izobraževanja.

4 Razprava

Zaposleni v zdravstveni negi moramo nenehno skrbeti, da naše znanje ostaja dovolj aktualno saj s tem sledimo razvoju stroke. Izobraževanje na daljavo v času epidemije prispeva k večji kakovosti dela medicinskih sester in ima več pozitivnih kot negativnih dejavnikov. Dodatna

IKT znanja, seznanjenost z najnovejšimi spoznanji stroke in lažja dostopnost so dejavniki, ki zagotovo vplivajo na motivacijo za izobraževanje medicinskih sester tudi v času epidemije.

Vpeljevanje programov e-izobraževanja pa je izziv tudi za menedžment izobraževalnih organizacij. Menedžment se mora zavedati, da prinaša primerno zasnovan in izpeljan program e-izobraževanja strateške prednosti organizaciji in ob ustrezni strategiji pripelje do ugodnih poslovnih učinkov. Strategija uvajanja programov e-izobraževanja mora upoštevati finančne, kadrovske in organizacijske vidike e-izobraževanja in seveda tudi pedagoško didaktične vidike. Potrebno pa se je zavedati, da pomeni razvoj in vpeljava programov e-izobraževanja v organizaciji inoviranje izobraževanja z občutnimi spremembami in tveganji. To pa zahteva ustrezen pristop menedžmenta (menedžment inovacij) z ustreznimi ukrepi na strateški, taktični in operativni ravni pri vseh funkcijah menedžmenta. Menedžment na primer ne sme pozabiti na vnaprejšnje seznanjanje zaposlenih s pričakovanimi spremembami in pravočasno usposabljanje zaposlenih za nove naloge, prilagajanje organizacijskih in plačnih sistemov spremembam, ki jih povzroča vpeljava programov e-izobraževanja, sprotno spremljanje in kontrolo razvoja in izvajanja programov ter hitro in učinkovito ukrepanje v primeru težav (Bregar, 2019, str. 14).

Farrell, Cubit, Bobrowski in Salmon (2007, v Karaman, 2011, str. 1) pravijo, da spletno izobraževanje zdravstvene nege zagotavlja registriranim medicinskim sestram številne prednosti v primerjavi z osebnimi programi. Prvič, medicinske sestre se po daljšem premoru težko vrnejo v šolo in postanejo študentke. Izziv je lahko tudi zaradi nasprotujočih si urnikov dela, osebnih odgovornosti in morda strahu pred vrnitvijo v šolo. Bolj formalne učne dejavnosti, ki zagotavljajo certifikate ali diplome, so morda bolj privlačne za medicinske sestre. Vendar pa jim je zaradi intenzivnih delovnih obremenitev in delovnih izmen zelo težko obiskovati tečaje iz oči v oči. Napredne tehnologije spletnega učenja so nepogrešljive, zlasti za medicinske sestre, zaradi potrebe po vseživljenjskem učenju in poklicnem razvoju.

Različne tehnike dostave prek spleta so učinkovite za izobraževanje zdravstvene nege zaradi večje prilagodljivosti, dostopnosti in stroškovne učinkovitosti v izobraževanju zdravstvene nege (Billings, 1999, v Karaman, 2011, str. 1). Učenje na daljavo lahko prispeva k nadaljnjemu izobraževanju zdravstvene nege in kakovosti zdravstvenih storitev, ki presega izpolnjevanje poklicnih zahtev (Mahoney, Marfurt, daCunha in Engebretson, 2005, v Karaman, 2011, str. 1).

Yava idr. (2009 v Karaman, 2011, str. 2) pravijo, da medicinske sestre se morajo vključevati v nadaljnje izobraževanje, tako kot drugi zdravstveni delavci, kajti medicinske sestre težko sodelujejo pri poklicnem razvoju.

Na voljo je sicer le malo raziskav o vplivu izobraževanja na daljavo v izrednih razmerah na izobraževanje v zdravstveni negi tako s teoretičnega kot praktičnega vidika, a nekateri raziskovalci objavljajo svoja dela o tej tematiki (Whittle, Tiwari, Yan in Williams, 2020, v Ličen, 2021, str. 5).

LITERATURA

1. Bračič, S. (2009). Pomen e-izobraževanja za odrasle. *Andragoška spoznanja*, 15 (2) 29–35.
2. Bregar, L. (2008). Uresničevanje potencialov e-izobraževanja v izobraževanju odraslih. *Andragoška spoznanja*, 14 (3/4), 8–20.
3. Bregar, L. (2011). Trendi v e-izobraževanju ter dejavniki uspešnega in učinkovitega vpeljevanja v izobraževanje odraslih v Sloveniji. *Andragoška spoznanja*, 17 (4), 44–59.
4. Bregar, L. (2019). Desetletje razvoja e-izobraževanja: preskromno izkoriščene priložnosti ali dozorevanje pogojev za inoviranje izobraževanja? *Mednarodno inovativno poslovanje*, 5 (1). Pridobljeno s <https://journal.doba.si/OJS/index.php/jimb/article/view/157>.

5. Bregar, L., Zagmaister, M. in Radovan, M. (2010). Osnove e-izobraževanja, Priročnik. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
6. Karaman, S. (2011). Nurses' perceptions of online continuing education. BMC Medical Education, 11 (1), 86. Pridobljeno s <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/86>.
7. Klemenčič, T. (2012). E-izobraževanje (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
8. Ličen, S. (2021). Izobraževanje v zdravstveni negi v času covida-19: ali se bomo iz tega kaj naučili? Obzornik zdravstvene nege, 55 (1), 4–6.
9. Maczuga, P. (2020). Izobraževanje odraslih v času covida-19 – izkušnje za pot naprej. Pridobljeno s <https://epale.ec.europa.eu/sl/blog/edukacija-w-czasach-zarazy>.
10. Ovsenik, J. (2014). Možnost uvedbe e-izobraževanja v zavodu za izobraževanje odraslih Radovljica (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.
11. Pečnik, T. (2005). E-izobraževanje kot alternativna oblika izobraževanja zaposlenih (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
12. Rošeto, Š. (2013). Identifikacija in razvoj e-vsebin o informacijski varnosti v zdravstveni negi (Diplomsko delo). Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
13. Seymour - Walsh, A. E., Bell, A., Weber, A. in Smith, T. (2020). Adapting to a new reality: Covid-19 coronavirus and online education in the health professions. Rural and Remote Health 20 (2), 6000. Pridobljeno s <https://doi.org/10.22605/RRH6000>.

Izvajanje terapije s pomočjo psa v domovih za starejše

UDK 615.85-053.9:636.045

KLJUČNE BESEDE: starostnik, integrirana dolgotrajna oskrba, dom za starejše, delovna terapija, terapija s pomočjo psa

POVZETEK – Staranje prebivalstva in potrebe starejših postavljajo družbo pred izziv ureditve integrirane dolgotrajne oskrbe starejših. Pri skrbi za starejše v Sloveniji prevzemajo pomembno vlogo domovi za starejše. Na kakovost bivanja v domovih vplivajo številni dejavniki, tudi usklajeno in strokovno delo tima, katerega pomemben član je delovni terapevt. Delovni terapevt lahko v obravnavo v skladu s standardi dela vključi tudi terapijo s pomočjo psa. Namen raziskave je preučiti pogostost in način vključevanja terapije s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo v slovenskih domovih za starejše, oblikovati poenoten protokol terapije ter ugotoviti njen doprinos k integrirani zdravstveno-socialni oskrbi in kakovosti bivanja v domovih. Podatki so pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika, ki so ga reševali delovni terapevti, zaposleni v slovenskih domovih. Izmed 90 domov, kjer je potekalo anketiranje, terapevtski programi s pomočjo psa potekajo v 51 domovih, najpogosteje se izvajajo aktivnosti in terapija s pomočjo psa ter družabništvo. Delovni terapevti pri stanovalcih opažajo pozitivne učinke terapije, želijo si poenoten protokol in dodatna znanja s tega področja. Z individualno načrtovanimi cilji, sprotnim dokumentiranjem in vrednotenjem izidov lahko delovni terapevt s terapijo s pomočjo psa doprinese k izboljšanju počutja, splošnemu zdravju ter produktivnosti starejših in kakovosti življenja v domovih za starejše.

UDC 615.85-053.9:636.045

KEYWORDS: elderly, integrated long-term care, nursing home, occupational therapy, dog-assisted therapy

ABSTRACT – The aging population and the needs of the elderly challenge society to organise integrated long-term care for the elderly. In Slovenia, nursing homes play an important role in the care of the elderly. Many factors can affect the quality of life of a patient in a nursing home. One of them is coordinated and professional teamwork, the most important member of which is an occupational therapist. An occupational therapist can include dog-assisted therapy into occupational therapy treatment in accordance with work standards. The aim of the study is to investigate the frequency and ways of integrating dog-assisted therapy into occupational therapy treatment in Slovenian nursing homes, to develop a unified therapy protocol and to determine its contribution to integrated health and social care and quality of life in nursing homes. The data was obtained using a questionnaire completed by occupational therapists employed in Slovenian nursing homes. The survey took place in 90 nursing homes, 51 of which have a dog-assisted therapy programme. The most common activities performed were dog-assisted activities, therapy and companionship. Occupational therapists note positive results from dog-assisted therapy with nursing home residents. They would like to see a consistent protocol and additional knowledge in this area. Through individually planned goals, ongoing documentation and evaluation of outcomes, an occupational therapist can use a dog to help improve overall health and well-being and also enhance the quality of life for the elderly in nursing homes.

1 Teoretična izhodišča

Dejstvo je, da se življenjska doba ljudi daljša, žal pa temu pričakovana leta zdravega življenja ne sledijo v enaki in zadostni meri (Drole, 2015, str. 28). Spremenljivke starosti so različne (Bizaj, 2016, str. 27), potrebe starejših se razlikujejo (Ramovš, 2003, str. 92), proces staranja in posledično življenje starejših je odvisno od različnih dejavnikov (Macuh, 2017, str. 53).

Zaradi vseh potreb starejših je priprava ustreznih ukrepov, ki bodo zagotavljali aktivnejšo in varnejšo starost, nujna in izjemnega pomena za sodobno družbo (Drole, 2015, str. 28). Akutna sodobna naloga zdravstvene, socialne, arhitekturne stroke in drugih strok je razvoj sodobnih programov dolgotrajne oskrbe, organiziranih na ravni države in krajevnih skupnosti, ki bodo humani ter finančno in kadrovsko vzdržni (Ramovš, 2020, str. 9–10), vendar Slovenija v razvoju dolgotrajne oskrbe zaostaja za mnogimi evropskimi državami (Filipovič Hrast idr., 2014, str. 8).

V Sloveniji je razvita predvsem oskrba v institucionalnem varstvu v obliki domov za starejše, storitve v skupnosti še ne zagotavljajo celovite oskrbe (Filipovič Hrast idr., 2014, str. 8). Na kakovost bivanja v domovih za starejše vplivajo različni dejavniki, med drugim bivalni pogoji, možnost prostočasnih aktivnosti, primerna komunikacija in usklajenost strokovnih služb (Macuh, 2017, str. 54–55). Pomemben, avtonomen član rehabilitacijskega oz. strokovnega tima je tudi delovni terapevt (Galof, 2018, str. 6).

1.1 Delovna terapija v domovih za starejše

Delovni terapevt je zdravstveni delavec, ki obravnava posameznike, katerih vsakodnevno življenje je ovirano, omejeno ali oteženo zaradi posledic poškodb, bolezni, motenj v duševnem in telesnem razvoju ali starosti. (Boh in Pavlin Zakovšek, 2016, str. 65). Delovna terapija je stroka, ki se osredotoča na terapevtsko uporabo vsakodnevnih okupacij oziroma dejavnosti, s katerimi se posamezniku ali skupini omogoči sodelovanje v vlogah, navadah in rutinah, ki jih izvaja v različnih okoljih (AOTA, 2014, str. 1). S svojo edinstveno, individualno ter celostno obravnavo problematike je delovna terapija vodilna in nosilna stroka pri odkrivanju težav, lajšanju in preprečevanju zapletov, ki jih prinašajo starost in spremljajoča stanja (Mihevc, 2016, str. 82).

Delovna terapija pokriva vsa področja človekovega delovanja (aktivnosti s področja skrbi zase, dela oziroma produktivnosti in prostega časa) ter upošteva vse okoliščine, ki vplivajo na posameznika, njegovo zdravje in dobro počutje ter okolje stanja (Mihevc, 2016, str. 82). Delovni terapevt starejšim omogoča, da so kljub omejitvam vključeni v dejavnosti, ki se jim zdijo pomembne. Glavni namen delovne terapije je torej pomagati posamezniku, da ohrani najvišjo stopnjo delovanja in izražanja, da tako ohranja kakovost življenja in da se vse skozi zaveda samega sebe v okolju. Z aktivnim sodelovanjem stanovalca naj bi delovni terapevt poiskal rešitve za kakovostno in aktivno življenje v domu za starejše (Oven in Slavec, 2008, str. 66).

1.2 Vključevanje terapije s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo

Delovni terapevt lahko v delovnoterapevtski proces v okviru standardov stroke vključuje tudi terapijo s pomočjo živali, za kar mora imeti dodatna znanja (Poleshuck, 1997, v Andreasen idr., 2017, str. 2). Najpogostejša žival, ki se jo uporablja pri terapiji s pomočjo živali, je pes (Harper, 2017, str. 1). Poznamo različne terapevtske programe s pomočjo psa, v grobem jih lahko razdelimo na terapijo s pomočjo psa, aktivnost s pomočjo psa ter izobraževanje s pomočjo psa (Trampuš, 2020, str. 12). Terapija s pomočjo živali je ciljno usmerjen (Andreasen idr., 2017, str. 1; Lundqvist idr., 2017; Drljepan, 2015; Jegatheesan idr., 2014, str. 5), načrtovan in strukturiran terapevtski poseg oziroma pomoč, izveden s pomočjo živali, ki ustreza določenim merilom. Kot takšna je prilagojena posamezniku in s strani strokovnega delavca skrbno načrtovana. Napredek in rezultati se beležijo v strokovno dokumentacijo (Lundqvist idr., 2017; Drljepan, 2015; Jegatheesan idr., 2014, str. 5), celoten proces pa se evalvira (Rupnik Mihelčič in Robida, 2018, str. 106). Cilje terapije se postavi glede na potrebe in zdravstveno stanje posameznika, določi se tudi način ocenjevanja (Kårefjärda in Nordgren, 2018, str. 2). Terapija se lahko izvaja individualno ali skupinsko, in sicer v različnih okoljih (Rupnik Mihelčič in

Robida, 2018, str. 106). Srečanje običajno traja od 20 do 45 minut (Kårefjärda in Nordgren, 2018, str. 2). Cilj terapije je izboljšanje človekovega fizičnega, socialnega, čustvenega in kognitivnega stanja (Drljepan, 2015). Terapija s pomočjo psa predstavlja učinkovito metodo v rehabilitacijskem programu in pozitivno vpliva na kakovost posameznikovega življenja (Rupnik Mihelčič in Robida, 2018, str. 105).

Za razliko od terapije aktivnosti s pomočjo živali niso ciljno usmerjene. Njihov namen je predvsem izboljšati kakovost življenja posameznika ali skupine in temelji na stiku človeka z živaljo (Drljepan, 2015) v motivacijske, izobraževalne ali rekreacijske namene (Jegatheesan idr., 2014, str. 5). Pri aktivnosti s pomočjo živali je zajeto družabništvo in različne igre. Za razliko od terapije s pomočjo živali pri aktivnosti s pomočjo živali prisotnost strokovne osebe ni nujno potrebna (Ilič, 2013, str. 12), srečanje je spontano, lahko poteka v skupini (Trampuš, 2020, str. 12).

Namen raziskave je preučiti, kako pogosto in na kakšen način se terapija s pomočjo psa vključuje v delovnoterapevtsko obravnavo v slovenskih domovih za starejše. Delovne terapevte, zaposlene v slovenskih domovih za starejše, želimo spodbuditi k izvajanju kakovostne terapije s pomočjo psa z upoštevanjem celotnega procesa, vse od priprav in načrtovanja terapije do beleženja opažanj ter evalviranja doseženih ciljev. Doprinesiti želimo k prepoznavnosti terapije s pomočjo psa in k promociji poklica delovnega terapevta s ciljem zavedanja pomembnosti celostnega pogleda na starejše za doseganje kakovostne integrirane zdravstveno-socialne oskrbe stanovalcev v domovih za starejše.

2 Metode

Za namen raziskave je bil uporabljen anonimni anketni vprašalnik (izveden v spletnem portalu IKA), ki je bil poslan delovnim terapevtom v 115 domov za starejše oziroma v njihove posamezne enote (v nadaljevanju domovi). V primeru, da je v posameznem domu zaposlenih več delovnih terapevtov, smo jih prosili, da na anketni vprašalnik odgovarja le tisti, ki se ukvarja s področjem terapije s pomočjo psa, oziroma odgovore pripravijo vsi delovni terapevti skupaj. Vrnjenih in v analizi uporabljenih je bilo 90 vprašalnikov. Anketiranje je potekalo anonimno in prostovoljno, od 14. 9. 2020 do 14. 10. 2020.

3 Rezultati

Anketirani delovni terapevti so zaposleni po domovih razporejenih po celotni Sloveniji, velik vzorec pa predstavlja reprezentativno raziskavo. Izmed 90 domov, kjer je potekalo anketiranje delovnih terapevtov, programe znotraj terapije s pomočjo psa izvajajo v 51 domovih. Najpogosteje, v 31 domovih, izvajajo aktivnosti s pomočjo psa, sledi družabništvo, ki ga izvajajo v 33 domovih ter terapija s pomočjo psa, le-to izvajajo v 30 domovih. V večini primerov je bil delovni terapevt pobudnik za vpeljavo tovrstnih programov, ki jih v povprečju izvajajo že šest let in pol.

V domovih za starejše kjer izvajajo terapevtske programe znotraj terapije s pomočjo psa, najpogosteje, v 31 domovih, sodelujejo z organizacijo Tačke pomagačke. Razpoložljivost terapevtskih parov v lokalni skupnosti je najpogostejši razlog, ki vpliva na to, s katerim društvom, ki organizira terapevtske pare, bo dom sodeloval. Več kot v polovici primerov terapevtski pari v domove prihajajo prostovoljno, dom plača le stroške prevoza.

Programe znotraj terapije s pomočjo psa v 43 domovih izvajajo delovni terapevti, v 9 izmed teh domov delovni terapevti sodelujejo z drugimi službami, le v 8 domovih pa programe izvajajo druge službe, najpogosteje socialna služba ali fizioterapija. V 42 domovih v okviru

delovnoterapevtske obravnave poteka skupinska oblika terapije s pomočjo psa, kamor letno v povprečju vključenih 37 stanovalcev, na eni skupinski terapiji pa je v povprečju prisotnih med 10 in 11 stanovalcev. Delovni terapevti najpogosteje skupinsko terapijo izvajajo enkrat do dvakrat mesečno, v povprečju pa terapija traja 47 minut. Individualno obliko terapije s pomočjo psa delovni terapevti izvajajo v 29 domovih. V individualno obliko terapije je v letnem povprečju vključenih med 7 in 8 stanovalcev posameznih domov (zaradi covid-19 smo upoštevali število vključenih stanovalcev v letu 2019), individualna oblika terapije pa v povprečju traja 21 minut.

Pripravo za posamezno skupinsko terapijo napiše 22 anketiranih delovnih terapevtov, za individualno pa 19. Izmed vseh, ki pripravo na terapijo napišejo jih le-to le 20 delovnih terapevtov posreduje terapevtskemu paru, ki sodeluje pri izvedbi terapije s pomočjo psa. Večina anketirancev v pripravo vključi datum in uro srečanja, prostor ter pripomočke, ki se bodo uporabljali pri posamezni terapevtski vaji, časovni omejitvi terapije, število vključenih stanovalcev, nekateri pa tudi opis poteka nalog in vrstni red nalog.

Stanovalci domov se za vključitev v terapijo s pomočjo psa v večini primerov odločajo na podlagi individualnega pogovora z delovnim terapevtom. Najpogostejši razlog, zaradi katerega stanovalci niso vključeni v individualno ali skupinsko terapijo s pomočjo psa, je, da stanovalec ne želi sodelovati ali da ima stanovalec strah pred psom.

Delovni terapevti se pri vrednotenju rezultatov terapije s pomočjo psa najpogosteje poslužujejo delovnoterapevtske analize aktivnosti, 15 jih uporablja interne ocenjevalne teste, 14 pa standardizirane in nestandardizirane ocenjevalne teste in lestvice (npr. FIM, COPM, RBI). 23 delovnih terapevtov rezultate in opažanja terapije beleži v programski sistem, ki ga dom uporablja, nekateri pa v fizično ali elektronsko obliko kartona delovne terapije stanovalca. Ker skoraj vsi anketiranci pri svojem delu vrednotijo doseganje zastavljenih ciljev ter beležijo opažanja in rezultate terapije, lahko poudarimo, da se delovni terapevti zavedajo pomembnosti spremljanja terapije in njenih učinkov ter sproti redno beležijo rezultate.

Večina anketirancev meni, da bi bilo koristno oblikovati enoten protokol za izvajanje terapije s pomočjo psa v okviru delovnoterapevtske obravnave, 42 anketirancev pravi, da bi jim pri delu pomagal priročnik s terapevtskimi vajami. 40 anketirancev meni, da bi potrebovali dodatna znanja s tega področja, ta znanja pa bi najraje pridobili na organiziranih delavnicah. Največje težave pri organizaciji in izvedbi terapije s pomočjo psa delovnim terapevtom predstavlja pomanjkanje časa, 20 anketirancev pa težavo predstavlja iskanje terapevtskega para.

Največji pozitivni učinki, ki jih delovni terapevti pri vključevanju terapije s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo opažajo, se nanašajo na izboljšanje počutja, čustvovanja, vedenja in socialne vključenosti, zlasti pa izpostavljajo vpliv motivacije za sodelovanje.

4 Razprava in zaključna misel

Uporaba terapije s pomočjo psa in drugih programov znotraj terapije s pomočjo psa v delovnoterapevtski obravnavi je v slovenskem prostoru slabo raziskano področje. Menimo, da je raziskava pomemben prispevek k razumevanju vključevanja terapije in drugih terapevtskih programov s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo. Pri vključevanju terapevtskih programov s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo se morajo delovni terapevti zavedati, da je terapija s pomočjo psa le ena izmed možnosti za lažje doseganje ciljev, ki so usmerjeni k doseganju končnih ciljev celotne delovnoterapevtske obravnave.

Le z dobrim poznavanjem posameznega stanovalca, upoštevanjem njegovih posebnosti in želja, skrbno načrtovano delovnoterapevtsko obravnavo, primernim programom terapije s pomočjo

psa, ki se v obravnavo delovne terapije vključuje kot inovativna metoda oziroma pristop, realno postavljenimi cilji in rednim dokumentiranjem ter doslednim upoštevanjem protokola dela lahko delovni terapevt ob predhodno pridobljenem znanju doseže največje učinke in optimalne rezultate terapije s pomočjo psa.

Terapija s pomočjo živali se uporablja za izboljšanje telesnega, socialnega, čustvenega in kognitivnega človekovega delovanja (Monfort Montolio in Sancho - Pelluz, 2019; Andreasen idr., 2017, str. 2). Delovni terapevti, ki v slovenskih domovih za starejše v delovnoterapevtsko obravnavo vključujejo terapijo s pomočjo psa, med najpogosteje opažene pozitivne učinke terapije prištevajo motivacijo za sodelovanje, večjo možnost izražanja čustev, doprinos terapije k sproščenosti in pomirjenosti stanovalcev, vpliv terapije na splošno dobro počutje, zmanjšanje osamljenosti ter izboljšanje socialnointerakcijskih spretnosti stanovalcev. Tudi Rupnik Mihelič in Robida (2018, str. 108) ter Hediger, Thommen, Wagner, Gaab in Hund - Georgiadis (2019, str. 3–4) poudarjata motivacijski pomen za terapevtsko delo ter dodajata, da terapija s pomočjo psa vpliva na boljše psihofizično in splošno zdravstveno stanje, vpliva pa tudi na čustveno izražanje in komunikacijske spretnosti.

Z naraščanjem števila starejših ter z zavedanjem in prepoznavanjem raznolikih potreb starejših bo terapija s pomočjo psa in njen doprinos h kakovosti življenja starejših, tudi tistih, ki bivajo v domovih za starejše, v prihodnje aktualno področje raziskovanja. S strokovnim delom ob upoštevanju standardov in etike bo delovnim terapevtom uspelo, da bo to področje nekoč videno, prepoznano in razumljeno kot pomembno za izboljšanje vključenosti in vrednosti življenja starejših tako v institucionalnem varstvu kot v skupnosti. Le z dokazi o pozitivnih rezultatih terapije s pomočjo psa bo družba prepoznala potrebo po večjem številu tovrstnih programov in zagotovila financiranje le-teh.

Menimo, da je raziskava dobra iztočnica za nadaljnje raziskovanje tega področja, organiziranje izobraževalnih delavnic za delovne terapevte, oblikovanje formularjev ter povod za realizacijo priročnika o vključevanju terapije s pomočjo psa v delovnoterapevtsko obravnavo s praktičnimi primeri.

Na terapijo in druge terapevtske programe s pomočjo psa moramo gledati tudi s širše perspektive. Vodniki psov in društva, ki organizirajo terapevtske pare, so tudi vez doma za starejše z zunanjim svetom, z lokalno skupnostjo. Starostniki niso le uporabniki terapij, med drugim so tudi osebe z življenjsko izkušnjo in znanjem, od katerih se lahko marsikaj naučimo tako zaposleni v domu kot tudi vodniki psov, ki aktivno sodelujejo pri terapevtskih programih s pomočjo psa kot prostovoljci.

Kljub rezultatom raziskave, ki potrjujejo, da se terapija s pomočjo psa v slovenskih domovih za starejše najpogosteje izvaja v okviru delovne terapije, je treba opomniti, da tovrstno terapijo lahko delovni terapevti izvajajo tudi v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi ali socialnimi strokami ali pa jo drugi poklici izvajajo samostojno. Ne glede na to, katera služba jo izvaja, je pomembno, da so vsa pomembna opažanja, namen in cilji terapije znani in dostopni celemu multidisciplinarnemu timu.

Z visoko strokovnim delom, usklajenim delom v timu doma ter s sodelovanjem s širšo lokalno skupnostjo ter z veliko mero človeškega odnosa in empatije bo delovni terapevt doprinesel pomemben vložek k integrirani zdravstveno-socialni oskrbi in kakovosti bivanja v domu za starejše.

LITERATURA

1. Andreasen, G., Stella, T., Wilkison, M., Szczech Moser, C., Hoelzel, A. in Hendricks, L. (2017). Animal-assisted therapy and occupational therapy. *Journal of Occupational Therapy, Schools & Early Intervention*, 10 (1), 1–17. Pridobljeno s <https://dx.doi.org/10.1080/19411243.2017.1287519>.
2. AOTA – American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process, 3rd ed. *American Journal of Occupational therapy*, 68 (1), 1–48. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>.
3. Bizaj, M. (2016). Sodelovanje strokovnih delavcev s področja socialne oskrbe in drugih zdravstvenih dejavnosti v Zavodu za oskrbo na domu Ljubljana. V L. Batič, R. Pišot, M. Tomšič, M. Sedmak, J. Hrovatin, D. Maraž idr. (ur.), *Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A) Norveški finančni mehanizem 2009–2014* (str. 27). Ljubljana: Solos, realizacija grafičnih idej.
4. Boh, P. in Pavlin Zakovšek, S. (2016). Delovna terapija v projektu A-Qa-A. V L. Batič, R. Pišot, M. Tomšič, M. Sedmak, J. Hrovatin, D. Maraž idr. (ur.), *Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A) Norveški finančni mehanizem 2009–2014* (str. 62–77). Ljubljana: Solos, realizacija grafičnih idej.
5. Drljepan, M. (2015). Nov pristop v rehabilitaciji – terapija s pomočjo psa. Terapija s pomočjo psa v obravnavi govorno-jezikovnih motenj pri bolnikih z nevrološko okvaro. Pridobljeno s http://www.sinapsa.org/eSinapsa/stevilke/2015-10/174/nov_pristop_v_rehabilitaciji.
6. Drole, J. (2015). Analiza stanja na področju dolgotrajne oskrbe in predlogi rešitev. V L. Ros McDonnell, D. Bogataj in M. Kavšek (ur.), *Dolgotrajna oskrba: izzivi in priložnosti. Oskrbovalni in bivalni vidiki* (str. 28–31). Šempeter pri Gorici, Ljubljana: Medifas in Skupnost socialnih zavodov Slovenije.
7. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Knežević Hočevar, D., Čemič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc Krašivec, S. idr. (2014). Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
8. Galof, K. (ur.) (2018). Kodeks etike delovnih terapevtov Slovenije & Standardi prakse v delovni terapiji. Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije.
9. Harper, C. M. (4. 4. 2017). The role of dogs as a therapeutic intervention in animal assisted therapy. Pridobljeno s <https://esmed.org/MRA/mra/article/view/1116/837>.
10. Hediger, K., Thommen, S., Wagner, C., Gaab, J. in Hund - Georgiadis, M. (9. 4. 2019). Effects of animal-assisted therapy on social behaviour in patients with acquired brain injury: a randomised controlled trial. *Scientific Reports*, 9 (1), 1–8. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1038/s41598-019-42280-0>.
11. Ilič, N. (2013). Terapija s pomočjo živali – kaj je to in kako jo lahko uporabim?. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.
12. Jegatheesan, B., Beetz, A., Ormerod, E., Johnson, R., Fine, A., Yamazaki, K. idr. (2014). IAHAIO White Paper 2014. The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and guidelines for wellness of animals involved. Seattle: International Association of Human-Animal Interaction Organizations. Pridobljeno s <https://iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO>.
13. Kårefjärda, A. in Nordgren, L. (2018). Effects of dog-assisted intervention on quality of life in nursing home residents with dementia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26 (6), 433–440. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1467486>.
14. Lundqvist, M., Carlsson, P., Sjodahl, R., Theodorsson, E. in Levin, L. A. (10. 7. 2017). Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: a systematic review. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504801/#CR1>.
15. Macuh, B. (2017). Življenjski slog starostnikov v domovih za starejše. Maribor: Kulturni center, zavod za umetniško produkcijo in založništvo.
16. Mihevc, Š. (2016). Delovna terapija. V L. Batič, R. Pišot, M. Tomšič, M. Sedmak, J. Hrovatin, D. Maraž idr. (ur.), *Aktivno in kvalitetno staranje v domačem okolju (A-Qu-A) Norveški finančni mehanizem 2009–2014* (str. 78–82). Ljubljana: Solos, realizacija grafičnih idej.

17. Monfort Montolio, M. in Sancho - Pelluz, J. (2019). Animal-assisted therapy in the residential treatment of dual pathology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (1), 1–9.
18. Oven, A. in Slavec, L. (2008). Starostnik – sodelovanje v delovno terapevtski obravnavi. V *Začrtajva pot do dobrega počutja: načrtovanje obravnave v delovni terapiji / IV. Kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Podčetrtek, 11–13. September 2008 (str. 57–67). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije - strokovno združenje.
19. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
20. Ramovš, J. (2020). *Integrirana dolgotrajna oskrba*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu in Alma mater Europaea.
21. Rupnik Mihelčič, S. in Robida, T. (2018). Pozitivni vplivi terapije s pomočjo živali na življenje posameznika. V K. Galof (ur.), *Iz teorije v prakso: zbornik prispevkov z recenzijo. 9. kongres delovnih terapevtov Slovenije*, Ljubljana, 25. in 26. oktober 2018 (str. 105–109). Ljubljana: Zbornica delovnih terapevtov Slovenije – Strokovno Združenje.
22. Trampuš, M. (2020). *Tačke na delu. Priročnik za vodnike terapevtskih psov in strokovne delavce*. Kranj: Narava.

Obravnavna pacienta s kronično rano po konceptu metaparadigme

UDK 616-001.4-036.1-083

KLJUČNE BESEDE: kronična rana, koncept metaparadigme, kvaliteta življenja, patronažna medicinska sestra

POVZETEK – Rane so neizogiben del našega življenja. Kronična rana vse bolj predstavlja tegobo današnjega časa zaradi staranja prebivalstva in daljšanja življenjske dobe. Dolgotrajno celjenje kroničnih ran posega v kvaliteto posameznikovega življenja. V veliki meri je pacient pri oskrbi kronične rane odvisen od storitev s strani patronažne medicinske sestre, samooskrbe in pomoči domačih. Obravnavna kronične rane se je skozi čas spreminjala, danes so nam na voljo številni materiali in obloge, ki pa zahtevajo dobro poznavanje le teh. Namen raziskave je predstaviti pacientko z kronično rano po konceptih metaparadigme, ki je sestavljena iz štirih konceptov, človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega. Uporabili smo kvalitativno metodologijo raziskovanja na etnografski študiji primera. Podatke smo zbirali s tehniko strukturiranega intervjuja in analizo dokumentacije. Za namen raziskave je bil izbran namenski vzorec, intervjuvana je bila ena oseba. Pridobljene podatke smo razvrstili v štiri kategorije – koncept človek, koncept zdravje, koncept okolje in koncept zdravstvena nega. Ugotovili smo, da prisotnost kronične rane pri pacientki vpliva na njeno kvaliteto življenja, na njeno samopodobo in nenazadnje jo omejuje pri opravljanju določenih aktivnosti ter, da ima pri oskrbi kronične rane veliko vlogo patronažna medicinska sestra.

UDC 616-001.4-036.1-083

KEYWORDS: chronic wound, metaparadigm concept, quality of life, home care nurse

ABSTRACT – Wounds are an inevitable part of our lives and nowadays chronic wounds represent an increasingly present condition due to the ageing population and increasing life expectancy. Prolonged healing of chronic wounds affects the quality of life of the individual. The management of a patient with chronic wounds depends largely on the services of home care nurses, self-care and support from the patient's family. The treatment of chronic wounds has changed over time, and a number of materials and wound dressings are now available, but these require good knowledge. The aim of this study is to present a patient with a chronic wound using the four metaparadigm concepts: human, environment, health and health care. We conducted an ethnographic case study using qualitative research methodology. Information was collected using a structured interview technique and documentation analysis. A special sample was selected for the survey and one person was interviewed. The data obtained was classified into four categories – the concept of humanity, the concept of health, the concept of environment and the concept of health care. We found that the presence of a chronic wound affects the patient's quality of life and self-esteem and also limits her in performing certain activities. We also found that a home care nurse plays a major role in caring for her chronic wound.

1 Uvod

Rana, ki se spontano ne zaceli v času štirih do šestih tednov oziroma se kljub ustreznemu zdravljenju ne zaceli v treh ali več mesecih imenujemo kronična rana. Kronične rane so povezane z večjo umrljivostjo, izgubo produktivnosti in zmanjšano kakovostjo življenja. Natančna anamneza in starost pacienta sta pomembna pri diagnostiki kronične rane. Pacienti imajo navadno več težav s spremljajočimi boleznimi, kot pa jim predstavlja sama rana. Kronična rana je zato največkrat simptom bolezni ali patološkega dogajanja (Kahler, Hans - Joachim in Gallenkemper, 2011, str. 231).

Kronične rane so opredeljene, kot tiste ki ne sledijo običajni poti zdravljenja in vključujejo rane kot so diabetične razjede na stopalih, venske razjede na nogah in razjede zaradi pritiska. Življenje s kronično rano ima pomemben vpliv na duševno zdravje in dobro počutje bolnika (Blackborn in Ousey, 2018, str. 6–8).

Najpogostejši dejavniki tveganja za nastanek kroničnih ran so kronične bolezni razvitega sveta, kot so periferna okluzivna žilna bolezen, sladkorna bolezen in maligna obolenja. Rane so lahko lokalizirane kjerkoli po telesu in na osnovi lokacije lahko sklepamo način nastanka rane. Pri kroničnem venskem popuščanju je rana največkrat na spodnjem delu goleni, pri sladkornih bolnikih so na stopalih, rane zaradi pritiska pa največkrat nastanejo predvsem na mestih, kjer koža neposredno prekriva sklep ali kost. Kronične rane se ločijo glede na vrsto in mesto nastanka, ali glede na bolezen, ki jih povzroči; ishemične rane, venozne razjede, diabetične razjede, razjede zaradi pritiska, rane zaradi vnetja ali radioterapije, maligne rane, rane nastale po poškodbah (Ciringer in Smrke, 2012, str. 177–178).

Rane zaradi pritiska so opredeljene kot rane, ki nastanejo na kateri koli površini kože, ki je posledica pritiska oziroma tlaka, ki je v kombinaciji s strižno silo ali trenjem. Glavni vzrok nastanka rane je zunanji pritisk na kostne izbokline, ki lahko vodi do ishemije mehkih tkiv in lahko privede celo do nekroze (Raju, Reddy, Ramana, Sachi in Seela, 2017, str. 136).

Stopnje ran zaradi pritiska so Alderden, Zhao, Thomsan, Butcher Gulliver in Cummins (2019, str. 13–14) opredelili kot:

- Razjeda zaradi pritiska 1 stopnje – rdečina kože, ki izgine, nepoškodovano tkivo.
- Razjeda zaradi pritiska 2 stopnje – rdečina, ki je stalna.
- Razjeda zaradi pritiska 3 stopnje – razjeda zajame povrhnjico in usnjico, razjede ne segajo do mišic.

Razjeda zaradi pritiska 4 stopnje- rane, ki segajo do mišic, tetiv in kosti.

S starostjo se povečuje tveganje za nastanek razjed na golenih. Razjede na nogah lahko označimo kot arterijske, ki so posledica bolezni perifernih žil in ven, ki so posledica osnovne venske hipertenzije. Venska razjeda se pojavi na spodnji tretjini goleni nad notranjim in zunanjim gležnjem. Robovi razjede so nazobčani, površina rane je pokrita z belkastim fibrinskim oblogam, iz rane pa izteka izcedek. Golen je po navadi otekla, pordela in prisotne so hiperpigmentacije. Periferni pulzi so dobro tipni (Braun, 2011, str. 280–285).

Venska golenja razjeda (VGR) je odprta kožna lezija, ki se običajno pojavi na medialni strani spodnjega dela noge med gležnjem in kolenom, ki je posledica kronične venske insuficience in venske hipertenzije, kar kaže na majhen napredek v smeri zdravljenja v 4–6 tednih po začetnem pojavu. VGR je posledica povečanega pritiska v venah spodnje okončine zaradi kronične venske insuficience, ki je posledica okvare venskih zaklopk, kot npr. pri krčnih žilah ali zaradi venske tromboze. Venska golenja razjeda je ena najpogostejših kroničnih ran. Pravilno in hitro postavljena diagnoza, ter lokalno zdravljenje s sodobnimi oblogami, ob nujno potrebnem kompresijskem zdravljenju, so ključni za njihovo hitro zacelitev (Hardyng idr., 2015, str. 7).

Avtor Porter, (2018) navaja naslednje simptome golenje razjede:

- otečeni gležnji (edemi),
- občutek pritiska v nogah,
- otekanje nog in bolečina,
- rdeča, srbeča koža na nogah,
- otekle in povečane vene na nogah (krčne žile),
- izcedek iz rane.

Kronična rana na diabetičnem stopalu predstavlja velik zdravstveni strošek ter povečuje tveganje za nastanek okužb in amputacijo. Dejavniki tveganja za nastanek diabetičnega stopala

so prehranske navade, kajenje, zdravstveno stanje pacienta ter okužbe. Diabetes predstavlja glavni vzrok nastanka diabetičnega stopala (Tehan, Linton, Norbury, White in Chuter, 2019, str. 111–115).

Diabetično stopalo je pozen zaplet sladkorne bolezni, ki lahko vodi do amputacije prizadete okončine in invalidnosti. Osnovna vzroka za nastanek diabetične razjede sta periferna nevropatija in periferna venska bolezen. Pri nevropatiji so zmanjšani občutki za dotik in bolečino, ki so lahko vzrok za nastanek kroničnih ran zaradi pritiska na mestih, ki so najbolj obremenjeni pri hoji. Da se izognemo komplikacijam rane na diabetičnem stopalu je zelo pomembno opazovanje sprememb na nogah sladkornega bolnika. Rana, ki je okužena se zdravi lokalno z uporabo oblog z antiseptičnimi in antimikrobnim delovanjem (Urbančič Rovanj, 2014, str. 4–9).

Evropska zveza za oskrbo rane je leta 2004 objavila smernice, pozicijski dokument, ki temelji na osnovni filozofiji, da je treba vsako rano pripraviti na proces celjenja. Smernice priporočajo pripravo dna rane s pomočjo koncepta TIME (Leskovic, 2019, str. 11):

- T: priprava tkiva – priprava dna rane in odstranitev devitaliziranega tkiva.
- I: nadzor nad okužbami in vnetjem – zmanjšati bakterijske obremenitve in zmanjšanje vnetja.
- M: ravnovesje vlage - eksudat management in optimizacija hidracije okolja.
- E: optimizacija robov rane – spodbujanje epitelizacije.

Evropsko združenje za oskrbo ran je pripravilo že več predpisanih smernic za zdravljenje kroničnih ran. Ugotovljeno je bilo, da je oskrba ran s sodobnejšimi pripomočki primernejša in pacientu zagotavlja boljše kakovost življenja. Kljub smernicam je še vedno veliko ran pri pacientih oskrbovanih na klasičen način, saj lahko nakup sodobnih oblog zelo obremeni družinski proračun (Hribar, Doberšek in Repe, 2010, str. 158).

Staranje evropskega prebivalstva predstavlja vedno večje število kroničnih bolezni, vključno z boleznimi žil, ki lahko vodijo v kronične rane. Te kronične rane pomenijo veliko zdravstveno breme za posameznike in ekonomsko breme za zdravstvene sisteme. Od kroničnih razjed v spodnjih okončinah je 80–85 % venskih razjed na nogah (VLU). VLU lahko zdravimo s kombinacijo kompresijske terapije, sodobnih povojev za rane in priprave rane, ki temeljijo na obvladovanju tkiv, nadzoru vnetij in okužb, ravnovesju vlage in napredovanju epitelija. Ta pristop bi moral izboljšati bolnikovo kakovost življenja na hiter, stroškovno učinkovit način in zmanjšati bolečino (Batas, 2019, str. 32).

Zdravljenje kroničnih ran je predvsem osredotočeno na zdravljenje same rane, bolečina kot spremljajoči simptom pa je velikokrat spregledana. Bolečina je ena izmed najpogostejših spremljajočih simptomov rane, ki močno vpliva na posameznikovo zdravje, počutje in kakovost življenja posameznika. Bolečina pri kronični rani lahko poveča raven stresa, kar zakasni samo celjenje rane. Vrsta bolečin, ki jo bolnik doživlja je odvisna predvsem od fizičnih, fizioloških in psihosocialnih dejavnikov. Pri zdravljenju bolečine je vedno potrebno kombinirati tako farmakološke kot tudi nefarmakološke pristope (Snelgrove in Baileff, 2019, str. 12–17).

Avtorji Lavalee, Gray, Dumville in Cullum, (2018), navajajo da so razjede zaradi pritiska največkrat povezane z daljšimi bivanjem v bolnišnicah. Posledice prisotnosti razjed zaradi pritiska pa se pri posamezniku kažejo z socialno izolacijo, slabim razpoloženjem in prisotnostjo bolečine.

Avtorji Udovichenko, Maximova, Amosova, Yunilaynen, Bersenova, in Starostina, (2017) so v raziskavi ugotovili, da pri pacientih z diabetičnim stopalom kar 39 % trpi za depresijo in 36 % za anksioznostjo. Depresija in anksioznost sta pogostejši pri ženskah (48 %) kot pri moških (27 %). Dejavniki, kot so trajanje sladkorne bolezni, inzulinska terapija, zgodovina

miokardnega infarkta, zgodovina diabetične razjede in nedavna operacija stopala, niso bili prepoznavni kot dejavnik tveganja za nastanek depresije ali anksioznosti. Depresija ni bila povezana z slabšim celjenjem, temveč v kombinaciji različnih dejavnikov tveganja.

Optimalno zdravljenje mora vključevati celostno, celovito oskrbo posameznega bolnika, podprto z multidisciplinarnim timskim delom in izobraževanjem bolnikov za samooskrbo. Staranje prebivalstva povečuje tudi potrebo po patronažni negi v domačem okolju. Dostop do oskrbe ran na domu se med evropskimi državami razlikuje, zlasti ali ga zagotavljajo diplomirane medicinske sestre kot del zdravstvenega sistema ali oskrbovalke na domu kot del sistema socialne oskrbe. V državah, kot je Slovenija, imajo patronažne medicinske sestre pomembno vlogo pri multidisciplinarnem zdravljenju venskih razjed na nogi, saj skrbijo za bolnike v domačem okolju in lahko najbolje ocenijo njihovo stanje. Izbrani zdravnik najprej opravi začetno oceno in diagnozo ran, preden pooblasti patronažno sestro za oskrbo ran v domačem okolju (Batas, 2019, str. 32).

Obiske patronažna medicinska sestra na domu izvaja na podlagi delovnega naloga, ki ga izda izbrani osebni zdravnik. Pacient se v domačem okolju počuti varnega. S tega vidika je obravnava pacienta z vensko golenjo razjedo na domu toliko bolj učinkovita, saj PMS spozna pacienta v domačem okolju z njegovimi navadami in razvadami ter lahko dobro zdravstveno-vzgojno deluje. To ji omogoča dobro oceno stanja pacienta in njegove družine, lahko dobro načrtuje ukrepe zdravstvene nege, jih izvaja, evalvira zastavljene cilje in to nenazadnje tudi ustrezno dokumentira. PMS najbolje oceni, kakšna je stopnja samooskrbe posameznika. Patronažna medicinska sestra, v večini primerov presoja sama glede oskrbe kronične rane s sodobnimi materiali, saj jih tudi najbolje pozna in je z oskrbo ran in materiali neprestano v neposrednem stiku. Kadar je s strani zdravnika in/ali specialista naročena oskrba na točno določen način in z določenimi materiali, patronažna medicinska sestra to dosledno upošteva (Batas, 2019, str. 40).

Metaparadigma je najsplošnejši vzorec temeljnih znanj zdravstvene nege. Pomeni bistvo vsebine zdravstvene nege in najsplošnejšo podobo samostojnega področja stroke. Metapardigmo sestavljajo štirje koncepti (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 186–187):

- koncept človek, ki nanaša na posameznika, družino ali širšo družbeno skupnost;
- koncept okolje, ki vključuje svojce človeka, ter druge bližnje ter fizično in širše socialno okolje;
- koncept zdravje, ki se nanaša na človekovo zdravstveno stanje v času, ko potrebuje pomoč je lahko v razponu od dobrega do življenjsko ogrožajočega;
- koncept zdravstvene nege, ki vključuje opis in predstavitev zdravstvene nege ter naloge medicinske sestre.

Koncept človek se nanaša na posameznika, družino ali širšo okolico. Človek je običajno opredeljen kot bio-psiho-socialno bitje. Teoretičarke so v svojih delih človeka predstavljale različno in sicer kot (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 189):

- sistem sestavljen iz podsistemov,
- vedenjski sistem z določenimi ponavljajočimi se in namenskim načini vedenja,
- odprt dinamičen sistem,
- posameznika, ki je sposoben, zmožen in odgovoren skrbeti zase,
- psihofizično povezano celoto z osnovnimi življenjskimi potrebami in
- adaptacijski sistem.

Koncept okolje je razdeljeno na notranje in zunanje okolje in opredeljeno, kot vsi notranji in zunanji vplivi na človeka. Notranje okolje vključuje genetske in psihične posebnosti, bolezenske procese ter umske in duhovne dejavnike. Zunanje okolje predstavljajo dejavniki zunaj telesa, ki vplivajo na zdravje človeka. Notranje in zunanje okolje se stalno spreminjata,

zato se mora posameznik nenehno prilagajati da vzdržuje in ohranja fizično, psihično, socialno in duhovno dobro počutje (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 189).

Zdravje je v konceptualnih modelih predstavljeno na različne načine in najpogosteje odraža stanje dobrega počutja in sposobnost telesnega, psihičnega, duševnega in socialnega delovanja ter prilagajanja (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 190).

Hendersonova meni, da na zdravje posameznika vplivajo okolje, kultura, intelektualne ter telesne sposobnosti, čustveno doživljanje in stopnja razvoja oziroma starost. Zdravje pojmuje kot zmožnost posameznika samostojno zadovoljiti vseh 14 potreb (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 217).

Myre Esterine Levine razlaga zdravje in bolezen z vidika človekovega prilagajanja na spremembe notranjega in zunanjega okolja. Na življenjske situacije se ljudje prilagajajo različno. Merilo uspešne prilagoditve je ohranjena integriteta in s tem zdravje posameznika. Če je njegovo prilagajanje na spremembe manj uspešno, je njegovo zdravje slabše (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 255–256).

Vloga medicinske sestre je lahko opredeljen kot (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 190):

- pomoč človeku pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb,
- pomoč pri vzpostavitvi in vzdrževanju samooskrbe,
- ohranjanju energije ter strukture, osebne in socialne integritete in
- prilagajanje na okolje.

Zdravstvena nega je najpomembnejši koncept v teoriji. V. Henderson zdravstveno nego opredeljuje kot specifično, posebno in samostojno stroko, kar opisuje v definiciji zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 216).

Hildegard Peplau poimenuje zdravstveno nego kot terapevtski medosebni odnos, ki pripomore k zdravljenju posameznika. Terapevtski medosebni odnos razlaga kot človeški odnos med posameznikom, ki potrebuje pomoč in medicinsko sestro, ki ima potrebna znanja, sposobnosti in pristojnosti da prepozna potrebe po pomoči (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 240).

Teorija Oremove temelji na lastni odgovornosti za zdravje, na odgovornost in zmožnosti samooskrbe. Namen zdravstvene nege je ohranjati zdravje in življenje, povrniti normalnega in najboljšega možnega stanja zdravja v primeru bolezni in poškodbe ter uravnovešanje, nadzorovanje in zmanjševanje posledic kronično slabega zdravstvenega stanja ali drugih omejitev (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 284).

Namen raziskave je predstaviti pacientko z s kronično rano po konceptih metaparadigme, ki je sestavljena iz štirih konceptov; človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega ter ugotoviti kako se pacientka s kronično rano spopada z diagnozo kronična rana, kako to vpliva na njen vsakdanjik, na njeno kvaliteto življenja in kako oziroma kdo skrbi za oskrbo take rane.

2 Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativnem deskriptivnem raziskovalnem pristopu, na etnografski študiji primera. Podatke smo zbirali s tehniko intervjuja in analizo dokumentacije. Teoretična izhodišča raziskave temeljijo na študiju literature. Podatke smo zbirali s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, PUBMED in Google učenjak. Za empirični del smo uporabili polstrukturiran intervju.

Za zbiranje podatkov smo uporabili polstrukturirani vprašalnik. Intervju je vseboval 20 vprašanj odprtega tipa. V prvem delu so se vprašanja nanašala na demografske podatke, v drugem delu pa vprašanja glede na zastavljene cilje raziskovalne naloge.

Intervju smo izvedli s 78 letno gospo, vdovo, ki živi sama. Z gospo smo opravili poglobljen intervju. Gospa ima že štiri leta kronično rano na desni goleni.

K intervjuvanju je gospa pristopila prostovoljno na podlagi predhodno opravljenega osebnega razgovora. Gospe smo zagotovili anonimnost in spoštovali etična načela, ki veljajo v raziskovanju. Gospa je pred sodelovanjem podpisala soglasje. Raziskava je potekala v mesecu decembru 2020. Intervju smo s privolitvijo gospe snemali. Ves čas intervjuja smo bili pozorni na vse odzive intervjuvanca, na verbalno in neverbalno komunikacijo, mimiko in odziv na vprašanja. Intervju je trajal 50 minut. Podatke, pridobljene z intervjujem, smo analizirali, odgovore razvrstili/uredili, zapisali kode ter jih interpretirali.

3 Rezultati

3.1 Koncepti metaparadigme

V intervjuju zbrane informacije smo analizirali v skladu s štirimi koncepti metaparadigme in povezav teh konceptov:

Koncept človek

Pacientka, ki je sodelovala v naši raziskavi je 78 letna gospa, upokojena z 41 let delovne dobe. Je vdova.

Koncept okolje

Pacientka, ki je sodelovala v raziskavi živi sama, v hiši katere lastnik je ona. Prejema pokojnino, del pokojnine prejema tudi po možu. Finančno stabilna, vendar pa je pokojnina majhna in včasih ni dovolj za vse stroške. Ima sina, ki ji pomaga tudi finančno. Ima dober odnos z sinom in svojo razširjeno družino- sestrami s katerimi je v rednem kontaktu in vzdržuje odnose z njimi. Prav tako ima okoli sebe sosede, s katerimi se razume dobro. V dobrih odnos je tudi z patronažno medicinsko sestro in osebnim zdravnikom.

Koncept zdravje

Pacientka se s kronično rano bojuje že šest let z vmesnimi presledki, ko se je rana zacelila. Prisotnost rane vpliva na njeno fizično zdravje in opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. V predelu rane je občasno prisotna tudi bolečina, ki jo še dodatno ovira pri njenem vsakdanjiku. Pacientka se manj giba, kar ima za posledico povečano telesno težo, slabše počutje in s tem se poveča tudi odvisnost od drugih. Zaradi prisotne rane pacientka poroča o slabšem vzdrževanju higiene saj jo prisotnost rane otežuje pri umivanju in kopianju, po drugi strani pa jo je strah da bi umivanje škodilo pri celjenju rane. Pove, da slabo spi, da se zjutraj zbuja utrujeno. Je komunikativna in družabna, vendar pa jo zaradi trenutne situacije sorodniki ne obiskujejo in zato je še toliko bolj osamljena in otožna. Zdravje je njena pomembna vrednota, se trudi da kljub zdravstvenim težavam samostojno opravi vsakodnevne aktivnosti.

Koncept zdravstvena nega

Od poglobljene posamezne teoretičarke je odvisna opredelitev zdravstvene nege, na bistvo, namen in cilje zdravstvene nege ter vlogo medicinske sestre. Pacientko redno obiskuje patronažna medicinska sestra s katero je vzpostavila terapevtski odnos in ji zaupa. Preko patronažne medicinske sestre je v stalnem kontaktu tudi z izbranim osebnim zdravnikom. Patronažna medicinska sestra redno poroča o stanju kronične rane, o prisotnostih bolečine in se povezuje z ostalimi službami v zdravstvenem domu, ki bi pripomogle k izboljšanju oziroma ohranjanju pacientovega zdravja.

Človek – zdravje

Kako se človek odzove na bolezen je predvsem odvisno njegovega trenutnega stanja, izobrazbe, spola, starosti ... pacientka je že pred nastankom kronične rane imela zdravstvene težave z zvišanim krvnim tlakom, in žilami na nogi. Po nastanku rane je nekaj časa rano oskrbovala sama, nato pa obiskala osebnega zdravnika, ki je rano pregledal in se odločil za izvajanje rednih prevozov s strani patronažne službe. Pacientka se je najprej težko sprijaznila z dejstvom, da jo bo nekajkrat tedensko obiskovala in ji pomagala pri oskrbi rane. Ko je spoznala, da je ji pomoč patronažne medicinske sestre pomaga in ji lajša težave jo je z veseljem sprejela. Pacientka se trudi kljub prisotnosti kronične rane ohranjati čim večjo stopnjo samostojnosti, saj ji zdravje pomeni vrednoto, ki ji želi ohranjati saj le tako bo lahko še nekaj časa preživela v svojem domačem okolju.

Človek – okolje

Človek delno lahko vpliva na okolje. Na dednost in genetiko, ki sta opredeljena kot notranje okolje ne moremo vplivati. Lahko pa vplivamo na zunanje okolje. Tudi pacientka je delno vplivala na dejavnike okolja saj se je morala z nastankom kronične rane v svoje okolje vnesti nekaj sprememb. Z nastankom rane se je morala prilagoditi tudi njena okolica, predvsem je potrebovala več pomoči pri težjih oblikah dela, pri pripravi kurjave, pri opravih v vinogradu ... pomembno je da je pacientka seznanjena s tem kaj vpliva na poslabšanje kronične rane in kakšni so možni zapleti.

Zdravje – zdravstvena nega

Skrb za zdravje je človekova najpomembnejša vrednota, saj ga ohranja pri samostojnosti, neodvisnosti od drugih. Ob pojavu rane na nogi si je pacientka poskušala najprej pomagati sama, ker pa se stanje rane ni izboljšalo je poiskala pomoč, kar je pri njej povzročilo stisko in strah, predvsem strah pred amputacijo noge.

Po vključitvi patronažne medicinske sestre v oskrbo kronične rane je strah počasi izzvenel. Pri obravnavi kronične rane na domu ima patronažna medicinska sestra zelo pomembno vlogo. Obravnava kronične rane na domu predstavlja posebne izzive, saj poteka pod drugačnimi pogoji kot v ambulanti. Pacient je v veliki meri odvisen od patronažne medicinske sestre, samooskrbe in pomoči družine. Ker pacientka živi sam je bila oskrba kronične rane predvsem odvisna od patronažne medicinske sestre in nje. Pomembno je da je z patronažno medicinsko sestro vzpostavila dober odnos, in da patronažna medicinska sestra sodeluje z njenim izbranim zdravnikom in ostalimi člani tima v zdravstvenem domu. Pri obravnavi kronične rane se vloga patronažne medicinske sestre spreminja na podlagi ugotovljenih potreb. Pacienta pouči o pomenu pravilnega jemanja predpisane terapije in o pridobitvi potrebnih materialov, ki pomembno vplivajo na celjenje rane. Pacientka je tekom intervjuja omenila, da ji je patronažna medicinska sestra svetovala o izbiri obloge za na rano prav tako pa je v sodelovanju z zdravnikom priskrbelo primerno proti bolečinsko terapijo. Pomembno je da patronažna medicinska sestra deluje zdravstveno vzgojno in pomaga posamezniku ohranjati čim večjo samostojnost na vseh področjih delovanja kljub odklonom v zdravju.

3.2 Negovalni problemi

Tekom intervjuja smo izpostavili dva negovalna problema za katera smo pripravili tudi načrt zdravstvene nege.

- Osamljenost:
 - *Vzrok:* zaradi epidemije in strahu da bi gospo okužili sin in sosedje ne prihajajo na obisk;
 - *Simptom:* otožnost, nezainteresiranost za okolico, higienska zanemarjenost;

- *Cilji*: pacientka se ne bo počutila osamljene, pacientka po svoj čas zapolnila s prosto časovnimi aktivnostmi, pacientka se bo večkrat preko telefona slišala z sestrami in sinom;
- *Načrtovanje zdravstvene nege*: pacientka si bo čas zapolnila z branjem knjig, vsak dan bo poklicala sina, enkrat tedensko se bo slišala z sestrami, pogovorila se po z patronažno medicinsko sestro.
- Nespečnost
 - *Vzrok*: bolečina v nogah in kolku, pogostejše uriniranje;
 - *Simptom*: utrujenost, pogostejše zbujanje ponoči, razdraženost;
 - *Cilji*: pacientka bo naspana;
 - *Načrtovanje zdravstvene nege*: pacientki bomo svetovali, da pred spanjem prezrači spalni prostor, da preko dneva zmanjša počitke, da pred spanjem redno vzame protibolečinsko terapijo, pred spanjem izprazni mehur.

4 Razprava

V raziskovalni nalogi smo obravnavali pacientko s kronično rano po konceptih metaparadigme in želeli ugotoviti kako prisotnost rane vpliva na njen vsakdanjik, na njeno kvaliteto življenja in kako se spopada z oskrbo rane.

Ugotovili smo, da prisotnost kronične rane vpliva na posameznikovo kvaliteto življenja, na samopodobo in ne nazadnje posameznika omejuje pri opravljanju določenih vsako dnevnih aktivnosti. Virginia Henderson je trdila, da je človek biološko bitje katera zavest in telo sta nezdružljiva. Človeka vidi kot celovito, večdimenzionalno osebnost. (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 217). Kronična rana predstavlja niz stresnih izkušenj, kot so bolečina, neprespane noči in sprememba v načinu življenja. Kot pravi Batas (2019, str. 33) pacienti poročajo, da ima golenja razjeda negativen vpliv na vse vidike vsakdanjega življenja in lahko povzroči depresijo, anksioznost in socialno izolacijo. Bolečina, izloček iz rane, vonj, omejena mobilnost in motnje spanja so lahko za paciente še posebej zahtevna in boleča. Incidenca golenje razjede narašča s starostjo. Prav tako pa so Finlayson, idr. (2017, str. 872) so ugotovili da je imelo 33 % pacientov z golenjo razjedo, srednjo do hudo bolečino, simptome depresije, utrujenost in motnje spanja. Avtorji Lavalee, Gray, Dumville, in Cullum, (2018, str. 418), navajajo da se posledice prisotnosti razjed zaradi pritiska pri posamezniku kažejo s socialno izolacijo, slabim razpoloženjem in prisotnostjo bolečine.

Ugotovili smo da ima pri oskrbi rane pomembno vlogo patronažna medicinska sestra, ki je tudi vez med pacientom in izbranim osebnim zdravnikom. Pacientka ni bila sposobna samooskrbe živela je sama v hiši tako, da je oskrba rane bila v domeni patronažne medicinske sestre. V Sloveniji imajo patronažne medicinske sestre pomembno vlogo pri multidisciplinarnem zdravljenju venskih razjed na nogi, saj skrbijo za bolnike v domačem okolju in lahko najbolje ocenijo njihovo stanje. Splošni zdravnik najprej opravi začetno oceno in diagnozo ran, preden pooblasti patronažno sestro za oskrbo ran v bolnikovem domu. (Batas, 2019, str. 38).

Patronažna medicinska sestra je z gospo vzpostavila dober odnos, jo poučila o pomenu pravilnega jemanja predpisane terapije in o pridobitvi potrebnih materialov, ki pomembno vplivajo na celjenje rane. Patronažna medicinska sestra, v večini primerov presoja sama glede oskrbe kronične rane s sodobnimi materiali, saj jih tudi najbolje pozna in je z oskrbo ran in materiali neprestano v neposrednem stiku. Kadar je s strani zdravnika in/ali specialista naročena oskrba na točno določen način in z določenimi materiali, patronažna medicinska sestra to dosledno upošteva (Batas, 2019, str. 40). Sodobne oblog rani zagotavljajo optimalne možnosti

za zdravljenje, obenem pa omogočajo bolniku višjo kakovost življenja (Leskovic, 2019, str. 13).

5 Zaključek

Prisotnost kronične rane vpliva na posameznikov kvaliteto življenja, na samopodobo in posameznika omejuje pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Oskrba kronične rane je zahtevna in posameznik pri oskrbi le te potrebuje pomoč zdravstvenega osebja. Ugotovili smo, da ima pri oskrbi rane veliko vlogo patronažna medicinska sestra.

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta s kronično rano ni samo v vlogi nadaljevanja kontinuirane skrbi za pacienta je pogosto tudi prevzemanje odgovornosti za pacienta, ki ostane izključno v oskrbi patronažne medicinske sestre, za to pa je potrebna strokovna usposobljenost, sodobni pripomočki in spodbudno domače okolje. Patronažna medicinska sestra, ki obravnava pacienta s kronično rano mora biti pacientu v oporo, ga motivirati, poučevati, zdravstveno vzgajati in ga spodbujati pri oskrbi kronične rane. Patronažna medicinska sestra se mora znati prilagajati in sprejemati posameznika z vsemi njegovimi tegobami.

LITERATURA

1. Alderden, J., Zhao, L. Y., Thomas, D., Butcher, R., Gulliver, B. in Cummins, M. (2019). Outcomes Associated With Stage 2 Pressure Injuries Among Surgical Critical Care Patients: A Retrospective Cohort Study. *CristalCare Nurs*, 29 (4), 13–19.
2. Batas, R. (2019). Community nursing care for chronic wounds: a case study of optimal home treatment of a venous leg ulcer. *Gastrointestinal Nursing*, 17 (5), 32–41. Pridobljeno s <https://doi.org/10.12968/gasn.2019.17.Sup5.S32>.
3. Blackburn, J. in Ousey, K. (2018). Pressure ulcer definitions and core curricula—how does this affect wound care and the older patient? *British Journal of Community Nursing*, 23, 1–5.
4. Braun, A. (2011). Managing skin conditions due to venous leg ulceration. *Nursing & Residential Care*, 13 (6), 280–285.
5. Ciringer, M. in Smrke, D. M. (2012). Kronična rana sodobni pristopi zdravljenja. *Medicinski razgledi*, 51 (2), 177–188.
6. Finlayson, K., Miaskowski, C., Alexander, K., Liu, W. H., Aouizerat, B., Parker, C., Maresco - Pennisi, D. in Edwards, H. (2017). Distinct Wound Healing and Quality-of-Life Outcomes in Subgroups of Patients With Venous Leg Ulcers With Different Symptom Cluster Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53 (5), 871–879.
7. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
8. Harding, K. idr. (2015). Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. *Wounds International*. Pridobljeno s <https://www.woundsinternational.com>.
9. Kahler, B., Hans - Joachim, H. in Gallenkemper, G. (2011). Evidence-based treatment of chronic leg ulcers. *Deutsches Ärzteblatt Internationa review artickel*, 108 (14), 231–136.
10. Lavalee, J. F., Gray, T. A., Dumville, J. in Cullum, N. (2018). Preventing pressure ulcers in nursing homes using a care bundle: A feasibility study. *Health & Social Care in the Community*, 27 (4), 417–427.
11. Leskovic, L. (2019). *Sodobni pristopi pri obravnavi kroničnih ran*. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 9–20). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Porter, M. (2018). Can early detection prevent venous leg ulceration? *British Journal of Community Nursing*, 23, 14–17. Pridobljeno s <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2018.23.Sup12.S14>.

13. Raju, P., Shanmuga, V., Suryanaryana, R., Venkat, R. G. in Sachin, S. S. (2017). A Study to Evaluate the Effectiveness of Continuous Ultrasound Therapy in Healing of Pressure Sores- a prospective. *Randomized Clinical Trial*, 11 (3), 136–140.
14. Snelgrove, H. in Baileff, A. (2019). A review of interventions to reduce pain in chronic wounds. *British Journal of Community Nursing*, 24 (12), 12–179.
15. Tehan, P. E., Linton, C., Norbury, K. in Chuter, V. (2019). Factors contributing to wound chronicity in diabetic foot ulceration. *Wound Practice & Research*, 27 (3), 111–115.
16. Udovichenko, O., Maximova, N. V., Amosova, M. V., Yunilaynen, O. A., Bersenova, E. A. in Starostina, E. G. (2017). Prevalence and prognostic value of depression and anxiety in patients with diabetic foot ulcers and possibilities of their treatment. *Current Diabetes Reviews*, 13, 97–106. Pridobljeno s <https://www.eurekaselect.com/142405/article>.
17. Urbanč Rovanj, R. (2014). Preprečevanje razjed na diabetični nogi. V V. Vilar in T. Planinšek Ručigaj (ur), *Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran* (str. 4–9). Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije, DORS.

Pojavnost i posljedice izloženosti Romkinja obiteljskom nasilju u romskim obiteljima

UDK 364.632-055.2(=214.58)

KLJUČNE RIJEČI: Romi, Međimurje, rodno nasilje, obiteljsko nasilje, materijalna deprivacija, uvjeti života, anticiganizam

POVZETEK - Istraživanje pojavnosti i posljedica izloženosti Romkinja obiteljskom nasilju u romskim obiteljima i odnos žrtava prema prijavljivanju nasilja je provedeno jednokratnim istraživanjem po tipu tzv. načrta »poprečnog presjeka« u jednoj vremenskoj točki (proljeće 2020) metodom anketiranja, a na proporcionalnom, stratificiranom uzorku od 350 Romkinja iz 12 »romskih naselja« na području Međimurske županije. Istraživanjem se utvrdila prevalencija izloženosti Romkinja nasilju u obitelji, mjesto doživljavanja nasilja, prisutnost fizičkih znakova i posljedica nasilja na tijelu, spremnost Romkinja na prijavu nasilja i razlozi neprijavlivanja, te detektirani subjekti od najvećeg povjerenja žrtava nakon doživljenog nasilja. Preko 2/5 (40,6 %) Romkinja prilikom doživljenog nasilja zadobilo je modrice, dok su otvorene rane ili uganuća bila rjeđe (12,9 %), potres mozga ili povreda glave (9,4 %), odnosno prijelome kostiju (9,4 %). Vlastiti dom daleko najčešće mjesto gdje Romkinje bivaju izvrnute nasilju i to je iskazalo 64,0 % ispitanica, dok se kao drugo najčešće mjesto navodi neko drugi zatvoren objekt odnosno nečiju tuđi dom (24,9 %) ispitanica. Kao najčešći razlog izostanka prijavljivanja doživljenog nasilja 46,6 % ispitanica navodi sram a jednako toliko je bio onih koje su navele na nisu željele da drugi saznaju za nasilje (46,6 %) između ostalog i zato jer se samookrivljavaju za doživljeno nasilje kao razlogom neprijavlivanja (41,1 %).

UDC 364.632-055.2(=214.58)

KEYWORDS: Romani, Međimurje, gender violence, domestic violence, deprivation, living conditions, antigypsyism

ABSTRACT - The research on the incidence and consequences of exposure of Romani women to domestic violence in Roma families and the attitude of victims towards reporting violence was conducted through a one-time research of the so-called »cross section« at one point in time (spring 2020) using the survey method on a proportional stratified sample of 350 Romani women from 12 »Roma settlements« in the area of Međimurje County. The survey determined the prevalence of exposure of Romani women to domestic violence, the location of the experience of violence, the presence of physical signs and consequences of violence on the body, the willingness of Romani women to report violence and the reasons for not reporting it and identified persons whom victims trust most after experiencing violence. More than 2/5 (40.6 %) of Romani women suffered bruises during violence, while open wounds or sprains were less common (12.9 %), as well as concussions or head injuries (9.4 %) or bone fractures (9.4 %). One's own home is by far the most common place where Romani women are exposed to violence. This was reported by 64.0% of respondents, while the second most common place is another closed facility or another person's home (24.9 %). In addition, 46.6 % of respondents gave shame as the most common reason for not reporting violence, and the same number said that they did not want others to find out about the violence (46.6 %), partly because they believe that they are to blame for the violence (41.1 %).

1 Uvod

Prema Škiljan i Babić (2014) Romi su »etnička grupa sasvim drugačijeg statusa i oblika egzistencije u odnosu na pripadnike ostalih etničkih ili nacionalnih zajednica u svim državama u kojima obitavaju«, pri čemu je njihova svakidašnjica tek »vrlo rubno i samo djelomično integrirana u temeljne socijetalne sfere (politika-kultura-gospodarstvo) post/modernih

društava.« Romkinje kao pripadnice romske nacionalne manjine čijih 17.000 pripadnika živi na području Hrvatske su izuzeto ugrožena skupina budući da su kao Romkinje diskriminirane najmanje na dva načina jer su izložene kombinaciji različitih oblika patrijarhalnog i rasističkog nasilja u svakodnevnom životu, a što uključuje trgovinu ženama, sklapanje prisilnog braka, učestala silovanja u braku i unutar partnerskih veza, postojanje trajne financijske ovisnosti o muškarcu, izloženost raznim oblicima kulturnog posramljivanja, kao i izloženost različitim oblicima institucionalnog uznemiravanja (Radonić Mayr, 2019). Njihov status u društvu je rezultanta međuodnosa romske zajednice sa drugim zajednicama i onom većinskom, a što je u korelaciji sa: »dinamikom sociopolitičkih zbivanja u dužem razdoblju i njihovom institucionalnom regulacijom« (Škiljan i Babić, 2014).

Iako su Romi, kako u svijetu (Woodcock, 2010) tako i u Hrvatskoj, nedvojbeno socijalno i zdravstveno ugroženi (European Commission 2014) i podobrazovani, te kao takvi pod visokim rizikom od socijalne isključenosti (Bagić idr., 2014) i siromaštva (Ivanov, Kling i Kaning, 2012), te pojavnosti ponašanja koje većinsko stanovništvo društvo posebice nasilje prema ženi Romkinji u obitelji, u Hrvatskoj se dosad nisu ciljano provodila istraživanja o pojavnosti nasilja nad Romkinjama od strane Roma, već se nasilje nad Romkinjama u obitelji spominje tek u sklopu širih nacionalnih istraživanja prikupljana baznim podataka u romskoj zajednici (Kunac, Klasnić i Lalić, 2019) ili u manje opsežnim istraživanjima provedenim na manjim, prigodnim uzorcima (Racz i Kajtazi, 2019). Izostanak interesa akademske zajednice za istraživanje pojavnosti i raširenosti nasilja nad ženom u populaciji Roma predstavlja još jedan oblik njihove isključenosti, neovisno o objektivnim poteškoćama prilikom provođenja terenskih istraživanja zbog jezičnih i običajnih barijera, kao i tradicionalne zatvorenosti romskih zajednica prema ne - romskoj populaciji, a posebice zatvorenosti prema temama nasilja u obitelji. Upravo takva sociološka i javnozdravstvena istraživanja provedena na terenu unutar zatvorenih Romskih zajednica imaju svoju aplikativnu vrijednost jer je bez provjerenih i vjerodostojnih podataka nemoguće donositi akcijske planove za prevenciju nasilja nad Romkinjama, niti pratiti uspješnost njihove realizacije. Međutim, budući da srodna istraživanja provedena u susjednim zemljama iz okruženja na romskoj populaciji donose podatak o 90 % Romkinja u, na primjer Rasinskom okrugu u Srbiji, koje su doživjele partnersko nasilje (Babović, 2019), istraživanje pojavnosti nasilja nad ženom u obitelji među Romima u Hrvatskoj trebala bi biti predmet šireg znanstvenog interesa. Tim više što i rezultati srodnih istraživanja provedenih na romskim populacijama u drugim zemljama na Balkanu govore o preko 30 % pripadnica romske manjine koje su doživjele neki oblik fizičkog nasilja (Tokuç, Ekuklu i Avcioğlu, 2010), odnosno o čak 61–81 % pripadnica romske zajednice u izdvojenim romskim zajednicama u Irskoj koje su također doživjele neki oblik nasilja nad ženom u obitelji (Themelis i Foster, 2013). Istraživanja o pojavnosti nasilja nad ženama su vrlo važna komponenta prilikom razrade i definiranja društvenih politika utemeljenih na dokazima iz prakse te takvi podaci pridonose unapređenju sektorskih odgovora na problem nasilja nad ženom u obitelji, prvenstveno odgovora od strane pravosuđa, kao i nadležnih službi iz zdravstvenog i socijalnog sustava mogu potaknuti i mogu ohrabrivati prijave od strane žrtava i svjedoka doživljenog i svjedočenog nasilja (Ured za ravnopravnost spolova Vlade Republike Hrvatske, 2014).

2 Cilj i svrha

Istraživanjem se željelo utvrditi prevalenciju izloženosti Romkinja nasilju u obitelji, mjesto doživljavanja nasilja, prisutnost fizičkih znakova i posljedica nasilja na tijelu, spremnost Romkinja na prijavu nasilja i razloge neprijavljivanja, te detektirati osobe ili ustanove od najvećeg povjerenja žrtava nakon doživljenog nasilja.

Postavljena je hipoteza istraživanja prema kojoj se nasilje nad Romkinjama u romskim obiteljima doživljava najčešće unutar »zatvorena 4 zida njihovog doma«, te iako postoje brojni fizički znakovi doživljenog nasilja, Romkinje isto prikrivaju i imaju izrazito nepovjerenje prema nadležnim službama za pomoć ženama žrtvama nasilja, posebice prema policiji i socijalnim službama što dovodi do vrlo rijetkog prijavljivanja nasilja, već pomoć žrtve traže unutar šire obitelji (OEES BIH 2019; OEBS Srbija 2019; FRA 2012, 2014, 2018).

3 Uzorak i metode

Istraživanje je provedeno u 12 »romskih naselja« na području Međimurske županije – konkretno među 350 Romkinjama koje žive u zatvorenih uglavnom izoliranih »romskim naseljima« na području Međimurske županije, korištenjem tzv. »proporcionalnog, stratificiranog« uzoraka. Podaci su prikupljeni metodom anketiranja tijekom proljeća 2020 godine, a dobiveni rezultati obrađeni su metodama deskriptivne statistike i statistike razlika te su prikazani tablično uz tekstualnu interpretaciju dijela nalaza.

4 Rezultati i diskusija

Istraživanje je provedeno isključivo na pripadnicama romske nacionalne manjine u Republici Hrvatskoj, i to na osobama starijim od 16 godina, a koje se smatraju starijim maloljetnicima i punoljetnim osobama. Za osobe mlađe od 18 godina tražena je prethodno usmena suglasnost roditelja ili staratelja, koji je i bio uvijek nazočan anketiranju.

Istraživanjem je ukupno bilo obuhvaćeno 350 ispitanica. Udio uključenih ispitanica po pojedinom »romskom naselju« proporcionalan je bio udjelu ukupnog broja stanovnika po pojedinom »romskom naselju« u odnosu na ukupan broj Roma na području Međimurske županije. Najveći broj ispitanica uključenih u istraživanje bio iz dva najveća »romska naselja« i to iz naselja Parag i Kuršanec iz kojih je bilo uključeno 75, odnosno 65 ispitanica. Iz naselja Piškorovec i Pribislavec bilo je uključeno po 40 ispitanica, Orehovica 30, Kotoribe i Sitnice/Mursko Središće po 20, Gornjeg Kuršanca 15, te iz najmanjih naselja Hlapčina i Kvitrovec / Domašinec po 10 ispitanica.

U dobnoj skupini 16–18 godina bilo je 40 ispitanica (11,4 %), u skupini od 19 do 25 godina bila je 114 ispitanica (32,6 %), dok je najbrojnija bila skupina od 26–40 godina u kojoj je bilo 120 ispitanica (34,3 %), te su u skupini od 41–60 godina bilo 63 ispitanice (18,0 %) dok je starijih od 60 godina bilo ukupno samo 13 ispitanica (3,7 %).

Analiza učestalost izloženosti Romkinja u »romskim naseljima« pojedinim vrstama nasilja nad ženom u obitelji je pokazala da je bilo kakav oblik nasilja tijekom života doživjelo 69,1 % ispitanica, dok ih je 30,9 % negiralo da su bile žrtve nasilja tijekom dosadašnjeg života, a nakon navršene 15 godine. Najmanje jednom u životu nekom od oblika psihičkog nasilja poput omalovažavanja, bilo izloženo 61,7 % Romkinja, nekom od oblika fizičkog / tjelesnog nasilja (poput šamaranja), 50,3 % Romkinja, nekom od oblika ekonomskog nasilja (poput neimanja sredstava za kupovinu) 22,3 % Romkinja, te nekom od oblika seksualnog nasilja (poput prisiljavanja na sudjelovanje u bilo kojem obliku seksualne aktivnosti) 17,1 % Romkinja.

4.1 Fizičke posljedice izloženosti Romkinje u »romskim naseljima« nasilju nad ženom u obitelji

Prema SZO (Krug idr., 2002) »fizičko nasilje se opisuje kao ponašanje koje uključuje šamaranje, udaranje, premlaćivanje i šutiranje«. Mamula, Ajduković i Mamula (2005, str. 6) jasno su definirale fizičko nasilje kao »uporabu sile, a koja može ići od naguravanja i čupanja, preko šamaranja i opekotina, različitih lakih tjelesnih ozljeda, do teških tjelesnih ozljeda koje mogu direktno, ili zbog posljedica, završiti smrću«.

Nakon doživljenog fizičkog ili seksualnog nasilja na tijelu žrtve ostaju tragovi koji iskusnom profesionalcu mogu izazvati sumnju na izloženost nasilju. Veličina i vrsta ozlijede može govoriti o intenzitetu i načinu počinjenja nasilja, njegovoj učestalosti, kao i odnosu nasilnika i žrtve. Posljedice tjelesnog kreću se najčešće u rasponu od minimalnih tjelesnih ozljeda poput ogrebotina do velikih oštećenja i invalidnosti te smrti žene, a vidljive posljedice fizičkog nasilja su ogrebotine, podljeva krvi, površinske rane, oštećenja oka i puknuće kostiju (Mamula i Pavleković, 2004).

Ispitanice su bile pozvane da označe koju vrstu ozljeda su doživjele tijekom izloženosti fizičkom nasilju u rasponu od izostanka vidljivih povreda ali uz doživljenu veću bol, preko modrica, ogrebotina, otvorenih rane, uganuća, opekotina, prijeloma, slomljenih kosti, iščašenih zglobova, potresa ili povrede mozga, neplodnosti, pobačaja ili trudnoće.

Tabela 1: Fizičke posljedice nasilja nad ženom u obitelji kod Romkinja uključenih u istraživanje u »romskim naseljima« na području Međimurske županije u ukupnom uzorku

<i>Posljedice fizičkog nasilja</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Modrice, ogrebotine	Ne	208	59,4
	Da	142	40,6
Otvorene rane, uganuća	Ne	305	87,1
	Da	45	12,9
Opekotine	Ne	338	96,6
	Da	12	3,4
Prijelom, slomljene kosti, iščašene zglobove	Ne	317	90,6
	Da	33	9,4
Potres ili povredu mozga	Ne	317	90,6
	Da	33	9,4
Teške i jake bolove i unutarnje povrede	Ne	332	94,9
	Da	18	5,1
Pobačaj	Ne	320	91,4
	Da	30	8,6
Trudnoću	Ne	343	98,0
	Da	7	2,0
Snažna bol bez vidljivih znakova povrede	Ne	275	78,6
	Da	75	21,4

Iz prikupljenih rezultata na razini ukupnog uzorka, a prikazanih tabelom 1., vidljivo je da je 40,6 % Romkinja izjavilo da su doživjele modrice kao posljedice udaraca koje su zadobile tijekom izloženosti nasilju u obitelji, dok su otvorene rane ili uganuća bila rjeđe (12,9 %), kao i potres mozga ili povreda glave (9,4 %), odnosno prijelomi kostiju (9,4 %). Trudnoću je sa doživljenim nasiljem povezivalo samo 2,0 % ispitanica, ali gubitak trudnoće odnosno pobačaj koji su pripisale posljedicama doživljenog nasilja navelo je čak 8,6 % Romkinja u ukupnom uzorku.

Dosad nije bilo provedeno istraživanje o tjelesnim manifestacijama pretrpljenog fizičkog nasilja nad Romkinjama, pa je zapravo nemoguće komparirati dobivene podatke sa podacima o pretrpljenim povredama od strane nasilnika u istoj populaciji. Međutim, dobiveni rezultati mogu se usporediti sa rezultatima istraživanja koje je proveo OEES u regiji. Na uzorku od 2.023 anketiranih žena dobiveni su podaci prema kojima je 30 % žrtava zadobilo modrice ili ogrebotine kao oblik fizičke povrede koje su bile rezultat pretrpljenog fizičkog ili seksualnog zlostavljanja od strane aktualnog partnera, 5 % ih je zadobilo rane i opekotine 3 % lomove i izbijene zube, a 1 % potres mozga ili druge povrede. Kod analize povreda zadobivenih od strane bivših partnera, 41 % žena je zadobilo povrede u obliku modrica i ogrebotina, a 11 % u obliku rana i opekotina (OEBS Srbija 2019, str. 48). Nadalje, na srodnom istraživanju provedenom u Bosni i Hercegovini 30 % ispitanica su zadobile modrice ili ogrebotine kao oblik fizičke povrede koje su bile rezultat pretrpljenog fizičkog ili seksualnog zlostavljanja od strane aktualnog partnera, zatim rane i opekotine zadobilo je njih 6 %, lomove i izbijene zube njih 6 %, te potres mozga ili druge povrede njih 2 %. Kod analize povreda zadobivenih od strane bivših partnera, 61 % žena je zadobilo povrede u obliku modrica i ogrebotina, a 19 % u obliku rana i opekotina, dok ih je 9 % doživjelo prijelome i izbijanja zubiju, a 7 % unutarnje povrede (OEBS BiH 2019, str. 48). Podaci se mogu sagledati i kroz podatke prikupljene na Kosovu također od strane OEES prema kojem je 23 % ispitanica doživjelo fizičku patnju kao posljedicu doživljenog nasilja od strane aktualnog partnera, a 29 % žena nakon nasilja od strane bivšeg partnera. Nadalje 18 % ih je zadobilo modrice ili ogrebotine, 3 % je zadobilo rane i opekotine, 2 % lomove i izbijene zube, te 3 % potres mozga ili druge povrede. Kod analize povreda zadobivenih od strane bivših partnera, 28 % žena je zadobilo povrede u obliku modrica i ogrebotina, 9 % je zadobilo povrede u obliku rana i opekotina, dok ih je 5 % doživjelo prijelome i izbijanja zubi, a njih 3 % unutarnje povrede (OEBS Kosovo 2019, str. 63). Konačno, ispitanice u Crnoj Gori su iskazale da je njih 34 % zadobilo modrice ili ogrebotine kao rezultat pretrpljenog fizičkog ili seksualnog zlostavljanja od strane aktualnog partnera, 2 % rane i opekotine, 12 % lomove, te 3 % potres mozga ili druge povrede (OEBS Crna Gora 2019, str. 45).

4.2 Mjesto događanja nasilja nad Romkinjama u obitelji u »romskom naselju«

Iako sam naziv obiteljsko nasilje sadrži pretpostavku da se nasilje događa unutar same obitelji, samo mjesto doživljavanja nasilja može biti u vlastitom domu, ali i izvan njega. Ispitanicama je bila ponuđena mogućnost da se odrede jesu li neki od oblika nasilja doživjele u vlastitom domu ili izvan njega u nekom drugom privatnom stambenom prostoru (u nekoj drugoj kući ili stanu), u nekom drugom javnom zatvorenom objektu (u kafiću, restoranu, klubu; u školi ili na poslu;) na javnom mjestu na otvorenom (na ulici, na parkiralištu; u parku ili šumi; negdje drugdje na otvorenom prostoru; u automobilu) ili na nekom trećem mjestu (negdje drugdje).

Tabela 2: Mjesto događanja nasilja nad Romkinjama u obitelji u »romskom naselju« na razini ukupnog uzorka

Mjesto doživljenog nasilja		N	%
U mom vlastitom domu	Ne	126	36,0
	Da	224	64,0
Na ulici, na parkiralištu, javno mjesto	Ne	267	76,3
	Da	83	23,7
U kafiću, restoranu, klubu	Ne	306	87,4
	Da	44	12,6
Negdje drugdje na otvorenom prostoru	Ne	281	80,3
	Da	69	19,7
U nekoj drugoj kući ili stanu	Ne	263	75,1
	Da	87	24,9

U školi ili na poslu	Ne	337	96,3
	Da	13	3,7
U parku ili šumi	Ne	311	88,9
	Da	39	11,1
U automobilu	Ne	325	92,9
	Da	25	7,1
Negdje drugdje	Ne	319	91,1
	Da	31	8,9

Analiza odgovora Romkinja na razini ukupnog uzorka prikazana tabelom 2. pokazala je da je vlastiti dom daleko najčešće mjesto gdje Romkinje bivaju izvrgnute nasilju i to je iskazalo 64,0 % ispitanica, dok se kao drugo najčešće mjesto navodio neki drugi zatvoren objekt odnosno nečiji tuđi dom (24,9 %). Otvoreni javni prostor poput ulice, trgova, parkirališta naveden je u 23,7 % slučajeva, a neki drugi oblici javnog otvorenog prostora u 19,7 %. Parkovi i šume kao otvoreni, ali skrovitija mjesta navelo je 11,1 % Romkinja, dok je nasilje u prostoru obrazovnih ili radnih prostora navelo tek 3,7 % ispitanica.

Nisu nažalost dostupna istraživanja o mjestu počinjenja nasilja nad Romkinjama ili u općoj populaciji s kojima bi se mogli usporediti rezultati ovog istraživanja, ali indikativno je da se nasilje nad ženom u obitelji događa upravo u vlastitom domu žrtve koji je od oaze sigurnosti za mnoge Romkinje postao mjesto najbrutalnijeg izživljavanja i nasilja od strane partnera. Intenzitet nasilja u vlastitom domu veže se i uz dugotrajni boravak Romkinja u kući s obzirom na vrlo niski stupanj zapošljavanja izvan kuće, te njihovu ulogu majke i odgajateljice djece koja se rađaju vrlo rano, tako da zapravo Romkinje puno manje od ne - romskih žena izbivaju izvan vlastitog doma, zbog čega je dom bio očekivano mjesto na kojem su najčešće bivale izložene nasilju.

4.3 Oblik pomoći koju očekuju žrtava nakon pretrpljenog nasilja nad ženom u obitelji

Nakon doživljenog nasilja žrtva je najčešće bila prepuštena samoj sebi. Istovremeno, kako bi se prepoznali putovi i oblici pomoći kojima se može pokušati pomoći žrtvi, nastojalo se saznati koja su bila očekivanja žrtve glede pomoći nakon doživljenog nasilja. Ispitanicama je bio ponuđen raspon mogućih oblika pomoći od različitih oblika psihosocijalne pomoći (Nekoga za razgovor / podršku; Zaštita od daljnjeg uznemiravanja ili nasilja), institucionalne pomoći (Medicinska pomoć; Informacija i zaštita od policije; Pomoć oko prijave nasilja), preko prijateljske praktične potpore (Prijateljska praktična pomoć) oko skrbi za djecu, bližnje, žrtvu samu i sl., odnosno ostavljeno je kao mogućnost da ispitanice navedu da nikakvu pomoć nisu željele ili da niti jedan od ponuđenih oblika pomoći ne smatraju potrebnim u tim trenucima.

Tabela 3: Oblik pomoći koju očekuju Romkinje uključene u istraživanje u »romskim naseljima« na području Međimurske županije u ukupnom uzorku nakon pretrpljenog nasilja nad ženom u obitelji

<i>Oblik očekivane pomoći</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Nekoga za razgovor / podršku	Ne	195	55,7
	Da	155	44,3
Financijska potporu	Ne	283	80,9
	Da	67	19,1
Zaštitu od daljnjeg uznemiravanja ili nasilja	Ne	230	65,7
	Da	120	34,3
Konkretna prijateljsku praktičnu pomoć	Ne	272	77,7
	Da	78	22,3

Medicinska pomoć	Ne	298	85,1
	Da	52	14,9
Informacija i zaštita od policije	Ne	315	90,0
	Da	35	10,0
Pomoć oko prijave nasilja	Ne	338	96,6
	Da	12	3,4
Ništa od navedenog	Ne	340	97,1
	Da	10	2,9
Nije željela nikakvu pomoć	Ne	318	90,9
	Da	32	9,1

Prikupljeni podaci na razini ukupnog uzorka, a prikazani tabelom 3. su pokazali da su Romkinje izdvojile potrebu za razgovorom kao oblikom psihosocijalne potpore i to njih 44,3 %, čak više nego što ih je istaknulo potrebu za zaštitom od daljnjeg zlostavljanja (34,3 %) ili dvostruko više nego što ih je navelo potrebu za konkretnom prijateljskom pomoći nakon doživljenog nasilja (22,3 %). Financijsku pomoć navelo je 19,1 % ispitanica, zdravstvenu pomoć 14,9 %, a pomoć policije navelo je samo 10,0 % Romkinja. Upravo činjenica da ih je 3,4 puta više navelo da očekuju zaštitu kako bi zlostavljanje prestalo od onih koje su navele da očekuju pomoć policije, potvrđuje vrlo nisko povjerenje koje Romkinje imaju u policiju glede učinkovitosti pružene zaštite, što sve vjerojatno može povezati i s brojnim slučajevima neadekvatnog postupanja policije prilikom kojih se prema žrtvi nažalost često postupa i kao prema nasilniku, najčešće kroz percepciju narušavanja javnog reda i mira, kao i što nakon intervencije policije, nasilje u obitelji može biti još snažnije po povratku nasilnika u obitelj.

Agencija Europske unije za temeljna prava (FRA, 2014, str. 23) provela je istraživanje o nasilju nad ženama diljem Europe kroz koje je istražena potreba žrtava za pomoći nakon doživljenog nasilja pri čemu su žrtve nasilja u najvećem broju slučajeva odgovorile da su prije svega htjele nekoga s kim bi mogle razgovarati i tko bi im dao potporu, s rasponom odgovora od 33 % do 54 %, pri čemu je razlika u postotku ovisila o vrsti doživljenog nasilja i o tome od koga su doživjele nasilje. Na drugom mjestu su navele da su htjele zaštitu i to njih u rasponu od 12 % do 25 %, a na trećem mjestu da su trebale druge oblike praktične pomoći koju je trebalo njih između 13 % do 21 %. U tom smislu i način na koji su mislile da bi mogle prevladati posljedice doživljenog nasilja za većina žrtava, kod njih između 57 % i 60 % (ovisno o počinitelju i obliku nasilja) odnosio se na dijeljenje svojeg iskustva s nekim drugim. Također 35 % ispitanica je smatralo da im je trebala potpora članova obitelji i bliskih prijatelja, a što su smatrali nužnim za izlazak iz kruga doživljenih nasilničkih događaja i odnosa (FRA, 2014, str. 23).

Srodno istraživanje u Srbiji na općoj populaciji žena (n - 2.023) koje je proveo OEBS (OEBS Srbija, 2019, str. 49) pokazalo je da su sve anketirane ispitanice koje su doživjele fizičko ili seksualno nasilje spominjale da su trebale moralnu podršku, da su očekivale zaštitu od daljnjeg nasilja i uznemiravanja što je istaknulo 28 % žena koje su bile žrtve bivšeg partnera, a posebice one žrtve koje su bule zlostavljane u trudnoći (62 %) ili čija su djeca svjedočila nasilju (43 %). Nasuprot njima, žrtve nasilja od strane aktualnog partnera istaknule su da su trebale nekoga s kim bi razgovarale (38 %), praktičnu pomoć (10 %), zaštitu od daljnjeg uznemiravanja (8 %), informacije od policije (4 %) medicinsku pomoć (4 %), novčanu pomoć (4 %), te pomoć prilikom prijavljivanja nasilja (2 %). Kod doživljenog nasilja od strane bivših partnera postotak je bio veći među onih ispitanicama koje su očekivale praktičnu pomoć (22 %), zaštitu od daljnjeg uznemiravanja (28 %), informacije od policije (15 %), medicinsku pomoć (10 %), financijsku pomoć (15 %) i pomoć oko prijavljivanja incidenta (9 %), a čak 49 % žrtava nasilja koje su doživjele od strane aktualnog partnera očekivalo je neke druge oblike pomoći (OEBS Srbija, 2019, str. 49).

Prema istraživanju OEBS provedenom u BiH (OEBS BiH, 2019, str. 19) prilikom doživljenog najozbiljnijeg incidenta od strane aktualnog partnera ispitanice su istaknule da im je kao oblik pomoći koju su u tom trenutku željele bio najviše potreban razgovor ili moralna potpora (26 %), zatim financijska potpora (13 %), zaštita od daljnjeg uznemiravanja (11 %), a u mnogo manjem postotku su iskazale da im je trebala praktična pomoć (6 %), medicinska pomoć (5 %), informacije od policije (5 %), pomoć oko prijave incidenta kroz suradnju s policijom (4 %), dok daleko najveći postotak žrtava, njih 46 % nije željelo nikakvu pomoć (OEBS BiH, 2019, str. 49).

Prilikom doživljenog najozbiljnijeg incidenta od strane aktualnog partnera ispitanice na Kosovu su istaknule da im je kao oblik pomoći koju su u tom trenutku željele najpotrebniji bio razgovor ili moralna potpora (18 %), zatim financijska potpora (7 %), zaštita od daljnjeg uznemiravanja (7 %), praktična pomoć (6 %) medicinska pomoć (4 %), pomoć oko prijave incidenta kroz suradnju s policijom (3 %), dok daleko najveći postotak žrtava, njih 56 % nije željelo nikakvu pomoć (OEBS Kosovo, 2019, str. 64).

Prilikom doživljenog najozbiljnijeg incidenta od strane aktualnog partnera ispitanice u Crnoj Gori su u najvećem broju slučajeva istaknule da im zapravo niti jedan od ponuđenih odgovora nije bio od interesa kao mogući oblik pomoći koju su u tom trenutku željele. Naime potrebu za razgovorom ili moralnu potporu navelo je njih 3 %, zatim financijsku potporu (3 %), zaštitu od daljnjeg uznemiravanja (7 %), praktičnu pomoć (0,5 %), te medicinsku pomoć (2 %), pomoć oko prijave incidenta kroz suradnju s policijom (3 %), dok daleko najveći postotak žrtava, njih, 75 % nije željelo nikakvu pomoć (OEBS Crna Gora, 2019, str. 47).

4.4 *Subjekti koje su Romkinje spremne prve kontaktirati nakon pretrpljenog nasilja u obitelji u odrasloj dobi*

Cilj istraživanja bio je ustanoviti koji subjekt su žrtve spremne prve kontaktirati nakon doživljenog nasilja nad ženom u obitelji pri čemu je ispitanicama bilo ponuđeno da se odrede prema 8 različitih mogućih subjekata – nadležnih za pružanje pomoći žrtvama nasilja, i to u rasponu od policije, zdravstvene, socijalne ili pravne službe, preko nevladinih ili vjerskih organizacija do rodbine, prijatelja ili predstavnika unutar »romskih naselja«.

Tabela 4: Subjekti kontakta Romkinja uključenih u istraživanje u »romskim naseljima« na području Međimurske županije u ukupnom uzorku nakon pretrpljenog nasilja u obitelji u odrasloj dobi

<i>Subjekt prvog kontakta nakon nasilja</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Policija	Ne	306	87,4
	Da	44	12,6
Zdravstvena služba, doktora ili hitnu službu	Ne	322	92,0
	Da	28	8,0
Predstavnik unutar »romskog naselja«	Ne	326	93,1
	Da	24	6,9
Socijalna službu ili nekog iz sustava obrazovanja	Ne	310	88,6
	Da	40	11,4
Crkva ili vjersku zajednicu	Ne	266	76,0
	Da	84	24,0
Pravna pomoć, sud ili odvjetnik	Ne	345	98,6
	Da	5	1,4
Nevladine organizacije, SOS sigurna kuća	Ne	338	96,6
	Da	12	3,4
Uža obitelj ili rodbinu ili prijatelje	Ne	216	61,7
	Da	134	38,3
Nisam kontaktirala nikoga	Ne	311	88,9
	Da	39	11,1

Prikupljeni podaci na razini uzorka su pokazali da je rodbina ta koju su Romkinje spremne kontaktirati u slučajevima nasilja nad ženom u obitelji (38,3 %). Iako možda iznenađuje, crkva je izdvojena kao institucija prvog kontakta koju bi prvu Romkinje kontaktirale (24 %), a to se može povezati sa visokom pripadnošću Roma na području Međimurske županije katoličkoj crkvi koja ima važnu ulogu u životima mnogih obitelji i preko koje dobivaju vrlo često humanitarnu i drugu pomoć. Policija (12,6 %), zdravstvene ustanove (8,0 %) i socijalne ustanove (11,4 %) vrlo rijetko su institucije prvog izbora kojima bi se Romkinje obratile u slučaju doživljenog nasilja, budući da u neke od njih poput policije nemaju povjerenja, zdravstvene ustanove izbjegavaju budući da su liječnici u slučaju sumnje na povrede uzrokovane nasiljem su dužni mimo volje i znanja žrtva automatski podnijeti prijavu prema policiji i socijalnoj skrbi, a socijalu Romkinje doživljavaju kao ustanove koje u slučajevima obiteljskog nasilja izdvajaju radije djecu iz takvih obitelji nego nasilnika, pa iz straha od gubitka djece o nasilju u obitelji ne izvještavaju socijalnu službu. Iako postoje u svakom »romskom naselju«, romskog predstavnika bi prvog vrlo rijetko kontaktirale (6,9 %) vjerojatno iz straha što su to u pravilu muške osobe koje poznaju sve osobe u naselju i koje su izabrane od strane muških osoba, ta ne postoji povjerenje da bi njihova obraćanja za pomoć bilo rješavano uz diskreciju. Konačno, iako na području Međimurske županije postoji nekoliko nevladinih organizacija, njihova uloga se svodi na preraspodjelu humanitarne pomoći i eventualno projekte vezane uz infrastrukturu, sport ili mlade, dok nije uopće prepoznata njihova uloga u pružanju psihosocijalne pomoći žrtvama tak oda su NGO prvo izbor samo za 3,4 % Romkinja iz ukupnog uzorka. Najrjeđe bi se prvo obratile sudu putem prijave za doživljeno nasilje (1,4 %) što se može vezati i uz nisku razinu obrazovanja Romkinja i njihovo potpuno nepoznavanje prava i procedure za ostvarivanje tih prava.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem mogu se usporediti s rezultatima malobrojnih istraživanja u koja su bile uključene žrtve nasilja nad ženom u obitelji romske nacionalnosti, a bila su provedena u zemljama u okruženju. U istraživanju provedenom 2010. godine na području Bosne i Hercegovine na pitanje »da li su se obraćale direktno sudu ili tužilaštvu u slučaju nasilja nad njima« od ukupno 582 Romkinja 4,81 % je odgovorilo potvrdno, 41,24 % je odgovorilo negativno i čak njih 53,95 % nije željelo odgovoriti na ovo pitanje. Također samo samo 12,48 % žena obratilo se za pomoć socijalnoj službi, a čak 53,68 % ispitanica izstavile su odgovor na to pitanje (CProgram, 2010, str. 31).

U istraživanju provedenom u Srbiji rezultati su pokazali da najveći broj žena, njih 78,2 % nikada nije tražio pomoć od institucija, bilo da se bile izložene fizičkom ili seksualnom zlostavljanju. U 12,1 % slučajeva žene su se za pomoć obratile policiji, u 9,6 % pomoć su zatražile od zdravstvenih radnika, a u 8,9 % slučajeva nadležnom centru za socijalnu skrb. Samo 2,1 % žrtva se obratio za pomoć nevladinim organizacijama (NGO), ženskim organizacijama ili skloništim, što je bilo tumačeno niskom javnom svijesti o drugim izvorima pomoći osim tradicionalnih (WHO, 2005, str. 25).

U novijem istraživanju OEBS (OEBS Srbija, 2019, str. 51) 59 % žrtava nasilja nisu zatražile pomoć policije. Vezano uz nasilja od strane aktualnog partnera 83 % žena, niti kod najtežeg slučaja nisu kontaktirale policiju ili bilo koji drugi pravni subjekt u sustavu. Također 57 % ispitanica nisu nikome od institucija prijavile najteži oblik incidenata nasilja koji je prema njima bio počinjen od strane bivšeg partnera (OEBS Srbija, 2019, str. 51). Među onim žrtvama koje su zatražile pomoć, najviše žrtava je u slučajevima nasilja od strane aktualnog partnera ipak kontaktiralo policiju (9 %), zatim medicinsko osoblje (6 %), socijalnu službu (2 %), pravnu službu (0,4 %), dok nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično nije kontaktirao nitko. Kod nasilja počinjenog od strane bivšeg partnera od onih koje su zatražile pomoć, 25 % ih je kontaktiralo policiju, 19 % medicinsko osoblje, 14 % socijalnu službu, 13 % pravnu službu,

dok je nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično samo kontaktiralo 1 % žrtava. (OEBS Srbija, 2019, str. 52).

U srodnom istraživanju provedenom u Bosni i Hercegovini (OEBS BiH, 2019, str. 18) većina žena je iskazala stav da bi kada dođe do nasilja u obitelji netko ipak trebao saznati za to pri čemu su odgovori bili različiti među ispitanicama iz Federaciji BiH (F BiH), od ispitanica iz Republike Srpske (RS) U većini slučajeva kao najpogodnija osoba kojoj bi se trebalo povjeriti izdvojen je član obitelji kojeg je u F BiH navelo 77 % ispitanika, a u RS njih 84 %. Kao slijedeća osoba od povjerenja bio je izdvojen zdravstveni radnik (F BiH 71 %, RS 75 %), te policijski službenik (F BiH 68 %, RS 74 %), odnosno vjerski vođa (F BiH 39 %, RS 45 %). Međutim, usprkos izraženom stavu da bi nasilje trebalo prijavljivati, ono se izuzetno rijetko u praksi i prijavljivalo. Prema objavljenim podacima samo 5 % ispitanica je samoinicijativno policiji prijavilo nasilje kad je počinitelj bio aktualni partner, dok je prijavljivanje drugim službama bilo još rjeđe. Liječnika je obavijestilo 3 %, bolnicu 2 %, socijalnu službu samo 1 % ispitanica, a čak 84 % ispitanica je odgovorilo da baš nitko nije bio kontaktiran (OEBS BiH, 2019, str. 51).

Prema rezultatima istraživanja na Kosovu na upit koga su kontaktirale u slučajevima najtežeg doživljenog nasilja, najviše žrtava je u slučajevima nasilja od strane aktualnog partnera kontaktiralo medicinsko osoblje (5 %), bolnicu (4 %), socijalnu službu (3 %), pravnu službu (1 %), dok nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično je kontaktirao tek 0,2 % ispitanica. Kod nasilja počinjenog od strane bivšeg partnera nešto više žrtava je kontaktiralo policiju (25 %), zatim medicinsko osoblje (19 %), socijalnu službu (14 %), pravnu službu (13 %), dok nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično samo ih je kontaktiralo jedan posto (1 %). Nažalost, daleko najveći postotak žrtava nije kontaktirao nikoga (86 %) (OEBS Kosovo, 2019, str. 67).

Prema rezultatima istraživanja u Crnoj Gori na upit koga su kontaktirale u slučajevima najtežeg nasilja najviše žrtava je u slučajevima nasilja od strane aktualnog partnera kontaktiralo medicinsko osoblje (13 %), bolnicu (10 %), socijalnu službu (3 %), policiju (4 %), pravnu službu (14 %), dok nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično nije kontaktirao nitko. Nikoga nije kontaktiralo preko tri četvrtine ispitanica (76 %). Kod nasilja počinjenog od strane bivšeg partnera najveći broj žrtava je kontaktiralo policiju (15 %), zatim medicinsko osoblje (14 %), bolnicu (15 %), socijalnu službu (9 %), pravnu službu (14 %), dok je nevladine organizacije poput sigurnih kuća ili slično kontaktiralo samo 3 %. Daleko najveći postotak i u ovoj zemlji nije kontaktirao nikoga (72 %) (OEBS Crna Gora, 2019, str. 67).

Rezultati istraživanja kojeg je provela Agencija FRA (2014, str. 11) pokazali su da se da se jedna trećina žena (33 %) obratila liječniku, zdravstvenom centru ili bolnici, a samo 4 % obratilo se organizaciji za pružanje potpore žrtvama uz 14 % žrtava koje su prijavile policiji najozbiljnije slučajeve nasilja od partner (FRA, 2014, str. 11).

Radovi na općoj populaciji provedeni u svijetu poput istraživanja Apsler, Cummins i Carl (2003) su pokazali da postoji visoko povjerenje žrtava u policiju kroz istraživanje u kojem je 75 % žena policijsku intervenciju smatralo korisnom i izrazilo spremnost da je ponovo pozove (81 %) u slučaju potrebe. Istovremeno 6 % žena sigurno ili vjerojatno ne bi pozvalo policiju u slučaju budućeg incidenta navodeći pritom najčešće kao razlog »strah da će ih nasilnik povrijediti«. Posve suprotno Fugate i suradnici (2005) su dobili podatak da nakon doživljenog nasilja policijsku pomoć nije tražilo 62 % žrtava, 74 % žrtava nije zvalo medicinsku pomoć, a čak 82 % žrtava nije tražilo pomoć socijalne službe, odnosno njih 29 % nije ni s kim razgovaralo o doživljenom nasilju.

4.5 Razlozi neprijavljivanja doživljenog nasilja nad ženom u obitelji

Ranija istraživanja pokazala su da je stupanj prijavljivanja doživljenog nasilja kod žrtava vrlo nizak. Sukladno ciljevima istraživanja bilo je postavljeno pitanje o razlozima neprijavljivanja nasilja, pri čemu je ispitanicama bilo ponuđeno da se odrede prema 15 različitih mogućih razloga za neprijavljivanje u rasponu od omalovažavanja važnosti doživljenog nasilja (Nisam doživjela nikakav oblik nasilja; To nije bila značajna ozbiljna stvar), preko emocija koje su ih kočile u aktivnom prijavljivanju poput straha ili srama (Strah od počinitelja; Bojala sam se da ću izgubiti djecu; Strah od osvete; Sram, nelagoda), samookrivljavanja za doživljeno nasilje (Mislila sam da sam sama kriva za događaj), želje da se događaj zadrži tajnom (Sama sam to riješila / to je obiteljska stvar; Nisam htjela završiti okončati vezu s partnerom), izostanka povjerenja u učinkovitost nadležnih službi i sustava (Policija je bila suviše daleko i nisam mogla doći do njih; Nitko mi ionako ne bi vjerovao; Mislila sam da policija ionako neće ništa poduzeti) ili prebacivanja krivice na druge osobe ili okolnosti (Bila sam previše uznemirena da bi zvala policiju; Netko me je zaustavio i obeshrabrio).

Tabela 5: Razlozi neprijavljivanja doživljenog nasilja nad ženom u obitelji kod Romkinja uključenih u istraživanje u »romskim naseljima« na području Međimurske županije u ukupnom uzorku

<i>Razlog neprijavljivanja nasilja</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Sama je to riješila / to je obiteljska stvar	Ne	202	57,7
	Da	148	42,3
To nije bila značajna ozbiljna stvar	Ne	220	62,9
	Da	130	37,1
Strah od počinitelja	Ne	217	62,0
	Da	133	38,0
Nije htjela da itko sazna	Ne	187	53,4
	Da	163	46,6
Osjećaj srama, nelagode	Ne	187	53,4
	Da	163	46,6
Nije htjela završiti okončati vezu s partnerom	Ne	244	69,7
	Da	106	30,3
Mislila da policija ionako neće ništa poduzeti	Ne	256	73,1
	Da	94	26,9
Bojala se da će izgubiti djecu	Ne	250	71,4
	Da	100	28,6
Bila previše uznemirena da bih zvala policiju	Ne	313	89,4
	Da	37	10,6
Strah od osvete	Ne	246	70,3
	Da	104	29,7
Nitko joj ionako ne bi vjerovao	Ne	251	71,7
	Da	99	28,3
Mislila da je sama kriva za događaj	Ne	206	58,9
	Da	144	41,1
Netko ju je zaustavio i obeshrabrio	Ne	287	82,0
	Da	63	18,0
Policija je bila suviše daleko i nije mogla doći do njih	Ne	333	95,1
	Da	17	4,9

Dobiveni podaci prikazani tabelom 5. potvrđuju navode drugih istraživanja prema kojima je sram i želja da nitko ne sazna za doživljeno nasilje vrlo često razlog ne prijavljivanja nasilja. Na razini ukupnog uzorka sram je označilo 46,6 % ispitanica, jednako koliko i onih koje su

navele na nisu željele da drugi saznaju za nasilje – 46,6 %. Vezano uz navedeno, nasilje kao nešto što je isključivo obiteljska stvar uslijed čega isto nisu ni prijavljivale navelo je 42,3 % ispitanica. Tek nešto manji postotak Romkinja u ukupnom uzorku je naveo osjećaj vlastite krivnje za doživljeno nasilje kao razlogom neprijavlivanja – njih 41,1 %, pri čemu se samookrivljavanje javljalo češće nego strah (38,0 %), strah od osвете (29,7 %) i strah od gubitka djece (28,6 %). Minoriziranje samog događaja njegovom karakterizacijom da se nije radilo ni o čemu ozbiljnom navelo je 37,1 % Romkinja, dok ih je 28,3 % kao razlog neprijavlivanja doživljenog nasilja navelo minorizaciju svoje vlastite važnosti prilikom prijavljivanja nasilja označivši pozitivno kao razlog neprijavlivanja objašnjenje da im nitko ionako ne bi vjerovao. Nepovjerenje u policiju i njenu učinkovitost kao razlog neprijavlivanja navelo je preko četvrtine ispitanica u ukupnom uzorku – njih 26,9 %, što je višestruko više nego onih koje su navele da policiji nisu prijavile događaj jer je policija bila predaleko da bi nešto poduzela (4,9 %). Povežu li se odgovori iz prethodnih pitanja prema kojima se pomoć radi doživljenog nasilja najčešće tražila kod članova šire obitelji, moguće je pretpostaviti da je dio Rominja odustao od prijave jer su tako bile savjetovane, odnosno kako su same navele – netko ih je zaustavio u njihovoj namjeri (18,0 %). Dobiveni rezultati u suglasju su sa rezultatima srodnim istraživanja prema kojima iako je velik broj žena barem jednom doživio nasilje u vezi, malo ih se bilo odlučilo to s nekim podijeliti. Hodžić kao najčešće razloge neprijavlivanja nasilja navodi strah, sram, neosvijestjenost žrtve, nepovjerenje te nedostatak relevantnih informacija i resursa (Hodžić, 2007). Istovremeno govor mržnje koji jača u većini zemalja Europe prema Romima (Townsend, 2014) u medijima može značajno otežavati pristup Roma nadležnim tijelima i obeshrabriti ih u traženu pomoći zbog jačanja nepovjerenja u institucije.

Zaviršek (2005) smatra da sama žrtva ima smanjeno samopoštovanjem, tendenciju preuzimanje krivnje na sebe, gubitak vjere u sebe, učestalo samopreispitivanje što su i gdje pogriješile ili iskazuju nepovjerenje prema sustavu (Kolesarić, Kolesarić, Hećimović i Paripović, 2014).

Usporedbe radi Dutton i Painter (1994) kao i Dutton, Van Ginkel i Landolt (1996) govore o fenomenu »traumatske povezanosti« između žrtve i zlostavljača koja ishodište nalazi u strahu i osjećaju žrtvine bezizlaznosti i bespomoćnosti. Zbog postepenog procesa samooptuživanja dužina podnošenja zlostavljanja prije odlaska iz zlostavljajuće zajednice traje dugo. Prema Leskošek (1997) govori se o 7 godina, dok Rosenbaum i Oleary (1988) govore o 12 godina. U međuvremenu, u periodu izloženosti, a prije podnošenja prijave ili bijega iz obiteljskog pakla žena izvrgnuta nasilju u obitelji koristi neku od strategija preživljavanja poput izmicanja, separacije ili po Hermanu dolazi do fragmentacije identiteta, te identifikacije s nasilnikom ili Stokholmskog sindroma.

U istraživanju provedenom 2010. godine na području Bosne i Hercegovine Romkinje su bile upitane o razlozima zašto nisu tražile zdravstvenu pomoć nakon doživljenog nasilja. Dio ispitanica, njih 12,99 % naveo je da nije imao zdravstvenu knjižicu, dok je 14,50 % ispitanica utvrđeno da im muž nije dozvolio da traže pomoć, ali presudan razlog za čak 54,38 % ispitanica bio je osjećaj srama (CProgram, 2010, str. 31).

Rezultati istraživanja provedenog od strane UNDP 2018. godine u Albaniji, Crnoj Gori i Makedoniji su pokazali da se fizičko nasilje (često i teško fizičko nasilje) najčešće prijavljivalo od sva četiri oblika nasilja, ali nasilje nad Romkinjama još uvijek nije u dovoljnoj mjeri bilo prijavljeno niti u jednoj od promatranih zemalja. Najveće prepreke prijavljivanju doživljenog nasilja bio je strah da će im zlostavljači oduzeti djecu. Društvena stigma i sramota bili su glavni razlozi zašto su Romkinje rijetko javno govorile o svojim iskustvima i zašto nisu prijavljivale slučajeve obiteljskog nasilja, a najčešće se nisu mogle osloniti na podršku obitelji i nisu vjerovale da će im itko vjerovati i moći ili htjeti pomoći (Milenković, 2018, str. 8).

Prema rezultatima istraživanja koje je proveo OESB (OESB Srbija, 2019, str. 53) u Srbiji na općoj populaciji dobiven je podataka da je čak 57 % žrtava smatralo da je nasilje »obiteljska stvar« koja se rješava ili samostalno ili uz pomoć prijatelja. Skoro jedna četvrtina žena (23 %) smatrala je da se nije radilo o »značajnoj stvari«, dok ih je 16 % navelo »strah od počinitelja« ili njih 4 % kojih se »bojalo da bi mogle izgubiti djecu«. Nadalje 13 % ih je navelo da su željele događaj zadržati za sebe, a 12 % da ih je bilo »sram doživljenog«, odnosno 4 % nije željelo da počinitelj »bude uhapšen ili ima problema s policijom«. »Nepovjerenje u policijski sustav« imalo je 3 % žrtava koje su smatrale da ih »policija neće ozbiljno shvatiti« ili njih 1 % koje su mislile da im »nitko ne bi vjerovao«, odnosno istih 1 % koje su mislile da je »doživljeno nasilje njihova krivica«. Isto istraživanje u kvalitativnom dijelu izdvojilo je nekoliko glavnih grupa uzroka koji su ispitanice izdvojile kao glavne prepreke u prijavljivanju nasilja, od kojih su kao najvažnije izdvojili »sramotu«. Zatim na drugom mjestu bila je istaknuta »ekonomsku ovisnost o nasilniku« i »nedostatak podrške vlastite obitelji«. Kao važan razlog neprijavlivanja nasilja istaknuto je i »nepovjerenje u službe« uključujući »strah da im se neće vjerovati«. Strah da će ako nekome kažu »počinitelj za prijavu doznati i da će to dovesti do pogoršanja nasilja« dodatan je bio razlog za strah od prijavljivanja. Konačno, istaknuta je i važnost nedostatka razvijene svijesti i potpunih informacija o tome kome i gdje prijaviti nasilje (OESB Srbija, 2019, str. 53).

Srodno istraživanje provedeno u Bosni i Hercegovini utvrdilo je da je u općoj populaciji 38 % žrtava nasilja kao razlog neprijavlivanja navelo obrazloženje da za njih doživljeno nasilje »nije bilo ozbiljna stvar«. Daljnjih 33 % ispitanica je smatralo da su incident mogle »riješiti same«, dok ih je 27 % navelo »strah od partnera«. Manje od jedne petine žrtava, njih (18 %) navelo je da su osjećale »sram«, a 16 % nisu htjele, vjerojatno i zbog srama, da bilo tko dozna za doživljeno nasilje. Strah »od nedjelovanja policije« navelo je 11 % žrtava, strah da im »nitko ne bi vjerovao« navelo je 8 % ispitanica odnosno »strah da će izgubiti djecu« koji je navelo njih 5 %. Zaštitničku poziciju prema počinitelju nasilja navelo je 5 % žrtava koje »nisu željele da partner bude uhapšen ili da ima problema«, a 4 % ispitanice »nije željelo da se veza završi«. Također 3 % žrtava su mislili »da je to bila njihov krivica«. Žrtve su se brinule što će o njima misliti njihove zajednice, a u nekim slučajevima što bi njihove obitelji mogle misliti o njima (OESB BiH, 2019, str. 53).

Istraživanje na Kosovu je utvrdilo da je u općoj populaciji 52 % žrtava nasilja kao razlog neprijavlivanja doživljenog nasilja navelo obrazloženje da za incident mogle »riješiti same«, dok ih je 34 % navelo kao razlog neprijavlivanja osobno shvaćanje da doživljeno nasilje »nije bila osobna stvar«. Nadalje ispitanice su navodile »strah od partnera« u 9 % slučajeva. Manje od jedne desetine žrtava (9 %) navelo je da su osjećale »sram«, a 8 % nisu htjele, vjerojatno i zbog srama, da bilo tko dozna za doživljeno nasilje. Strah »od nedjelovanja policije« navelo je 4 % žrtava, strah da im »nitko ne bi vjerovao« navelo je 5 % ispitanica, »strah da će izgubiti djecu« njih 8 %. Zaštitničku poziciju prema počinitelju nasilja navelo je 7 % žrtava koje »nisu željele da partner bude uhapšen ili da ima problema«, a 6 % »nije željelo da se veza završi«. Konačno, 5 % žrtava nije prijavilo doživljeno nasilje »jer su mislile da je to bila njihov krivica« (OESB Kosovo, 2019, str. 68).

Istraživanje u Crnoj Gori donijelo je podatke da je u općoj populaciji 37 % žrtava nasilja kao razlog neprijavlivanja navelo obrazloženje da su incident mogle »riješiti same«, dok ih je 35 % navelo kao razlog neprijavlivanja osobno uvjerenje da doživljeno nasilje »nije bila osobna stvar«. Nadalje ispitanice su navodile »strah od partnera« u 25 % slučajeva. Jedna osmina žrtava (12 %) navelo je da su osjećale »sram«, a 23 % nisu htjele, vjerojatno i zbog srama, da bilo tko dozna za doživljeno nasilje. Strah »od nedjelovanja policije« navelo je 6 % žrtava, strah da im »nitko ne bi vjerovao« navelo je 0 % ispitanica, »strah da će izgubiti djecu« njih 11 %. Zaštitničku poziciju prema počinitelju nasilja navelo je 23 % žrtava koje »nisu željele da partner bude uhapšen ili da ima problema«, a 12 % »nije željelo da se veza završi«, te

konačno 20 % žrtava nije prijavilo doživljeno nasilje »jer su mislile da je to bila njihov krivica« (OESB Crna Gora, 2019, str. 52). Osjećaj krivice naveden je i kao glavni razlog neprijavlivanja doživljenog nasilja u djetinjstvu. (OESB Crna Gora, 2019, str. 31).

U potpunosti uvažavajući uvjerenje da sprečavanje i borba protiv nasilja nad ženama u obitelji zahtijeva stvaranje politika isključivo utemeljenim na dokazima, a što zahtijeva temeljito i sustavno dokumentiranje pojavnosti nasilja, prikupljanjem fundiranih i međusobno komparabilnih podataka temeljenim na terenskim istraživanjima među stanovništvom, sve kao dopunu administrativno prikupljenim podacima, a kako bi se stvarale i provodile politike i pratila implementacija mjera za rješavanje problema (EIGE, 2015), ovaj rad predstavlja doprinos prikupljanju reprezentativnih i usporedivih podataka za razvoj i implementaciju politika za sprečavanje i borbu protiv nasilja nad Romkinjama u obitelji, kao višestruko diskriminiranoj i marginaliziranoj skupinom (Ured za ravnopravnost spolova Vlade Republike Hrvatske, 2014). Izostanak prijavljivanja doživljenog nasilja koji je ustanovljen i u ovom istraživanju rezultat je smanjenog povjerenja u učinkovitost nadležnih tijela u slučajevima nasilja nad Romkinjama u obitelji koje je podupirano određenom pasivnošću i propustima pojedinih državnih tijela da zaštite žene, posebice Romkinje, prema kojima nepostupanje nadležnih tijela dodatno predstavlja povredu njihovih prava na jednaku pravnu zaštitu i osnažuju ionako pristan diskriminatoran stav prema njima kako kao prema ženama tako i prema Romkinjama (Šubić, 2019).

Kad je riječ o Romkinjama kao žrtvama nasilja, nepostupanjem nadležnih tijela dolazi do sekundarne viktimizacije Romkinja kao žrtava, a ona je posljedica opće (ne)senzibiliziranosti pravosudnih tijela, tretiranja nasilja kao privatne stvari, neprovođenja istrage u slučajevima prijave nasilja, načina na koji se postupa prema ženama koje prijave nasilje, nekažnjavanja zlostavljača ili ublažavanja kazne zbog svrstavanja nasilja pod tradicionalne obrasce ponašanja (Ljubičić, 2016). S obzirom na izrazitu prevalenciju izloženosti Romkinja raznim oblicima nasilja nad ženom u obitelji izrazito je važna i promjena u odnosu policije i sudstva prema žrtvama nasilja i slanje jasne poruke društvu i zlostavljačima o posvemašnjoj posvećenosti svih segmenata društva zaštiti Romkinja od svih oblika nasilja. Prevenciju nasilja nije mogući postići samo stvaranjem zakonodavnog i pravnog okvira, donošenjem strategija i akcijskih planova, već su potrebne i brze i na pozitivnim propisima utemeljene pravomoćne pravosudne odluke koje mogu biti snažan instrument koji utječu na stvaranje obrazaca ponašanja u društvu.

5 Zaključak

Nasilje nad ženom u obitelji, a posebice nasilje nad Romkinjama u »romskim obiteljima« svakako predstavlja kompleksno društveno pitanje, a ne privatni problem žrtve ili kulturološku specifičnost određene manjinske grupe. Raširenost nasilja nad Romkinjama u obitelji koje je dobiveno ovim istraživanjem prema kojem čak 69,1 % Romkinja je tijekom života doživjelo neki oblik nasilja pokazuju da se radi o izuzetno raširenoj pojavi sa trajnim i dubokim posljedicama po cijelu romsku zajednicu i društvo u cjelini, koje su puno dublje i od ožiljaka koji ostaju na tijelu žrtve nakon izlaganju najbrutalnijim oblicima nasilja koji uključuju doživjele modrice kao posljedice udaraca kod 40,6 % Romkinja, otvorene rane ili uganuća kod 12,9 %, potres mozga ili povreda glave (9,4 %), odnosno prijelomi kostiju (9,4 %), te gubitak trudnoće odnosno pobačaj koji se povezuje sa posljedicama doživljenog nasilja kod čak 8,6 % Romkinja u ukupnom uzorku pri čemu je vlastiti dom bio daleko najčešće mjesto gdje Romkinje bivaju izvrgnute što je potvrdilo 64,0 % ispitanica. Kao razloge izostanka prijavljivanja doživljenog nasilja Romkinje su najčešće navele sram (46,6 %), zatim želju da drugi ne saznaju za nasilje (46,6 %) te osjećaj vlastite krivice (41,1 %).

Problem nasilja nad Romkinjama u obitelji kao društveni problem zahtijeva i društveno odgovornu sustavnu reakciju. Za njegovo učinkovitije rješavanje nužna je čvršća povezanost i sustavni angažman svih uključenih institucija te bolje korištenje zakonskih mogućnosti od strane žrtava, a radi osiguranja pravne sigurnosti.

LITERATURA

1. Anonimus, L. R. (2019). Detalji ubojstva u Piškorovcu: Uhićenog muškarca žrtva je već prijavljivala za obiteljsko nasilje? Dnevnik.hr, 17. veljače. Pridobljeno s <https://dnevnik.hr/vijesti/crna-kronika/ubojstvo-u-medjimurju-37-godisnjakinja-podlegla-ozljedama-muskarac-uhicen---594255.html>.
2. Apsler, R., Cummins, M. R. in Steven, C. (2003). Perceptions of the police by female victims of domestic partner violence. *Violence against women*, 9 (11), 1318–1335. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177%2F1077801203255554>.
3. Bagić, D., Burić, I., Dobrotić, I., Potočnik, D. in Zrinščak, S. (2014). Romska svakodnevnica u Hrvatskoj: prepreke i mogućnosti za promjene. Zagreb: UNDP, UNHCR i UNICEF.
4. Beker, K. (2019). Regionalni izveštaj o primeni UN Konvencije o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (CEDAW) i Konvencije Saveta Evrope o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici (Istambulska konvencija) u vezi sa diskriminacijom Romkinja u oblasti zdravstvene zaštite, dečijih brakova i pružanja podrške i zaštite Romkinjama u situaciji nasilja u porodici. Beograd: BIBIJA Romski Ženski Centar.
5. CProgram. Romkinje za život bez nasilja (2014). Izveštaj o anketi o položaju-Romkinja i nasilju u porodici nad Romkinjama u BiH. Pridobljeno s http://rightsforall.ba/wp-content/uploads/2016/11/4-izvjestaj-o-anketi-o-polozaju-romkinja-i-nasilju-u-porodici-nad-romkinjama_2010.pdf.
6. Dutton, G. D. in Painter, S. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: A test of traumatic bonding theory. *Violence and Victims*, 8 (2), 105–120. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1891/0886-6708.8.2.105>.
7. Dutton, G. D., Van Ginkel, C. in Landolt, M. A. (1996). Jealousy, intrusiveness and intimate abusiveness. *Journal of Family Violence* 11 (4), 411–423. Pridobljeno s <http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=164613>.
8. EIGE (European Institute for Gender Equality) (2015). Pregled Provedbe Pekinške Platforme za djelovanje u državama članicama EU: nasilje nad ženama - podrška žrtvama. Zagreb: Ured za ravnopravnost spolova Vlade Republike Hrvatske.
9. Europski parlament (2017). Izvešće o aspektima temeljnih prava u integraciji Roma u EU-u: borba protiv anticiganizma. Pridobljeno s https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2017-0294_HR.html#top.
10. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2012). The situation of Roma in 11 EU member States. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pridobljeno s https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/2099-FRA-2012-Roma-at-a-glance_EN.pdf.
11. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2014). Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije. Kratki pregled rezultata. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pridobljeno s https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_hr.pdf.
12. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2018). Eumidis II - Drugo istraživanje Europske unije o manjinama i diskriminaciji Romi – odabrani rezultati. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177%2F1077801204271959>.
13. Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S. in Engel, B. (2005). Barriers to domestic violence help seeking: Implications for intervention. *Violence against women*, 11 (3), 290–310.
14. Hodžić, A. (2007). Nasilje ne prolazi samo od sebe: Izveštaj o istraživanju rodno uvjetovanog nasilja u adolescentskim vezama u Republici Hrvatskoj. Zagreb: CESI.
15. Horvat, A. (2009). Segregacijom do integracije? Mogućnosti integriranog obrazovanja Roma. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu 46 (2), 443–472. Pridobljeno s <https://hrcak.srce.hr/38234>.

16. Ivanov, A., Kling, J. in Kagin, J. (2012). Integrated household survey among Roma populations: one possible approach to sampling in the UNDP-World Bank-EC Regional Roma Survey 2011. Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: UNDP Bratislava Regional Centre. Pridobljeno s <https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/Roma-household-survey-methodology.pdf>.
17. Kolesarić, J., Kolesarić, D., Hečimović, I. in Paripović, S. (2014). I will – I know – I can. Virovitica: S.O.S. - savjetovanje, osnaživanje, suradnja. osnaživanje, suradnja. Pridobljeno s <http://sosvt.hr/wp-content/uploads/2014/10/I-will-I-know-I-can-priru%C4%8Dnik.pdf>.
18. Kolesarić, P. in Markasović, V. (2020). Marginalne skupine kasnostaleškog društva banske Hrvatske. *Pleter: Časopis udruge studenata povijesti*, 4, 55–70. Pridobljeno s <https://hrcak.srce.hr/235833>.
19. Krug, G. E., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A. in Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360 (9339), 1083–1088. Pridobljeno s [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0).
20. Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. (2019). Inclusion of Roma in Croatian Society: Research of Basic Data. Zagreb: Ured za nacionalne manjine Vlade RH.
21. Ljubičić, V. (2016). Ovlasti hrvatske Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova u slučajevima obiteljskog nasilja slučajevi i praksa. *Sveske za javno pravo* 7 (23), 20–29. Pridobljeno s <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=531810>.
22. Milenković, N. (2018). Nowhere to turn: Gender-based violence against Roma women, Report of a field study of Roma communities in Albania, Montenegro and the former Yugoslav Republic of Macedonia Istanbul: UNDP Istanbul Regional Hub. Pridobljeno s https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/NowhereToTurn_Roma_UNDP_RBEC.pdf.
23. OEBS (Organizacija za europsku bezbednost i saradnju) Crna Gora (2018). Istraživanje OEBS o nasilju nad ženama u Crnoj Gori, Dobrobit i bezbjednost žena, Crna Gora Izveštaj s rezultatima, Beč: Organizacija za evropsku bezbjednost i saradnju Kancelarija Generalnog sekretara Odjeljenje za rodnu ravnopravnost Sekretarijat OEBS. Pridobljeno s <https://www.osce.org/me/secretariat/425291?download=true>.
24. OEBS (Organizacija za europsku bezbednost i saradnju) Srbija (2019). Istraživanje OEBS o nasilju nad ženama u Srbiji, Dobrobit i bezednost žena, Srbija osnovni izveštaj, Beč: Organizacija za evropsku bezbednost i saradnju Kancelarija Generalnog sekretara Odsek za rodnu ravnopravnost. Pridobljeno s <https://www.osce.org/sr/secretariat/419756?download=true>.
25. OEBS (Organizacija za europsku sigurnost i suradnju) Kosovo (2019). Istraživanje OEBS o nasilju nad ženama Kosovo, Dobrobit i bezbednost žena na Kosovu. Priština: OEBS Misija na Kosovu. Pridobljeno s <https://www.osce.org/sr/mission-in-kosovo/439793?download=true>.
26. OEBS (Organizacija za europsku sigurnost i suradnju) (2013). Najbolja iskustva iz prakse za uključivanje Roma Regionalni izvještaj o borbi protiv diskriminacije i učešću Roma u procesu donošenja odluka na lokalnom nivou. Varšava, Poljska: OSCE-ova Kancelarija/Ured za demokratske institucije i ljudska prava (ODIHR).
27. OEBS (Organizacija za europsku sigurnost i suradnju) BiH (2019). Istraživanje OEBS o nasilju nad ženama u Bosni i Hercegovini, Dobrobit i blagostanje žena. Beč: Sekretarijat OSCE Odjel za rodna pitanja. Pridobljeno s <https://www.osce.org/hr/secretariat/439724?download=true>.
28. Pavleković, G., Ajduković, M. in Mamula, M. (2000). Nasilje nad ženom u obitelji: osobni, obiteljski ili javnozdravstveni problem. V M. Ajduković i G. Pavleković (ur.), *Nasilje nad ženom u obitelji*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
29. Racz, A. i Kajtazi, V. (2019). Stavovi pripadnika Romske populacije na području Bjelovarsko-bilogorske županije o obiteljskom nasilju. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 5 (1), 61–70. Pridobljeno s <https://hrcak.srce.hr/217993>.
30. Radonić, M. F. (2019). Romkinje i obiteljsko nasilje. Pridobljeno s <https://phralipen.hr/2019/11/28/romkinje-i-obiceljsko-nasilje/>.
31. Rosenbaum, A. in O'Leary, D. K. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (1), 63–71. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.1.63>.

32. Spyros T. i Foster, B. (2013). The Education of Gypsies, Roma and Travellers in England – a road partly travelled. V *Die Bildungssituation von Roma in Europa* (str. 169–198). Munich: Waxmann Verlag GmbH. Pridobljeno s <https://ueaeprints.uea.ac.uk/63263/>.
33. Škiljan, F. in Babić, D. (2014). Romi u Podravini i Međimurju i uključenost u hrvatsko društvo: od predrasuda i stigmatizacije do socijalne distance i diskriminacije. *Podravina: časopis za multidisciplinarna istraživanja*, 13 (25), 141–159. Pridobljeno s <https://hrcak.srce.hr/126341>.
34. Šubić, K. (2019). Obilježja nasilja u partnerskim odnosima: razlike između homoseksualnih i heteroseksualnih parova. Diss. University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences.
35. Tokuć, B., Ekuklu, G. in Avcioglu, S. (2010). Domestic violence against married women in Edirne. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (5), 832–847. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177%2F0886260509336960>.
36. Townsend, E. (2011). Hate speech or genocidal discourse? An examination of Anti-Roma sentiment in contemporary Europe. *Journal of Multidisciplinary International Studies*, 11 (1), 1. Pridobljeno s <https://pdfs.semanticscholar.org/e90f/eb068b6b80427ab1a08acc909738d671a654.pdf>.
37. ULJPPNM (Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske) (2014). Izvešće o provedbi Akcijskog plana za provedbu Nacionalne strategije za uključivanje Roma, za razdoblje 2013–2015. za 2013. godinu. Zagreb: Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade RH. Pridobljeno s <https://ljudskaprava.gov.hr/UserDocsImages/arhiva/Izvjescje%20o%20provedbi%20Akcijskog%20plana%20za%20provedbu%20NSUR%202014.pdf>.
38. Vlada RH (Republike Hrvatske) (2003). Nacionalni program za Rome. Zagreb: Vlada RH. Pridobljeno s http://www.gimpoz.hr/repos/files/1270475695066_nacionalni_program_za_rome.pdf.
39. Vlada RH (Republike Hrvatske) (2012). Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine. Zagreb: Vlada RH. Pridobljeno s <https://www.zagreb.hr/UserDocsImages/arhiva/Nacionalna%20strategija%20za%20uklju%20C4%8Divanje%20Roma%202013-2020.pdf>.
40. WHO (World Health Organization) (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Geneva: WHO.
41. Woodcock, S. (2010). Gender as catalyst for violence against Roma in contemporary Italy, *Patterns of Prejudice* 44 (5), 469–488. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/0031322X.2010.527444>.
42. Završek, D. (2005). Vloga služb socialnoga varstva pri obravnavi nasilja nad ženskami in otroki. *Javna uprava*, 41 (2–3), 553–570.

Odnos zdravstvenega osebja do osebne zaščitne opreme v času epidemije

UDK 615.479.4:614.253

KLJUČNE BESEDE: epidemija, SARS-CoV-2, osebna zaščitna sredstva

POVZETEK – V zdravstvu smo velikokrat izpostavljeni negativnim dejavnikom, ki lahko ogrožajo naše življenje in zdravje, zato moramo zdravstveni delavci poznati osebna zaščitna sredstva, ki nas lahko pred temi dejavniki obvarujejo in kakšna je njihova pravilna uporaba. Vsaka nova bolezen, ki izbruhne med prebivalstvom, običajno prinese strah in negotovost, kar izvira iz njenega nepoznavanja. Tudi epidemija SARS-CoV-2 je prinesla negotovost in da bi preprečili njeno širjenje, je zelo pomembna pravilna uporaba osebnih zaščitnih sredstev, predvsem med zdravstvenim osebjem. V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metoda dela. Za izvedbo raziskave je bil izdelan polstrukturiran intervju, s pomočjo katerega smo intervjuvali šest oseb. Raziskava je potekala v Domu upokoencev Brežice. Raziskava je pokazala, da imajo sodelujoči ustrezen odnos do uporabe osebne zaščitne opreme. Njihovo poznavanje in način uporabe zaščitne opreme je dobro, zavedajo se pomena njene uporabe, predpisano uporabo tudi dosledno upoštevajo. Še vedno ni z gotovostjo znano kdaj postane okužena oseba infektivna, zato je ustrezna uporaba zaščitne opreme med zdravstvenim osebjem toliko bolj pomembna. S tem poskušamo zavezati prenos okužbe in navsezadnje s takšnimi dejanji lahko vplivamo na usodo bolnika.

UDC 615.479.4:614.253

KEYWORDS: epidemic, SARS-CoV-2, personal protective equipment

ABSTRACT – In healthcare, we are often exposed to negative factors that can endanger our lives and health. Therefore, healthcare workers need to know the personal protective equipment that can protect us from these factors and how to use it properly. Any new disease outbreak in the population usually brings fear and uncertainty resulting from ignorance. The SARS-CoV-2 epidemic has also caused uncertainty and the proper use of personal protective equipment, especially among medical staff, is very important to prevent it from spreading. A qualitative working method was used in the study. A semi-structured interview was used to conduct the research, with the help of which we interviewed six people. The research took place in the nursing home in Brežice. The research showed that the participants have an appropriate attitude towards the use of personal protective equipment. They are well acquainted with the use of protective equipment and are aware of the tendencies of its use, which they also consistently take into account. The modes of transmission of SARS-CoV-2 are still not fully understood. This makes the proper use of protective equipment by healthcare workers all the more important. In this way we try to limit the transmission of the infection and ultimately through such measures we can influence the fate of the patient.

1 Uvod

Izraz epidemija izhaja iz grške besede in pomeni hitro širjenje nalezljive bolezni. Skozi zgodovino se je človeštvo spopadalo z različnimi epidemijami, katere so poskušali obvladovati na različne načine, velikokrat pa so njen pojav predpisovali nadnaravnim silam. Epidemija kuge, znana pod imenom črna smrt, naj bi kosila že v antičnih časih, v poznem srednjem veku pa je usmrtila več kot polovico svetovnega prebivalstva. Že takrat so poskušali obolele izolirati od ostalih ljudi, prepovedali so prihode ladij iz obolelih območij, se pravi, da so že začeli z uvedbo izolacije. Španska gripa je bila epidemija, ki je zajela svet po prvi svetovni vojni in je v zelo kratkem času umorila na milijone ljudi. Pojavnost virusa HIV v začetku osemdesetih let

20. stoletja je sprva zaradi nepoznavanja širjenja okužbe povzročil precejšnjo paniko. In nekaj podobnega smo doživeli ob pojavu epidemije s SARS-CoV-2.

Namen raziskave je bil preučiti odnos zdravstvenih delavcev pri uporabi osebnih zaščitnih sredstev v času epidemije SARS-CoV-2.

1.1 Epidemija SARS-CoV-2

Akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 oz. SARS-CoV-2 (covid-19) je zelo prenosljiv in patogen koronavirus, ki povzroča akutno bolezen dihal (Hu, Guo, Zhou in Shi, 2021, str. 141).

Pojavnost SARS-CoV-2 se je pričela konec leta 2019 v Wuhan-u na Kitajskem, ko so v tamkajšnji bolnišnici zaznali povečano število pljučnic neznanega izvora. Ugotovili so, da je bila večina prvih hospitaliziranih bolnikov epidemiološko povezanih z veleprodajno tržnico Huanan Seafood, ki se nahaja v središču mesta Wuhan, katera poleg morskih sadežev prodaja tudi žive živali (Hu idr., 2021, str. 142). O tem je občinska zdravstvena komisija Wuhan, 31. decembra 2019 seznanila Svetovno zdravstveno organizacijo. Čez teden dni je kitajskim oblastem uspelo ugotoviti kaj povzroča neznano pljučnico. Identificirali so novi koronavirus, katerega je kasneje Mednarodni odbor za taksonomijo virusov uradno poimenoval kot akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 (Liu, Ning, Chen, Guo, Liu idr., 2020, str. 328; Prosen, Ličen in Karnjuš, 2020, str. 114).

Okužba je hitro prešla tudi na ostale celine sveta. Slovenija je razglasila epidemijo 12. marca 2020 (Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni ..., 2020, b. s.), 21. marca 2020 pa je bila razglašena karantena (Bence, 2021, str. 15). SZO je SARS-CoV-2 razglasila za pandemijo in globalno grožnjo za zdravje, saj je okužba dosegla vse kontinente sveta (Liu idr., 2020, str. 328).

Bolezniški potek po okužbi se lahko kaže na različne načine. Pri veliki večini okuženih lahko poteka popolnoma asimptomatsko ali pa se kažejo le blagi simptomi, je pa to zelo odvisno od bolnikove starosti in njegovega imunskega sistema (Shabir, 2021, b. s.). To pa ne pomeni, da asimptomatski bolniki virusa ne prenašajo. Predvsem za otroke je značilen takšen potek bolezni. Se pa običajno simptomi obolenja kažejo podobno kot gripa. Inkubacijska doba traja povprečno 2–5 dni. Glavni simptomi so povišana telesna temperatura, slabo počutje, izguba vonja in okusa, bolečine v mišicah, glavobol, lahko tudi suh kašelj in bolečine v žrelu (Mohamadian, Chiti, Shoghli, Biglari, Parsamanesh idr., 2021, str. 3303). Možne so tudi prebavne težave. Pokazale so se tudi nevrološke težave, kot je omotica, utrujenost in motnje zavedanja in kožne manifestacije (Mao, Jin, Wang, Hu, Chen idr., 2020, str. 684). Pri 5–10 % okuženih pa se lahko pojavijo resnejše težave kot je dispnea, tahipnea in slaba zasičenost krvi s kisikom, zaradi česar je potrebna hospitalizacija. Lahko se razvije respiratorna pljučnica. K temu so nagnjeni starejši ljudje in tisti, ki že imajo pridružena obolenja. Žal pa je SARS-CoV-2 povezan tudi z večjo možnostjo nastanka krvnih strdkov (Danzi, Loffi, Galeazzi in Gherbesi, 2020, str. 1858).

1.2 Zaščitna sredstva

Bolnišnične okužbe so povzročene z mikroorganizmi in so nastale v sklopu diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije v bolnišnici (Bolnišnične okužbe, 2014, b. s.). Bolnišnične okužbe predstavljajo velik javnozdravstveni problem (Point prevalence survey of ..., 2013, b. s.) in predstavljajo tveganje tako za paciente kot zaposlene v zdravstveni dejavnosti (Kramar, 2013, str. 33). Da preprečimo njihov prenos, je potrebna uporaba zaščitnih sredstev, ki se uporabljajo kot preventiva pred različnimi boleznimi. Pod zaščitna sredstva spadajo osebna in splošna higiena, osebna zaščitna sredstva za preprečevanje okužb, higiena pripomočkov in površin ter izolacija (Bence, 2021, str. 4).

Osebna higiena in higiena okolja se spreminjata glede na obdobje in kulturo v kateri posameznik živi. V preteklosti je bilo za osebno in javno higieno zelo slabo poskrbljeno, kar je imelo za posledico vpliv na zdravje prebivalstva.

Higiena rok je eden najpomembnejših ukrepov za preprečevanje širjenja okužb (Prosen in Perme, 2013, str. 161–162). Pionir na področju higiene rok in sploh v ukrepih za zmanjševanje bolnišničnih okužb je bil Ignaz Semmelweis (str. 1818–1865) (Perma in Prosen, 2014, str. 49). V času je bila smrtnost med pacienti zaradi okužb izjemno visoka. Veliko zaslug na področju bolnišnične higiene je imela tudi Florence Nightingale (str. 1820–1910), ki je s higienskimi ukrepi zmanjšala smrtnost med hospitaliziranimi krmskimi vojaki z 42 % na 2 % (Brdnik, 2019, str. 11). Z razkuževanjem rok odstranimo prehodno in deloma stalno mikrobo floro. Razkuževanje rok pa ni primerno za odstranjevanje vidne umazanije (Jereb, Ovca in Čulk, 2013, str. 5).

Pod osebna zaščitna sredstva se tretira vsa oprema in pripomočki, ki so namenjeni za varovanje pred nevarnostmi za zdravje in varnost. Sem sodijo (Hrastnik, 2012, b. s.):

- rokavice,
- maska,
- zaščita za oči (očala, vizir),
- zaščitni predpasnik in halja, zaščita za obuvala,
- zaščitno pokrivalo/kapa,
- zaščitno obuvalo za operacijske prostore.

Bolnišnične okužbe se v veliki meri prenašajo posredno, preko predmetov, naprav, pripomočkov in površin, kjer lahko mikroorganizmi preživijo veliko časa (Fijan, Pavlič in Habjanič, 2013, str. 336). Vsi instrumenti, ki so bili uporabljeni, so potencialno kužni in so možni vir okužbe. Zato je potrebno poznavanje njihove oskrbe. Higiena pripomočkov in površin se vzdržuje s pomočjo čištil, vode, razkužil ali sterilizacije (Ribič in Kramar, 2016, str. 92). Kot navaja Dragaš (2004, str. 139), se higiena pripomočkov in površin deli na:

- čiščenje pripomočkov in površin,
- razkuževanje pripomočkov in površin,
- sterilizacija pripomočkov in površin.

Vse te postopke z eno besedo imenujemo reprocesiranje (Gjergek, 2015, str. 22). Simčič (2004, str. 78) navaja, da je čiščenje fizično odstranjevanje nečistoč, ki je predpogoj za uspešno razkuževanje in sterilizacijo. S čiščenjem lahko odstranimo do 80 % mikroorganizmov, jih pa na takšen način ne uničimo. Pomeni mehansko odstranjevanje nečistoč, ki se lahko izvaja mehansko, s pomočjo temperature in kemičnih sredstev (detergenti in encimski preparati). Čiščenje lahko poteka ročno ali pa strojno (Dragaš in Škerl, 2004). Čiščenje mora biti vedno pred dezinfekcijo in sterilizacijo na visoki ravni (Rutala in Weber, 2016, str. 609). Z dekontaminacijo in mehanskim čiščenjem odstranimo organske in anorganske produkte, zmanjšamo število mikroorganizmov in s tem omogočimo optimalen učinek sterilizacije (Jurkošek, 2019, str. 17).

Način razkuževanja in sterilizacije je odvisen od predvidene uporabe medicinskega pripomočka in samega pripomočka (Rutala in Weber, 2016, str. 609). Z razkuževanjem uničimo do 99 % mikroorganizmov, ne uničimo pa njihovih bakterijskih spor (Gallandat, Kolus, Julian in Lantagne, 2021, str. 91). Izvaja se s toploto ali kemičnimi razkužili, na učinkovitost razkuževanja pa vplivajo čistost površin, koncentracija razkužila, čas delovanja, temperatura in vrsta mikroorganizmov (Dragaš, 2004, str. 139). Sterilizacija pa je proces, ki uniči vse oblike mikrobnega življenja, se pravi tudi bakterijske spore (Gallandat idr., 2021, str. 91). Sterilizacija se izvaja s fizikalno ali kemično metodo. Pred sterilizacijo morajo biti predmeti čisti, osušeni

in primerno zaviti. Sterilizacija se izvaja z vodno paro pod pritiskom, suho toploto, z vodikovim peroksidom (plazma sterilizacija), etilen oksidom (plinska sterilizacija) ali z gama žarki (radiacija). Katera metoda sterilizacije je primerna za posamezni pripomoček, je odvisno od vrste materiala (Tomažič in Gjeršek, 2016, str. 24).

Izolacija je ukrep, s katerim zdravnik, območni zavod za zdravstveno varstvo ali Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije zbolelemu za nalezljivo boleznijo omeji svobodno gibanje, kadar to lahko povzroči neposreden ali posreden prenos bolezni na druge osebe. Izolacija se lahko izvaja na bolnikovem domu, v zdravstvenem zavodu (hospitalizacija) ali v za ta namen posebej določenem prostoru. Standardni ukrepi izolacije se izvajajo pri vseh pacientih, saj na takšen način preprečujemo širjenje potencialnih bolnišničnih okužb. Namen standardnih ukrepov je prepoznavanje dejavnikov tveganja za okužbo, prekinitev poti širjenja mikroorganizmov ter zmanjševanje in preprečevanje prenosa okužb med pacienti, med pacienti in osebjem ter obiskovalci (Trotovšek, 2019, str. 147). Nadalje ločimo izolacijo glede na način prenosa na kontaktno izolacijo, kapljično izolacijo, aerogeno izolacijo in protektivno izolacijo (Šumak, 2010, str. 45–47).

2 Metode

Namen raziskave je bil preučiti odnos zdravstvenih delavcev pri uporabi osebnih zaščitnih sredstev v času epidemije SARS-CoV-2.

Cilji:

- ugotoviti odnos zdravstvenih delavcev do uporabe zaščitnih sredstev med epidemijo s SARS-CoV-2,
- ugotoviti stanje uporabe osebnih zaščitnih sredstev pred epidemijo s SARS-CoV-2,
- raziskati dodatna usposabljanja oziroma izobraževanja za pravilno uporabo osebnih zaščitnih sredstev pri epidemiji s SARS-CoV-2,
- raziskati upoštevanje navodil zdravstvenih delavcev za preprečevanje in širjenje okužbe s SARS-CoV-2.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je kvalitativna in je temeljila na deskriptivni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Podatki za analizo empiričnega dela so bili pridobljeni s tehniko intervjuvanja.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Predloga vsebuje vprašanja, ki se v prvem delu nanašajo na demografske podatke intervjuvancev, v drugem delu pa sledijo vprašanja, ki se nanašajo na obravnavano tematiko.

2.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, in sicer v Domu upokojencev Brežice. Intervjuvani so bili zaposleni, ki imajo zdravstveno izobrazbo in so delali z oskrbovanci pred epidemijo in v času epidemije s SARS-CoV-2. V intervju je bilo vključenih 6 intervjuvancev.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo februarja 2021, po predhodno pridobljenem soglasju Doma upokoencev Brežice. Vsi sodelujoči so k raziskavi pristopili prostovoljno, zagotovljena jim je bila anonimnost. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja. Rezultati so pisno interpretirani, ugotovitve pa so ovrednotene v razpravi in zaključku raziskave.

3 Rezultati

Raziskava je bila izvedena s pomočjo poglobljenih intervjujev. Analiza rezultatov raziskave je pokazala, da so bili zaposleni zdravstveni delavci precej podobnih mnenj glede ustreznosti preprečevanja širjenja okužbe v času epidemije. Sodelujoči v raziskavi so bili stari od 33 do 53 let in različne izobrazbe.

Večina sodelujočih intervjuvancev je bila mnenja, da sicer so imeli izobraževanja o ustrezni uporabi osebnih zaščitnih sredstev v času epidemije, vendar ne v zadostni meri. Zaradi tega so zaprosili za dodatna predavanja o omenjeni temi. Le intervjuvanec številka 5 je imel namenjenih več izobraževanj na to temo in je nato pridobljeno znanje delil med ostale zaposlene.

Glede ustreznega znanja o sami epidemiji in načinu širjenja SARS-CoV-2 so si bila mnenja razhajajoča. Se pravi, da so se eni strinjali, da so pridobili dovolj ustreznega znanja o epidemiji SARS-CoV-2, intervjuvanec 3 in 4 sta bila mnenja, da znanja ni nikoli dovolj, intervjuvanec 2 in 5 pa sta dejala, da na samem začetku epidemije niso imeli dovolj ustreznega znanja.

Tako je intervjuvanec 2 dejal: »Na začetku pojava epidemije je bilo absolutno premalo znanja. Preko medijev in iz lastnih izkušenj ter izkušenj kolektiva se je znanje o SARS-CoV-2 dopolnjevalo.«

Prva skupna izjava intervjuvancev je, da so največ podatkov o epidemiji pridobili preko medijev, zato so morali biti sami motivirani, da so se seznanili z ustreznimi informacijami. Izjava intervjuvanca 5: »Zaposleni smo morali veliko znanja o epidemiji SARS-CoV-2 pridobiti sami. Mislim, da je znanje v veliki meri odvisno od vsakega posameznika. Večina zaposlenih je samo poiskalo znanje in to znanje delilo med sodelavce. Nekaj zaposlenih pa temu ne posveča pozornosti.«

Vsi intervjuvanci so se strinjali, da so ustrezno sprejeli in tudi dosledno izvajali ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe s SARS-CoV-2. Sprva so sicer imeli nekaj težav zaradi tega, saj smo ljudje navajeni dotikanja.

Intervjujajec 6: »Ukrepi so bili na začetku nek »tujek« v našem vsakdanu, v službi in doma. Ker je poudarek na tem, da se ne smemo družiti, rokovati, objemati in ohranjati razdaljo, je to v nekaterih trenutkih predstavljalo malo večji problem, kot bi si sprva mislili. Vsi smo nekako navajeni, da se že iz bontona ob srečanju s človekom rokuješ, mu voščiš ipd. Kasneje pa nekako padeš v rutino, se privadiš novih navad. Tudi med delovnim časom smo se nekako navadili, da ohranjamo distanco, če je le mogoče zaradi narave dela. «

So pa dejali, da je delo ob upoštevanju vseh ukrepov fizično in psihično naporno. Intervjujajec 2: »Nove ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe sem sprejela tako, kot za to velevajo pravila. Da bi lahko kaj spremenila, sem premajhen člen v verigi. Če pa bi lahko, bi moral vsak zaposlen (od vrha navzdol) poskusiti delati v rdeči coni, z vso zaščitno opremo, ki je za to delo določena oz. predpisana.«

Vsi intervjuvanci so izrazili strah, da bi se sami ali njihovi bližnji okužili z virusom SARS-CoV-2, le intervjuvanec 3 tega straha ni izrazil: »Ne, popolnoma nič me ni strah, da bi se sama ali kdo od mojih bližnjih okužil. Čeprav sem v družini imela okužena starša, ki pa sta brez težav okužbo prebolela.«

V večini so vsi preboleli okužbo s SARS-CoV-2 ter ob tem dejali, da so bili prestrašena, kako bo sama okužba potekala ter ali bodo okužili tudi svoje bližnje in kako bo to vplivalo na njihovo zdravje. Intervjuvanec je ob okužbi doživil velik strah: »Ja, seveda, grozno me je bilo in me je še vedno strah. Predvsem za domače, saj je mami rakavi bolnik, dedi pa sladkorni bolnik. Okuženi smo bili že vsi. Sama sem pri okužbi imela težave z dihanjem, bolečine v žrelu, povišano telesno temperaturo in hude glavobole. Mami, oče in babi so imeli lažje simptome, dedi pa je razvil covid pljučnico in pristal v bolnišnici. Sedaj je že doma, vendar je še vedno slaboten in brez ravnotežja.«

Zaposleni imajo ustrezen odnos do uporabe osebne zaščitne opreme, katero uporabljajo vsak dan, ne samo med epidemijo. Pravijo, da tako zaščitijo sebe in tudi ostale ter tako preprečujejo prenos okužb. Intervjuvanec 6 poudari, da je pomembna tudi ustrezna higiena rok, s katerimi lahko tudi prenašamo okužbe. So pa ob epidemiji spremenili mnenje o pomembnosti njene uporabe. Intervjuvanec 1: »Mislim, da sem se začela med epidemijo bolj zavedati pomembnosti zaščitne opreme kot pred epidemijo.« Ob tem je intervjuvanec 5 izpostavil: »Hvaležna sem, da smo imeli v vsakem trenutku epidemije dovolj zaščitne opreme. Večina zaposlenih je z zaščitno opremo ravnala racionalno in spoštljivo. Zavedali smo se, da moramo zaščititi sebe in vse okoli nas, v službi in doma.«

Vsi intervjuvanci, z izjemo intervjuvanca 4, bi zaščitno opremo nosili tudi, če nadrejeni tega ne bi zahtevali, saj se zavedajo pomembnosti le te. Jim je pa v večini uporaba zaščitne opreme v breme, saj je delo v njej fizično in psihično težje, otežena je komunikacija in delo pod njo je precej vroče.

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da imajo zaposleni v Domu upokojencev Brežice, ustrezno znanje glede uporabe osebnih zaščitnih sredstev, vedo, kdaj je potrebna njihova uporaba in kako ustrezno preprečiti prenos okužb. So pa dejali, da pogrešajo dodatna izobraževanja o ustreznosti uporabe osebnih zaščitnih sredstev, predvsem v času epidemije s SARS-CoV-2 in da bi potrebovali za to ustrezno usposobljeno osebo, ki bi jih znala voditi, kadar pride do nejasnosti. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (b. d., b. s.) navaja, da je potrebno vse zaposlene seznaniti glede ustrezne uporabe zaščitne opreme in pa tudi z ustreznim slačenjem zaščitne opreme ter s pravilno tehniko razkuževanja rok. Saj nam po njihovih navedbah oprema ne more pomagati, če je ne znamo pravilno uporabljati in ne vemo, kdaj razkužiti roke.

Rezultati poglobljenih intervjujev kažejo, da je odnos intervjuvancev do uporabe osebne zaščitne opreme ustrezen, saj so jo uporabljali tudi pred samo epidemijo. Zavedajo se, da na takšen način preprečujejo prenos okužb in tako zaščitijo svoje zdravje kot tudi zdravje oskrbovancev, svojih sodelavcev in tudi bližnjih. Zaščitno opremo so začeli med epidemijo bolj ceniti in se zavedati njene vrednosti.

Kotar (2014, str. 818) navaja, da je z enostavnimi postopki, kot je razkuževanje rok, uporabo osebnih varovalnih sredstev, razkuževanjem opreme in prostorov ter izolacijo in ustreznim ravnanjem z odpadki, v veliki meri možno preprečiti prenos nalezljivih bolezni. Kot pravi AI Nawas (2010, str. 51) se moramo zavedati pomena preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb, zato mora to postati prioriteta zdravstvene ustanove. Ob tem je potrebna podpora vodstva klinike in vseh zaposlenih, kateri morajo imeti za to ustrezno znanje.

5 Zaključek

Epidemija s SARS-CoV-2 je zaznamovala življenje po svetu. Ljudje so bili primorani spoznati ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe in jih tudi upoštevati. Sprejetih je bilo kar nekaj ukrepov, od katerih so bili mnogi nesmiselni. Potrebno je racionalno razmisliti, kateri ukrepi so potrebni in kateri delajo samo zmedo in povzročajo slabo voljo.

Zdravstveni delavci morajo izvajati ukrepe za preprečevanje prenosa okužbe, pa ne samo s SARS-CoV-2, ampak tudi za vse ostale potencialne okužbe. Zavedati se morajo, da ob morebitnem prenosu okužbe ogrožajo paciente, svoje bližnje in pa tudi sebe.

Velika verjetnost je, da bomo imeli v prihodnosti še takšne nenadne izbruhe okužb, saj s poseganji v naravno okolje in podnebnimi spremembami vplivamo na preseljevanje nekaterih živali, ki prenašajo okužbe v kraje, kjer naravno niso prisotni ali pa se mikroorganizmi ponovno pojavijo na predelih, kjer jih že dolgo ni več.

Najverjetneje se bomo morali sprijazniti tudi s prisotnostjo SARS-CoV-2 in z njim tudi živeti.

LITERATURA

1. Al Nawas, M. (2010). Predstavitev službe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v UKC Ljubljana. V T. Požarnik (ur.), *Obvladovanje bolnišničnih okužb v operacijski sobi*, (str. 46–51). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Bence, J. (2021). *Zdravstvenovzgojni pristop pri uporabi osebnih zaščitnih sredstev v času epidemije s SARS-CoV-2 (Diplomska naloga)*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Bolnišnične okužbe. (2014). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/bolnisnicne-okuzbe>.
4. Brdnik, B. (2019). Zgodovina perioperativne zdravstvene nege. V T. Požarnik (ur.), *Perioperativna zdravstvena nega* (str. 9–28). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
5. Danzi, G. B., Loffi, M., Galeazzi, G. in Gherbesi, E. (2020). Acute pulmonary embolism and COVID-19 pneumonia: a random association? *European Heart Journal*, 41, 1858–1858.
6. Dragaš, A. Z. (2004). *Preprečevanje infekcij v zdravniških ordinacijah*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
7. Dragaš, A. Z. in Škerl, M. (2004). *Higiena in obvladovanje okužb*. Ljubljana: Uprava ZRC.
8. Fijan, S., Pavlič, K. in Habjanič, A. (2013). Preprečevanje prenosa ESBL-pozitivnih bakterij v domu starejših občanov in ozaveščenost negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (4), 333–337. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2942>.
9. Gallandat, K., Kolus, R. C., Julian, T. R. in Lantagne, D. S. (2021). A systematic review of chlorine-based surface disinfection efficacy to inform recommendations for low-resource outbreak settings. *American journal of infection control*, 49 (1), 90–103. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.05.014>.
10. Hrastnik, M. (2014). *Uporaba osebnih zaščitnih sredstev*. V *Zdravstvena nega in raziskovanje*, Skripta za študijsko leto 2014/2015. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju. Pridobljeno s http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Skripta%20LV%202014-15.pdf.
11. Hu, B., Guo, H., Zhou, P. in Shi, Z. L. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature reviews. Microbiology*, 19 (3), 141–154. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>.
12. Jereb, G., Ovca, A. in Čulk, N. (2013). Problemi in izzivi umivanja in razkuževanja rok. V L. Mtić, A. Fink in R. Vettorazzi (ur.), *Skrb za roke v zdravstveni negi* (str. 2–12). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.

13. Jurkošek, V. (2019). Standardiziran programski pristop za optimizacijo procesov v centralni sterilizaciji. V N. Piletič in I. Istenič (ur.), Zbornik predavanj: Sterilizacija, neviden člen v zdravstvu (str. 16–19). 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, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje. Pridobljeno s https://www.dmsbzt-celje.si/strokovna_literatura/STERILIZACIJA_2019.pdf.
14. Kotar, T. (2014). Ebola. Zdravstveni vestnik, 83, 814–818. Pridobljeno s <file:///C:/Users/KRKRAS~1/AppData/Local/Temp/1291-Manuscript-3444-1-10-20141218-1.pdf>.
15. Kramar, Z. (2013). Bolnišnične okužbe. V S. Pivač, S. Kalender Smajlovič, A. Černoga, K. Skinder Savič, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (ur.), Izbrane intervencije zdravstvene nege – teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego (str. 32–37). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
16. Liu, Y., Ning, Z., Chen, Y., Guo, M., Liu, Y., Kumar Gali, N. idr. (2020). Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. Nature, 582, 557–560. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2271-3>.
17. Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q. idr. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. JAMA neurology, 77 (6), 683–690. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1001>.
18. Mohamadian, M., Chiti, H., Shoghli, A., Biglari, S., Parsamanesh, N. in Esmaeilzadeh, A. (2021). COVID-19: Virology, biology and novel laboratory diagnosis. The journal of gene medicine, 23 (2), 3303. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1002/jgm.3303>.
19. Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (covid-19) na območju Republike Slovenije. (2020). Uradni list RS, št. 19 in št. 68 (12. 3. 2020). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2550#>.
20. Perme, J. in Prosen, M. (2014). Higiena rok kot kazalnik kakovosti. V V. Jagodic Bašič in M. Gračner (ur.), Zbornik predavanj: Večkratno odporne bakterije – Aktualni problemi in novosti (str. 49–53). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično infektološkem področju.
21. Point prevalence survey of health care associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. (2013). European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Stockholm: ECDC. Pridobljeno s <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>.
22. Prosen, M. in Perme, J. (2013). Higiena rok in nadzor higiene rok v povezavi s preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom. V 5. Baničevi dnevi: Okužbe povezane z zdravstvom. Medicinski razgledi, 51 (6), 161–165.
23. Prosen, M., Ličen, S. in Krnjuš, I. (2020). Prilagoditev in psihometrična validacija Lestvice profesionalnih kompetenc medicinskih sester v izrednih razmerah v času epidemije SARS-CoV-2 (covid-19) v Sloveniji. Obzornik zdravstvene nege, 54 (2), 113–121. Pridobljeno s <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.2.3037>.
24. Ribič, H. in Kramar, Z. (2016). Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom – skripta za študijski program Zdravstvena nega (VS). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
25. Rutala, W. A. in Weber, D. J. (2016). Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities: An Overview and Current Issues. Infectious disease clinics of North America, 30 (3), 609–637. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.idc.2016.04.002>.
26. Splošni napotki pri uporabi osebne zaščitne opreme (b. d.). Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/mz_standard_osebna_varovalna_oprema.pdf.
27. Šumak, I. (2010). Okužbe, povezane z zdravstvom. V E. Kavaš (ur.), Zbornik strokovnega seminarja: medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji (str. 40–48). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
28. Tomažič, M. in Gjergek, T. (2016). Vzdrževanje pripomočkov za večkratno uporabo v zdravstveni negi. V G. Valenčič (ur.), Zbornik predavanj: Večkratno odporni organizmi – Okužbe povezane z

zdravstvom, Kranjska Gora, 15. in 16. april 2015 (str. 21–30). 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. Pridobljeno s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Zbornik-OKU%C5%BDBE-POVEZANE-Z-ZDRAVSTVOM.pdf>.

29. Trotovšek, T. (2019). Higienški ukrepi pri pacientu z znano okužbo ob vstopu v operacijske prostore. V T. Požarnik (ur.), Perioperativna zdravstvena nega (str. 147–149). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Porod na domu

UDK 618.4/.5:649+614.8

KLJUČNE BESEDE: porod, porod na domu, varnost

POVZETEK – Porod na domu je star toliko, kot je staro človeštvo, vendar v modernem svetu velja, da je zaradi nepredvidljivih težav varneje roditi v porodnišnici, saj je možnost ustrezne strokovne pomoči ob zapletih večja. Varnost načrtovanega poroda na domu ostaja predmet strokovnih in laičnih razprav, tudi v državah, kjer je sicer dobro integriran v družbo in zdravstveni sistem. Porod na domu v Sloveniji trenutno ni organiziran tako, da bi zagotavljal varnost za življenje matere in otroka. Porod na domu v centru mesta ali v bližini porodnišnice ni enako varen, kot porod na domu v odročnejšem kraju. V primeru zapletov pri porodu so minute še kako dragocene. Glavna prednost porodov v porodnišnici je prav ta dosegljivost strokovnjakov in opreme v primeru usodnih zapletov, ki pa je v primeru porodov izven porodnišnic ne moremo zagotoviti. Zdravniška stroka je uradno še vedno proti porodom na domu. Trenutno se izven porodnišnic rodi približno 0,1 % otrok, so pa v ta odstotek všteti tudi nenačrtovani porodi zunaj porodnišnic, ko porod nosečnico preseneti. Porodnice, ki želijo roditi doma, želijo ob porodu predvsem bolj intimno in domače vzdušje, ki jim ga porodnišnica ne more nuditi. Ministrstvo za zdravje zato namesto porodov doma podpira ustanavljanje babiških porodnih centrov v obstoječih prostorih porodnišnic ali v neposredni bližini porodnišnic.

UDC 618.4/.5:649+614.8

KEYWORDS: childbirth, home birth, safety

ABSTRACT – Home birth is as old as mankind, but in the modern world, due to unforeseen problems, it is considered safer to give birth in a maternity hospital because of the greater possibility of appropriate professional help in case of complications. The safety of planned home birth remains a subject of professional and lay discussions, even in countries where it is otherwise well integrated into society and the health care system. Home birth in Slovenia is currently not organised in a way that ensures the safety of the life of mother and child. A birth in a hospital is undoubtedly the safest, as specialists and equipment are available there in case of serious complications. During childbirth, minutes are very precious. Examples of good practices from abroad are not always transferable to our environment, because our health system and professionals are not adapted to home birth. That is why home birth is not favorable. Currently, about 0.1% of children in Slovenia are born outside maternity hospitals, but this percentage also includes unplanned births outside maternity hospitals, when the birth surprises a pregnant woman. Expectant mothers choose home births primarily because of the intimate home environment where they can give birth in a more relaxed manner. A maternity hospital can hardly offer them that. To meet the wishes of these mothers, the Ministry of Health supports the establishment of midwife-led maternity centers in the existing premises of maternity hospitals or in the immediate vicinity of maternity hospitals, where a very home-like and intimate atmosphere could be created.

1 Uvod

Odgovor na prekomerno medikalizirano obporodno oskrbo v porodnišnici je krepitev izražanja potrebe po rojevanju kot normalnem, nemedicinskem dogodku kjer je v središču dogajanja rojevajoča ženska, pri kateri se prepozna in upošteva njene individualne potrebe, želje ter odločitve in kjer je število intervencij zmanjšano na minimum (Radin, 2018). Zadnja leta v Sloveniji kot drugod v razvitem svetu beležimo trend naraščanja želje po načrtovanem porodu doma (Steblovnik, Vidmar Šimic in Bajc, 2021).

Porod na domu je star toliko, kot je staro človeštvo, vendar v modernem svetu velja, da je zaradi nepredvidljivih težav varneje roditi v porodnišnici, saj je možnost ustrezne strokovne pomoči ob zapletih večja. V nekaterih državah, kot so Nizozemska, Velika Britanija in Kanada, je porod na domu integriran v sistem zdravstvenega varstva kot možnost izbire porodnega okolja. Varnost načrtovanega poroda na domu ostaja predmet strokovnih in laičnih razprav (Serdinšek in Tekač, 2016), tudi v državah, kjer je sicer dobro integriran v družbo in zdravstveni sistem.

Zdravniška in babiška stroka sta enotni in odsvetujeta porod doma, saj je porod doma manj varen od poroda v porodnišnici tako za mater kot tudi za novorojenčka. V Sloveniji se še vedno večina otrok rodi v porodnišnici. Temu in dobri ureditvi prenatalnega zdravstvenega varstva pripisujemo dobre perinatalne rezultate (Steblovnik idr., 2021).

S pregledom literature smo želeli ugotoviti pravno ureditev poroda na domu v Republiki Sloveniji in kakšna je stopnja varnosti poroda na domu za mater in otroka.

2 Pravna ureditev poroda na domu

V času družbenih omrežij in domačih ter tujih vplivnic, ki svoje življenje idealizirajo pred nevednimi opazovalci, postaja porod doma vedno bolj priljubljena praksa. Pa tudi nevarna.

Po svetu so vzpostavljene različne pravne ureditve glede poroda na domu. Največ otrok se načrtovano doma rodi na Nizozemskem (20–30 %), v Veliki Britaniji je otrok rojenih na domu, 2–3 %, v Kanadi 1,6 %, v Avstriji in Nemčiji 1,3 %, v Združenih državah Amerike pa se doma rodi 0,6–1,0 % vseh otrok. Za Slovenijo število načrtovanih porodov na domu ni znano, se je pa leta 2010 izven zdravstvene ustanove rodilo 0,1 % otrok, vendar so v to številko vključeni tako načrtovani kot nenačrtovani porodi, t. j. porodi, ki so se zgodili v reševalnem vozilu, doma in ipd. (Serdinšek in Tekač, 2016).

Porod na domu ni avtomatično dovoljen, ampak je do neke mere s strani države omejen. Za porod na domu morajo tako biti izpolnjeni določeni pogoji, kar pa mora jasno določeno z zakonsko ureditvijo. Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic v 8. členu varuje pravico do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja, v kar se javna oblast nima pravice vmešavati, razen v izjemnih primerih, kadar obstaja grožnja za povečano tveganje za varnost in zdravje otrok, je dolžnost države, zdravstvenih strokovnjakov, socialne službe in sodnega sistema, da zaščiti interese otrok (Cerar in Kotar Cerar, 2016).

Leta 2018 je Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije in Delovna skupina za pripravo predloga za pravno in organizacijsko ureditev poroda na domu izdala dokument Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma in v njem so predstavljena strokovna priporočila, ki bi omogočala varno in kakovostno oskrbo ženskam, ki se odločijo za porod doma. V dokumentu so strukturirano podana navodila in priporočila, s poudarkom na pravilni izbiri kandidatke za načrtovani porod na domu, na ustreznem licenciranju bobic, ki ob takih porodih prisostvujejo, na ustreznem sodelovanju z reševalno službo in najbližjo porodnišnico z upoštevanjem geografskih omejitev Slovenije glede varnega in hitrega prevoza.

Diplomirana babica lahko izvaja babiško dejavnost pri porodih na domu samo v primeru pridobljene poklicne kvalifikacije diplomirane babice iz petega odstavka 64. člena ZZDej ob ustrezni strokovni usposobljenosti za izvajanje babiške dejavnosti pri porodih doma in ob izpolnjevanju pogojev iz 3. in 3a člena ZZDej (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2018).

Diplomirana babica nosi odgovornost, da izvaja babiško dejavnost pri porodu doma v skladu s potrebno skrbnostjo, upoštevajoč sprejeto zdravstveno doktrino, Kodeks etike za babice

Slovenije, Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma, veljavno zakonodajo in druge poklicne ter strokovne standarde (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2018).

Ministrstvo za zdravje je leta 2015 izdalo dve dovoljenji in leta 2019 dve dovoljenji za opravljanje zdravstvene dejavnosti na področju babiške nege v prostorih na domu pacienta in dve dovoljenji (Ministrstvo za zdravje, 2020).

Spremljanje poroda na domu nudijo tudi laične spremljevalke, imenovane doule, ki pa niso medicinsko in babiško izobražene in posledično nimajo dovoljenja Ministrstva za zdravje za opravljanje dela na domu na področju babiške nege v Sloveniji, zato ne morejo oziroma ne smejo samostojno voditi poroda (Steblovnik idr., 2021).

Prijavo otroka ob rojstvu ureja Zakon o matičnem registru. Matični register ja računalniško vodena baza podatkov, v katero se vpisujejo naslednja dejstva: rojstvo, zakonska zveza in smrt ter druga rojstva, določena z zakonom. Rojstvo otroka v matični register vpiše matičar pristojnega organa, na območju katerega je kraj, kjer se je otrok rodil (6. člen ZMatR). V primeru rojstva otroka v zdravstvenem zavodu otroka pristojnemu organu za vpis v matični register prijavi zavod. Če je otrok rojen zunaj zavoda, je rojstvo otroka pristojnemu organu dolžan prijaviti oče z zdravniškim potrdilom specialista pediatra, oziroma oseba, s katero mati živi ali mati, ko je za to zmožna. Kadar omejene osebe rojstva ne morejo prijaviti, lahko rojstvo prijavi tudi druga oseba, ki je bila pri porodu prisotna (7. člen ZMatR).

V Nacionalni perinatalni informacijski sistem (NPIS) RS se sproti beležijo vsi porodi in poročajo vsi porodi in rojstva v preteklem letu, ki so se zgodili od 1. januarja do 31. decembra. Poročajo se rojstva vseh živorojenih otrok, ne glede na porodno težo oziroma gestacijsko starost, in rojstva mrtvorojenih otrok s porodno težo 500 gramov in več ali gestacijsko starostjo 22 tednov in več. V NPIS se v skladu z zakonom poleg porodov in rojstev v porodnišnicah praviloma prijavljajo tudi ostali porodi in rojstva v Sloveniji, to je na domu, na poti v porodnišnico, v eventualnih porodnih centrih in drugo. V primeru poroda na domu ali v drugi zdravstveni ustanovi, je v Metodoloških navodilih zaenkrat navedeno, da če porodnica in novorojenček nista prepeljana v porodnišnico, prijavi porod in rojstvo v PIS oseba, ki je nudila strokovno pomoč in sicer na obrazcih Porodni zapisnik in Novorojenček (Obr. 8,172 in Obr. 8,173) (Mihevc Ponikvar, 2018).

Zakon o matičnem registru (Uradni list RS, št. 11/11) v 7. členu določa, da mora rojstvo otroka v zdravstvenem zavodu pristojnemu organu prijaviti zavod. Rojstvo otroka zunaj zdravstvenega zavoda mora pristojnemu organu prijaviti otrokov oče oziroma oseba, s katero mati živi, ali mati, ko je za to zmožna. V primeru, da je prijavitelj otrokov oče ali mati oziroma druga oseba, ki je bila prisotna pri porodu ali je za rojstvo izvedela, mora biti prijavi rojstva priloženo potrdilo zdravnika o rojstvu otroka.

V Republiki Sloveniji je iz strani ZZZS pokritih šest preventivnih patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku v prvem letu starosti in dva patronažna obiska pri otročnici, ki jih lahko opravi diplomirana medicinska sestra v javni ali zasebni patronažni dejavnosti. Storitve in obiske, ki jih opravljajo registrirane diplomirane babice iz strani ZZZS niso plačljive in jih mora v celoti kriti otročnica sama. V prihodnosti bo potrebno zagotovo spremeniti do sedaj veljavno zakonodajo, saj gre za neenakopravno obravnavo žensk po porodu, ki rodijo doma od tistih, ki rodijo v porodnišnici (Franc, 2018).

3 Varnost poroda na domu

V razvitem svetu večina žensk o mestu poroda ne razmišlja. Varen porod je po zaslugi dobre strokovne podpore in opreme v bolnišnicah postal kulturna norma. Vseeno pa se zaradi različnih

sociološko-kulturoloških dejavnikov vedno več žensk odloča za porod doma. Le tega načrtujejo praviloma bolj izobražene ženske, katere želijo ohraniti avtonomijo in zmanjšati medicinsko poseganje v sam porod. To pa jih posledično bolj izpostavi tveganju za neonatalno hipoksično-ishemično encefalopatijo in perinatalno smrt (Premru Sršen in Tul Mandić, 2018).

3.1 Varnost poroda na domu za žensko

Večina raziskav o varnosti poroda na domu ugotavlja manjše število porodniških posegov in manjše tveganje za nekatere neželene izide pri ženskah katere rodijo doma (Serdinšek in Tekač, 2016).

Večje tveganje pri načrtovanem porodu doma lahko predstavljajo tudi obporodne krvavitve. Med letoma 2000 in 2020 so po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje v Sloveniji umrle štiri porodnice/otročnice zaradi primarne poporodne krvavitve. Poleg tega, da so krvavitve še vedno pomemben vzrok za maternalno umrljivost pri nas, predstavljajo še bolj pomemben dejavnik tveganja za hudo maternalno obolenost. Ta se sicer ne konča s smrtjo, a zahteva intenzivno zdravljenje in je lahko vzrok za trajno obolenost. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je primarna (oz. zgodnja) poporodna krvavitev izguba 500 ali več ml krvi iz rodil v 24 urah po porodu. Največji teh krvavitev se zgodi v prvih 5 minutah po porodu posteljice. Zato je to najverjetneje najpomembnejši maternalni zaplet, na katerega morajo biti pripravljeni urgentni zdravniki in reševalci v primeru poroda doma (Lučovnik, 2021).

V bolnišničnem okolju preventivna aplikacija uterotonikov za 60 % zmanjšuje pogostnost poporodnih krvavitev, za porode doma pa o uporabi nimamo dovolj podatkov. Zato se ob porodu na doma priporoča uporaba oksitocina (Mujezinović, 2018).

Cochranov pregled iz leta 2012 ugotavlja, da trenutno še ni močnih dokazov iz randomiziranih raziskav, ki bi kazali v prid ali načrtovanemu porodu na domu ali v porodnišnici za nosečnosti z nizkim tveganjem. Vendar pa ugotovitve iz opazovalnih raziskav nakazujejo, da je porod na domu za takšne ženske varen in povezan z manjšim številom porodniških posegov ter zapletov pri materi ali novorojenčku (Serdinšek in Tekač, 2016).

V nizozemski raziskavi so pri ženskah z večjim tveganjem za zaplete, ki so načrtovano rodile doma, opazili povečano tveganje za neoptimalno zdravljenje, medtem ko je bilo pri drugorodnicah v bolnišnicah povečano tveganje za prekomerno uporabo medicinskih intervencij. V angleški raziskavi so imele ženske z večjim tveganjem za zaplete v primerjavi z ženskami z majhnim tveganjem povečano tveganje za sestavljen slab izid poroda pri načrtovanem porodu doma, vendar manjšega od žensk z večjim tveganjem, ki so rodile v porodniški enoti. Pri tem pa je pomemben podatek, da so imele ženske z večjim tveganjem, ki so rodile v porodniški enoti, več dejavnikov tveganja, ki so bili tudi drugače razporejeni (Premru Sršen in Tul Mandić, 2018).

Radin (2018) prikazuje rezultate načrtovanih porodov na domu v obdobju od 2014 do avgusta 2017. Vzorec je zajemal 34 načrtovanih porodov na domu, od tega 8 primipar in 26 multipar, od katerih je doma rodilo 29 (85,3 %). Poporodna krvavitev > 500 ml: 6 (20,7 %). Potreba po transfuziji: 0 (0 %). Raztrganine presredka III. ali IV. stopnje: 0 (0 %). Epizotomija: 0 (0 %). Premestitev v porodnišnico: 3 (primipare) nenujne in 2 (1 primipara, 1 multipara) nujni premestitvi v porodnišnico med porodom ter 1 (multipara) poporodna premestitev. Razlogi za medporodno premestitev so bili nenapredovanje poroda, deceleracije in krvavitve. Razlog za poporodno premestitev pa je bil izguba zavesti brez znakov šoka.

Pri porodu doma se sicer izognemo možnosti bolnišnične okužbe, vendar je potrebno vedeti, da so v večini primerov za poporodno okužbo odgovorne bakterije, ki se nahajajo v črevesu,

nožnici, na presredku ali v materničnem vratu, zato lahko vsaj nekatere okužb pričakujemo tudi pri porodu doma (Gavrić Lovrec, 2018).

3.2 Varnost poroda na domu za otroka

Zdravstveno osebje pri porodih na domu skrbi predvsem pojav zapletov, ki pomenijo visoko tveganje za perinatalno smrt – to so na primer odstop posteljice, izpad popkovnice, zastoj ramen in nenaden padec plodovega srčnega utripa. Rezultati raziskav si glede neonatalnih rezultatov zelo nasprotujejo (Serdinšek in Takač, 2016).

V kanadski raziskavi Huttonove, Reitsma in Kaufmana (2009) so 6692 porodov na domu primerjali neonatalno smrtnost in obolevnost med načrtovanimi porodi doma, ki so jih vodile babice, in porodi žensk s podobno nizkim tveganjem v porodnišnici, ki so jih vodili porodničarji. Skupini se glede na stopnjo perinatalne in neonatalne umrljivosti in hude obolevnosti nista razlikovali – pri obeh je bila stopnja perinatalne in neonatalne umrljivosti 1 na 1000 živorojenih otrok.

Janssen idr. (2009) navajajo, da ima porod na domu ob prisotnosti babice z veljavno licenco primerljivo stopnjo perinatalne smrtnosti, porodnih posegov in neželenih učinkov v primerjavi z načrtovanim porodom v bolnišnici, ki se ga je udeležila babica ali zdravnik. Najpogostejši razlog za sprejem otrok rojenih doma v porodnišnico je hiperbilirubinemija. Imajo pa novorojenčki rojeni doma nižje tveganje za porodno travmo, redkeje potrebujejo oživiljanje po porodu interapijo s kisikom v prvih 24 urah po rojstvu in manj verjetna je tudi aspiracija mekonija.

3.3 Premestitev v porodnišnico in vzroki za premestitev

Države, pri katerih je porod na domu integriran v zdravstveni sistem, imajo večinoma jasno opredeljene smernice, kdaj se je treba pred, med ali po porodu posvetovati z zdravnikom ter kdaj je potreben prevoz v porodnišnico in kako se prevoz opravi. Raziskave navajajo različen odstotek transportov, skupno pa jim je to, da so pri prvorodnicah odstotki višji (Serdinšek in Takač, 2016).

Urgentna stanja pri novorojenčku, ki terjajo takojšnji transport v bolnišnico so: bruhanje žolčne vsebine; zlatenica v starosti < 24 ur; centralna cianoza; velika, napeta ali vbočena velika mečava; subgalealna krvavitev; obojestransko neprehodni nosnici; dihalna stiska ali apnoične atake; šibki ali odsotni periferni pulzi in/ali izmerjena patološka pulzna oksimetrija; organomegalija; vse vidne razvojne nepravilnosti; odsotnost diureze ali odvajanja mekonija v 24 urah po rojstvu; nejasno spolovilo, obojestransko nespuščeni testisi ali torzija testisov; motnje zavesti in/ali možganski krči (Treiber, 2018).

Poročanje o stanju porodnice, otročnice ali novorojenčka ob potrebni premestitvi v najbližjo porodnišnico je zelo pomembno in predstavlja temeljni del medsebojne komunikacije, ki mora zagotavljati varno, kakovostno in kontinuirano babiško obravnavo (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2018).

Premestitveni list mora biti jasen in pregleden. Iz njega mora biti razviden vzrok premestitve, čas premestitve (datum in ura), kdo premešča porodnico ali otročnico z novorojenčkom, kam se jo bo oz. ju premestilo in kdo je o premestitvi obveščen. Prav tako morajo biti zabeleženi vsi postopki in posegi (zlasti ob zelo urgentnih stanjih), če jih je do časa premestitve v ustrezno zdravstveno ustanovo diplomirani babici naročil zdravnik po telefonu (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2018).

V primeru nujnega prevoza od doma do porodnišnice v primeru zapleta med ali po porodu pri materi, plodu ali novorojenčku, priporočamo, da je možen prevoz od klica do porodnišnice v

30 minutah. Standardni čas od odločitve do rojstva za nujni carski rez je v priporočilih Ameriškega združenja za porodništvo in ginekologijo največ 30 minut z opozorilom, da je v nekaterih nujnih primerih (izpad popkovnice, bradikardija pri plodu, ruptura maternice, abrupcija posteljice, huda krvavitev pri materi), treba narediti carski rez v nekaj minutah. Diplomirana babica, ki spremlja porod doma, se mora zavedati oddaljenosti lokacije porajanja do najbližje porodnišnice in enote NMP (nujne medicinske pomoči) z upoštevanjem dostopnih časov reševalnega vozila od najbližje lokacije NMP do mesta porajanja in nazaj v porodnišnico, lokalnih pogojev dostopa do porodnišnice, razgibanosti terena, kategorij cest ter možnosti različne gostote prometa in s tem velikega vpliva na dostopni čas ob različnih urah dneva (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2018).

4 Zaključek

Že kar nekaj desetletij je varen porod nekaj samoumevnega. To nas je kot družbo na nek način razvadilo in nas pripeljalo do lažnega občutka varnosti in pretirane samozavesti. K razpihovanju nestrokovnih alternativnih pristopov so v veliki meri pripomogla tudi vplivnice na družbenih omrežjih. Ženske zato premalo kritično ocenjujejo situacijo v kateri so oziroma v katero se podajajo, kar jih lahko zelo izpostavi tveganjem. Kljub temu pa družba na splošno postaja vedno bolj popularizirana in skeptična do uveljavljenih strokovnih postopkov. Naloga zdravstvenih delavcev je, da nosečnicam stojijo ob strani, delujejo strokovno in nosečnico ustrezno informirajo o tveganjih in prednostih načrtovanega poroda doma. V času epidemije covid-19 je bil porod na domu s strani Ministrstva za zdravje prepovedan.

LITERATURA

1. Cerar, M. in Kotar Cerar, V. (2016). Pravni vidiki nadstandardne in urgentne obravnave v perinatologiji. V T. Premru Sršen, F. Mujezinović in G. Kavšek (ur.), 17. Novakovi dnevi. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD.
2. Franc, R. (2018). Babiška obravnava in nasveti po porodu doma. V I. Takač in N. Kozar (ur.), Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
3. Gavrić Lovrenc, V. (2018). Vnetja genitalnega trakta pri porodu doma. V I. Takač in N. Kozar (ur.), Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
4. Hutton, E. K., Reitsma, A. H. in Kaufman, K. (2009). Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: a retrospective cohort study. *Birth*, 36 (3), 180–189. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.2009.00322.x>.
5. Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M. in Lee, S. K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*, 181 (6–7), 377–383. Pridobljeno s <http://www.cmaj.ca/content/181/6-7/377>.
6. Kavšek, G. in Steblovnik, L. (2018). Stališče ZPMS glede porodov doma. V I. Takač in N. Kozar (ur.), Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
7. Lučovnik, M. (2021). Porod doma: kaj gre lahko narobe pri porodnici. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), Urgentna medicina-Izbrana poglavja 2021. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
8. Mihevc Ponikvar, B. (2018). Stališče NIJZ-Evidentiranje porodov dima v Perinatalni informacijski sistem RS. V I. Takač in N. Kozar (ur.), Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
9. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2020). Kakovost zdravstvenega varstva. Pridobljeno s: <https://www.gov.si/teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>.

10. Mujezinović, F. (2018). Krvavitve pri porodu doma. V I. Takač in N. Kozar (ur.), *Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti*. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
11. Premru Sršen, T. in Tul Mandić, N. (2018). Prednosti in tveganja poroda doma: z dokazi podprte izkušnje. V I. Takač in N. Kozar (ur.), *Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti*. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
12. Radin, N. (2018). Izkušnje babice pri porodu doma. V I. Takač in N. Kozar (ur.), *Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti*. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
13. Serdinšek, T. in Tekáč, I. (2016). Načrtovan porod na domu: pregledni članek. *Zdravniški vestnik*, 85 (3), 213–222.
14. Steblovnik, L., Vidmar Šimic, M. in Bajc, E. (2021). Porod doma v Sloveniji. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina-Izbrana poglavja 2021*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
15. Treiber, M. (2018). Novorojenček po porodu na domu. V I. Takač in N. Kozar (ur.), *Obravnava ženske pred in po porodu doma v ginekološki dispanzerski dejavnosti*. Maribor: Klinika za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetni klinični center Maribor.
16. Zakon o matičnem registru. Uradni list Republike Slovenije, št. 11/11-prečiščeno besedilo.

Učinki manualne terapije pri osebah s tenzijskim glavobolom – sistematični pregled literature

UDK 615.82:616.831-009.7

KLJUČNE BESEDE: manualne tehnike, učinkovitost, bolečina

POVZETEK – Tenzijski glavobol sodi med najpogostejše primarne glavobole z visokim socio-ekonomskim vplivom na posameznika in družbo. Pri posamezniku povzroči bolečino in nastanek mišično-kostnih okvar, ki vplivajo na psiho-socialno in delovno okolje ter kakovost življenja. Manualna terapija predstavlja eno od možnosti zdravljenja. Namen prispevka je na podlagi sistematičnega pregleda literature predstaviti učinkovitost postopkov manualne terapije pri osebah s tenzijskim glavobolom. Pri iskanju smo se omejili na raziskave objavljene po letu 2010 v angleškem jeziku in dostopne v polnem besedilu po ključnih besedah *tension-type headache [Title/Abstract] AND manual therapy [Title/Abstract] AND mobilisation, manipulation* v podatkovnih zbirkah PubMed, ScienceDirect in PEDro. V kvalitativno analizo smo zajeli osem raziskav, v katerih so bile uporabljene različne tehnike manualne terapije. Rezultati so pokazali, da so različni manualni terapevtski postopki vplivali na zmanjšanje bolečine, povečanje obsega gibljivosti in povečanje praga bolečine. Pripomogli so tudi k zmanjšanju psiho-socialnih simptomov, izboljšanju funkcijske in čustvene zmožnosti ter kakovosti življenja preiskovancev. Smiselna je kombinacija različnih tehnik manualne terapije. Učinki manualne terapije s časom izzvenijo, zato je merjenje dolgoročnih učinkov potrebno dodatno raziskati.

UDC 615.82:616.831-009.7

KEYWORDS: manual techniques, efficiency, pain

ABSTRACT – *Tension-type headache is one of the most common primary headaches, which has a great socioeconomic importance for both individuals and society. It causes pain and the development of musculoskeletal disorders that affect the social or occupational environment and the quality of life of those affected. Manual therapy is one of the treatment options. The aim of this article is to present the efficiency of manual therapy techniques in people with tension-type headache based on a literature review. The search for articles was conducted in the PubMed, ScienceDirect and PEDro databases, using the keywords in English *tension-type headache [Title/Abstract] AND manual therapy [Title/Abstract] AND mobilisation, manipulation*. The qualitative analysis included eight studies in which different manual therapy techniques were used. The results showed that different manual therapy techniques produced pain reduction, increased range of motion and increased pressure pain threshold. They also helped to reduce psychosocial symptoms, improve functional and emotional disability, and increase the participants' quality of life. It would be useful to combine different manual therapy techniques. Long-term effects have not been demonstrated and need further investigation.*

1 Uvod

Tenzijski glavobol (TG) je nevrolška motnja, za katero je značilna stiskajoča ali pritiskajoča obojestranska bolečina v predelu temporalnega in okcipitalnega predela glave, ki jo lahko spremljajo slabost in občutljivost na svetlobo ali zvok (Mier in Dhadwal, 2018; Loder in Rizzoli, 2008). Bolečina je značilno blage do zmerne intenzitete, vendar je telesna dejavnost ne poslabša (Mier in Dhadwal, 2018). Razpon trajanja glavobola sega od 30 minut do več ur, pri kronični obliki tudi več dni (IHS, 2018). Mednarodna klasifikacija glavobolov (angl. The

international classification of headache disorders – ICHD-3) TG deli v redke epizodni tenzijski glavobol (ETG) ali pogost ETG, kronični tenzijski glavobol (KTG) in verjetni TG s prisotnostjo ali z odsotnostjo občutljivosti v področju lobanjskih kosti (Mier in Dhadwal, 2018). Za diagnozo KTG mora posameznik imeti glavobol povprečno > 15 dni/mesec za več kot 3 mesece (> 180 dni/leto) (IHS, 2018).

Prevalenca TG niha med 30 % in 78 % ter je odvisna od starosti, spola ter kontinenta bivanja (Mier in Dhadwal, 2018; Crystal in Robbins, 2010). Glavobol se pogosto razvije med 25. in 30. letom starosti, z največjo razširjenostjo med 30. in 39. letom, nato pa z naraščajočo starostjo nekoliko upade (Barbanti idr., 2014). Čeprav večina posameznikov nima več kot enega glavobola mesečno, jih kar 18–37 % mesečno občuti več glavobolov, medtem ko jih približno 2–3 % trpi za KTG. Ženske so splošno prizadete nekoliko bolj kot moški. Prevalenca pri ženskah znaša 88 %, medtem ko pri moških 69 % (Jensen, 2017; Chen, 2009). TG ima velik socio-ekonomski vpliv na posameznika in družbo. V približno 60 % primerov povzroči zmanjšano zmogljivost ter pomembno vpliva na posameznikovo delovno in socialno okolje, izvajanje vsakodnevnih dejavnosti in kakovost življenja. Velik doprinos k temu imajo tudi sočasne psihiatrične bolezni, kot so tesnoba, depresija ali nespečnost, ki pogosto poslabšajo prognozo (Jay in Barkin, 2018; Monzani idr., 2016; Espí - Lopez, Gomez - Conesa, 2014a; Crystal in Robbins, 2010).

Pri posameznikih TG pogosto povzroči nastanek mišično-kostnih okvar, kot so zmanjšana gibljivost, prisotnost miofascialnih prožilnih točk (MPT), zmanjšan prag bolečine in večjo občutljivost lobanjskih kosti (Abboud idr., 2013). Bolečine v vratu pogosto spremljajo TG, zato posamezniki poiščejo zdravljenje za odpravljanje bolečine v vratu kot del obvladovanja glavobola (Liang idr., 2019). Patofiziologija kljub visoki razširjenosti ostaja nerazjasnjena, najverjetneje zaradi posledice različnih dejavnikov. V preteklosti so menili, da gre za glavobol psihogene narave, danes pa avtorji poročajo o nevrofiziološki etiologiji (Jay in Barkin, 2018). Ta vključuje tako periferne miofascialne dejavnike kot komponente osrednjega živčnega sistema (OZS) (Kaniecki, 2015). Pri epizodični obliki glavobola naj bi pomembno vlogo imela periferna senzibilizacija, medtem ko naj bi za razvoj kronične oblike bila odgovorna centralna senzibilizacija (Jay in Barkin, 2018).

Obravnava TG naj bi vključevala kombinacijo farmakološkega in ne-farmakološkega zdravljenja. Poleg protibolečinskih zdravil ima velik pomen tudi prepoznavanje sprožilcev glavobola, zmanjševanje stresa in sprememba vedenja posameznika. Uporaba tehnik psihološkega zdravljenja je znanstveno podprta (Bendtsen idr., 2010). Fizioterapija in druga zdravljenja so pogosto prva izbira za zdravljenje TG, čeprav trdnih dokazov o učinkovitosti ni. Uporaba manualne terapije (MT) se zdi obetavna, ker s pomočjo mehaničnih, bioloških ali nevrofizioloških učinkov pripomore k zmanjšanju bolečine in mišično-kostnih okvar ter pozitivno vpliva na kakovost življenja posameznikov s TG (Cumplido - Trasmonte idr., 2020; Threlkeld, 1992).

Namen prispevka je na podlagi sistematičnega pregleda literature predstaviti učinke manualne terapije pri obravnavi oseb s tenzijskim glavobolom.

2 Metode

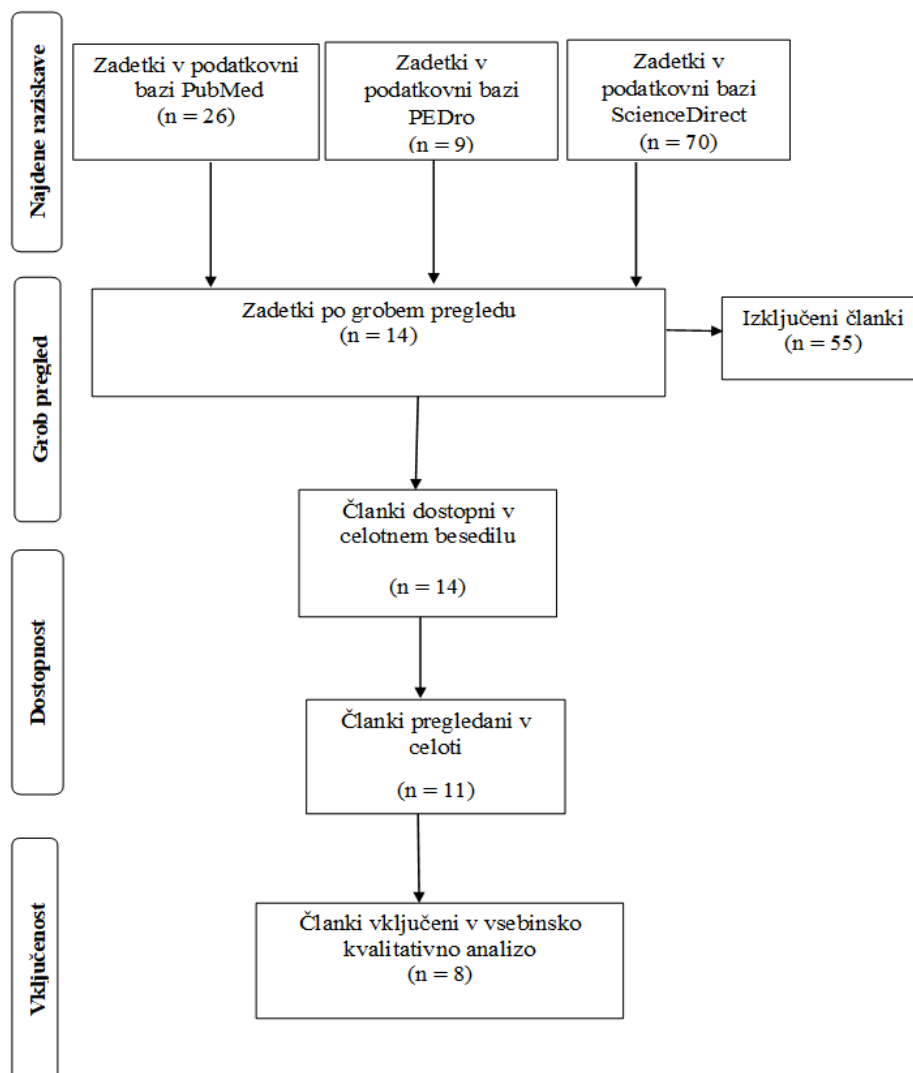
Iskanje literature je potekalo v podatkovnih zbirkah PubMed, ScienceDirect in PEDro s ključnimi besedami tension-type headache [Title/Abstract] AND manual therapy [Title/Abstract] AND mobilisation, manipulation. Pregled literature sta neodvisno opravili obe avtorici (L. R., S. H.). Vključitveni kriteriji so bile randomizirane kontrolirane raziskave objavljene v polnem besedilu, v katerih so bili preiskovanci razvrščeni v kontrolno in

eksperimentalno skupino in v katerih so s tehnikami manualne terapije obravnavali paciente s tenzijskim glavobolom. Izključene so bile raziskave brez kontrolne skupine in raziskave, v katerih so vključili preiskovance z drugimi oblikami glavobolov. Časovno obdobje objav člankov smo omejili na objave po letu 2010.

3 Rezultati

Na podlagi iskalnih kriterijev je bilo v treh podatkovnih zbirkah najdenih 107 zadetkov in zapisov. Grobo so bili pregledani naslovi in izvlečki 14 zadetkov, 55 jih je bilo z razlogom izključenih. Vključitvene in izključitvene kriterije je tako po konsenzu obeh avtoric izpopolnjevalo osem raziskav (slika 1), ki so bile vključene v vsebinsko kvalitativno analizo po naslednjih značilnostih: vzorec preiskovancev, uporabljene tehnike manualne terapije in trajanje terapije, uporabljena merilna orodja ter izidi meritev.

Slika 1: PRISMA procesogram iskanja literature



Vir: Moher idr., 2010.

3.1 Vzorec preiskovancev

Skupno je bilo v analizirane raziskave vključenih 570 preiskovancev povprečne starosti 38,6 let. Največji vzorec je sestavljalo 97 preiskovancev (Ferragut - Garcias idr., 2017), najmanjši vzorec pa 39 preiskovancev (Corum idr., 2021). Povprečna starost se je gibala med 32,2 (Corum idr., 2021) in 40,4 let (Espí - Lopez idr., 2014c). V vseh analiziranih raziskavah je bilo več žensk, v večini raziskav je imelo ETG več preiskovancev kot KTG. Monzani in sodelavci (2016) o porazdelitvi glede na obliko glavobola niso poročali.

Objavljeno delo Espí - Lopez in sodelavcev (2016) so izvedli v sklopu širše španske raziskave istega avtorja in ostalih sodelavcev (Espí - Lopez, Gomez - Conesa, 2014a; Espí - Lopez idr., 2014b). Monzani in sodelavci (2016) so v svoji raziskavi, kjer so raziskovali učinkovitost manualnih tehnik na kakovost dela na delovnem mestu, vključili preiskovance iz dveh raziskav (Espí - Lopez in Gomez - Conesa, 2014a; Espí - Lopez idr., 2014c).

3.2 Uporabljene tehnike manualne terapije in trajanje terapij

V treh raziskavah so uporabili tehniko inhibicije subokcipitalnih mišic (ISM), sklepne manipulacije segmenta C0–C3 in kombinacijo obeh tehnik. Pri ISM so terapevti izvajali pritisk v subokcipitalnih mišicah v področju posteriornega loka atlasa, pri sklepni manipulaciji C0–C3 so izvedli rotacijski gib manipulacije (Monzani idr., 2016; Espí - Lopez idr., 2016; Espí - Lopez in Gomez - Conesa, 2014a; Espí - Lopez idr., 2014b; Espí - Lopez idr., 2014c). Castien in sodelavci (2011) so izvajali sklepno mobilizacijo in manipulacijo vratne hrbtenice in zgornjih segmentov prsne hrbtenice. V eni izmed raziskav so raziskovali učinek masaže MPT (Moraska idr., 2015). Na začetku so za ogrevanje mehkih tkiv izvedli miofascialno sproščanje, sledila je masaža MPT ter na koncu frikcijska masaža. Ferragut - Garcias in sodelavci (2017) so proučevali učinke mobilizacije mehkih tkiv, nevromobilizacijskih tehnik (NMT) ter kombinacijo obeh. Manualni terapevti so izvedli tri NMT– mobilizacijo v kraniocervikalno fleksijo, lateralno drsenje vretenc vratnega predela in odpiranje ust v kraniocervikalni fleksiji. Preiskovanci so sodelovali po navodilih terapevta z različnimi gibi, kot so depresija ramen, ekstenzija komolca, supinacija podlakti itd. Mobilizacijske tehnike mehkih tkiv so izvedli na mišicah: sternocleidomastoideus, temporalis, masseter, trapezius (zgornji snopi) in na subokcipitalnih mišicah. Corum in sodelavci (2021) so izvajali tehnike sklepne manipulacije zgornjih segmentov vratne hrbtenice ali ISM. Ajimsha (2011) je proučeval učinke neposredne in posredne tehnike miofascialnega sproščanja. Pri neposredni tehniki so izvedli močnejši pritisk (nekaj kilogramov) in za kratek čas, medtem ko so pri posredni tehniki izvedli blažji pritisk (nekaj gramov), vendar so ga vzdrževali dlje časa. V analiziranih raziskavah so poleg manualne terapije izvajali terapevtske vaje (Corum idr., 2021) ali terapevtske vaje in postopke za izboljšanje drže (Castien idr., 2011).

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

Tabela 1: Protokoli terapevtskih postopkov in trajanje obravnav

<i>Avtor/ji, letnica</i>	<i>TP - ES</i>	<i>TP - KS</i>	<i>Trajanje obravnav</i>
Castien idr., 2011	Mobilizacija sklepov, terapevtske vaje, izboljšanje držę	Obravnava splošnega zdravnika	8 tednov/9 terapij
Espí - Lopez in Conesa - Gomez, 2014a; Espí - Lopez idr., 2014b; Espí - Lopez idr., 2016	S1: ISM S2: manipulacija C0–C3 S3: kombinacija TP S1 in S2	Brez obravnave	4 tedne/4 terapije
Espí - Lopez idr., 2014c	S1: ISM S2: manipulacija C0–C3 S3: kombinacija TP S1 in S2	Brez obravnave	4 tedne/4 terapije
Moraska idr., 2015	Masaža MPT	Placebo (nedelujoč terapevtski UZ)	6 tednov/12 terapij
Ajimsha, 2011	S1: direktno miofascialno sproščanje S2: indirektno miofascialno sproščanje	Nežno gladenje	12 tednov/24 terapij
Monzani idr., 2016	S1: ISM S2: manipulacija C0–C3 S3: kombinacija TP S1 in S2	Brez obravnave	4 tedne/4 terapije
Ferragut - Garcias idr., 2017	S1: manualne tehnike obravnave mehkega tkiva S2: NMT S3: kombinacija TP S1 in S2	Placebo masaža	4 tedne/6 terapij
Corum idr., 2021	S1: manipulacija in terapevtske vaje S2: ISM in terapevtske vaje	Terapevtske vaje	4 tedne/8 terapij

Legenda: TP – terapevtski postopek; ES – eksperimentalna skupina; KS – kontrolna skupina; S – skupina; ISM – inhibicija subokcipitalnih mišic; MPT – miofascialne prožilne točke; NMT – nevro mobilizacijske tehnike; UZ – ultrazvok

Tabela 2: Merilna orodja in izidi meritev

<i>Avtor/ji, letnica</i>	<i>Merilna orodja</i>	<i>Izidi</i>
Castien idr., 2011	NOL, HDI, HIT-6, OG, PPT, DG	↑ izboljšanje vseh merjenih izidov v ES, DG – v ES**
Espí - Lopez in Conesa - Gomez, 2014a; Espí - Lopez idr., 2014b; Espí - Lopez idr., 2016	NOL, OG, MVB, DG, HIT-6, HDI, STAI-SA, STAI-TA, BDI	NOL – večje ↓ v ES (S2 in S3) OG – ↑ izboljšanje v ES v vseh smereh razen v smeri lateralne fleksije v desno MVB – ↓ bolečine v ES DG – večje ↓ v ES (S2 in S3) HIT-6 – ↑ izboljšanje zmožnosti v vseh ES HDI – pri skupni oceni ↑ izboljšanje zmožnosti v ES (S2 in S3) Funkcijski vidik in čustveni vidik HDI – ↑ v ES STAI-SA/TA – ↓ pri KTG v ES (S2) BDI – ↓ v ES (S2)
Espí - Lopez idr., 2014c	HDI	HDI pogostnost – ↓ v ES (S2 in S3) HDI intenziteta – ↓ v vseh ES HDI – pri skupni oceni ↑ zmožnosti v ES (S2 in S3) Funkcijski vidik HDI – ↑ v vseh ES Čustveni vidik – ↑ v ES (S2 in S3) in KS, v slednji manj pomembno
Moraska idr., 2015	VAL, HDI, HIT-6, DG, PPT	VAL – pomembnih razlik med skupinama ni HDI – pomembnejše ↑ v ES HIT-6 – ↑ v ES in KS, statističnih razlik med skupinama ni DG – ↓ v ES in KS, statističnih razlik med skupinama ni PPT – ↑ samo v ES
Ajimsha, 2011	DG	DG – ↓ v ES, v ES**
Monzani idr., 2016	SF-12 (4 vprašanja)	SF-12 – ↑ v ES, S1 učinkovitejša pri posameznikih z nižjim številom dni opravljanja dela z glavobolom, S2 učinkovitejša pri posameznikih z visokim ali zelo visokim številom dni opravljanja dela z glavobolom
Ferragut-Garcias idr., 2017	VAL, HIT-6, PPT, DG	↑ izboljšanje v ES v vseh merjenih izidih DG – v ES**
Corum idr., 2021	VAL, HIT-6, NDI, PPT, DG	VAL, DG, PPT, NDI, HIT-6 – ↑ izboljšanje vseh merjenih izidov v ES, dolgotrajnejše učinke S1 v primerjavi z S2 VAL bolečine v vratu, NDI in HIT-6 – v ES** (S1)

Legenda: ES – eksperimentalna skupina; KS – kontrolna skupina; S – skupina; NOL = numerična ocenjevalna lestvica; VAL = vidna analogna lestvica; MVB = McGillov vprašalnik o bolečini; HDI = vprašalnik nezmožnosti zaradi glavobola; HIT-6 = test vpliva glavobola; OG = obseg giba; PPT = bolečinski prag na pritisk; NDI = indeks nezmožnosti vratu; STAI-SA = vprašalnik o tesnobi kot stanju; SF-12 = vprašalnik o zdravju; krajša različica vprašalnika z 12 vprašanji o zdravstvenem stanju; STAI-TA = vprašalnik o tesnobi kot osebnostni lastnosti; BDI = Beck-ova lestvica depresivnosti; DG = dnevnik glavobola; ** = klinično pomembna sprememba

4 Razprava

Vsebinska analiza raziskav, kjer so uporabljali različne tehnike manualne terapije pri obravnavi pacientov s TG, je pokazala, da je manualna terapija učinkovita izbira terapije. Uspešno je zmanjšala pogostnost in intenziteto bolečine, povečala prag bolečine ter prispevala k povečanju obsega giba (OG) v vratni hrbtenici pri preiskovancih. Prav tako je imela pozitiven učinek na

zmanjšanje simptomov tesnobe in depresije, izboljšanje zmoglosti posameznika in kakovosti dela na delovnem mestu.

Vse manualne tehnike, ki so jih avtorji uporabili posamezno ali v kombinaciji, so se izkazale kot učinkovite za zmanjšanje pogostnosti in intenzitete bolečine, z izjemo v eni raziskavi, kjer z uporabo masaže MPT ni bilo izboljšanja (Moraska idr., 2015). Patofiziologija TG vključuje tako periferne miofascialne dejavnike kot komponente osrednjega živčnega sistema (OŽS) (Kaniecki, 2015). Z izvajanjem sklepne manipulacije in mobilizacije naj bi spodbujali draženje sklepnih receptorjev, ki imajo vpliv na modulacijo bolečine ter s tem zmanjšan prenos bolečinskih dražljajev proti OŽS (Gross idr., 1996). Nekateri raziskovalci vzrok bolečine pripisujejo večji napetosti v mišicah ter aktivnim ali latentnim MPT v predelu mišic vratu in glave (Castien in Hertogh, 2019; Sohn idr., 2010). Z uporabo NMT in tehnik mobilizacije mehkih tkiv naj bi spodbudili periferne in osrednje receptorje, interakcijo med mehanskimi in nevrofiziološkimi dejavniki, kar bi lahko vodilo do sprememb mehanske občutljivosti struktur in zmanjšanja bolečine (Espí - Lopez idr., 2014c). Tehnika ISM je k zmanjšanju bolečine prispevala le v kombinaciji s sklepno manipulacijo segmenta C0–C3, avtorji namreč predpostavljajo, da tehnika ISM ne more zagotoviti modulacije bolečine. Z uporabo tehnike neposrednega ali posrednega miofascialnega sproščanja se izvaja dolgotrajno raztezanje miofascialnega kompleksa z nizko obremenitvijo z namenom obnovitve optimalne dolžine (Barnes, 1990), s katerim se posledično zmanjša morebitni pritisk na strukture, kot so živci in žile, ki so občutljivi na bolečino (Schleip, 2003). Omejitve v gibanju fascije lahko povzročijo enkratne ali ponavljajoče poškodbe ali vnetja, ki zmanjšujejo njeno dolžino in elastičnost (Schleip, 2003). V nedavni raziskavi so avtorji poročali, da uporaba miofascialnega sproščanja omogoči normalizacijo celične apoptoze, morfološke spremembe celic in preusmeritev fibroblastov (Meltzer idr., 2010). V naši analizirani raziskavi, kjer so uporabili masažo MPT, so dosegli zmanjšanje pogostnosti bolečine, vendar so zmanjšanje dosegli tudi s placebo terapijo. Eden izmed potencialnih mehanizmov zmanjšanja pogostnosti, o katerem so avtorji poročali, bi lahko bilo povečanje bolečinskega praga o katerem so poročali v eksperimentalni skupini (Moraska idr., 2015).

V literaturi navajajo, da imajo posamezniki s TG zmanjšan bolečinski prag in povečano občutljivost v področju lobanjskih kosti. Slednja je povezana z intenziteto in pogostnostjo TG. Prisotnost aktivnih miofascialnih prožilnih točk povzroči preneseno bolečino, kar bi lahko bil vzrok za nastanek glavobola (Jay in Barkin, 2018). V analiziranih raziskavah so avtorji poročali o povečanju bolečinskega praga s sklepno mobilizacijo ali manipulacijo, masažo MPT, NMT, mobilizacijo mehkih tkiv ali kombinacijo navedenih postopkov (Corum idr., 2021; Ferragut - Garcias idr., 2017; Moraska idr., 2015; Castien idr., 2011). Avtorji menijo, da povečanje bolečinskega praga ostaja pomembna komponenta za zmanjšanje pogostnosti glavobola (Moraska idr., 2015). NMT, mobilizacija mehkih tkiv ali kombinacija obeh vpliva na eno ali več senzibiliziranih živčno-mišičnih struktur, ki prenašajo dražljaje v OŽS. Zmanjšanje mehanosenzitivnosti živčnega tkiva bi prav tako lahko tudi zmanjšala odziv mišic, ki ščitijo živčno tkivo pred preveliko napetostjo (Jaberzadeh idr., 2005; Coppieters idr., 2003).

TG lahko povzroči zmanjšan OG v vratni hrbtenici. Vse uporabljene manualne tehnike, ki so jih avtorji uporabili v naših analiziranih raziskavah, so prispevale k povečanju OG. Povečanje fleksije in ekstenzije so dosegli s tehniko ISM. Z ISM naj bi terapevt dosegel relaksacijo mišic, ki izvajajo ekstenzijo in rotacijo, kar omogoči večji OG v smeri fleksije (Espí - Lopez in Gomez - Conesa idr., 2014a). V skupini z manipulacijskimi tehnikami so dosegli največje izboljšanje ekstenzije, lateralne fleksije ter rotacije. Po mnenju avtorjev bi do izboljšanja OG v navedenih smereh lahko prišlo zaradi manipulacijskega giba v smeri rotacije s pravilno namestitvijo prvega in drugega vrtnega vretenca v odnosu na zatilnične kondile ter s tem do relaksacije mišic v zgornji vratni hrbtenici (Fryette, 1936).

Bolečina, ki jo povzroči TG, negativno vpliva na čustveno in funkcijsko zmožnost posameznika na opravljanje vsakdanjih aktivnosti ter s tem na njegovo kakovost življenja. Pozitiven učinek na izboljšanje zmožnosti posameznika so imele manualne tehnike, kot so sklepna manipulacija in mobilizacija, ISM, mobilizacija mehkih tkiv, NMT ali kombinacija omenjenih tehnik. TG pomembno vpliva tudi na opravljanje dela na delovnem mestu in s tem posledično na kakovost dela (Eskin idr., 2013; Loder in Rizzoli, 2008). Učinkovitost sklepne manipulacije segmenta C0–C3, ISM ali kombinacije obeh skupaj so avtorji v analiziranih raziskavah ocenjevali s številom dni opravljanja dela z glavobolom. Dokazali so pozitivne učinke na izboljšanje zmožnosti in kakovosti dela na delovnem mestu, razlogi pa bi lahko bili protibolečinski mehanizmi navedenih tehnik, ki povzročijo biomehanske in nevrofiziološke odzive (Bialosky, 2009; Jull, 1997).

Posamezniki s TG pogosto poročajo o vplivu tesnobe na pogostnost glavobolov, bolečino, vitalnost in funkcijo (Mongini idr., 2008), zato je obravnavanje le-tega ključnega pomena za zmanjšanje vpliva tesnobe ali depresije na prognostični vidik TG (Jay in Barkin, 2018). Pri zmanjšanju psihosocialnih simptomov kot sta tesnoba in depresija, so avtorji največje izboljšanje dosegli z uporabo manualnih tehnik, ki so vključevale sklepno manipulacijo segmenta C0–C3 (Espí - Lopez idr., 2016). Avtorji sklepajo, da je vzrok predvsem to, da artikulacijske tehnike omogočajo učinkovitejšo mišično sprostitvev v subokcipitalnem področju kot tehnike, ki so osredotočene na obravnavo mehkih tkiv oziroma mišic (Espí - Lopez idr., 2016).

V večini analiziranih raziskav so avtorji merili tudi dolgoročne učinke, razen v dveh, kjer so merili takojšnje učinke po izvedenih terapijah (Espí - Lopez idr., 2014c; Ajimsha, 2011). Večina jih je ponovne meritve izvedla štiri tedne po intervenciji. Ugotovili so, da so rezultati meritev nekoliko slabši kot ob meritvah po zaključeni obravnavi, vendar še vedno boljši od rezultatov začetnih meritev. Dolgotrajnejši učinki manualne terapije so bili zmanjšanje pogostnosti in intenzitete bolečine, povečanje praga bolečine, izboljšanje čustvene in funkcijske zmožnosti ter kakovosti dela na delovnem mestu (Corum idr., 2021; Ferragut - Garcias idr., 2017; Monzani idr., 2016; Moraska idr., 2015; Espí - Lopez idr., 2016; Espí - Lopez idr., 2014b; Espí - Lopez in Conesa - Gomez, 2014a; Castien idr., 2011). Za natančnejšo določitev učinkov bi bilo koristno daljše merjenje učinkov MT in večje število obravnav, saj je povprečno število obravnav v analiziranih raziskavah znašalo 8,75. Učinki manualne terapije najverjetneje, v kolikor se te ne izvaja redno, s časom izzvenijo.

Omejitve sistematičnega pregleda

Med omejitve našega sistematičnega pregleda literature lahko štejemo to, da ugotovitve ne moremo posplošiti, saj smo med zadetke uvrstili le tiste članke, ki so bili dostopni v celotnem besedilu v angleškem jeziku in so bili napisani v omejenem časovnem obdobju ter so ustrezali vključitvenim kriterijem. Omejitev našega pregleda so predstavljali tudi vzorci preiskovancev majhne do zmerne velikosti, saj je v vseh raziskavah, razen v eni, sodelovalo manj kot 90 udeležencev. Z večjim vzorcem preiskovancev bi bila posledično ocena učinkovitosti natančnejša. Omejitev je bila tudi heterogenost izvedenih terapij v različnih raziskavah.

Doprinos za prasko ter nadaljnje raziskovalno delo

MT je eden izmed pogostejših pristopov v praksi. Mehanski dražljaji povzročeni s manualnimi postopki sprožijo številne nevrofiziološke učinke, s katerimi vplivamo na periferni in OŽS (Bialosky idr., 2009). Mehanski dražljaji spodbujajo mehano-receptorje in modulirajo prenos dražljajev iz bolečinskih receptorjev, kar povzroči zmanjšano zaznavanje bolečine (López idr., 2016). Pri obravnavi TG gre najpogosteje za uporabo mobilizacijskih in manipulacijskih tehnik, sproščanja fascij, MPT ter ostalih struktur, frikcijske masaže, ISM ter NMT. Evropska zveza

nevroloških društev (angl. European federation of neurological societies – EFNS) v svojih smernicah priporoča uporabo manualnih fizioterapevtskih postopkov pri obravnavi TG, kljub omejeni posplošitvi o njihovi učinkovitosti (Barbanti idr., 2014). Za natančnejšo določitev učinkovitosti bi bilo koristno daljše merjenje učinkov manualne terapije, s katerimi bi lahko ugotovili kako pogosti obiski pri fizioterapevtih bi bili potrebni za ohranjanje čim nižje jakosti in pogostnosti bolečine ter s tem višje kakovosti življenja oseb s TG. Za zmanjšanje pristranskosti pri izidih raziskav bi bilo priporočljivo pri nadaljnjem raziskovalnem delu izvesti dvojno slepe raziskave. S tem bi se izognili morebitnemu vplivu prepričanj udeležencev ter izvajalcev na merjene izide.

5 Zaključek

Namen našega prispevka je bil predstaviti učinke MT na bolečino, PPT, OG, zmožnost, psiho-socialne simptome, povezane s tesnobo, depresijo in kakovostjo dela pri posameznikih s TG. Po analizi rezultatov vključenih raziskav lahko zaključimo, da je MT učinkovit postopek za zmanjšanje pogostnosti in intenzitete bolečine. Omogoča povečanje OG vratne hrbtenice v vseh smereh gibanja in povečanje bolečinskega praga. MT je imela pozitivne učinke na zmožnost posameznika, zmanjšanje vpliva glavobola na opravljanje vsakodnevnih dejavnosti in kakovost dela. Prav tako je pozitivno vplivala na zmanjšanje pogosto prisotnih psiho-socialnih simptomov. Najučinkovitejša naj bi bila kombinacija različnih tehnik MT. V prihodnjih raziskavah bi bilo priporočljivo, da bi se avtorji osredotočili na določitev najprimernejšega števila in trajanja obravnave MT na večjem vzorcu preiskovancev.

LITERATURA

1. Abboud, J., Marchand, A. A., Sorra, K. in Descarreaux, M. (2013). Musculoskeletal physical outcome measures in individuals with tension-type headache: a scoping review. *Cephalalgia*, 33 (16), 1319–1336. doi: 10.1177/0333102413492913.
2. Ajimsha, M. S. (2011). Effectiveness of direct vs indirect technique myofascial release in the management of tension-type headache. *J Bodyw Mov Ther*, 15 (4), 431–435. doi: 10.1016/j.jbmt.2011.01.021.
3. Barbanti, P., Egeo, G., Aurilia, C. in Fofi, L. (2014). Treatment of tension-type headache: from old myths to modern concepts. *Neurol Sci*, 35 (1), 17–21. doi: 10.1007/s10072-014-1735-3.
4. Barnes, J. F. (1990). Myofascial release: the search for excellence. Laurel, Združene države Amerike: Rehabilitative Services, Inc.
5. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. in Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561–571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
6. Bendtsen, L., Fumal, A. in Schoenen, J. (2010). Tension-type headache: mechanisms. *Handb Clin Neurol*, 97, 359–366. doi: 10.1016/S0072-9752(10)97029-2.
7. Bialosky, J. E., Bishop, M. D., Price, D. D., Robinson, M. E. in George, S. Z. (2009). The mechanisms of manual therapy in the treatment of musculoskeletal pain: a comprehensive model. *Man Ther*, 14 (5), 531–538. doi: 10.1016/j.math.2008.09.001.
8. Castien, R. F., van der Windt, D. A. W. M., Grooten, A. in Dekker, J. (2011). Effectiveness of manual therapy for chronic tension-type headache: a pragmatic, randomised, clinical trial. *Cephalalgia*, 31 (2), 133–143. doi: 10.1177/0333102410377362.
9. Chen, Y. (2009). Advances in the pathophysiology of tension-type headache: from stress to central sensitization. *Curr Pain Headache Rep*, 13 (6), 484–494. doi: 10.1007/s11916-009-0078-x.
10. Coppieters, M. W., Stappaerts, K. H., Wouters, L. L. in Janssens, K. (2003). Aberrant protective force generation during neural provocation testing and the effect of treatment in patients with neurogenic cervicobrachial pain. *J Manipulative Physiol Ther*, 26 (2), 99–106. doi: 10.1067/mmt.2003.16.

11. Corum, M., Aydin, T., Ceylan, C. M. in Kesiktas, F. N. (2021). The comparative effects of spinal manipulation, myofascial release and exercise in tension-type headache patients with neck pain: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, 43, 101319. doi: 10.1016/j.ctcp.2021.101319.
12. Crystal, S. C. in Robbins, M. S. (2010). Epidemiology of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*, 14 (6), 449–454. doi: 10.1007/s11916-010-0146-2.
13. Cumplido - Trasmonte, C., Fernandez - Gonzales, P., Alguacil - Diego, I. M., Molina - Rueda, F. (2020). Manual therapy in adults with tension-type headache: a systematic review. *Neurologia*. doi: 10.1016/j.nrl.2017.12.004.
14. Eskin, M., Akyol, A., Çelik, Y. E. in Gültekin, K. B. (2013). Social problem-solving, perceived stress, depression and life-satisfaction in patients suffering from tension type and migraine headaches. *Scand J Psychol*, 54 (4), 337–343. doi: 10.1111/sjop.12056.
15. Espí - López, G. V. in Gómez - Conesa, A. (2014a). Efficacy of manual and manipulative therapy in the perception of pain and cervical motion in patients with tension-type headache: a randomized, controlled clinical trial. *J Chiropr Med*, 13 (1), 4–13. doi: 10.1016/j.jcm.2014.01.004.
16. Espí - López, G. V., Gómez - Conesa, A., Gómez, A. A., Benitez - Martínez, J., Oliva - Pascual - Vaca, A. in Rodríguez - Blanco, C. (2014b). Treatment of tension-type headache with articulatory and suboccipital soft tissue therapy: a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *J Bodyw Mov Ther*, 18 (4), 576–585. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.01.001.
17. Espí - López, G. V., López - Bueno, L., Vicente - Herrero, M. T., Martinez - Arnau, F. M. in Monzani, L. (2016). Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial. *Int J Osteopath Med*, 22, 11–20. doi: 10.1016/j.ijosm.2016.05.003.
18. Espí - López, G. V., Rodríguez - Blanco, C., Oliva - Pascual - Vaca, A., Benítez - Martínez, J. C., Lluch, E. in Falla, D. (2014c). Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*, 50 (6), 641–47.
19. Ferragut - Garcias, A., Plaza - Manzano, G. in Rodríguez - Blanco, C. (2017). Effectiveness of a treatment involving soft tissue techniques and/or neural mobilization techniques in the management of tension-type headache: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 98 (2), 211–219. doi: 10.1016/j.apmr.2016.08.466.
20. Fryette, H. H. (1936). Occiput-atlas-axis. *J Am Osteopath Assoc*, 35, 353–354.
21. Gross, A. R., Aker, P. D. in Quartly, C. (1996). Manual therapy in the treatment of neck pain. *Rheum Dis Clin*, 22 (3), 579–598. doi: 10.1016/S0889-857X(05)70289-1.
22. Headache Classification Committee of the International Headache Society (2018). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*, 38 (1), 1–211. doi: 10.1177/0333102417738202.
23. Jaberzadeh, S., Scutter, S. in Nazeran, H. (2005). Mechanosensitivity of the median nerve and mechanically produced motor responses during upper limb neurodynamic test 1. *Physiotherapy*, 91 (2), 94–100. doi: 10.1016/j.physio.2004.09.021.
24. Jay, G. W. in Barkin, R. L. (2018). Primary headache disorders - part 2: tension-type headache and medication overuse headache. *Dis Mon*, 63 (12), 342–367. doi: 10.1016/j.disamonth.2017.05.001.
25. Jensen, R. H. (2017). Tension-type headache - the normal and most prevalent headache. *Headache*, 58 (2), 339–345. doi: 10.1111/head.13067.
26. Jull, G. (1997). Management of cervical headache. *Man Ther*, 2 (4), 182–190. doi: 10.1054/math.1997.0298.
27. Liang, Z., Galea, O., Thomas, L., Jull, G. in Treleaven, J. (2019). Cervical musculoskeletal impairments in migraine and tension type headache: A systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract*, 42, 67–83. doi: 10.1016/j.msksp.2019.04.007.
28. Loder, E. in Rizzoli, P. (2008). Tension-type headache. *BMJ*, 336 (7635), 88–92. doi: 10.1136/bmj.39412.705868.AD.
29. Meltzer, K. R., Cao, T. V., Schad, J. F., King, H., Stoll, S. T. in Standley, P. R. (2010). In vitro modeling of repetitive motion injury and myofascial release. *J Body Mov Ther*, 14 (2), 162–171. doi: 10.1016/j.jbmt.2010.01.002.

30. Mier, R. W. in Dhadwal, S. (2018). Primary headaches. *Dent Clin North Am*, 62 (4), 611–628. doi: 10.1016/j.cden.2018.06.006.
31. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. in Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg*, 8 (5), 336–341.
32. Monzani, L., Espí - López, G. V., Zurriaga, R. in Andersen, L. L. (2016). Manual therapy for tension-type headache related to quality of work life and work presenteeism: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med*, 25, 86–91. doi: 10.1016/j.ctim.2016.01.008.
33. Moraska, A. F., Stenerson, L., Butryn, N., Krutsch, J. P., Schmiede, S. J. in Mann, J. D. (2015). Myofascial trigger point-focused head and neck massage for recurrent tension-type headache: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Clin J Pain*, 31 (2), 159–168. doi: 10.1097/AJP.0000000000000091.
34. Schleip, R. (2003). Fascial plasticity – a new neurobiological explanation: Part 1. *J Bodyw Mov Ther*, 7 (1), 11–19. doi: 10.1016/S1360-8592(02)00067-0.
35. Sohn, J. H., Choi, H. C., Lee, S. M. in Jun, A. Y. (2010). Differences in cervical musculoskeletal impairment between episodic and chronic tension-type headache. *Cephalalgia*, 30 (12), 1514–1523. doi: 10.1177/0333102410375724.
36. Threlkeld, A. J. (1992). The effects of manual therapy on connective tissue. *Physical Ther*, 72 (12), 893–902. doi:10.1093/ptj/72.12.893.

Korelacija med telesnim sestavom in kazalniki motene presnove glukoze pri otrocih s prekomerno telesno maso in debelostjo

UDK 613.25+616-008.9

KLJUČNE BESEDE: debelost, otroci, telesni sestav, motena presnova glukoze

POVZETEK – Debelost pri otrocih je dejavnik tveganja za razvoj sladkorne bolezni tipa 2 ter ostalih presnovnih motenj in je v ospredju preventivnih javnozdravstvenih ukrepov. Kopičenje maščobne mase v telesu vodi v motnje endokrinega sistema in sproščanje različnih citokinov, ki vodijo v kronično vnetje. Mišična masa ima zaščitno presnovno funkcijo in je pri obravnavi otrok z debelostjo pogosto zapostavljena. V pričujoči raziskavi smo preučevali povezave med parametri telesnega sestava in ožjim naborom kazalnikov sladkorne bolezni (glukoza v krvi na tešče, glikirani hemoglobin (HbA1c), holesterol v krvi in krvni tlak) pri otrocih s prekomerno telesno maso in debelostjo, napoteni v Solo zdravega življenja na sekundarnem zdravstvenem nivoju. Povečan delež maščobne mase je povezan z izpostavljenimi dejavniki tveganja za razvoj sladkorne bolezni, zlasti HbA1c v območju preddiabetesa, povišanim nivojem glukoze na tešče in povišanim krvnim tlakom. Namen raziskave je prikazati pomen upoštevanja razmerja komponent telesne mase, kot pomembnega dela kliničnega vrednotenja posledic debelosti.

UDC 613.25+616-008.9

KEYWORDS: obesity, children, body composition, impaired glucose tolerance

ABSTRACT – Pediatric obesity is a growing public health concern and a known risk factor for the development of type 2 diabetes and related metabolic disorders. Excessive accumulation of body fat leads to an imbalance in endocrine function and the release of pro-inflammatory factors. The present study examined the correlations between body composition measurements and certain diabetes risk factors (fasting serum glucose, glycated hemoglobin (HbA1c), cholesterol levels and blood pressure) in children with obesity referred to secondary care. In children without diabetes, increased total body fat could be associated with a high prevalence of observed diabetes risk factors, including HbA1c in the prediabetes range, impaired fasting blood glucose and elevated blood pressure. Because both muscle and adipose tissue perform important metabolic functions, a higher percentage of lean body mass is associated with a lower risk of metabolic disorders. The aim of this study is to demonstrate the importance of body composition measurement as an important component of clinical evaluation of obesity complications.

1 Uvod

Pojavnost debelosti in z njo sladkorne bolezni tipa 2 med otroci in mladostniki strmo narašča. Kopičenje maščobnega tkiva se pri otrocih in mladostnikih opredeli kot čezmerna hranjenost ali debelost s percentilnimi vrednostmi indeksa telesne mase (v nadaljevanju ITM) za spol in starost, pri čemer tveganje za razvoj z debelostjo povezanih bolezni narašča sorazmerno z višanjem ITM. Debelost pri otrocih znatno poveča tveganje za razvoj bolezni srca in ožilja kot so povišan krvni tlak, dislipidemija in inzulinska rezistenca, ki veljajo za najpomembnejši, potencialno odpravljeni vzrok. Vsled česar smernice priporočajo rutinsko presejalno testiranje pri otrocih z obremenilno družinsko anamnezo, otrocih z debelostjo ali ki imajo druge obremenilne kronične bolezni (Bohncic idr., 2006; Arslanian idr., 2018).

Homeostaza presnove je uravnotežena z izločanjem inzulina, ki nastaja v celicah beta trebušne slinavke in odzivnostjo perifernih tkiv na inzulin. Ob zmanjšani občutljivosti in zmanjšanem učinku inzulina v perifernih tkivih (mišične, maščobne in ledvične celice) se izločanje inzulina zveča z namenom vzdrževanja normalne koncentracije glukoze v krvi. Z napredovanjem v preddiabetes in sladkorno bolezen tipa 2, se izločanje inzulina postopno zmanjšuje. Ker te degenerativne spremembe ob debelosti potekajo hitreje, se hiperglikemija, ki je dovolj velika za diagnozo sladkorne bolezni, pojavi prej in izraziteje. Hkrati je potek propadanja celic beta, kot tudi razvoj kroničnih zapletov zaradi sladkorne bolezni, pri otrocih in mladostnikih hitrejši kot pri odraslih (Arslanian idr., 2018).

2 Metode dela in materiali

2.1 Opis vzorca, uporabljeni pripomočki in tehnike zbiranja podatkov

Na Pediatričnem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice (v nadaljevanju SBJ) od leta 2019 deluje Šola zdravega življenja, sekundarni center za obravnavo otrok s čezmerno hranjenostjo in debelostjo. V raziskavi smo analizirali podatke telesnih meritev in izbrane laboratorijske parametre 58 otrok (23 deklic in 35 dečkov), ki so bili napoteni iz primarne zdravstvene oskrbe. Napotni diagnozi vseh vključenih otrok sta bili čezmerna hranjenost (ITM za spol in starost \geq 85. do 94. percentil) ali debelost (ITM za spol in starost \geq 95. percentil) (<https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>).

Podatki so bili zbrani ob prvih ambulantnih pregledih v letih od 2019 do vključno 2021. Za meritev krvnega tlaka smo uporabili ustrezno kalibriran oscilometrični aparat. Venski odvzem krvi je bil opravljen v skladu s standardi kakovosti SBJ v laboratoriju s številko dovoljenja za delo: 0600-5/2020-8. Obdobje nočnega postenja se je med obravnavanimi otroci razlikovalo. Meritev telesne mase in višine smo opravili z običajnim stadiometrom in osebno tehtnico. Iz dobljenih podatkov smo izračunali indeks telesne mase (v nadaljevanju ITM) po formuli telesna masa/ kvadrat telesne višine. Telesno maso smo opredelili na podlagi ITM percentil, ki upoštevajo otrokovo starost in spol: čezmerna hranjenost (\geq 85. do $<$ 95. percentil) in debelost (\geq 95. percentil). Za določanje razporeditve maščobnega tkiva v telesu smo z merilnim trakom izmerili obsega pasu in bokov, iz česar smo izračunali podatek o razmerju med meritvama. Meritev telesnega sestava smo opravili z multi-frekvenčnim bioelektričnim impedančnim analizatorjem Bodystat QuadScan4000. Za opredelitev vrednosti lipidograma smo uporabili standardne referenčne vrednosti za celokupni holesterol ($>$ 5,2 mmol/ l), HDL holesterol ($<$ 0,9 mmol/ l), LDL holesterol (\geq 3,4 mmol/ l) in trigliceride ($>$ 1,7 mmol/ l) (Skinner idr., 2015). Preddiabetes smo opredelili z vrednostmi glukoze na tešče \geq 5,6 do $<$ 7,0 mmol/ l. Vrednosti glikiranega hemoglobina (v nadaljevanju HbA1c) od 6,0 do 6,4 % so približno enakovredne moteni toleranci na glukozo (Arslanian idr., 2018). Ločeno po spolih smo določili povprečno vrednost posameznih parametrov, standardni odklon in percentilne vrednosti. Izbrane podatke smo analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel in IBM SPSS Statistics.

3 Rezultati

V raziskavo smo vključili 58 otrok in mladostnikov, od tega 23 deklic in 35 dečkov. Njihove klinične in biokemijske značilnosti podajamo v tabeli 1. Povprečna starost je $12 \pm 3,2$ let (starostni razpon od 3 do 19 let). Glede na percentilne vrednosti ITM za spol in starost je 7 (12,1 %) otrok čezmerno hranjenih in 51 (87,9 %) otrok z debelostjo (od tega 19 deklic in 32 dečkov). Povprečna vrednost ITM pri vključenih v raziskavo sodi v 97,1. percentil za deklice in 97,8. percentil za dečke. Vsi otroci imajo delež maščobne mase nad referenčnimi vrednostmi. Povprečna vrednost deleža maščobne mase znaša 36,8 % (28,3 kg), kar predstavlja 16,8 % (16,4

kg) presežek nad zgornjo mejo referenčne vrednosti. Deklice imajo višjo povprečno vrednost deleža maščobne mase (39,3 %) kot dečki (35,1 %). Nasprotno imajo dečki višje vrednosti deleža nemaščobne mase (64,9 %) kot deklice (60,7 %).

Povprečna vrednost koncentracije celokupnega holesterola v naši raziskavi znaša 4,1 mmol/ L, kar je pod mejnim območjem (≤ 5 do 5,2 mmol/ L). Koncentracija celokupnega holesterola je primerljiva med dečki (4,1 mmol/ L) in deklicami (4,0 mmol/ L). Trije dečki imajo koncentracijo celokupnega holesterola višjo od 5,2 mmol/ l. Skoraj četrtna otrok (22 otrok; 37,9 %) ima povišane vrednosti LDL holesterola ($\geq 2,7$ mmol/ L). Pet dečkov ima vrednosti HDL holesterola nižje od 0,9 mmol/ l. Devet otrok (15,5 %) ima vrednost trigliceridov višje od 1,7 mmol/ l. Enajst otrok ima vrednost glukoze na tešče v območju prediabetesa ($\geq 5,6$ mmol/ l).

Tabela 1: Značilnosti vključenih otrok in mladostnikov

	<i>Skupaj</i>	<i>Deklice</i>	<i>Dečki</i>
Število	58	23	35
Starost (leta)	12 ± 3,2	12,0 ± 3,6	12,0 ± 2,9
Telesna masa (kg)	77,3 ± 23,2	72,9 ± 21,0	80,1 ± 24,4
Telesna višina (cm)	160 ± 16,0	156 ± 16,2	160 ± 16,5
ITM (kg/ m ²)	29,8 ± 4,9	29,5 ± 4,9	30,1 ± 4,9
ITM - percentil	97,5 ± 2,4	97,1 ± 2,4	97,8 ± 2,4
Obseg pasu (cm)	99,4 ± 14,2	95,7 ± 12,9	101,8 ± 14,7
Razmerje pas-boki	1,0 ± 0,1	0,96 ± 0,1	1,01 ± 0,1
Maščobna telesna masa (%)	36,8 ± 6,0	39,3 ± 5,9	35,1 ± 5,5
Nemaščobna telesna masa (%)	63,2 ± 6,0	60,7 ± 5,9	65,0 ± 5,5
SBP (mmHg)	122,4 ± 11,9	120 ± 9,9	123,6 ± 13,2
DBP (mmHg)	67,4 ± 11,0	63,5 ± 9,6	69,2 ± 11,4
Glukoza na tešče	5,3 ± 0,5	5,4 ± 0,5	5,2 ± 0,4
HbA1c (%)	5,3 ± 0,3	5,2 ± 0,3	5,3 ± 0,3
Celokupni holesterol (mmol/l)	4,1 ± 0,7	4,0 ± 0,5	4,1 ± 0,8
HDL-holesterol (mmol/l)	1,2 ± 0,3	1,3 ± 0,3	1,2 ± 0,3
LDL-holesterol (mmol/l)	2,5 ± 0,6	2,4 ± 0,4	2,6 ± 0,7
Trigliceridi (mmol/l)	1,2 ± 0,6	1,0 ± 0,6	1,3 ± 0,7

4 Razprava

V klinični praksi omogoča ITM enostavno prepoznavanje ogroženih posameznikov za z debelostjo povezanih zapletov. Kljub temu, da ne opredeli presežka telesne mase bodisi kot maščobno ali nemaščobno tkivo, je ITM v statistično značilni korelaciji z deležem maščobne mase ($p < 0,05$).

Razlike v lokaciji kopičenja presežka maščobnega tkiva se pričnejo izražati že v obdobju mladostništva. Visceralna porazdelitev maščobnega tkiva je močno povezana z razvojem metabolnega sindroma, ogroženostjo za srčno-žilne bolezni in inzulinsko rezistenco (Must in Anderson, 2006; Bower idr., 2017). Njeno določitev omogočata antropometrična kazalnika: razmerje med meritvama obsegov pasu in bokov ter meritev obsega pasu. V naši raziskavi je bila povprečna vrednost obsega pasu oz. centralna porazdelitev maščobnega tkiva višja pri dečkih (101,8 cm) kot pri deklicah (95,7 cm), kar je skladno z odraslo populacijo. Moški presežek maščobnega tkiva običajno kopičijo nad boki in ženske pod boki (Bower idr., 2017). Prav tako ima obseg pasu oz. debelost centralnega tipa statistično značilen vpliv na višjo vrednost celokupnega holesterola ($p < 0,05$) in LDL holesterola ($p < 0,05$). Na podlagi (pearson) korelacije smo ugotovili, da je delež maščobne mase v telesu statistično značilno povezan z

LDL holesterolom ($p = 0,04$), HDL holesterolom ($p = 0,01$) in celokupnim holesterolom ($p = 0,001$). Iz česar lahko povzamemo, da sta porazdelitev in delež maščobne mase v telesu enako pomembna napovedna kazalnika za pojavnost zapletov zaradi debelosti.

Pri obravnavi otrok z debelostjo je običajno v ospredju opredelitev stopnje debelosti in porazdelitve maščobnega tkiva v telesu, pri čemer je vpogled v telesni sestav, zlasti razmerje med nemaščobno in maščobno maso, pogosto zapostavljen. V našem vzorcu so bile vrednosti deleža nemaščobne telesne mase višje pri dečkih (64,9 %) kot pri deklicah (60,7 %), a pri obeh spolih znotraj priporočenih mejnih vrednosti, kar bi lahko povezali z razmeroma nizkim deležem otrok, ki imajo izraženo moteno presnovo glukoze. Šest otrok ima vrednost HbA1c v prediabetesnem območju ($\geq 6,5$ %), kar glede na literaturo že predstavlja ireverzibilne okvare delovanja celic beta (Arslanian idr., 2018). Enajst otrok ima vrednost glukoze na tešče $\geq 5,6$ mmol/ L, pri čemer je korelacija med glukozo na tešče in deležem maščobne mase v telesu statistično značilna ($p < 0,05$).

Za izboljšanje hiperglikemije se priporoča izguba celokupne telesne mase v višini od 5 do 10 %, a izboljšanje se najpogosteje kaže le pri posameznikih, ki imajo višji delež puste telesne mase (Bower idr., 2017). Deklice imajo večji delež maščobne mase in manjši delež nemaščobne mase v telesu kot dečki. Hkrati ima več deklic zvišane vrednosti HbA1c in glukoze na tešče, kar lahko potrdi dokazano zaščitne funkcije deleža nemaščobne telesne mase pri uravnavanju glukoze v krvi. Zato lahko predpostavljamo, da imajo deklice povečano tveganje za razvoj motene tolerance za glukoze. Razlike med deležem nemaščobne telesne mase in porazdelitvijo maščobnega tkiva pri deklicah in dečkih, ki jo kažejo naši rezultati lahko povežemo z dokazanimi razlikami v poteku sladkorne bolezni med spoloma in večjo verjetnost žensk za razvoj bolezni, kot to navaja literatura (Brewster, 2008).

Retrospektivna raziskava, ki je vključevala otroke s čezmerno telesno maso in debelostjo potrjuje izsledke tujih raziskav, ki kažejo, da lahko že z uporabo preprostih metod učinkovito izsledimo potencialno ogrožene otroke in omogočimo pravočasno, otroku prilagojeno obravnavo. Prehranske in življenjske navade namreč veliko lažje in bolj učinkovito spreminjamo v zgodnjem otroštvu, hkrati pa s tem tudi zgodaj zmanjšamo stopnjo tveganja in odložimo resne zaplete, kot so bolezni srca in ožilja.

LITERATURA

1. Arslanian, S. idr. (2018). Evaluation and management of youth-onset type 2 diabetes: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 14, 2648–2663.
2. Bohnec, M. idr. (2006). *Sladkorna bolezen: Priročnik*. Ljubljana: samozaložba.
3. Bower, J. K. idr. (2017). The association of percent body fat and lean mass with HbA1c in US adults. *Journal of the endocrine society*, 1 (6), 600–608.
4. Brewster, A. (2008). Body composition and presentation of type 2 diabetes. *Diabetes & primary care*, 10 (4), 206–219.
5. Must, A. in Anderson. S. E. (2006). Body mass index in children and adolescents: considerations for population-based applications, 30, 590–594.
6. Skinner, A. C. idr. (2015). Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *The New England journal of medicine*, 373 (14), 1307–1317.
7. World health organization. (2021). Obesity and overweight. Pridobljeno s <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>.

Absentizem in ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018

UDK 331.316:616.892.2/.3

KLJUČNE BESEDE: demenca, bolniški stalež, posredni stroški

POVZETEK – Zaradi zgodnje demence, ki se razvije pred 65. letom imajo lahko oboleli posamezniki, ki so v delovnem razmerju težave pri delu ali celo z dela izostajajo. Namen naše raziskave je bil prikazati začasno odsotnost z dela oseb z demenco v obdobju 2015–2018 in ekonomske posledice. Stroški začasne odsotnosti z dela so izračunani na podlagi podatkov pridobljenih iz zdravstveno podatkovnih zbirk Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Ocenjeni stroški nadomestila plače za odsotnost z dela temeljijo na povprečni bruto plači. Storitve zdravstvene službe, kot je začasna odsotnost z dela, so za demenco izračunane po diagnozah Mednarodne klasifikacije bolezni-10 izdaja. Začasna odsotnost z dela zaradi diagnoze demenca je v obdobju 2015–2018 znašala letno okoli 61.310,00 EUR, kar pomeni 0,6 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški za to obdobje, ki znašajo 11.037.275,00 EUR. Rezultati so močno podcenjeni, saj so redki primeri demence diagnosticirani pred 65. letom, a se ti ljudje prav tako soočajo z zdravstvenimi težavami, ki vodijo v slabšo kakovost življenja, kar se kaže tudi v odsotnosti z dela. Zato je zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje demence ključnega pomena. Zdravstveni absentizem je po eni strani pravica zaposlenih, hkrati pa predstavlja tudi enega od negativnih kazalnikov zdravstvenega stanja zaposlenih ter težav s katerimi se soočajo osebe z demenco ter njihovi svojci.

UDC 331.316:616.892.2/.3

KEYWORDS: dementia, sick leave, indirect costs

ABSTRACT – Early dementia, which develops before the age of 65, can affect individuals who are still working, have difficulties at work or are even absent from work. The aim of our study was to show the temporary absence from work of people with dementia in 2015–2018 and the economic consequences. The costs of temporary absence from work were calculated using data from the National Institute of Public Health databases. The estimated cost of compensation for absence from work is based on average gross salary. Health services such as temporary absence from work are calculated for dementia according to the diagnoses of the International Classification of Diseases, edition 10. Temporary absence from work due to a diagnosis of dementia amounted to approximately 61,310.00 EUR per year in the period 2015–2018, which represents 0.6% of all calculated direct and indirect costs for this period, amounting to 11,037,275.00 EUR. The results are highly underestimated, as rare cases of dementia are diagnosed before the age of 65. However, these people face health problems that lead to a poorer quality of life, which is also reflected in absence from work. Therefore, early diagnosis and treatment of dementia are crucial. On the one hand, health absenteeism is a right of workers, on the other hand, it is one of the negative indicators of the health status of workers and the problems faced by people with dementia and their relatives.

1 Uvod

Pojmi »zdravstveni absentizem«, »začasna zadržanost od dela iz zdravstvenih razlogov«, »začasna odsotnost z dela«, »bolniški stalež« in »bolniška« so sinonimi, ki označujejo čas, ko zaposleni ne dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege družinskega člana, pri čemer naj bi njegova nezmožnost za delo oz. zmanjšana delovna sposobnost trajala omejen čas (Vučković, 2010).

Na leto izgubimo v Sloveniji okoli 6 odstotkov bruto domačega proizvoda (BDP) zaradi posledic zdravstvenega absentizma (Kos, 2010). V Sloveniji je bilo že pred več kot desetimi leti ocenjeno, da je v povprečju zaradi zdravstvenih razlogov vsak dan z dela odsotnih med 38

tisoč in 40 tisoč zaposlenih v javnem in zasebnem sektorju. Na letni ravni to pomeni približno 10 do 11 milijonov izgubljenih delovnih dni. V Sloveniji večino stroškov odsotnosti do 30 dni krijejo delodajalci, preostale pa krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Skupni letni stroški delodajalcev in ZZZS zaradi zdravstvenega absentizma so bili ocenjeni na 750 do 800 milijonov EUR (Kos, 2010).

Zdravstveni absentizem v Sloveniji predstavlja resen družbeni, socialni in ekonomski problem, ki bi se ga morali lotiti celovito. Na eni strani bi se moralo na državni ravni poskrbeti za ustrežnejšo zakonodajo s področja socialne varnosti, na drugi strani pa bi morali delodajalci skrbeti za svoje zaposlene, jim prilagoditi delovno okolje ter povečati zadovoljstvo delavcev na delovnem mestu. Predvsem je potrebno ustrezno poskrbeti za tiste delavce, ki imajo določene bolezni oz. težave in ne ostajajo doma namerno (Grimšič, 2013, str. 13–30). Taka bolezen je tudi demenca.

2 Demenca

Pojem demenca se nanaša na številne nevrološke motnje, ki vodijo do progresivnega upada kognitivnega delovanja obolele osebe. Demenco povezujemo z več nevrološkimi stanji, kot so Parkinsonova bolezen, Huntingtonova bolezen, Alzheimerjeva bolezen in motnje, povezane z Alzheimerjevo boleznijo, demenca Lewyjevih telesc, frontotemporalna demenca in žilne bolezni. Velika večina primerov demence je diagnosticirana pri ljudeh, starih 70 let ali več, redki pa so diagnosticirani v odrasli dobi, torej pred 65. letom (zgodnja demenca) (Silvaggi idr., 2020, str. 1). Predhodnik demence je tako lahko blagi kognitivni upad, katerega prevalenca znaša 3–22 % pri ljudeh starih 65 let ali starejših, lahko pa je diagnosticirana tudi pri ljudeh mlajših od 65 let. V tej skupini se bolezen razvije v demenco pri 5–10 % primerov na leto (Silvaggi idr., 2020, str. 1; Sanford, 2017, str. 325–337).

Del delovno aktivnih ljudi ima torej lahko težave pri z delom povezanimi dejavnostmi in zmanjšano delovno sposobnostjo zaradi zgodnje demence ali blagega kognitivnega upada. Po podatkih WHO je bilo že leta 2012 ocenjeno, da je 10 % od 35,6 milijona ljudi z demenco mlajših od 65 let (Dementia: A Public Health Priority, 2012, str. 8). Nekateri zaposleni z zgodnjo demenco ali z blagim kognitivnim upadom še naprej delajo, zahvaljujoč podjetjem oz. delodajalcem, ki jim prilagodijo aktivnosti, medtem, ko morajo drugi prenehati z delom zaradi poslabšanja uspešnosti (Silvaggi idr., 2020, str. 1). Simptome kognitivnega upada obolele osebe pravzaprav pogosto opazijo drugi ljudje, tako zaposleni, sodelavci, stranke in delodajalci. Gre za težave, ki motijo posameznikovo zmožnost dela, kot so slab spomin in nezmožnost opravljanja več dejavnosti istočasno ali zmedenost ob pojavu hrupa v ozadju (Braudry Harris, 2004, str. 17–36).

Namen pričujoče analize je bil oceniti zdravstveni absentizem zaradi diagnoze demenca v Sloveniji, v obdobju od leta 2015 do leta 2018 in prikazati ekonomske posledice zaradi tega posrednega stroška, ki se kaže predvsem v delovnem okolju.

3 Metodologija

Izbira metodologije je močno vezana na razpoložljivost podatkov v posamezni državi. Dosegljivost podatkov in kakovost podatkov je ključna, zato smo v našem primeru uporabili metodologijo neposrednih in posrednih stroškov in poskušali oceniti posredni strošek oz. indirekten strošek. Med pomembne posredne stroške tako lahko uvrstimo strošek, povezan z absentizmom zaradi demence in vključuje tudi nego osebe z demenco. Ocenjen strošek absentizma zaradi demence je nastal presečno na ravni enega leta. (Sedlak idr., 2020, str. 5–9).

Raziskave o stroških bolezni prikazujejo ekonomsko breme bolezni. S pomočjo takšnih raziskav lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni, v našem primeru demence, na zdravstveni sistem ali celotno družbo (Toth, 2004). V naši raziskavi smo se omejili na prikaz posrednega stroška, in sicer, absentizma zaradi demence ter prikazali ekonomski vpliv, predvsem na delovno okolje.

Posredni stroški namreč predstavljajo izgubo, to je blago in storitve, ki niso proizvedene na trgu, kot posledica manjzmožnosti zaradi bolezni, predčasne upokojitve ali celo predčasne smrti. Del posrednih stroškov so tudi bolečina, trpljenje, ekonomska odvisnost ter socialna izolacija posameznika, ki jih je težko ovrednotiti (Toth, 2004) oz. se jih lahko pridobi le anketno, s pripravo vprašalnikov.

Tabela 1: Nabor diagnoz upoštevanih pri izračunu

<i>Glavne diagnoze (osnovni vzroki)</i>	<i>MKB-10</i>
F00*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni
F00.0*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni z zgodnjim začetkom (G30.0)
F00.1*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni s kasnim začetkom (G30.1)
F00.2*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, atipična ali mešana oblika (G30.8)
F00.9*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, neopredeljena
F01	Vaskularna demenca
F01.0	Hitro nastala vaskularna demenca
F01.1	Multiinfarktna demenca
F01.2	Subkortikalna vaskularna demenca
F01.3	Mešana kortikalna in subkortikalna vaskularna demenca
F01.8	Druge vrste vaskularna demenca
F01.9	Vaskularna demenca, neopredeljena
F02*	Demenca pri drugih boleznih, uvrščenih drugje
F02.0*	Demenca pri Pickovi bolezni (G31.0)
F02.1*	Demenca pri C-J. bolezni (A81.0)
F02.2*	Demenca pri Huntingtonovi bolezni (G10)
F02.3*	Demenca pri Parkinsonovi bolezni (G20)
F02.4*	Demenca pri bolezni zaradi HIV
F02.8*	Demenca pri drugih opredeljenih boleznih, ki so uvrščene drugje
F03	Neopredeljena demenca
	Druge degenerativne bolezni živčevja
G30	Alzheimerjeva bolezen
G30.0	Alzheimerjeva bolezen z zgodnjim začetkom
G30.1	Alzheimerjeva bolezen s kasnim začetkom
G30.8	Druge vrste Alzheimerjeva bolezen
G30.9	Alzheimerjeva bolezen, neopredeljena

Vir: MKB 10, 2005

Kot vir podatkov o številu dni in številu primerov absentizma zaradi demence smo uporabili zbirko Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), in sicer zbirko IVZ3 (Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela). V tej zbirki se podatki o absentizmu zbirajo neposredno od izvajalcev zdravstvenega varstva, torej osebnih zdravnikov, ki napotujejo paciente na bolniški stalež zaradi bolezni ali nege oz. spremstva. Zapisi so na individualni ravni in preko diagnoz omogočajo identifikacijo oseb z demenco. V analizo so vključene tudi osebe, ki so v obdobju 2015-2018 koristile bolniški stalež zaradi nege druge osebe z diagnozo demence. Ocenjeni

stroški nadomestila plače zaradi absentizma temeljijo na povprečni bruto plači (SURs, 2019). Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pa je bil vir finančnih podatkov.

Strošek absentizma zaradi demence je izračunan po diagnozah, ki smo jih pridobili v MKB 10-klasifikaciji, kar je prikazano v tabeli 1.

Soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko za izvedbo raziskave ni bilo potrebno, ker so bili uporabljeni podatki anonimizirani.

4 Rezultati

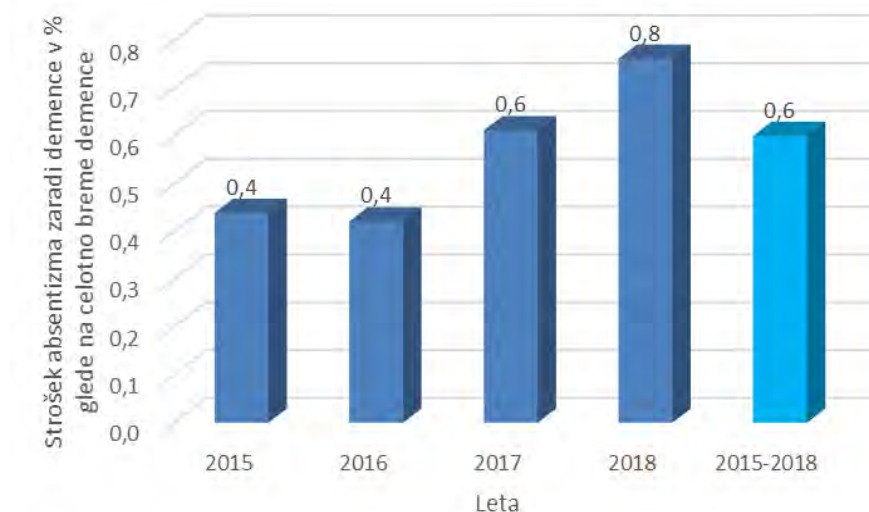
4.1 Izračun stroška absentizma zaradi demence

Izračunani strošek absentizma zaradi demence znaša, v obdobju 2015–2018, 61.310 EUR, kar pomeni 0,6 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški za proučevano obdobje. Vsi neposredni in posredni stroški znašajo v proučevanem obdobju 11.037.275 EUR oz. 0,05 % BDP letno (Sedlak idr., 2020, str. 5–9).

Poudariti je potrebno, da je izračun ocena, ki je močno podcenjena, saj v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov. Napake so predvsem povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10. Delež napak zaenkrat še ni ocenjen. Nedvomno pa se določena stopnja stigmatizacije na področju demence tudi odraža v podatkih.

Na grafu 1 so prikazani ocenjeni stroški absentizma zaradi demence po letih in v obdobju 2015–2018, glede na celotno ocenjeno breme demence po letih in za proučevano obdobje v Sloveniji.

Graf 1: Ocenjeni strošek absentizma zaradi demence po letih in v obdobju 2015–2018, glede na celotno ocenjeno breme demence po letih in za proučevano obdobje v Sloveniji.



Vir: NIJZ, 2020.

Iz grafa 1 je razvidno, da strošek absentizma zaradi demence narašča po letih, in sicer se je povečal od 0,4 % v letu 2015 na 0,6 % v letu 2018 glede na vse izračunane neposredne in posredne stroške v določenem letu in v proučevanem obdobju.

5 Razprava

Z raziskavo smo želeli oceniti zdravstveni absentizem zaradi diagnoze demenca v Sloveniji v obdobju od leta 2015 do leta 2018 in poudariti absentizem zaradi demence predvsem v času, ko je oseba še zaposlena in prikazati posledice zaradi tega posrednega stroška, ki se kaže predvsem v delovnem okolju.

Izračunani strošek absentizma zaradi demence je bil v obdobju 2015–2018 visok, a vseeno močno podcenjen, tako zaradi različnih podatkovnih omejitev, kot tudi zaradi neodkrite bolezni.

Prejetje diagnoze demence v obdobju, ko je posameznik z boleznijo še zaposlen ima lahko negativne posledice na integriteto osebe, kar lahko še dodatno zaplete izguba zaposlitve (Brown, 2008, str. 587–604). Absentizem ima tako v procesu dela na vse vpletene veliko negativnih posledic tudi na zaposlene, ki morajo nadomeščati, kot na delodajalce in državo ter obremenjuje celotno družbo (Grimšič, 2013, str. 13–30). Za delodajalce je to pomemben pojav zaradi številnih negativnih ekonomskih posledic, kot so neposredni stroški za plačila nadomestil, stroški za nadomeščanje odsotne osebe, zmanjšane produktivnosti, dodatno izobraževanje nadomestnega delavca (Grimšič, 2013, str. 13–30). Zato je tako zelo pomembno ravnanje delodajalcev pri ohranjanju zdravja zaposlenih z demenco (Grimšič, 2013, str. 13–30). Delavcu lahko na začetku, ko je v zgodnji fazi demence, prilagodi okolje tako, da skrbi za rekreacijo zaposlenega, da zagotovi ergonomsko oblikovano delovno mesto, izvaja preventivne ukrepe na področju zdravja, prilagodi delovni čas osebe z demenco in podobno. Delo v kasnejšem življenjskem obdobju ima namreč pozitivne finančne učinke, tako na gospodarstvo, podjetja in posameznika, kateremu prinaša dodatne koristi (Brown, 2008, str. 587–604). Nedavne raziskave so pokazale, da ima delo v poznejšem življenjskem obdobju pomembno vlogo pri promoviranju dobrega telesnega in duševnega zdravja. Druge raziskave so pokazale, da delo v poznejšem življenjskem obdobju lahko izboljša počutje, pri nekaterih poklicih celo kognitivne funkcije (Ritchie, Tolson in Danson, 2018, str. 2146–2175). V prihodnjih letih se bo glede na izračune v Sloveniji znatno povečalo število prebivalcev, starejših od 65 let in predvideva se, da se bo delovna doba podaljševala, kar nakazuje na pomen pomembnosti zdravja prebivalstva. Naraščajoči delež starejšega prebivalstva v vseh predelih sveta vodi v visoke ocene prihodnjega deleža oseb z demenco v družbi (Gregorič - Kramberger, 2017, str. 123–128). V Sloveniji pa je število oseb, starejših od 65 let, s kroničnimi zdravstvenimi težavami že sedaj nekoliko višje od povprečja Evropske Unije (EU) (OECD, 2020).

Nastop bolezni je postopen in oseba z demenco lahko ob zgodnjem odkritju in zdravljenju ter ob prilagoditvah dela dlje ostane v delovnem procesu. To dejstvo pa je ključno z vidika večje kakovosti življenja osebe z demenco. Posledično pa se zmanjša tudi strošek absentizma zaradi demence.

6 Zaključek

Začasna odsotnost z dela zaradi diagnoze demenca je v obdobju 2015–2018 znašala letno okoli 61.310,00 EUR, kar pomeni 0,6 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški za to obdobje, ki znašajo 11.037.275,00 EUR. Rezultati so močno podcenjeni, tudi zato, ker so redki primeri demence diagnosticirani pred 65. letom, a se ti ljudje prav tako soočajo z zdravstvenimi težavami, ki vodijo v slabšo kakovost življenja, kar se kaže tudi v odsotnosti z dela. Zato je zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje demence ključnega pomena. Močno podcenjenost pa imamo tudi zaradi omejitev podatkov.

Ozaveščenost o demenci je izjemno pomembna, saj hitro prepoznavanje znakov demence in posledična diagnoza, omogoča zgodnje in ustrezno zdravljenje ter spremembe v načinu življenja, ki bistveno pripomorejo k večji kakovosti življenja bolnika, svojcev oz. skrbnikov. Prav tako je potrebno spodbujati tako delodajalce, kot svojce osebe z demenco, da so osebe v začetni fazi demence aktivne čim dlje časa tako v delovnem kot domačem okolju. Posledično pa so zato pri zgodnjem odkrivanju bolezni dolgoročno nižji, tudi zato, ker bolezen počasneje napreduje in ustrezna obravnava prepreči hude zaplete. To pa prinese pozitivne finančne učinke tudi delodajalcem, pri katerem so osebe z demenco zaposlene.

LITERATURA

1. Braudy Harris, P. (2004). The perspectives of younger people with dementia: Still an overlooked population. *Social Work in Mental Health*, 2, 17–36.
2. Brown, A. J., Orszag, J. M. in Snower, D. J. (2008). Unemployment accounts and employment incentives. *European Journal of Political Economy*, 24 (3), 587–604.
3. Commonwealth of Australia. (2005). Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene MKB-10: deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
4. Dementia: A Public Health Priority. (2012). The World Health Organization. Geneva, Switzerland: WHO.
5. Gregorič - Kramberger, M. (2017). Demenca je izziv sodobne družbe. *Farmaceutski Vestnik*, 68, 123–128.
6. Grimšič, P. (2013). Vpliv absentizma na management znanja v zdravstveni organizaciji (Diplomska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
7. Kos, D. (2010). Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance: Europe 2020. Chronic diseases and disabilities among older people. Pridobljeno s <https://www.oecdilibary.org/docserver/f44c34f1en.pdf?expires=1626259137&id=id&accname=guest&checksum=3DDE2241E4E222867EC0189E95A0008D>.
9. Ritchie, L., Tolson, D. in Danson, M. (2018). Dementia in the workplace case study research: understanding the experiences of individuals, colleagues and managers. *Ageing & Society*, 38, 2146–2175.
10. Sanford, A. M. (2017). Mild Cognitive Impairment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 33, 325–337.
11. Sedlak, S., Lovrečič, M., Jelenc, M., Lovrečič, B., Zaletel, M. in Sambt, J. (2020). Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
12. Silvaggi, F., Leonardi, M., Tiraboschi, P., Muscio, C., Toppo, C. in Raggi, A. (2020). Keeping People with Dementia or Mild Cognitive Impairment in Employment: A Literature Review on Its Determinants. *Int J Environ Res Public Health*, 17, 842. doi:10.3390/ijerph17030842
13. SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Povprečna letna plača za leto 2015–2018. Pridobljeno s <http://www.stat.si/letopis/2019.html>.
14. Toth, M. (2004). *Ekonomika v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
15. Vučković, R. (2010). Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
16. Zbirke podatkov NIJZ (2020): IVZ/3. Ljubljana: NIJZ (2020). Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela (IVZ/3). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Medpoklicno sodelovanje oddelka za zdravstveno nego

UDK 614.21:005.64

KLJUČNE BESEDE: medpoklicno, zdravstvena nega, multidisciplinarni tim, samooskrba

POVZETEK – Medpoklicno sodelovanje v zdravstveni negi je vedno bolj pomembno področje proučevanja in raziskovanja. Dobro medpoklicno sodelovanje je v zdravstvu velikega pomena in vpliva na boljši izid zdravljenja. Zdravstveno oskrbo je potrebno organizirati tako, da spodbuja povezovanje in sodelovanje različnih poklicnih skupin. Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo raziskovanja. Uporabljen je bil obrazec, ki smo ga oblikovali v ta namen s pomočjo negovalnih diagnoz, opredeljenih v NANDI in s pregledom literature. Pridobljene podatke smo primerjali z ocenjevalno lestvico. Raziskava je bila izvedena na oddelku za zdravstveno nego Splošne bolnišnice Jesenice v letih 2016 in 2020. Statistična analiza podatkov je narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2016. V prispevku so predstavljeni rezultati raziskave, s katero smo želeli ugotoviti, ali se stopnja samooskrbe poveča, če je v rehabilitacijo vključeno večje število strokovnjakov različnih poklicnih skupin.

UDC 614.21:005.64

KEYWORDS: interprofessional, nursing, multidisciplinary team, self-care

ABSTRACT – Interprofessional cooperation in nursing is an increasingly important area of study and research. Good interprofessional cooperation is of great importance in health care and has an impact on better treatment outcome. Health care needs to be organised in a way that promotes networking and participation of different professional groups. We chose a quantitative, descriptive research method. For this purpose, we used a form that was created using the nursing diagnoses defined in NANDI and by reviewing the literature. The data for the empirical part will be obtained and compared with the evaluation scale. The research was conducted in the Department of Nursing of the General Hospital Jesenice in 2016 and 2020. Statistical analysis of the data will be done using Microsoft Excel 2016. Since we do not have the data yet, we cannot present the results at this time. We expect that the research will show that the level of self-care increases when a greater number of professionals from different professions are involved in rehabilitation.

1 Teoretična izhodišča

V Sloveniji do leta 2000 nismo imeli negovalnih oddelkov. Vodenje negovalnega oddelka naj bi zaradi vsebine programa dela prevzela diplomirana medicinska sestra. Negovalno osebje kontinuirano zagotavlja kakovostno izvajanje zdravstvene nege in sledi vsem novostim na tem področju. Bolnika obravnava individualno in celostno. S postopki zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje spodbuja bolnika k čim večji samooskrbi in pri tem v največji možni meri vključuje tudi svojce. Ves čas dela v tesni povezavi z ostalimi člani zdravstvenega tima, fizioterapevtom, socialnim delavcem, delovnim terapevtom in zdravnikom (Peternejl, 2013, str. 6–8).

V starosti se dogajajo fizične in psihične spremembe, ki vplivajo na človekovo kvaliteto življenja in samostojnost. Zmanjšuje se sposobnost prilagajanja na mnogih področjih. Najočitnejše se to kaže tudi v večji obolevnosti. Spremembe se kažejo pri različnih ljudeh različno in se spreminjajo glede na starost (Škrabec, 2012, str. 114).

Zdravljenje, ki se za pacienta zaključi uspešno in brez zapletov, je glavni cilj zdravstvenega tima različnih strok, kjer ima vsak nalogo opraviti delo, za katerega ima ustrezne kompetence in formalno izobrazbo (Goričan, 2013).

Uspešen multidisciplinarni tim sestavljajo osebe iz različnih strokovnih področij. Njihov glavni namen je obravnavanja istega primera z različnega vidika z glavnim namenom doseganje skupnega cilja. Vsi zdravstveni delavci pa se morajo zavedati, da brez sodelovanja, skupnih ciljev in potrpežljivosti, ni mogoče doseči vrhunskih rezultatov (Zaletel Kragelj in Pahor, 2011).

Pri oskrbi pacienta se mora enakovredno upoštevati vsakega člana zdravstvenega tima, saj ima vsak raznolike izkušnje, moč in znanje, kljub temu pa imajo vsi enake vrednote za boljšo obravnavo bolnega ali poškodovanega pacienta v neakutni obravnavi (Karajić, 2013).

Medpoklicno sodelovanje vpliva na izide zdravljenja. V literaturi smo zasledili, da na stopnjo samooskrbe vpliva sodelovanje multidisciplinarnega tima in vključevanje svojcev. K pacientu je potrebno pristopiti celostno in zastaviti individualne cilje, s katerimi bo pacient dosegel najvišjo možno stopnjo samooskrbe. Namesto harmoničnega ter spoštljivega sodelovanja v praksi pogosto opazamo trenja, zlasti med zdravniki ter medicinskimi sestrami. Kljub izrednemu napredku znanosti ter tehnologije so medpoklicni odnosi v zdravstvu globoko prežeti s tradicionalno hierarhijo (Ovijač idr., 2012).

2 Metoda

Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo raziskovanja. Uporabljen je bil obrazec, ki smo ga oblikovali v ta namen s pomočjo negovalnih diagnoz, opredeljenih v NANDI in s pregledom literature. Podatke za empirični del bomo pridobili in primerjali z ocenjevalno lestvico. Raziskava je bila izvedena na oddelku za zdravstveno nego Splošne bolnišnice Jesenice v letu letih 2016 in 2020. Statistična analiza podatkov je bila narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2016.

2.1 Raziskovalna metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativno deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Vključeni so bili viri, ki smo jih zbrali s pomočjo strokovne in znanstvene literature, dostopne v Sloveniji in na svetovnem spletu.

2.2 Opis merskega instrumenta

Leta 2015 smo na oddelku za zdravstveno nego izvedli raziskavo, ki je temeljila na povečanju sposobnosti samooskrbe pacienta v času hospitalizacije. V prvi raziskavi je pri obravnavi pacientov sodelovala ena fizioterapevtka, občasno delovna terapevtka in bolnišnična dietetičarka. Do leta 2021 se je medpoklicno sodelovanje na oddelku za zdravstveno nego močno okrepilo. Vključeni so fizioterapevtka, delovna terapevtka, fiziatrinja, dietetičarka in občasno psihiatrinja. Tim za celostno obravnavo pacienta se skupaj z medicinsko sestro srečuje enkrat tedensko. Ker smo vedeli, da delamo dobro smo se odločili, da to tudi potrdimo na primerjalni raziskavi. V empiričnem delu smo podatke zbirali z uporabo obrazca istega obrazca, ki smo ga uporabili pri raziskavi leta 2016. Obrazec smo že leta 2015 izdelali s pomočjo negovalnih diagnoz, opredeljenih v NANDI in s pregledom literature. Podatke za empirični del smo pridobili z ocenjevalno lestvico. Opazovali smo štiri aktivnosti zdravstvene nege, starost pacienta, vključenost delovnega terapevta in fizioterapevta ter ležalno dobo.

2.3 Opis vzorca

Prvi raziskovalni vzorec obsega 66 pacientov, ki so bili hospitalizirani od julija do decembra 2015. Drugi vzorec pa obsega 50 pacientov, ki so bili hospitalizirani od januarja do septembra 2020 in od maja do septembra leta 2021, hospitalizirani na oddelku za zdravstveno nego Splošne bolnišnice Jesenice. Za lažjo predstavitev bomo skupini poimenovali skupina A in skupina B. Pri čemer je skupina A obravnavani pacienti leta 2015, skupina B pa obravnavani pacienti leta 2020 in 2021.

Tabela 1: Starost obravnavanih pacientov

	Skupina	N	Min.	Max.
Starost	A	66	50	98
	B	50	28	99

N = velikost vzorca; Min. = najnižja starost; Max.=najvišja starost

Iz tabele 1 je razvidno, da je bilo v skupini A obravnavanih 66 pacientov. Najnižja starost pacienta je bila 50 let, najstarejši obravnavani pacient je dopolnil 98 let. V skupini B obravnavanih 50 pacientov. Najnižja starost pacienta je bila 28 let, najstarejši obravnavani pacient je dopolnil 99 let.

Tabela 2: Dnevi hospitalizacije pacientov

	Skupina	Min.	Max.
Dnevi hospitalizacije	A	6	55
	B	10	83

Min. = najkrajši čas hospitalizacije; Max.=najdaljši čas hospitalizacije

Iz tabele 2 je razvidno, da je bil v skupini A najkrajši čas hospitalizacije šest dni, najdaljša obravnava pacienta pa se je izvajala 55 dni. V skupini B je bil najkrajši čas hospitalizacije 10 dni, najdaljša obravnava pacienta pa se je izvajala 83 dni.

3 Rezultati

Tabela 3: Kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje pacientov

1	Pacient je popolnoma odvisen od pomoči, ne sodeluje pri hranjenju in pitju, potrebno je nahraniti. Hranjenje po PEG-u, NGS-ju.
2	Delna odvisnost pacienta pri hranjenju in pitju, potrebno je ohranjevanje pacienta, potrebuje pomoč druge osebe, ortopedske pripomočke/prilagojeno okolje.
3	Pacient potrebuje delno pomoč (rezanje hrane, priprava pribora in drugo), ter stalni nadzor in poučevanje.
4	Pacient potrebuje le ortopedske pripomočke/prilagojeno okolje (lonček za pitje, prilagojena žlica in drugo) in vzpodbujanje.
5	Popolna samostojnost pacienta pri hranjenju in pitju. Pacientu hrano le serviramo.

V tabeli 3 so predstavljeni kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje pacientov.

Tabela 4: Sprememba vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje pacientov v času hospitalizacije

			<i>PV</i>
Prehranjevanje in pitje	Skupina A	Ob sprejemu	2,71
		Ob odpustu	3,89
	Skupina B	Ob sprejemu	2,69
		Ob odpustu	4,05

PV = povprečna vrednost;

V tabeli 4 vidimo primerjavo spremembe vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje pacientov v času hospitalizacije. Pacienti skupine B so imeli več obravnave s strani delovne terapevtke, ki jim je do večje samooskrbe pri prehranjevanju in pitju pomagala s prilagojenimi pripomočki, kot je odebeljen ali ukrivljen ročaj pribora za hranjenje.

Tabela 5: Kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje pacientov

1	Pacient je popolnoma odvisen od pomoči, ne more urejati aktivnosti izločanja/odvajanja/inkontinenca urina in blata (urinski kateter, črevesna stoma, plenica in drugo).
2	Pacient potrebuje delno pomoč ene ali več oseb, (namestitev nočne posode, namestitev inkontinentnega programa, aplikacija odvajal).
3	Pacient potrebuje delno pomoč ene ali več oseb, stalni nadzor in poučevanje.
4	Pacient potrebuje le ortopedske pripomočke/prilagojeno okolje in vzpodbujanje (sobno stranišče, urinska steklenica, nastavek za straniščno školjko, spremstvo do stranišča in drugo).
5	Popolna samostojnost pacienta pri aktivnosti izločanja in odvajanja ali samostojna uporaba inkontinentnega programa.

V tabeli 5 so predstavljeni kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje pacientov.

Tabela 6: Sprememba vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje pacientov v času hospitalizacije

			<i>PV</i>
Izločanje in odvajanje	Skupina A	Ob sprejemu	1,65
		Ob odpustu	2,70
	Skupina B	Ob sprejemu	1,68
		Ob odpustu	2,68

PV = povprečna vrednost;

V tabeli 6 vidimo spremembo vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje pacientov v času hospitalizacije. Ker je ta življenjska aktivnost povezana predvsem f fiziologijo delovanja telesa, se sprememba, kljub sodelovanju večjega števila strokovnjakov ni spremenila.

Tabela 7: Kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti gibanje pacientov

1	Pacient je popolnoma odvisen pri gibanju v postelji, potrebuje obračanje, omejitve gibanja/uporaba fizičnih ovirnic.
2	Delna odvisnost pacienta pri gibanju: potrebuje pomoč pri posedanju in presedanju.
3	Pacient potrebuje delno pomoč vsaj ene osebe pri gibanju v prostoru, stalni nadzor in poučevanje.
4	Pacient potrebuje le ortopedske pripomočke/prilagojeno okolje in vzpodbujanje.
5	Popolna samostojnost pacienta pri aktivnosti gibanja.

V tabeli 7 so predstavljeni kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti gibanje pacientov.

Tabela 8: Sprememba vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti gibanje pacientov v času hospitalizacije

			PV
Gibanje	Skupina A	Ob sprejemu	2,03
		Ob odpustu	3,23
	Skupina B	Ob sprejemu	2,08
		Ob odpustu	3,50

PV = povprečna vrednost

V tabeli 8 vidimo spremembo vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti gibanje pacientov v času hospitalizacije. Pri primerjavi skupin opazimo, da se povprečna vrednost ob odpustu v skupini B zvišala več, kot v skupini A. V tem primeru gre za dobro sodelovanje medicinskih sester s fizioterapevtko in delovno terapevtko.

H4: Samooskrba pri življenjski aktivnosti izvajanje osebne higiene pacientov ob odpustu se razlikuje od samooskrbe pacientov ob sprejetju.

Tabela 9: Kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti izvajanje osebne higiene pacientov

1	Pacient je popolnoma odvisen pri osebni higieni in oblačenju od pomoči.
2	Delna odvisnost pacienta pri osebni higieni in oblačenju: potrebuje pomoč pri umivanju hrbta, anogenitalnega predela, pranju las, striženju nohtov, britju in oblačenju/slačenju.
3	Pacient potrebuje pripomočke/prilagojeno okolje, stalni nadzor in poučevanje.
4	Pacient potrebuje pripomočke/prilagojeno okolje in vzpodbujanje.
5	Popolna samostojnost pacienta pri osebni higieni in oblačenju.

V tabeli 9 so predstavljeni kriteriji vrednotenja pri življenjski aktivnosti izvajanje osebne higiene pacientov.

Tabela 10: Sprememba vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti izvajanje osebne higiene pacientov v času hospitalizacije

			PV
Osebna higiena	Skupina A	Ob sprejemu	1,7
		Ob odpustu	2,91
		Ob sprejemu	2,03
		Ob odpustu	3,25

PV = povprečna vrednost;

V tabeli 10 vidimo spremembo vrednosti samooskrbe pri življenjski aktivnosti izvajanje osebne higiene pacientov v času hospitalizacije. Pri primerjavi skupin opazimo, da se povprečna ocena aktivnosti osebne higiene vrednost ostala na približno enaki stopnji povišanja.

4 Razprava

Z našo primerjalno raziskavo smo želeli prikazati, da je pri obravnavi pacientov zelo pomembna multidisciplinarna povezanost strokovnjakov iz večjih področji.

Rezultati raziskave so pokazali, da je razmerje med oceno samooskrbe pacienta med skupinama A in B, večja pri življenjskih aktivnostih, ki niso povezane s samo fiziologijo telesa. Samooskrbo pri aktivnosti hranjenja se lahko izboljša s prilagojenimi pripomočki, pri osebni higieni in gibanju se samooskrba ravno tako delno izboljša z uporabo ustreznih pripomočkov in usmerjanjem pacientov s strani strokovno podkovanega kadra. Na samo samooskrbo pri aktivnosti izločanja pa nimamo velikega vpliva. Telo se prilagodi na nove razmere toliko, kolikor je v danem trenutku sposobno.

Predvidevamo, da na stopnjo samooskrbe vpliva tudi ležalna doba. Dalj časa, kot je pacient hospitaliziran na neakutni obravnavi, večkrat je obravnavan s strani multidisciplinarnega tima in s tem dobi več podpore in nasvetov glede njegovega spremenjenega načina življenja zaradi bolezni ali poškodbe.

LITERATURA

1. Goričan, B. (2013). Naloge medicinske sestre v intenzivni terapiji (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Karajić, A. (2013). Medpoklicno sodelovanje. V M., Blažič (ur.), Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso (str. 154–162) Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
3. Ovijač, D. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (4), 297–301.
4. Peternelj, A. (2013). Od ideje do ustanovitve negovalnega oddelka. V S. Kadivec (ur.), 10 let dela in razvoja negovalnega oddelka (str. 4–9). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
5. Škrabec, M., (2012). Prehranjevanje starostnika. V L. Matić (ur.), Temeljna življenjska aktivnost prehranjevanje in pitje (str. 114–111). Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.
6. Zaletel Kragelj, L. in Pahor, M. (2011). Zdravnik in medpoklicno sodelovanje: seminar. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Uvajanje kazalnika kakovosti higijene rok v domovih za starejše občane

UDK 364-54-053.9:613

KLJUČNE BESEDE: higijena rok, razkuževanje, opazovanje 5. trenutkov za higijeno rok

POVZETEK – Kontaminirane roke zdravstvenih delavcev in sodelavcev so idealen medij za prenos patogenih mikroorganizmov iz uporabnikove kože, sluznice, okolice, na kožo, sluznico ali okolico drugega uporabnika. S higijeno rok se pojmuje umivanje in razkuževanje rok, kirurško umivanje in razkuževanje rok, uporaba rokavic, izvajanje tehnike nedotikanja in nega rok. Standardni ukrepi za preprečevanje okužb so vzdrževanje higijene rok, uporaba osebne varovalne opreme, čiščenje in razkuževanje uporabnikove okolice, čiščenje in razkuževanje pripomočkov, preprečevanje poškodb z infektivnimi ostrimi predmeti, varno upravljanje z odpadki in upoštevanje ukrepov kontaktne, kapljične in aerogene izolacije. Namen prispevka je predstaviti kazalnik kakovosti higijene rok v socialno varstvenem zavodu, katerega uvedba ima cilj zagotoviti boljše oskrbo in zdravstveno nego uporabnikov. Opravljena je bila raziskava opazovanja higijene rok, kjer smo ugotovili, da so zaposleni v DSO Črnomelj izvedli ustrezno higijeno rok pred stikom s pacientom v 88,16 %, pred čistim/aseptičnim opraviлом v 100 %, po možnem stiku s telesnimi tekočinami/izločki v 92,86 %, po stiku s pacientom v 95 %, po stiku s pacientovo okolico pa v 69,23 %. Skupno je bila higijena rok ustrezna v 88,16 %. Pridobljeni rezultati kažejo na to, da bodo v DSO Črnomelj potrebna kontinuirana izobraževanja in delavnice na temo preprečevanja in obvladovanja širjenja bolnišničnih okužb, s poudarkom na ustreznem izvajanju higijene rok.

UDC 364-54-053.9:613

KEYWORDS: hand hygiene, disinfection, 5 moments for hand hygiene

ABSTRACT – Contaminated hands of medical staff with various pathogenic organisms are the optimal medium for transfer of microorganisms from the resident's hands, mucous membranes or environment to the skin or mucous membranes of another resident. Hand hygiene includes hand washing and disinfection, surgical hand washing and disinfection, the use of PPE, cleaning and disinfection of the resident's environment, cleaning and disinfection of utensils and accessories, prevention of injuries with contaminated sharp objects, safe handling of waste and compliance of contact, drip and aerogenic isolation measures. The purpose of this article is to present the guidelines for quality hand hygiene in nursing homes, thereby improving the quality of care provided to residents. A survey was conducted in Črnomelj nursing home which concluded that the employees of Črnomelj nursing home comply with the rules of hand hygiene with the following efficiency: 88.16% before contact with residents, 100% before clean/aseptic work, 92.86% after possible contact with body fluids/secretions, 95% after contact with residents and 69.23% after contact with resident's environment. The overall efficiency was reported to be 88.16%. The obtained data suggests that further and regular training on prevention and control of hospital-acquired infections with emphasis on hand hygiene is needed in Črnomelj nursing home.

1 Teoretična izhodišča

Preprečevanje okužb povezanih z zdravstvom je eden od pomembnih kazalnikov kakovosti dela zdravstvenih delavcev ter zdravstvenih in socialno-varstvenih zavodov. Zdravstvena oskrba v bolnišnicah in socialno varstvenih zavodih je povezana s specifičnim tveganjem nastanka okužb, povezanih z zdravstvom (OPZ). Zaposleni so dolžni izvajati dejavnosti ter ukrepe, ki vodijo k preprečevanju nastanka OPZ. Le-te lahko prizadenejo zaposlene, kot tudi uporabnike. Etiologija okužb, pogostost kontaminiranih rok z različnimi patogenimi organizmi in vloga rok

zaposlenih v zdravstvu pri nastanku OPZ, kažejo, kako pomembna je higiena rok zaposlenih v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih (Prosenin Perme, 2013).

Higiena rok se že dalj časa smatra za najpomembnejši način preprečevanja in obvladovanja OPZ (Mahinda, 2016). Roke zdravstvenih delavcev in ostalih zaposlenih v socialno varstvenih zavodih so najpogostejše sredstvo za prenos mikroorganizmov iz koloniziranega oz. okuženega uporabnika in njegove okolice na druge uporabnike. Strokovnjaki za obvladovanje OPZ, si prizadevajo, da bi ugotovili in odpravili dejavnike, ki prispevajo k slabi higieni rok. Ena izmed novih metod izboljševanja higieni rok je proces spodbujanja zelenega higienskega vedenja. Z uporabo elementov spodbujanja zelenega higienskega vedenja lahko dosežemo boljše rezultate na področju higieni rok in tako potencialno povečamo skladnost higieni rok s standardi ustanove, kar pa teoretično vodi v zmanjšanje nastanka OPZ (King idr., 2016).

Preprečevanje in obvladovanje OPZ je eden od pomembnih elementov zagotavljanja varnosti za uporabnike ter kazalnik kakovosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ter socialno-varstvenih zavodov (Šprajcar, 2013).

1.1 Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi

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. Tu se pogosto pojavijo okužbe povezane z zdravstvom, ki so najpogostejši neželeni dogodek v zdravstveni oskrbi. Vedno bolj se poudarja pomen dobre higienske prakse pri izvajanju zdravstvene nege in vloga, ki jo imajo pri tem zaposleni. Zaposleni imajo pri preprečevanju OPZ pomembno vlogo v zdravstveni negi in oskrbi, saj imajo pri vsakodnevnem delu največ stika z uporabniki (Lejko Zupanc, 2013).

Kakovostna zdravstvena obravnava je osnovna pravica vsakega uporabnika. Cilj zdravstvene ustanove in zaposlenih je zagotoviti kakovostno zdravstveno nego, ki bo varna in učinkovita. Zagotavljanje kakovosti v zdravstvu temelji na sodelovanju med različnimi strokami, spodbujanju timskega dela, povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti in nenehnem izobraževanju kadra. Pri vsakdanjem delu je potrebno prepoznavati možnosti za izboljševanje kakovosti in varnosti uporabnikov. Pri tem pa je pomembno tudi zagotavljanje zdravstvene oskrbe, pri kateri ne bo prihajalo do nepotrebnih smrti ali škode za zdravje zaradi napak, izidi zdravstvene obravnave pa bodo skladni s standardi ali najboljšimi praksami (Škrabl in Trotošek, 2015).

Izboljševanje in spremljanje kakovosti zdravstvene nege je ena glavnih prioritiet vseh razvitih držav. Slovenija je, s sprejetjem Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu, pospešila sistem ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti pacientov. Cilj zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi je, da si prizadevamo, da bomo dosegli čim večjo učinkovitost in čim boljše rezultate pri izvajanju ali vzdrževanju uporabnikovega stanja, pri izboljševanju ali vzdrževanju njegovih funkcionalnih sposobnosti, pri zagotavljanju psihofizičnega ugodja in doseganju uporabnikovega zadovoljstva po opravljeni storitvi.

Kakovost v zdravstvu prikazujemo s kazalniki kakovosti. To so statistične ali druge merljive enote, ki kažejo kakovost zdravstvene oskrbe. Posredno ali neposredno prikazujejo uspešnost delovanja sistema, ustanove, oddelka, tima ali posameznega zdravstvenega delavca. Kazalniki kakovosti predstavljajo mero kakovosti, ki jih izvajalci izračunavajo zato, da imajo sami pregled in nadzor nad kakovostjo zdravstvenih obravnav v lastnih ustanovah. Ob tem pa kazalniki kakovosti nudijo uporabnikom informacije o varnosti in kakovosti obravnave po posameznih ustanovah, plačnikom zdravstvenih storitev pa nudijo informacije o učinkoviti porabi sredstev.

1.2 Higiena rok

Higiena rok se že dalj časa smatra za najpomembnejši in najbolj učinkovit način preprečevanja in obvladovanja OPZ in vključuje številne državne in mednarodne smernice (Mahinda, 2016). Nedosledno izvajanje higiene rok je prisotno v vseh okoljih, v razvitem in nerazvitem svetu in pri vseh profilih zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Razlogi za nedoslednost so številni in odvisni od okolja, infrastrukture, kulturnih razlik in celo od verskega prepričanja. Najpogostejši razlogi, s katerimi osebje razlaga nedosledno izvajanje higiene rok, so: umivanje in razkuževanje rok povzročata draženje in suho kožo, pomanjkanje sredstev za izvajanje postopka, preveč dela, premalo časa in osebja, miselnost, da uporaba rokavic nadomesti potrebo po higieni rok, pozabljivost, nizko tveganje za okužbo pri uporabnikih itd. Znanje o higieni rok v Sloveniji je na visokem nivoju, manjka pa implementacija tega znanja v vsakdanji praksi (Lejko Zupanc, 2013).

Higiena rok je eden najpomembnejših ukrepov pri preprečevanju OPZ in vključuje:

- umivanje rok,
- razkuževanje rok,
- tehniko nedotikanja,
- nego kože,
- uporabo rokavic (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija je 5. maj razglasila za mednarodni dan higiene rok in pozvala zdravstvene organizacije vsega sveta k sodelovanju pri promociji higiene rok in drugih aktivnostih.

Večina študij se osredotoča predvsem na preprečevanje in raziskovanje OPZ v bolnišnicah in s tem zanemarjajo domove za starejše občane (DSO). Številne raziskave navajajo, kot razloge za slabo higieno rok med zdravstvenimi delavci v DSO pomanjkanje izkušenj, natrpane urnike, težke obremenitve, pomanjkanje znanja in premalo umivalnikov za umivanje rok. V večini primerov se higiena rok prej uporablja za zaščito zdravstvenih delavcev in sodelavcev kot pa za zaščito uporabnikov, kajti skladnost higiene rok je višja po stiku z uporabnikom kot pa pred tem. Več osebja skrbi za higieno rok po stiku s telesnimi tekočinami, v primerjavi z ostalimi kontakti z uporabnikom ali njegovo okolico (Liu idr., 2014). Zaposleni bodo bolj skrbeli za higieno rok, če se bodo zavedali, da jih opazujejo (Wilson idr., 2011).

Zaposleni imajo znanje, poznajo indikacije, ko je potrebno higieno rok izvesti, znajo izvesti postopek, vendar pri delu niso dosledni. Kako vplivati na izboljšanje doslednosti izvajanja higiene rok, je zato eno najpogostejših vprašanj, ki si ga zastavljajo tisti, ki praktično delajo na področju preprečevanja OPZ (Lejko Zupanc, 2013).

1.3 Promocija higiene rok

Vse večja družbena odgovornost in ozaveščanje javnosti na področju okužb, povezanih z zdravstvom, nas sili v promocijo najcenejšega in najučinkovitejšega sistema za preprečevanje nastanka le-teh: higiene rok. Pri promociji higiene rok moramo pri zaposlenih upoštevati ne samo vlogo zavoda, pač pa zaposlene obravnavati kot posameznike z osebnimi vedenjskimi in družbenimi normami. Sodeč po številnih raziskavah, na razumljivost higiene rok, kot osnovni in najenostavnejši ukrep pri preprečevanju okužb, povezanih z zdravstvom, na zaposlene vplivajo tudi njihova prepričanja, ki temeljijo na različni stopnji znanja. Zato je za promocijo higiene rok pomemben strukturiran pristop. Najprej je treba zagotoviti dostopnost sredstev za higiensko umivanje in razkuževanje, kar zahteva sodelovanje vodstva zavoda. Nato so potrebne vedenjske spremembe, ki jih dosežemo z izobraževanjem, učnimi delavnicami, nadzorom, s povratnimi informacijami in z organizacijsko podporo. Za doseganje pozitivnih sprememb v promociji higiene rok v zavodu je zasnovan t. i. sveženj za higieno rok (Prosen in Perme, 2013).

V sveženj je vključeno osem načel, ki pokrivajo vsa področja, od dostopnosti do vedenjskih sprememb:

- Prvo načelo zajema kontinuiran nadzor in možnost povratnih informacij o pojavnosti bolnišnično pridobljenih okužb. Zaposlene je treba obveščati o trendu gibanja bolnišnično pridobljenih okužb, pojavljanju večkratno odpornih mikroorganizmov in o pojavu izbruhov.
- Drugo načelo zahteva javno določitev upravnega vodstva in s tem zagotovitev podpore. Oblikovati je treba jasna navodila in priporočila glede higiene rok, zagotoviti sredstva za promocijo in takojšnje obveščanje o spremembah postopkov.
- Tretje načelo definira ustanovitev multidisciplinarnega tima, ki ga koordinira zdravnik za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. Oblikovati je treba mrežo zaposlenih, ki sodelujejo pri potrebnih ukrepih.
- Četrto načelo predpisuje zagotovitev kontinuiranega izobraževanja za zaposlene, uporabnike, svojce in obiskovalce.
- Peto načelo predpisuje dostopnost sredstev za higieno rok.
- Šesto načelo omogoča nudenje povratnih informacij v smislu spodbujanja pozitivnega trenda higiene rok (tekmovanja, nagrade, priznanja ipd.) in tudi izpostavljanje negativnega trenda (opozorilna pisma, kazni itd.).
- Sedmo načelo priporoča uporabo plakatov, pamfletov, zloženk, internetne promocije ipd. za vzpostavitev kontinuitete izobraževanja. Vključuje tudi sodelovanje s strani zaposlenih, uporabnikov, svojcev in obiskovalcev. Odpira možnost imenovanja najboljšega sodelavca na področju higiene rok po kliničnih oddelkih in možnost elektronskega opozarjanja.
- Osmo načelo zajema kontinuiran nadzor in možnost povratnih informacij o uspešnosti zagotavljanja higiene rok (Prosen in Perme, 2013).

1.4 Standardi higiene rok

Na rokah se nahaja stalna mikrobna populacija. Nahaja in razmnožuje se v povrhnjici, prehaja pa pri stiku s pacienti, drugimi osebami, ostalimi predeli lastnega telesa ali okoljem. Dovolj za prenos je že kratkotrajno zadrževanje prehodnih mikroorganizmov na rokah. Različna vnetja na rokah zaposlenih v zdravstvu so lahko vir okužbe za pacienta. Rokavice ne zagotavljajo nepropustnosti, zato niso nadomestilo za higiensko umivanje ter razkuževanje rok (Ministrstvo za zdravje).

Higiena rok je osnovni ukrep za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v zdravstvenih ustanovah. Z njim se pojmuje higiensko umivanje ter razkuževanje rok, kirurško umivanje ter razkuževanje rok, uporabo rokavic ter skrb za zdravo kožo rok (Priročnik o kazalnikih kakovosti, 2010).

Metodologija 5. trenutkov za higieno rok, Svetovne zdravstvene organizacije, zajema pet korakov. V teh petih korakih so vključene vse indikacije, ki jih izvajamo pri bolniku/uporabniku (Perme in Prosen, 2013):

- Prvi trenutek ali korak za higieno rok zajema trenutek pred stikom z bolnikom. Higieno rok izvedemo pred vsakim stikom z bolnikom, ko delavec zapusti okolje zdravstvenih delavcev in se dotakne bolnika ali njegove okolice. Ker je okolica naseljena z bolnikovimi mikrobi ni potrebno, da si po stiku z bolnikovo okolico ponovno razkužimo roke pred dotikanjem bolnika.
- Drugi korak ali trenutek zajema higieno rok pred aseptičnim ali čistim postopkom. Higieno rok izvedemo, ko pridemo v stik z ustno sluznico, apliciramo očesne kapljice, aspiriramo izločke ... Roke si razkužimo, ko imamo stik s poškodovano kožo, oskrbo ran, apliciramo intravenozno terapijo, rokujemo z vstavljenimi katetri in drenažnimi sistemi. V tem trenutku

je zajeta tudi priprava zdravil in hrane. Roke si razkužujemo ne glede na uporabo rokavic, saj uporaba rokavic ne spremeni nobene indikacije za higieno rok.

- Tretji trenutek obravnava trenutek po možnem stiku z bolnikovimi izločki. Roke si razkužimo po stiku s sluznico ali poškodovano kožo. Po stiku z medicinskimi pripomočki ali materialom, odvzemom krvi, rokovanjem s krvjo ali drugimi telesnimi tekočinami. V ta trenutek so zajete tudi indikacije rokovanja z odpadki (obvezilni material, plenice, inkontinenčne podloge) in čiščenje kontaminiranih ter vidno umazanih površin.
- Četrty trenutek zajema trenutek po stiku z bolnikom. Roke si razkužimo, ko zapustimo bolnikovo območje in preidemo v območje zdravstvenih delavcev. Najpomembnejše je, da na oddelku vsi vedo, kaj spada v bolnikovo okolje in kaj spada v okolje zdravstvenih delavcev.
- Peti trenutek obravnava trenutek po stiku z bolnikovo okolico. Roke si razkužimo, ko se dotikamo bolnikove okolice, ali predmetov, ki so v bolnikovi okolici (Perme in Prosen, 2013).

1.5 Opazovanje higiene rok

Opazovanje higiene rok izvajajo usposobljeni opazovalci, ki so pridobili certifikat za opazovalca higiene rok. Učne delavnice za opazovalce higiene rok so organizirane v sodelovanju Ministrstva za zdravje, Nacionalno komisijo za obvladovanje bolnišničnih okužb (NAKOBO) in Službo za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb UKC Ljubljana (Ministrstvo za zdravje). Pomembno je, da upoštevamo priporočen metodološki pristop. Opazovalec je lahko nekdo, ki ima znanje o metodi Pet korakov, ki pozna vsa na vodila za higieno rok v ustanovi, ki pozna standarde izvedbe postopkov in posegov. Po navodilih opazujemo kaj se aktivno dogaja okrog pacienta, ne zapuščamo sobe. Opazovalni čas je 20 minut v enem prostoru in nato lahko nadaljujemo v drugem prostoru. Zabeležimo koga opazujemo, kje se nahajamo, čas opazovanja in katere priložnosti za higieno rok so bile realizirane in katere ne. Posebej moramo dobro poznati protokol uporabe rokavic, saj rokavice ne izključujejo razkuževanja rok. Izkušnje kažejo, da vzporedno lahko opazujemo največ tri izvajalce, ko imamo že določeno večščino opazovanja. Kot opazovalec higiene rok smo nemalokrat v položaju, da se ljudje sodelavci, kolegi odzovejo na naše opazovanje z določeno zadrego. Reakcija na opazovanje sčasoma izgubi intenziteto, saj se opazovani navadijo, da so opazovani (Dolinšek, 2013).

Obrazec za opazovanje je standardiziran, da je enostaven tudi za računalniško obdelavo. V proces opazovanja vstopimo že s pripravljanim obrazcem, z izpolnjenimi generalnimi podatki v glavi obrazca. Če smo opazili neko dogajanje, ki se nam zdi pomembno za oblikovanje komentarjev, pa v ponujenem obrazcu ni tega vprašanja, si posebej zabeležimo. Vsa naša opazovanja temeljijo na dejstvih, da izvajalci poznajo navodila in če nismo prepričani jih je potrebno predhodno anketirati in na podlagi rezultatov dodatno poučiti oziroma dopolniti njihovo znanje. Direktno ne komentiramo ničesar. Ves čas se držimo vloge opazovalca. Na vsa vprašanja odgovarjamo diskretno in spoštljivo. Pomembno je, da čim manj motimo dogajanje delovnih procesov in da skušamo biti »nevidni« (Dolinšek, 2013).

Komisija za obvladovanje okužb (KOBO) v ustanovi mora biti seznanjena z dogovorjeno metodologijo, četudi ni del opazovalne ekipe in tudi z delnimi oziroma končnimi rezultati. Poročanje o rezultatih opazovanja mora biti urejeno s posebnim internim protokolom podajanja informacij, ki ga pripravi odgovorna oseba za izvedbo raziskave higiene rok v ustanovi oziroma KOBO (Dolinšek, 2013).

Največ priložnosti za opazovanje higiene rok je v bolnišnici na intenzivnih oddelkih, kjer je število postopkov in posegov največje. Za načrtovanje kadrov in časa opazovanja nam pomaga

podatek, da je na vsakih 10 intenzivnih postelj potrebno zbrati vsaj 100 priložnosti za higieno rok, da lahko podamo oceno varne obravnave pacienta iz vidika preprečevanja prenosa okužb.

Metoda opazovanja je bila prvotno poglobljeno razmišljena za bolnišnično okolje, vendar interesi merjenja ustrezne higiene rok so tudi v drugih delovnih sredinah v zdravstvu in protokoli so že na voljo na spletnih straneh WHO. (Dolinšek, 2013).

1.6 Kazalnik kakovosti higiene rok

Bolnišnična sporočanja podatkov o doslednosti izvajanja higiene rok MZ so prvič potekala za leto 2015, in sicer dvakrat letno (za prvo in drugo polletje), posebej na enotah intenzivne terapije (EIT) in drugih bolnišničnih oddelkov. Bolnišnice morajo letno poročati o rezultatih opazovanj higiene rok na Ministrstvo za zdravje. Zelo pomembno je, da bi kazalnik kakovosti higiene rok spremljali tudi v socialno varstvenih zavodih, saj bi s tem pripomogli k boljši zdravstveni negi in oskrbi uporabnikov. Navodila za higieno rok so strokovna in enako veljavna za vse zdravstvene, socialno varstvene zavode in njihove zaposlene. Namen pravilne tehnike higiene rok je doseči, da je koža rok brez prehodne flore in s tem prekiniti pot prenosa okužbe preko rok. Zavedati se je potrebno, da so roke zdravstvenih delavcev in sodelavcev za uporabnika bistvenega pomena, saj jim z njimi pomagamo, da poleg osnovne bolezni ne dobijo še OPZ. Ob nepravilnem rokovanju lahko te roke povzročajo resen zaplet med zdravljenjem in podaljšajo ležalno dobo. Kadar pride do prenosa okužbe le-ta skoraj nikoli ni povzročena namerno, šteje se lahko za strokovno napako, povzročeno iz malomarnosti in s tem povezano odgovornostjo.

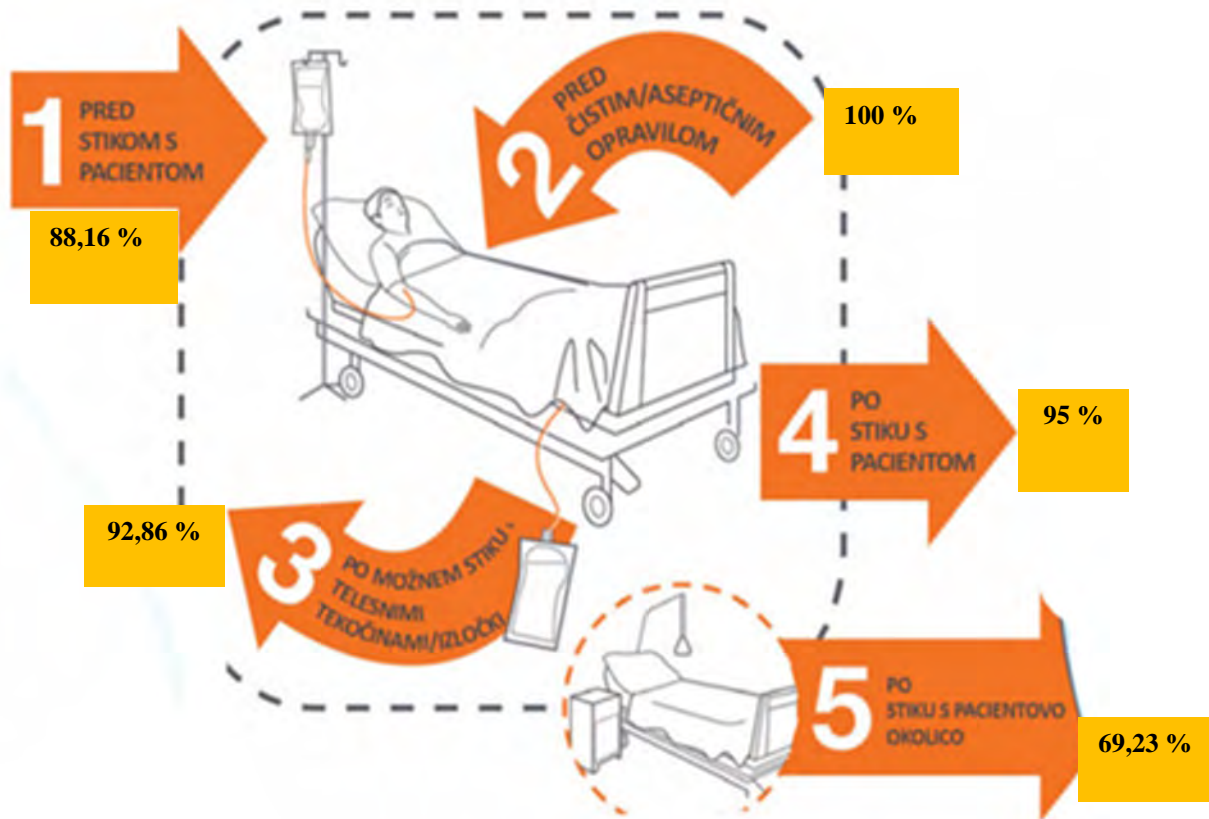
Z uvajanjem kazalnika kakovosti v socialno varstvene zavode bi lahko izboljšali varnost uporabnikov in pripomogli k boljšemu obvladovanju bolnišničnih okužb. Prav tako bi dobili celotno sliko, kje v zavodu so zaposleni šibki in potrebujejo večji nadzor ali več poudarka na izobraževanjih iz določenih tem, povezanih z higieno rok.

2 Metoda

Namen raziskave je predstaviti pomen čistih rok pri preprečevanju prenosa OPZ. Želeli smo raziskati, v kolikšni meri zaposleni v Domu starejših občanov Črnomelj upoštevajo metodologijo 5. trenutkov za higieno rok. Opazovanje smo izvedli na negovalnih oddelkih, kjer so zaposleni različnih služb vključeni v neposredno obravnavo uporabnikov. Med raziskavo in obdelavo podatkov je bila zagotovljena anonimnost zaposlenih. V raziskavo je bilo vključenih 15 zaposlenih, iz različnih področji (tehnik zdravstvene nege, bolničarji-negovalci, strežniki, oskrbovalci, delovni terapevti, fizioterapevti, čistilke in drugi zaposleni-javna dela, študent). Skupno smo v DSO Črnomelj zbrali 73 priložnosti. Pri opazovanju smo upoštevali metodologijo 5. trenutkov za higieno rok in opazovali ali zaposleni prepoznajo omenjene trenutke in si skladno s tem umijejo oziroma razkužijo roke.

3 Rezultati

Slika 1: Prikaz rezultatov



Vir: Lastni vir, 2021.

V DSO Črnomelj so zaposleni pri higieni rok pred stikom s pacientom dosledni v 88,16 %, pred čistim/aseptičnim opraviлом so zaposleni pri higieni rok dosledni 100 %, higieno rok po možnem stiku z telesnimi tekočinami/izločki je v DSO Črnomelj izvajajo 92,86 %, po stiku s pacientom je higiena rok 95 %, po stiku s pacientovo okolico pa so zaposleni v DSO Črnomelj 69,23 %. Skupna doslednost izvajanja higiene rok je 88,16 %.

4 Razprava

Zakonodaja s področja preprečevanja bolnišničnih okužb je jasna. Vsak zdravstveni delavec je odgovoren za vzdrževanje higiene rok in je soodgovoren pri preprečevanju nastanka in prenosa OPZ. Pri nadzoru izvajanja potrebne higiene rok imajo pomembno vlogo vodilne medicinske sestre na oddelkih.

V prizadevanjih številnih strokovnjakov, medicinskih sester, zdravnikov, mikrobiologov, infektologov, pediatrov, sanitarnih inženirjev in drugih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, je higiena rok nadgrajena z novim kazalnikom kakovosti med številnimi drugimi kazalniki, ki se spremljajo na področju varnosti pacientov v slovenskem zdravstvenem sistemu.

V sodobni zdravstveni negi ima pomembno mesto vzdrževanje higiene na delovnem mestu. Kljub priporočilom, zavezam in raziskavam številni raziskovalci ugotavljajo, da se umivanje in razkuževanje rok v zdravstvenih ustanovah ne izvaja učinkovito. Stopnja obolevnosti za bolnišničnimi okužbami je velika. Preprečevanje le-teh prinaša zdravstveni negi izzive, s katerimi se bo potrebno v bodoče soočiti. Razvoj kakovosti je hitrejši, če najdemo priložnost

za razreševanje dilem in posledično usklajevanje med posameznimi strokovnjaki in poklicnimi skupinami. Ob tem je pomembno tudi prenos dobrih praks med oddelki in tudi ustanovami na področju preprečevanja okužb, tudi higijene rok kot temeljnega postopka v preprečevanju tveganj za prenos okužb. Pridobljeni rezultati kažejo na to, da bo v DSO Črnomelj potrebno še naprej v plan vključevati izobraževanja iz področja preprečevanja širjenja bolnišničnih okužb, s poudarkom na higijeni rok. Prav tako bo potrebno v zavodu večkrat izvesti delavnice, z notranjim prenosom znanja iz področja higijene rok in nadzor z opazovanjem higijene rok. Diplomirane medicinske sestre je potrebno izobraziti za opazovanje higijene rok, saj s tem lahko redno periodično spremljamo kakovost izvajanja higijene rok.

LITERATURA

1. Dolinšek, M. (2013). Higijena rok kot nov kazalnik kakovosti v zdravstvu. V I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (ur.), *Okužbe povezane z zdravstvom* (str. 55–60). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
2. King, D., Vlaev, I., Everett - Thomas, R., Fitzpatrick, M., Darzi, A. in Birnbach, D. J. (2016). "Priming" hand hygiene compliance in clinical environments. *Health Psychol*, 35 (1), 96–101. <https://doi.org/10.1037/hea0000239>
3. Lejko Zupanc, T. (2013). Pomen higijene rok za preprečevanje bolnišničnih okužb. V I. Grmšek Košnik, S. Hvalič Touzery, B. Skela - Savič (ur.), *Okužbe povezane z zdravstvom* (str. 42–47). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
4. Liu, W-I, Liang, S-Y, Wu, S-FV in Chuang, Y-H (2014). Hand hygiene compliance among the nursing staff in freestanding nursing homes in Taiwan: a preliminary study. *Int J Nurs Pract* (str. 46–52). Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24580975/>.
5. Mahinda, N. (2016). Hand hygiene compliance: are we kidding ourselves? *J Hosp Infect* (str. 307). Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26988123/>.
6. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (2010). Priročnik o kazalnikih kakovosti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.
7. Prosen, M. in Perme, J. (2013). Dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije na temo higijene rok. *Okužbe povezane z zdravstvom* (str. 48–53). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
8. Prosen, M. in Perme, J. (2013). Higijena rok in nadzor higijene rok v povezavi s preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 161–165.
9. Škrabl, N. in Trotošek, T. (2015). Varnost pacienta in odgovornost medicinske sestre. V T. Požarnik (ur.), *Kakovost in varnost v sodobni operacijski zdravstveni negi* (str. 111–115). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti.
10. 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 (str. 14–18). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
11. Wilson, S., Jacob, C - J. in Powwell, D. (2011). Behavior-change interventions to improve handhygiene practice: a review of alternatives to education. *Crit Public Health*, 21 (1), 119–127. Pridobljeno s <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581591003786122>.

Preprečevanje incidentov in okužb pri zaposlenih v zdravstveni negi

UDK 614.253.5:614.8

KLJUČNE BESEDE: incident, okužbe, ostri pripomočki, preventiva

POVZETEK – Eno večjih nevarnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja uporaba ostrih pripomočkov pri delu in možnost poškodbe ter posledično okužbe. Tej nevarnosti niso izpostavljeni le tisti, ki jih uporabljajo, ampak tudi drugi, ki prihajajo v stik s pacientom neposredno ali posredno. Zato je pri preprečevanju poškodb in morebitnih posledičnih okužb pomembno v prvi vrsti zavedanje možnosti poškodbe in okužbe, varna uporaba ostrih pripomočkov in tudi varno odlaganje le teh. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako dosledno zaposleni v praksi upoštevajo navodila za varno delo, zakaj prihaja do incidentov in poznavanje ukrepov ob nastalem incidentu. Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop in deskriptivno metodo dela. Podatke smo zbirali s strukturiranim anketnim vprašalnikom. Vzorec je zajemal 108 zaposlenih v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da zaposleni pogosto upoštevajo preventivne postopke za delo. V veliki meri je prisotno pokrivanje uporabljenih ostrih predmetov. Dve tretjini jih že ima izkušnjo z incidentom, najpogosteje zaradi hitenja in odlaganja ostrih pripomočkov v okolico. Zaposleni poznajo postopek ukrepanja ob incidentu. Incidenti niso bili vedno prijavljeni, saj so ocenili pacienta kot nerizičnega..

UDC 614.253.5:614.8

KEYWORDS: incident, infections, sharps, prevention

ABSTRACT – One of the biggest hazards for healthcare workers is the use of sharps at work and the potential for injury and subsequent infection. This risk is not only for those who use them, but also for others who come into direct or indirect contact with the patient. Therefore, awareness of the potential for injury and infection, safe use of sharps and safe disposal of sharps are of primary importance in preventing injury and possible subsequent infection. The aim of this survey was to find out how consistently employees follow safe work instructions in practice, why incidents occur and what actions they are aware of when an incident does occur. We used a quantitative research approach and a descriptive working method. Data were collected using a structured questionnaire. The sample consisted of 108 nursing workers. We found that employees often follow preventive procedures for work. There is a high level of handling of used sharps. Two thirds of them have experienced an incident, mostly due to rushing and disposing of sharps in the surroundings. Employees are familiar with the incident action procedure. Incidents were not always reported as the patient was not considered to be at risk.

1 Uvod

Incident predstavlja poškodbo s kontaminiranim ostrim predmetom, razlitje ali razpršitev krvi ali telesnih tekočin, ki jim je primešana kri, na poškodovano kožo ali sluznico (očesno, nosno, ustno). Incident je tudi razlitje krvi po večji površini intaktne kože ali sluznice (Lužnik - Bufon, 2002, v Pesjak in Putar, 2011, str. 100). Poškodba z ostrim predmetom lahko nastane z vbodom ali z vreznino z uporabljenim kontaminiranim pripomočkom, kot je na primer igla, lanceta, skalpel in podobno. Na podlagi evropske direktive 2010/32/EU je bila leta 2013 v Sloveniji sprejeta Uredba o varovanju delavcev pred tveganji zaradi poškodb z ostrimi pripomočki (Novak, 2014, str. 62). Uredba se uporablja za vse, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in pri delu uporabljajo ostre pripomočke. Njen namen je vzpostaviti celosten pristop pri ocenjevanju in preprečevanju tveganja, usposabljanju, obveščanju, ozaveščanju in nadzoru (Uredba o

varovanju delavcev pred tveganji zaradi poškodb z ostrimi pripomočki, 2013, 2. in 3. člen). Delodajalec je dolžan zagotoviti varno delovno okolje, vključno z organizacijo dela. Ustrezno opremljeni in usposobljeni delavci so ključni za preprečevanje poškodb in posledičnih okužb z ostrimi predmeti. Zato si delodajalec skupaj z delavci prizadeva izbrati varno delovno opremo, varne postopke dela, vrste usposabljanja, načine obveščanja in ukrepanja za preprečitev poškodb (Musič, 2013, str. 324).

Zaposleni v zdravstvu so pri svojem delu izpostavljeni številnim mikroorganizmom. Največ skrbi za tiste, ki se lahko prenašajo z okuženo krvjo, predstavljajo virus hepatitisa B (HBV) in C (HCV) ter človeški virus imunske pomanjkljivosti (HIV). Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na nevarnost za prenos okužbe ob incidentu so vrsta mikroba, način izpostavitve, količina krvi, ki ji je bil poškodovanec izpostavljen in plazemska viremija izvora okužbe (»indeks bolnik«) ob izpostavitvi (Matičič in Tomažič, 2013, str. 82–83). HBV ima najvišjo koncentracijo v krvi in predstavlja najpomembnejši vir prenosa v zdravstvu (Fujs Komloš in Poljak, 2013, str. 316–317). Tveganje za prenos okužbe pozitivnega vira je ocenjena na 22–40 % (Matičič in Tomažič, 2013, str. 84). HCV je v serumu običajno prisoten v nižjih koncentracijah kot HBV (Fujs Komloš in Poljak, 2013, str. 318). Po izpostavitvi krvi ali telesni tekočini, okuženi s HCV, so dokazali serokonverzijo pri 1,5–4 % izpostavljenih zdravstvenih delavcev, ki so bili predhodno negativni. Verjetnost za okužbo zdravstvenega delavca s HIV po parenteralni izpostavitvi kože je bila ocenjena na 0,33 % (Matičič in Tomažič, 2013, str. 84).

V kolikor je prišlo do poškodbe zaposlenega z ostrim kontaminiranim predmetom, ki je bil uporabljen pri poznani osebi, imamo možnost testiranja te osebe na virusne markerje. V skupino s povečanim tveganjem za okužbo s krvno prenosljivimi virusi sodijo moški, ki imajo spolne odnose z moškimi; osebe, ki prejemajo plačilo za spolne odnose; osebe, ki izvirajo iz države, ki imajo visoko prevalenco okužbe s HBV/HCV/HIV; intravenski uporabniki drog; osebe, katerih spolni partner ima znano okužbo s HBV/HCV/HIV (Gregorčič in Matičič, 2018, str. 62).

2 Poškodbe z ostrimi predmeti

Eno večjih nevarnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja uporaba ostrih pripomočkov pri delu ter z njimi povezanih poškodb in morebitnih okužb. Preventivno postopanje in ustrezna obravnava poškodb je nujna za preprečevanje in zmanjševanje morebitnih nadaljnjih zapletov.

2.1 Vzroki za poškodbe

Zupančič Knavs (2013, str. 59) navaja v študiji, ki so jo opravili med leti 2007 in 2011 na URI SOČA, da je do poškodb z uporabljenimi iglami prišlo pri nepazljivem in nepravilnem ravnanju ter zaradi nepravilnega odlaganja. Vrezi so se zgodili pri čiščenju inštrumentov (škarje) in pri uporabi rezila pri čiščenju aparature (odstranjevanje lepilnega traku s skalpelom). Prav tako Garus-Pakowska in Górajski (2019, str. 1) v svoji štiri letni študiji, kjer je bilo zabeleženih 9775 poškodb, ugotavljata, da je v 72,6 % dogodek zabeležen pri medicinskih sestrah, igla pa je bila najpogostejši predmet poškodbe pri vseh poklicnih skupinah (79,5 %). Tudi Kosten (2006, str. 239) ugotavlja, da so najpogostejši predmet poškodbe igle. Največ poškodb nastane po končanem posegu (61 %), poškodovana oseba pa ni vedno neposredni uporabnik, poškodbe nastajajo tudi pri odstranjevanju odpadkov in rokovanju z umazanim perilom. Na število incidentov vpliva več dejavnikov: ustrezna strokovna usposobljenost in ustrezno ravnanje z nevarnimi predmeti. Velik pomen ima tudi preutrujenost, saj se je večina incidentov zgodila v drugi polovici delovnega časa in v nočni izmeni, v svoji študiji ugotavlja Zupančič Knavs (2013, str. 59). D'Ettorre (2017, str. 598) v svoji študiji ugotavlja, da so bile poškodbe najpogostejše pri tistih medicinskih sestrah, ki so delale tri ali več nočnih izmen v sedmih dneh

pred dogodkom. Njena študija podpira potrebo po organizacijskih ukrepih, ki so usmerjeni v izvajanje časovno sprejemljivih urnikov dela in izogibanje nočnim izmenam več kot dvakrat tedensko.

2.2 *Ukrepi za preprečevanje*

Pri vsakem oprasku s pacientom je potrebno izvajati standardne ukrepe, ki vključujejo higieno rok, uporabo osebne varovalne opreme, čiščenje in/ali razkuževanje pripomočkov, površin in opreme, varno rokovanje z ostrimi predmeti in ustrezno odstranjevanje odpadkov (Tomažič idr., b. d., str. 6). Zupančič Knavs (2013, str. 58) dodaja, da uporaba rokavic zmanjša možnost okužbe pri poškodbah z ostrimi predmeti. Med standardne previdnostne ukrepe sodi tudi izobraževanje zdravstvenih delavcev o preprečevanju prenosa okužb s krvjo, načinu prenosa, posledicah izpostavljenosti in potrebnih preventivnih ukrepih (Matičič in Tomažič, 2013, str. 85). Zaposlene je potrebno seznanjati z vsebinami, kot so pravilna uporaba pripomočkov in zaščitnih sredstev, opisi tveganja, pregledi študij primerov, preventivni ukrepi, postopki poročanja o poškodbah ter ukrepanje v primeru poškodbe, analiza predhodnih dogajanj in predstavitev novosti (Novak, 2014, str. 63). Kolar (2009, v Zupančič Knavs, 2013, str. 58) našteva sledeče ukrepe, s katerimi je mogoče močno zmanjšati tveganje za okužbo zaradi vbodov z iglo: uporaba zaprtega sistema jemanja krvi in varne metode ravnanja z ostrimi predmeti (varnejše tehnike podajanja inštrumentov in odlaganje ostrih predmetov v namenske zbiralnike); na voljo naj bo dovolj zbiralnikov za ostre predmete, ki naj bodo čim bližje ob posegu, uporabljene krvave igle in druge ostre predmete takoj zavržemo; rezilo skalpela previdno snemamo z nosilca s prijemalko; zbiralniki morajo biti zaščiteni pred izpadanjem ostrih predmetov in polni le do dveh tretjin, nato pa jih hermetično zapremo; nikoli ne segamo s prsti v zbiralnik in ne potiskamo ostrih predmetov vanj; uporaba »varnih« igel, ki imajo vgrajen varnostni sistem, ki preprečuje poškodbe pred, med in po postopku. Dodaja, da so vsi, ki ravnaajo z ostrimi predmeti, tudi odgovorni za njihovo pravilno odlaganje in odstranjevanje ter malomarno odvrženi ostri predmeti (v smeti, perilo) pomenijo nevarnost za poškodbe in okužbe drugih zdravstvenih delavcev.

Med posebne preventivne ukrepe spada cepljenje proti HBV, ki je zakonsko urejeno. Cepljeni morajo biti vsi zdravstveni delavci, dijaki in študenti zdravstvenih šol, ki pri delu s pacienti lahko pridejo v stik s krvjo ali drugimi telesnimi tekočinami. Cepljenje sestavljajo trije odmerki cepiva, ki zaščitijo več kot 90 % zdravih prejemnikov z ustrezno zaščitno koncentracijo protiteles po cepljenju (>10 IE/l protiteles proti HBsAg). Tisti, ki ne ustvarijo zadovoljive zaščite, bi morali biti ponovno cepljeni oz. bi morali biti poučeni o drugih preventivnih ukrepih v primeru incidenta (Matičič in Tomažič, 2013, str. 85–86).

2.3 *Ravnanje ob poškodbi*

Vsak zaposleni mora poznati ukrepe prve pomoči v primeru nastanka incidenta. Zupančič Knavs (2013, str. 56) opiše postopek ukrepanja v primeru vboda ali vreza z uporabljenim ostrim predmetom v naslednjih korakih: iztiskanje mesta poškodbe, da kri izteče; izpiranje mesta poškodbe pod mlačno tekočo vodo ali fiziološko raztopino vsaj 10 minut; mesto poškodbe dobro osušimo, razkužimo z alkoholnim razkužilom, ki naj učinkuje vsaj 2–3 minute, rano zaščitimo. Po izvedeni prvi pomoči sledi prijava incidenta. Poškodbo se prijavi odgovorni osebi delovnega področja. Izpolni se ustrezne obrazce (zapisnik o nezgodi pri delu, prijavnica o poškodbi zdravstvenega delavca). Potrebno je odvzeti kri za virusne markerje (HBV, HCV, HIV) tako pacientu, s katerim je prišel oster predmet v stik, kot tudi poškodovancu (zdravstvenemu delavcu) (Kosten, 2006, str. 238). V primeru, da gre za pacienta, ki je okužen z omenjenimi virusnimi markerji, je potreben takojšen posvet z infektologom (Zupančič Knavs, 2013, str. 57).

Kayley idr. (2006, v Kosten, 2006, str. 239) navajajo, da ostanejo poškodbe velikokrat neprijavljene, ker je osebje prezaposleno, kadar se poškodbe zgodijo ob koncu dela ali poškodovani delavec bolnika ne šteje za rizičnega. Poročanje o poškodbi se vzpodbuja, da se ob vsaki povratni informaciji usmerja na sistemske dejavnike in ne na napake posameznika. Poročanje o poškodbi je orodje za razvijanje in vzdrževanje zavedanja tveganja, poročila pa so dobra podlaga za učenje iz izkušenj. Sistem evidentiranja in poročanja mora biti tak, da zaposlenemu vzame minimalno časa. S pravočasno prijavo poskrbi tudi za sebe, saj je v primeru potrebe z ukrepi možno začeti takoj, ko so znani izvidi titrov protiteles. Poročanje o poškodbah z ostrimi predmeti je tudi eden od kazalnikov kakovosti na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije (Novak, 2014, str. 62).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako dosledno zaposleni v praksi upoštevajo navodila za varno delo z ostrimi pripomočki, kakšno je njihovo postopanje ob incidentu. Želeli smo tudi ugotoviti, kateri razlogi privedejo do incidenta.

3 Metode

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji raziskovanja in deskriptivni metodi dela. Za pregled literature smo uporabili bibliografske baze PubMed, Google Scholar, COBISS. V drugem delu so bili podatki zbrani s pomočjo ankete.

3.2 Opis instrumenta

V raziskavi smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil kreiran za potrebe te raziskave. Odgovori v vprašalniku so bili večinoma zaprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh delov. Prvi del je zajemal postopke za varno delo z ostrimi predmeti, poznavanje ukrepov ob incidentu ter najpogostejše razloge za poškodbo. Drugi del vprašalnika se je nanašal na ukrepanje ob dogodku z ostrim predmetom. Tretji del je bil namenjen demografskim podatkom. Vprašalnik je vseboval 14 vprašanj, na katera so odgovarjali vsi. Dodatna tri vprašanja so bila pogojna, saj so na ta vprašanja odgovarjali le tisti, ki so pri svojem delu že bili kdaj poškodovani z ostrim predmetom.

3.3 Opis vzorca

Za izvedbo raziskave smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec zaposlenih v zdravstveni negi. V anketi je sodelovalo 176 oseb, v analizo pa je bilo vključenih 108 oseb, ki so anketo izpolnili v celoti. Največ anketirancev pripada starostni skupini 45 let in več (36 % oz. 39 oseb), sledi skupina 35–44 let (28 % oz. 30 oseb), v starostni skupini 25–34 let je 25 % anketirancev (27 oseb), v najmanjšem deležu je zastopana skupina 18–24 let (11 % oz. 12 oseb). V raziskavi je sodelovalo največ srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov/tehnikov zdravstvene nege (52,8 % anketiranih oz. 57 oseb). Višje/diplomirane medicinske sestre oz. diplomirani zdravstveniki so zastopani v 41,7 % (45 oseb). Trije od sodelujočih so magistri zdravstvene nege (2,75 %) in trije študenti zdravstvene nege (2,75 %). V raziskavi prevladujejo osebe z delovno dobo več kot 15 let (47,2 % oz. 51 oseb), sledijo osebe z delovno dobo 6–15 let (41,7 % oz. 45 oseb), najmanj jih je z delovno dobo do 5 let (11,1 % oz. 12 oseb).

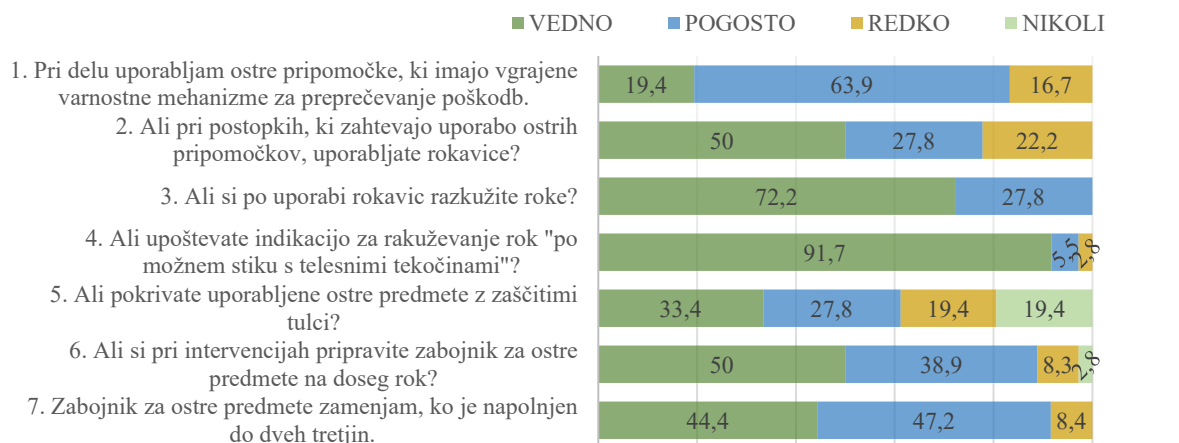
3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika, ki je bil kreiran v spletni platformi 1ka.si. Dostop do vprašalnika je bil poslan zaposlenim v zdravstveni negi, ki pri svojem delu uporabljajo ostre predmete, po elektronski pošti. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Ob

pristopu smo navedli namen raziskave in pri izvedbi upoštevali etična načela raziskovanja. Zbiranje podatkov je potekalo preko internetnega portala v maju in juniju 2020. Podatki so bili vneseni v program Microsoft Excel 2016, v katerem so bili obdelani.

4 Rezultati

Graf 1: Postopki za varno delo z ostrimi predmeti in preprečevanje okužb



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Anketiranci pri svojem delu pogosto uporabljajo ostre predmete z vgrajenimi varnostnimi mehanizmi. 50 % anketirancev (54 oseb) vedno uporablja rokavice pri uporabi ostrih predmetov. V smislu preprečevanja okužb skoraj vsi anketiranci vedno razkužijo roke po možnem stiku s telesnimi tekočinami (91,7 % oz. 99 oseb), po uporabi rokavic pa 72,2 % anketiranih (78 oseb). Visok je odstotek tistih, ki vedno pokrivajo ostre predmete po uporabi (33,4 % oz. 36 oseb) in tudi tistih, ki to počno pogosto (27,8 % oz. 30 oseb). Razmeroma malo je tistih, ki uporabljenih ostrih predmetov nikoli ne pokrivajo (19,4 % oz. 21 oseb) glede na to, da si 50 % anketirancev (54 oseb) vedno pripravi zabojnik za ostre predmete na doseg rok. Slaba polovica anketiranih (44,4 % oz. 48 oseb) zamenja zabojnik za ostre predmete vedno, ko je napolnjen do dveh tretjin.

Tabela 1: Vrstni red ukrepanja ob incidentu z ostrim predmetom

Zaporedje postopkov	Delež anketiranih (število oseb)
Prijava in obveščanje odgovorne osebe; odvzem krvi pacientu in poškodovancu; stiskanje, izpiranje in razkuževanje vbodnega mesta	2,8 % (3)
Stiskanje, izpiranje in razkuževanje vbodnega mesta; obveščanje odgovorne osebe in prijava; odvzem krvi pacientu in poškodovancu; pogovor o dogodku	94,4 % (102)
Odvzem krvi pacientu in poškodovancu; stiskanje, izpiranje in razkuževanje vbodnega mesta; obveščanje odgovorne osebe in prijava	2,8 % (3)

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Pravilno zaporedje postopkov ob incidentu z ostrim predmetom poznajo skoraj vsi udeleženci. Za zaporedje »stiskanje in razkuževanje vbodnega mesta; obveščanje odgovorne osebe« nihče ne meni, da bi bilo to ustrezno zaporedje ukrepov ob poškodbi z ostrim predmetom.

Tabela 2: Cepljenje proti HBV

Status cepljenja	Delež anketiranih (število oseb)
DA, titer protiteles poznam	52,8 % (57)
DA, titra protiteles ne poznam	41,7 % (45)
NE	5,5 % (6)

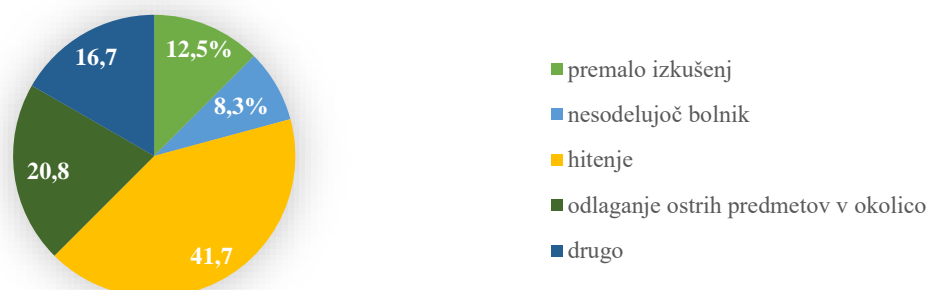
Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Na vprašanje »Ali ste cepljeni proti hepatitisu B?« so skoraj vsi anketiranci odgovorili z da (94,5 %), vendar le 52,8 % anketirancev pozna svoj titer protiteles od zadnje kontrole. Le šest anketirancev ni cepljenih proti hepatitisu B (5,5 %).

Po mnenju anketirancev pride do poškodb z ostrim predmetom najpogosteje zaradi hitenja. Takega mnenja je kar 69,4 % (75 anketirancev). Drugo mesto si po pogostosti delijo sledeči vzroki (vsak je dosegel 8,4 % oz. zanj se je opredelilo po devet oseb): utrujenost, nesodelujoč pacient in odlaganje ostrih predmetov v okolico. Trije anketiranci (2,7 %) so mnenja, da je najpogostejši vzrok premalo izkušenj in trije (2,7 %), da pride do poškodb z ostrim predmetom zaradi drugih razlogov, navajajo »po nesreči«.

Med anketiranci je sodelovalo 72 tistih, ki se jim je že zgodil incident z ostrim predmetom (66,7 %), 36 (33,3 %) jih take izkušnje nima.

Graf 2: Vzrok nastalega incidenta z ostrim predmetom



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

V nobenem primeru ni bil vzrok poškodbe utrujenost. Drug vzrok za nastanek poškodbe je bil pri šestih anketirancih natikanje pokrovčka nazaj na iglo, pri treh preveč napolnjen kontejner za ostre predmete in pri treh nesreča. Večina jih je incident prijavilo (87,5 % oz. 63 anketiranih), le 9 ga ni (12,5 %); razlog: »ni se mi zdelo potrebno, ker sem ocenil/a, da pacient ne sodi v kategorijo rizičnih oseb«.

5 Razprava

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da anketiranci pri svojem delu pogosto upoštevajo preventivne postopke za varno delo. Iz vprašanj oz. trditev, ki so jih ocenjevali, v veliki meri odstopajo odgovori o pokrivanju uporabljenih ostrih predmetov, saj to počne kar 61,2 % anketirancev vedno ali pogosto kljub temu, da si jih velik delež vedno ali pogosto (skoraj 90 %) pripravi pri intervencijah kontejner za ostre predmete na doseg rok. Že v teoretičnem delu omenjena Uredba

prepoveduje uporabo pokrovčkov za ponovno pokrivanje ostrih predmetov. Rokavice, ki zmanjšajo možnost okužbe pri incidentu, so pri anketirancih zelo pogosto uporabljene, saj jih 50 % uporablja vedno ob uporabi ostrih predmetov. Prepoln kontejner je lahko vzrok za poškodbo, ki pa ga anketiranci v večji meri zamenjajo, ko je napolnjen do dveh tretjin. Manjši delež je tistih, ki pri svojem delu vedno uporablja ostre predmete z vgrajenimi varnostnimi mehanizmi za preprečevanje poškodb. Tu nastopi vloga delodajalca, ki je dolžan zamenjati nevarne ostre pripomočke z varnejšimi, ki so opremljeni z zaščitnimi mehanizmi.

Kljub temu, da se anketiranci v večji meri poslužujejo ukrepov varnega dela, jih dve tretjini že ima tovrstno izkušnjo. Najpogostejši vzrok je bil hitenje in odlaganje ostrih predmetov v okolico. Tudi sicer so anketiranci mnenja, da je hitenje najpogostejši vzrok za poškodbo. Drugi vzroki za nastale incidente so bili tudi premalo izkušenj in nesodelujoč pacient, natikanje zaščite nazaj na iglo in preveč napolnjen kontejner za ostre predmete. Noben od incidentov se v raziskavi ni zgodil zaradi utrujenosti, ki ga Zupančič Knavs navaja kot enega od dejavnikov, ki vpliva na število incidentov. 9 udeležencev incidenta ni prijavilo. Kot razlog neprijavljenega incidenta so navedli, da se jim to ni zdelo primerno, ker so ocenili, da pacient ne sodi v kategorijo rizičnih oseb.

Prijava incidenta sodi med postopke ukrepanja ob poškodbi (pravilen vrstni red postopkov pozna 94,4 % anketirancev). Spremljanje podatkov je zakonsko urejeno in tudi daje vpogled posamezni enoti, kakšno je stanje incidentov z ostrimi predmeti. Na podlagi teh podatkov se lahko načrtuje nadaljnje ukrepe preventive oz. postopke, na katere se je treba bolj osredotočiti.

Izjemnega pomena ima izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev za varno rokovanje z ostrimi predmeti, vendar ne samo uporaba pripomočkov in ustrezno odlaganje, tudi poznavanje tveganja za virusne okužbe, poznavanje uredbe, poekspozicijskih ukrepov, tudi npr. kakšni so ukrepi, če se poškoduje zdravstveni delavec, ki nima ustrezne zaščite ali je neodzivnik na cepljenje proti HBV in podobno. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da skoraj polovica anketirancev ne pozna svojega titra protiteles proti HBV. Izobraževanja so potrebna za novo zaposlene in tudi za ostale, ki so že v procesu, za osvežitev znanja, seznanjanje z novostmi in tudi za krepitev zavedanja o tovrstnem tveganju.

Zavedati se je potrebno, da do poškodb lahko pride tudi pri delavcih, ki pri svojem delu ostrih predmetov ne uporabljajo. Neustrezno odlaganje (npr. v napačne odpadke) lahko privede do incidenta pri čistilki. Pomembni so tudi hermetično zaprti kontejnerji za ostre predmete, saj se v zbiralnici neustrezno zaprti lahko odprejo in pride do poškodb. Zato morajo zdravstveni delavci z ostrimi predmeti ravnati odgovorno, da zaščitijo sebe in tudi druge. Ob tem pa ne smemo zanemariti tudi pomena kulture opozarjanja med zdravstvenimi delavci ob neustreznih postopkih pri uporabi ostrih predmetov.

LITERATURA

1. D'Ettorre, G. (2017). Needlestick and sharp injuries among registered nurse: a case-control study. *Annals of Work Exposures and Health*, 61 (5), 596–599. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx027>
2. Fujs Komloš, K. in Poljak, M. (2013). Virusne okužbe, povezane z zdravstvom, ki se prenašajo s krvjo. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 315–322.
3. Garus - Pakowska, A. in Górajski, M. (2019). Epidemiology of needlestick and sharp injuries among health care workers based on records from 252 hospitals for the period 2010–2014, Poland. *BMC Public Health*, 19 (1), 634. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6996-6>
4. Gregorčič, S. in Matičič, M. (2018). Obravnava z virusom hepatitisa C in/ali HIV okuženega pacienta v zobozdravstveni ambulanti. V *Z. Fras (ur.), Nujna medicinska stanja v zobozdravstveni ambulanti (str. 57–64)*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.

5. Kosten, T. (2006). Poškodbe zdravstvenih delavcev z ostrimi predmeti. *Obzornik zdravstvene nege*, 40 (4), 237–241.
6. Matičič, M. in Tomažič, J. (2013). Ukrepi ob incidentu v zdravstvu. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 81–88.
7. Musič, D. (2013). Ravnanje z ostrimi predmeti v zdravstvu-nova evropska uredba. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 323–325.
8. Novak, M. (2014). Varno delo z ostrimi predmeti, poškodbe-je upoštevanje direktive vse, kar lahko naredimo? V S. Kadivec (ur.), *Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: zbornik predavanj; program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege* (str. 61–67). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
9. Pesjak, K. in Putar, B. (2011). Rokovanje z ostrimi predmeti in uporaba varnih tehnik dela v zdravstveni dejavnosti. V M. Lahe in A. Lovrenčič (ur.), *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved* (str. 99–106). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru.
10. Tomažič, J., Pečavar, B., Vovko, T., Turel, G., Maver, M., Klavs, I. idr. (b.d.). HIV in zdravstveni delavci. Pridobljeno s https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/priponke_campaign_m/hiv-in-zdravstveni-delavci-2019-fin-b.pdf?sfvrsn=23283236_2.
11. Uredba o varovanju delavcev pred tveganji zaradi poškodb z ostrimi pripomočki (2013). Uradni list Republike Slovenije, št. 46. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED6405>.
12. Zupančič Knavs, I. (2013). Neželeni dogodki v zdravstvenem okolju na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije-SOČA v letih od 2007 do 2011. *Rehabilitacija*, 12 (2), 55–60.

Poznavanje paliativne oskrbe

UDK 616-036.8-083

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, pacient, neozdravljiva bolezen, svojci

POVZETEK – Paliativna oskrba, ki postavlja pacienta z napredovano boleznijo in njegove bližnje vedno bolj v ospredje, je v slovenskem prostoru vedno bolj prepoznana. Gre za aktivno celostno obravnavo bolnikov z neozdravljivo boleznijo in podporo njihovim bližnjim. Namen raziskave je bil ugotoviti poznavanje paliativne oskrbe med zdravstvenimi delavci, splošno populacijo in študenti zdravstvene nege ter ozaveščenost o urejenosti paliativne oskrbe za paciente, ki paliativno oskrbo potrebujejo v regijski bolnišnici in tudi ugotoviti potrebe po vzpostavitvi paliativne enote v dolenjski regiji. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. V raziskavo, ki je bila izvedena na strokovnem srečanju ob svetovnem dnevu zdravja, je bilo vključenih 183 udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, socialnem varstvu, vzgoji in izobraževanju ter študentov zdravstvene nege. Ugotovili smo, da je več kot polovica sodelujočih v raziskavi ocenila, da ima samo približno znanje o paliativni oskrbi. Tretjina sodelujočih, zaposlenih v zdravstvu, pa sploh ne ve, kako je v regionalni splošni bolnišnici poskrbljeno za paciente, ki potrebujejo paliativno oskrbo. Glede potreb po vzpostavitvi oddelka za paliativno oskrbo v regionalni splošni bolnišnici pa več kot polovica anketiranih meni, da je omenjen oddelek potreben.

UDC 616-036.8-083

KEYWORDS: palliative care, patient, incurable disease, owners

ABSTRACT – Palliative care, which provides better and better care for patients with advanced illness and their relatives, is gaining more and more recognition in Slovenia. It is an active, holistic treatment of patients with incurable diseases and supports their loved ones. The research determined the knowledge of palliative care among health care workers, the general population and nursing students, as well as the awareness of the regulation of palliative care for patients in need of palliative care in regional hospitals and the need to establish a palliative care unit in the Dolenjska region. The data was collected using a survey technique. The survey, which was conducted as part of an expert meeting on the occasion of World Health Day, included 183 people working in health care, social care, education and as students of health care. We found that more than half of the study participants estimated that they had only an approximate knowledge of palliative care. One third of the participants who are health care workers do not even know how patients who need palliative care are cared for in regional general hospitals. Regarding the need to establish a palliative care department in regional general hospitals, more than half of the respondents believe that this department is necessary.

1 Paliativna oskrba

Paliativna oskrba (PO) predstavlja celostno obravnavo pacienta z neozdravljivo boleznijo in podporo njihovim svojcem, ki vključuje zdravstveno nego, obvladovanje bolečine in drugih simptomov bolezni, hkrati pa tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Omenjene oblike pomoči izboljšajo kakovost življenja in omogočijo obolelim dostojno življenje do smrti. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje, pomoči pa so deležni tudi pacientovi svojci v času pacientove bolezni in v procesu žalovanja. Ministrstvo je leta 2010 sprejelo program razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji, vendar so še danes prisotna pričakovanja po ureditvi paliativne oskrbe, ki je pogosto zapletena in zahteva sodelovanje ekipe strokovnjakov različnih poklicev, ki imajo izobrazbo omenjenega področja. Prepoznava pacientov, ki potrebujejo PO, je največja pomanjkljivost sedanjega zdravstvenega sistema v Sloveniji. Večina pacientov ob koncu življenja potrebuje

osnovno paliativno obravnavo, izvajalci pa naj bodo zdravstveni delavci zdravstvenih domov in bolnišnic. Potrebe pacienta in njihovih bližnjih predstavljajo dinamičen proces in se lahko z napredovanjem bolezni hitro spreminjajo. Zato je zelo pomembno pravočasno vključevanje tima specialistične paliativne obravnave, kadar je to potrebno (Červek, 2014, str. 2; Peternelj in Lunder, 2010, str. 61).

PO v ospredje postavlja pacienta z napredovalo neozdravljivo boleznijo in njegove bližnje, pri tem pa skuša podpirati čim boljše kakovost življenja tudi na psihosocialni in duhovni ravni. PO si prizadeva za ohranjanje kompleksnega komuniciranja s pacientom in njegovimi svojci ter dobro komunikacijo med člani paliativnega tima, vzpostavitev zaupanja in partnerski odnos, empatičen odnos članov tima, podporo družini in bližnjim, spremljanje, vrednotenje in lajšanje simptomov napredovale bolezni ter kontinuiteto paliativne oskrbe (Slak, 2014, str. 43).

Ni »idealnega« mesta za umiranje in smrt, in tudi mesto smrti oziroma kraj smrti ni vedno odločitev umirajočega. Inštitucije so že v prejšnjem stoletju postale najpomembnejši prostor umiranja. V preteklosti je še vedno večina ljudi umirala doma, v začetku 21. stoletja pa ljudje najpogosteje umirajo v bolnišnicah in v domovih za ostarele (Department of Health, 2008, str. 23). V Sloveniji je vsako leto delež umrlih v zdravstvenih ustanovah še vedno večji od 50 odstotkov (Statistični urad Republike Slovenije, 2012).

Delež umrlih se v slovenskih bolnišnicah vsako leto povečuje kljub temu, da večina pacientov želi umreti doma. Vedno bolj se poudarja razvijanje PO v domačem okolju. Pacient v tem primeru lahko ostane doma, aktivno vlogo pa prevzamejo svojci. Ves čas obravnave pacienta so svojci aktivno vključeni v njegovo oskrbo, kar prispeva k občutju, da so ob smrti bližnjega zanj storili vse, kar je bilo mogoče (Berčan, 2016, str. 52). Koffman (2013, str. 13) ugotavlja, da je prelaganje skrbi z družine v roke izkušenih profesionalcev eden očitnejših simptomov, ki kažejo na tabuizacijo smrti in le še povečujejo strah pred njo.

Z dokazi podprta spoznanja, da z zgodnjo PO izboljšamo kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih in da pri nekaterih skupinah obolenj dosežemo podaljšanje življenja, nas zavezujejo k organizaciji zgodnje PO. Ključnega pomena pri uresničevanju PO je, da se pacientu omogoči, da čim več časa preživi na svojem domu oziroma v domačem okolju s svojimi bližnjimi (Peternelj in Lunder, 2010, str. 62).

Slovensko društvo Hospic se kot edina tovrstna nevladna organizacija vključuje v PO s svojim poslanstvom, ki ga predstavlja celostna in sočutna oskrba umirajočih, njihovih svojcev in žalujočih odraslih in otrok. Paciente obravnava tam, kjer živijo – na domu ali v ustanovah, in sicer na njihovo lastno željo ali po priporočilu strokovnih služb, prijateljev in znancev. Usmerjena je v podporo pacientov v zadnjih tednih in dnevih ter njihovim bližnjim, da bi resnično živeli do konca ob učinkovitem lajšanju telesnih, čustvenih, socialnih in duhovnih težav (Peternelj in Lunder, 2010, str. 64).

Peternelj in Lunder (2010, str. 63) poudarjata, da bi vsaka regija morala ustanoviti time specialistične PO, ki s svetovanji lahko pokrivajo potrebe na primarni ravni in v bolnišnicah. V bolnišnicah je potrebno organizirati posteljne enote specialistične PO za zapletene situacije pacientov in njihovih bližnjih. Smiselno pa bi bilo razširiti dejavnost obstoječih ambulant za zdravljenje bolečine.

1.1 Mobilni paliativni tim

Mnogo razvitih držav se danes sooča s povečanjem števila kronično neozdravljivo obolenih, ki potrebujejo drugačen pristop k obravnavi, ti. paliativni pristop. Gre za celostni pristop, ki poleg medicinskih strokovnjakov vključuje tudi strokovnjake drugih specialnosti, glavni namen take obravnave pa je dvig kakovosti življenja kljub omejitvam, ki jih prinaša neozdravljiva bolezen.

Vključitev paliativnega pristopa v standardno medicinsko obravnavo na vseh ravneh zdravstvenega sistema je tudi ena od prednosti SZO, Sveta Evrope in zaveza vseh evropskih držav. Slovenija je bila ena prvih evropskih držav, ki je oblikovala Državni program razvoja paliativne oskrbe, ki je bil sprejet in podpisan leta 2010 na Vladi RS, sočasno pa je bil izoblikovan tudi Akcijski načrt. Predvideva delo na vseh ravneh: izobraževanje strokovne in laične javnosti, vpeljavo priporočil paliativnega pristopa in oblikovanje paliativno usmerjenih timov na bolnišničnih oddelkih, vpeljavo nove organizacijske oblike v zdravstvenem sistemu Slovenije – mobilne paliativne enote. Paliativni pristop in pravica do paliativnega pristopa imata tudi zakonsko podlago v obstoječi zakonodaji. Mobilna paliativna enota je specialistična enota, ki omogoča prehod pacienta iz bolnišničnega okolja v domačo oskrbo, in če je potrebno tudi obratno. Zaposleni v tej enoti imajo poglobljena znanja iz vodenja pacientov z napredujočo, neozdravljivo boleznijo, komunikacije, sporočanja resnice in različna orodja za ocenjevanje globine duhovne ali psihološke stiske. Njihovo področje dela je specializirano za paciente z napredujočo, neozdravljivo, kronično boleznijo v vseh fazah te bolezni, kadar sta simptomatika in problematika take bolezni prezahtevni za osnovno obravnavo. Oceno zahtevnosti obravnave poda izbrani osebni zdravnik, ki mora za vodenje pacienta v mobilni paliativni enoti izdati tudi napotnico in določiti obseg pooblastil. Izbranemu osebnemu zdravniku lahko napotitev predlaga pacient sam, drugi specialisti, dežurna služba, vedno pa je potrebno način dela dogovoriti med zdravnikom iz mobilne enote in izbranim osebnim zdravnikom. Pacienta tako vključujemo v koordinirano vodenje, izdelanemu načrtu obravnave pa sledijo tudi vse ostale službe, na katere se pacient/družina obračajo. Pacient se lahko ne odloči za tako obliko vodenja, zato mu je potrebno pojasniti, kakšne prednosti in slabosti tako vodenje ima. Po izkušnjah iz tujine zadošča en mobilni tim za približno 150.000 prebivalcev in približno 20 % pacientov z napredujočo, neozdravljivo boleznijo potrebuje tovrstno obravnavo. Pogosteje so to pacienti, ki živijo sami in bi radi ostali v domačem okolju, pacienti z mladoletnimi otroki, pacienti s kombiniranimi znaki in simptomi bolezni. Oskrba je predvsem namenjena tistim pacientom, ki želijo ostati v domačem okolju. Organizacija in postavljanje mobilnih timov je zasnovana regijsko in je odvisna od interesa in potreb posamezne regije. Mobilne enote naj bi bile organizacijsko vezane na bolnišnični nivo in zagotavljale tudi konziliarno službo za regijske bolnišnice in podporo zdravnikom v domovih starejših občanov v regiji (Lopuh, 2017, str. 25–26).

2 Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti poznavanje paliativne oskrbe med zdravstvenimi delavci, splošno populacijo in študenti zdravstvene nege ter ozaveščenost o urejenosti paliativne oskrbe za paciente, ki paliativno oskrbo potrebujejo v regijski bolnišnici ter ugotoviti potrebe po vzpostavitvi paliativne enote v dolenski regiji.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarne podatke za analizo smo pridobili s tehniko anketiranja. Za potrebe teoretičnega dela smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo, ki smo jo pridobili s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz s področja paliativne oskrbe (bibliografske baze podatkov, PubMed, CINAHL, Cobiss).

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Vprašalnik je bil namenjen splošni in

strokovni javnosti (zaposlenim v zdravstvu, socialnem varstvu, izobraževalni instituciji) in je vseboval 14 vprašanj. Prva tri vprašanja so demografska, kjer nas je zanimal spol, starost in status anketirancev, sledijo vprašanja o paliativni oskrbi. Vprašalnik je vseboval tudi dve vprašanji z ocenjevanjem po Likertovi lestvici, kjer so anketiranci odgovarjali na zastavljene trditve.

2.3 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili udeležence strokovnega srečanja v aprilu 2021. Sodelujoči so bili iz vrst zdravstvenih delavcev, torej zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki in tudi splošna javnost, ki so se odzvali povabilu na srečanje. V raziskavi je sodelovalo 183 anketirancev.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketiranje, ki je potekalo v sklopu strokovnega izobraževanja aprila 2021 preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Pridobljeno je bilo soglasje s strani UNM FZV. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno anketiranje. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja. Zbrani podatki so bili računalniško obdelani s programom Microsoft Office Excel ter SPSS, analizirani in grafično prikazani v obliki tabel.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 183 anketirancev, od tega 156 (85 %) žensk in 27 (15 %) moških. Do 25. leta starosti je bilo 99 (54 %) anketiranih, med 25. in 35. letom 19 (10 %), med 36. in 45. letom 34 (19 %), med 46. in 55. letom 19 (10 %), med 56. in 65. letom 8 (4 %) in en anketirani, star med 66. in 75. letom starosti. Izmed anketiranih je bilo 85 (46 %) študentov zdravstvene nege, 45 (25 %) zaposlenih v zdravstvu, 20 (11 %) zaposlenih v socialnem varstvu, 14 (8 %) študentov, 12 (7 %) zaposlenih v vzgoji in izobraževanju in 4 (2 %) so bili zaposleni v drugem sektorju.

Poznavanje paliativne oskrbe:

Od skupnega števila sodelujočih v raziskavi (183) je več kot polovica anketiranih (98; 54 %) ocenila, da ima samo približno znanje o paliativni oskrbi, 38 (21 %) anketirancev pa meni, da potrebuje dodatna izobraževanja o paliativni oskrbi. Da so le slišali za paliativno oskrbo meni 5 (3 %) anketirancev. Med zaposlenimi v zdravstvu je več kot polovica (52 od 90) tistih, ki imajo samo približno znanje o paliativni oskrbi, samo 16 zaposlenih v zdravstvu pa navaja, da ima dovolj natančno znanje o paliativni oskrbi, 20 (12 %) zaposlenih pa je izrazilo potrebo po dodatnem znanju iz paliativne oskrbe. Glede poznavanja paliativne oskrbe med splošno populacijo je največ tistih, ki imajo približno znanje iz paliativne oskrbe, 12 oseb, zaposlenih v socialnem varstvu pa je ocenilo, da potrebujejo dodatna izobraževanja iz področja paliativne oskrbe. Med študenti pa je enako število tistih, ki menijo, da imajo približno znanje iz PO kot tistih, ki ocenjujejo, da imajo dovolj natančno znanje iz PO.

Večina (76 %) anketiranih, zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu meni, da izvajajo celostno zdravstveno obravnavo paliativnega pacienta, večina njih (85 %) pa se strinja, da je pri obravnavi neozdravljivo bolnega pomembno upoštevati tudi pacientovo družino. 79 % sodelujočih predstavlja delež vprašanih, ki se ne strinja s trditvijo, da pri paliativni oskrbi niso vključeni tudi svojci pacienta in druge njemu pomembne osebe. Slaba polovica (47 %) sodelujočih se samo delno strinja, da paliativni pacient in njegovi svojci prejmejo dovolj

informacij za izvajanje paliativne oskrbe v domačem okolju, pri informiranju pacienta pa upoštevajo njegovo zdravstveno stanje, kar meni 71 % vprašanih.

Anketirani se najbolj strinjajo s trditvami »PO je pravica vsakega državljana Slovenije, ki jo potrebuje« (PV = 4,6, SO = 0,78), »Pacient, vključen v PO, se lahko odloči, da umre doma« (PV = 4,5, SO = 0,75), »V PO je vključena tudi duhovna oskrba in žalovanje svojcev« (PV = 4,5, SO = 0,74), »Hospic je pomemben člen PO« (PV = 4,4, SO = 0,81), »PO je aktivna celostna pomoč pacientom vseh starosti z napredovalno kronično neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim« (PV = 4,3, SO = 1,02) in »PO izboljšuje kakovost življenja bolne osebe« (PV = 4,3, SO = 0,89). Slabše je strinjanje s trditvami »PO je oskrba onkološkega pacienta v terminalni fazi« (PV = 3,2, SO = 1,18), »PO je pristop k pacientom in njihovim družinam z namenom, da bi pacientom podaljšali življenje v primeru ozdravljive bolezni« (PV = 2,3, SO = 1,26), »Bistvo PO je uvedba protibolečinske terapije nekaj dni pred smrtjo« (PV = 2,2, SO = 1,09) in »PO se začne v obdobju umiranja, nekaj dni pred smrtjo« (PV = 2,1, SO = 1,13). Anketiranci se ne strinjajo s trditvami »V PO ne vključujemo svojcev pacienta in njemu pomembnih drugih« (PV = 1,5, SO = 1,00), »PO je namenjena samo pacientom z rakom« (PV = 1,4, SO = 0,67), »PO ni primerna za otroke in starostnike« (PV = 1,4, SO = 0,81) in »PO pospešuje smrt« (PV = 1,4, SO = 0,67).

Potreba po vzpostavitvi paliativnega oddelka v regionalni bolnišnici:

66 (36 %) anketiranih, zaposlenih v zdravstvu ne ve, kako je v Splošni bolnišnici Novo mesto poskrbljeno za paciente, ki potrebujejo paliativno oskrbo, 48 (26 %) jih meni, da je za paliativne paciente poskrbljeno pomanjkljivo, 26 (14 %) anketiranih meni, da je zadovoljivo, 20 (11 %) da ni ustrezno in 8 (4 %) sodelujočih, zaposlenih v zdravstvu meni, da je za neozdravljivo bolne v SBNM poskrbljeno zelo dobro.

Da je potreben paliativni oddelek v Splošni bolnišnici Novo mesto, meni 66 (36 %) anketiranih, 52 (28 %) meni, da je nujno potreben, 30 (16 %) meni, da je potreben, a znotraj obstoječih oddelkov, 20 (11 %) anketiranih pa meni, da je morda potreben paliativni oddelek. Nihče od 183 sodelujočih v raziskavi pa ni navedel, da SBNM omenjenega oddelka ne potrebuje.

4 Razprava

Z raziskavo smo obravnavali problematiko sodobne družbe, ki je zelo aktualna, vendar je za rešitev obstoječe problematike zelo pomembno zavedanje potreb po profesionalnem znanju v paliativni oskrbi kot celotnem sistemu zdravstvenega varstva. Pri oskrbi z neozdravljivo bolnimi in umirajočimi je potrebna ustrezna izobrazba. Ugotovili smo, da medicinske sestre in drugo zdravstveno osebje kot tudi laiki prepoznajo in izražajo potrebo po ustreznem znanju, ki je potrebno za nudenje kakovostne paliativne oskrbe, da lahko sodelujejo v timu ter nudijo neprekinjeno obravnavo. Največ so glede izobraževanja o paliativni oskrbi v slovenskem prostoru naredile medicinske sestre na področju prepoznavanja in obvladovanja simptoma bolečine. Prva izobraževanja o paliativni oskrbi v Sloveniji je leta 2000 pripravila Sekcija medicinskih sester v onkologiji na temo napredujoči rak. Nadaljnja izobraževanja so bila na Onkološkem inštitutu Ljubljana, kjer so izvajali delavnice s področja komunikacije s težko bolnimi in komunikacije v timu (Skela Savič, 2005, str. 247). Podobno je leta 2003 pričela tudi Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, kjer je izobraževanje potekalo s področja paliativne oskrbe in komunikacije (Slak, 2013, str. 15). V okviru izvedenega projekta Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji so bila izvedena številna izobraževanja za strokovno javnost na vseh ravneh zdravstvene in socialne obravnave v procesu paliativne oskrbe. Največ izobraževanj je bilo izvedenih s področja vključevanja v paliativno oskrbo, prepoznavanja ter vodenja simptomov v paliativni obravnavi, komuniciranja

in vodenja procesa umiranja. Potekala so v obliki strokovnih srečanj, predavanj, delavnic in neposrednega učenja ob pacientu (Peternelj, 2011, str. 59). Leta 2011 je bilo na Gorenjskem organizirano 40-urno podiplomsko izobraževanje (šola Auda Sapere) iz paliativne oskrbe za zdravstvene delavce in sodelavce paliativnega tima. Program izobraževanja je bil povzet po Evropskem združenju za paliativno oskrbo in prirejen za razmere v Sloveniji, vseboval pa je vse ključne vsebine paliativne oskrbe (Lopuh in Zupančič, 2011). Slovensko združenje paliativne medicine je pričelo z izobraževani o paliativni oskrbi leta 2012, leta 2013 pa so začeli z serijo Korak za korakom, kot del celostnega izobraževanja na področju paliativne oskrbe, ki jo nadgrajuje Inštitut za paliativno medicino in oskrbo, ustanovljen na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Izvajajo specialistične 120-urne tečaje za posamezne poklicne skupine, izobraževanja pa potekajo pod okriljem državne usklajevalke paliativne oskrbe (Lopuh, 2014). Redna izobraževanja o paliativni oskrbi za strokovno javnost organizirajo tudi Klinika Golnik, Onkološki inštitut ter slovensko društvo Hospic. Nekateri posamezniki pa si pridobivajo dodatno strokovno znanje o paliativni oskrbi v tujini (Červ, 2013, str. 3). Univerzitetna klinika Golnik in Onkološki inštitut Ljubljana in sta edini, ki omogočata redno dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje. Tu poteka tudi raziskovanje na področju paliativne oskrbe (Lunder, 2013, str. 64). Izobraževanja specialističnih timov v Sloveniji ne potekajo enovito. Nekateri člani timov se izpopolnjujejo v tujini ali v okviru domačih izobraževanj, nekateri pa so še vedno brez formalnih dodatnih izobraževanj (Lunder, 2013, str. 63). Plank (2016, str. 84) navaja, da so v Sloveniji na voljo eno ali dvodnevna izobraževanja za vse zdravstvene kadre. Ugotavlja, da imajo določene fakultete in visoke šole za zdravstveno nego zadnja leta v študijskem načrtu obveznih ali izbirnih predmetov tudi paliativno oskrbo. Vidno pa se povečuje zanimanje za izobraževanje s področja paliativne oskrbe v okviru kongresov in temeljitih izobraževanj za zdravstvene in druge strokovne delavce (Červ, 2013, str. 5).

Ko bližnja oseba zboli, ji svojci želijo nameniti čim več razpoložljivega časa in ji pomagati po najboljših močeh. Vendar pa skrb za bolnega bližnjega postavlja svoje pred zahtevno nalogo, kako uskladiti skrb za bližnjega z vsakodnevnimi obveznostmi na eni strani, z neznanjem v zvezi z boleznijo, potekom bolezni in postopki nege in oskrbe na drugi strani, ob vsem tem pa so tudi sami čustveno prizadeti, saj se zavedajo prihajajoče izgube svojega bližnjega. Pacient in njegovi bližnji se v času neozdravljive bolezni srečujejo z mnogoterimi problemi in dilemami, ki jih niso zmožni reševati sami, zato potrebujejo pomoč in podporo strokovnjakov različnih področij, ki imajo poleg strokovnega znanja svojega poklicnega področja tudi znanje iz paliativne oskrbe, komunikacije in sposobnost razumevanja stiske pacienta in njegovih bližnjih (Slak, 2015, str. 54). Mnogi družinski člani kažejo izredno priložnost in prilagajanje na nastalo situacijo, nekatere pa prizadene hud stres. Nekateri občutijo tesnobo, ranljivost in depresijo ter pogosto trpijo zaradi težav, povezanih z zdravjem (Gaudio, Zaider, Brier in Kissane, 2012, str. 1025).

V Sloveniji se osnovna paliativna oskrba izvaja na vseh ravneh zdravstvenega in socialno-varstvenega sistema, vendar ni celostna, ker še ne obstajajo celovite in kontinuirane povezave med različnimi zdravstvenimi in drugimi ustanovami. Veliko vlogo na primarni ravni imajo specialisti družinske medicine in patronažne medicinske sestre. Izvajanje specialistične paliativne oskrbe je prepuščeno zavzetosti nekaterih posameznikov in ustanov ter posledično poteka le občasno in nesistematično (Krčevski Škvarč idr., 2010). Z raziskavo smo ugotovili, da Splošna bolnišnica Novo mesto potrebuje oddelek za paliativno oskrbo. Za območje Dolenjske in tudi širše se pojavlja potreba po ustanovitvi enote za organizirano oskrbo neozdravljivo bolnih pacientov. Vpeljava mobilnih timov je velik organizacijski in strokovni zalogaj in zahteva veliko potrpežljivega soočanja z dnevnimi zaprekami. Vsekakor po zgledu uspešnih držav, ki so jih že vpeljale, upamo in računamo na njihovo dobro vključitev tudi v slovenski zdravstveni sistem (Lopuh, 2017, str. 25–26), čeprav je skrb vzbujajoče dejstvo, da v

Sloveniji od sprejetja Nacionalnega programa paliativne oskrbe leta 2010 (Ministrstvo za zdravje, 2010) deluje samo en mobilni paliativni tim, kar kaže na nedosledno izvajanje akcijskega načrta v okviru sprejetega nacionalnega programa. Le Gorenjska ima mobilno paliativno enoto, čeprav ugotavljamo, da bi model organiziranosti paliativne oskrbe potrebovali tudi na Dolenjskem in Beli krajini.

5 Zaključek

V zadnjih desetletjih se življenjska doba podaljšuje, povečuje se tudi pojavnost nenalezljivih kroničnih bolezni, izmed katerih je rak še vedno na drugem mestu po stopnji umrljivosti. Posledično se povečujejo tudi potrebe po holističnem pristopu k paliativni oskrbi. Demografski podatki kažejo, da zaradi staranja prebivalstva in kronično neozdravljivih bolezni vedno več pacientov potrebuje paliativno oskrbo, zato je njeno sprejetje nujno potrebno tako med zdravstvenimi delavci kot med ostalim prebivalstvom.

Na sistemsko ureditev paliativne oskrbe pomembno vpliva celoten zdravstveni sistem v smislu njene formalne opredelitve in organizacije na vseh nivojih zdravstva. Njeno izvajanje je še vedno prepuščeno le nekaterim posameznikom in ustanovam, zato ne poteka enotno in sistematično. Pri oskrbi pacienta ob koncu življenja je z vidika organiziranosti zdravstvenega sistema pomembno razvijati dobro povezanost paliativne oskrbe in komuniciranja med posameznimi ustanovami, kjer se pacient nahaja, bodisi na primarni ravni (na njegovem domu) kot tudi na sekundarni in terciarni ravni (v bolnišnicah in na klinikah). Za vpeljavo kakovostne paliativne oskrbe je pomembno dobro sodelovanje z izvajalci zdravstvene oskrbe na vseh nivojih zdravstvenega sistema, seveda ob predpostavki, da so izvajalci paliativne oskrbe ustrezno izobraženi ter da je javnost seznanjena z možnostmi paliativne oskrbe v domači regiji.

LITERATURA

1. Berčan, M. (2016). Model celostne oskrbe umirajočega pacienta (Doktorska disertacija). Maribor: Alma Mater Europaea.
2. Červ, B. (2013). Značilnosti paliativne oskrbe. V Program organizirane paliativne oskrbe za domove starejših občanov (str. 1–7). Ljubljana: Dom starejših občanov Fužine in Zavod za razvoj paliativne oskrbe.
3. Department of Health (2008). End of Life Care Strategy - promoting high quality care for all adults at the end of life. London. Pridobljeno s <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life>.
4. Gaudio, F. D., Zaider, T. I., Brier, M. in Kissane, D. W. (2012). Challenges in providing family-centered support to families in palliative care. *Journal of Palliative medicine*, 26 (8), 1025.
5. Koffman, J. (2013). Barriers to dying at home. Izzivi sedanjosti za trdnejšo prihodnost - prepletimo znanje. Posvet o paliativni oskrbi z mednarodno udeležbo. Brdo pri Kranju, 26. in 27. september 2013. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne medicine
6. Lopuh, M. (2017). Organizacija mobilnih paliativnih timov v Sloveniji. V B. Kosmina Štefančič (ur.), *Z znanjem in izkušnjami do kakovostne paliativne oskrbe*. Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe.
7. Lopuh, M. (2014). Šola paliativne oskrbe / Korak za korakom. Ljubljana: Slovensko združenje za paliativno oskrbo.
8. Lopuh, M. in Zupančič, M. (2011). Podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe na zgornjem Gorenjskem: šola auda sapere. *Isis*, 12,70–72.
9. Lunder, U. (2013). Možnosti paliativne oskrbe v Sloveniji. V Program organizirane paliativne oskrbe za domove starejših občanov (str. 61–66). Ljubljana: Dom starejših občanov Fužine in Zavod za razvoj paliativne oskrbe.

10. Peternelj, A. (2011). Kratek povzetek poročila: Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji. V U. Lunder (ur.), Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice (str. 55–68). Ljubljana: Bolnišnica Golnik-Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
11. Peternelj, A. in Lunder, U. (2010). Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji: pilotni projekt. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
12. Plank, D. (2016). Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
13. Skela Savič, B. (2005). Pomen zdravstvene nege pri paliativni oskrbi. V S. Novakovič (ur.), Paliativna oskrba bolnikov z rakom (str. 9–12). Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
14. Slak, J. (2013). Paliativna oskrba v okviru slovenskega zdravstva. Pogreb ni tabu-revija, ki ruši tabuje, 2, 14–16.
15. Slak, J. (2014). Celostna obravnava pacienta in družine v paliativni oskrbi. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
16. Slak, J. (2015). Vključevanje svojcev v paliativno oskrbo in pomen medpoklicnega sodelovanja. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
17. Sluga, S. (2013). Zdravstvena nega umirajočega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. V A. Presker Planko in K. Esih (ur.), Paliativna zdravstvena nega. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
18. Statistični urad Republike Slovenije. (2012). Statistični letopis 2012. Pridobljeno s <http://stat.si/letopis/>.

Spodbujanje krvodajalstva

UDK 614.885:159.947.5

KLJUČNE BESEDE: krvodajalstvo, transfuzijska medicina, krvodajalci, motivacija

POVZETEK - Krvodajalstvo predstavlja množično prostovoljsko udejstvovanje ljudi, ki nesebično sodelujejo na krvodajalskih akcijah in na takšen način pomagajo pacientom pri ohranitvi življenja. Namen raziskave je bil identificirati dejavnike, ki vplivajo na posameznike, da se odločijo za darovanje krvi. Uporabljen je bil pregled strokovne in znanstvene literature v dostopni bibliografski bazi COBISS, PubMed in Cinahl, z omejitvenimi kriteriji leto izida od 2012 do 2021, slovenski in angleški jezik ter dostopnost besedila. V podrobnejšo analizo vsebine je bilo vključenih 9 člankov. Določenih je bilo 14 kod, ki so bile združene v dve kategoriji: izzivi pri pridobivanju krvodajalcev in spodbujanje krvodajalstva. Na podlagi zbranih podatkov je moč sklepati, da ima veliko ljudi znanje o pomenu darovanja krvi ter zakaj je tako pomembno, da imamo zadostne količine krvi, pa vendar so še vedno prisotne ovire za darovanje. Boljše razumevanje dejavnikov, ki spodbujajo posameznike za darovanje bi pripomoglo k večjemu številu krvodajalcev.

UDC 614.885:159.947.5

KEYWORDS: blood donation, transfusion medicine, blood donors, motivation

ABSTRACT - Blood donation is a mass voluntary effort by people who selflessly participate in blood donations and in this way help patients to save lives. The aim of the study was to identify the factors that influence individuals in their decision to donate blood. A review of professional and scientific literature in the accessible bibliographic databases COBISS, PubMed and Cinahl was performed, with the limiting criteria being year of publication from 2012 to 2021, Slovenian and English language and accessibility of the text. 9 articles were included in the more detailed content analysis. 14 codes were identified and classified into two categories: challenges in obtaining blood donors and promotion of blood donation. From the data collected, it can be concluded that while many people are aware of the importance of blood donation and why it is so important to have adequate amounts of blood, there are still barriers to donation. A better understanding of the factors that motivate people to donate would help to increase the number of blood donors.

1 Teoretična izhodišča

Transfuzijska medicina se kot stroka ukvarja s preskrbo s krvjo (krvodajalstvom, zbiranjem, testiranjem in predelavo krvi ter z izdelavo, shranjevanjem in posredovanjem krvnih pripravkov), z zdravljenjem s krvjo in krvnimi pripravki, celicami in posebnimi postopki in z laboratorijskimi preiskavami, ki podpirajo vse zgornje dejavnosti. Transfuzijska medicina kot medicinska veda pa z znanstvenim pristopom obravnava vprašanja, ki vodijo v strokovni in tehnološki razvoj in napredek stroke ter njeno uveljavljanje na kliničnem in raziskovalnem področju (Rožman in Potočnik, 2017, str. 2). Transfuzijska dejavnost mora biti organizirana kot javna nepridobitna organizacija, ki z upravljanjem javnih storitev in proizvodnjo javnih dobrin deluje v javno korist (Gregorc in Svetelšek, 2012). Osnovna oblika organiziranega dajanja krvi so redne krvodajalske akcije, ki se izvajajo v prostorih transfuzijskih služb ali na terenu. Terenske krvodajalske akcije izvajajo posebne mobilne enote za odvzem krvi po celi Sloveniji. Na podlagi letnega načrta potreb po krvi, ki jih določi Ministrstvo za zdravje, Zavod RS za transfuzijsko medicino v sodelovanju z Rdečim križem Slovenije vsako leto do konca novembra pripravi letni načrt krvodajalskih akcij. Vsak dan v Sloveniji potrebujemo okoli 350 krvodajalcev za potrebe slovenskih bolnišnic. Slovensko zdravstvo potrebuje letno približno

90.000 odvzemov polne krvi. Ti podatki so osnova za načrtovanje krvodajalskih akcij. Naša država sodi med tiste, ki pokrivajo vse potrebe po krvi same. V Sloveniji namreč daruje kri več kot 5 % prebivalcev, vsak delovni dan okoli 350 do 440 krvodajalcev, da zadostimo dnevnim potrebam zdravstva po krvi (Zavod RS za transfuzijsko medicino Ljubljana, 2011).

S podaljševanjem življenjske dobe in uporabo novih operativnih in medicinskih metod se je povečalo povpraševanje po krvi. Čeprav se je povečalo število prostovoljnih krvodajalcev (Zucoloto, Gonçale, Custer idr., 2019, str. 335) so potrebe po krvi in krvnih izdelkih v današnjem svetu še vedno velike (Andsoy, Gul in Dinc, 2016, str. 176). Kot primer lahko damo Brazilijo, z 211 milijonov prebivalcev, je število krvodajalcev manjše od pričakovanih, saj le 1,9 % brazilskega prebivalstva daruje kri (Zucoloto, Gonçale, Custer idr., 2019, str. 335). Od leta 1953 transfuzijska služba zbira kri po načelih prostovoljnega, brezplačnega in anonimnega krvodajalstva (Zavod RS za transfuzijsko medicino Ljubljana, 2015, str. 11). Ti krvodajalci, so tudi najvarnejša skupina darovalcev, saj je razširjenost okužb v krvi najnižja med to skupino (WHO, 2017). Svetovna zdravstvena organizacija je 14. junija določila za svetovni dan krvodajalstva, zato je ta dan namenjen vsem krvodajalcem, ki vsak dan rešujejo življenja in jih spodbuja pri prostovoljnem in rednem krvodajalstvu (Kadenbach, b.d.).

Namen raziskave je bil na podlagi pregleda literature identificirati dejavnike, ki vplivajo na posameznike, da se odločijo za darovanje krvi. Želeli smo ugotoviti, kaj točno jih prepriča in odvrne od darovanja krvi ter kako bi lahko še na drugačen način pripomogli k večjemu številu krvodajalcev.

2 Metode

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene in strokovne literature. Pri iskanju ustrezne literature smo uporabili slovenski bibliografski sistem COBISS, PubMed in Cinahl with full text. Pri iskanju literature smo se omejili na slovenski in angleški jezik, časovno obdobje je bilo od leta 2012 do 2021. V raziskavo so bili vključeni samo tisti članki, pri katerih je bil dostopno celotno besedilo. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede: krvodajalstvo, transfuzijska medicina, krvodajalci, motivacija in v angleškem jeziku: blood donation, transfusion medicine, blood donors, motivation. Uporabljene ključne besede smo z operaretni AND in NOT povezali v različne kombinacije. Po izboru so bili članki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo. Pri upoštevanju omejitvenih kriterijev se je število člankov za analizo zmanjšalo na 9.

3 Rezultati

V tabeli 1 je prikazana analiza izbranih člankov, v tabeli 2 pa so prikazane kategorije, kode in avtorji. Skupno je bilo določenih 14 kod, ki smo jih razvrstili v dve kategoriji: izzivi pri pridobivanju krvodajalcev ter spodbujanje krvodajalstva.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

<i>Avtor</i>	<i>Leto izida</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključna spoznanja</i>
Estrada, Oliveira, Sabino, idr.	2020	Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuva.	5974 krvodajalcev.	Lastnosti posameznikov je odvisna ali se bojo vrnili na odvzem krvi, pa vendar bi pomembno boljše razumevanje altruističnih kategorij in pritožb

				pripomoglo k večjemu številu krvodajalcev.
Godin, Germain, Conner, Delage in Sheeran	2014	Randomizirana kontrolna študija	7000 krvodajalcev.	V raziskavi so odkrili, da so moralne norme in pozitivna samopodoba pomembna dejavnika za prvo darovanje.
Huis in't Veld, de Kort in Merz	2019	Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuva.	Vzorec je sestavljalo 27.868 udeležencev iz 28 držav članic EU	Osebna motivacija za darovanje krvi in varnosti pri transfuziji krvi je lahko močnejši dejavnik kot pa prejemanje določenih spodbud.
Jemenšek	2015	Kvalitativna metodologija z uporabo anketnega vprašalnika.	500 prostovoljnih krvodajalcev.	V Sloveniji je povprečno star krvodajalec od 41 do 50 let. Imamo visoko stopnjo zavedanja o krvodajalstvu.
Kalargirou, Beloukas, Kosma idr.	2014	Uporabljen je bil standardiziran anketni vprašalnik.	800 grških državljanov	Značilnosti grških krvodajalcev ustrezajo profile krvodajalca, vendar pa imajo določene posebnosti. Res, da ima Grčija najvišjo stopnjo krvodajalstva, pa vendar je 50 % posameznikov prostovoljnih darovalcev, preostalih 50 % pa je družinskih krvodajalcev.
Niza, Tung in Marteau	2013	Pregled literature – 7 od 7 vključenih študijah je bilo 3 izvedenih v ZDA in v Švici in ena na Švedskem.	Začetno iskanje je prineslo 1100 povzetkov, kar je privedlo do ocene upravičenosti 89 celotnih člankov, od katerih je sedem študij, prijavljenih v šestih prispevkih, izpolnjevalo merila za vključitev. Vključene študije so vključevale 93.328 udeležencev, starost je bila od 20 do 65 let.	Uvedba plačila za darovanje krvi, bi lahko imelo negativne učinke na kakovost krvi, saj bi s tem pridobili tudi tiste krvodajalce, katerim ni motivacija pomagati drugim pač pa zaslužek.
Ou-yang, Li, Bei idr.	2020	Članke vključuje tri študije in sicer, opazovalno študijo,		Število prostovoljnih krvodajalcev se je v času epidemije drastično zmanjšalo, zato je pridobivanje zadostnega

		presečno raziskavo ter naključno kontrolno preiskovanje.		števila krvodajalcev med epidemijo ključnega pomena za javno zdravje na Kitajskem in po svetu.
Škorc	2012	Kvantitativna metodologija z uporabo anketnega vprašalnika.	V raziskavi je sodelovalo 165 dijakov tretjih in četrtnih letnikov srednjih šol v starosti od 17 do 22 let, ki bodo postali krvodajalci, in 119 dijakov starosti od 18 do 22 let, ki so že krvodajalci.	Dijaki so v večini seznanjeni s krvodajalstvom ter pokazalo se je da zdravstveni delavci dobro promovirajo krvodajalstvo. Glavni strahovi, zaradi katerih dijaki odklanjajo odvzem krvi, so strah pred iglo in slabostjo, ki po tem nastopi, ter strah pred vrtoglavico. Glavni motiv za darovanje krvi pa je humanost.
Tran, Charbonneau in Valderrama-Benitez	2012	Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuva.	33 intervjuvov.	Problemi zaupanja, socialna izključenost, diskriminacija ima strukturne in zgodovinske korenine, katere je le delno možno premagati z dolgoročnimi prizadevanji za povečevanje ozaveščenosti ter za prilagajanje izzivom krvodajalstva črnih državljanov.

Vir: Lastni vir.

Tabela 2: Prikaz kategorij

Kategorija	Koda	Avtorji
Izzivi pri pridobivanju krvodajalstva	Plačljivost pri darovanju krvi Motivacija za darovnje v smislu majnsih nagrad Plačevanje za darovanje plazme Dejavniki, ki motivirajo za darovanje krvi Pomankanje krvodajalcev Ovire za darovanje krvi Število kod = 6	Ou-Yang, Li, Bei, idr. (2020); Huis in 't Veld, de Kort, in Merz (2019); Godin, Germain, Conner, Delage in Sheeran (2014); Kalargirou, Beloukas, Kosma idr. (2014); Estrada, Oliveira, Sabino idr. (2020); Jemešek (2015)
Spodbujanje krvodajalstva	Prostovoljno, anonimno, neplačano darovanje krvi Vzpostavitev mreže prostovoljnih krvodajalcev Promocija krvodajalstva Prepoznavanje bodočih krvodajalcev Prosocijalno vedenje Državno pozivanje k darovanju Altruizem Socialni kapital Število kod = 8	Tran, Charbonneau in Valderrama - Benitez (2012); Ou-Yang, Li, Bei idr. (2020); Huis in 't Veld, de Kort in Merz (2019); Kalargirou, Beloukas, Kosma idr. (2014); Niza, Tung in Marteau (2013); Estrada, Oliveira, Sabino idr. (2020); Škorc (2012)

Vir: Lastni vir.

4 Razprava

Kri je v sodobnem zdravljenju nenadomestljiva in nas povezuje, zato se vsak ob besedi krvodajalstvo spomni na nesebično in dobro delo, ki ga lahko opravi večina izmed nas, ki dajemo kri nekemu, ki ga ne poznamo in za to nismo plačani (Godec, 2008, str. 3). Že od antičnih časov naprej velja kri za enega od temeljev človeškega življenja. S podaljševanjem življenjske dobe in uporabo novih operativnih in medicinskih metod se je povečalo povpraševanje po krvi. Čeprav se je povečalo število prostovoljnih krvodajalcev (Zucoloto, Gonçalves, Custer idr., 2019, str. 330) so potrebe po krvi in krvnih izdelkih v današnjem svetu še vedno velike (Andsoy, Gul in Dinc, 2016, str. 174). Kot primer lahko damo Brazilijo, z 211 milijonov prebivalcev, je število krvodajalcev manjše od pričakovanih, saj le 1,9 % brazilskega prebivalstva daruje kri (Zucoloto, Gonçalves, Custer idr., 2019, str. 331)

Od leta 1953 transfuzijska služba zbira kri po načelih prostovoljnega, brezplačnega in anonimnega krvodajalstva. Ti krvodajalci, so tudi najvarnejša skupina darovalcev, saj je razširjenost okužb v krvi najnižja med to skupino (WHO, 2017), v primeru, da bi uvedli plačevanje pri krvodajalstvu pa bi se pojavilo to, da bi ljudje prekrivali svoje zdravstveno stanje, da bi darovali kri, še posebno odvisniki (Niza, Tung in Marteau, 2013, str. 941).

Od tega leta je bilo v Sloveniji letno število odvzemov v porastu. V 70-ih letih je bilo letno število odvzemov 100 000, kar pomeni, da letno daruje kri približno 5 % prebivalcev (Zavod RS za transfuzijsko medicino Ljubljana, 2015, str. 11). Tako tudi v Grčiji na stotine ljudi potrebuje krvne pripravke zaradi prometnih nesreč, rutinskih operacij, zdravljenja zaradi resnih bolezni, pa vendar je v državi samo 5,6 % celotnega prebivalstva rednih krvodajalcev (Kalargirou, Beloukas, Kosma idr., 2014, str. 320).

Svetovna zdravstvena organizacija kot tudi Evropska komisija se strinjata, da bi bilo prostovoljno darovanje krvi idealno, saj bi le tako dobili najbolj varno populacijo krvodajalcev, katerim ne bi bila motivacija denarna spodbuda pač pa pomoč nekemu. Odnosi do različnih spodbud so mešani in odvisni od starosti, izkušenj krvodajalcev ter samega sistema nagrajevanja darovanja krvi v posamezni državi (Huis in 't Veld, de Kort in Merz, 2019, str. 1274). Po drugi strani pa velik del motivacije posameznikov predstavljajo tudi osebne značilnosti, prepričanja ter kulturni in gospodarski kontekst v kateri posamezniki živijo (Estrada, Oliveira, Sabino idr., 2020, str. 256). Velikokrat se srečamo z osebo, ki pravi, da je nekdo v družini potreboval kri in oni so se zavzeli, da bodo postali krvodajalci, včasih pa je dovolj samo zavedanje potreb po krvi in to je tisto socialno vedenje, katerega želimo ustvariti pri posameznikih, da bi se v večji meri odločali za odvzem (Huis in 't Veld, de Kort in Merz, 2019, str. 1274). Izpostavimo lahko temnopolto skupnost, pri kateri so večina posameznikov mnenja, da bi darovali kri če bi vedeli, da bo le ta šla k temnopoltim ljudem in če bi nekdo, ki ga poznajo v njihovi skupnosti potreboval kri (Tran, Charbonneau in Valderrama - Benitez, 2012, str. 3).

Najpogostejši razlog za prvo dajanje krvi je »vpliv prijatelja« in »zahteva prek medijev«. Med splošnimi motivi za dajanje krvi pa je bil altruizem (Nilsson Sojka in Sojka, 2007, str. 56), ki pomeni nesebično predanost drugim ter da za darovano kri ne pričakujemo ničesar v zameno (Klinkenberg, Huis in 't Veld, de Wit idr., 2019, str. 753) in pa družbena odgovornost. Ta dva razloga sta bila tudi najpogosteje navedena v študijah kot motivatorje, da so se krvodajalci odločili za naslednji odvzem. Strah pred iglo pa je najpogostejši razlog, da ne bi postali redni krvodajalci (Nilsson Sojka, Sojka, 2007, str. 57). Pozitivna samopodoba kot tudi moralne norme sta pomembna dejavnika za tiste, ki kri darujejo prvič (Godin, Germain, Conner, Delage in Sheeran, 2014, str. 646).

Pozitivni motivi pri odločanju za darovanje krvi so (Mikša, Gregorc, 2007):

- altruiztem (solidarnost),
- dobrotelost: pomagati prijateljem, neznanim osebam, žrtvam nesreč,
- osebna in družinska varnost, nadomestilo in zagotovilo, nadomestilo za prejeto kri ali »morda bom sam ali družina nekoč potreboval-li kri«,
- nagrade,
- priznanje.

Poznamo pa tudi negativne motive pri darovanju krvi. To so tisti motivi zaradi katerih ljudje ne pridejo na krvodajalske akcije. V prvi vrsti je nepoznavanje samega postopka odvzema krvi. Veliko ljudi je strah kako izgleda sam odvzem, kaj jih čaka po odvzemu, ne vedo kakšna naj bodo pričakovanja. Drugi najpogostejši razlog pa je strah pred iglo. Mikša in Gregorc (2007) navajata nekatere negativne motive pri darovanju kot so strah pred bolečino, slabostjo, vrtoglavico, nekateri se bojijo reakcije po darovanju krvi (slabost, bolečina, hematomi), nekateri posamezniki niso nikoli razmišljali o darovanju krvi, niso motivirani in pozabijo, nekateri pa navajajo neprimernost časa in kraja odvzema, spet drugi pa se bojijo razvoja anemije, strah pred šibkostjo (Kalargirou, Beloukas, Kosma idr., 2014, str. 320). Trenutna situacija z covid 19 nam je pa tudi prinesla veliko sprememb, predvsem v času epidemije je število krvodajalcev drastično upadlo, zato je zagotavljanje zadostnega števila krvodajalcev izrednega pomena tako na Kitajskem kot tudi drugod po svetu (Ou-yang, Li. in Bei idr., 2020, str. 2597). V Sloveniji imamo tudi visoko stopnjo zavedanja krvodajalec, o pomenu njihovega zdravja ter o pomembnosti pridobivanja varne krvi za bolnika. Prav tako imamo visoko kvalificiran kader, ki dela neposredno s krvodajalci in posledično so krvodajalci zadovoljni z storitvijo v vseh organizacijah. Tudi dober odnos pripomore, da se posameznik vrne na odvzem krvi (Jemenšek, 2015, str. 50–51).

Pridobivanje novih krvodajalcev se začne že z vzgojo otrok. Naučiti jih moramo, da če ni ljudi, ki bi darovali kri, ni transfuzije. V vrtcu med igro in pogovorom otrokom privzgapamo pozitiven odnos do krvodajalcev in krvodajalstva. Pri tem je zelo pomembno, da ta pogovor ostane otroku v lepem spominu, da je dajanje krvi nekaj lepega, ker je krvodajalec človek, ki pomaga. V osnovni šoli redni učni program že seznanja učence z krvodajalstvom. V srednji šoli si moramo poiskati možnost, da se pogovorimo z njimi. Njihov način je zrelejši in bolj kritičen. Poudarjamo zlata pravila krvodajalstva kot so anonimnost, brezplačnost in prostovoljnost. Seznanimo jih kakšne pogoje je potrebno izpolnjevati če želijo postati krvodajalci (Budair, Klemše in Kramar, 2000).

Krvodajalstvo je sistem, ki je odvisen od ljudi, ki prostovoljno darujejo kri. Da bi jih motivirali in spodbudili k temu dejanju, uporabimo tudi različne medije in sredstva javnega obveščanja (Abbasi, Maqbool, Mushtaq idr., 2017, str. 892). Spletne platforme kot so Twiteer, Facebook, Youtube so idealne za promoviranje raznih kampanj, kot so krvodajalstvo. In ta način motiviranja se je izkazal za učinkovitega. Vse več ljudi uporablja svetovni splet in dosegljiv je tako rekoč vsem, zato s temi kampanijami motiviramo tudi na mlade, tiste, ki se za darovanje odločijo prvič (Moorlock in Draper, 2017, str. 292). Pomembna sredstva, s katerimi ljudem predstavimo pomen darovanja krvi so tudi tiskani mediji ter razne oddaje. Tudi skupnost lahko veliko pripomore k povečanju števila krvodajalcev. Običajno se najde eden, ki je imel neposredno povezavo s potrebo po krvi in tako prične motivirati tudi druge. Vsaka dobra izkušnja pri odvzemu krvi lahko pomeni, da posameznik nekoga motivira, da se odloči za darovanje (WHO, 2010, str. 70).

Pri našem delu je zelo pomembno, da znamo krvodajalce tudi opozoriti, če opazimo, da darujejo kri »prepogosto«. Zapisano je, da lahko moški darujejo kri na 3 mesece, ženske pa na 4, vendar če ima nekdo hemoglobina vedno malo nad vrednostjo (135-M, 125-Ž) in če hodi 3x oziroma 4x na leto je velika verjetnost, da kmalu ne bo mogel dati krvi, ker raven hemoglobina ne bo dovolj visoka. Ljudem se svetuje, da jedo raznovrstno hrano, veliko rdečega mesa, temno zelene

listnate zelenjave ter, da se pred odvzemom izogibajo težki fizični aktivnosti, samo tako bo raven hemoglobina dovolj visoka in krvodajalci bodo res pripravljeni na odvzem. Maratoncem se odsvetuje da darujejo kri 4 tedne pred maratonom in 4 tedne po njem.

Nov način pri pridobivanju novih krvodajalcev bi bil lahko tudi tak, da bi svojcem bolnikov, ki so prejeli transfuzijo krvi, razložili koliko krvi je dejansko »porabil« njihov svojec. Se pravi, da jim razložimo koliko krvodajalcev je moralo dati kri, da smo lahko pomagali njihovemu svojcu in koliko truda je bilo dejansko vložena v to, da je ta kri prišla do tam. Tako bi se bolj začeli osveščati, da ni samoumevno, da bo kri vedno na voljo, ko jo potrebujemo. Slovenija je še vedno samozadostna v smislu preskrbe s krvjo za potrebe transfuzijske dejavnosti, vendar je potrebno veliko dela da se sistem krvodajalstva vzdržuje, saj če ne bomo delali v smislu spodbujanja krvodajalstva in pridobivali nove krvodajalce, lahko hitro pride do težav pri zagotavljanju zadostne količine krvi.

LITERATURA

1. Abbasi, R. A., Maqbool, O., Mushtaq, M., Aljohani, N. R., Daud, A., Alowibdi, J. S. idr. (2018). Saving lives using social media: Analysis of the role of twitter for personal blood donation requests and dissemination. *Telematics and Informatics*: 35 (4), str. 892–912. Spletna stran: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2017.01.010>.
2. Andsoy, I., Gul, RN, A. in Dinc, RN., S. (2016). Comparing the attitudes and behaviors of Turkish nursing students towards blood donation and their emphatic tendencies. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (1), 174–184.
3. Budair, S., Klemše, V. in Kramar, I. (2000). Pridobivanje novih krvodajalcev. V B. Voljč idr. (ur.), *Zbornik za krvodajalce in organizatorje krvodajalskih akcij* (str. 36–38). Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo RS.
4. Estrada, Oliveira, Sabino, Custer, Gonçalez, Murphy idr. (2020). Are different motivations and social capital score associated with return behaviour among Brazilian voluntary non-remunerated blood donors? *Transfus Med*, 30 (4), 255–262. doi: 10.1111/tme.12684
5. Godec, M. (2008). *Zadovoljstvo krvodajalcev kot kazalnik kakovosti* (Magistrsko delo). Koper: Fakulteta za management Koper.
6. Godin, G., Germain, M., Conner, M., Delage, G. in Sheeran, P. (2014). Promoting the return of lapsed blood donors: A seven-arm randomized controlled trial of the question–behavior effect. *Health Psychology*, 33 (7), 646–655. Spletna stran: <https://doi.org/10.1037/a0033505>.
7. Gregorc, C. in Svetelšek, L. (2012). Predstavitev transfuzijske dejavnosti. V C. Gregorc (ur.), *Priprava, shranjevanje, distribucija in transfuzija krvnih komponent*. Ljubljana, 14. november 2012 (str. 2–4). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.
8. Huis in't Veld, E., L. A. M. de Kort, W. in Merz, E–M. (2019). Determinants of blood donation willingness in the European Union: a cross-country perspective on perceived transfusion safety, concerns, and incentives. *Transfusion*, 59 (4), 1273–1282.
9. Jemenšek, J. (2015). *Analiza zadovoljstva prostovoljnih krvodajalcev na področju severovzhodne Slovenije* (Magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Kadenbach, K. (b. d). Blood donors give the gift of life; let's give back with the highest level of donor care. Pridobljeno s http://ec.europa.eu/health/newsletter/154/focus_newsletter_en.htm.
11. Kalargirou, Beloukas, Kosma, Nanou, Saridi in Kriebardis (2014). Attitudes and behaviours of Greeks concerning blood donation: recruitment and retention campaigns should be focused on need rather than altruism. *Blood Transfus*, 12 (3), 320–329. Doi: 10.2450/2014.0203-13.
12. Klinkenberg, E. F., Huis in 't Veld, E. M. J., de Wit, P. D., de Kort, W. L. A. M. in Fransen, M. P. (2019). Barriers and motivators of Ghanaian and African-Surinamese migrants to donate blood. *Health & Social Care in the Community*, 27 (3), 748–756.

13. Mikša, M. in Gregorc, C. (2007). Promocija krvodajalstva med srednješolci v Celju. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2/3), 93–101.
14. Moorlock, G. in Draper, H. (2018). Empathy, social media, and directed altruistic living organ donation. *Bioethics*, 32 (5), 289–297.
15. Nilsson Sojka, B. in Sojka, P. (2007). The blood donation experience: self-reported motives and obstacles for donating blood. *Vox Sanguinis*, 94 (1), 56–63.
16. Niza, C., Tung, B., in Marteau, T. M. (2013). Incentivizing blood donation: Systematic review and meta-analysis to test Titmuss' hypotheses. *Health Psychology*, 32 (9), 941–949. Spletna stran: <http://dx.doi.org/10.1037/a0032740>.
17. Ou-Yang, J., Li, S. H., Bei, C. H., He, B., Chen, Y., Liang, H. Q. in Fu, Y. S. (2020). Blood donor recruitment in Guangzhou, China, during the 2019 novel coronavirus (Covid-19) epidemic. *Transfusion*, 60 (11), 2597–2610. Doi: 10.1111/trf.15971.
18. Rožman, P. in Potočnik, M. (2017). *Transfuzijska medicina*. V P. Rožman in M. Potočnik (ur.), *Izbrana poglavja iz transfuzijske medicine - Učno gradivo za tečaj transfuzijske medicine za zdravstvene delavce in sodelavce*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.
19. Škorc, D. (2012). *Promocija krvodajalstva kot motivacija srednješolcev za darovanje krvi (Magistrsko delo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
20. Tran, N. Y. L., Charbonneau, J. in Valderrama - Benitez, V. (2012). Blood donation practices, motivations and beliefs in Montreal's Black communities: The modern gift under a new light. *Ethnicity & Health*, 18 (3), 1–22. Spletna stran: doi:10.1080/13557858.2012.734279.
21. WHO (2010). *Towards 100% voluntary blood donation: a global framework for action*. Geneva: WHO.
22. WHO (2017). *Blood safety and availability*. Pridobljeno s <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>.
23. Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino Ljubljana (2011). *Življenje teče. Letno poročilo transfuzijske službe v Sloveniji za leto 2010*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.
24. Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino Ljubljana (2015). *Življenje teče. Letno poročilo transfuzijske službe v Sloveniji za leto 2010*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino.
25. Zucoloto, M., Gonçale, T., Custer, T., McFarland, W. in Martinez, E. (2019). Comparison of the demographic and social profile of blood donors and nondonors in Brazil. *Health & Social Care in the Community*, 27 (2), 330–336.

Raziskovanje in ovire pri izvajanju k pacientu usmerjene zdravstvene nege

UDK 616-083:001.891

KLJUČNE BESEDE: k pacientu usmerjena zdravstvena nega, raziskovanje, ovire

POVZETEK – Koncept k pacientu usmerjene zdravstvene nege predstavlja premik od tradicionalnega in na bolezen usmerjenega pristopa k tistemu, ki v celoti vključuje pacientove potrebe. Prepoznavanje potrebe po oskrbi, usmerjeni na pacienta, ni novo, vendar organizacija oskrbe ostaja izziv. Praksa, zasnovana na dognanjih, je premišljena vključitev najboljših razpoložljivih dognanj v neposredno nego. Od medicinskih sester se pričakuje, da zagotavljajo kakovostno, varno, učinkovito, hitro in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego. Z razvojem univerzitetnega izobraževanja medicinskih sester se je število znanstvenih objav močno povečalo, medtem ko implementacija njihovih dognanj zaostaja, kar zavira hitrejši razvoj na dognanjih temelječe prakse. Zagotavljanje visoko kakovostne oskrbe temelji na raziskovanju in z dokazi podprto prakso.

UDC 616-083:001.891

KEYWORDS: patient-centered nursing, research, barriers

ABSTRACT – The concept of patient-centered nursing represents a shift away from a traditional and disease-oriented approach to one that fully incorporates the need of the patient. The recognition of the need for patient-centered care is not new, but the organisation of care remains a challenge. Finding-based practice is the thoughtful incorporation of the best available findings into direct care. Nurses are expected to provide high quality, safe, efficient, prompt, and patient-centered care. With the development of university education of nurses, the number of scientific publications has increased significantly, while the implementation of their findings has lagged behind, hindering the more rapid development of the finding-based practice. Quality nursing care is based on research and evidence-based practice.

1 Uvod

Prepoznavanje potrebe po oskrbi, usmerjeni na pacienta, ni novo. Vendar pa organizacija oskrbe ostaja izziv. Potrebne so empirične študije za širjenje trenutnih spoznanj in usmerjanje kolektivnih ukrepov za oskrbo, osredotočeno na pacienta (Ogden, Barr in Greenfield, 2017). Že v terminologiji zasledimo nejasnosti koncepta k pacientu usmerjena oskrba. V veliki večini se uporabljajo izrazi, kot so na primer k uporabniku usmerjena oskrba, k družini usmerjena oskrba, individualna oziroma posamezniku prilagojena oskrba (Filej in Kavčič, 2019). Znanje o zdravstveni negi in nega zasnovana na dognanjih je pomembna za medicinske sestre kot posameznice, za paciente in populacije, ki jim služimo ter za vlade, ki hočejo preoblikovati svoje zdravstvene sisteme. Praksa, zasnovana na dognanjih, je premišljena vključitev najboljših razpoložljivih dognanj v neposredno nego. Raziskovalci igrajo pomembno vlogo pri zagotavljanju dognanj (Benton, 2009). Večina raziskovalcev se strinja, da koncept k pacientu usmerjene oskrbe predstavlja premik od tradicionalnega, paternalističnega in na bolezen usmerjenega pristopa k tistemu, ki v celoti vključuje pacientove potrebe (Fix idr., 2017). K pacientu usmerjena oskrba pomeni, da pacientu pomagamo, da razmišlja o njemu pomembnih odločitvah, vrednotah, družini, socialnem okolju ter življenjskem stilu katerega živi. Pomeni tudi, da paciente vidimo kot posameznike in skupaj z njimi razvijamo primerne rešitve (Filej in

Kavčič, 2019). K pacientu usmerjena oskrba je spoštljiva in se odziva na posamezne pacientove želje, potrebe in vrednote ter zagotavlja, da vrednote pacienta vodijo v vse klinične odločitve. Paciente moramo poslušati in si za njih vzeti čas. Včasih je potrebno narediti veliko več, kot zahteva opis našega delovnega mesta, vendar naj bo to narejeno s srcem in brez odlašanja (O'Hare, 2018).

S staranjem prebivalstva in splošnim izboljšanjem oskrbe narašča število ljudi, ki živijo z več kroničnimi zdravstvenimi stanji. Primarna oskrba oseb z več morbidnostjo zahteva kompleksno oskrbo, usmerjeno v pacienta in dobro komunikacijo (Deruaz - Luyet idr., 2015). V zadnjih nekaj letih, je sodelovanje pacientov v raziskavah koncepta k pacientu usmerjene oskrbe postalo ključen, nov način raziskovanja. Medicinske sestre cenijo oskrbo, usmerjeno na pacienta in družino, kot enega najpomembnejših elementov zdravstvene nege, zato so ti temelji vpeti v prakso in teorijo zdravstvene nege (Bernstein, Getchell in Harwood, 2019). Od medicinskih sester se pričakuje, da zagotavljajo kakovostno, varno, učinkovito, hitro in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego (Skela Savič, Pesjak, Hvalič Touzery in Dermol, 2017). Z zaskrbljenostjo glede kakovosti in varnosti v zdravstveni negi, so se povečale težnje po spremembi izobraževalnega sistema za zdravstvene delavce. Poudarek je na kritičnem mišljenju in znanstvenemu raziskovanju (Ehrenberg, Gustavsson, Wallin, Bostrom in Rudman, 2016). Rezultat raziskovanja so številna znanstvena dognanja, vendar je proces implementacije počasnejši in zavira hitrejši razvoj na dognanjih temelječe zdravstvene nege (Plazar, 2015). Vse medicinske sestre niso pripravljene sodelovati pri raziskovanju, saj izobraževanje in usposabljanje kliničnega raziskovanja nista vključena v učne načrte zdravstvene nege (Eckardt idr., 2017).

S pregledom literature smo želeli ugotoviti, katere so ovire pri raziskovanju in izvajanju k pacientu usmerjene zdravstvene nege.

2 Metoda

V raziskavi je bil uporabljen kvalitativni raziskovalni pristop - deskriptivna metoda s pregledom znanstvene literature s področja raziskovanja k pacientu usmerjene zdravstvene nege.

2.1 Metode pregleda literature

Pri iskanju ustrezne literature smo se omejili na članke v slovenskem in angleškem jeziku. Vključeni so bili članki, ki so objavljeni v celotnem obsegu. Upoštevali smo vključitvene in izključitvene kriterije (Tabela 1). Uporabljene ključne besede smo z Boolovimi logičnimi operatorji (AND, OR, NOT) povezali v različne kombinacije. Iskanje literature je potekalo od 11. 9. 2021 do 29. 9. 2021. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
vrsta publikacij	izvirni znanstveni članki pregledni znanstveni članki	članki objavljeni v zbornikih konferenc strokovni članki
časovno obdobje objav	2015–2020	starejši od navedene letnice
jezik	angleški, slovenski	drugi jeziki
dostop	celotna besedila	izvlečki
ključne besede	ang.: patient centered, nursing, care, concept, research, development slo.: k pacientu usmerjena (osredinjena), zdravstvena nega, oskrba, koncept, raziskovanje, razvoj	drugo
bibliografske baze podatkov	CINAHL, PubMed	drugo
revije	Obzornik zdravstvene nege, Revija za zdravstvene vede	

Vir: Lastni vir, 2021.

2.2 Rezultati pregleda

Članke smo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed. Število zadetkov v posamezni podatkovni bazi je razvidno v tabeli 2.

Tabela 2: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	patient centered, nursing, care, concept, research, development	905	16
PubMed		332	21
Skupaj		1237	37

Vir: Lastni vir, 2021.

3 Rezultati

Tabela 3 prikazuje končni seznam člankov, vključenih v vsebinsko kvalitativno analizo. Vključenih je bilo deset člankov, eden v slovenskem in devet v angleškem jeziku.

Tabela 3: Seznam vključenih člankov

Avtor, letnica objave	Metodologija	Namen raziskave	Vzorec	Ugotovitve
Moore, Britten, Lydahl, Naldemirci, Elam, Wolf, 2017	kvalitativni intervju	raziskati ovire pri izvajanju na posameznika usmerjene oskrbe	18 raziskovalcev	zagotoviti smernice za izvajalce pri zagotavljanju in prilagajanju oskrbe v različnih okoliščinah
Olsson, Forsberg, Bjersa, 2016	presečna raziskava	raziskati varnostno klimo in pripravljenost za izvajanje na dokazih temelječe nege	727 rešenih vprašalnikov	študija predstavlja novo znanje o varnostni klimi ter pripravljenosti za izvajanje na dokazih temelječe prakse, osredotočene na osebo v kirurški oskrbi
Ehrenberg, Gustavsson, Wallin, Bostrom, Rudman, 2016	longitudinalna študija	opisati razvojne usmeritve medicinskih sester v prvih treh letih prakse	1205 udeležencev	po treh letih od prve zaposlitve se je povečala zainteresiranost za model k pacientu usmerjene oskrbe, na dokazih temelječa praksa je ostala na enakem nivoju, pripadnost timskega delu pa je v upadu
Strickland, 2017	pregled literature ter pregled spletnih strani bolnišnic in univerz	najti načine, kako bi bolnišnice in univerze sodelovale pri razvoju kliničnih akademskih partnerstev	6 bolnišnic in univerz v ZDA in Veliki Britaniji	razvoj politik kariernega razvoja in razvoj zmogljivosti bi povečal raziskovalno kulturo organizacij ter ustvaril najboljše pogoje za paciente, družine in negovalce

Ogden, Barr, Greenfield, 2017	analiza rezultatov izjav, participativni koncept	empirično določiti potrebna organizacijska dejanja za oskrbo, usmerjeno na pacienta	91 udeležencev različnih interesnih skupin v zdravstvu	izdelava konceptualne karte, ki predstavlja edinstven, empirično izpeljan okvir treh področij: človeštvo in partnerstvo, izobraževanje in usposabljanje ter zdravstveni sistemi, politika in upravljanje
Sjogren, Lindkvist, Sandman, Zingmark Edvardsson, 2017		raziskati dejavnike, s poudarkom na organizacijskih in okoljskih spremenljivkah ter spremenljivkah stanovalcev in osebja	1471 stanovalcev in 1237 zaposlenih v enotah za oskrbo starostnikov z demenco	značilni številni olajševalni organizacijski in okoljski dejavniki ter eden olajševalni dejavnik pri zaposlenih
Jacobsen, Mekki, Forland, Folkestad, Kirkevold, Skar, Tveit, Oje, 2017	mešane kvalitativne in kvantitativne metode	preučiti dejavnike, ki vplivajo na osebje, pri izvajanju k pacientu usmerjene oskrbe	349 uslužbencev v 24 domovih za ostarele na Norveškem	vloga vodij domov za ostarele se pokaže kot ključen element, ki vzpodbuja ali ovira oskrbo, osredotočeno na osebe
Fix, Lukas, Bolton, Hill, Mueller, LaVela, Bokhour, 2017	kvalitativni razgovor	proučiti konceptualizacijo oskrbe, usmerjene na bolnika pri zaposlenih	107 zaposlenih v štirih zdravstvenih domovih v ZDA	identificirani so bili trije različni koncepti: a) dobro usklajena KPUZN v kliničnem okolju; b) KPUZN razširjena tudi v organizacijsko kulturo c) KPUZN slabo usklajena, izvaja se bolj tradicionalna oskrba pacientov
Plazar, 2015	pregled in analiza znanstvenih člankov	načini implementacije raziskovalnih spoznanj v prakso zdravstvene nege in kako proces pospešiti	39 znanstvenih člankov od 2010–2015	implementacija znanstvenih dognanj ne sledi razvoju izobraževanja in raziskovanja
Horrell, Lloyd, Phil, Sugavanam, Close, Byng, 2018	pregled obsega in kritični pregled trenutne politike, ključne literature in smernic	razviti praktično orodje za podporo organizacijam in izvajalcem	40 splošnih praks v VB	orodje se trenutno preizkuša in uporablja kot instrument za spremljanje in spreminjanje na več mestih v VB.

Vir: Lastni vir, 2021.

Moore idr. (2017) so raziskovali ovire pri izvajanju na posameznika usmerjene oskrbe. Opravili so raziskavo med 18 raziskovalci, da bi zagotovili smernice za izvajalce pri zagotavljanju in prilagajanju oskrbe v različnih okoliščinah. Podobno so tudi Horrell idr. (2018) s pregledom

obsega, kritičnim pregledom politik in ključne literature ter smernic, želeli razviti praktično orodje za podporo organizacijam in izvajalcem. Kot v analizi ugotavlja Plazar (2015), implementacija znanstvenih dognanj ne sledi razvoju izobraževanja in raziskovanja. Fix idr. (2017) so proučevali konceptualizacijo oskrbe, usmerjeno na bolnika pri zaposlenih. Identificirani so bili trije različni koncepti. Strickland (2017) ugotavlja, da bi razvoj politik kariernega razvoja in razvoj zmogljivosti povečal raziskovalno kulturo organizacij ter ustvaril najboljše pogoje za paciente, družine in negovalce. Sjogren idr. (2017) z raziskavo ugotavljajo, da so imele stanovanjske enote za oskrbo starejših oseb, skupno filozofijo oskrbe, zadovoljivo vodstvo, interdisciplinarno sodelovanje in socialno podporo kolegov in voditeljev, demenci prijazno fizično okolje, osebje, ki ima čas za preživljanje časa s stanovalci in manjšo velikost enote. Jacobsen idr. (2017) so proučevali dejavnike, ki vplivajo na osebje pri izvajanju k pacientu usmerjene oskrbe v 24 domovih za ostarele na Norveškem. Ključen element, ki vzpodbuja ali ovira takšno oskrbo, je vloga vodij domov za ostarele. Ogden idr. (2017) so z analizo rezultatov izjav želeli empirično določiti potrebna organizacijska dejanja za oskrbo, usmerjeno na pacienta. Izdelali so konceptualno karto, ki predstavlja edinstven, empirično izpeljan okvir treh področij: človeštvo in partnerstvo, izobraževanje in usposabljanje ter zdravstveni sistemi, politika in upravljanje. Olsson idr. (2016) s študijo predstavljajo novo znanje v zvezi z varnostno klimo in pripravljenostjo za izvajanje prakse, ki temelji na dokazih, in oskrbo, osredotočeno na osebo, na splošnih kirurških oddelkih v univerzitetnih bolnišnicah ter nakazujejo na pomembno povezavo med tema dvema področjema. Ehrenberg idr. (2016) z longitudinalno študijo ugotavljajo, da se je po treh letih od prve zaposlitve povečala zainteresiranost za model k pacientu usmerjene oskrbe, na dokazih temelječa praksa je ostala na enakem nivoju, pripadnost timskega delu pa je v upadu.

4 Razprava

Eden najpomembnejših elementov za izvajanje k pacientu usmerjene zdravstvene nege je izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege. Program usposabljanja mora medicinskim sestram zagotoviti orodja za prepoznavanje potreb vsakega pacienta. Prav tako mora vsebovati vsebine, povezane s kakovostjo oskrbe in varnostjo pacientov. Vendar pa zapletenost koncepta otežuje izvedbo le-tega v praksi (Natan in Hochman, 2017).

Z razvojem univerzitetnega izobraževanja medicinskih sester se je število znanstvenih objav močno povečalo, medtem ko implementacija njihovih dognanj zaostaja, kar zavira hitrejši razvoj na dognanjih temelječe prakse (Plazar, 2015). Zagotavljanje visoko kakovostne oskrbe temelji na raziskovanju in z dokazi podprto prakso. Razvoj raziskovalnih sposobnosti medicinskih sester zahteva podporno infrastrukturo. Klinična akademska partnerstva med visokošolskimi in zdravstvenimi ustanovami lahko nudijo mešanico potrebnega strokovnega znanja. Izboljšanje načina oskrbe dosežemo z zagotavljanjem dokazov o učinkovitosti oskrbe in podpiranjem sprememb, ki so potrebne za učinkovitejši zdravstveni sistem (Strickland, 2017). Medicinske sestre - raziskovalke in učitelji na dodiplomskih in podiplomskih študijskih programih zdravstvene nege lahko neposredno posredujejo svoja, z raziskovanjem pridobljena znanja študentom zdravstvene nege, ti pa ga uporabljajo pri neposrednem delu v stroki (Plazar, 2015).

Zaradi zaskrbljenosti glede kakovosti in varnosti so se pojavile težnje po spremembah izobraževalnih sistemov. Poudarek je na vzpodbujanju kritičnega mišljenja in znanstveni perspektivi. V ospredju so prizadevanja za izboljšanje izobraževanja s poudarkom na ključnih kompetencah, ki vključujejo na pacienta osredotočeno zdravstveno nego, timski pristop, z dokazi podprto prakso ter izboljšanje kakovosti in varnosti bolnikov (Ehrenberg idr., 2016).

Upoštevanje pacienta kot del zdravstvenega tima, je ključnega pomena za splošno varnostno klimo (Olsson idr., 2016). Sposobnost fleksibilnosti pri delu in uporabo različnih strategij, so nekateri raziskovalci opisali kot predpogoj za izvajanje k pacientu usmerjene oskrbe. Izvajanje tega koncepta pri delu zahteva zavesten napor izvajalcev. Kot dokazuje raziskava, je za razvoj k pacientu usmerjene oskrbe in njeno vključevanje v prakso potreben čas, izvajalci pa potrebujejo stalno podporo (Moore idr., 2017).

Pojavljajo se poročila o razliki v sedanji praksi v zdravstveni negi in razpoložljivem znanju (Strickland, 2017). Ogden idr. (2017) navajajo, da ni standardne skupne opredelitve, kaj je glavna sestavina oskrbe, osredotočene na pacienta. Z raziskavo so empirično določili, katera dejanja so potrebna za oskrbo, usmerjeno v pacienta. Z razpravo so se osredotočili na odgovornost za sodelovanje, ki jo morajo deležniki zagotoviti za bolj celovit napredek oskrbe, usmerjene v pacienta. Izdelali so konceptualni zemljevid, s pomočjo katerega je mogoče razumeti, izvajati, ocenjevati, meriti in izkazovati kompleksne zahteve za oskrbo, usmerjeno na pacienta. (Ogden idr., 2017).

Na Švedskem so izvedli raziskavo z hipotezo, da je za boljši odnos do varnosti pogoj široko izvajanje na dokazih temelječe prakse in k pacientu usmerjene oskrbe. Ugotovili so, da sta splošna in varnostna klima v kirurški oskrbi pozitivno povezana s pripravljenostjo izvajanja oskrbe, temelječe na dokazih in osredotočeno na osebo. Hkrati so ugotovili potrebo po izboljšanju v upravljanju organizacije. Pomanjkanje akademske izobrazbe in nezmožnost vodilnih medicinskih sester, da podprejo uporabo, je povezano z manjšo uporabo na dokazih temelječe prakse (Olsson idr., 2016). Do podobne ugotovitve so v svoji raziskavi prišli Fix idr. (2017). Za vključitev koncepta oskrbe, osredotočene na pacienta, je potreben sistemski pristop, ki zahteva jasno razumevanje vseh dejavnikov, ki vzpodbujajo ali ovirajo prenos koncepta v prakso. Organizacije, ki so sprejele celovit pristop in organizacijsko strategijo, vezano na celotno organizacijo, so uspele napredovati (Fix idr., 2017).

Zdi se, da sta vodenje in kultura osebja ključna dejavnika pri spodbujanju ali oviranju oskrbe, osredotočene na osebo. Jacobsen idr. (2017) so s študijo proučevali dejavnike, ki vzpodbujajo ali zavirajo oskrbo, osredotočeno na osebo. Ugotovili so, da je vloga vodij ključen element, ki vzpodbuja ali ovira oskrbo, osredotočeno na osebo (Jacobsen idr., 2017). Sjogren idr. (2017) so raziskali dejavnike, značilne za enote domov za ostarele, ki že izvajajo na osebo osredotočeno oskrbo, s poudarkom na okoljskih in organizacijskih spremenljivkah ter značilnostih stanovalcev in osebja. Stanovanjske enote z višjim deležem osebja, ki se nenehno izobražuje o demenci, imajo višji delež oskrbe, osredotočene na oskrbovance. Da bi še izboljšali oskrbo, je pomembno usmeriti organizacijske in okoljske dejavnike, kot so skupna filozofija nege in oskrbe, čas osebja, ki ga preživi s stanovalci, demenci prijazno fizično okolje, interdisciplinarna podpora ter podpora voditeljev in sodelavcev. Menedžerji in vodje morajo preučiti lastno vlogo pri podpori, vzpodbujanju in nadzoru osebja (Sjogren idr., 2017).

Uvedbo novih modelov, ki si prizadevajo za bolj celostno oskrbo, je ovirala konceptualna zmeda in pomanjkanje praktičnih napotkov. Posledično se ta oskrba redko izvaja ali se izvaja nedosledno. V Združenem kraljestvu je bil razvit model, ki vključuje usklajene storitve in je na voljo vsem. Čeprav model vsebuje povzetek področij, na katerih so potrebne spremembe, je le malo mest v Veliki Britaniji doseglo izvajanje celotne paradigme (Horell idr., 2018).

Izobraževanje medicinskih sester je ključnega pomena, saj brez kakovostnega izobraževanja ne more biti kontinuiranega in sistematičnega razvoja stroke. Koncept k pacientu usmerjene oskrbe predstavlja premik od tradicionalnega in na bolezen usmerjenega pristopa k tistemu, ki v celoti vključuje pacientove potrebe. Potreben je sistemski pristop, ki zahteva jasno razumevanje vseh dejavnikov, ki vzpodbujajo ali ovirajo prenos koncepta v prakso. Potrebno

je pravilno usmeriti predvsem organizacijske in okoljske dejavnike. Potrebno je razumeti, izvajati, ocenjevati, meriti in izkazovati kompleksne zahteve za oskrbo, usmerjeno na pacienta.

LITERATURA

1. Benton, D. (2009). Pomen znanja za razvoj stroke zdravstvene nege, pogled z vidika ICN. Pridobljeno s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/111A-SLO.pdf.
2. Bernstein, E., Getchell, L. in Harwood, L. (2019). Partnering with patients, families, and caregivers in nephrology nursing research. *Nephrol nurse J*, 46, 340–343. Pridobljeno s <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=306a752e-0c04-4d9a-abd6-e049af9b9427%40pdc-v-sessmgr01>.
3. Deruaz - Luyet, A., N`Goran, A., Tandjung, R., Frey, P., Zeller, A., Haller, D. M., Rosemann, T., Burnand, B., Bodenmann, P., Senn, N., Widmer, D. in Herzig, L. (2015). Multimorbidity in primary care: protocol of a national cross-sectional study in Switzerland. *BMJ open*, 5 (10). Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636659/>.
4. Eckardt, P., Hammer, M. J., Barton - Burke, M., McCabe, M., Kovner, C., Behrens, L., Reens, H. in Collier, B. S. (2017). All nurses need to be research nurses. *J Clin Transl Sci*, 1 (5), 269–270. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5804988/>.
5. Ehrenberg, A., Gustavsson, P., Wallin, L., Bostrom, A. in Rudman, A. (2016). New Graduate Nurses Developmental Trajectories for Capability Beliefs Concerning Core Competencies for Healthcare Professionals: A National Cohort Study on Patient-Centered Care, Teamwork, and Evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13 (6), 454–462. Pridobljeno s <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wvn.12178>.
6. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2019). Holistična in k pacientu / uporabniku usmerjena oskrba. V B. M. Kaučič, B. Filej, A. Preskar – Planko in K. Esih (ur.), *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji* (str. 13–17). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
7. Fix, M. G., Van Deusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L. in Bokhour, B. G. (2017). Patient-centered care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centered care. *Health Expect*, 21, 300–307. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750758/pdf/HEX-21-300.pdf>.
8. Horrell, J., Lloyd, H., Sugavanam, T., Close, J. in Byng, R. (2018). Creating and facilitating change for Person-Centred Coordinated Care (P3C): The development of the Organisational Change Tool (P3C-OCT). *Health Expect*, 21, 448–456. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867330/pdf/HEX-21-448.pdf>.
9. Jacobsen, F., Mekki, T., Forland, O., Folkestad, B., Kirkevold, O., Skar, R., Tveit, E. in Oje, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*, 16 (55). Pridobljeno s <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-017-0244-0>.
10. Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M. in Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*, 31 (4), 662–673. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724704/pdf/SCS-31-662.pdf>.
11. Natan, B. in Hochman, O. (2017). Patient-centered care in healthcare and its implementation in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 10 (1), 596–600. Pridobljeno s http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/64_merav_review_10_1.pdf.
12. O'Hare, A. M. (2018). Patient-centered care in renal medicine: Five strategies to meet the challenge. *Am J Kidney Dis*, 71 (5), 732–736. Pridobljeno s [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(18\)30001-5/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(18)30001-5/fulltext).
13. Ogden, K., Barr, J. in Greenfield, D. (2017). Determining requirements for patient-centred care: a participatory concept mapping study. *BMC Health Serv Res*, 17 (780). Pridobljeno s <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2741-y>.
14. Olsson, C., Forsberg, A. in Bjersa, K. (2016). Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice – A national study of registered nurses in general surgical care

- at Swedish university hospitals. *BMC Nurs*, 15 (54). Pridobljeno s <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-016-0174-2>.
15. Plazar, N. (2015). Zdravstvena nega na stičišču izobraževanja, raziskovanja, implementacij znanstvenih dognanj in prakse. V Pajnkihar, M. (ur.), *Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu* (str. 22–26). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno s https://www.fzv.um.si/sites/default/files/2016/Zbornik_MK_2015.pdf.
16. Sjogren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K. in Edvardsson, D. (2017). Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: a cross sectional study. *BMC Nurs*, 16 (44). Pridobljeno s https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5550941/pdf/12912_2017_Article_240.pdf.
17. Skela Savič, B., Pesjak, K., Hvalič Touzery, S. in Dermol, V. (2017). Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev. Pridobljeno s https://www.fzab.si/uploads/file /2017_CRP_DP_%202_%201_RAZISKOVALNO_POROCILO-KONCNO.pdf.
18. Strickland, K. (2017). Developing an infrastructure to support clinical academic careers. *Br J Nurse*, 26 (22), 1249–1251. Pridobljeno s svetovnega spleta: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=eb124e75-3246-42bc-979f-8cff42da6a22%40redis>.

Socialna izoliranost invalidov v času epidemije covid-19

UDK 364.694:616-036.22

KLJUČNE BESEDE: epidemija, covid-19, socialna izoliranost, invalidi

POVZETEK – Invalidi so ljudje, ki zaradi svojih telesnih, duševnih, intelektualnih ali senzoričnih okvar ne morejo polno in učinkovito sodelovati v družbi okoli njih. Epidemija covid-19 s katero se srečujemo že od decembra 2019, ko je izbruhnila na Kitajskem, je v veliki meri prizadela tudi invalide, saj so bili kot mnogi drugi prikrajšani za socialno druženje v svojem okolju zaradi ukrepa socialne izolacije. V raziskavah se že pojavljajo podatki o tem, kako je socialna izolacija vplivala na depresijo invalidov. Uporabili smo deskriptivno metodo in kvalitativno tehniko zbiranja podatkov, študijo primera. Za izhodišče smo uporabili pregled domače in tuje literature, ter zakonske podlage, ki so bile v veljavi v drugem valu epidemije v Sloveniji, ko je bila odrejena socialna izolacija in omejitve povezane z njo. Skozi literaturo smo ugotovili, da na socialno izoliranost vpliva več različnih dejavnikov. Menimo pa, da bi se določeno delo lahko izvajalo tudi v domačem okolju ob pravih navodilih. S tem bi nekoliko omilili posledice socialne izolacije, še posebno ob predprazničnem času, ki prihaja. Ob dejavnostih bi se invalidom, ki imajo osebno asistenco, omogočila dodatna dejavnost, s tem pa bi se morda odprla tudi lažja komunikacija med invalidom in osebnim asistentom o sami stiski invalidov ob izvajanju socialne izolacije.

UDC 364.694:616-036.22

KEYWORDS: epidemic, Covid-19, social isolation, people with disabilities

ABSTRACT – People with disabilities are unable to fully and effectively participate in the society that surrounds them because of their physical, mental, intellectual or sensory impairments. The Covid-19 epidemic, which has broken out in China since December 2019, has also greatly affected people with disabilities, as many others have been unable to participate in the society around them due to social isolation. Research has already shown how social isolation has affected the depression of people with disabilities. We used a descriptive method and a qualitative technique to collect the data, a case study. As a starting point, we used a review of the domestic and foreign literature, as well as the legal bases that were in force in the second wave of the epidemic in Slovenia, as the social isolation and its associated limitations. Based on the literature, we found that social isolation is influenced by several different factors. With a good relationship between disabled people and their parents and personal assistant, the consequences of the epidemic can be somewhat mitigated. However, we believe that some work could also be done in the domestic environment, with the right instructions. This would somewhat alleviate the consequences of social isolation, especially during the pre-holiday period, which is soon to come. People with personal assistance would be allowed an additional activity that may bring an easier opening in communication.

1 Invalidi

Invalidi so ljudje z dolgotrajnimi telesnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi okvarami, ki jih v povezavi z različnimi ovirami lahko omejujejo, da bi lahko enako kot drugi polno in učinkovito sodelovali v družbi (Vertot, 2007).

Po Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (ZZRZI) je invalid oseba, ki pridobi status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih in oseba, pri kateri so z odločbo

pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje (Vertot, 2007).

Vlogo za pridobitev statusa lahko po 4. členu ZSVI odda upravičenec ali njegov zastopnik na centru za socialno delo (CSD). Zraven mora biti priložena tudi odločba o usmerjanju, odločbo CSD o priznani pravici do dodatka za nego otroka ali mnenje invalidske komisije Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIS) (Zakon o socialnem vključevanju invalidov, 2019, 4. člen).

V 10. členu ZSVI je opredeljeno, da je potrebno zagotavljati socialno vključenost invalidov v skupnost. Storitve socialnega vključevanja so namenjene usposabljanju za samostojno življenje, vseživljenjskemu učenju, prebivanju s podporo in ohranjanju socialne vključenosti starejših invalidov. Vse pravice, ki jih imajo invalidi po tem zakonu so financirane iz proračuna Republike Slovenije in sicer v takem obsegu, kot ga predpiše ministrstvo pristojno za invalidsko varstvo (Zakon o socialnem vključevanju invalidov, 2019, 10. člen).

Mnogi starši dojemajo svojega invalidnega otroka kot šibko nemočno bitje, ki si zasluži usmiljenje, kar pogosto povzroči izolacijo invalidnega otroka s posebnimi potrebami. Ne glede na njegovo sposobnost, kar jim povzroči občutek osamljenosti, ki lahko traja več let. Ti otroci se lahko počutijo kot izobčenci saj menijo, da jih nihče ne potrebuje. Organizacije se ne poskušajo boriti za pravice invalidov glede diskriminacije s katero se srečujejo na različnih področjih kot sta izobraževanja in zaposlovanja (Nosenko - Stein, 2017).

Z zakonom o izenačevanju možnosti invalidov je prepovedana vsakršna diskriminacija zaradi invalidnosti v postopkih pred državnimi organi. Prepovedana je tudi diskriminacija v smislu dostopnosti blaga in storitev, ki so na voljo javnosti. To pomeni predvsem opustitev ponujanja informacij in blaga, ki so na voljo javnosti, invalidu ali njihovo ponujanje pod drugačnimi in slabšimi pogoji kot drugim (Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, 2010, 6. člen in 7. člen).

Vse osebe, ki imajo pridobljeni status invalida, so vodene v centralni zbirki podatkov. Iz te zbirke lahko podatke pridobiva Ministrstvo za notranje zadeve, ministrstvo pristojno za invalidsko varstvo, centri za socialno delo, ZPIS, za vojne veterane Upravne enote, Zavod za zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje in Finančna uprava Slovenije (Zakon o izenačevanju možnosti invalidov, 2010, 8. člen).

Socialna država je zavezana zagotavljati socialno varnost tistim osebam, ki so brez lastne krivde brez zadostnih sredstev za preživljanje in so zato socialno ogrožene. V veljavnem sistemu socialnega varstva sta temeljni socialnovarstveni dajatvi denarna pomoč kot edini vir preživljanja in denarni dodatek (Vertot, 2007).

Posameznik lahko vlogo odda na svoji enoti Centra za socialno delo, ki bo vlogo poslala koordinatorju ali na enoti, kjer sedi koordinator invalidskega varstva, ki je krajevno pristojen za njeno območje. Po prejeti vlogi koordinator invalidskega varstva pregleda vlogo. V kolikor ta ni popolna, pošlje vlagatelju poziv za dopolnitev vloge. Nato center za socialno delo imenuje komisijo. Komisija je sestavljena iz dveh izvedencev, ali dveh predstavnikov socialnega varstva ali enega predstavnika socialnega varstva in enega predstavnika uporabnikov. Izvedenca komisije obiščeta osebo na domu, s katerim opravita razgovor glede potrebnih storitev osebne asistencije, nato pa izdelata mnenje o številu ur in vsebini osebne asistencije ter mnenje posredujeta pristojnemu centru za socialno delo (Zakon o osebni asistenci, 2019, 20. člen in 21. člen).

V Turški provinci je bila narejena študija med avgustom 2012 do januarja 2013, na 645 registriranih invalidih. Študijska skupina je sestavljala 348 invalidov (54 %). Od tega jih je bilo

108 (31,0 %) slabovidnih, 99 (28,4 %) slušno prizadetih, 141 od njih (40,5 %) pa je bilo ortopedsko oviranih. Študijsko skupino je sestavljalo 95 žensk (27,3 %) in 253 moških (72,7 %), skupaj 348 oseb z invalidnostjo. Njihova starost je bila od 18 do 62 let. V tej študiji je pri 201 posameznikih z invalidnostjo (57,8 %) ugotovljeno, da imajo depresijo. V študiji je bilo število slabovidnih posameznikov 108 (31,0 %), posameznikov z okvaro sluha je bilo 99 (28,4 %), število posameznikov z ortopedskimi okvarami pa 141 (40,5 %) (Cagan in Unsal, 2014).

V študiji je bilo ugotovljeno, da ima 57,8 % odraslih invalidov depresijo. Da je bila v študiji ugotovljena večja depresija, lahko izvira od dejstva, da se je starost udeležencev gibala od 18 do 62 let, da so različna diagnostična merila depresije ali pa zaradi kulturnih razlik. Invalidi se v vsakdanjem življenju srečujejo z večjimi težavami kot zdravi ljudje. Medtem imajo težave z lastno oskrbo, imajo več odgovornosti zase in svoje otroke, kar lahko privede do psiholoških težav, kot je depresija. Depresija je glavni zdravstveni problem odraslih invalidov. Zgodnje odkrivanje in redno ugotavljanje depresije z namenom zdravljenja, usmerjanje v napredne centre za dokončno diagnozo sumljivih primerov in zagotavljanje socialne podpore bi bilo posameznikoma v pomoč (Cagan in Unsal, 2014).

2 Epidemija covid-19

V mestu Vuhan, v provinci Hubei na Kitajskem, se je decembra 2019 pojavilo več primerov atipične pljučnice, pri katerih so izključili običajne povzročitelje respiratornih okužb in pljučnic. Zaznali so hude akutne okužbe dihal, ki jih je povzročil novi koronavirus. Poimenovali so ga SARS- CoV-2 , kar pomeni hud akutno respiratorni sindrom in je bolezen, ki jo povzroča koronavirus. Svetovna zdravstvena organizacija je zaradi globalnega širjenja smrtne infekcijske bolezni prepoznala covid-19 (Koronavirus, ki je bil prvič zaznan 2019), kot resno grožnjo javnemu zdravju in tako razglasila pandemijo (Muniz - Pardos idr., 2020).

Na podlagi opravljene raziskave o psihični stiski državljanov na Kitajskem v mesecu februarju 2020 je bilo ugotovljeno, da je 99 % anketiranih občutilo zaskrbljenost na podlagi medijske obveščeniosti, 56,9 % jih je občutilo nervozo 48 % pa jih je opredelilo svoje čustveno stanje v zgodnji fazi pandemije (Wang idr., 2020).

Inkubacijska doba za covid-19 traja od 2 do 14 dni, v povprečju od 4 do 6 dni. Količina virusa v nosno-žrelnem prostoru začne padati po sedmih dneh okužbe in v približno dveh tednih je v nosu prisotna le še neznatna količina. Bolezen covid-19 se ne kaže s specifičnimi znaki ali simptomi, na osnovi katerih bi jo lahko razlikovali od ostalih virusnih okužb dihal, zato je za potrditev ali izključitev okužbe z novim covid-19, potrebno mikrobiološko testiranje z odvzemom brisa nosno-žrelnega prostora, žrela, izbirka zgornjih dihal, izmečka dihal ali drugih kužnin (Tomašič in Omersel, 2020).

Bolezen covid-19 je tako klasificirana na asimptomatsko in blago, ki ne potrebuje bolnišničnega zdravljenja, ter zmerno covid-19 pljučnico brez hipoksemije, pri kateri je potrebno ambulantno ali bolnišnično zdravljenje. Za hudo obliko, ki prizadene približno 15 % bolnikov, je značilna pljučnica s hipoksemijo, ki zahteva sprejem v bolnišnico in poostreno opazovanje zaradi možnosti poglobljanja hipoksemije. Pri 5 % bolnikov pa je bolezen kritična, zahteva zdravljenje v intenzivni enoti zaradi dihalne odpovedi in potrebe po umetnem predihavanju, lahko pa vodi celo do odpovedi več organov. Bolniki s pridruženimi boleznimi, kot so bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen, visok krvni tlak, kronične bolezni pljuč ali ledvic, rak in debelost, imajo večje tveganje za smrtni izid (Tomašič in Omersel, 2020).

covid-19 že sam po sebi predstavlja škodljiv učinek na javno duševno zdravje, ki pa bi lahko privedlo do psiholoških kriz. Pandemija covid-19, vodi do različnih sprememb na psihološkem področju in se pojavlja med splošnim prebivalstvom (Salari idr., 2020).

V Indiji poudarjajo, da je pomembno razumeti dejstvo, da vpliv pandemije covid-19 presega vpliv telesne bolezni. Virus bolj vpliva na duševno zdravje neokuženih kot pa tistih, ki doživljajo fizični vpliv na zdravje. Vsi se osredotočajo na preventivo preprečevanja virusa. Vendar pa bo manjšina ljudi doživela večje težave, povezane s fizičnim zdravjem, vsak posameznik pa se bo soočil za negativnimi posledicami duševnega vpliva, pandemije (Grover, idr., 2020).

Za socialno varstvene zavode za odrasle se je izdala odločba o določitvi ogroženih območij zaradi nalezljive bolezni covid-19. S to odločbo so se zaprli vsi varstveno delovni centri, ki opravljajo institucionalno varstvo odraslih, socialni zavodi za odrasle, domovi za starejše (Odredba o določitvi ogroženih območij zaradi nalezljive bolezni covid-19, 2020, 1. člen).

Zakon o nalezljivih boleznih v Republiki Sloveniji v svojem 7. členu opredeljuje nalezljivo bolezen. Epidemija je pojav nalezljive bolezni, ki po času in kraju nastanka ter številu prizadetih oseb presega običajno stanje in je zato potrebno takojšnje ukrepanje. V tem členu je tudi navedeno, da se po tem zakonu za okuženo območje šteje območje, kjer je bil ugotovljen eden ali več virov okužbe in na katerem so prisotne tudi možnosti za širjenje okužbe (Zakon o nalezljivih boleznih, 1993, 7. člen).

Zakon opisuje posebne ukrepe za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih boleznih. Usmerjena je v trenutno epidemiološko stanje na posameznem področju in v določenem okolju. Za covid-19 je bil izdan tak sklep o uporabi ukrepov, ki jih ZNB določa za kugo in virusno hemoragično mrzlico, po povzročiteljih iz prve skupine nalezljivih boleznih, iz 1. člena Pravilnika o prijavi nalezljivih boleznih, posebnih ukrepov in za njihovo preprečevanje in obvladovanje (Zakon o nalezljivih boleznih, 1993, 8. člen, 9. člen).

V Zakonu o spremembah in dopolnitvah zakona o nalezljivih boleznih (ZNB-C) je v 19. členu opisan ukrep karantene s katero se lahko začasno omeji gibanje oseb, za katere se sumi, da so bile v stiku s povzročiteljem kuge, hemoragične mrzlice ali povzročiteljem druge nalezljive bolezni za katero je minister, pristojen za zdravje ali Vlada Republike Slovenije na podlagi 7. člena Zakona o nalezljivih boleznih razglasila epidemijo ali je na predlog Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije odločila, da je zaradi nevarnosti hitrega širjenja okužbe za posamezno nalezljivo bolezen, potreben tak ukrep (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o nalezljivih boleznih, 2021, 19. člen).

NIJZ redno spremlja in posodablja baze podatkov o nalezljivih boleznih. O trenutno najbolj aktualni bolezni covid-19 imajo dnevno bazo podatkov o opravljenih testiranjih in o njihovih rezultatih. Zabeleženo imajo bazo podatkov tudi po regijah, občinah, po spolu, starostnih skupinah (Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2, b. d.)

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je usmerjevalni in usklajevalni organ za mednarodno zdravje v okviru Združenih narodov. WHO nudi pomoč, da lahko vlade rešujejo svetovne zdravstvene probleme in tako pomaga izboljšati dobro počutje ljudi. Tudi WHO ima celotno bazo podatkov o okuženih osebah s covid-19 posodobljeno vsakodnevno, za celotno svetovno območje (World Health Organization. Brochure, b. d.).

V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva smo zasledili, da med grožnje zdravju uvrščamo izbruhe nalezljivih boleznih ali okoljska tveganja, do katerih pride spontano, zaradi nesreč, onesnaženja okolja, bioterorizma ali drugih okoliščin, kot so ekstremni vremenski pogoji. Prenovljena Mednarodni zdravstveni pravilnik SZO in zakonodajni okvir EU zagotavljata učinkovit odgovor držav na grožnje zdravju. Ta vključuje ustrezne načrte

pripravljenosti, sistem zbiranja podatkov, poročanja in obveščanja. Pripravljenost za obvladovanje groženj in tveganj za zdravje zahteva celovit in organiziran pristop, ki ga lahko zagotovimo le z usklajenim delovanjem različnih deležnikov oziroma sektorjev, ki sodelujejo pri upravljanju groženj zdravju tako znotraj države kot tudi v okviru EU in širšem mednarodnem okolju (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016).

NIJZ in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH) imata ključno vlogo pri pravočasnem zaznavanju groženj zdravju, oceni tveganja in pripravi strokovnih podlag za sistemske ukrepe, aktivnosti in programe na tem področju v Sloveniji. Kompleksnost področja okolja in zdravja zahteva vsevladni odziv in dogovorjeno povezovanje strokovnjakov in institucij na različnih področjih (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, 2016).

Razmere so vplivale tudi na mentalno dobro počutje ljudi, pri čemer so o najnižjih stopnjah (na lestvici od 0 do 100) poročale osebe, ki zaradi invalidnosti ali bolezni niso sposobne za delo in brezposelni. Mentalno počutje oseb, starejših od 50 let, je boljše od počutja oseb, mlajših od 35 let in počutja tistih, ki sodijo v vmesno starostno skupino. Na evropski ravni je 16 % anketirancev izjavilo, da so bili v preteklih dveh tednih osamljeni »ves čas ali večino časa«; tako se je počutilo 20 % anketirancev, mlajših od 35 let. Na splošno je bila osamljenost najpogostejša med anketiranci v Franciji (22 %), najredkejša pa na Finskem. V Sloveniji je bilo osamljenih 9 % (Ahrendt idr., 2020).

3 Socialna izolacija

Socialna izoliranost in osamljenost sta tesno povezana pojma, ki ju je težko razlikovati, zato tega običajno tudi ne počnemo. Osamljenost je v današnjem času ena izmed največjih težav v družbi. vpliva pa na mlajše kot tudi na starejše. Je neprijetna izkušnja, ki se zgodi, ko ima posameznik v mreži osebnih družbenih odnosov kvalitativno ali pa kvantitativno pomanjkanje (Gierveld von Tilburg in Dykstra, 2016).

Trenutno poleg naraščanja števila primerov obolevnosti in primerov smrti v trenutnem stanju epidemije, je pomemben tudi socialno-ekonomski, politični in psihosocialni vpliv. Milijarde ljudi je zaprtih v svojih domovih, saj so se države zaklenile, da bi uvedle socialno distanciranje kot najboljši ukrep preprečevanja širjenja okužbe. V dobi digitalizacije so nas družbeni mediji, klepetalnice, restavracije, nakupovalna središča zmedli in s tem ustvarjali očitne družbene vezi. Ta preobrat, ki se je zdaj zgodil pa se je iz oči v oči spustil pred nas, kako živeti sami s seboj (Banerjee in Rai, 2020).

V obrambi proti covid-19 je socialno distanciranje eden od ključnih dejavnikov družbenega življenja. Držanje socialne distance lahko kmalu preide v socialno izolacijo, ki ima lahko negativne učinke na duševno in telesno zdravje. Socialna izolacija lahko vodi k osamljenosti, tj. neugodni subjektivni izkušnji, ki nastane med posameznikovimi pričakovanji in željami glede socialnih odnosov ter njegovimi dejanskimi socialnimi interakcijam (Razai, Oakeshott, Kankam, Galea in Stokes - Lampard, 2020).

Perlman in Peplau (1982 v Coplan in Bowker, 2014) sta ustvarila model kognitivnega neskladja osamljenosti, ki predlaga, da posameznik razvije osebno prepričanje s katerim presoja svoje odnose. Model kognitivnega neskladja predpostavlja, da če posameznikovi odnosi ne zadoščajo standardu, ki so si ga postavili lahko le ta občuti razočaranja v odnosu in lahko doživlja občutek osamljenosti.

Spol, stopnja izobraženosti, delo in prihodek imajo lahko nek določen vpliv na osamljenost. Zaradi zdravja pa lahko pride do omejitve delovanja in s tem tudi na zmanjšano družbeno vključevanje v skupnost, manj je družbenih stikov s prijatelji, vrstniki in sorodniki, zato lahko pride do večje osamljenosti. Več je lahko osamljenosti tudi pri osebah s slabimi socialnimi veščinami, saj težje razvijejo in ohranjajo odnose. Sobivanje staršev in otrok pa vpliva na zmanjšanje občutka socialne izolacije, saj medsebojna podpora in stik omejujeta osamljenost. To velja tudi za sorojence (Gierveld van Tilburg in Dykstra, 2016).

NIJZ poroča, da so na podlagi raziskave, izvedene v Republiki Sloveniji med novembrom 2020 in januarjem 2021, ugotovili porast nasilja v družinskih in partnerskih odnosih. Nasilje je pred pandemijo v partnerskem ali družinskem odnosu doživljalo 1,9 % udeležencev, med pandemijo pa je naraslo na 2,9 %. najpogosteje se med prebivalci pojavljajo simptomi depresije, kot so utrujenost, nespečnost in pomanjkanje energije. Udeleženci so navedli, da se najbolj bojijo okužbe in omejevanja lastne svobode in jih je strah za svojo prihodnost. Slovence med drugim motijo in obremenjujejo politična dogajanja, negativna čustva, ki se pojavljajo ob omejitvah, to so policijska ura, nošenje mask, prepoved gibanja, PCT. Mnoge obremenjuje izguba socialnih stikov.

Socialno izolacijo lahko v času epidemije spremljajo še strah pred okužbo, pomanjkanjem sestavin, izgubo zaposlitve. Lahko pa se zaradi pomanjkanja socialnih stikov pojavijo občutki tesnobe, slabše splošno počutje, stres in tudi zdlgočasnost (Douglas, Katikireddi, Taulbut, McKee in McCartney, 2020).

V trenutni situaciji je oddaljenost od družbenih medijev lahko tudi koristna. Saj lahko preveč informacij povzroča preobremenjenost. Vendar pa le ustrezne in posodobljene informacije o situaciji lahko pomagajo lajšati tesnobo med izolacijo. Kot zdravstveni delavci, pa moramo biti občutljivi na prilagojene potrebe oseb v karanteni in jim ustreči. Upoštevati je potrebno njihove osebne in psihološke potrebe. V kolikor ne moremo biti s svojimi najdražjimi je potrebno z njimi vzdrževati digitalno komunikacijo. Socialna povezanost je pomembna (Banerjee in Rai, 2020).

4 Empirični del

Izvedli smo študijo primera. Za izvedbo naloge smo pridobili ustrezna soglasja invalida in njegovega zastopnika ter tudi osebnega asistenta. Pri izvedbi študije primera smo upoštevali vsa etična načela raziskovanja, načelo neškodljivosti, pravičnosti, zaupnosti, resnicoljubnosti, koristnosti in načelo varnosti. Intervjuvancu smo zagotovili pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti in mu zagotovili možnost prekinitve pogovora. Pridobljene podatke smo uporabili izključno za namen izdelave projektne naloge. Upoštevali smo vsa načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

4.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno metodo in kvalitativno tehniko zbiranja podatkov, študijo primera. Izhodišče, ki smo ga uporabili je pregled domače in tuje literature ter zakonske podlage.

4.2 Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument smo izbrali 10 vprašanj odprtega tipa, ki so bila uporabljena za izvedbo intervjuja. Za izvedbo intervjuja smo pridobili soglasje invalidne osebe, kot tudi njegovega uradnega zastopnika. Seznanjeni so bili o namenu in o njegovi prostovoljni udeležbi. Za izvedbo intervjuja smo se vnaprej pripravili in ga izvedli v domačem okolju osebe, glede na epidemiološko situacijo, preko zoom aplikacije.

4.3 Opis vzorca

Za izvedbo intervjuja smo se v naprej pripravili in ga izvedli v domačem okolju osebe, glede na epidemiološko situacijo, preko zoom aplikacije. Pridobljeni podatki, so hranjeni z načeli varovanja podatkov. Pri izvedbi smo upoštevali vsa etična načela in norme. Vsi pridobljeni podatki so namenjeni izključno za morebitne strokovne objave in izsledke raziskave.

4.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za raziskovalni namen so zbrani in analizirani sintetizirani primarni in sekundarni viri. Primarni so pridobljeni z intervjujem določene osebe preko zoom aplikacije. Zagotovljena bo anonimnost intervjuvanca in pridobljena dovoljenja s strani intervjuvane osebe in zakonitega zastopnika.

5 Študija primera

Izvedli smo študijo primera. Za izvedbo naloge smo pridobili ustrezna soglasja invalida in njegovega zastopnika ter tudi osebnega asistenta. Pri izvedbi študije primera smo upoštevali vsa etična načela raziskovanja, načelo neškodljivosti, pravičnosti, zaupnosti, resnicoljubnosti, koristnosti in načelo varnosti. Intervjuvancu smo zagotovili pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti in mu zagotovili možnost prekinitve pogovora. Pridobljene podatke smo uporabili izključno za namen izdelave projektne naloge. Upoštevali smo vsa načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Invalid star 36 let z Downovim sindromom. Do 27 leta starosti je bil vključen v šolo za otroke s posebnimi potrebami. Živi s starši, ki so tudi njegovi zakoniti zastopniki ter s sestro ter njeno družino. Z 29 letom je bil sprejet v Varstveno delovni center. V letošnjem letu, v času prvega vala epidemije, ko se je vse ustavilo je zelo pogrešal svoje vrstnike in je komaj čakal, da bo lahko ponovno odšel na delo, saj mu to veliko pomeni. Ko se je situacija umirila je pričel z delom, vendar pa ni bilo več enako. Navaditi se je moral na nošenje maske, spremenjen režim prevoza in dela. Delali so en teden nato je bil en teden doma. V sedanjem ponovnem »lock downu« pa se njegova izoliranost kaže še bolj. Spomladi ko je bilo vreme lepo je bil vsaj nekaj zunaj. V jesenskem času, ko pa je čedalje bolj hladno pa ga starši in osebni asistent težko pripravijo, da bi se odpravil na daljši sprehod. Najraje je v sobi, kjer ima računalnik in tv. Rad posluša glasbo, gleda šport in kaj riše ali piše v svoje zvezke. Starši mu zagotovijo vse pripomočke, da se lahko vsaj malo zamoti. Od jeseni si je eden od staršev, ki je že tako ostal doma v skrbi za sina uredil status osebnega asistenta. O tej možnosti pa je izvedel čisto naključno na nekem predavanju, ki je organizirano s strani centrov v katere so invalidi vključeni. Splošno poznavanje zakonov in možnosti zagotovitve te dejavnosti je zelo nizko v splošni populaciji. Tudi starši povedo, da marsikaterega zakona niso poznali. Sedaj se s tem nekoliko bolj spoznavajo zaradi zaposlitve kot osebni asistent se lahko obrne z vprašanji o zakonskih podlagah na organizacijo, ki ga je zaposlila. Starši oz. zastopniki invalidov ne poznajo zakonov oz. ne vedo na koga se morajo obrniti. Za ureditev osebne asistencije je bilo potrebno oddati vlogo na CSD. V času postopka so prejeli obisk dveh socialnih delavk, ki sta preverile njegovo bivalno okolje in njegovo sposobnost skrbeti zase. S tem obiskom so ugotovili, da kot invalid potrebuje kar 90 ur tedensko pomoči. S tem je bila dosežena kvota 30 ur, ki je določena v zakonu za osebno asistenco. Starš, ki je ostal doma zaradi skrbi za sina, je tako sedaj dobil možnost zaposlitve in dodatnega finančnega transferja.

Njegovo zdravstveno stanje je trenutno dobro vendar se pojavlja možnost nastanka depresije zaradi izoliranosti od svojih vrstnikov. Edina zdravila, ki jih ima so zdravila za zdravljenje putike. Starši povedo, da imajo trenutno težave z urejanjem njegovega zobovja, saj mu zobje

gnijejo, kljub redni higieni in zobozdravstveni oskrbi. Ker zobozdravstvena oskrba ni dovolj primerna se zraven še poslužujejo zasebnih storitev na tem področju, ki pa jih kar veliko stanejo.

V trenutni epidemiološki situaciji, je težko določiti možnosti, ki bi lahko pomagale pri vključevanju. Njegov starš poskrbi, da gre vsaj malo ven na zrak ter da se zamoti s kakšnimi lažjimi opravili, ki jih lahko opravlja in jih je opravljal že prej. Ker pa rad ustvarja in dela bi bil pripravljen, delo, ki ga je opravljal v varstveno delovnem centru opravljati tudi doma.

S tem pa ne bi mogel nadomestiti vpliva druženja s svojimi vrstniki, katerega zelo pogreša. Je nekoliko bolj vase zaprta oseba, ki potrebuje, kar nekaj časa, da se prilagodi novim razmeram, tudi nam, kot sogovornikom. Zelo si želi, da bi kljub virusu še vedno lahko hodil delati. Opravil je tudi cepljenje, ki mu je bilo ponujeno preko varstveno delovnega centra.

6 Zaključek

Ugotovljeno je bilo, da je v Sloveniji kar veliko Zakonov, ki urejajo pravice invalidov. Veliko je tudi invalidov oziroma njihovih zastopnikov, ki ne poznajo Zakonov in pravic, ki jim pripadajo. Število organizacij, ki imajo dovoljenja za delo z invalidi se vsako leto povečuje.

Vsako leto se tudi povečuje število uporabnikov, ki se odločijo za uporabo osebne asistencije, saj sami ali njihovi zastopniki ne zmorejo več opravljati dela v službi in dodatno še z njihovimi invalidi.

Ob pregledu kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu ter kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, smo ugotovili, da se kodeksa v marsikateri točki prepletata oziroma dopolnjujeta. V obeh kodeksih je zapisano, da je potrebno zagotoviti pomoč osebam ne glede na njihov status, raso, veroizpoved. Vsakega posameznika je potrebno obravnavati individualno. V obeh kodeksih je zapisano, da je potrebno spoštovati uporabnika, mu zagotavljati ustrezno obravnavo ter zagotavljati anonimnost glede njegovega zdravstvenega stanja. V obeh kodeksih pa sem zasledila tudi dolžnost raziskovanja in usposabljanja delavcev.

Skozi literaturo smo ugotovili, da na socialno izoliranost vpliva več različnih dejavnikov. Vendar pa glede na te dejavnike menimo, da se možnosti za socialno izoliranost invalidov v času epidemije lahko zelo poveča. Sicer imajo podporo s strani staršev, kot tudi osebnih asistentov. S tem se lahko glede na literaturo nekoliko omilijo posledice epidemije in izoliranosti. Ugotovili smo tudi, da bo verjetno imela pandemija covid-19 dolgoročen vpliv na duševno zdravje posameznikov.

Pomembno je, da so skozi digitalno tehnologijo podane prave informacije, saj lahko edino tako začnejo ljudje upoštevati ukrepe, ki so izdani s strani Vlade Republike Slovenije. Z upoštevanjem ukrepov, pa bi lahko trenutno situacijo obrnili na bolje, kar bi pomenilo počasno odpiranje države in s tem ponovno vključevanje invalidov v socialno varstvene zavode in druge dejavnosti.

Že pred epidemijo covid-19 je bilo zaznati težave z depresijo pri invalidih. Na račun socialne izolacije ob izbruhu covid-19, pa se bo ta številka še povečevala. Več avtorjev (Wang idr., 2020; Salari idr., 2020 in Grover idr., 2020) ugotavljajo, da vpliv pandemije covid-19 presega samo telesne bolezni. Večji učinek ima na duševno zdravje. Pri invalidih se bo to še pokazalo skozi čas, ki prihaja, saj se posledice socialne izolacije in ukrepov, ki jih izvajamo ob pandemiji kažejo s časovnim zamikom.

Menimo, da če je bilo delo v varstvenih centrih pred pandemijo enostavno, kot je npr. pakiranje stvari v škatle, bi lahko to invalidi počeli tudi doma. Ali pa bi v predprazničnem času ustvarjali po navodilih, ki bi jih prejeli s strani zavoda, v pomoč pa bi jim bil tudi osebni asistent. S tem

bi se dodatno zapolnili in lažje preživeli čas epidemije. Tudi komunikacija bi ob teh dejavnostih lažje potekala in morda bi se invalidi lažje odprli in pripovedovali o svojih stiskah, saj je v pogovoru bilo zaznati tudi željo po druženju s svojimi vrstniki. Potrebno pa bi bilo narediti večji vzorec, z anketiranjem, ki bi stisko invalidov in njihovih zastopnikov prikazal v bolj realnih številkah. Še bolj se bodo pokazale posledice epidemije na invalide ob možni naslednji socialni izoliranosti, ki jo bo ob naraščanju okužb morda izdala Vlada Republike Slovenije. Na območju Republike Slovenije nismo našli raziskav, ki bi se dotaknile teh specifične populacije ljudi, glede njihovega splošnega počutja, glede težav v duševnem zdravju ali kakšnega drugega vpliva, ki ga je prinesla epidemija covid-19.

LITERATURA

- Ahrendt, D., Cabrita, J., Clerici, E., Hurley, J., Leončikas, T., Mascherini, M. idr. (2020). Living, working and Covid-19. Pridobljeno s https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20059en.pdf.
- Banerjee, D. in Mayank, R. (2020). Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7405628/>.
- Cagan, O. in Unusual, A. (204). Depression and loneliness in disabled Adults. *Procedia-Social and Behavioral Science*. Pridobljeno s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813054207>.
- Center za socialno delo. Pridobljeno s <https://www.csd-slovenije.si/csd-ljubljana/obvestila/osebna-asistenca/>.
- Center za socialno delo. Pridobljeno s <https://www.scsd.si/oscsd/>.
- Coplan, R. J. in Bowker, J. C. (ur). (2014). *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal and Being Alone*. Pridobljeno s https://books.google.si/books?id=qy1IAgAAQBAJ&pg=PP3&hl=sl&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false.
- Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (Covid-19) (b. d.). NIJZ. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19>.
- Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M. in McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*, 369.
- Gierveld, J., VanTilburg, T. G. in Dykstra, P. A. (2016). Loneliness and Social Isolation. Pridobljeno s <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Concepts-of-Loneliness-and-SocialIsolation-Dykstra/67bc66d9f7d27349de61b163bddd8b6557d15ae?p2df>.
- Grover, S., Sahoo, S., Mehra, A., Avasthi, A., Tripathi, A., Subramanyan, A. idr. (2020). Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62 (4), 354–362.
- Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo. Pridobljeno s <https://www.irsv.si/>.
- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno s <https://www.gov.si/iskanje/?q=sistem+socialnega+varstva&submit>.
- Muniz - Pardos, B., Shurlock, J., Debruyne, A., Steinacker, J. M., Börjesson, M., Wolfarth, B. idr. (2020). Collateral Health Issues Derived from the Covid-19 Pandemic. *Sports Medicine - Open*, 6 (1), 4–7. <https://doi.org/10.1186/s40798-020-00267-6>
- Nosenko - Stein, E. (2017). They fear us because we are Other: attitudes towards disabled people in today's Russia. Pridobljeno s <https://scielosp.org/article/scol/2017.v13n2/157-170/en/>.
- Odredba o določitvi ogroženih območij zaradi nalezljive bolezni COVID-19 (2020). Uradni list Republike Slovenije, št. 95/20 in 96/20. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2580>.
- Razai, M. S., Oakeshott, P., Kankam, H., Galea, S. in Stokes - Lampard, H. (2020). Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369.

17. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016). Uradni list Republike Slovenije, št. 25/16. Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO102#>.
18. Salari, N., Hosseinian - Far, A., Jalali, R., Vaisi - Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., idr. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631403/>.
19. Tomašič, T. in Omersel, J. (2020). Covid-19: preventiva, diagnostika in terapija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.
20. Vertot, P. (2007). Invalidi, starejši in druge osebe s posebnimi potrebami v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-DBWZHJWF/c1141328-86c9-4b01-88d2-cc25c9cf64fe/PDF>.
21. Wang, H., Xia, Q., Xiong, Z., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y. idr. (2020). The psychological distress and coping styles in the early stages of the 2019 coronavirus disease (Covid-19) epidemic in the general mainland Chinese population: A web-based survey. Pridobljeno s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233410>.
22. WHO. (b.d). Pridobljeno s <https://www.who.int>.
23. Zakon o izenačevanju možnosti invalidov (2010). Uradni list Republike Slovenije, št. 94/10. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4342>.
24. Zakon o osebni asistenci, (uradno prečiščeno besedilo). (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 31/18. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7568>.
25. Zakon o socialnem vključevanju invalidov. (2018). Uradni list Republike Slovenije, št. 30/18. Pridobljeno dne s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7808>.
26. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB-C) (2021). Uradni list Republike Slovenije, št. 33/06 Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2021-01-1757?sop=2021-01-1757>.

Mnenje zdravstvenih delavcev in sodelavcev glede obravnave pacientov po klinični poti

UDK 614.253:616-07/-08

KLJUČNE BESEDE: bolnišnična zdravstvena dejavnost, kakovost obravnave pacientov, uporaba kliničnih poti, vidik zdravstvenih delavcev in sodelavcev, kvantitativni pristop

POVZETEK – Klinične poti so prepoznane kot orodje za zagotavljanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov predvsem v bolnišnicah. Uveljavile so se v vseh bolnišnicah, vendar pa dokazov o njihovem vplivu na zdravstveno obravnavo pacienta ni veliko. V tem prispevku so predstavljeni rezultati študije med zdravstvenimi delavci in sodelavci o njihovih izkušnjah glede obravnave pacientov po klinični poti in sicer za paciente s kronično ledvično boleznijo, po akutni možganski kapi in po vstavitvi totalne endoproteze kolka in sicer iz vidika v kolikšni meri se jim zdijo posamezna ravnanja o obravnavi pacienta pomembna in v kolikšni meri to drži pri njihovem delu. Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Anketni vprašalnik je bil razvit namensko. V obdobju junij-september 2021 je bilo s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev ene bolnišnice izpolnjenih 169 vprašalnikov. Povprečne ocene pomembnosti navedenih ravnanj s petstopenjsko lestvico so bile visoke (4,17–4,73). Povprečne ocene, koliko navedena dejanja udeležajo pri delu, so pri vseh ravnanjih nižje od povprečnih ocen pomembnosti (3,71–4,42). Zdravstveni delavci in sodelavci se zavedajo pomembnosti navedenih ravnanj, vendar pa ocenjujejo, da so pri udeležanju kliničnih poti še vrzeli.

UDC 614.253:616-07/-08

KEYWORDS: hospital healthcare activities, quality of health care, use of clinical pathways, perspective of healthcare professionals and associates, quantitative approach

ABSTRACT – Clinical pathways are a recognised tool for ensuring the quality of patient care, especially in hospitals. They are well established in all hospitals, but there is little evidence of their impact on the health care of patients. This paper presents the results of a study in which healthcare professionals and associates were asked about their experiences of patient health care, particularly patients with chronic kidney disease, after an acute stroke and after total hip arthroplasty, and the extent to which this applied to their work in relation to clinical pathways. A quantitative research approach was used. The questionnaire was specifically designed. Between June and September 2021, 169 questionnaires were completed by healthcare professionals and associates at one hospital. The mean estimate of the importance of these behaviours on a five-point scale was high (4.17–4.73). The mean estimate of the extent to which these measures occur at work was lower than the mean estimate of the importance of all measures (3.71–4.42). Health professionals and associates are aware of the importance of these measures, but believe that there are still gaps in their implementation in clinical pathways..

1 Teoretična izhodišča

Klinične poti (v nadaljevanju KP) so prepoznane kot orodje za zagotavljanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov predvsem v bolnišnicah. Predstavljajo standardizacijo zdravstvenih procesov za podporo izvajanju kliničnih smernic in protokolov. Na globalni ravni je povečana uporaba KP sestavni del prizadevanj za izboljšanje kakovosti sistemov in strategija za izboljšanje rezultatov pri določeni skupini pacientov, a v bolnišnicah še vedno obstajajo

izzivi pri njihovi zasnovi, izvedbi in evalvaciji (Lawal idr., 2019). V Sloveniji so se aktivnosti za oblikovanje KP začele leta 2003 (Rems, Tušar in Mežek, 2003; Ažman, 2003), od leta 2009 pa je njihov razvoj v bolnišnicah postal obvezen (Marušič in Simčič, 2009). Uveljavile so se v vseh bolnišnicah, vendar pa dokazov o njihovem vplivu na zdravstveno obravnavo pacienta ni veliko. Goljar (2016, str. 8) ugotavlja, da je KP veliko težje pripraviti za zdravstvene ustanove, kjer je klinična praksa zelo spremenljiva in kjer obravnavajo paciente s številnimi in različnimi zdravstvenimi stanji. Uspešen sprejem in izvajanje KP je kompleksen proces in zahteva skrbno preučitev.

1.1 Vpliv kliničnih poti na izide zdravstvene obravnave

Mannion in Davies (2018) opisujeta, da so zdravstvene organizacije precej raznolike zaradi številnih specialnosti, poklicnih skupin, poklicnih hierarhij in storitvenih procesov. Najbolje jih je obravnavati kot kulturni mozaik, sestavljen iz več subkultur, ki so lahko tako gonilna sila kot ovira v izboljšanju kakovosti. Klinične procese je mogoče neposredno pripisati vedenju zdravstvenih delavcev in njihovo vrednotenje lahko predstavlja kritično izhodišče pri razvoju metod za izboljšanje obravnave, ki so je deležni pacienti (Hanefeld idr., 2017). Rotter idr. (2010) so na podlagi metaanalize učinkov izvajanja KP ugotovili, da je bila njihova uporaba povezana z zmanjšanjem zapletov pri oskrbi, dolžino bolnišničnega bivanja in stroški oskrbe. Leigheb idr. (2012) so ugotovili, da je z uporabo KP doseženo izboljšanje organizacije obravnave (upravljanja procesov in uporabe zdravstvenih storitev), zmanjša se umrljivost pacientov v bolnišnici, zmanjšano je tveganje za zaplete, vključno z zdravstvenimi zapleti, okužbami ran in razjed zaradi pritiska. Valentijn idr. (2019) so dokazali, da so rezultati usklajevanja oskrbe med pacienti in izvajalci povezani z vprašanji o kakovosti oskrbe, vključenosti v zdravljenje, poročanem zdravstvenem stanju, organizacijski pripravljenosti klinik in zmogljivosti za zunanje usklajevanje oskrbe. Faktorska analiza vprašalnika je dala osem notranje skladnih dejavnikov: osredotočenost na človeka, osredotočenost na skupnost, klinična koordinacija, strokovna koordinacija, organizacijska koordinacija, koordinacija sistema, tehnična in kulturna usposobljenost.

Na podlagi raziskave o vplivu KP na izide zdravstvene obravnave pri pacientih, ki temelji na izčrpnem pregledu literature iz obdobja od leta 2010 do leta 2020 je bilo identificiranih 24 področij, za katere obstajajo dokazi o pozitivnem vplivu KP na izide zdravstvene obravnave; najpogosteje glede zmanjšanja števila komplikacij in varnostnih odklonov, skrajšanja dolžine hospitalizacije in izboljšanja kliničnih izidov zdravljenja pri pacientu ter ob tem glede zmanjševanja stroškov. Na 8 področjih izmed teh obstajajo znanstveni dokazi tudi o negativnem vplivu, ki izhajajo praviloma iz posameznih raziskav (število varnostnih odklonov, dolžina bivanja v bolnišnici, zadovoljstvo pacienta), na 7 področjih pa, da KP niso imele vpliva na izide zdravstvene obravnave npr. iz vidika ponovnega sprejema v bolnišnico ali smrtnosti pacientov v bolnišnici oziroma boljše preživetje (Zupančič, 2021, str. 51).

V tem prispevku so predstavljeni rezultati študije med zdravstvenimi delavci in sodelavci o njihovih izkušnjah glede obravnave pacientov s kronično ledvično boleznijo, po akutni možganski kapi in po vstavitvi totalne endoproteze kolka po klinični poti. Namen raziskave je ugotoviti, v kolikšni meri se zdravstvenim delavcem in sodelavcem zdijo posamezna ravnanja v obravnavi pacienta pomembna in v kolikšni meri to drži pri njihovem delu.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Med zdravstvenimi delavci in sodelavci ene bolnišnice, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov s kronično ledvično boleznijo, po akutni možganski kapi in po vstavitvi totalne endoproteze kolka, je bilo izvedeno anketiranje z namensko razvitim anketnim vprašalnikom. Raziskava je potekala v okviru projekta Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komuniciranje in stroškovno učinkovitost (L7-2631).

2.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik vsebuje tri sklope, v okviru tega prispevka pa so uporabljeni podatki iz dveh sklopov: prvi sklop vsebuje vprašanja o demografskih podatkih, drugi o izidih zdravljenja pacienta.

2.3 Opis vzorca

Vzorčenje je bilo kvotno. V raziskavo med zdravstvenimi delavci in sodelavci zaposlenimi v bolnišnici so bili vključeni vsi, ki sodelujejo pri obravnavi pacientov po klinični poti in sicer za paciente s kronično ledvično boleznijo, po akutni možganski kapi in po vstavitvi totalne endoproteze kolka. V obdobju junij-september 2021 je bilo tako s strani zdravstvenih delavcev in sodelavcev ene bolnišnice izpolnjenih 169 vprašalnikov. Vprašalnik so izpolnjevali srednje medicinske sestre (34,5 %), diplomirane medicinske sestre (39,9 %), zdravniki (8,9 %), fizioterapevti (4,8 %) in v majhnem deležu psihologi, socialni delavci, klinični dietetiki, klinični farmacevti, zdravstveni administratorji. 31,5 % anketiranih je imelo srednješolsko izobrazbo, 1,8 % višješolsko, 40,5 % visokošolsko, 13 % specializacijo ali magisterij in 3 % doktorat znanosti.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketirali smo zaposlene, ki sodelujejo pri izvedbi obravnave pacienta po KP. Dostop do vprašalnika na spletnem portalu IKA (www.ika.si) je bil zaposlenim poslan preko elektronske pošte. Vprašalniki v tiskani obliki so bili zdravstvenim delavcem in sodelavcem na voljo na njihovih deloviščih. K izpolnjevanju so bili aktivno spodbujeni. Izpolnjevanje vprašalnika je bilo prostovoljno. Statistično analizo smo izvedli s statističnim programom SPSS 24.0.

3 Rezultati

Na vprašanje, ali njihovo delo poteka v skladu s pripravljeno klinično potjo, jih je 68 % odgovorilo, da njihovo delo poteka v skladu s pripravljeno klinično potjo, v 16,9 % da nimajo še pripravljene klinične poti, v 3,8 %, da imajo pripravljeno klinično pot, vendar pa je ne uporabljajo, 9,4 % jih ni seznanjenih s klinično potjo, 1,3 % pa jih ne pozna tega pojma.

Pri oceni, koliko se jim zdi pomembno posamezno ravnanje v obravnavi pacienta, je bila uporabljena lestvica: 1 - sploh ni pomembno, 2 - ni pomembno, 3 - se ne morem odločiti, 4 - pomembno, 5 - zelo pomembno. Pri oceni v kolikšni meri posamezno ravnanje drži pri njihovem delu pa je bila uporabljena lestvica: 1 - nikoli oz. pri nobenem pacientu, 2 - redko (do 20 % pacientov), 3 - občasno (pri 20 % do 50 % pacientov), 4 - 50–80 % pacientov; 5 - zelo pogosto (pri 80 % do 100 % pacientov). Ugotovitve so predstavljene v tabelah 1 in 2.

Tabela 1: Samoocena po področjih v povezavi s pomembnostjo in udejanjanjem pri delu

Kriterij	Kako vam je pomembno?		Kako pa to drži pri vašem delu?	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Aktivno poslušanje in pogovor s pacientom za razumevanje njegovih zdravstvenih in drugih potreb.	4,73	0,52	4,42	0,85
Pogovor s pacientom o preteklih boleznih in načinu življenja (npr. družina, služba, hobiji, družabno življenje).	4,44	0,69	4,08	1,00
Pogovor s pacientom o njegovih pričakovanih glede zdravstvene obravnave.	4,53	0,58	4,1	1,03
Pogovor s pacientom o funkcionalnosti in morebitnih spremembah v stopnji samooskrbe ter s tem povezanimi ukrepi.	4,63	0,63	4,24	1,02
Pogovor s pacientom glede njegovih vrednot, prepričanij in pomislekih glede zdravstvene obravnave.	4,43	0,70	3,98	1,13
Pogovor s pacientom glede njegovih pravic in dolžnosti v povezavi z obravnavo in bivanjem v bolnišnici.	4,31	0,75	3,79	1,15
Pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta.	4,17	0,89	3,74	1,23
Pozornost na posebnosti pri obravnavi posameznega pacienta.	4,54	0,66	4,14	1,05
Spoštovanje kulturnih prepričanij pacienta in družbenih norm okolja, iz katerega izhaja.	4,21	0,88	3,76	1,21

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Izmed navedenih trditev so zdravstveni delavci in sodelavci ocenili glede na pomembnost z najvišjo oceno »aktivno poslušanje in pogovor s pacientom za razumevanje njegovih zdravstvenih in drugih potreb« (4,73), najnižje pa »pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta«. Glede na to, koliko se navedeno udejanja pri delovanju, so bile pod povprečno vrednostjo 4,0 ocenjene »spoštovanje kulturnih prepričanij pacienta in družbenih norm okolja, iz katerega izhaja« (3,76), »pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta« (3,74), »pogovor s pacientom glede njegovih vrednot, prepričanij in pomislekih glede zdravstvene obravnave« (3,98) in »pogovor s pacientom glede njegovih pravic in dolžnosti v povezavi z obravnavo in bivanjem v bolnišnici« (3,79).

Tabela 2: Samoocena po področjih v povezavi z obravnavo pacientov po klinični poti

Kriterij	Kako vam je pomembno?		Kako pa to drži pri vašem delu?	
Obravnava po klinični poti je bolj varna, kontinuirana, koordinirana, poteka bolj tekoče in je krajša.	4,65	0,71	4,26	1,17
Klinična pot vsebuje enotni pisni načrt obravnave pacienta z vsemi obrazci (dokumentacija klinične poti) za celoten multidisciplinarni tim na enem mestu.	4,67	0,71	4,22	1,23
Pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom.	4,22	1,26	3,71	1,6
S klinično potjo se izboljšuje udejanjanje načel integriranega pristopa (celovitost, koordinacija, kontinuiteta, sodelovanje in povezovanje) pri obravnavi pacienta.	4,61	0,86	4,07	1,33
Pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci (npr. zdravnik družinske medicine, patronažna služba, center za rehabilitacijo, center za socialno delo, socialno varstveni zavodi).	4,43	1,11	3,78	1,46
Uporaba klinične poti ima pozitiven vpliv na stroškovno učinkovitost zdravstvene obravnave pacienta ob izboljšani varnosti in kakovosti njegove obravnave.	4,71	0,84	4,14	1,34

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

Izmed navedenih področjih je bila najnižja povprečna ocena pri kriteriju »pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom« (4,22), najvišja pa pri »uporaba klinične poti ima pozitiven vpliv na stroškovno učinkovitost zdravstvene obravnave pacienta ob izboljšani varnosti in kakovosti njegove obravnave« (4,71). Glede na to, koliko se navedeno udejanja pri delovanju, so bile pod povprečno vrednostjo 4,0 ocenjene »pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci (npr. zdravnik družinske medicine, patronažna služba, center za rehabilitacijo, center za socialno delo, socialno varstveni zavodi)« (3,78) in »pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom« (3,71).

4 Razprava

Rezultati študije med zdravstvenimi delavci in sodelavci o njihovih izkušnjah glede obravnave pacientov s kronično ledvično boleznijo, po akutni možganski kapi in po vstavitvi totalne endoproteze kolka po klinični poti, kažejo, da so povprečne ocene pomembnosti pri vseh izpostavljenih področjih razmeroma visoke. To je pričakovati, saj so vsa navedena področja opisnik celovite, kakovostne in koordinirane zdravstvene obravnave. Povprečne ocene, koliko navedena dejanja udejanjajo pri delu, so pri vseh ravnanjih nižje od povprečnih ocen pomembnosti. Med najnižje ocenjenimi so, da pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci (npr. zdravnik družinske

medicine, patronažna služba, center za rehabilitacijo, center za socialno delo, socialno varstveni zavodi). Taka ugotovitev je pričakovana, saj v Sloveniji integrirane KP še niso uveljavljene. Predvsem npr. ni dokazov o vplivu KP oziroma integriranih KP na obravnavo kompleksnih multimorbidnih pacientov (Zupančič, 2021). O koristi integrirane klinične poti raziskujejo npr. Hogan idr. (2011), Weizi idr. (2014), Elliott idr. (2017), Martin idr. (2017), Sullivan idr. (2017). Tudi drugo nižje ocenjeno področje glede dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom kaže na to, da so v uveljavljanju integriranega pristopa dodatne priložnosti za boljšo izrabo orodja klinične poti za kakovost izidov zdravstvene obravnave pacientov. Na vprašanji, v kolikšni meri se zdravstvenim delavcem in sodelavcem zdijo posamezna ravnanja v obravnavi pacienta pomembna in v kolikšni meri to drži pri njihovem delu lahko odgovorimo, da se zdravstvenim delavcem vsa navedena ravnanja zdijo zelo pomembna, da pa menijo, da se ta ravnanja dovolj ne udejanja v njihovih dejanjih. Pomanjkljivosti predstavljene študije izhajajo iz delne predstavitve podatkov, saj bi v analizi celotnih podatkov lahko k predstavljenim dodali še kakšno pomembno ugotovitev. Prednosti raziskave pa so predvsem v potrditvi zavedanja pomena ravnanj zdravstvenih delavcev in sodelavcev in razkoraka v udejanjanju pri delu. Nadaljnje raziskave glede vpliva kliničnih poti na izide zdravstvene obravnave so potrebne.

LITERATURA

1. Ažman, M. (2003). Uvajanje kliničnih poti v Splošni bolnišnici Jesenice. V *Management v operacijski zdravstveni negi* (str. 53–58). Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije.
2. Elliott, M. J., Gil, S., Hemmelgarn, B. R., Manns, B. J., Tonelli, M., Jun, M. idr. (2017). A scoping review of adult chronic kidney disease clinical pathways for primary care. *Nephrol Dial Transplant*, 32 (5), 838–846.
3. Goljar, N. (2016). Oblikovanje nove klinične poti na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča. *Rehabilitacija*, 15 (1), 8–11.
4. Hanefeld, J., Powell - Jackson, T. in Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95 (5), 368–374.
5. Hogan, K., Barry, M. in Burke, M. (2011). Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24 (5), 334–347.
6. Lawal, A., Groot, G., Goodridge, D., Shannon, D. in Scott, D. S. (2019). Development of a program theory for clinical pathways in hospitals: protocol for a realist review. *Systematic Reviews*, 8 (1).
7. Leigheb, F., Vanhaecht, K., Sermeus, W., Lodewijckx, C., Deneckere, S., Boonen, S. idr. (2012). The effect of care pathways for hip fractures: a systematic review. *Calcified Tissue International*, 91 (1), 1–14.
8. Mannion, R. in Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*, 363, k4907.
9. Martin, G. P., Kocman, K., Stephens, T., Carol, J., Peden, C. J. in Rupert, M. (2017). Pearse Pathways to professionalism? Quality improvement, care pathways, and the interplay of standardisation and clinical autonomy. *Sociology of Health & Illness*, 39 (8), 1314–1329.
10. Marušič, D. in Simčič, B. (2009). *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
11. Rems, M., Tušar, S. in Mezek, M. (2003). Endoskopska revija: glasilo Sekcije za endoskopsko kirurgijo in Sekcije za gastroenterološko endoskopijo Slovenije, 8 (19), 36.
12. Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A. in Steyerberg, E. W. (2012). The quality of the evidence base for clinical pathway effectiveness: room for improvement in the design of evaluation trials. *BMC Medical Research Methodology*, 18 (12), 80.

13. Sullivan, D. O., Manix, M. in Timmons, S. (2017). Integrated Care Pathways and Care Bundles for Dementia in Acute Care: Concept Versus Evidence. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 32 (4), 189–193.
14. Valentijn, P. P., Pereira, F., Sterner, C. W., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., Hegbrant, J. idr. (2019). Validation of the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tools (RMIC-MTs) in renal care for patient and care providers. *PLoS One*, 14 (9), e0222593.
15. Weizi, L., Kecheng, L., Hongqiao, Y. in Changrui, Y. (2014). Integrated clinical pathway management for medical quality improvement – based on a semiotically inspired systems architecture. *European Journal of Information Systems*, 23 (4), 400–417.
16. Zupančič, V. (2021). Vpliv (integriranih) kliničnih poti na izide zdravstvene obravnave: sistematičen pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 8 (1), 37–59.

Častni pokrovitelj konference

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



Sponzorji

Mestna občina Novo mesto



Terme Krka, d.o.o., Novo mesto





Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

- visokošolski strokovni študijski program
Zdravstvena nega
Fizioterapija
Fitoterapija
- magistrski študijski program
Zdravstvena nega
Fizioterapija
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba
Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- doktorski študijski program
Zdravstvene vede
*smer: Zdravstvena nega
Fizioterapija
Edukacija v zdravstvu
Menedžment v zdravstvu
Preventiva v zdravstvu*



*smer: Zdravstvena nega
Fizioterapija
Edukacija v zdravstvu
Menedžment v zdravstvu
Preventiva v zdravstvu*