



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, 15. november 2018*

**HOLISTIC APPROACH
TO THE PATIENT**

*International scientific conference
Novo mesto, 15 November 2018*



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

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

ZBORNİK PRISPEVKOV
CONFERENCE PROCEEDINGS

Mednarodna znanstvena konferenca
International Scientific Conference

Novo mesto, 15. november 2018

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

ZBORNİK PRISPEVKOV
CONFERENCE PROCEEDINGS

Izdala in založila / Publisher ©

Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede
Faculty of Health Sciences

Uredila / Editor

Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzirali / Outside Reviewers

Dr. Mojca Blažič, Andreja Draginc, dr. Karmen Erjavec, dr. Bojana Filej, dr. Malči Grivec, Gorazd Laznik, dr. Ljiljana Leskovic, dr. Marijana Neuberg, Kristina Rakuša Krašovec, dr. Barbara Rodica, dr. Vesna Zupančič

Naslovnica / Title Page

Katja Keserič Markovič

Lektorirali / Language Editors

Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.

Tehnično uredila / Technical Editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Programski odbor / Programme committee

Predsednica / Chairman:

Dr. Nevenka Kregar Velikonja, Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
Dr. Anna Axelin, Department of Nursing Science, University of Turku, Finland
Monika Ažman, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Slovenija
Dr. Bojana Filej, Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
Dr. Božena Gorzkowicz, Pomeranian Medical University in Szczecin, Poland
Dr. Goran Kozina, Sveučilište Sjever - Sveučilišni centar Varaždin, Hrvatska
Dr. Milena Kramar Zupan, Splošna bolnišnica Novo mesto, Slovenija
Dr. Ljiljana Leskovic, Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
Dr. Jasmina Starc, Univerza v Novem mestu, Slovenija
Dr. Milica Vasiljevič Blagojevič, Visoka zdravstvena škola strokovnih studija u Beogradu, Srbija
Dr. Vesna Zupančič, Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

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

616-08(082)(086.034.44)
616-083(082)(086.034.44)

CELOSTNA obravnava pacienta [Elektronski vir] : zbornik prispevkov : mednarodna znanstvena konferenca = Holistic approach to the patient : conference proceedings : international scientific conference, Novo mesto, 15. november 2018 / [uredila Nevenka Kregar Velikonja]. - Novo mesto : Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede = University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, 2019

ISBN 978-961-94392-6-5
1. Vzp. stv. nasl. 2. Kregar-Velikonja, Nevenka
COBISS.SI-ID 300471552

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Bojana Filej</i>	9
Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta Importance of Interculturality for a Holistic Treatment of the Patient	
<i>Dr. Karmen Erjavec</i>	19
Komunikacija zdravstvenih delavcev s pacienti in svojci Communication of Health Workers with Patients and Family Members	
<i>Dr. Božena Gorzkowicz, dr. Dorota Kilańska</i>	29
Izvajanje ICNP® na Poljskem glede na smernice Svetovne zdravstvene organizacije 2013 The Implementing of ICNP® in Poland Regarding WHO 2013 Guidelines	

REFERATI

<i>Mag. Miroslava Abazović</i>	36
Ambulanta farmacevta svetovalca – optimizacija zdravljenja z zdravili Clinical Pharmacist's Consultation Practice – Optimisation of Medication Treatment	
<i>Herta Avsenek, Gordana Sivec</i>	41
Kam odpuščamo paciente iz neakutne obravnave glede na sprejemno diagnozo? Where are we Going to Direct Patients from Non-Acute Treatment Based on a Receiving Diagnosis?	
<i>Robertina Benkovič, Uroš Zafošnik</i>	46
Odvajanje od kajenja s sodobno obliko zdravstvene vzgoje Modern Health Education in Trying to Quit Smoking	
<i>Dr. Mojca Blažič</i>	51
Pomen sistematične podpore pri razvoju kariere študentov zdravstvene nege – vloga kariernega centra The Importance of Systematic Support In Career Development of Healthcare Students - the Role of the Career Centre	
<i>Tina Bogataj, Robert Sotler, Viki Kotar</i>	59
Mnenja študentov o vlogi medicinske sestre pri endotrahealni intubaciji Students' Opinion on the Role of Nurses in Endotracheal Intubation	
<i>Vesna Braun</i>	68
Proces obravnave zavarovalnega primera v asistenčnem centru Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d. The Processing of an Insurance Case at the Assistance Centre Triglav, Health Insurance Company d. d.	

<i>Vesna Brumnić, Lucija Lukrecija Sukić, Stjepan Jelica</i>	76
Utjecaj dobi na kvalitetu života gerijatrijske populacije Influence of Age on the Quality of Life of Senior Citizens	
<i>Dr. Irena Canjuga, dr. Danica Železnik, Tina Cikač</i>	83
Usamljenost starijih osoba kao sve značajni javnozdravstveni problem Loneliness in Older People as a Significant Public Health Problem	
<i>Dr. Irena Ceglar, Jožica Trstenjak</i>	94
Sprememba načina prehranjevanja pri uporabniku v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica Changing Eating Habits in a User at the Centre for Training, Work and Care Radovljica	
<i>Tina Cikač, dr. Marijana Neuberger, dr. Irena Canjuga</i>	102
Psihološka skrb i terapeutski odnos medicinska sestra-pacijent Psychological Care and Therapeutic Relationship Nurse-Patient	
<i>Nada Čajkovic, Vesna Brumnić</i>	108
Zadovoljstvo pacijenata s pojedinim aspektima fizioterapije Satisfaction of Patients with Particular Aspects of Physiotherapy	
<i>Pia Čepič, dr. Mojca Jevšnik</i>	114
Sistemi zagotavljanja zdravstveno ustrezne pitne vode Systems for Ensuring Drinking Water Suitability	
<i>Maja Debelak</i>	125
Vloga edukatorja pri obravnavi nosečnice z gestacijskim diabetesom The Role of the Diabetes Nurse in the Care of Pregnant Women with Gestational Diabetes	
<i>Dr. Tatjana Devjak, dr. Srečko Devjak, dr. Sanja Berčnik</i>	132
Neenakosti v zdravju občanov: analiza in primerjava stanja v dveh slovenskih občinah Inequalities in the Health of Citizens: Analysis and Comparison of the Situation in Two Slovenian Municipalities	
<i>Andreja Draginc, Lidija Razdrh</i>	144
Osveščenost staršev o sladkorni bolezni otrok Parents' Awareness of Diabetes	
<i>Mag. Nevenka Ferfila, mag. Eva Dolenc, dr. Damjan Slabe</i>	152
Projekt živ-ko: novo življenje starega kompleta – vidik sodelujočih A New Life of the Old First-Aid Kit – Aspect of the Participants	
<i>Dr. Branko Gabrovec</i>	161
Uporaba marihuane med športniki Use of Marijuana among Athletes	
<i>Ajda Gobec Jerele</i>	166
Pravno urejanje zdravja na delovnem mestu Regulation on Health at Work	
<i>Dr. Malči Grivec</i>	175
Motivi vpisa v register potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic Motives of the Enrollment in the Registry of Potential Donors of the Haematopoietic Stem Cells	

<i>Dr. Marjetka Jelenc, dr. Tatja Kostnapfel, dr. Ivan Eržen</i>	186
Naraščanje porabe zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji Increasing Consumption of Medicines for Treatment of Dementia in Slovenia	
<i>Ekrem Junuzović</i>	191
Uporaba deeskalacijskih tehnik za obvladovanje nasilnega vedenja Use of De-Escalation Techniques for Managing Violent Behavior	
<i>Mag. Sandra Karabatić, Ana Mustač, Tanja Zovko</i>	201
Idiopatska pljučna fibroza - neprepoznati ubojica Idiopathic Pulmonary Fibrosis - Unrecognized Killer	
<i>Mojca Kokalj, Nada Macura Višić, Mojca Rabič</i>	205
Celostna obravnava pacienta v urgentnem centru po klinični poti Integrated Patient Treatment in the Emergency Centre Using a Clinical Path	
<i>Vilma Kolarić, Snježana Gačina</i>	211
Ispitivanje znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu Knowledge of Diabetic Foot among Nurses	
<i>Dejan Korošec, mag. Sonja Hlebs, Matej Ipavec</i>	219
Učinkovitost fizioterapevtskih postopkov pri obravnavi sindroma zapestnega prehoda Effectiveness of Various Physiotherapy Procedures for Carpal Tunnel Syndrome	
<i>Manja Kosi, Robert Sotler</i>	232
Komunikacija med gasilci in reševalci na krajevni vaji množične nesreče Communication Between Firefighters and Paramedics at the Local Mass Accident Exercise	
<i>Mag. Radoslav Kosić, Tanja Kosec, Andreja Balaž Gilija</i>	240
Utjecaj art terapije kod osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem Treating PTSD with Art Therapy	
<i>Martina Kožić, dr. Damir Matoković, Božica Lovrić</i>	252
Tjelesna aktivnost kod osoba starije životne dobi Physical Activity in Older Persons	
<i>Dr. Milena Kramar Zupan</i>	262
Dejavniki izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji Factors of Workplace Burnout for Nurses in Intensive Therapy	
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja, dr. Vladka Lešer</i>	271
Raziskava o razširjenosti podančic pri šolski in predšolski populaciji Investigation of Pinworm Infestation in Preschool and School Population	
<i>Aljaž Kren, Maja Kren, mag. Matej Makovec</i>	279
Zdravstvena in e-zdravstvena pismenost pacientov s kroničnimi boleznimi v ambulantni nujni medicinski pomoči Health and E-Health Literacy among Chronic Disease Patients at the Emergency Medical Service Department	
<i>Aljoša Lapanja, Marija Ferkulj, Robert Sotler</i>	292
Vplivi na potek kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege na področju psihiatrije The Influences on Clinical Training of Nursing Students in Psychiatry	

<i>Gorazd Laznik, Ana Pevec</i>	302
Vpliv kakovostne obravnave otroške astme na izid zdravljenja Influence of Quality Treatment of Childhood Asthma on the Outcome of Treatment	
<i>Tea Lesjak</i>	311
Rehabilitacija po miokardnem infarktu in njen vpliv na življenje doma Rehabilitation after Myocardial Infarction and Impact on Life at Home	
<i>Aljoša Lipovec</i>	320
Dejavniki tveganja za pojav nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo Risk Factors for the Occurrence of Violent Behaviour in a Patient with a Mental Disorder	
<i>Božica Lovrić, Tihomir Jovanović, Pavica Jakovljević</i>	327
Zdravstvena pismenost adolescenata Health Literacy in Adolescents	
<i>Željko Malić, Robert Sotler</i>	333
Pomen organizacije regijskih preverjanj usposobljenosti ekip prve pomoči The Importance of Organising Regional Testing of First Aid Teams	
<i>Karin Matoh</i>	341
Analiza okoljskih dejavnikov tveganja v vrtcu Analysis of Environmental Risk Factors in Kindergarten	
<i>Žiga Metelko, Robert Sotler</i>	351
Usposobljenost zaposlenih v vrtcu za nudenje prve pomoči ob poslabšanju zdravstvenega stanja otrok First-aid Knowledge of Kindergarten Employees in Cases of Deteriorating Internal Medicine Conditions	
<i>Blaž Mlačak, Mira Brodarič</i>	357
Bolezni perifernih arterij in ven pri bolnikih po prebolelem infarktu miokarda Arterial and Venous Diseases in Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction	
<i>Martina Mlinarič</i>	364
Stopnja osebnošnega razvoja in rasti Level of Personal Development and Personal Growth	
<i>Drita Mustafai</i>	375
Debelost in prekomerna telesna teža odraslih Slovencev ter zdravstvena vzgoja Obesity and Excess Body Weight in Adults in Slovenia and their Health Education	
<i>Marija Nemanič, dr. Lorena Mihelač</i>	382
Raziskovanje vpliva petja pri različnih tempih na govor jecljajočih oseb Exploring the Impact of Music on Speech Rate Modification in Persons Who Stutter	
<i>Dr. Marijana Neuberg, Barbara Hohnjec, dr. Rosana Ribić</i>	389
Zadovoljstvo životom osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji Life Satisfaction of Elderly People in the Varaždin County	
<i>Ljudmila Par</i>	400
Kako na čim lažji in varen način premestiti po postelji nepomično in delno pomično osebo How to Most Easily and Safely Move Immobile and Partially Mobile Persons in Bed	

<i>Milena Pavič Nikolič</i>	411
Kampanja zgodnje prepoznave revmatičnih bolezni Campaign of Early Recognition of Rheumatic Diseases	
<i>Munira Pejić, Kleopatra Kodrič, Irena Nesić</i>	415
Mentalno zdravje in etično vedenje - temelja dobrega počutja Mental Health and Ethical Behaviour - Fundamentals of Well-Being	
<i>Matic Polšak, Robert Sotler</i>	426
Evalvacija znanja študentov zdravstvene nege ob epileptičnem napadu Evaluation of the Knowledge of Nursing Students on Epileptic Seizure	
<i>Mirjana Raguž, dr. Damir Matoković, Božica Lovrić</i>	435
Stavovi roditelja o cijepljenju u odnosu na zdravstvenu pismenost Parents' Attitudes Towards Vaccination in Relation to Health Literacy	
<i>Dr. Rosana Ribić, dr. Marijana Neuberg, dr. Goran Kozina</i>	444
Mjerenje razine kortizola kao biomarkera stresa Measurement of Cortisol Levels as a Biomarker of Stress	
<i>Dr. Špela Selak, dr. Marjetka Jelenc, dr. Branko Gabrovec</i>	450
Obvladovanje krhkosti na ravni posameznika: kje smo, kam gremo? Frailty Management at the Individual Level: Where are We Now, Where are We Heading?	
<i>Barbara Sfiligoj, Nina Trifoni, Mojca Ravnik Strgar</i>	458
Uspešnost dojenja po odpustu iz porodnišnice Breastfeeding after Leaving the Maternity Hospital	
<i>Mag. Nataša Sovič Kirm</i>	467
Motivacija za učenje tujega jezika Motivation for Learning a Foreign Language	
<i>Tina Šaula, dr. Mojca Jevšnik</i>	476
Izbrana orodja kakovosti na primeru higiensko-tehnične analize živilsko-prehranskega objekta Quality Tools in the Case of Hygienic-technical Analysis of the Food Processing Establishment	
<i>Andrea Šetina</i>	489
Svetovalne storitve v lekarnah: pregled uporabe zdravil in osebna kartica zdravil Consultation Services in Pharmacies: Personal Medication List and Personal Medication Card	
<i>Branka Šifer Grobelnik, dr. Boris Miha Kaučič</i>	497
Izkušnje medicinskih sester pri komunikaciji s svojci Nurses' Experiences in Communication with Relatives	
<i>Olga Štancar</i>	504
Klinični učni milje The Teaching Milieu in the Clinic	
<i>Dragana Terzić Marković, Sanja Božić, dr. Milica Vasiljević Blagojević</i>	511
Uticaaj bolničkog odeljenja na realizaciju praktične nastave zdravstvene nege Impact of the Hospital Department on the Realisation of Practical Health Care Lessons	
<i>Dijana Tesla, mag. Tatjana Badrov, Ružica Mrkonjić</i>	518
Intimnost i seksualnost oboljelih od multiple skleroze Intimacy and Sexuality of Patients with Multiple Sclerosis	

<i>Jelena Tomac Jovanović, Tihomir Jovanović, Sabina Cviljević</i>	527
Namjera odlaska u inozemstvo učenika završnih razreda srednje škole Intention of High School Graduates to Emigrate Abroad	
<i>Vladimira Tomšič, mag. Andreja Hrovat Bukovšek</i>	536
Zdravstvena vzgoja pacientov v antikoagulacijski ambulanti Sevnica Patient Health Education in the Anticoagulation Department in Sevnica	
<i>Žiga Tomšič, dr. Andreja Kvas</i>	551
Uporaba telemedicine pri spremljanju pacienta s srčnim popuščanjem v domačem okolju The Use of Telemedicine in Monitoring the Patient with Heart Failure in the Home Environment	
<i>Mag. Mateja Vodnik</i>	560
Brez komunikacije ne gre Communication is Key	
<i>Klara Willewaldt, Gorazd Laznik</i>	570
Preddializna šola – ključ do kakovostnejšega zdravljenja dializnih bolnikov Predialysis School - the Key to Better Treatment of Dialysis Patients	
<i>Dr. Monika Zadnikar</i>	579
Celostno ocenjevanje uporabnikov - starostnikov Integrated Evaluation of Users – Elderly	
<i>Aleša Žvelc</i>	586
Nove kompetence zdravstvene nege - obravnava pacienta na neinvazivni mehanični ventilaciji New Competencies in Nursing - Treatment of Patients in Non-Invasive Mechanical Ventilation	

Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta

UDK 616-08:316.7

KLJUČNE BESEDE: kakovostna oskrba, raznolikost kultur, holizem, pacienti

POVZETEK - Družba, v kateri živimo, postaja vse bolj kulturno raznolika zaradi migracij. Na to vplivajo različni razlogi, kot na primer globalizacija, vojne, neustrezni ekonomski in življenjski pogoji ter klimatske spremembe. Tudi Slovenija je kulturno precej heterogena, saj na majhnem prostoru živita dve nacionalni manjšini, posebna romska skupnost, tri večje etnične skupine ter 54 različnih verskih skupnosti. Naraščajoča kulturna raznolikost zahteva od vsakega demokratičnega posameznika sprejemanje medkulturnosti, sposobnost sobivanja in spoštovanja vrednot vsake kulturne skupine. Zdravstveni strokovnjaki smo zakonsko in etično zavezani k enakopravni obravnavi vseh ljudi, vendar je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur in prepričanj tako zahtevna, da sama zavezanost zakonodajni in etiki ni dovolj in da je za kakovostno obravnavo pacientov potrebna pridobitev kulturnih kompetenc, za kar zdravstveni strokovnjaki potrebujejo veliko znanja. Kulturne kompetence pripomorejo k boljšim odnosom z ljudmi različnih kultur in k različnemu razumevanju zdravja, bolezni, bolečine in zdravstvene oskrbe. Cilj vsake zdravstvene obravnave, ne glede na kulturno pripadnost posameznika, je holistični pristop. Človek je enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanjem, življenjskimi navadami, problemi, potrebami, pričakovanji, željami, vrednotami in normami. Človek je namreč bio-psiho-socialno in duhovno bitje.

UDK 616-08:316.7

KEY WORDS: quality care, diversity of cultures, holism, patient

ABSTRACT - The society we live in is becoming increasingly culturally diverse due to migration. This is influenced by various reasons, such as globalization, war, inadequate economic and living conditions and climate changes. Slovenia is also culturally heterogeneous, since there are two national minorities living in a small area, a special Roma community, three major ethnic groups and 54 different religious communities. The increasing cultural diversity demands of each democratic individual the interculturality, the ability to coexist and respect the values of each cultural group. Health professionals are legally and ethically committed to the equal treatment of all people, but today the complexity of society and thus the complexity of cultures and beliefs is so demanding that commitment to legislation and ethics is not enough and quality treatment of patients requires the acquisition of cultural competences, for which health professionals need a lot of knowledge. Cultural competences contribute to a better relationship with people of different cultures and to a different understanding of health, disease, pain and health care. The goal of any health treatment, regardless of the individual's cultural background, is a holistic approach. Each person is a unique personality with their own past, feelings, way of thinking, habits, problems, needs, expectations, desires, values and norms. A person is a bio-psycho-social and spiritual being.

1 Uvod

Družbo sestavljajo posamezniki z različnimi vrednotami, pogledi na svet, navadami, tradicijami in izkušnjami. Vsak posameznik živi svoje življenje, način, ki ga živi pa želi ohranjati, ne glede na to od kod prihaja oziroma kam gre. Družba je torej multikulturna, razlike med prebivalci pa so večplastne.

Tudi Slovenija je kulturno precej raznolika, saj na majhnem prostoru - 20.273 km², živita dve tradicionalni nacionalni manjšini - italijanska in madžarska narodna skupnost, ter posebna romska skupnost. Vse tri skupnosti so ustavno zavarovane po 64. in

65. členu Ustave RS (Republika Slovenija, Urad za narodnosti, 2018). Poleg njih žive v Sloveniji še etnične skupine Srbov (2 %), Hrvatov (1,8 %), Bošnjakov (1,1 %) in 12 % drugih skupin (Popis prebivalstva 2002). Ministrstvo za kulturo, Urad za verske skupnosti vodi Register cerkva in drugih verskih skupnosti v Republiki Sloveniji. V register je bilo na dan 14. 11. 2018 vpisanih 54 cerkva in drugih verskih skupnosti (Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo, 2018), njihovo število pa se nenehno spreminja.

Znotraj vsake skupine, tudi večinske slovenske narodnosti, obstajajo mnoge kulturne razlike v smislu življenjskega stila, prehranjevalnih navad, prepričanj, spolne usmerjenosti itd. Kulturna raznolikost prinaša mnoge prednosti in tudi izzive. Na eni strani bogati družbo tako na ekonomskem, družbenem in političnem področju, na drugi strani pa lahko izzove negativne pojave, kot so stereotipi, netolerantnost, diskriminacija, nasilje, pa tudi rasizem v smislu nacionalizma.

2 Mednarodni dokumenti kot temelj enake obravnave ljudi

Zaradi kulturne raznolikosti prihaja v zdravstvenih zavodih do številnih kulturnih nesporazumov, ki poglobljajo kulturni razkorak in zaradi katerega prihaja do manj kakovostne obravnave pacientov. Očitno je, da smo v Sloveniji na kulturno raznolikost še vedno nepripravljeni, čeprav smo k enakopravni in kakovostni oskrbi zavezani s številnimi mednarodnimi predpisi, kot npr.: Splošna deklaracija človekovih pravic, Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti ter Zakon o pacientovih pravicah.

Splošno deklaracijo človekovih pravic je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov 10. decembra 1948. Deklaracija poudarja pomen človekovega dostojanstva, ki je poudarjeno v naslednjih členih (Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948):

- *1. člen:* Vsi ljudje se rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo in enake pravice. Obdarjeni so z razumom in vestjo in bi morali ravnati drug z drugim kakor bratje.
- *2. člen:* Vsakdo je upravičen do uživanja vseh pravic in svoboščin, ki so razglašene s to Deklaracijo, ne glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodno ali socialno pripadnost, premoženje, rojstvo ali kakršnokoli drugo okoliščino. Nadalje ni dopustno nikakršno razlikovanje glede na politično ali pravno ureditev ali mednarodni položaj dežele ali ozemlja, ki mu kdo pripada, pa naj bo to ozemlje neodvisno, pod skrbništvom, nesamoupravno ali kakorkoli omejeno v svoji suverenosti.
- *18. člen:* Vsakdo ima pravico do svobode misli, vesti in veroizpovedi; ta pravica vključuje svobodo spreminjati prepričanje ali vero, kakor tudi njuno svobodno, javno ali zasebno izražanje, bodisi posamezno ali v skupnosti z drugimi, s poučevanjem, z izpolnjevanjem verskih dolžnosti, z bogoslužjem in opravljanjem obredov.
- *25. člen:* Vsakdo ima pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko, stanovanjem,

zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami; pravico do varstva v primeru brezposelnosti, bolezni, delovne nezmožnosti, vdovstva ter starosti ali druge nezmožnosti pridobivanja življenjskih sredstev zaradi okoliščin, neodvisnih od njegove volje.

Splošna deklaracija človekovih pravic je določila standard glede pravice do nediskriminacije pri uživanju vseh človekovih pravic in 25. člen Deklaracije zavezuje zdravstveno osebje k nediskriminatornemu obnašanju in ravnanju.

Obstaja veliko filozofij in pogledov na koncept človekovega dostojanstva. Precej pogost koncept, uporabljen v etiki zdravstvene nege, je kantovski koncept človekovega dostojanstva, ki poudarja, da vsaka oseba, zaradi svoje notranje vrednote dostojanstva, ne sme biti obravnavana kot bitje, ki je nesposobno odločati o sebi. Človekovo dostojanstvo je zelo tesno povezano s človekovo avtonomijo in sposobnostjo svobodnega odločanja. V tem kontekstu ima človekovo dostojanstvo normativen značaj, kar pomeni, da bi moralo biti vsako človeško bitje obravnavano s spoštovanjem, preprosto že zato, ker je človeško bitje. Najbolj priljubljen način opisa človekovega dostojanstva je, da je to ena od notranjih vrednot sleherne osebe. Človekovo dostojanstvo naj bi bilo vgrajeno v njegovo naravo in ga ni mogoče izbrisati. Lahko bi tudi rekli, da lepota vsakega človeka prihaja iz njegovega dostojanstva (MICE, 2018).

Splošno deklaracijo o kulturni raznolikosti je sprejela Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo (UNESCO) leta 2001. Deklaracija je raznolikost označila kot »skupno dediščino človeštva«, kot »novo etiko« 21. stoletja ter da je potrebno zagotoviti spoštovanje kulture s strani vseh narodov, saj kultura prispeva k vsesplošni ustvarjalnosti in je eden izmed dejavnikov vsesplošnega razvoja. Deklaracija med drugi tudi navaja, da (Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti, 2001):

- ima kultura v času in prostoru različne oblike in da različne skupine in družbe sestavljajo človeštvo;
- je potrebno zagotoviti skladno sodelovanje med ljudmi, z različnimi kulturnimi identitetami, da bi živeli skupaj;
- je zaščita kulturne raznolikosti etični imperativ, ki je neločljiv od spoštovanja človeškega dostojanstva ter pomeni zavezanost človekovim pravicam in temeljnim svoboščinam.

Zakon o pacientovih pravicah (2017) v 3. členu navaja, da se morajo pri uresničevanju pravic pacientov upoštevati zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj;
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti;
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka;
- spoštovanje zasebnosti;
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju;
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva, tako da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene oskrbe, ki jo je bil zaradi deležen.

3 Etični vidiki enake obravnave kulturno raznolikih pacientov

Zdravstvene strokovnjake k enakopravni obravnavi vseh pacientov zavezujejo tudi etični kodeksi. Medicinske sestre zavezuje tako mednarodni kot tudi nacionalni etični kodeks.

V preambuli mednarodnega Etičnega kodeksa za medicinske sestre je izrecno izražena prepoved diskriminacije pacientov iz kakršnegakoli razloga. Medicinska sestra je dolžna spoštovati človekove pravice, vključno s kulturnimi pravicami, kar je jasno navedeno (ICN, 2012):

»V zdravstveni negi je ključno spoštovanje človekovih pravic, vključno s kulturnimi pravicami, pravico do življenja in izbire, ter do spoštljivega ravnanja. Zdravstvena nega je spoštljiva do ljudi ne glede na starost, barvo, veroizpoved, kulturo, invalidnost ali bolezen, spol, spolno usmerjenost, državljanstvo, politiko, raso ali socialni status«.

V nadaljnjem delu Kodeksa Mednarodni svet medicinskih sester opozarja na dolžnost medicinske sestre, da ustvarja pogoje, v katerih se spoštujejo vrednote, običaji in prepričanja pacienta, družine ali skupnosti.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) govori o spoštovanju raznolikosti pacientov in navaja: »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«. Ta formulacija je standard ravnanja za doseganje prvega načela kodeksa, ki glasi »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo so dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja«.

Zavezanost zakonodaji in etiki pa za zdravstvene strokovnjake ni dovolj, saj za enako obravnavo kulturno raznolikih pacientov potrebujejo veliko znanja.

4 Kultura

Izraz kultura izhaja iz latinskega glagola »colere« ter njegovega deležnika »cultus«, ki pomeni »vzgajati, skrbeti za, negovati«. Sprva se je izraz nanašal na aktivnosti, povezane s področjem kmetovanja (cultura agri). Rimski filozof Mark Tulij Cicero (106 pr. n. št. – 43 pr. n. št.) je prvi prenesel pomen besede od »kultiviranja polj« do »kultiviranja uma in duše« (MICE, 2018). Beseda kultura v sodobnem smislu pa je bila skovana v 18. stoletju.

Zgodovinski dokumenti kažejo, da se koncept kulture, ter tisto, na kar se koncept nanaša, s časom spreminja, ter razlikuje od države do države. Z nemškim filozofom Johannom Gottfriedom Herderjem je izraz pridobil kompleksen pomen, kot ga poznamo danes. Herder (1744–1803) je menil, da je kultura, ki se nanaša na posameznike ali skupine univerzalen pojav. Kultura, čeprav se njene stopnje razlikujejo, se pojavlja pri vseh ljudstvih in vključuje v življenje ljudstev in posameznikov vse kreativne procese

kot so umetnost, izobraževanje, jezik, religija, norme, običaji ... itd. Menil je tudi, da je raznolikost kultur potencial za razvoj človeka (MICE, 2018).

Veliki slovar tujk (2002, str. 633) besedo kultura opredeljuje kot skupek dosežkov ter vrednot človeške družbe, ki so rezultat človekovega delovanja in ustvarjanja ter obsega področje človekovega umskega, zlasti umetniškega delovanja in ustvarjanja. Tudi Organizacija Združenih narodov za izobraževanje, znanost in kulturo (UNESCO) je kulturo opredelila kot »množico raznolikih duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti družbe in družbene skupine, ki poleg umetnosti in literature obsega tudi življenjske sloge, načine sobivanja, sistem vrednot, tradicije in prepričanja« (Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti, 2001).

Ameriška medicinska sestra in antropologinja Madeleine Leininger navaja, da so kultura vrednote, prepričanja, norme in način življenja določene skupine, ki razmišlja, odloča in ukrepa po določenem vzorcu. Je začetnica transkulturne zdravstvene nege in v svoji teoriji poudarja, da je bistvo prakse zdravstvene nege negovanje, ki ljudi naredi človeške in jih motivira, da ozdravijo, vendar je to potrebno razumeti in analizirati v raznolikih in kulturno specifičnih kontekstih (MICE, 2018).

Iz vseh navedenih definicij kulture lahko povzamemo, da kultura obsega odnose, prepričanja, jezik, navade, obrede, obnašanja, vero/religijo, hrano, umetnost/dramo/glasbo.

Da bi postali kulturno kompetentni moramo razviti kulturne kompetence.

5 Koncept kulturne kompetentnosti

Razvoj kulturne kompetentnosti med zdravstvenimi strokovnjaki je prepoznan kot vseživljenjski in dinamični razvojni proces, katerega cilj je, učinkovito izvajanje zdravstvene oskrbe pri kulturno raznolikih pacientih. Da bi bolje razumeli kulturno kompetentnost, so bili razviti številni koncepti. Zavedanje človeške različnosti, sposobnost izvajanja nediskriminatorne oskrbe za vse paciente in prepoznavanje razvoja kulturne kompetentnosti kot vseživljenjskega procesa, so le nekatere značilnosti znotraj koncepta kulturne kompetentnosti (Cruz, Estacio, Bagtang in Colet, 2016).

Tudi koncept kulturne kompetentnosti ima številne definicije. Ena izmed priznanih strokovnjakinj na področju medkulturnosti, medicinska sestra Campinha-Bacote (2007) navaja, da je kulturna kompetentnost stalni proces, v katerem si zdravstveni strokovnjaki kontinuirano prizadevajo doseči sposobnost in zmožnost za učinkovito delo s kulturno raznolikim pacientom. Njen model kulturne kompetentnosti je sestavljen iz konstruktov in sicer:

- kulturna zavest, gre za samorefleksijo glede lastnih kulturnih korenin, prepričanj in poklicnega ozadja ter refleksije na lastno pristranskost do drugih kultur;
- znanje o kulturi, je proces razvoja znanja o različnih kulturnih skupinah;
- kulturna spretnost, je sposobnost kulturnega ovrednotenja ter zbiranja specifičnih podatkov o pacientovih težavah;

- kulturno srečanje, gre za proces osebnega sodelovanja v interakciji z ljudmi s kulturno raznolikim ozadjem, z namenom spremeniti lastna prepričanja in stereotype;
- kulturna želja, se nanaša na motivacijo zdravstvenih delavcev, da postanejo kulturno zavedni, dobro obveščeni, spretni in iščejo kulturna srečanja.

Navedeni konstrukti so medsebojno odvisni. Izvajalci zdravstvene oskrbe si morajo pridobiti izkušnje o vseh navedenih konstruktih, ki zagotavljajo učinkovito in kulturno odzivno oskrbo za vse paciente.

Ne zadostuje le empatični odnos do kulturno raznolikih pacientov, temveč moramo poznati tudi različne pojme, obvladati moramo določene spretnosti in veščine, socialne odnose in komunikacijske spretnosti, da bi lahko razumeli kako kulturno raznoliki pacienti dojemajo zdravje, bolezen, bolečino, zdravstveno oskrbo, zdravljenje in negovanje ter smrt.

Zaradi vsega naštetega ter zaradi zakonskih, etičnih, moralnih in strokovnih smernic, si morajo medicinske sestre in drugi zdravstveni strokovnjaki pridobiti kompetence, da bodo sposobni suverene in kakovostne obravnave kulturno raznolikih pacientov. Pri tem jim je lahko v pomoč Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev, ki ga je izdal Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (Bofulin idr., 2016) ter rezultati evropskega mednarodnega projekta Multikulturna zdravstvena nega v evropskih enotah za intenzivno nego (MICE - Multicultural Care in European Intensive Care Units), v katerem so partnerji v projektu (Poljska, Češka, Nizozemska, Nemčija in Slovenija - Visoka zdravstvena šola v Celju) razvili e-izobraževalno platformo za pridobitev multikulturnih kompetenc medicinskih sester (Mednarodni raziskovalni projekt MICE – ICU, 2018).

V priročniku (Bofulin idr., 2016) je navedeno, da je kulturna kompetenca v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja popolnoma novo dimenzijo strokovne kompetentnosti vseh zdravstvenih strokovnjakov.

Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe zagotavlja enakost in varnost za paciente, omogoča ustrezno uporabo virov in pomaga reševati neuravnoteženost moči med zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti. Za to pa je potrebno izobraževanje in razvijanje spretnosti za prepoznavanje potreb pacientov in družin na etični in kulturno občutljivi način (Northam, Hercelinskyj, Grealish in Mak, 2015).

Razumevanje kulturnih kompetenc je več kot le poznati koncept ali poznati njegovo definicijo. Za zdravstvene strokovnjake pomeni biti kulturno kompetenten, imeti znanje, spretnosti in orodja za prakso, kot tudi biti predan in zavezan procesu izvajanja kulturno kompetentne oskrbe. To še posebej velja za medicinske sestre, ki so običajno prve s katerimi se sreča pacient (Young in Guo, 2016).

Z analizo študijskih programov zdravstvene nege na fakultetah in visokih strokovnih šolah pri nas ugotavljamo, da je le malo vsebin o multikulturnosti in še te običajno vključene v različne predmete (Sociologija zdravja in bolezni; Etika in filozofija zdravstvene nege z zakonodajo; Sociologija; Sociologija zdravja in bolezni). Zasedimo le en izbirni predmet - Multikulturne kompetence v zdravstvu. Z ozirom na smernice Evropske direktive in smernice Evropske federacije združenj medicinskih sester (Eu-

ropean Federation of Nurses associations – EFN), člen 31 dopolnjene direktive 36 (od A do H) / kompetence B, G/CA.4: Komunikacija in timsko delo) ugotavljamo, da so v študijskih programih zdravstvene nege prve stopnje vsebine za pridobitev medkulturnih kompetenc slabo vključene, kar pomeni, da je doseganje kulturne kompetentnosti diplomiranih medicinskih sester v skladu z Evropsko direktivo vprašljivo.

Kultura je bila v medicinskih in zdravstvenih vedah vrsto let dojeta kot nekaj, kar zadeva le uporabnika in njegove bližnje. Nasprotno pa danes vemo, da lahko tudi na zdravstvene institucije gledamo kot na specifično kulturo, saj nobena klinična praksa ni kulturno nevtralna – vedno je vpeta v okolje, v katerem obstaja (Kleinman in Benson, 2006).

Vsaka kultura ima svoj pristop do koncepta zdravja, zato različne kulture nudijo različne razlage, kaj povzroča bolezen, kako se bolezni zdravi ali ozdravi, ter kdo naj sodeluje v procesu zdravljenja. Postmoderna družba vidi bolezen kot posledico naravnih znanstvenih pojavov, družba zagovarja medicinske tretmaje, ki se borijo proti mikroorganizmom ali uporabljajo sofisticirano tehnologijo za diagnosticiranje in zdravljenje bolezni. Pacientovo sprejemanje informacij ter njihova pripravljenost te informacije uporabiti sta prav tako velik izziv za zdravstvene strokovnjake. Zaradi kulturno raznolikih pacientov je pridobivanje ustreznih medkulturnih informacij nadvse pomembno. Za kakovostno obravnavo kulturno raznolikih pacientov pa ni dovolj, da so zdravstveni strokovnjaki kulturno kompetentni, temveč je potrebno, da je kulturno kompetentna tudi zdravstvena organizacija, kakor tudi celoten zdravstveni sistem, ki mora, kot navaja Betancourt (2006), poudarjati, na vseh ravneh, pomen kulture, ocenjevati mora medkulturne odnose, biti mora pozoren do kulturne različnosti, poudarjati mora pomen znanja o kulturah in prilagajati svoje storitve za zadovoljevanje kulturno specifičnih potreb.

Razvijanje kulturnih kompetenc je dolgotrajen proces, saj si moramo svoje znanje nenehno nadgrajevati. Jasno je, da ne moremo poznati vseh specifičnosti posamezne kulture, si pa moramo kot zdravstveni strokovnjaki prizadevati, da o pacientih, ki jih obravnavamo, vemo čim več, da bi lahko zagotovili individualno in holistično obravnavo, zato ne smemo znanja o neki skupnosti posploševati na vse pripadnike te skupnosti. Človek je namreč enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, potrebami, pričakovanji, željami, vrednotami in normami. Človek je bio-psiho-socialno in duhovno bitje, ki mu morajo zdravstveni strokovnjaki zagotoviti celostno, holistično obravnavo.

6 Holistična obravnavo pacienta

Beseda holizem je grškega izvora in pomeni biti cel. Če govorimo, da je pacient celota, potem potrebuje celostno – holistično obravnavo, kar pomeni, da moramo upoštevati vse njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe. Tudi Doolen in York (2007) navajata, da izraz holističen pomeni pristop k človeku, ki obsega in obravnava vsak vidik njegove biti.

Prva »holistična« medicinska sestra je bila Florence Nightingale, ki je pri svojem delu »žene s svetilko« upoštevala paciente kot človeška bitja povezana z okoljem (Filej in Kaučič, 2015). Holistično medicinsko sestro je uradno priznalo Ameriško združenje medicinskih sester (American Holistic Nursing Association – AHNA) leta 2007. Vendar ji združenje pripisuje mnogo širšo vlogo, kot le zadovoljevanje pacientovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb, saj naj bi pri svoji obravnavi upoštevala vse pacientove vrednote ter prepričanja o zdravju in bolezni, upoštevala naj bi proces zdravljenja, ter v obravnavo vključila tudi komplementarne in integrativne načine obravnave.

Holistična zdravstvena nega ima svoje jedro znanja (body of knowledge), standarde prakse in na dokazih temelječe raziskovanje (American Holistic Nursing Association, 2018). Je umetnost in je znanost, je način razmišljanja, je praksa ter profesionalna in osebna odgovornost. Medicinska sestra pomaga drugi osebi, da raste k celoti, k ravnovesju telesa, razuma in duše, ali pomaga drugemu pri okrevanju po bolezni, ali pri prehodu v mirno smrt. Holistični pristop ne pomeni le zdravljenja simptomov, temveč je povezan s skrbjo, ljubeznijo, sočutjem in ustvarjalnostjo in se je razvil z vključevanjem idej filozofije, sistemske teorije in holističnega procesa oskrbe (Montgomery Dossey, Keegan in Guzzetta, 2005).

Koncept holistične zdravstvene nege obsega tri kategorije: kulturno občutljivo oskrbo, k pacientu usmerjeno oskrbo in duhovno dobro počutje (Tjale in Bruce, 2007).

K pacientu usmerjena oskrba temelji na medosebni komunikaciji in medosebnih odnosih med pacientom in zdravstvenimi strokovnjaki, vendar nanjo vplivajo tudi številni zunanji dejavniki, kot so: finančna sredstva, pomanjkanje kadra, tehnologija in oprema ter potrebe organizacije. Zdravstveni sistem zanimajo odgovori na vprašanja »kaj« in »zakaj«, med tem ko pacienta zanimata odgovora na vprašanja »kako« in »kdo«. Pacientovo zadovoljstvo je merilo ocene kakovosti zdravstvene oskrbe, kjer je poudarek na k pacientu usmerjeni oskrbi, ki vsekakor vpliva tudi na njegov zdravstveni izid. Za pacienta je vsaka storitev več kot le izvajanje zdravstvene oskrbe, je možnost za človeško interakcijo in za terapevtski odnos med pacientom in zdravstvenim strokovnjakom.

Povezanost konceptov k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe in kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe omogočata holistično obravnavo pacienta. Oba koncepta obravnavata dve dimenziji človeka – na eni strani edinstvenost, enkratnost in nepovnljivost človeka in na drugi strani človeka kot člana družbe, ki ji pripada in si z njo deli način življenja, skratka kulturo. Človek ni le rezultat svoje kulture, čeprav ga ne moremo razumeti izven njegovega družbenega konteksta, je pa edinstven in nepovnljiv v prostoru in času. Oba pristopa se deloma prekrivata in zagotavljata kakovost zdravstvene oskrbe ter kakovostni odnos med zdravstvenim strokovnjakom in kulturno raznolikim pacientom, ki vstopa v sistem zdravstvene oskrbe.

Povezati koncepte medkulturne oskrbe / zdravstvene nege, k pacientu usmerjene oskrbe / zdravstvene nege ter duhovnega dobrega počutja pacienta v holistično oskrbo / zdravstveno nego je zahtevna naloga, še težja naloga pa je to prenesti v prakso.

Cilj vsake zdravstvene institucije je, da bi dosegla najvišjo možno stopnjo pacientovega zadovoljstva. Pacientovo zadovoljstvo je zagotovo zapisano v poslanstvu vsake zdravstvene institucije. Toda uvedba koncepta pacientovega zadovoljstva, ki temelji na holistični obravnavi, vključno z upoštevanjem medkulturnih značilnosti pacienta in s tem povezane k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe v prakso, je težka naloga. Nuditi pacientu tisto, kar potrebuje in želi, upoštevati njegove vrednote in njegovo kulturo, ga spoštovati, mu zagotoviti možnost nadzora in sodelovanja v procesu obravnave, ni možno doseči le z izvajanjem zdravstvenega programa in zdravstvenih politik. Vzpostavljanje partnerstva in neomejeni obiski ne pripomorejo h kakovosti osnovnih človeških odnosov, še manj k upoštevanju koncepta holistične oskrbe ter k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe.

7 Zaključek

Vsi pacienti, ne glede na kulturo in njene značilnosti, morajo čutiti, da jih obravnavamo kompetentno in spoštljivo, brez predsodkov in z veliko mero empatije. Le tako bomo vzpostavili zaupen odnos, ki je osnova za uspešno in varno zdravstveno oskrbo.

LITERATURA

1. American Holistic Nursing Association – AHNA. (2018). Mission, vision, statement of purpose. Pridobljeno 25. 10. 2018, s <https://www.ahna.org/Search-Results?Search=mission>.
2. Betancourt, J. R. (2006). Cultural competency: Providing quality care to diverse populations. *The Consultant Pharmacist*, 21 (12), 988–995.
3. Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebren, U., Pistotnik, S., Škraban, J. in Zaviršek, D. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 3. 9. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf.
4. Campinha - Bacote, J. (2007). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The journey continues* (4th ed). Cincinnati: Transcultural C.A.R.E. Associates.
5. Cruz, J. P., Estacio, J. C., Bagtang, C. E. in Colet, P. C. (2016). Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 46, 121–126.
6. Doolen, J. in York, N. L. (2007). Cultural Differences With End-of-Life Care in the Critical Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26 (5), 194–198.
7. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2015). Koncepti metapardigme v holistični obravnavi. V B. M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko and K. Esih (ur.). *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev. Participation of experts in the palliative team for holistic treatment of patients and relatives* (str. 12–20). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
8. ICN - International Council of Nurses. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. (2012). Pridobljeno 15. 9. 2018, s https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf.
9. Kleinman, A. in Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine* 3 (10), 1673–1676.
10. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. (2014). Uradni list RS, št. 71. (3. 10. 2014).

- Pridobljeno 2. 9. 2018, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>.
11. Mednarodni raziskovalni projekt MICE – ICU. (2018). Pridobljeno 2. 9. 2018, s <http://www.vzsce.si/si/projekti/494>.
 12. MICE. Multicultural Care in European Intensive Care Units. (2018). Pridobljeno 5. 11. 2018, s <https://lms.mice-icu.eu/>.
 13. Montgomery Dossey, B., Keegan, L. in Guzzetta, C. (2005). *Pocket Guide for Holistic Nursing*. Boston: Jones and Barlett Publishers.
 14. Northam, H. L., Hercelinskyj, G., Grealish, L. in Mak, A. S. (2015). Developing graduate student competency in providing culturally sensitive end of life care in critical care environments – A pilot study of a teching innovation. *Australian Critical Care*, 28 (4), 189–195.
 15. Popis prebivalstva 2002. Statistični urad Republike Slovenije. (2018). Pridobljeno 10. 11. 2018, s <https://www.stat.si/popis2002/si/default.htm>.
 16. Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo. (2018). Register cerkva in drugih verskih skupnosti. Pridobljeno 10. 11. 2018, s http://www.mk.gov.si/si/delovna_podrocja/urad_za_verse_skupnosti/register_cerkva_in_drugih_verskih_skupnosti/.
 17. Republika Slovenija, Urad za narodnosti. (2018). Manjšine. Pridobljeno 10. 11. 2018, s <http://www.un.gov.si/si/manjsine/>.
 18. Splošna deklaracija človekovih pravic. (1948). Pridobljeno 10. 9. 2018, s <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/>.
 19. Splošna deklaracija o kulturni raznolikosti. (2001). Pridobljeno 10. 9. 2018, s <http://www.eksena.si/splosna-deklaracija-o-kulturni-raznolikosti>.
 20. Tjale, A. A. in Bruce, B. (2007). A concept analysis of holistic nursing care in paediatric nursing. *Curationis*, 30 (4), 45–52.
 21. Veliki slovar tujk. (2002). Ljubljana: Cankarjeva založba.
 22. Young, S. in Guo, K. L. (2016). Cultural Diversity Training. The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. *The Health Care Manager*, 35 (2), 94–102.
 23. Zakon o pacientovih pravicah (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 55. Pridobljeno 22. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.

Komunikacija zdravstvenih delavcev s pacienti in svojci

UDK 614.253:316.77

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, pacienti, medicinske sestre, svojci pacientov

POVZETEK - Komuniciranje je ključni element zdravstvene nege na vseh področjih njene dejavnosti in v vseh njenih intervencijah, kot so preprečevanje, zdravljenje, terapija, rehabilitacija, izobraževanje in promocija zdravja. Komuniciranje s pacienti in njihovimi svojci ne temelji zgolj na prirojeni sposobnosti, ki se od osebe do osebe razlikuje, ampak tudi na ustreznem izobraževanju in potrebnih izkušnjah. Potreba po izobraževanju na področju komunikacije je priznana po vsem svetu. Rezultati izobraževanja kažejo boljše razumevanje bolnikov in njihovih svojcev ter večje osebno zadovoljstvo medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Dobra komunikacija izboljšuje tudi kakovost oskrbe bolnikov. Poleg tega je komunikacija neodtujljiva pravica in predpogoj za izgradnjo kakovostnega odnosa med pacienti in njihovimi družinskimi člani ter medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci. Da bi sodobna zdravstvena nega uresničila kakovostno komunikacijo, je potreben dialog, dobra medosebna klima in osebni pristop do vsakega pacienta in svojca, kar je zlasti pomembno v sodobni multikulturni družbi.

UDC 614.253:316.77

KEY WORDS: communication, patients, nurse, family members of patients

ABSTRACT - Communication is a vital element in nursing with respect to all areas of activity and all its interventions such as prevention, treatment, therapy, rehabilitation, education and health promotion. Communication with the patients and their family members is based not only on an innate ability that varies from person to person, but also on the required training and experience. The need for education in communication has been recognised worldwide. The results of this education reveal greater understanding of patients and their family members and personal satisfaction of nurses and other health workers. Good communication also improves the quality of care provided to patients. Additionally, it is considered as an inalienable right and a prerequisite for building a quality relationship between patients and their family members and nurses and other health professionals. In order for modern nursing to achieve quality communication, there is a need for dialogue, good interpersonal climate and a personal approach to every patient and their family member, which is especially important in today's modern multicultural society.

1 Uvod

Zdravstvena nega se kot znanstvena disciplina osredotoča na zadovoljevanje potreb človeka kot biopsihosocialnega in duhovnega bitja. Praksa zdravstvene nege ne zahteva le znanstvenega znanja, temveč tudi medosebne, intelektualne in tehnične sposobnosti in spretnosti. To pomeni, da vključuje znanje, klinično delo in komuniciranje (Raya, 2006). Komuniciranje je ključen element zdravstvene nege na vseh področjih njene dejavnosti in v vseh njenih oblikah dela, kot so preprečevanje, zdravljenje, terapija, rehabilitacija, izobraževanje in promocija zdravja (Fakhr - Movahedi, Salsali, Negarandeh in Rahnavaard, 2011). Ključna metoda procesa zdravstvene nege je dialog (Raya, 2006).

Učinkovito komuniciranje ima številne prednosti vključno s splošnim dobrim počutjem pacientov in zdravstvenih delavcev. Učinkovito komuniciranje pozitivno vpli-

va na stopnjo okrevanja pacientov, njihov nadzor bolečine, upoštevanje postopkov zdravljenja, psihološko stanje in kakovosti življenja (npr. Gattellari, Butow in Tattersall, 2001; Uitterhoeve, Bensing, Dilven idr., 2009; Vogel, Leonhart in Helmes, 2009). Obratno, neučinkovito komuniciranje pri pacientih sproža ali stopnjuje občutek tesnobe ter je povezano z večjo negotovostjo in nezadovoljstvom z izvedbo zdravstvene nege (Hagerty, Butow in Ellis, 2005), z manjšim upoštevanjem priporočenih načinov zdravljenja (Jin, Sklar in Oh, 2008; Martin, Williams, Haskard idr., 2005) in zvišano stopnjo depresije in anksioznosti (Donovan - Kicken in Caughlin, 2011). Neučinkovito komuniciranje s povečanjem stresa, pomanjkanjem zadovoljstva pri delu in čustvenim izgorevanjem negativno vpliva na življenje medicinske sestre (npr. Emold, Schneider in Meller idr. 2011; Potter, Deshields, Divanbeigi idr., 2010).

Nedvomno je komuniciranje medicinske sestre s pacientom na eni strani in komuniciranje z njegovimi svojci na drugi strani enako pomembno. Svojci so bolj izpostavljeni subjektivnim in čustvenim elementom zdravstvene oskrbe kot pacienti (Heffernan, Quinn Griffin, Sister idr., 2010; Henoeh, Lövgren in Wilde - Larsson idr., 2012). Marshall in njegovi kolegi (2010) so predstavili koncept »odnosnega trpljenja«, ki poudarja, da družinski člani pogosto bolj trpijo kot sam pacient. Ker lahko čustva svojcev vplivajo na čustva in okrevanje pacientov, obstaja potreba po zmanjšanju čustvenih in odnosnih bremen pacientove družine. Svojcem je treba zagotoviti natančne informacije in sočutno podporo za zmanjšanje negotovosti, stresa, duhovnega trpljenja in tudi stroškov (Regis, Steiner, Ford idr., 2011). Ključen element učinkovitih pristopov je izboljšanje komuniciranja med medicinsko sestro in svojci. Učinkovito komuniciranje medicinske sestre in družine je pozitivno povezano z zdravljenjem pacientov in varno izvedbo zdravstvene nege (Lin, Hsu, Huang idr., 2017).

Učinkovito komuniciranje lahko zmanjša čustveno breme tako medicinskih sester kot družin (Wittenberg, Ragan in Ferrell, 2017), izboljša odnos med medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci ter pacienti in njihovimi svojci (Hemming, 2017). Zaupanje, ki izhaja iz učinkovitega komuniciranja, lahko pacientom in njihovih svojcem olajša težke življenjske odločitve v procesu zdravljenja (Rosemond, Hanson in Zimmerman, 2017).

Svojci se počutijo razbremenjeni, če so prepričani, da je za pacienta dobro poskrbljeno. Zato se morajo medicinske sestre s svojci pogovarjati tudi o poteku zdravstvene nege in ne le od njih zahtevati formalne zadeve, kot so različna soglasja.

Nezadostno izobraževanje na področju komuniciranja med medicinsko sestro in pacienti, še posebej pa med medicinsko sestro in svojci se kaže na različnih zdravstvenih področjih. Na primer, medicinske sestre na onkologiji so poročale o svojem pomanjkljivem znanju o komuniciranju z družinskimi člani (Cronin in Finn, 2017). Anketa med medicinskimi sestrami, ki skrbijo za otroke z rakom, je pokazala, da je komuniciranje s starši eden od ključnih elementov stresa na delovnem mestu (Jestico in Finlay, 2017). Študenti zdravstvene nege so v kvalitativnih in kvantitativnih raziskavah poročali, da doživljajo čustveno tisko in občutek nezadostnosti pri komuniciranju s svojci (Chan, 2017; Heise in Gilpin, 2016). Zato se morajo študenti zdravstvene nege

ustrezno usposobiti za komuniciranje s svojci (Lin, Hsu, Huang idr., 2017; Wikstrom in Sviden, 2011).

Ta prispevek predstavlja rezultate kvalitativne študije o izkušnjah študentov zdravstvene nege o komuniciranju s svojci pacientov.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Načela komuniciranja

Komuniciranje je izmenjava informacij, misli in čustev med ljudmi z govorom in na drugi način. Terapevtska praksa običajno vključuje ustno komuniciranje zdravstvenih delavcev na eni strani ter pacienta in njegovih svojcev na drugi strani. Takšno komuniciranje je dvosmeren proces. Pacient in svojci izrazijo svoje strahove, skrbi in druge informacije medicinski sestri, kar ji pomaga izvesti ustrezno zdravstveno nego. Medicinska sestra po lastni profesionalni presoji pacientu in njegovim svojcem posreduje informacije in druge podatke o naravi bolezni, jim svetuje pri zdravljenju in načrtovanju rehabilitacije (Papagiannis, 2010).

Komuniciranje poteka v kontekstu fizičnega prostora, kulturnih in družbenih vrednot ter psiholoških razmer (Verderber, 1998). Komuniciranje je intrinzična značilnost človeške narave. Nihče ne more ne-komunicirati. Vsako sporočilo vključuje vsebino in vrednost. Vsebinska se nanaša na to, kaj je bilo rečeno, medtem ko odnos obravnava, kako je bilo rečeno. Narava odnosa je odvisna od tega, kako obe strani razumeta komunikacijsko zaporedje. Komuniciranje je interakcija, v kateri postane vsak pošiljatelj sprejemnik in obratno. Nepriznavanje dvosmerne komunikacijske sposobnosti pogosto vodi do nezadovoljstva in konfliktov (Raya, 2006).

Poslano sporočilo običajno ni enako prejetemu sporočilu. Dekodiranje sporočil temelji na posameznih družbenih in kulturnih dejavnikih in subjektivnih dojemanjih. Razlagamo nekaj, kar smo slišali glede na lastno kodo in ne izvirnega sporočila. Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci bi morali v svojem komuniciranju s pacienti in svojci posebno pozornost nameniti kriteriju jasnosti, pri tem pa paziti na uporabo medicinske terminologije, ker pacienti in svojci pogosto pripisujejo različne interpretacije slišnemu, še posebej, ko ne razumejo njegovega pomena. Zaradi tega se povečuje stres pacientov in svojcev ter otežuje komuniciranje (Lee, Back, Block, Stewart, 2002).

Komuniciranje se zgodi tudi brez besed. Neverbalno komuniciranje sporočajo proksemični, mimični in gestikularni izrazi. Pomembno je, da obstaja uglašenost med verbalnim in neverbalnim komuniciranjem še posebej v stresnih razmerah, ko pacienti in svojci od zdravstvenih delavcev pričakujejo jasna sporočila.

Upoštevati je treba, da ima vsak pacient svoje posebnosti, ki vplivajo ne le na vedenje v procesu komuniciranja, ampak tudi na njegovo sodelovanje z medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci ter potek zdravstvena nege (Joolae idr., 2010).

V komuniciranju je pomembno poslušanje. Odgovorna zdravstvena praksa zahteva koncentracijo, pozornost in mobilizacijo vseh čutil za zaznavanje verbalnih in neverbalnih sporočil, ki jih oddaja vsak pacient in njegovi svojci. S poslušanjem medicinske sestre ocenijo stanje in težave pacienta. Dobri osebni odnosi vključujejo zmožnost medicinske sestre, da spoštljivo postavlja vprašanja in posreduje informacije na način, ki ne prestraši pacienta. Pri tem morajo medicinske sestre izkazovati interes, sprejemanje, zaupanje in ustvarjati skladni odnos s pacienti in svojci (Maguire, 2000). Terapevtski odnos je pomemben pogoj za učinkovito komuniciranje med zdravstvenimi delavci in pacienti, ki ne temelji zgolj na prenosu informacij, temveč vključuje tudi mentalne procese, ki aktivirajo delovanje vseh vpletenih. Komuniciranje med zdravstvenimi delavci ter pacienti in svojci vključuje sposobnost izražanja iskrene skrbi za oskrbo pacienta (Maguire, 2000).

2.2 Pogovor s pacientom in svojci

Komuniciranje med zdravstvenimi delavci ter pacienti in njihovimi svojci je proces, ki se začne s prvim stikom in traja tako dolgo kot traja odnos. Medicinska sestra, ki želi ustvariti pravi odnos s pacientom in svojci, jih mora pridobiti od prvega trenutka. To se bo zgodilo, če bo pogovor potekal v ustreznih pogojih. Čeprav se zdi logično, je treba opozoriti, da je potrebna vljudnost in prijaznost dela medicinske sestre (Maguire, 2000).

Pacient in svojci naj se počutijo udobno pri pogovoru z medicinsko sestro, vendar mora ta varovati svoj ugled in ne povzročati nesporazumov. Ključni element je mirno okolje brez zunanjih motenj, kar zagotavlja ustrezno zaupnost dialoga. Pogosto vidimo, da se razpravlja sredi hodnika ambulate ali oddelka klinike, na katerem so prisotne tretje osebe, ki niso povezane s skrbjo posameznega pacienta. V takem okolju se pacienti in svojci sramujejo svobodnega izražanja (Maguire, 2000). Na žalost je koncept zasebnosti v slovenskem bolnišničnem sistemu pogosto prezrt. Nega pacientov se pogosto izvaja pred drugimi pacienti ali obiskovalci. Pacienti in svojci se bolj ali manj brez omejitev gibljejo na oddelkih bolnišnic.

Komuniciranje s pacientom in svojci zahteva tudi čas. Vsak pacient in njegovi svojci imajo svoj način in potrebo po razkrivanju svojega problema, vendar je potreben tudi čas, da medicinsko sestro spoznajo in ji zaupajo. Pacient in svojci naj bi imeli občutek, da je čas, pa naj bo to pet minut ali uro, v celoti njihov. Pacient in svojci, ki imajo vso pozornost medicinske sestre, lažje in prej razkrijejo svoj problem in so zadovoljni, da jih je medicinska sestra poslušala (Teutsch, 2003). Potem ko je medicinska sestra prisluhnila pacientu in/ali svojcem, se mora z njimi pogovoriti. Jezik, ki ga uporablja za ta namen, je zelo pomemben. Pogosto so pacient in svojci bombardirani z velikimi besedami z malo ali brez pomena (Kidd, Patel, Peile in Carter, 2005). Če medicinske sestre na nerazumljiv način govorijo s pacienti in svojci, se ti običajno sramujejo svoje nevednosti in se izogibajo postavljanju vprašanj. Jezik komuniciranja bi zato moral biti na ravni poslušalca, ki mora razumeti, kaj mu medicinska sestra govori.

Naslednja pomembna zahteva za uspešno komuniciranje med medicinskimi sestrami ter pacienti in svojci je odkritost in poštenost. Razprava s pacientom/svojci ne sme

pustiti dvomov in nesporazumov. Na primer, če pacient sumi, da medicinska sestra med pogovorom z njim gestikulira z drugimi ali da njeno neverbalno komuniciranje ni usklajeno z verbalno, bo mislil, da mu nekaj prikriva. Kadar obstaja potreba po ločenem in zasebnem pogovoru s svojci, mora biti medicinska sestra zelo previdna glede kraja, načina in časa komuniciranja, ki mora biti neodvisno od pogovora s pacientom (Surbone, 2006).

Pacient in svojci, ki vstopijo v dialog z zdravstvenim delavcem, so pod stresom in čustveno obremenitvijo. Poleg tega so lahko različno mirni, odvisno od njihove psiho-sinteze. Odzivi, kot so dvom, jeza, agresija in zanikanje stvarnosti, so znani obrambni mehanizmi prilagoditve novemu položaju, s katerim se pacient in njegovi svojci soočajo. Jezen pacient in njegovi svojci običajno nimajo predhodnih osebnih sporov z zdravstvenimi delavci, čeprav so ti neposredni prejemniki njegove jeze. Slednji morajo razumeti in sprejeti te mehanizme, ki nakazujejo na osnovno anksioznost pacienta.

Pacienti in svojci se tudi razlikujemo po svojih potrebah po komuniciranju. Nekateri pacienti in njihovi svojci pričakujejo ali zahtevajo, da se jih posluša, ne zanimajo pa jih odgovori. Drugi želijo posebno razlago za vse, kar se jim dogaja. Medicinske sestre morajo ustrezno ravnati s pacienti z različnimi potrebami. V vsakem primeru se morajo izogniti tišini in brezbržnosti do vprašanj pacienta in svojcev, saj jih bo v najboljših primerih pacient zapustil razočaran, v najslabšem primeru pa resnično ogorčen nad delom medicinskih sester (Houghton in Allen, 2005).

3 Metoda

Študija temelji na kvalitativno deskriptivni zasnovi. Uporabljena je metoda poglobljenih intervjujev, ki omogoča natančne opise podatkov, neposrednih in verodostojnih razmišljanj intervjuvancev (Sandelowski, 2010).

Dve glavni raziskovalni vprašanji sta bili:

1. Katera je glavna vsebina komuniciranja med študenti zdravstvene nege in svojci?
2. Kakšne posebne izkušnje so imeli študenti zdravstvene nege pri komuniciranju s svojci?

V šolskem letu 2017/2018 smo intervjuvali 12 rednih študentov drugih in tretjih letnikov Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Glavno merilo za vključitev v to študijo so bile predhodne izkušnje s komuniciranjem s svojci pacientov. Vsi podatki o raziskavi so ostali zaupni in strogo upoštevali načelo anonimnosti. Vsak študent je bil poljubno kodiran z naraščajočimi številkami od 1 do 12. Transkripti so bili najprej prebrani, pomembni pomeni so bili podčrtani, nato pa so bili primerjani in kontrastirani. Po opravljenem medsebojnem preverjanju sta bila razvidna dve temeljni raziskovalni temi.

4 Rezultati

Dve glavni temi sta identificirani: »spoznanja komuniciranja med študenti in svojci« in »čustva, ki spremljajo komuniciranje med študenti in svojci«.

4.1 Spoznanja komuniciranja med študenti in svojci

Študenti zdravstvene nege so pridobili izkušnje s komuniciranjem s svojci in oblikovali različne ugotovitve.

4.1.1 Jasno odgovarjanje na poizvedbe

Večina udeležencev je izjavila, da je najpomembnejša naloga v komuniciranju med njimi in svojci odgovarjati na njihova vprašanja.

Ker pacientova družina običajno vpraša, kako je pacient, ali je spal, ali je jedel, ali je hodil ipd. jim moramo povedati resnico, a odgovoriti le, če nam je situacija znana. Kot študentka zdravstvene nege nisem znala dobro povedati, zato sem vprašanje naslovila na ustrezno medicinsko sestro. Slišala sem pa od pacientov, da medicinske sestre redko zadovoljivo odgovorijo na njihova vprašanja. (Študent št. 12)

Za študente je bistvenega pomena, da družinskim članom zagotovijo konkretne in točne informacije. Ker študenti nimajo dovolj izkušenj ali znanja, bi morali te poizvedbe posredovati odgovornim zdravstvenim delavcem.

4.1.2 Izogibanje občutljivih temam

V očitnem nasprotju s prejšnjo podtemo o zagotavljanju informacij družinskim članom so nekateri udeleženci izjavili, da se naj medicinske sestre vzdržijo razpravljanja o občutljivih temah s svojci. Intervjuvanci so omenili, da bi med svojim sporazumevanjem s člani družine morali upoštevati željo pacienta, da razkrije svoje stanje svojcem in čustveno usposobljenost svojcev za prejemanje teh informacij, saj lahko nekateri družinski člani postanejo živčni ali celo občutijo brezupnost, ko slišijo slabe novice glede pacientovega stanja.

Najprej preveriti, ali je pacient pripravljen razkriti svoje stanje družini. Če jih malomarno razkriješ, lahko vložijo tožbo proti tebi. Nasprotno, če so družinski člani v celoti obveščeni, lahko z njimi komunicirate bolj svobodno. Toda še vedno bi se morali zavedati čustev družinskih članov. (Študent št. 8)

4.1.3 Opazovanje obnašanja svojcev

Odločitev o razkrivanju ali preprečevanju navedbe nekaterih informacij je odvisna od želje pacienta in njegove družine. Zato je nujno, da medicinske sestre razumejo njihovo perspektivo in opazujejo neverbalno in verbalno komuniciranje družine.

Mislim, da bi morali posebno pozornost nameniti odnosu družine in telesni govorici. Če greš k pacientovi postelji in te njegova družina ne bo upoštevala, potem ti niso naklonjeni. Če pa te pozdravijo, to pomeni, da so pripravljeni govoriti s tabo in potem lahko daš več informacij. (Študent št. 11)

4.1.4 Izmenjava lastnih izkušenj

Poleg informacij o pacientovem stanju in negi so študenti včasih svojcem posredovali tudi informacije o svojih izkušnjah, kar je okrepiło odnos med medicinskimi sestrami in družinskimi člani.

Na začetku je bil naš pogovor povezan s starejšim moškim pacientom, nato smo se pogovarjali o mojem delu. Nimam nobenih nasvetov za komuniciranje s pacientovo družino, vendar mislim, da morate biti pripravljeni poslušati in tudi povedati nekaj o sebi. (Študent št. 7)

4.2 Čustva, ki spremljajo komunikacijo med študenti in svojci

Fizično zdravje in duševno zdravje sta medsebojno povezana. Ko pacienti trpijo zaradi fizičnih bolezni, oni in njihovi družinski člani nosijo težko psihološko breme, kot so občutki brezupnosti in šoka. Med pogovorom in izvajanjem zdravstvene nege se medicinska sestra dotakne tudi teh čustev. Intervjuvani študenti so tematizirani štiri vrste čustev, in sicer srečo, jezo, žalost in strah.

4.2.1 Sreča

Čeprav trpljenje, ki ga prinaša bolezen, navadno vodi v slabo razpoloženje, so nekateri udeleženci poročali o prijetnih trenutkih, ko so se pogovarjali z družinami pacientov.

Družinski člani so bili zelo prijazni in so cenili naše delo. Na primer, žena pacienta, ki je trpel zaradi raka, je bila zelo hvaležna, da smo ga pogosto kopali. In ker je bila zadovoljna z delom, sem se nekako počutila zadovoljno, srečno. (Študent št. 2)

4.2.2 Jeza

Nekateri udeleženci so poudarili, da je jeza še eno običajno čustvo, ki izhaja iz komuniciranja s svojci.

Če družinski člani res skrbijo za pacienta, jim bom poskušala po najboljših močeh razložiti in jim pomagati. Spomnim se pacientke, stare okoli 80 let. Njena hčerka jo je redko obiskala, čeprav je živela blizu. Ko je prišla, se sploh ni z njo pogovarjala, samo pritoževala se je. Res sem bila jezna, da se je tako obnašala. Do takih svojcem sem zelo zadržana. (Študent št. 6)

4.2.3 Žalost

Za študente je bilo bistveno, da se pogovarjajo s svojci pacientov, ki so v kritičnem stanju. Takšni trenutki so posebej žalostni, tudi za študente.

Ko se je pacient poslavljaj, sem morala družino nekaj vprašati, medtem ko so bili zelo žalostni. Tudi jaz sem bila žalostna, saj sem zanj skrbela več kot teden dni. Čeprav sem imela malo izkušenj s komuniciranjem, sem naredila vse, da sem z verbalno in neverbalno komunikacijo pomirila svoje. (Študent št. 10)

4.2.4 Anksioznost

Najbolj pogosto čustvo, o katerem so intervjuvanci poročali, je bil strah. Zaradi pomanjkanja izkušenj in zaskrbljenosti zaradi kritik svojcev pacientov je bilo študente strah, kako bodo pravilno izvajali postopke zdravstvene nege pred svojci in komunicirali z njimi.

V pogovoru z družinskimi člani pacientov sem zelo previdna. Če so čudni, me je strah delat pred njimi. Še posebej se bojim, da bom rekla nekaj narobe. Ni v redu, da imajo družinski člani vtis, da me ne zanimajo njihovi otroci. Ampak strah me je, da bom rekla nekaj narobe. (Študent št. 3)

5 Razprava

Intervjuvani študenti so med štirimi spoznanji komuniciranja med njimi in svojci najbolj poudarili jasno odzivanje na poizvedbe svojcev. Študenti so ugotovili, da bi morali svojcem zlasti zagotoviti konkretne odgovore na vprašanja ali pa jih napotiti ustreznemu zdravstvenemu delavcu. Posredovanje informacij je še posebej pomembno, kadar so družinski člani pod stresom in jih tare veliko skrbi (Yorke in Cameron - Traub, 2008). Medicinske sestre bi morale pri zagotavljanju informacij družinskim članom upoštevati pacientovo pripravljenost razkriti svoje zdravstveno stanje in čustveno kompetenco svojcev, da sprejmejo takšne informacije. Prav tako morajo uporabljati ustrezen jezik in se izogibati šalam na račun pacientov ali provokacijam z družinskimi člani (Pergert in Lützn, 2012; Regis, Steiner, Ford idr., 2011). Udeleženci so prav tako omenili, da je poslušanje svojcev in analiza znakov neverbalnega komuniciranja ključnega pomena pri komuniciranju. Aktivno poslušanje je osrednja spretnost pri razvoju podpornih odnosov (Barone in Switzer, 1995).

Poleg tega, da se svojcem postavlja refleksivna vprašanja in se jih skuša opolnomočiti (Foy in Timmins, 2004; Wright in Leahey, 2005), so intervjuvanci predlagali, da se za uspešno komuniciranje upošteva govorico telesa svojcev.

Čustva igrajo ključno vlogo pri komuniciranju med študenti zdravstvene nege in svojci. Samospoštovanje in čustvena inteligenca v veliki meri določata učinkovitost takega komuniciranja. Pri razvijanju komunikacijskih veščin se morajo študenti zdravstvene nege naučiti ravnati s čustvenimi odzivi (Gillett, O'Neill in Bloomfield, 2016). Na eni strani morajo poskušati zmanjšati čustveno in duhovno trpljenje svojcev, na drugi strani pa morajo biti sposobni obvladovati svoja čustva pri izvajanju zdravstvene nege (Heffernan, Quinn Griffin, Sister idr., 2010). Čeprav so se prejšnje študije (Gilmartin in Wright, 2008; Regis, Steiner, Ford idr., 2011; Yorke in Cameron - Traub, 2008) osredotočile na strah, so intervjuvanci te študije poročali tudi o drugih čustvih, kot so sreča, jeza in žalost.

Zaradi pomanjkanja delovnih izkušenj in znanja je bilo študente zdravstvene nege strah, ali bodo znali ustrezno komunicirati s svojci in izvajati negovalne postopke v njihovi prisotnosti. Zato morajo predavatelji poleg poučevanja strokovnih spretnosti v

učnem načrtu zdravstvene nege vključiti tudi področja o čustvenih vidikih komuniciranja študentov s pacienti in družinskimi člani. Zagotoviti je treba intenzivno delavnico za usposabljanje na področju komuniciranja s svojci. Še pomembneje, pri študentih in medicinskih sestrah je treba spodbujati samo-refleksijo o močeh in omejitvah perspektiv, vrednot in spretnosti v komuniciranju.

LITERATURA

1. Barone, J. T. in Switzer, J. Y. (1995). *Interviewing Art and Skill*. Boston: Allyn.
2. Cronin, J. A. in Finn, S. (2017). Implementing and evaluating the COMFORT communication in palliative care curriculum for oncology nurses. *J. Hosp. Palliat. Nurs.*, 19, 140–146.
3. Donovan - Kicken, E. in Caughlin, J. P. (2011). Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: the mediating role of coping. *J. Health Psychol.*, 16, 596–606.
4. Emold, C., Schneider, N., Meller, I. in Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *Eur. J. Oncol. Nurs.*, 15, 358–363.
5. Fakhr - Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R., in Rahnavard, Z. (2011). Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*, 13, 23–34.
6. Foy, C. R. in Timmins, F. (2004). Improving communication in day surgery settings. *Nurs. Stand.*, 19, 37–42.
7. Gattellari, M., Butow, P. N. and Tattersall, M. H. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Soc. Sci. Med.*, 52, 1865–1878.
8. Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Dimitry, S. and Tattersall, M. H. N. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Ann. Oncol.*, 16, 1005–1053.
9. Heffernan, M., Quinn Griffin, M. T., Sister, R. M. in Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *Int. J. Nurs. Pract.*, 16, 366–373.
10. Heise, B. A. in Gilpin, L. C. (2016). Nursing students' clinical experience with death: a pilot study. *Nurs. Educ. Perspect.*, 37, 104–106.
11. Hemming, L. (2017). Breaking bad news: a case study on communication in health care. *Gastrointest. Nurs.*, 15, 43–50.
12. Gillett, K., O'Neill, B. in Bloomfield, J. G. (2016). Factors influencing the development of endoflife communication skills: a focus group study of nursing and medical students. *Nurse Educ. Today*, 36, 395–400.
13. Gilmartin, J. in Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *J. Clin. Nurs.*, 17, 2418–2425.
14. Henoch, I., Lövgren, M., Wilde - Larsson, B. in Tishelman, C. (2012). Perception of quality of care: comparison of the views of patients with lung cancer and their family members. *J. Clin. Nurs.* 21, 585–594.
15. Houghton, A. in Allen J. (2005). Doctor-patient communication. *BMJ Career Focus*, 330, 36–37.
16. Jestico, E. in Finlay, T. (2017). A stressful and frightening experience? Children's nurses' perceived readiness to care for children with cancer following pre-registration nurse education: a qualitative study. *Nurse Educ. Today*, 48, 62–66.
17. Jin, J., Sklar, G. E. and Oh, V. M. S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.*, 4, 269–286.
18. Joolae, S., Joolaei, A., Tschudin, V., Bahrani, N. in Nikbakht Nasrabadi, A. (2010). Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3, 1–7.
19. Kidd, J., Patel, V., Peile, E. in Carter, Y. (2005). Clinical and communication skills. *BMJ*, 330, 374–375.
20. Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D. in Stewart, S. S. (2002). Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology*, 1, 464–483.

21. Lin, M. F., Hsu, W. S., Huang, M. C., Su, Y. H., Crawford, P. in Tang, C. C. (2017). I couldn't even talk to the patient: barriers to communicating with cancer patients as perceived by nursing students. *Eur. J. Cancer Care*, 26, 126–148.
22. Maguire, P. (2000). *Communication Skills for Doctors*. London: Arnold.
23. Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B. in Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Ther. Clin. Risk Manag.*, 1, 189–199.
24. Papagiannis, A. (2010). Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news. *Medical Time Northwestern Greece*, 6, 43–49.
25. Papadantonaki, A. (2006). Communication and Nursing. *Nosileftiki*, 45, 297–298.
26. Pergert, P. in Lützn, K. (2012). Balancing truth-telling in the preservation of hope: a relational ethics approach. *Nurs. Ethics*, 19, 21–29.
27. Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L. in Olsen S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 14, E56–E62.
28. Raya, A. (2006). Nursing of man as a unique person. *Nosileftiki*, 45, 19–24.
29. Regis, T., Steiner, M. J., Ford, C. A. in Byerley, J. S. (2011). Professionalism expectations seen through the eyes of resident physicians and patient families. *Pediatrics*, 127, 317–324.
30. Rosemond, C., Hanson, L. C. in Zimmerman, S. (2017). Goals of care or goals of trust? How family members perceive goals for dying nursing home residents. *J. Palliat. Med.*, 20, 360–365.
31. Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Res. Nurs. Health*, 33, 77–84.
32. Surbone, A. (2006). Telling the truth to patients with cancer. What is the truth? *Lanc Oncol.*, 7, 944–950.
33. Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.*, 87, 1115–1145.
34. Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., deMulder, P. in van Achterberg, T. (2009). Nurse-patient communication in cancer care. *Psycho-Oncology*, 18, 1060–1068.
35. Vogel, B. A., Leonhart, R. in Helmes, A. W. (2009). Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. *Patient Educ. Couns.*, 77, 391–397.
36. Wikstrom, B. M. in Sviden, G. (2011). Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing Reports*, 1, e7–e7.
37. Wittenberg, E., Ragan, S. L. in Ferrell, B. (2017). Exploring nurse communication about spirituality. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.*, 34, 566–571.
38. Wright, L. M. in Leahey, M. (2005). The three most common errors in family nursing: how to avoid or sidestep. *J. Fam. Nurs.*, 11, 90–101.
39. Verderber, R. (1998). *The art of communication*. London: Wadsworth.

The Implementing of ICNP® in Poland Regarding WHO 2013 Guidelines

UDC 616-083:025.4(438)

KEY WORDS: ICNP, information technology, nursing care, nursing classification

ABSTRACT - *The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) classifies patient data and clinical activity in the scope of nursing. Its main purpose is the decision-making and policy development aimed at the improvement of health status and health care delivery. Communication and statistical reporting practices across health services can be improved by ICNP®. The activities focusing on the implementation of ICNP® classification in Poland have been ongoing since 2006. ICNP® popularisation and training in the form of conferences and workshops for the nursing community is coordinated by the ICN-Accredited Centre for ICNP® Research & Development at the Medical University of Łódź. Until 30 September 2016, over 8911 nurses have taken part in the program. The aim of the study is the evaluation of the assessment of training participants concerning the possibility of implementing ICNP® into the nursing practice. The research method was a diagnostics poll in the group of 475 randomly chosen training participants. The evaluation was done with the use of five-stage Likert scale consisting of 13 questions. The participants confirm the need for implementing ICNP® in Poland (3.82). The introduction of ICNP® will improve the quality of scientific research in nursing (4.13), facilitate the organisational and controlling activities (3.71) and enable safe functioning in cross-border health care (3.8). The possibility of implementing ICNP® in the workplace (3.1) and the respondents' readiness for preparing detailed care plans in accordance with ICNP® (3.36) received the lowest scores.*

UDK 616-083:025.4(438)

KLJUČNE BESEDE: ICNP, informacijska tehnologija, zdravstvena nega, klasifikacija zdravstvene neg

POVZETEK - *Mednarodna klasifikacija zdravstvene nege (ICNP®) klasificira podatke o pacientih in klinično dejavnost v pristojnosti zdravstvene nege. Njen glavni namen je odločanje in razvoj politik, namenjenih izboljšanju zdravstvenega stanja in zagotavljanju zdravstvene oskrbe. ICNP® lahko izboljša komuniciranje in statistično poročanje o opravljenih zdravstvenih storitvah. Aktivnosti, ki se nanašajo na uveljavitev klasifikacije ICNP® na Poljskem, potekajo od leta 2006. Implementacijo in usposabljanja v zvezi z ICNP® usklajuje ICN - akreditirani center za raziskave in razvoj ICNP® na Medicinski univerzi v Łodžu. Do 30. septembra 2016 je v programu sodelovalo več kot 8911 medicinskih sester. Cilj raziskave je ovrednotenje mnenj udeležencev usposabljanja glede ustreznosti uporabe ICNP® v praksi zdravstvene nege. Anketiranje je bilo izvedeno med 475 naključno izbranimi udeleženci usposabljanja. Udeleženci so potrdili potrebo po izvajanju ICNP® na Poljskem. Uvedba ICNP® bo po njihovem mnenju izboljšala kakovost znanstvenih raziskav v zdravstveni negi, olajšala organizacijske in kontrolne dejavnosti in omogočila varno delovanje pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. Najnižje ocenjeni sta bili pogoji za izvajanje ICNP® na delovnem mestu in pripravljenost anketirancev na pripravo podrobnejših načrtov oskrbe v skladu z ICNP®.*

1 Introduction/Theory

1.1 International Classification for Nursing Practice

The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) is a broad and complex system that represents the domain of nursing practice. It is an international standard to facilitate the collection, storage, and analysis of nursing data across health care settin-

gs, languages, and geographic regions. It provides a dictionary of terms and expressive relationships that nurses can use to describe and report their practice in a systematic way. The resulting information can be used to reliably support care and effective decision-making, and to inform nursing education, research, and health policy.

The International Council of Nurses (ICN) undertook an initiative in the 1980s that led to the development of the ICNP®. As interest in promoting a common language describing nursing services grew in many countries, the ICNP® was popularized and gradually introduced into their clinical practice, education, science, and management on account of the benefits it provided (Baernholdt et al., 2003, p. 73–74). Countries with experience in this field include Italy (Sansoni et al., 2006, p. 21; Ausili et al., 2012, p. 148), Norway (Rotegaard et al., 2010, p. 807), Sweden (Ehnfors et al., 2003, p. 5), Pakistan (Rukanuddin, 2005, p. 294), Portugal (Cardoso et al., 2010, p. 427; Wanderley Abrantes de Carvalho et al., 2013, p. 1062), Brazil (Lima da Nóbrega et al., 2000, p. 19), Botswana (Feringa et al., 2002, p. 154), South Africa (Geyer et al., 2005, p. 288), and many others.

Poland was the first country in Eastern Europe to begin the implementation of the ICNP® in curricula and the practice. In 2000, Polish Nurses Association (PNA), represented by Górajek - Józwick J. to initiate professional activities for ICNP® education and dissemination in Poland. Subsequently, the then-current version of the Classification was translated and training was offered in it. A number of international meetings and conferences were held and workshops were organized for the countries of Central and Eastern Europe (Zarzycka et al., 2004, p. 241). In 2006, the Council of the PNA established the ICNP® team. In 2007, during the Second Meeting of the ICNP® Consortium at the Congress in Yokohama, president of PNA – Kilańska D. presented the first information about the Polish project. In addition to their involvement in the translation process, individual members of the team systematically engaged in ICNP® education at numerous conferences and training sessions across the country. The professional associations of nurses and midwives, the Department of Nurses and Midwives at the Ministry of Health, and the national and provincial consultants for nursing were also involved in these activities.

In 2010, as a result of many months of effort by the PNA, the Department of Nurses and Midwives, and the professional associations of nurses and midwives, Regulation 12/2010 was issued by the Director of the Center for Health Information Systems (CSIOZ) on 18 February 2010 to set up the ICNP® Council as the advisory and consultative authority for the CSIOZ Director under the authority of the Ministry of Health.

The Council is particularly concerned with the establishment of guidelines and priorities for the process of ICNP® implementation, the verification of ICNP® terms, the translation of new ICNP® terms, recommendations for the dissemination of ICNP® research results, and the development of recommendations for the implementation of the ICNP® in nursing practice in Poland. One of the first recommendations of the Council was to include the International Classification for Nursing Practice ICNP® in educational standards for first and second degrees, and in postgraduate academic

education programs in Nursing for nurses and midwives, as reflected in the standards of education from 2012. In 2010, the Accredited Center for ICNP® Research and Development (ACBiR®) was established at the Medical University of Łódź. The ACBiR® cooperates within the nursing community for eHealth development in Poland, the CSIOZ Director appointed the eHealth Council for Nursing with Kilańska as its president on 5 April 2012. This was a response to the request of CSIOZ and the nursing community. It was also connected to the implementation of eHealth tasks and IT projects by the Center. The Council collaborated with CSIOZ on eHealth projects, including P1 ‘Electronic Platform for the Collection, Analysis and Sharing of Digital Resources on Medical Events’ and P2 ‘Platform for on-line sharing of services and digital medical record resources with entrepreneurs’. Another task of the Council is to issue recommendations on educational, informational, and promotional activities (Kilańska et al., 2016, p. 364–366).

1.2 Transforming and Scaling up Health Professionals’ Education and Training WHO Education Guidelines 2013

Every healthcare system in the world faces challenges in delivering high-quality, effective and safe care at an affordable cost. It requires strategic planning that is responsive and comprehensive. Education and training play a vital role in the supply of a team of workforce and, if done well, they make all the difference. On the other hand, the use of international standards in support of a national Electronic Health Records (EHR) system implementation is considered crucial for the development of high-quality care.

While addressing the shortage of health workers is paramount, reforms must also encompass key issues such as an imbalanced mix of skills and competences, and an uneven geographical distribution, where considerable gaps in knowledge and implementation exist. The World Health Organization (WHO) document on the transformative scaling up of health professional education stated that:

“The shortage of professional health workers is compounded by the fact that their skills, competencies, clinical experience, and expectations are often poorly suited to the health needs of much of the population they serve. Insufficient collaboration between the health and education sectors, as well as weak links between educational institutions and the health systems which employ graduates, often result in a mismatch between professional education and the realities of health service delivery.” (WHO 2013)

The WHO document contributed to global policy guidelines on transforming and scaling up health professional education and training was published in 2013. The transformative scaling up of health professional education and training is defined as the sustainable expansion and reform to “increase the quantity, quality and relevance of health professionals, and in so doing strengthen the country health systems and improve population health outcomes” (WHO 2013). Quantity - refers to the number of health professionals and the adequacy of that number to address the health needs of a specific population. Quality - refers to the qualifications of health professionals and the adequacy of these qualifications to address the health needs of a specific popula-

tion. Relevance - refers to the relevance of health professional education to meet the current and future health needs of specific populations, including an appropriate skill mix and equitable distribution and availability of health professionals to the local context (Wheeler et al., 2014, pp. 140–141).

2 Methods

The study included 478 nurses who had participated in a course enhancing knowledge and improving skills in terms of ICNP®. Most of the respondents were women- 95%. The respondents were mostly between 41 and 50 years old and the second largest age group consisted of people between 21 and 30 years old.

Institutional ethical approval was not required for this study.

The study was conducted between 2012 and 2016 with the use of a questionnaire based on the analysis of literature relevant for the purpose of evaluating the process of implementing ICNP® in Poland, and on similar questionnaires used in international studies.

The questionnaire was used among the participants of a course organized by the Accredited Center for ICNP® Research and Development (ACBiR®), its evaluation was based on a pilot study conducted in 2012 among the participants of the courses organized by the ACBiR® in cooperation with the Pomeranian Medical University. Following the pilot study, the final version of the tool was produced and used in other studies conducted in the years 2012-2016, including the study presented in this article. The analysis of its reliability was indicated by the Cronbach's Ralpa index – the aim was to verify the internal consistency of the used tool. The coefficient was $\alpha = 0.91$, which proves high internal consistency of the tool.

3 Results

The participants confirm the need of implementing ICNP® in Poland (3.82). The introduction of ICNP® will improve the quality of scientific research in nursing (4.13), facilitate the organizational and controlling activities (3.71) and enable safe functioning in cross-border health care (3.8). The possibility of implementing ICNP® in the workplace (3.1) and the respondent's readiness for preparing detailed care plans in accordance with ICNP® (3.36) received the lowest scores.

Table 1: The possibility of implementing ICNP® into the nursing practice in Poland

No.	Questions	\bar{x}	SD
1.	Do you recognize the need to introduce a standardized classification of nursing practice based on ICNP® in Poland?	3.82	1.15
2.	Are you sufficiently prepared for working with a computer for the purpose of keeping electronic nursing records?	3.86	1.16
3.	Is it possible to implement ICNP® in your place of work?	3.09	1.22
4.	Are you ready to use a standardized classification of nursing practice based on ICNP®?	3.47	1.14
5.	Are you ready to develop detailed care plans in accordance with ICNP®?	3.36	1.12
6.	Do you agree that ICNP® describes and defines autonomous actions of nurses?	3.80	0.99
7.	Do you agree that ICNP® offers an opportunity for a realistic evaluation of the quality and funding of nurse's work?	3.69	1.20
8.	Do you agree that ICNP® will increase patient safety?	3.49	1.14
9.	Do you agree that ICNP® can facilitate organizational, management and control activities?	3.71	1.14
10.	Do you agree that ICNP® gives a chance to conduct scientific studies in the field of nursing?	4.13	0.91
11.	Do you agree that ICNP® will improve the level of communication within the profession and among medical staff?	3.66	1.09
12.	Do you agree that ICNP® is necessary for the functioning of expert systems and clinical decision support systems?	3.72	1.02
13.	Do you agree that ICNP® is necessary for functioning in cross-border healthcare?	3.80	1.01

\bar{x} - statistical mean

SD-standard deviation

4 Discussion

In times of progressing globalization and computerization of all aspects of life, implementing a clear and unambiguous language that describes the scope of nurses' activities is required by modern nursing education and practice. Having systems of nursing terminology classification in electronic form is undoubtedly a major development in the field of nursing and an essential element that supports planning, managing and taking patient's care and staff safety. The aspects of implementing the recommendations of ICNP® Council and the Regulation of the Minister of Science and Higher Education of 9 May 2012 concerning the education standards for the faculty of medicine, dentistry, pharmacy, nursing and midwifery (Dz.U.2012.631) presented by Grabowska H. are key for showing the current scopes of activity of selected Polish universities that provide degrees in nursing. The analysis concerns the scope and quality of ICNP® application in teaching the basics of nursing at 23 Polish higher education institutions. None of the respondents - university representatives, declared a high level of satisfaction with the achieved educational goals and results regarding ICNP®, whereas the majority of the respondents indicated the need for further courses/workshops for teachers (Grabowska, 2017, p. 78–79).

Another interesting detailed elaboration of Grabowska H. is an original implementation of ICNP® into the education process, based on a 10-year-long experience of the Medical University in Gdansk. Using various methods and contents of education as well as teaching aids enables students to achieve all educational results included in the education standards for the basic nursing program. An innovative tool used in several universities is the ADPIECare "Dorothea" nursing documentation system (Grabowska, 2017, p. 208). The effectiveness of applying new forms of education is confirmed by a study conducted via Moodle platform by Universidade Federal de Alfenas in Brazil in 2014. Research participants included nursing students and nurses. Initially, they had reservations about using ICNP® because they had had contact with other classifications during their studies: NANDA, NOC and NIC. After completing the course, 70.6% of the respondents qualified their level of ICNP® knowledge as high and the classification itself was recognized as a tool for creating databases that meet educational and clinical needs, ensure a continuity of patient care and simplify work organization (Avelino 2017). At the European level, it is difficult to disregard the contribution of the scientists and teachers of the University 'La Sapienza' in Rome, under the direction of Prof. Sansoni. Considering also the critical aspects of the development of nursing classification, the researchers emphasize the significance of ICNP® as a reliable documentation of nursing practice and a base for key economic and management analyses that give an opportunity for professional development of nursing (Sansoni et al., 2006, p. 23).

5 Conclusions

Effective pre- and postgraduate education prepares nurses for working with ICNP® terminology.

It is advisable to develop ITtools supporting the education process of students and graduates.

Introduction of ICNP® creates prospects for the development of professional practice, education, training, management and research.

The use of the classification gives a chance to assess the current effectiveness and planning of nursing care.

Common terminology will support international communication at a clinical and scientific level.

LITERATURE

1. Ausili, D., Sironi, C., Rasero, L. and Coenen, A. (2012). Measuring elderly care through the use of a nursing conceptual model and the international classification for nursing practice(®). *Int J Nurs Knowl.*, 23 (3), 146–152.
2. Avelino, C. C. V., da Costa, L. C. S., Buchhorn, S. M. M., Nogueira, D. A. and Goyata S. L. T. (2017). Teaching-learning evaluation on the ICNP® using virtual learning environment. *Rev Bras Enferm.*, 70 (3), 602–609.

3. Baernholdt, M. and Lang, N. M. (2003). Why an ICNP? Links among quality, information and policy. *Int Nurs Rev.*, 50 (2), 73–78.
4. Cardoso, A. and Paiva e Silva, A. (2010). Representing nursing knowledge on maternal and neonatal health: a study on the cultural suitability of ICNP®. *Int Nurs Rev.*, 57 (4), 426–434.
5. Ehnfors, M., Florin, J. and Ehrenberg, A. (2003). Applicability of the International Classification of Nursing Practice (ICNP) in the areas of nutrition and skin care. *Int J Nurs Terminol Classif.*, 14 (1), 5–18.
6. Ehnfors, M., Florin, J. and Ehrenberg, A. (2003). Applicability of the International Classification of Nursing Practice (ICNP) in the areas of nutrition and skin care. *Int J Nurs Terminol Classif.*, 14 (1), 5–18.
7. Feringa, M. M., Goossen, W. T. F. and Coenen, A. (2002). Submitting terms to the International Classification for Nursing Practice (ICNP®). *Int Nurs Rev.*, 49 (3), 154–160.
8. Geyer, N., Mmuwe - Hlahane, S., Shongwe - Magongo, R. G. and Uys, E. (2005). Contributing to the ICNP®: validating the term ‘informal settlement’. *Int Nurs Rev.*, 52 (4), 286–293.
9. Grabowska, H. (2017). Implementacja ICNP® w procesie kształcenia studentów pielęgniarstwa. Doświadczenia ośrodka gdańskiego na przykładzie przedmiotu podstawy pielęgniarstwa – część 1. *Probl. Piel.*, 25 (3), 204–209.
10. Grabowska, H. (2017). Zakres wykorzystania ICNP® w nauczaniu podstaw pielęgniarstwa w uczelniach polskich. Doniesienie wstępne. *Probl. Piel.*, 25 (2), 77–81
11. Kilańska, D., Gaworska – Krzezińska, A., Grabowska, H. & Gorzkowicz, B. (2016). A case study of the introduction of the ICNP® in Poland. *Int Nurs Rev.*, 63 (3), 361–371.
12. Lima da Nóbrega, M. M. & Rivero De Gutierrez, M. G. (2000). Semantic equivalence of the Nursing Phenomena Classification of ICNP®: Alpha Version in Brazilian Portuguese. *Int Nurs Rev.*, 47 (1), 19–27.
13. Rotegaard, A. K. & Ruland, C. M. (2010) Patient centeredness in terminologies: coverage of health assets concepts in the International Classification of Nursing Practice. *J Biomed Inform.*, 43 (5), 805–811.
14. Rukanuddin, R. J. (2005). Introduction and development of NCP using ICNP® in Pakistan. *Int Nurs Rev.*, 52 (4), 294–303.
15. Sansoni, J. & Giustini, M. (2006) More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. *Int Nurs Rev.*, 53 (1), 21–27.
16. Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training WHO Education Guidelines 2013. (9 March 2018). Retrieved from http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/.
17. Wanderley Abrantes de Carvalho, M., Lima da Nóbrega, M. M. & Ribeiro Garcia, T. (2013). Process and results of the development of an ICNP® Catalogue for Cancer Pain. *Rev Esc Enferm USP.*, 47 (5), 1060–1067.
18. Wheeler E., Fisher J. & Wing-sum Li S. (10 February 2018). Transforming and Scaling Up Health Professional Education Res Medica, 22 (1), 139–142. Retrieved from <http://file:///D:/Users/User/Downloads/1123-Article%20Text-3966-1-10-20141211.pdf>.
19. Zarzycka, D. & Górajek - Józwiak, J. (2004) Nursing diagnosis with the ICNP® in the teaching context. *Int Nurs Rev.* 51 (4), 240–249.

Ambulanta farmacevta svetovalca – optimizacija zdravljenja z zdravili

UDK 615.15:366.61

KLJUČNE BESEDE: zdravljenje, farmacevti, svetovanje, pregled zdravil

POVZETEK - Farmakoterapijski pregled je kognitivna storitev, ki se izvaja v ambulantah farmacevta svetovalca. Definirata ga Zakon o lekarniški dejavnosti in Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 - ZZZS, izvaja pa se v zdravstvenih domovih. Dosedanje raziskave v slovenskem prostoru kažejo pozitivne učinke in premike v optimizaciji terapije z zdravili pri bolnikih ob uvedbi ambulanc s farmacevtom svetovalcem.

UDC 615.15:366.61

KEY WORDS: optimisation of treatment, consulting pharmacist, medication review

ABSTRACT - The pharmacotherapy review is a cognitive service that is performed in a Clinical Pharmacist's Consultation Practice. It is defined by the Pharmacy Act and the General Agreement on the Health Services Program, and it is implemented in health centres. The evaluation studies in Slovenia show positive effects of the Clinical Pharmacist's Consultation Practice on the optimisation of pharmacotherapy.

1 Farmacevt svetovalac

Po Zakonu o lekarniški dejavnosti (ZLD-1, 2016) je nosilec lekarniške dejavnosti magister ali magistra farmacije z licenco. Zakon opredeljuje tudi njegove pristojnosti, ki so: zagotavljanje smiselne uporabe zdravil pri zdravljenju in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, preprečevanje nepravilne uporabe zdravil in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja, preprečevanje škode ali zdravstvenih težav pacienta, ki bi lahko nastale kot posledica napačnega zdravljenja ali nepravilne uporabe zdravil in izdelkov za podporo zdravljenja in ohranitev zdravja (ZLD-1, 2016). Farmacevt svetovalac oziroma farmacevtska svetovalka je magister farmacije z licenco in opravljeno specializacijo iz klinične ali lekarniške farmacije, usposobljen za izvajanje farmakoterapijskega pregleda in je zaposlen v lekarniški dejavnosti ter zagotavlja potrebne informacije o zdravilih in farmacevtski obravnavi pacienta (ZLD 1, 2016).

Seznam magistrov farmacije s kompetenco za farmakoterapijski pregled se večkrat letno obnavlja in je dostopen na strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), po zadnjem objavljenem seznamu 26. 7. 2018 je imelo kompetenco za farmakoterapijski pregled 36 magistrov farmacije specialistov, ki lahko opravljajo program farmacevta svetovalca v zdravstvenih domovih (ZZZS, 2018).

2 Farmakoterapijski pregled

Farmakoterapijski pregled je storitev optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili posameznega pacienta s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati njegovo z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o predpisanih oziroma uporabljenih zdravilih ter vseh relevantnih kliničnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju in informacij, ki jih poda zdravnik in/ali pacient (oziroma skrbnik pacienta), opravi magister farmacije specialist klinične ali lekarniške farmacije z ustreznimi kompetencami – farmacevt svetovalec (ZLD-1, 2016; Kos, 2013, str. 151–155; Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

Farmakoterapijski pregled temelji na prepoznavanju težav, povezanih z zdravili, ter ukrepih in priporočilih zdravniku za njihovo preprečevanje in razreševanje. Pri tem gre za obravnavo dejanskih in potencialnih težav pacienta z zdravili s stališča učinkovitosti in varnosti oziroma ki so posledica bremena, ki ga uporaba zdravil predstavlja za paciente. Poleg tega so pomembni tudi ekonomski izidi neustreznega zdravljenja z zdravili za slovenski zdravstveni sistem (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

V standardnem operativnem postopku za storitev farmakoterapijski pregled so navedene situacije, v katerih je priporočljiv farmakoterapijski pregled. To je:

- ob sprejemu pacienta na bolnišnični oddelek,
- ob premetitvah na druge bolnišnične oddelke,
- ob odpustu iz bolnišnice (priporoča se tudi priprava osebne kartice zdravil),
- pri vseh osebah, ki imajo večje tveganje za težave, povezane z zdravili (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

Na farmakoterapijski pregled so s strani zdravnika lahko napoteni pacienti s povečanim tveganjem za težave, povezane z zdravili. To so tisti, ki prejemajo več zdravil hkrati, so pogosto hospitalizirani, imajo v terapiji zdravila, ki so močni induktorji ali inhibitorji encimskega sistema CYP450 in Pgp (P-glikoproteina), imajo ledvično ali jetrno insuficienco, imajo zapleten režim uporabe zdravil ali več odmerkov zdravil na dan, jemljejo zdravila z zahtevnejšim načinom uporabe (npr. inhalacijska zdravila), jemljejo zdravila z velikim tveganjem za neželene dogodke, imajo simptome in znake, ki nakazujejo na neželene učinke zdravil, so imeli večje spremembe v režimu uporabe zdravil v zadnjih 3 mesecih ali spremembe zdravil v zadnjih 12 mesecih. Farmakoterapijski pregled je priporočljiv tudi za paciente, ki jim zdravila predpisuje več zdravnikov specialistov, so oskrbovanci domov starejših občanov ali starejše osebe ter otroci, ki imajo kronične bolezni.

3 Potek farmakoterapijskega pregleda

Storitev se obravnava kot specialistični pregled (izvaja jo magister farmacije, specialist ali kratko farmacevt svetovalec), na katerega pacienta naroči zdravnik (specialist družinske medicine). Posebna pacientova privolitev ni potrebna, ker se pregled izvaja znotraj istega zdravstvenega zavoda.

Na primarnem nivoju zdravstvenega varstva zdravnik naroči farmakoterapijski pregled za pacienta na osnovi delovnega naloga. Storitve se obravnava kot specialistični pregled, h kateremu so pacienti naročeni s strani zdravnika ali jo opravi farmacevt svetovalec. Za opravljanje storitve potrebuje ustrezen prostor in dostop do zdravstvene dokumentacije pacienta, da lahko pridobi vse podatke, ki so potrebni za izvajanje storitve. Izvid farmakoterapijskega pregleda je namenjen zdravniku z namenom optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili posameznega pacienta.

Izvedba farmakoterapijskega pregleda obsega 4 faze: zbiranje podatkov, prepoznavanje težav povezanih z zdravili, ukrepi in priporočila farmacevta svetovalca ter spremljanje izidov ukrepov in predlaganih priporočil (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

Prva faza zajema pregled zdravstvene dokumentacije pacienta in pogovor s pacientom. Iz zdravstvene dokumentacije mora farmacevt svetovalec pridobiti podatke o diagnozah (priporočljivo tudi leto postavitve), opravljenih preiskavah, izvidih (ki so povezani z zdravljenjem z zdravili ali diagnozami pri pacientu), predpisanih zdravilih, težavah, ki so lahko povezane z zdravljenjem z zdravili. Pogovor s pacientom pa je pomemben za prepoznavo težav pri zdravljenju z zdravili, zato od pacienta farmacevt svetovalec najprej pridobi popolne in pravilne podatke o pacientovi dejanski rabi, razumevanju namena uporabe in izkušnjah z njimi (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

V drugi fazi mora farmacevt svetovalec prepoznati težave pri zdravljenju z zdravili in jih razporediti po pomembnosti. Da ne bi spregledal posameznih farmakoterapijskih problemov, farmacevt svetovalec pristopi strukturirano z uporabo algoritma prepoznavne težav. Ko prepozna težave, jih predstavi v pisnem mnenju, kjer najprej izpostavi najpomembnejše, in za vsako težavo posebej predlaga ukrep (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

V tretji fazi farmacevt svetovalec pripravi predloge za reševanje težav pri zdravljenju z zdravili. Pri pripravi predlogov mora na zdravljenje pacienta gledati celostno. Spremembe svetuje postopoma, kar pomeni, da mora nakazati tudi časovno izpeljavo predlaganih ukrepov in na primer ne svetuje ukinitve vseh zdravil hkrati. Ker vsaka sprememba v terapiji predstavlja novo tveganje (slabo prenašanje zdravila, prehodno slabšo urejenost osnovne bolezni itd.), mora pretehtati njeno smiselnost. Zato spremembe v terapiji svetuje le tam, kjer je potrebna in ocenjuje, da bo pomembno pripomogla k izboljšanju urejenosti zdravljenja ali zmanjšanju tveganja za neželene dogodke. Če je pacientovo zdravljenje urejeno, terapije ne spreminja. V primeru svetovanja sprememb, ki so jih uvedli drugi specialisti (npr. kardiolog, diabetolog), ki pacienta redno vodijo, se priporoča, da farmacevt svetovalec v mnenju ustrezno zapiše, naj se terapija spremeni po posvetu s specialistom (farmacevt svetovalec zapiše svoj predlog, ki pa ga mora potrditi še zdravnik specialist) (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

Mnenje farmacevta svetovalca naj bo jasno in s poudarkom na težavi. Razumljivo mora biti v vsaki posamezni točki, prepoznana težava pri zdravljenju z zdravili pa z ustrezno utemeljitvijo in predlaganim ukrepom. Če je težav pri zdravljenju z zdravili več, je vedno najprej navedena najpomembnejša težava in ukrep za njeno reševanje. Za zagotavljanje varnosti je pomembno tudi spremljanje laboratorijskih izvidov ali kliničnih izidov zdravljenja oziroma bolezni (Lekarniška zbornica Slovenije, 2016).

V četrti fazi farmacevt svetovalec načrtuje in spremlja izide ukrepov in predlaganih priporočil, in sicer po stiku s pacientom in/ali zdravnikom. V izvidu lahko zdravniku predlaga ponovno napotitev na farmakoterapijski pregled.

4 Vrednotenje učinka optimizacije terapije z zdravili

Za vrednotenje učinka dela magistra farmacije specialista v ambulanti farmacevta svetovalca potekajo raziskave, ki vrednotijo delo in upoštevanje predlaganih ukrepov s strani zdravnikov. Na to temo sta bili narejeni dve magistrski nalogi.

V prvi z naslovom »Pregled in evalvacija dela v ambulanti farmacevta svetovalca na področju Zdravstvenega doma Murska Sobota v letih 2013-2015« je bilo pregledanih 495 farmakoterapijskih pregledov, v povprečju je farmacevt svetovalec naredil 7,1 intervencij na bolnika (Flisar, 2017). Skupno je bilo predlaganih 790 ukinitev, 780 zamenjav in 210 uvedb zdravil ali pripravkov za samozdravljenje. Povprečno število zdravil pri bolniku se je po farmakoterapijskem pregledu zmanjšalo iz 11,5 na 10,3 (Flisar, 2017). Pri 45,9 % bolnikov so bile svetovane spremembe v odmerku zdravil, pri 74,7 % bolnikov pa spremembe v odmernem intervalu zdravil. Pred optimizacijo terapije je bilo pri bolnikih zabeleženo 159 potencialnih interakcij tipa X po Lexi-Comp klasifikaciji in 947 potencialnih interakcij tipa D. Ob upoštevanju optimizaciji terapije bi se število potencialnih interakcij tipa X zmanjšalo na 19 in potencialnih interakcij tipa D na 232, kot posledica zamenjave zdravila, ki vstopa v interakcijo, ukinitve le-tega, ali pa so bile interakcije odpravljene z nasvetom o pravilni uporabi zdravil. Glede na ATC klasifikacijo je bilo največ zdravil v obstoječi terapiji in predlaganih zamenjav iz skupine C, največ predlaganih ukinitev ter uvedb pa iz skupine N (Flisar, 2017).

V drugi magistrski nalogi z naslovom »Klinično ovrednotenje intervencij farmacevta svetovalca v Zdravstvenem domu Ljutomer pri starejših bolnikih s polifarmakoterapijo: retrospektivna presečna raziskava« je farmacevt svetovalec predlagal 625 intervencij, zdravniki so sprejeli 304 intervencije (48,6 %) (Gorenc, 2017). Bolniki, pri katerih je zdravnik upošteval vsaj eno intervencijo so imeli v povprečju 2 zdravili manj, povezava med upoštevanjem intervencij farmacevta svetovalca in zmanjšanjem števila predpisanih zdravil je bila statistično značilna ($p < 0,01$) (Gorenc, 2017). Interakcije tipa X so se klinično izrazile pri šestih bolnikih in upoštevanje nasvetov farmacevta svetovalca je privedlo do zmanjšanja klinično pomembnih interakcij za 50 % (Gorenc, 2017). Bolniki, pri katerih je zdravnik upošteval mnenje farmacevta svetovalca so bili v večji meri zdravljeni v skladu s smernicami kot bolniki, pri katerih zdravnik ni upošteval mnenja farmacevta svetovalca (Gorenc, 2017). Delo farmacevta svetovalca je bilo finančno upravičeno, saj je privedlo do vsaj 5-kratnega povračila stroškov za delo farmacevta svetovalca (Gorenc, 2017).

Na tem področju poteka še več raziskav, saj se bo le z rednim spremljanjem dela v praksi lahko dokazala učinkovitost in pomembnost dela farmacevta svetovalca.

5 Zaključek

Dobra komunikacija med zdravnikom in farmacevtom svetovalcem je zelo pomembna za uspešno optimiziranje pacientovega zdravljenja z zdravili. Ker je farmakoterapija obravnavanih pacientov praviloma kompleksna, ravno tako kot prepoznani problemi in predlagane rešitve, je priporočljivo, da se pisni izvidi predajo zdravniku tudi v ustni obliki, saj je tako omogočena diskusija.

Optimizacija zdravljenja z zdravili pri pacientu mora biti timsko delo. S farmacevtom svetovalcem morata sodelovati tako zdravnik kot tudi pacient. Tudi najbolje predpisana in svetovana zdravila niso učinkovita, če jih pacient ne jemlje. Brez ustreznega nasveta v zunanji lekarni in pogovora s pacientom na več nivojih, ni prave zavzetosti pacienta in sodelovanja pri zdravljenju z zdravili.

LITERATURA

1. Flisar, T. (2017). Pregled in evalvacija dela v ambulanti farmacevta svetovalca na področju Zdravstvenega doma Murska Sobota v letih 2013-2015 (Magistrsko delo). Fakulteta za farmacijo. Pridobljeno 1. 10. 2018, s http://www.ffa.uni-lj.si/docs/default-source/knjiznica-doc/magistrske/2017/flisar_tanja_mag_nal_2017.pdf?sfvrsn=2.
2. Gorenc, K. (2017). Klinično ovrednotenje intervencij farmacevta svetovalca v zdravstvenem domu Ljutomer pri starejših bolnikih s polifarmakoterapijo (Magistrsko delo). Fakulteta za farmacijo. Pridobljeno 1. 10. 2018, s http://www.ffa.uni-lj.si/docs/default-source/knjiznica-doc/magistrske/gorenc_katja_mag_nal_2017.pdf?sfvrsn=2.
3. Kos, M. (2013). Farmacevtske kognitivne storitve osnovane na pregledu zdravil. *Farmacevtski Vestnik*, 64, 151–155.
4. Lekarniška zbornica Slovenije, 2016. *Storitev Farmakoterapijski pregled. Standardni operativni postopek*. Ljubljana.
5. Splošni dogovor za pogodbeno leto (2017). Zavod za zdravstveno zavarovanje.
6. Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1) (2016). Uradni list Republike Slovenije št. 85.
7. Zavod za zdravstveno zavarovanje (2018). Seznam farmacevtskih svetovalcev in program sestankov kakovostnega predpisovanja zdravil. Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/4E9DF46E4CC1A955C1257FE80037607F>.

Kam odpuščamo paciente iz neakutne obravnave glede na sprejemno diagnozo?

UDK 616-082.8-083

KLJUČNE BESEDE: neakutna obravnava, samooskrba, zdravstvena nega

POVZETEK - Neakutna obravnava predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov še ni možen odpust zavarovane oseb v domače okolje ali nega v domačem okolju ni več možna zaradi različnih dejavnikov (Pravilnik ministrstva, 1. člen neakutna obravnava). K pacientu je treba pristopiti celostno in zastaviti individualne cilje, s katerimi bo pacienti dosegel najvišjo možno stopnjo samooskrbe, kar velikokrat vpliva na odločitve svojcev, kam bo pacient odpuščen po zaključeni neakutni obravnavi. Namen te študije je prikazati, kam so najpogosteje premeščeni pacienti glede na sprejemno diagnozo. Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo dela. Podatke za empirični del smo pridobili iz dokumentacije pacientov, ki so bili hospitalizirani na oddelku za zdravstveno nego od januarja do decembra 2017. Statistična analiza podatkov bo narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2013. Cilj neakutne obravnave je priprava pacienta na najvišjo možno stopnjo samooskrbe, saj se zaposleni na oddelku zavedamo, da je od tega odvisna odločitev svojcev, kje bo odpuščen pacient pristal po odpustu iz bolnišnice.

UDK 616-082.8-083

KEY WORDS: non-acute treatment, self-care, nursing care

ABSTRACT - Non-acute treatment is a form of hospital treatment after the completion of acute hospital treatment when, for health or social reasons, the release of insured persons into their home environment is not yet possible, or the care in the home environment is no longer possible due to various factors (Rulebook of the Ministry, Article 1. non-acute treatment). It is necessary to approach the patient in a holistic way and to set individual goals for the patient to achieve the highest possible level of self-care, which largely affects the decisions of his/her relatives, where the patient will be released after the completed non-acute treatment. The purpose of this study is to illustrate to where patients are most commonly transferred based on a receiving diagnosis. We selected the quantitative descriptive method of work. The data for the empirical part were obtained from the documentation of patients who were hospitalized at the health care department from January to December 2017. The statistical data analysis will be done using Microsoft Excel 2013. The aim of non-acute treatment is to prepare the patient for the highest possible degree of self-care, as the employees with the department are aware that the decision of their relatives on where the patient will be transferred to after the completed non-acute treatment depends on this.

1 Teoretična izhodišča

Neakutna obravnava predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov še ni možen odpust zavarovane oseb v domače okolje ali nega v domačem okolju ni več možna zaradi različnih dejavnikov (ZZZS, 2013, 1. člen neakutna obravnava).

V neakutno bolnišnično obravnavo se lahko sprejmejo bolniki, pri katerih je končana diagnostika bolezenskega stanja zaradi katerega so bili sprejeti v akutno bolnišnično obravnavo, uvedena ustrezna terapija in določena rehabilitacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec bolniku izdati ustrezno odpustnico

iz akutne bolnišnične obravnave (ZZZS, 2013, pravilnik ministrstvo 3.člen neakutna obravnava).

Odpust je postopek, s katerim se zaključi bolnišnična obravnava sprejetega pacienta. Zaključek je lahko formalen ali evidenčen. Ob odpustu izvajalec izdelava odpustno pismo (UL RS, priloga, 2014).

Formalen odpust je administrativni postopek, s katerim bolnišnica zabeleži zaključek bolnišnične obravnave v eni bolnišnici z odpustom pacienta iz bolnišnice ali ob smrti pacienta (UL RS, priloga, 2014).

Formalen odpust vključuje (UL RS, priloga, 2014):

- vrnitev pacienta domov,
- napotitev v drugo bolnišnico,
- napotitev v dom za ostarele ali socialni zavod,
- smrt pacienta.

Formalen odpust izključuje (UL RS, priloga, 2014):

- premestitev z enega oddelka na drugega v isti bolnišnici,
- izhode ob koncu tedna, t.j. kadar pacient začasno zapusti bolnišnico in je bolniška postelja zanj še vedno rezervirana.

Pomen koordinatorja odpusta:

- koordinator odpusta je vezni člen celostne obravnave bolnikov s potrebami po nadaljnji oskrbi v domačem okolju ali institucionalnem varstvu
- omogoča povezanost obravnave, boljše obveščenost bolnika, njegove družine in izvajalcev zdravstvene ter socialne oskrbe
- zmanjšana uporaba zdravstvenih storitev, skrajševanje ležalnih dob, boljša kakovost življenja in zmanjšanje zdravstvenih stroškov pri drugih kroničnih boleznih
- izkušena in dobro usposobljena medicinska sestra, ki pozna organiziranost sistema zdravstvenega varstva, posebnost obravnave bolnikov s kroničnimi boleznimi in ima večšine učinkovitega komuniciranja ter organizacijske sposobnosti (Eur Respir, 2009).

Intervencija koordinatorja odpusta v bolnišnici (Eur Respir J, 2009):

- usklajevanje oskrbe bolnika z vodjo negovalnega tima,
- sistematično in pravočasno ugotavljanje potreb bolnika,
- spremljanje izvedbe zdravstvene vzgoje ter učenja večšin bolnika in svojcev,
- sprotno obveščanje bolnika o aktivnostih, ki so v povezavi z odpustom,
- spodbujanje aktivnega vključevanja bolnika v načrtovanje odpusta.

Po odpustu:

- vzpostavi stik z bolnikom v 48 urah po odpustu iz bolnišnice,
- bolniku svetuje glede na njegove specifične potrebe in posreduje povratne informacije,
- komunicira z bolnikovim družinskim zdravnikom,
- komunicira s patronažno službo,
- komunicira z drugimi službami, ki so po potrebi vključene v oskrbo bolnika v njegovem lokalnem okolju,

- po 7-10 dneh od odpusta iz bolnišnice obisk bolnika (Ferkaš - Lainščak, Kadivec, Košnik idr., 2011).

2 Metoda

Izbrali smo kvantitativno deskriptivno metodo dela. Podatke za empirični del smo pridobili iz dokumentacije pacientov, ki so bili hospitalizirani na oddelku za zdravstveno nego v letu 2017. Statistična analiza podatkov je bila narejena s pomočjo programa Microsoft Excel 2013.

3 Rezultati

3.1 Število hospitaliziranih pacientov glede na spol

Tabela 1: Število hospitaliziranih pacientov glede na spol

<i>spol</i>	<i>moški</i>	<i>ženske</i>	<i>skupaj</i>
število hospitaliziranih pacientov	98 (50,3 %)	97 (49,7 %)	195 (100 %)

Na oddelku za zdravstveno nego je bilo, kot je iz tabele 1 razvidno v letu 2017 hospitaliziranih 195 pacientov, od tega 50,3 % (n = 98) moških in 49,7 % (n = 97) žensk.

3.2 Število obravnav glede na sprejemno diagnozo

Tabela 2: Število obravnav glede na sprejemno diagnozo

<i>diagnoza</i>	<i>moški</i>	<i>ženske</i>	<i>skupaj</i>	<i>odstotni delež</i>
maligna obolenja	15	20	35	17,95
pljučnica	9	6	15	7,69
možganska krvavitev	34	21	55	28,20
srčno popuščanje	8	8	16	8,21
zlom kolka	18	31	49	25,12
demenca	3	4	7	3,59
okužba sečil	4	5	9	4,62
poškodba glave	7	2	9	4,62

Kot je razvidno iz tabele 2 je bilo največ obravnavanih pacientov s sprejemno diagnozo možganska krvavitev in sicer 28,20 % (n = 55), skoraj enako število je bilo obravnavanih pacientov s sprejemno diagnozo zlom kolka in sicer 25,12 % (n = 49). Pogosto so bili obravnavani tudi pacienti z malignimi obolenji 17,95 % (n = 35). Najmanj je bilo obravnavanih pacientov z demenco in sicer 3,59 % (n = 7).

3.3 Mesto, kamor smo odpuščali paciente po končani obravnavi

Tabela 3: Mesto odpusta pacienta po končani obravnavi

spol	maligna obolenja		pljučnica		možganska krvavitev		srčno popuščanje		zlom kolka		demenca		okužba sečil		poškodba glave	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
domov	2	7	3	2	7	2	4	2	12	18	0	2	3	2	4	1
%	2,82	9,89	4,23	2,82	9,86	2,82	5,63	2,82	17,0	25,5	0	2,82	4,23	2,82	5,63	1,41
dom starejših občanov	6	7	5	4	11	7	2	3	5	5	2	2	0	2	2	1
%	9,38	10,9	7,81	6,25	17,2	10,9	3,13	4,69	7,81	7,81	3,13	3,13	0	3,13	3,13	1,56
zdravilišče	0	0	0	0	10	9	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0
%	0	0	0	0	40,0	36,0	4,0	4,0	4,0	12,0	0	0	0	0	0	0
akutna	1	2	0	0	3	2	0	0	0	4	1	0	1	1	1	0
%	6,25	12,5	0	0	18,8	12,5	0	0	0	25,0	6,25	0	6,25	6,25	6,25	0
smrt	6	4	1	0	3	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
%	31,6	21,1	5,26	0	15,8	5,26	5,26	10,5	0	5,26	0	0	0	0	0	0

m=moški, ž=ženske

Iz tabele 3 je razvidno, da je glede na sprejemno diagnozo: zlom kolka odšlo domov največ pacientov in sicer 30, kar predstavlja 42,5 %. Glede na sprejemno diagnozo maligna obolenja in diagnozo možganska krvavitev pa je odšlo domov 9 pacientov, kar predstavlja (12,7 %) pacienta. V dom starejših občanov je s sprejemno diagnozo možganska krvavitev odšlo 28,1 % (n = 19) obravnavanih pacientov in 20,3 % (n = 15) pacientov z malignimi obolenji. Tri četrtine obravnavanih pacientov (n = 19; 76 %) s sprejemno diagnozo možganska krvavitev je odšlo v zdravilišče. Na akutno obravnavo so se vrnili predvsem pacienti po možganski krvavitvi (n = 5; 31,3 %) pacienta in po zlomu kolka 25,0 % (n = 4) pacienta. Med vsemi obravnavanimi pacienti, pa je umrlo največ tistih, ki so imeli diagnozo povezano z malignimi obolenji (n = 10; 52,7 %).

4 Razprava

Namen te študije je bilo prikazati, kam so najpogosteje premeščeni pacienti glede na sprejemno diagnozo. K pacientu je potrebno pristopiti celostno in zastaviti individualne cilje, s katerimi bo pacient dosegel najvišjo možno stopnjo samooskrbe, kar v veliki meri vpliva na odločitve svojcev, kam bo pacient odpuščen po zaključeni neakutni obravnavi.

V naši raziskavi smo upoštevali sprejemno diagnozo, ki se je pojavila pri vsaj petih obravnavanih pacientih. Diagnoze smo združili v širšo skupino glede na organ oziroma sistem, ki je prizadet. Veliko težavo nam je povzročala delitev pacientov glede na

diagnozo, saj je večina imela postavljenih več diagnoz. Pri razdelitvi smo zato upoštevali le diagnozo zaradi katere je bil pacient primarno sprejet na akutno obravnavo. V domače okolje smo predvsem odpuščali paciente po zlomu kolka. Zanimiv je podatek, da se je v domače okolje vrnilo veliko več moških kot žensk po sprejemni diagnozi možganska krvavitev. To lahko pripišemo dejstvu, da je večine moških strah in se počutijo manj spretnih pri negovanju svojih partneric, kar so tudi jasno navedli. V zdravilišče so odšli predvsem pacienti s sprejemno diagnozo možganska krvavitev. Na akutno obravnavo so se vračali pacienti po zapletih zloma kolka in poslabšanjem po možganski krvavitvi. Umrlo je največ pacientov z malignimi obolenji.

LITERATURA

1. Farkaš - Lainščak, J., Kadivec, S., Košnik, M. in Lainščak, M, (2011). Zasnova raziskave o učinkovitosti koordinatorja odpusta v obravnavi bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
2. Dokumentacija pacientov hospitaliziranih na oddelku za zdravstveno nego Splošne bolnišnice Jesenice v letu 2017.
3. ZZZS (2013) BOL II/b. Pridobljeno 2. 10. 2018, s <http://www.zzzs.si/egradivap/AA69EB5C70327BCFC1257B25002E636C>.
4. Uradni list Republike Slovenije. Pridobljeno 2. 10. 2018, s https://www.uradni-list.si/files/RS_-2014-040-01621-OB~P001-0000.PDF.

Odvajanje od kajenja s sodobno obliko zdravstvene vzgoje

UDK 616-082.8-083

KLJUČNE BESEDE: kajenje, odvajanje, simulacije, zdrav življenjski slog, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Namen tega prispevka je predstaviti sodobno obliko zdravstvene vzgoje, katere glavni cilj je sprememba življenjskega sloga pacientov, s čimer se zmanjša tveganje obolenosti. V simulacijskem centru (SIM Center) Zdravstvenega doma v Ljubljani izvajamo zdravstveno-vzgojne delavnice s simulacijami. Z vključevanjem simulacije v preventivne programe želimo, da pacienti dosežejo hitrejši in zanesljivejši vpogled (uvid) kot samo s predavanji. Z učenjem in ponavljanjem individualnih simulacij pacienti doživljajo negativne izkušnje, kar jih motivira, da spremenijo svoj življenjski slog. Glavni motivator in terapevtski vir sta negativna izkušnja in stiska pacienta. Iz tega procesa nato izhaja samopomoč. Gre za učenje na podlagi krizne situacije - pozitivno učenje iz neprijetnih izkušenj. Pri obravnavi pacientov je bil upoštevan tudi biopsihosocialni pristop. Stres se ustvari s pomočjo profesionalno vodenih simuliranih izkušenj, kot na primer: pri kadilcih uporabljamo simulator za doseganje manjše kapacitete pljuč, na način, da pacienti doživljajo kratko sapo, kar je glavna značilnost kronične obstruktivne pljučne bolezni.

UDC 616-082.8-083

KEY WORDS: smoking, rehab, simulations, healthy lifestyle, health education

ABSTRACT - The main point of this article is to present the modern form of health education with the goal to change the lifestyle of patients and thus reducing the chance of illness. In the Simulation Centre (SIM Centre) of the Community Health Centre Ljubljana, we have educational healthcare workshops with simulations. With the use of simulations in preventive programs, we want to help patients easily understand the consequences of their lifestyle and thus help them choose a healthier lifestyle. Individuals have a better chance of understanding why some things are better than others if we use simulations rather than just lectures. With the process of learning and repeating individual simulations, we can give patients bad experiences which then motivates them to change their lifestyle. Negative experiences and discomfort are the main motivator and therapeutic source. This process is the basis of self-help. It is based on learning from critical situations in order to improve them. The biopsychological approach was used in treating patients. Stress is created with the help of professionally guided experiences, for example: in smokers, we use a device that inhibits the full use of their lungs and so puts them in mild respiratory distress, which is the main characteristic of chronic obstructive lung disease.

1 Teoretična izhodišča

Zdravstveni sistem je v letu 2018 pod velikimi pritiski: demografske spremembe, nove bolezni, napredovanja v tehnologiji, naraščajoča pričakovanja pacientov in omejena sredstva. Vse to dela zdravstveni sistem nestabilen in neučinkovit. Prav tako je zdravstveni sistem tudi pred veliko preizkušnjo, in sicer pred vedno večjo razširjenostjo kroničnih bolezni (Rasmussen, Jorgensen in Leyshon, 2014). Avtorja Poplas Susič in Marušič (2011) navajata, da usmeritve zdravstvenih sistemov temeljijo na krepitvi primarnega zdravstva, še posebej pri ohranjanju in krepitvi zdravja državljanov. Ugotavljata, da je osnovno zdravstvo obremenjeno zaradi vse večjega števila kroničnih

bolnikov, njihove izobraženosti ter zahtevnosti, predvsem pa zaradi prenosa dela s sekundarnega na primarni nivo. Zato je nujno potrebna uspešna preventivna dejavnost zoper kroničnim boleznim.

Kajenje predstavlja, po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije, eno glavnih javno zdravstvenih groženj, ki letno ubije več kot 6 milijonov ljudi, od tega 500 000 Evropejcev.

V Sloveniji kadi skorajda vsak četrti odrasli prebivalec. Kajenje škoduje praktično vsem telesnim organom. Povzroča številne bolezni, celoten obseg posledic je še neznan. V Sloveniji vsak dan zaradi kajenja umre 10 oseb ali 3.500 letno. Četrtnina ali 900 jih umre že pred 60. letom starosti. Vsaka peta smrt zaradi raka v Sloveniji je posledica raka pljuč, ki je v 90 % povezan s kajenjem. Približno polovica kadilcev umre zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem. Zaradi posledic kajenja kadilci v povprečju umrejo 14 let prej kot nekadilci (European Commission, 2004).

Zasvojenost z nikotinom je zdravstveno stanje, ki ga je potrebno diagnosticirati in zdraviti, kot druge kronične bolezni (Mesarič, Novak Mlakar, Hočevnar in Čuš, 2013).

Odvajanje od kajenja predstavlja velik izziv tako za kadilce, kot za izvajalce/strokovnjake, ki se ukvarjajo s svetovanjem za opuščanje kajenja. Vsekakor je kajenje in druge odvisnosti bolje preprečevati, kot pa zdraviti.

Na voljo so različni načini opuščanja kajenja, od individualnih svetovanj do skupinskega opuščanja kajenja, ki so brezplačni in se izvajajo v zdravstvenih institucijah, največ v okviru zdravstveno vzgojnih centrov ali centrov za krepitev zdravja. Izvajalci teh programov ugotavljajo, da večini kadilcev predstavlja največji problem motivacija za prenehanje kajenja.

Odgovor na kakšen način, bi lahko motivirali kadilce, da bi kajenje opustili, zagotovo prinašajo sodobni pristopi poučevanja. Ena izmed takih metod so simulacije z različnimi vrstami simulatorjev. Z naprednimi simulacijami (postarana koža kot posledica kajenja, motnje vida, oteženo dihanje ...) bi želeli pri kadilcih doseči uvid, torej razumevanje posledic s katerimi se bodo morali v nadaljevanju svojega življenja z veliko verjetnostjo spopadati, če se ne bodo odločili za prenehanje kajenja in kot posledico tega, motivacijo za spremembo škodljivega vedenja (opustitev kajenja). Kadilec dobi odgovor »kako bom izgledal, kako se bom počutil« s pomočjo simulatorjev. Ocenjujemo namreč, da s simulacijami slednje lažje dosežemo, kot samo s predavanjem oziroma drugimi načini podajanja informacij. Skozi proces učenja in ponavljanja individualnih simulacij, pacienti doživljajo negativne izkušnje, kar jih motivira za spreminjanje njihovega življenjskega sloga. Glavni motivator in vir terapije je stiska, zaradi negativne izkušnje, ki ima za posledico samopomoč. Stisko oblikujemo s pomočjo profesionalno vodenih simulacij (Škufca Sterle, Zafošnik in Poplas Susič, 2016).

V ZD Ljubljana v Simulacijskem centru smo tako pričeli razvijati sodobne oblike preventive, kjer izvajamo zdravstveno vzgojne delavnice s simulacijami. Z vključevanjem simulacije v preventivne programe želimo, da pacienti dosežejo hitrejši in zanesljivejši vpogled v verjetne posledice njihovega življenjskega sloga (pojav kronične bolezni), in jim tako omogočimo pogoje za lažjo odločitev za zdrav način življenja.

Pri obravnavi pacientov je bil upoštevan tudi biopsihosocialni pristop, katerega del je tudi osebni pristop k pacientu.

2 Osebni pristop v zdravstvu

V današnjem času smo priča porastu raziskovanja na področju osebnega pristopa v zdravstvu. Prvi se je s to idejo pričel ukvarjati in jo raziskovati Madžarski zdravnik Michel Balint. Minilo je več kot 60 let, ko je postalo to pogosto polje raziskovanja mnogih in kmalu je vsebina postala glavna tema raziskovanja. Med leti 1980 do 1990 je bilo na to temo objavljenih od 20 do 58 člankov, v letu 2012 pa je objavljenih več kot 2000 člankov. (Rasmussen idr., 2014).

Mnogi avtorji poudarjajo, da gre pri osebnem pristopu za koncept, ki izboljšuje kvaliteto dela v zdravstvenem sistemu. V zadnjih nekaj letih je ogromno inštitutov in univerz vzpostavilo oddelke kjer izvajajo projekte, v katerih raziskujejo osebni pristop v zdravstvu. Tudi WHO je v zadnjih letih povečala pozornost za osebni pristop. Pri tem poudarja, da je integracija koncepta pomembna naloga, s pomočjo katere se bomo lažje odzivali na potrebe populacije (Rasmussen idr., 2014).

Flaker (2012) opozarja da moramo biti previdni pri dajanju pomoči uporabnikom. Poudarja, da uporabniki s prejemanjem pomoči izgubljajo moč za lastno ravnanje, postajajo predmet dela drugih ljudi, če je podpora, ki jo prejemajo neustrezna. Prav tako zagovarja, da moramo skupaj z uporabnikom delati ter tako ugotavljati kar hoče, želi, potrebuje (Flaker, 2003). Slednjega se v ZDL zavedamo tudi, ko delamo z uporabniki na področju preventive. Večina zdravstvenih institucij izvaja preventivo v obliki predavanj, kjer posameznikom razlagajo, kaj je za njih boljše in bolj zdravo. Sami izvajamo preventivo z izkustveno metodo (simulacije v zdravstvu), s katero posameznik spozna posledice s katerimi se bo moral v nadaljevanju svojega življenja z veliko verjetnostjo spopadati, zaradi nezdravega življenjskega sloga (težko dihanje pri kadilcu, težave z gibanjem po možganski kapi, težave z vidom, pospešen proces staranja zaradi kajenja, ...). V preventivi izkoriščamo tudi pomen življenjskih zgodb, skozi katere spoznamo, kaj je za uporabnike zares pomembno.

3 Metode

Zdravstveni tim bo ob upoštevanju osebnega pristopa poskušal pri posamezniku, ki ga ogroža kronična nenalezljiva bolezen doseči uvid. Za še lažje doseganje uvida uporabi simulacije v zdravstvu, kot izkustvena metoda, s katero pacient spozna posledice s katerimi se bo moral v nadaljevanju svojega življenja z veliko verjetnostjo spopadati, zaradi nezdravega življenjskega sloga.

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna eksperimentalna metoda. Vključeni so bili kadilci, starejši od 18 let, obravnavani pri diplomirani medicinski sestri v ambulanti družinske medicine, ki še niso spremenili življenjskega sloga in niso bili motivi-

rani za spremembe, kljub že izvedenim preventivnim aktivnostim s strani diplomirane medicinske sestre. Kazalniki kakovosti, ki smo jih spremljali: zmanjšanje kajenja in popolno prenehanje kajenja.

3.1 Opis delavnice

Namen delavnic je spodbuditi osebe k ohranjanju in krepitevi zdravja ter aktivni skrbi za lastno zdravje. Posebej usposobljeni strokovnjaki (dipl. medicinska sestra usposobljena za izvajanje preventive s simulacijami v zdravstvu) s simulacijami v zdravstvu in osebnim pristopom posameznikom pomagajo pridobiti potrebna znanja, oblikovati stališča, osvojiti veščine ter vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo ter jih podpirajo pri spreminjanju z zdravjem povezanih tveganih vedenj.

Delavnica obsega dvo urno srečanje, v skupini pa je največ 4 udeležencev. Na delavnico udeleženca napoti diplomirana medicinska sestra, ki je pri posamezniku izvedla oceno pripravljenosti za spremembe. Če ocenjuje, da je pri posamezniku prisotna ogroženost za pojav kronične nenalezljive bolezni, slednjega vključi v preventivni program SIM centra. V programu, ki je praktično naravnan, bodo udeleženci pridobili ustrezna znanja nujno potrebna za spoznanje o svojem nezdravem rizičnem vedenju. Negativno izkušnjo jim priigramo pred pojavom kronične nenalezljive bolezni, in ravno ta lahko pripomore k spremembi življenjskega stila.

4 Rezultati

V omenjen način obravnave je do sedaj bilo v ZDL vključenih že 34 pacientov. Omenjena študija je nakazovala, da je pristop v preventivi s simulacijami v zdravstvu z osebnim pristopom k uporabniku v ambulanti družinskega zdravnika obetaven. Pri skupini, ki je bila del programa smo zaznavali v 98 % izboljšanja ocene pripravljenosti za spremembe. V tej isti skupini smo v 40 % zaznavali spremembe v življenjskem slogu, ter v 30 % izboljšanje v funkcionalnem stanju (zmanjšanje ogroženosti za kronično nenalezljivo bolezen). V skupini kadilcev je 14 % kadilcev prenehalo s kajenjem, 57 % pa je zmanjšalo kajenje. Pri kontrolni skupini s konvencionalno oskrbo nismo zaznali izboljšanj v oceni motivacije, prav tako nismo zaznali sprememb v življenjskem slogu. 93,75 % pacientov je naš pristop med obravnavo ocenilo z najvišjo oceno (Škufca, 2015). Rezultati, ki jih pričakujemo v nadaljevanju dela: spremembe v načinu življenjskega sloga (zmanjšanje števila pokajenih cigaret, ali opustitev kajenja) bomo dosegli pri vsaj 30 % udeležencev preventivnega programa.

5 Razprava

V SIM Centru Zdravstvenega doma Ljubljana izvajamo preventivne programe s pomočjo simulacij, katerih glavni cilj je sprememba življenjskega sloga pacientov, s čimer se zmanjša tveganje za obolevnost. Raziskava narejena na vzorcu kadilcev, je

pokazala, da je zdravstvena vzgoja s pomočjo simulacij uspešna metoda za odvajanje od kajenja. V ZDL izboljšujemo rezultate obravnave pacientov z osebnim pristopom in uporabo sodobnih metod preventive s simulacijami v zdravstvu.

LITERATURA

1. European Commission Tobacco or health in the European. (2004). Union – Past, present and future. Luksemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
2. Flaker, V. (2003). Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo*, 42 (4–5), 237–257.
3. Flaker, V. (2012). K taksonomiji (storitev) socialnega varstva (Delovno gradivo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
4. Mesarič, J., Novak Mlakar, D., Hočevar, T. in Čuš, B. (2013). Svetovanje za opuščanje kajenja. Ljubljana: NIJZ.
5. Poplas Susič, A. in Marušič, D. (2011). Referenčne ambulate. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 27 (1), 9–17.
6. Rasmussen, E., Jorgensen, K. in Leyshon, S. (ur.) (2014). *Person-centred care*. DNV GL and Monday Morning/ Sustainia.
7. Škufca Sterle, M., Zafošnik, U. in Poplas Susič, A. (2016). Preventive Health care with simulations. Pridobljeno 21. 11. 2017, s <http://woncaeurope.org/content/op-099-preventive-health-care-simulations>.

Pomen sistematične podpore pri razvoju kariere študentov zdravstvene nege – vloga kariernega centra

UDK 005.966:378-052

KLJUČNE BESEDE: kariera, načrtovanje kariere, karierno opolnomočenje, karierni centri, visokošolsko izobraževanje

POVZETEK - Spremembe poslovnega okolja in narave dela, negotovost na trgu dela, pa tudi razvoj zdravstvene vede kot stroke ter številni drugi dejavniki so ustvarili okolje, v katerem mora medicinska sestra nadzorovati svojo kariero in prihodnost. Vprašanje načrtovanja kariere se intenzivneje začne ravno v času študija na visokošolski ustanovi in nadaljuje v prehod na trg dela. Danes je posameznik nosilec odgovornosti za lastni karierni razvoj, visokošolska institucija pa nastopa kot nosilka odgovornosti za učenje veščin ter pridobivanje splošnih in predmetno-specifičnih kompetenc, medtem ko ima v sodelovanju s strokovnimi službami in kariernim centrom pomembno vlogo pri podpori načrtovanja in razvoja kariere študentov zdravstvene nege. Prispevek ponuja pregled načrtovanja in razvoja kariere že v času študija ter vlogo kariernega centra pri uresničevanju cilja - opolnomočenja študentov zdravstvene nege za prevzem odgovornosti pri načrtovanju lastne kariere v vseh njenih fazah.

UDC 005.966:378-052

KEY WORDS: career, career planning, career empowerment, career centre, higher education

ABSTRACT - Changes in the business environment, the very nature of work, uncertainty on the labour market as well as health science development as a discipline and many other factors have created an environment in which the nurse must have the control of her own career now and in the future. The career planning issue intensifies at the time of entering a higher education institution and continues when transitioning on the labor market. However, today only the individual is responsible for their own career development, while the responsibility of the higher education institution is to transfer the skills and general and subject specific competences, while playing an important role, in cooperation with professional services and career centre, in supporting career planning and development of health science students. The paper offers a review of career planning and development during study, and the role of the career centre at the higher institution with the aim of empowering nursing students to take responsibility for planning career goals at all stages of their careers.

1 Uvod

Negotovi trg dela, visoki delovni standardi, tehnološke spremembe, zmanjšana varnost delovnih mest, spreminjajoče se organizacije in podobno spreminjajo tudi kariero posameznikov in jih primorajo k načrtovanju in oblikovanju svoje lastne kariere. Trenutnemu in prihodnjemu stanju družbe se mora prilagajati tudi strateški razvoj zdravstvene nege, pri čemer se med drugimi sooča s pričakovanjem stalne kakovostne obravnave ob kontroliranih stroških, razvoju medicinske tehnologije, staranja prebivalstva, ob tem pa postaja vse pomembnejša vloga zaposlenih kot nosilcev znanja, ki predstavlja konkurenčno prednost in zagotavlja doprinos k rezultatom dela. Tako mora znanje, ki ga medicinska sestra pridobi v formalnem dodiplomskem izobraževanju, formalnem podiplomskem izobraževanju in kontinuiranem vseživljenjskem profesionalnem izo-

braževanju, omogočiti širok razvoj kompetenc in sposobnosti, kakor tudi pridobitev in krepitev ustreznih kariernih kompetenc, ki so pogoj za uspešno načrtovanje kariere, saj se je s spreminjanjem koncepta kariere odgovornosti za razvoj kariere prenesla izključno na posameznika za razvoj lastnega življenjskega in poklicnega vzorca ter osebno-stni in profesionalni razvoj. Vsak posameznik si mora cilje v zvezi s kariero oblikovati glede na želje, motive in zmožnosti v osebnem in poklicnem življenju.

Johnson idr. (2012) menijo, da se profesionalna identiteta medicinskih sester razvije skozi življenjski stil pred vključitvijo v izobraževanje, skozi leta študija, kliničnih izkušenj in potek njihove kariere. Izobraževanje je ključno obdobje, saj takrat pridobijo znanja in veščine kot strokovnjaki v stroki. Razvoj kariere izpostavlja primarno vlogo posameznika, vendar vloga organizacije v tem procesu ni zanemarljiva. Z vidika organizacije to pomeni, da se mora zavedati pluralnosti predstav o poklicu in posamezniku ob vstopu v organizacijo omogočiti taka delovna mesta, ki bodo za posameznika privlačna in jim bo lahko sledil. Ob tem visokošolska institucija nastopa kot nosilka odgovornosti za učenje veščin ter pridobivanje splošnih in predmetno specifičnih kompetenc, medtem ko ima v sodelovanju z strokovnimi službami in kariernim centrom pomembno vlogo pri podpori kariernega načrtovanja in razvoja študentov zdravstvene nege s ciljem kariernega opolnomočenja študentov zdravstvene nege za prevzem odgovornosti načrtovanja kariernih ciljev v vseh fazah njihove kariere.

2 Kariera, načrtovanje kariere in karierni razvoj

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

Cilj razvoja kariere je povezovanje potreb, znanja in veščin zaposlenih z obstoječimi in bodočimi potrebami organizacije – prave ljudi na prava delovna mesta v pravem trenutku. Pomen je v kontinuiranem, organiziranem in formaliziranem procesu, ki temelji na predpostavki, da so ljudje največje bogastvo organizacije (Bogičević Miklič, 2011, str. 238). Strokovna javnost na področju zdravstvene nege v Sloveniji

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

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

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

Karierni razvoj je torej vseživljenjski proces samoizražanja in zavedanja, stalno pridobivanje znanja o stalno spreminjajoče se svetu dela in odločanja. Večina študentov bo skozi vse svoje življene opravila več kariernih sprememb, zato je bistveno, da so pooblašeni in opremljeni z razumevanjem, kako sprejemati karierne odločitve.

3 Pomen vodenja kariernega razvoja študentov

Kariera se ne prične šele z vstopom na delovno mesto, ampak že mnogo prej, ko si v otroštvu ustvarjamo prve predstave o poklicu in kasneje, ko se odločamo za določen poklic. Lovšin (2011) navaja, da številne raziskave različno opredeljujejo pomembnost

posameznih dejavnikov pri izbiri poklica, najpogostejši dejavniki so družina oz. starši, prijatelji, strokovne svetovalne službe in lastna spoznanja. Novejše teorije o poklicnem odločanju uvrščajo vrednote med pomembnejše dejavnike izbire poklica in študijske smeri (Trunk Širca in Krč, 2010). Goh, Chan in Chan (2013, v Dornik, 2015, str. 13) v raziskavi razkrijejo različne dejavnike, ki vplivajo na odločitev graditi kariero na področju zdravstvene nege, kot so: dejavniki, povezani s poklicnim napredovanjem na strokovnem področju, kjer si posameznik želi delati, notranji motivacijski dejavniki, povezani s strastjo do dela, zadovoljstvo pri delu in altruizem, med pomembnimi dejavniki sta tudi dobro počutje na delovnem mestu ter spodbude in pohvala iz okolja. Posameznikova zaposlitev predstavlja enega izmed ključnih elementov za oblikovanje njegove identitete. Posameznik se s pomočjo poklicne socializacije usposobi za opravljanje določenega dela, razvija lastnosti, vedenja ter stališča, ki sovpadajo z njegovo poklicno vlogo, pridobiva nove spretnosti in znanje, uči se ustreznega vedenja, sprejema skupinske norme in vrednote ter oblikuje svojo identiteto.

V samem procesu »poklicne socializacije« ne smemo zanemariti vloge izobraževalnega sistema, ki lahko spodbujanjem pridobivanja kompetenc pomaga k izgradnji jasne in realnejše slike o poklicu. Dva pomembna mejnika, ki usmerjata posameznika na poti oblikovanja njegove delovne kariere sta sam izbor poklica ter prva zaposlitev. Z izborom poklica se »najpogosteje, čeprav ne vedno, začenja posameznikova pred-kariera oziroma vstop vanjo« (Schein, 1979, v Cvetko, 2002, str. 65). Odločitev za določen poklic v veliki meri določa karijerne možnosti posameznika. Drugi mejnik v razvijanju posameznikove kariere je izbor prve zaposlitve. Organizacija visokošolskega študija študentu omogoča, da se vsaj za kratek čas preko strokovne prakse seznanj s praktičnim delom. Ob tem spozna, da so možnosti za karierni razvoj različne v različnih organizacijah, zato je izbor prve zaposlitve za vsakega posameznika pomembna odločitev. Cvetko (2002) ob tem navaja, da uspešnost prehoda iz šolskega v delovni sistem pokaže prav prva zaposlitev. Uspešen pa je prehod tedaj, če se delo, ki ga posameznik dejansko opravlja v prvi zaposlitvi, sklada z njegovimi pričakovanji o poklicu, za katerega se je šolal. Ta prehod pa je v današnji dobi globalizacije, hitro spreminjajoči se tehnologiji, lahko uspešen le, če ima posameznik čim širšo in raznoliko izobrazbo in ima nove vrednote: razmišljanje, učenje in ustvarjanje, ki jih zahteva informacijska družba.

Pri iskanju odgovora na vprašanje, kaj pri posamezniku odločilno vpliva na njegov izbor poklica oziroma kaj ga usmerja pri njegovi karieri, ne moremo mimo njegove notranje osebnostne strukture. Ko se odločamo za poklic, so za nas aktualne zunanje okoliščine in različna stereotipna prepričanja, ki so prikrita ali povsem očitna v našem okolju ter sooblikujejo predstave in pričakovanja o določeni profesiji. Raziskave, opravljene na področju ugotavljanja in opredelitve kariernih sider, so pokazale, da je izbira poklica močno povezana tudi s posameznikovo samopodobo pri delu, z njegovim sistemom vrednot in prepričanj o sebi, ki jih razvije na podlagi povratnih informacij iz socialnega in delovnega okolja (Brečko, 2006), pri čemer je samopodoba lahko realna in v skladu z dejansko podobo posameznika (osebnostne lastnosti, sposobnosti, motivi). Lahko pa je daleč stran od realnosti ...

Za razvoj samopodobe tja do konca formalnega izobraževanja so pomembni vsi dejavniki primarne socializacije (vzgojni vpliv staršev, pomembni drugi, šola, ožje socialno okolje). Ta samopodoba z vstopom v delovno okolje doživi šok realnosti delovnega sveta, kjer stvari večinoma potekajo drugače kot v naših idealnih predstavah o poklicu. Ta proces je pogosto boleč in poln presenečenj. Fieldman (1988, v Brečko, 2006, str. 243) ugotavlja, da posameznik ne razvije delovne samopodobe dokler nima dovolj konkretnih poklicnih izkušenj, ob katerih spoznava svoje sposobnosti, motive in vrednote. Za takšen samovpogled pa posameznik potrebuje deset let konkretnih delovnih izkušenj (Shein, 1978, v Brečko, 2006).

Že pred študijem imajo bodoči študentje izoblikovane predstave in pričakovanja v zvezi s poklicem. V času študija se identifikacija s poklicem v resnici šele začne, imaginarne predstave in pričakovanja se lahko še okrepijo, ali pa študent ugotovi razkorak med svojimi predstavami o poklicu, med lastnimi pričakovanji in profesionalnimi možnostmi ter zahtevami ter razreši ta »konflikt« ali pa se oklene svojega prav. Soočenje z razkorakom v individualnih predstavah in funkcijo poklica je nujna in se zgodi, če ne prej, ko se mlad teoretično podkovan strokovnjak zaposli. Študent mora nujno prepoznati in poznati motive, ki so vplivali na odločitev za študij, se z njimi soočiti in jih predelati (Bizjan, 2004).

Ključni, a včasih prezrt, sestavni del holističnega razvoja in blaginje študentov je razvoj kariere. Posameznik mora imeti določeno znanje, razviti določene spretnosti oziroma posedovati kompetence za uspešno vodenje lastne karierni poti. Vsak zase mora znati poskrbeti za svojo uveljavitev in izpostavitve samega sebe s pridobljenim znanjem, spretnostmi in zmožnostmi ter s tem izkazovati interes za aktivno vlogo pri razvoju lastne kariere.

4 Vloga kariernega centra

Danes je načrtovanje kariere integralni del razvoja profesije, je del poklicnega in osebnega razvoja. S spreminjanjem koncepta kariere se odgovornost za razvoj karierni poti prenaša na odgovornost posameznika za razvoj lastnega življenjskega in poklicnega vzorca ter osebnostni in profesionalni razvoj. Uspešna preliminarna izbira poklica vodi k poklicu, v katerem bo lahko uresničil lastna pričakovanja in aktualiziral lastne vrednote.

Načrtovanje lastne karierni poti je proces, ki zahteva veliko energije, vztrajnosti in vizije. Je proces, ko se posameznik sam odloči za svojo poklicno pot, potek in razvoj v okviru določene dejavnosti ali znotraj posamezne organizacije. Načrtovanje kariere je moč razumeti kot kontinuiran proces, v katerem posameznik izvaja naslednje naloge (Greenhaus idr., 2010): sistematično zbira relevantne informacije o sebi in svojem okolju; oblikuje pravilno sliko o svojem znanju, sposobnosti, zmožnostih, interesih, vrednotah, pa tudi alternativnih možnostih zaposlitve; razvija realne cilje o svoji karierni, zasnovane na zbranih informacijah in oblikovani podobi; razvije in implementira

strategijo za doseganje kariernih ciljev; pridobiva povratne informacije o učinkovitosti izbrane strategije in o relevantnosti ciljev.

Načrtovanje kariere je torej pomemben dejavnik razvoja posameznika. Študent z odločitvijo za študij in izbiro študijske smeri naredi odločilen korak na svoji karierni poti. Pa vendar raziskave (npr. Bašanovič idr., 2011; Blažič, 2013, 2015; Dornik, 2015) kažejo, da se študenti premalo zavedajo pomena načrtovanja kariere. V tem ključnem obdobju lahko visokošolska inštitucija nudi študentom pomoč pri razjasnjevanju pojmov, osvetlitvi ideji, vodenju, usmerjanju in iskanju stikov z možnimi delodajalci. Že na podlagi vzorca študentov zdravstvene nege (Blažič, 2015), ki sicer na splošno ocenjujejo svoje karierne kompetence kot dobro razvite, so razvidne tendence po dodatnem razvoju posameznih kariernih kompetenc. Pomembno da se zavedamo medsebojnih vplivov in da razvoj in načrtovanje kariere poteka v dialogu med (visokošolsko in/ali delovno) organizacijo in posameznikom. Tudi Dornikova (2015) je s svojo raziskavo potrdila, da študenti zdravstvene nege ob skorajšnjem zaključku študija še ne razmišljajo o možnostih kariernega razvoja in tudi ne o pomembnih zaposlitvenih dejavnikih, ki lahko predstavljajo nekatere prednosti ali pa tudi ovire pri vstopu na trg dela. Anketirani študenti v njeni raziskavi so tako menili, da je najpomembnejši zaposlitveni dejavnik »dosedanje vključevanje v raziskovalno delo«, »povprečna ocena pri študiju«, »starost«, »fakulteta, na kateri je kandidat diplomiral« in »oddaljenost od kraja bivanja«.

Za študente je v času študija ključna dobra informiranost in načrtno postavljanje kariernih ciljev. S tem namenom je bil ustanovljen tudi karierni center Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

Vloga kariernega centra je zagotoviti kakovosten študijski in karierni razvoj študentov in diplomantov različnih študijskih programov FZV ter spodbujati sodelovanje s slovenskimi in tujimi delodajalci, spodbujati študente za prevzemanje odgovornosti za razvoj kariere; zagotavljati priložnosti za načrtovanje kariere, določanje kariernih ciljev, pridobivanje izkušenj, prepoznavanje in oblikovanje osebnostnih in profesionalnih vrednot, razvoj veščin in strokovnih kompetenc, kot tudi omogočiti organizacijam prepoznavanje ustrezno usposobljenih človeških virov že v času študija. Pri tem sledimo temeljnemu ciljem, ki so:

- spodbuditi študente k izvajanju dejavnosti, ki omogočajo razvoj intelektualnih, študijskih in strokovnih potencialov,
- svetovati študentom pri razvoju kariere kot integriranemu in vseživljenjskemu procesu odločanja na osebni, profesionalni in študijski ravni,
- ustvariti podporno, varno, odzivno in verodostojno okolje, ki spodbuja študente k odkrivanju možnosti za razvoj kariere, temelječih na posameznikovih interesih, sposobnostih in vrednotah,
- prepoznavati, vrednotiti in spodbujati karierne možnosti študentov ob ustrezni informacijski, kadrovski in tehnični podpori,
- prizadevati si za odličnost, inovativnost, profesionalnost, etičnost, napredek pri delu in odnosu do študentov in organizacij,
- vzpostaviti in vzdrževati dobre poslovne stike in odnose z organizacijami ter njihovimi kadrovske oddelki.

S kvalitetno informiranostjo in podporo študentom in diplomantom pri načrtovanju kariere, poklicne poti in odločanju o nadaljnjem izobraževanju prispevamo k osebne- mu razvoju posameznikov, razširjamo njihova obzorja in jih pripravljamo na sodelo- vanje v poslovnem svetu ter na sprejemanje novih izzivov, ki v kombinaciji s pridob- ljenim znanjem in življenjskimi izkušnjami predstavljajo iskan delovni potencial v današnjem času (Karierni center Fakultete za zdravstvene vede, 2015).

5 Sklep

Zgodnja karierna usmerjenost diplomantov pozitivno vpliva na njihovo konkurenčno moč na področju zaposljivosti, zato je naše priporočilo načrtno in sistematično spre- mljanje razvoja kariere medicinske sestre z vidika sodobnega pojmovanja kariere, tudi z namenom miselnega preskoka iz tradicionalnega razumevanja kariere na sodoben pogled na kariero, prevzemanjem odgovornosti za osebnostni in profesionalni razvoj in aktivno načrtovanje kariere, kar nenazadnje prispeva tudi k napredku in dvigu ka- kovosti zdravstvene nege. Prav tako je pomembno, da študentom ozavestimo pomen zgodnjega načrtovanja karierne poti, zato predlagamo razvoj in širitev različne progr- amov, poti in modelov delovanja kariernega centra za doseganje zastavljenih ciljev v smeri celovitega kariernega opolnomočenja študentov. Visokošolska inštitucija mora biti aktivna soudeleženka pri kariernem razvoju in sicer kot podpora in spodbuda pri načrtovanju kariernih ciljev, ob pa nuditi tako spodbudno izobraževalno okolje, ki po posameznikom omogočal profesionalno in osebnostno rast za lažji prehod v zaposlitev.

LITERATURA

1. Bašanović, E. idr. (2011). Naložba v prihodnost – načrtovanje in razvoj kariere. Koper: Univerza na Primorskem.
2. Bizjan, B. (2004). Na profesionalno pot neobremenjeni s prtljago. *Socialna pedagogika*, 8 (3), 295–314.
3. Blažič, M. (2013). Prvi karierni koraki v zdravstveni negi. V B. Filej (ur.), *Celostna obravnava pacienta - kako daleč smo še do cilja?: varnost kot strokovni, etični, pravni, družbeni in ekonomski vidik* (str. 251–259). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Blažič, M. (2015). Pomen načrtovanja kariere med študenti zdravstvene nege. V N. Kregar Velikonja in M. Blažič (ur.), *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu* (str. 68–76). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Bogičević Milikić, B. (2011). *Menadžment ljudskih resursa*. Beograd: Centar za izdavačko delatnost Ekonomskog fakulteta u Beogradu.
6. Boljanović Dođević, J. in Pavić, Ž. S. (2011). *Osnove menadžmenta ljudskih resursa*. Beograd: Univerzitet Singidunum.
7. Brečko, D. (2006). *Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom*. Ljubljana: Planet GV.
8. Bukovec, N. (2008). *Karierni razvoj medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru.
9. Cvetko, R. (2002). *Razvijanje delovne kariere*. Koper: Znanstveno raziskovalno središče republike Slovenije, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

10. Dornik, B. (2015). Spremljanje zaposljivosti študentov zdravstvene nege in njihova karierna orientiranost (Magistrsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
11. Greenhaus, J. H., Callanan, G. A. in Godshalk, V. A. (2010). *Career management* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
12. Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I. and Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59 (4), 562–569.
13. Karierni center Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto (Interno gradivo). Pridobljeno, s https://fzv.uni-nm.si/uploads/VSZ_pripone/ad_5_3_fzv_ustanovitev_kariernega_centra.pdf.
14. Lovšin, M. (2011). Stigmatizacija poklicnega in strokovnega izobraževanja kot problem in simptom Evropske unije. Šolsko svetovalno delo: revija za svetovalne delavce v vrtcih, šolah in domovih, 15, (3/4), 32–38.
15. Mihalič, R. (2006). *Management človeškega kapitala. Priročnik za celostno upravljanje človeškega kapitala in človeških virov v praksi sodobnih organizacij znanja*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
16. Požun, P. (2008). Razvoj zaposlenih v zdravstveni in babiški negi očeh Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in M. K. Kaučič (ur.), *Jaz in moja kariera: zbornik predavanj z mednarodno udeležbo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
17. Stališča Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica –Zveza) o aktualni problematiki na področju zdravstva in predlogih za reševanje krize. Pridobljeno, s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/staliska_zbornice_-_zveze_o_aktualnih_problemih_v_zdravstvu_03.04.2014.pdf.
18. Štular, S. (2008). Ali lahko v zdravstvu govorimo o kariernem razvoju zaposlenih? V B. Skela Savič, Ramšak Pajk, J. in Kaučič, M. K. (ur.), *Jaz in moja kariera*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo.
19. Trunk Širca, N. in Krč, E. (2010). Pomen vrednot pri izbiri študija naravoslovja in tehnologije. V *Sistemske možnosti za razvoj poklicne orientacije v gimnazijah* (str. 35–48). Koper: Fakulteta za management.

Mnenja študentov o vlogi medicinske sestre pri endotrahealni intubaciji

UDK 616-089.819.3

KLJUČNE BESEDE: študenti, intubacija, medicinske sestre, zaplet

POVZETEK - Pri bolnikih, ki sami ne morejo zagotoviti zadostne predihanosti pljuč, se endotrahealna intubacija še vedno šteje za zlati standard. Pri tem je vloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika zelo pomembna, saj bolnika pripravi na poseg, je z njim med posegom, v času, ko ima vstavljen endotrahealni tubus, in tudi, ko ga več ne potrebuje. V raziskovalnem delu smo želeli ugotoviti, kakšna stališča imajo študentje zdravstvene nege do zapletov pri uvajanju endotrahealnega tubusa, ter kako pomembna se jim zdi vloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. Endotrahealna intubacija je kompleksen postopek, pri katerem lahko pride do veliko zapletov. Med pomembnejše spada hipoksemija, hipoksija, vstavitve endotrahealnega tubusa v požiralnik, hipotenzija, aspiracija in srčni zastoj. Vsaka ponovna endotrahealna intubacija pa možnost zapletov še poveča. Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik ima pri tem veliko vlogo, ves čas obravnava je z njim, ga opazuje, zadovoljuje njegove potrebe in mu pomaga. Iz raziskave je razvidno, da imajo študentje premalo znanja o endotrahealni intubaciji, se pa zavedajo pomembne vloge diplomirane medicinske sestre.

UDC 616-089.819.3

KEY WORDS: students, intubation, nurse, complications

ABSTRACT - Endotracheal intubation is still considered to be a gold standard in the supply of respiratory tracts in patients who alone cannot provide sufficient lung suppression. The nurse plays an important role by participating in the preparation of the patient for endotracheal intubation, during the introduction and during the time when the patient has it inserted. In the research section, we want to find out what the views of the healthcare students are on possible complications and the role of the nurse in the endotracheal intubation. Endotracheal intubation is a complicated procedure, which can lead to a number of complications. The most important complications include hypoxemia, insertion of the endotracheal tube into the oesophagus, aspiration and cardiac arrest. Throughout the patient's treatment, the nurse stays with the patient, watching them, tending to their needs and helping them. The findings of the survey show that nursing students lack knowledge of complications in endotracheal intubation, but they are aware of the nurse's important role.

1 Teoretična izhodišča

Anatomsko gledano razdelimo dihalno pot na dva dela in sicer zgornja in spodnja dihala, mejo med njima pa predstavlja epiglotis (Breznik, 2014). Alveolarni epitelij in pljučna kapilarna stena omogočata izmenjavo plinov med zrakom in krvjo. Čistost in vlažnost zraka omogoča nenehno vlažna in bogato prekrvavljena sluznica celotne dihalne poti, ki je pokrita z migetalkami, katere usmerjajo tujke navzven. Za tujke poskrbijo tudi levkociti, tako, da jih fagocitirajo. Na povečano količino sluzi se z refleksom kašlja ali kihanja odzovejo sapnik, bronhija in bronhioli in na ta način odstranijo izločke (Kodila, 2008). Ko pride do dihalne zapore jo moramo pravočasno prepoznati in ukrepati. Zvrnitev glave, dvig brade in pomik, oziroma dvig spodnje čeljusti, je osnovni ukrep s katerim sprostimo dihalno pot. Pri sumu na poškodbo

vratne hrbtenice pa moramo biti previdni, da stanja ne poslabšamo, zato uporabimo modificiran trojni manever. Paziti moramo da stabiliziramo vratno hrbtenico in hkrati izvedemo dvig brade in pomik čeljusti (Brečko, 2014). Dokončna oskrba dihalnih poti je endotrahealna intubacija (v nadaljevanju ETI), saj omogoča analgezijo in sedacijo, nadzorovano mehansko prezračevanje in zaščito dihalnih poti pred aspiracijo (Stephens, Kahntroff in Dutton, 2009).

1.1 Vzroki poškodb in zapletov pri uvajanju endotrahealnega tubusa

Uvajanje endotrahealnega tubusa (v nadaljevanju ETT) pri bolnikih v intenzivnih enotah, predbolnišničnem okolju ali pri kateremu drugemu nujnemu stanju, se razlikuje od uvajanja v operacijskih prostorih, saj se tam izvaja na stabilnih bolnikih, opravljajo jo usposobljeni zdravniki specialisti anesteziologi in je posledično stopnja zapletov nizka. Nasprotje pa je pri nujnih stanjih, ko je pojavnost zapletov višja (Divatia, Khan in Myatra, 2011). Najpogostejša zapleta ETI sta hipotenzija in hipoksemija, ki se gibljeta nekje od 25 do 39 % pogostosti ter neuspešno vstavljen ETT (Kim idr., 2014). Divatia in sodelavci (2011) poročajo o hudi hipoksemiji, pri bolnikih, pri katerih je bila pulzna oksimetrija pod 70 % ter pri bolnikih, ki so potrebovali tri ali več poskusov vstavitve ETT. Postopek intubiranja lahko izzove življenjsko nevarne motnje srčnega ritma ali srčni zastoj, kar lahko privede do okvare možganov (Kodila, 2008). Bahar in sodelavci (2015) poudarijo, da je pomemben zaplet hipoksija. Da se ji izognemo, moramo s pomočjo maske pred samo intubacijo vzdrževati pulzno oksimetrijo pri ali nad 94 %. Hipoksija lahko privede do hipoksične okvare možganov, ki pa je pomemben dejavnik obolevnosti in smrtnosti (Pintarič, Jeglič, Lužar in Benedik, 2013). Ena izmed nevarnosti v predbolnišničnem okolju je, da bolnika ne poznamo in lahko z danimi zdravili sprožimo alergijsko reakcijo, ki lahko privede do anafilaktičnega šoka. Sam poseg in zdravlila lahko povzročijo motnje srčnega ritma ali hud padec krvnega tlaka, kar lahko vodi v srčni zastoj. Možen zaplet je tudi, da zdravilo sploh ne deluje ali pa deluje prepočasi in prekratko, s čimer lahko povzročimo nemir, agresivnost bolnika, bruhanje in apnejo že v nizkih odmerkih. Prav tako lahko pride do poškodbe mehkih tkiv, poškodbe zob, regurgitacije in laringospazma. Pripravljeni moramo biti tudi na nezmožnost vstavitve endotrahealnega tubusa kljub pravilni vstavitvi. V ta namen moramo imeti pripravljene alternativne pripomočke kot so laringealna maska, laringealni tubus, I-gel, Comitubus in set za igelno ali kirurško krikotiroidotomijo. Ves čas, kadar ne uvajamo ETT, moramo bolnika predihavati z balonom in masko (Buić Rerečić, 2010). Do neuspešne ETI lahko pride tudi zaradi anatomskih in patoloških sprememb kot so kratek in debel vrat, ozka ustna odprtina, otekle in spremenjene dihalne poti, refleksni krč žvekalnih mišic, poškodbe obraznega predela, poškodba vratne hrbtenice, zapadel jezik, pomik proteze, zlomljeni zobje ter izbruhana masa. Pogost zaplet je tudi aspiracija izbruhane mase in iztekajoče se želodčne vsebine. Pri samem postopku moramo paziti, da je tubus uveden v sapnik in ne v požiralnik, saj na ta način napihujemo trebuh, medtem ko pljuča ne dobijo potrebnega zraka. Prav tako lahko tubus uvedemo prenizko in na ta način predihavamo samo eno pljučno krilo (Kodila, 2008). Pozorni moramo biti na tlak v mešičku, kajti če je previsok je to eden izmed razlogov za kasnejše hripavost, lahko pa pride tudi do ishemične poškodbe sluznice (Jianhui idr., 2010). Pomembno vlogo ima tudi pritr-

jevanje tubusa na bolnikov obraz, oziroma ustni kot, saj s tem tubus ostane na mestu, kjer opravlja svojo nalogo. Pravilen položaj je pomemben iz dveh razlogov, da zagotovi optimalno prezračevanje in predihanost pljuč ter da pljuča dobivajo konstantno mešanico zraka s kisikom. S pravilnim pritrdjevanjem tubusa se izognemo, da bi tubus zdrsnil pregloboko ali se nenačrtovano odstranil. S pritrdjevanjem vzdržujemo pravilni položaj, se izognemo lokalnim poškodbam sapnika in skrbimo za integriteto kože obraza ter uhljev (Mohammed in Hassan, 2014).

1.2 Vloga diplomirane medicinske sestre pri endotrachealni intubaciji

Osnovna naloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika (v nadaljevanju DMS) je med ETI spremljati bolnika, njegove vitalne funkcije in dokumentiranje. V primeru, da pride do kakršnegakoli odstopanja, na to takoj opozori zdravnika in s tem prepreči hujše zaplete. Pri bolniku opazuje dvigovanje in spuščanje prsnega koša, spremlja barvo vidnih sluznic in prstov udov, meri frekvenco dihanja in nasičenost periferne arterijske krvi s kisikom, spremlja enkratni in minutni volumen dihanja, srčni utrip, dihanje, krvni tlak, telesno temperaturo in bolečino. Ker je DMS ves čas ob bolniku lahko pravočasno zazna dihalne zaplete in ob kakršnihkoli odstopanjih takoj obvesti zdravnika in ukrepa po njegovih navodilih. Skrbi še za neprekinjeno vzdrževanje prehodnosti ETT, preprečuje zapore dihalne poti. To stori največkrat z aspiracijo dihalne poti skozi ETT z zaprtim ali odprtim sistemom, ter z redno ustno higieno bolnika. Aspiracijo izvajamo, saj bolnik sam ne zmore čistiti dihalnih poti. Postopek izvajamo po potrebi glede na gostoto in količino ter zastajanje sluzi v levem ali desnem pljučnem krilu in obeh sapnicah in na ta način preprečujemo nastanek pljučnice (Kotar, 2010). Skrbeti moramo tudi za ustno higieno in menjavo medzobnega tampona, saj s tem zmanjšamo možnost nastanka ventilacijske aspiracijske pljučnice (Feider, Mitchell in Bridges, 2010). Pozornost moramo posvetiti tudi času trajanja intubacije. Dolgotrajna intubacija lahko privede do pljučnice ali celo do akutne respiratorne odpovedi. Pri tem je vloga DMS zelo pomembna saj je največ časa skupaj z bolnikom, ga opazuje in skupaj z zdravnikom specialistom ocenjuje ter presoja, če ventilacijo bolnik še potrebuje ali ne (De Jong idr., 2013). DMS mora poskrbeti za ustrezno sporazumevanje z bolnikom, njegovo varnost in mu nuditi psihično podporo. Pokazati mu mora, da je tam za njega in z namenom, da mu pomaga. Kadar je bolnik buden, mora poiskati načine s katerim se bosta sporazumevala. Neverbalni načini sporazumevanja so različni, kot na primer razbiranje z ustnic in/ali mimike obraza, prstna abeceda, pisanje na list/tablico, kazanje s kretnjami (Kodila, 2008).

2 Metoda

Uporabljena je bila opisna metoda dela s pregledom angleške in slovenske znanstvene in strokovne literature s področja endotrahealne intubacije, ki je nastala od leta 2007 do leta 2017. Iskanje literature je potekalo preko spletnega portala digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKUL), s pomočjo mednarodnih spletnih bazah CINAHL, Google učenjaka in Medline. Iskanje literature je potekalo od junija 2017 do decembra 2017.

Stališča študentov smo proučevali s kvantitativno metodo empiričnega raziskovanja. Uporabili smo namensko oblikovan vprašalnik. Pri nekaterih vprašanjih je udeleženec podal svoje mnenje na petstopenjski Likertovi ocenjevalni lestvici z mnenjem: sploh se ne strinjam, se ne strinjam, niti niti, strinjam se in popolnoma se strinjam. Izključitveni kriteriji pri izboru literature, so bili članki starejši od 10 let, vsa tuja literature, ki ni bila pisana v angleškem jeziku in literatura v katerih so opisane ETI pri dojenčkih, otrocih in nosečnicah in podvojeni članki. Pregledano je bilo 120 enot literature, od tega smo jih 19 uporabili pri izdelavi prispevka. V raziskovalnem delu smo želeli ugotoviti, koliko študentje zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) poznajo ETI in kakšna so njihova stališča do možnih zapletov. Prav tako smo želeli ugotoviti, kakšna se jim zdi vloga DMS pri endotrahealni intubaciji. Raziskovalni vzorec predstavlja 45 študentov tretjega letnika študijskega programa ZN, 1. stopnja Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, ki še niso imeli kliničnega usposabljanja s področja ZN pacienta v intenzivni terapiji in absolventi ZN, ki so vključeni v redni in izredni študij smeri ZN in so te učne vsebine že imeli. Vprašalnik je bil sestavljen iz 8 sklopov zaprtih vprašanj, ter enega odprtega sklopa, kjer smo spraševali po starosti anketirancev. V prispevku so prikazani odgovori na 3 sklope vprašanj. Podatke smo prikazali s pomočjo tabel in grafov v programu Microsoft Excel, statistično analizo pa smo izvajali s spletno aplikacijo EnKlik kompetentno o podatkih. V analizo smo uvrstili 45 vprašalnikov.

3 Rezultati

V anketi je sodelovalo devet študentov moškega spola in 36 študentov ženskega spola. Ker smo anketo izvajali med rednimi in izrednimi študenti, je starostni razpon obsežen (od 20 do 54 let). V anketi je sodelovalo 31 študentov rednega študijskega programa, 12 študentov izrednega študijskega programa ter dva študenta, ki se nista opredelila, katere vrste študij opravljata. Domnevamo, da se študentoma, ki sta izpustila to vprašanje, ni zdelo pomembno, katere vrste študij obiskujeta oziroma sta ta podatek pozabila. Zaradi lažje predstavitve stališč študentov so rezultati v tabelah prikazani v treh stopnjah (nižje strinjanje; niti niti; višje strinjanje) ter neopredeljeno. S tem da nižje strinjanje zajema stališče študentov (sploh se ne strinjam in se ne strinjam), med tem ko pa višje strinjanje zajema stališče študentov (strinjam se in popolnoma se strinjam). Pri vprašanju: »Če ste že imeli klinične vaje iz zdravstvene nege bolnika v intenzivni terapiji?«, je samo osem študentov odgovorilo z »da«, en študent je odgovoril, »da še ni imel kliničnih vaj«, medtem ko se 36 študentov ni opredelilo. Na vprašanje: »Če so se že srečali z intubiranim bolnikom?«, je 34 študentov odgovorilo pritrdilno, pet se jih še ni srečalo z intubiranim bolnikom, dva še nista imela kliničnih vaj iz zdravstvene nege pacienta v intenzivni terapiji, medtem ko se štirje niso opredelili. Pri vprašanju: »Kdo uvaja ETT?«, je bilo možnih več odgovorov, in sicer se je 39 študentov strinjalo, da ETT uvaja zdravnik, osem jih meni, da jo uvaja DMS, 18 jih je mnenja, da ETT uvaja reševalec na terenu, medtem ko nihče ni odgovoril, da ETT uvaja zdravstveni tehnik. Študentje pri vzrokih o splošnih zapletih pri uvajanju ETI v večini menijo, da vse naštetu vpliva na zaplete (Tabela 1). Obstaja pa velik delež študentov, to je 22 %, ki se niso opredelili pri vprašanju

na posamezno stališče, kar predstavlja slabo četrtno udeležencev. Na osnovi tega lahko sklepamo, da imajo premalo znanja, da bi se lahko opredelili.

Tabela 1: Kakšno je stališče študentov o vzrokih splošnih zapletov pri uvajanju ETT?

	<i>Nižje strinjanje (%)</i>	<i>Niti-Niti (%)</i>	<i>Višje strinjanje (%)</i>	<i>Neo-predeljeno (%)</i>
Nezmožnost predihavanja (zavit, prepognjen ETT)	27	18	36	20
Neprepoznana vstavitev ETT v požiralnik	18	7	53	22
Izbran in vstavljen premajhen/prevelik ETT	9	18	47	27
Hipoksemija in hiperkapnija (med uvajanjem ETT bolniku pade pulzna oksimetrija)	4	13	60	22
ETT uveden prenizko, posledično se predihava samo eno pljučno krilo	4	11	62	22
Nepriprava fiksiranja ETT	7	11	58	24
Neuspešna ETI (zahtevna, večkratni poizkusi uvedbe oz. Oskrbe dihalnih poti)	4	16	56	24
Bruhanje in aspiracija želodčne vsebine (lahko povzročita nastanek pljučnice in/ali ARDS- akutni respiratorni distressni sindrom)	7	16	56	22
Poškodba glasilk, dihalne poti, zobovja, ustnic ali oči	2	13	62	22
Nepotrebna konikotomija ali traheotomija	18	22	38	22

Vir: Bogataj, 2017.

Tabela 2: Kakšno je stališče študentov o posledicah zapletov pri nepravilnem uvajanju ETT?

	<i>Nižje strinjanje (%)</i>	<i>Niti-Niti (%)</i>	<i>Višje strinjanje (%)</i>	<i>Neo-predeljeni (%)</i>
Kašelj	24	13	33	13
Dušenje	16	11	44	29
Napenjanje	16	13	42	29
Cianoza	4	20	47	29
Bruhanje	7	22	38	33
Aspiracija želodčne kisline	11	13	47	29
Pljučnica ali ARDS-akutni respiratorni distressni sindrom	4	11	56	29
Laringospazem in/ali bronhospažem	4	20	44	31
Hipoksemija in hiperkapnija	4	7	58	31
Hipertenzija ali hipotenzija	11	24	36	29
Motnje srčnega ritma	9	36	27	29
Poškodbe glasilk, dihalne poti, zobovja, ustnic ali oči	2	11	56	31
Hipoksična okvara možganovine (ishemija možganov)	16	20	33	31
Srčni zastoj in smrt bolnika	22	16	29	33

Vir: Bogataj, 2017.

Pri stališčih o posledicah zapletov pri ETI smo dobili različne odgovore (Tabela 2). Povprečno 14 študentov je na predlagano posledico odgovorilo: »Strinjam se.«, odstopajo pa odgovori tako v smeri »popolnoma se strinjam«, kot v smeri »sploh se ne strinjam«. Podane posledice zapletov so bile: kašelj, dušenje, napenjanje, cianoza, bruhanje, aspiracija želodčne vsebine, pljučnica ali akutni respiratorni sindrom, laringospazem in/ali bronhospazem, hipoksemija ali hiperkapnija, hipertenzija ali hipotenzija, motnje srčnega ritma, poškodbe glasilk, dihalne poti, zobovja, ustnic ali oči, hipoksična okvara možganovine, srčni zastoj ali smrt bolnika. Ponovno se srečamo s študenti, ki se niso opredelili. Povprečno se 30 % študentov, oziroma skoraj tretjina udeležencev ni opredelila na posamezno posledico, iz česar zopet sklepamo, da študentje nimajo dovolj znanja in izkušenj iz kliničnega okolja z ETI.

Tabela 3: Kakšna so stališča študentov glede vloge DMS pri uvajanju ETT bolniku?

	<i>Nižje strinjanje (%)</i>	<i>Niti-Niti (%)</i>	<i>Višje strinjanje (%)</i>	<i>Neo-predeljeno (%)</i>
DMS je pogrešljiv član ekipe pri uvajanju ETT.	0	7	60	33
DMS je dolžna v nujnih primerih uvesti ETT brez zdravnika.	40	9	22	33
DMS nima posebne vloge pri uvajanju ETT.	62	2	2	33
DMS opazuje, spremlja in skrbi za prehodnost dihalne poti pri bolniku z ETT.	4	0	62	33
DMS nadzoruje in kontrolira ustreznost napihjenosti tesnilnega mešička.	4	0	62	33
DMS mora prepoznati morebitne zaplete pri oskrbi dihalne poti in nanje znati ustrezno ukrepati.	2	2	62	33
DMS je dolžna o vseh zapletih, oziroma spremembi bolnikovega zdravstvenega stanja nemudoma obvestiti zdravnika in sodelavca/sodelavko	0	2	62	36
DMS je običajno prva, ki prepozna nastale zaplete in jih tudi zna preprečiti.	0	9	56	36
Stalna prisotnost DMS ob/pri bolniku z ETT, zmanjšuje tveganje za zaplete med oskrbo dihalne poti in zagotavlja varnost ter kakovost zdravstvene oskrbe.	0	2	64	33

Vir: Bogataj, 2017.

Glede na opredelitve stališč se študenti dobro zavedajo, kako pomembno vlogo ima DMS pri ETI. Podana stališča so bila razvidna v tabeli št. 3. Večina odgovorov je ocenjenih s »popolnoma se strinjam«, razen pri stališču, da DMS ne igra pomembno vlogo. Pri vsakem vprašanju pa ostaja delež študentov (od 22 % do 30 %), ki se niso opredelili na posamezno stališče, zato domnevamo, da so predčasno končali vprašalnik, ali pa, da imajo premalo znanja, da bi lahko nanj odgovorili.

4 Razprava in zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da imajo študenti ZN pomanjkljivo znanje in predvsem premalo izkušenj na področju ZN intubiranega bolnika. Večina študentov sicer pozna osnovne zaplete in njihove posledice, vendar ostaja veliko študentov neopredeljenih, za katere sklepamo, da imajo premalo znanja, da bi se lahko opredelili za posamezna stališča. Študenti se zavedajo pomembne vloge DMS pri intubiranem bolniku med samim uvajanjem ETT in tudi v času, ko je ETT že uveden. Menimo, da bi vsi morali imeti priložnost delati z bolnikom, ki ima vstavljen ETT že med študijem, saj je to kompleksno delo, ki zahteva veliko znanja in izkušenj.

Ko smo iskali podobne raziskave, kje bi bili vključeni študentje ZN, samo našli raziskavo, ki so jo izvedli Laschinger in sodelavci (2008). Vključeni so bili tako študentje ZN, kot medicine. Pripravili so simulacijsko okolje bolnikov, da so lahko prikazali določeno bolezensko stanje. Dobra stvar tega okolja je, da se lahko prikažejo redke situacije, ki jih pri pravih bolnikih skoraj niso videli. Raziskava je pokazala, da imajo študentje, ki so se učili na simuliranih bolnikih, več znanja in praktičnih izkušenj, kot študentje, ki na njih niso nikoli vadili. Tudi na fakultetah za ZN imajo simulacijska okolja vendar je težava v tem, da študenti postopek ponovijo trikrat ali štirikrat, potem pa nič več. ETI je pomembna oskrba dihalnih poti, ki jo uporabljamo pri bolnikih vseh starosti, ki imajo obstrukcijo zgornjih dihalnih poti, potrebujejo pomoč pri ventilaciji ob odpovedi dihal in za traheobronhialno toaleta. Je najboljši način za kratkoročno upravljanje dihalnih poti (Benjamin in Holinger, 2008). ETI se pogosto uporablja pri bolnikih, ki potrebujejo mehansko ventilacijo, lahko tudi za kratko obdobje, v primeru splošne anestezije, ali pa za daljše obdobje pri bolnikih v intenzivnih enotah (Servin idr., 2011).

Najbolj pomembno vlogo pri uspešnosti ETI igrajo izkušnje zdravnika, ki uvaja ETT (Bernhard, Mohr, Weigand, Martin in Walther, 2012). Tisti, ki imajo več izkušenj, bodo imeli tudi višjo stopnjo uspešnosti, zato bi bilo smiselno imeti večkrat letno izobraževanja in delavnice za zdravnike, ki ne izvajajo pogosto ETI. Ravno tako bi lahko bile delavnice za DMS, kot asistente pri ETI. S ponavljanjem teorije in vajami na lutkah, bi lahko pomembno dvignili uspešnost varnega vstavljanja ETI pri bolniku. To so ugotovili tudi Takeuchi in sodelavci (2017), da je po enem letu kliničnega usposabljanja veliko manj zapletov pri uvajanju ETI, zato je tak poseg varnejši za bolnika. DMS nosi zelo pomembno vlogo pri bolniku z ETT. Bolnika pripravi na poseg, z njim je med samim posegom, to je v času ko je intubiran in tudi, ko ETT odstranijo. Prav tako poskrbi za ustrezno komunikacijo z bolnikom, ko le-ta ne more govoriti. Nudi mu psihično in fizično podporo in mu daje občutek varnosti (Kodila, 2008).

Ob raziskovanju tega področja smo ugotovili, da je delo z bolnikom, pri kateremu se uvaja ETI ali ga že ima uvedenega, zelo kompleksno. DMS mora biti pozorna na veliko stvari in bolnika ves čas spremljati. Ugotovili smo, kako pomembno vlogo ima pri tem DMS, saj je ves čas z bolnikom in ga spremlja od same priprave na poseg, med samim posegom in ves čas vstavljenega ETT. DMS je oseba, ki bolniku pomaga prebrskati težko obdobje v bolnišnici in sprejema veliko vlog, saj zanj skrbi, ga neguje,

pomirja in mu pomaga, ko potrebuje pomoč. Z našo raziskavo smo ugotovili, da imajo študenti pomanjkljivo znanje o ZN intubiranega bolnika. To se nanaša predvsem na to, da vsi niso imeli možnosti delati z intubiranim bolnikom.

Menimo, da bi bilo dobro, če bi imeli na zdravstvenih fakultetah možnost vsaj enkrat mesečno imeti vaje, tudi v drugem in tretjem letniku študija, kjer bi vadili v simuliranih okoljih z možnostjo uprizoritve specifičnih bolezenskih stanj. Zavedamo se, da obstajajo časovne omejitve, saj so študentje s študijem obremenjeni, vendar menimo, da bi na osnovi tega lahko pridobili veliko uporabnih znanj in izkušenj za kakovostno in varno delo z bolniki.

LITERATURA

1. Bahar, I., Elay, G., Coskun, R., Gundogan, K., Guven, M. in Sungur, M. (2015). Complications of endotracheal intubation in the intensive care unit: a single-center experience after training. *Erciyes Medical Journal*, 4, 133–137.
2. Benjamin, B. in Holinger, D. L. (2008). Laryngeal complications of endotracheal intubation. *Annals Otorol Rhinodogyl Laryngology*, 117 (9), 1–20.
3. Bernhard, M., Mohr, S., Weigand, M. A., Martin, E. in Walther, A. (2012). Developing the skill of endotracheal intubation: implication for emergency medicine. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56 (2), 164–171.
4. Bogataj, T. (2017) Poznavanje zapletov pri uvajanju endotrahealnega tubusa – stališča študentov zdravstvene nege: anketni vprašalnik. Neobjavljeno delo.
5. Brečko, M. A. (2014). Oskrba dihalne poti. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 92–97). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
6. Breznik, J. (2014). Dihalna pot in hitrosekvenčna intubacija. V M. Privšek (ur.), *Urgentna medicina – delavnice za študente medicine: zbornik I. delavnice* (str. 9–29). Maribor: Društvo študentov medicine Maribor.
7. Buić Rerečić, D. (2010). Intubacija z RSI- recepti za spretno izvedbo. V M. Gričar in R. Vajd (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2010* (str. 24–31). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
8. De Jong, A., Molinari, N., Terzi, N., Mongranden, N., Arnal, J. M., Guitton, C. idr. (2013). Early identification of patients at risk for difficult intubation in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187 (8), 832–839.
9. Divatia, V. J., Khan, U. P. in Myatra, N. S. (2011). Tracheal intubation in the ICU: Life saving or life threatening? *Indian Journal of Anaesthesia*, 55 (5), 470–475.
10. Feider, L. L., Mitchell, P. in Bridges, E. (2010). Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *American Journal of Critical Care*, 19 (2), 175–183.
11. Jianhui, L., Xiaoqing, Z., Wei, G., Shitong, L., Fen, W., Shukun, F. et al. (2010). Correlations between controlled endotracheal tube cuff pressure and postprocedural complications: a multicenter study. *Anesthesia & Analgesia*, 11 (5), 1133–1137.
12. Kim, G. W., Koh, Y., Lim C. M., Han, M., An, J. in Hong S. B. (2014). Does medical emergency team intervention reduce the prevalence of emergency endotracheal intubation complications? *Yonsei Medical Journal*, 55 (1), 92–98.
13. Kodila, V. (2008). Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
14. Kotar, V. (2010). Naloga medicinske sestre in zdravstvenega tehnika pri zagotavljanju prehodnosti dihalnih poti-traheobronhialna aspiracija. V R. Vajd (ur.) in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2010* (str. 364–367). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.

15. Laschinger, S., Medves, J., Pulling, C., McGraw, R., Waytuck, B., Harrison, M. idr. (2008). Effectiveness of simulation on health profession students knowledge, skills, confidence and satisfaction. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6, 278–302.
16. Mohammed, H. M. in Hassan, M. S. (2014). Endotracheal tube securements: effectiveness of three techniques among orally intubated patients. *Egyptian Journal of Chest Disease and Tuberculosis*, 64 (1), 183–196.
17. Pintarič, S. T., Jeglič, G., Lužar, T. in Benedik, J. (2013). Kakovost in varnost: Algoritem za težko intubacijo Slovenskega združenja za anesteziologijo. *Zdravniški Vestnik*, 82 (12), 791–795.
18. Servin, S. O., Barreto, G., Martins, L. C., Moreira, M. M., Meirelles, L. in Neto, J. A. idr. (2011). Atraumatic endotracheal tube for mechanical ventilation. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 61 (3), 311–319.
19. Stephens, C. T., Kahntroff, S. in Dutton, R. P. (2009). The success of emergency endotraheal intubation in trauma patients: a 10-year experience at a major adult trauma referral center. *Anesthesia and Analgesia Case Reports*, 109 (3), 866–872.
20. Takeuchi, S., Shiga, T., Koyama, Y., Nakanishi, T., Honma, Y., Morita, H. idr. (2017). Longitudinal acquisition of endotracheal intubation skills in novice physicians. *Plos One*, 12 (11), 1–9.

Proces obravnave zavarovalnega primera v asistenčnem centru Triglav, zdravstvene zavarovalnice, d. d.

UDK 368.942.023.2

KLJUČNE BESEDE: zavarovanje, dodatno zdravstveno zavarovanje, medicinske sestre, asistenčni centri

POVZETEK - Dodatno zdravstveno zavarovanje je prostovoljno in z vidika zavarovalnice poslovno. Proces zavarovalnega primera se odvija po določenih pravilih in v naprej predpisanih postopkih, vendar je vse odvisno od osebe kot kupca in osebe kot ponudnika storitve. Namen raziskave je bil preučiti zadovoljstvo zavarovancev, ki jih obravnava medicinska sestra in odgovoriti na vprašanje, ali zavarovanci dobijo pričakovano storitev. Uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom domače, tuje literature in analize podatkov letnega in periodičnega poročila za obdobje od 1. 1. 2017 do 31. 3. 2018. S pomočjo analize SWOT smo analizirali prednosti in slabosti procesa v asistenčnem centru, navedli smo priložnosti in nevarnosti in izdelali TOWS matriko. Ugotovili smo, da se dinamika prijav zavarovalnih primerov v skladu s pričakovanji povečuje, saj se povečuje število polic z veljavnim jamstvom. Na oddelku za obrnavo zavarovalnih primerov je 13,05 % odklonjenih, v asistenčnem centru je odklonjenih 3,43 % zavarovalnih primerov. Povprečna ocena zadovoljstva z asistenčnim centrom je 4,88. Proces obravnave zavarovalnega primera z vključevanjem medicinske sestre pozitivno vpliva na zadovoljstvo zavarovanca in uspešnost hitre zdravstvene obravnave. Obravnava zavarovalnega primera v asistenčnem centru omogoča, da zavarovalnica zavarovancem nudi poleg finančnega (za)varovanja osebni stik in posebne storitve za dvig zadovoljstva in informiranosti zavarovancev.

UDC 368.942.023.2

KEY WORDS: insurance product, additional health insurance, nurse, Assistance Centre

ABSTRACT - Supplementary health insurance is a voluntary health insurance and, from the viewpoint of the insurance company, a business. The process is performed according to certain rules and with the prescribed procedures, but everything depends on the person as the buyer and the person as the service provider. The purpose of the research was to examine the satisfaction of policy holders and if they received the expected service by involving nurses have. A descriptive method of work was used, with a review of domestic and foreign literature and data analysis of the annual and periodical reports for the period from 1 January 2017 to 31 March 2018. Using the SWOT analysis, we analysed the advantages and disadvantages of the assisting centre process. We presented opportunities and dangers, and produced a TOWS matrix. The dynamics of insurance claims is increasing as expected, as the number of policies with a valid guarantee increases. In the Insurance Cases department, 13.05% of the insurance cases are rejected, and in the Assistance Centre, 3.43%. The average result with respect to satisfaction with the Assistance Centre is 4.88. The process by involving nurses have a positive impact on the satisfaction of the insured and the performance of rapid medical treatment. The processing of an insurance case at the Assistance Centre enables the insurance company to provide insured persons, in addition to financial insurance, also with a personal contact and special services to increase the satisfaction and awareness of policy holders.

1 Uvod

V Sloveniji lahko pacienti zaradi preobremenjenosti javnega zdravstva oziroma dolgih čakalnih vrst na zdravstveno storitev poiščejo pomoč v zasebnem sektorju, kjer lahko sami plačajo zdravstveno storitev ali pa se odločijo za dodatna zdravstvena zavarova-

nja, ki jim omogočajo krajšo čakalno dobo za zdravstvene storitve v zasebnem sektorju. Zdravstvene zavarovalnice na slovenskem zavarovalniškem trgu uporabnikom ponujajo dodatna zdravstvena zavarovanja, ki se med seboj ne razlikujejo pomembno glede na obseg in vsebino zavarovanja. Zaradi tega imajo zdravstvene zavarovalnice pri pridobivanju novih uporabnikov omejene tržne možnosti (Šebjan, 2013). Dodatna zdravstvena zavarovanja so prostovoljna zdravstvena zavarovanja in z vidika zavarovalnice poslovna (Kostajšek, 2004). Zavarovatelj je doseči visok dobiček, in sicer z obvladovanjem odnosov med privlačnostjo zavarovanja, številom zavarovancev, zavarovalno premijo ter stroški izvajalcev zdravstvene dejavnosti (Kostajšek, 2004).

Organizacija zavarovalnice je sestav medsebojnih razmerij med ljudmi, ki zagotavlja obstoj in razvoj zavarovalnice, pa tudi uresničevanje v strukturi usklajenih ciljev delovanja družbe. Organizacijski sistemi so odprti sistemi, kjer se ljudje in sredstva svobodno združujejo za uresničevanje določenih ciljev (Kramar Zupan, 2017). Zavarovalnice so uspešne, če opravljajo predvsem tiste aktivnosti, ki prispevajo k vrednosti zdravstvenih storitev učinkovin z vidik zavarovancev (Panca Freze, 2011). Če uporabniki prejema pričakovano storitev v primerjavi s porabljenim denarjem, so zadovoljni in čutijo pripadnost organizaciji (Nusair idr., 2010 v Šebjan, 2013). Dobro in konkretno izvedena prodaja pomeni zadovoljno stranko ob nastanku škode oz. zavarovalnega primera. Stranka, ki bo zadovoljna ob reševanju zavarovalnega primera, bo prav gotovo še kupovala zavarovanja pri isti zavarovalnici (Celin in Snoj 2016). Temeljni poslovni procesi zavarovalnice so razvoj zavarovanj, prodaja zavarovanj, izvajanje zavarovanj, obdelava zavarovalnega primera, organizacija zdravstvenih storitev in finance (Kostajšek, 2004).

Proces obravnave zavarovalnega primera je asistenčnem centru zdravstvene zavarovalnice Triglav opredeljen kot zaporedje delovnih postopkov in osnovnih aktivnosti, ki se v sistemu procesne organiziranosti povezujejo v celovit poslovni proces zavarovalnice. Aktivnosti tega procesa so neposredno povezane z zavarovanjem oziroma z uveljavljanjem pogodbeno dogovorjenih obveznosti zavarovalnice na podlagi z zavarovanjem kritih nevarnosti, ki za zavarovalnico predstavlja zavarovalni primer (škodni dogodek) in obveznost do zavarovanca, glede na dogovorjen način poravnave. Proces se sicer odvija po določenih pravilih in v naprej predpisanih postopkih, vendar je vse odvisno od osebe kot kupca in osebe kot ponudnika storitve (Kosi, 2010). Mogoče ga je razumeti kot zbir povezanih aktivnosti, ki prevzamejo vložek – input ga preoblikujejo in ustvarijo izložek, izid – output. Poslovni proces poenostavljeno opišemo kot preoblikovanje vhodov v izhode (Kosi, 2010). Kakovost izdelkov ali storitev je odvisna od kakovosti procesa. Uspešnost predstavlja zadovoljstvo stranke. Če so izhodi zadovoljili njegova pričakovanja ali jih celo presegle, potem smo uspešni ali celo zelo uspešni. (Kosi, 2010).

Proces obravnave zavarovalnih primerov je izdelan po posameznih aktivnostih z upoštevanjem zakonodaje, pravnih aktov družbe in navodil za delo. Oddelek za obravnavo zavarovalnih primerov obravnava zavarovalne primere za povračila stroškov zavarovancev po opravljeni zdravstveni storitvi oz. uveljavljanje refundacije stroškov.

Obravnavo izvaja zadolžena oz. odgovorna oseba. Po zaključku vseh aktivnosti, ki jih nalaga proces, se zavarovalni primer zaključí.

Za uveljavljanje pravic z asistenco pri naročanju na zdravstveno storitev se vključuje medicinska sestra kot nosilka zdravstvene nege znotraj asistenčnega centra. Sooča se z zahtevnejšimi oblikami dela v zdravstveni negi, ki so opisane kot doseganje visoke ravni kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje (Griffiths idr., 2010 v Skela Savić, 2014). Dodatna zdravstvena zavarovanja, ki omogočajo obravnavo v zasebnem zdravstvenem sektorju, so za zavarovalnico novost, za medicinsko sestro pa izziv. Zato se vprašamo, ali je medicinska sestra pri obravnavi zavarovalnega primera uspešna pri naročanju in ali so zavarovanci zadovoljni. Medicinske sestre potrebujemo znanje menedžmenta. Menedžment je doseganje smotrnih ciljev na učinkovit in uspešen način s planiranjem, organiziranjem, vodenjem in kontroliranjem, družbeno odgovorno in moralno etično nesporno (Kramar Zupan, 2017). Management v praksi zdravstvene nege skrbi za urejeno in organizirano delovno okolje z namenom boljšega izkoristka časa zaposlenih ter boljšega zagotavljanja storitev. Pri izvajanju posameznih aktivnosti procesa zavarovalnega primera ravnamo v skladu s pooblastili ter dobrimi poslovnimi običaji. Vsaki zavarovalec ima pravico do enake kakovosti zavarovalne storitve in hitrega in učinkovitega servisa ob nastanku zavarovalnega primera. Telefonska komunikacija, ki je izražamo pri izvajanju obravnave zavarovalnega primera uvajamo kot posebne storitve za večanje zadovoljstva in informiranosti zavarovancev. Komunikacija je pomembna komponenta dela medicinske sestre (Birk, 2009). Informacija, ki jo dobi medicinska sestra s komunikacijo, je ključna pri uspešnosti njenem dela (Bijol, 2011). V zdravstveni negi je komunikacija eden od osnovnih procesov zdravstvene obravnave; gre za obojestranski, večplasten, vsebinsko oblikovan zahteven potreben del celostne obravnave posameznika (Klemenc, 2006). Veliko podporo imamo z računalniškim program AI (agl. Adinsure), ki je prilagojen procesu in nam omogoča varno in učinkovito dokumentirano zdravstveno in zavarovalniško obravnavo zavarovalnega primera ter hiter dostop do podatkov. Pri obravnavi zavarovanca se medicinska sestra zaveda njegove čustvene obremenjenosti in si želi obravnavo s pomočjo zavarovanca uspešno zaključiti. Upošteva njegove časovne in krajevne možnosti ter željenega izvajalca zdravstvenih storitev, če je le možno. Na uspešnost reševanja zavarovalnega primera vpliva seznanjenost zavarovanca o zavarovalnem produktu in zaradi tega informira zavarovanca o vsebini in obsegu zavarovalnega produkta, načinu in možnostim uveljavljanja pravic pri nastanku škodnega dogodka. Neguje dobre odnose s izvajalcema zdravstvenih storitev in sproti predlaga predloge za izboljšavo medsebojnega procesa dela. Z izvajalci zdravstvenih storitev sodeluje na način, da zaradi hitre in učinkovite obravnave zavarovanca izvajalcu zdravstvenih storitev pri naročanju predstavi izhodišče zdravstvenih težav ter po naročilu zdravnika, ki bo obravnaval primer, omogoči zavarovancu, da opravi spremljajoče potrebne preglede ali preiskave preden pride na specialistični pregled.

Namen raziskave je preučiti zadovoljstvo zavarovancev, ki jih medicinska sestra obravnava v asistenčnem centru, in ugotoviti, ali zavarovanci dobijo pričakovano storitev.

2 Metoda dela

Uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Za iskanje literature smo uporabljali podatkovne baze CINAHL, MEDLINE in nacionalno bazo COBIS.SI. Po podatkovnih bazah smo uporabili naslednje ključne besede, oziroma besedne zveze (ločeno in z operaterjem AND): zdravstvenega zavarovanja, zavarovalna storitev, zavarovalni izdelek, dodatna zdravstvena zavarovanja, zavarovanec, zdravstvena zavarovalnica, medicinska sestra, asistenčni center. Z preučevanjem podatkov poročila obdelave zavarovalnih primerov za dodatna zdravstvena zavarovanja v obdobju od 1. 1. 2017-31. 3. 2018 smo ugotovili, število zavarovalnih primerov, pregled po produktu in statusu obravnave in oceno zadovoljstva s storitvami asistenčnega centra. S pomočjo SWOT analize smo analizirali prednosti in slabosti procesa obravnave zavarovalnega primera asistenčnega centra Zdravstvena točka. Ker pa je potrebno opraviti analizo širšega okolja, smo navedli tudi morebitne priložnosti in nevarnosti, ki bi lahko vplivale na bodoče uspešno delo asistenčnega centra. Na podlagi teh podatkov smo izdelali TOWS-matriko. V njej smo kot rezultat medsebojnega vplivanja prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, definirali iz tega izhajajoče možne usmeritve optimizacije procesa obravnave zavarovalnega primera v asistenčnem centru.

3 Rezultati

Kvalitativna raziskava pridobljenih podatkov v tujini je pokazala, da so dodatna zdravstvena zavarovanja v tujini množična. Zavarovalni načrti pokrivajo 130 različnih bolezenskih stanj in ponujajo možnost izbire med 1.700-imi zdravstvenimi programi vključno z več kot 50 sklopi za vsakega posameznika. Zavarovalni načrt je prilagojen za ustrezno referenčno skupino. Upošteva se, razen geografskih še socialne, kulturne, informativne, politične in druge dejavnike, ki vplivajo pri odločitvi za izbiro zdravstvenega načrta (Bünnings, Schmitz, Tauchmann in Ziebarh, 2015). Zavarovalnice izvajajo javne predstavitve in izobraževalne programe za obveščanje potrošnikov o dodatnih zdravstvenih načrtih za odločitev pri nakupu in uporabi zdravstvenega zavarovanja v svojo korist. Razumevanje zdravstvenega zavarovanja je ključnega pomena za hiter in učinkovit dostop do zdravstvenih storitvi (Paez idr., 2014). Zavarovalnice organizirajo programe strokovnih podpor izobraževanja in edukacije zavarovancev za obvladovanje dejavnikov tveganja, ki vplivajo na zdravje, kot so krvni pritisk, uporaba tobaka in zvišana raven holesterola (Kottke, Jordan, Ó Connor, Pronk, Carreón idr., 2009). Odusola idr. (2016) ugotavljajo pomembnost sodelovanja zdravstvenih zavarovalnic pri izobraževanju zavarovancev na temo kronične bolezni in kronična terapija. Vinker, Bitterman, Comaneshter in Cohen (2015) trdijo, da upoštevanje smernic Kakovosti ukrepov kroničnih bolezni s strani zdravnika oz. skrbnim naročanjem zavarovancev na kontrolne preglede, zdravniki vplivajo na obvladovanje bolezenskega stanja in varnost zavarovancev. Zichello in Sheridan (2008)

ugotavljata, da medicinska sestra s prilagoditvijo zavarovalnega načrta zavarovancu ali delodajalcu pozitivno vpliva na obvladovanje škod in boljšo varnost zavarovanih oseb. Ratanawongsa idr. (2012) opisujejo pomembnost medicinske sestre v programu izobraževanja Zavarovanec in samozdravljenje sladkorne bolezni. Mitchell idr. (2016) ugotavljajo pomembnost vključevanja medicinskih sester pri paliativni oskrbi zaradi pravilne razporeditve kadra v oskrbo zavarovanca. Cartwright - Vanzant, (2010) trdi, da imajo medicinske sestre bolj profesionalno odgovornost kot kadarkoli v zgodovini zdravstvene nege in da so vse medicinske sestre vpisane v register medicinskih sester. Wiener in Gilliland (2011) zagovarjata pravilno dokumentiranje in skrb za zdravstveno dokumentacijo.

Iz poročila o obdelavi zavarovalnih primerov za DodZZ (v nadaljevanju dodatna zdravstvena zavarovanja) za obdobje od 1. 1. 2017- 31. 3. 2018 ugotavljamo, da se dinamika prijav obravnav zavarovalnih primerov povečuje s pričakovani iz meseca v mesec, saj se mesečno povečuje tudi število polic z veljavnim jamstvom. Število prijavljenih škodnih zahtevkov se je v primerjavi z enakim obdobjem lanskega leta povečal za več kot 254 %. Naprej ugotavljamo, da obstaja velik delež neinformiranih zavarovancev o vsebini in obsegu zavarovalnega produkta, kar je razvidno iz statusa odklonjen pri obravnavi zavarovalnega primera. Nižje število odklonjenih zavarovalnih primerov je v asistenčnem centru. Povprečna ocena zadovoljstva zavarovancev z asistenčnim centrom je bila 4,88. Najnižje je bila ocenjena aktivnost »ponujena vam je bila možnost izbire izvajalca zdravstvenih storitvi«, ki znaša 4,83, med tem ko je bila aktivnost »termin sem lahko prilagodil/a svojim potrebam« ocenjena z najvišjo oceno 4,92. Ocena 4,92 je bila prejeta za aktivnost »ustrezno hitro sem prejel/a termin«, naslednja ocena 4,89 je bila za aktivnost »odzivnost in vljudnost osebja«, z oceno 4, 87 je bila ocenjena aktivnost »prejel/a sem razumljiva navodila« in sledi ocena 4,85 za aktivnost »ustreznost prejetih informacij«.

S pomočjo SWOT analize smo ocenili, kaj je znotraj procesa prispevalo k doseženi oceni zadovoljstva zavarovanca. To so prednosti, in sicer takojšnje vključevanje medicinske sestre v obravnavo zavarovalnega primera oz. zdravstvenega problema zavarovanca, informiranje zavarovanca o zavarovalnem produktu, zdravstveni storitvi, izvajalcu zdravstvenih storitev, zagotavljanje potrebnih zdravstvenih storitvi (pregledi, posegi, preiskave), upoštevanje časovnih in krajevnih možnosti zavarovanca pri naročanju na zdravstveno storitev, pravilna napotitev in priprava zavarovanca na zdravstveno storitev, razlaga zaključka zdravljenja ali nadaljevanja zdravljenja z vključevanjem zdravstveno vzgojnega dela. Ocenili smo tudi slabosti procesa, med katere sodijo: motnje telefonske komunikacije, časovna omejitev dosegljivosti (dosegljivost izvajalcev zdravstvenih storitev, zavarovancev, asistenčnega centra), poslovni stiki po telefonu (širitev mreže izvajalcev zdravstvenih storitvi), neinformiranost zavarovanca o zavarovalnem produktu in nedokončana informacijska podpora (informacijski program v izboljšavi).

Podatki SWOT analize so v TOWS matriki kot možne usmeritve procesa obravnave zavarovalnega primera za doseganje hitre, učinkovite obravnave in zadovoljstva zavarovanca.

Tabela 1: Prikaz SWOT analize / TOWS matrike procesa obravnave zavarovalnega primera

<p>SWOT analiza/ TOWS matrika procesa obravnave zavarovalnega primera v asistenčnem centru</p>	<p><i>Prednosti (S)</i> Telefonska hitra in učinkovita obravnava zavarovalnega primera Strokovna izobrazba zaposlenih Dobri odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev Visoka ocena zadovoljstva zavarovancev s storitvami izvajalcev zdravstvenih storitev Visoka ocena zadovoljstva zavarovancev z asistenčnim centrom Uvajanje strokovnih storitev pomoči in splošne informiranosti</p>	<p><i>Slabosti (W)</i> Motnje telefonske komunikacije (tehnične težave) Časovna omejitev dosegljivosti (izvajalca zdravstvenih storitev, zavarovanca, asistenčni center) Poslovni stiki po telefonu Ninformiranost strank Neinformiranost zavarovancev Nedokončana informacijska podpora</p>
<p><i>Priložnosti (O)</i> Vključevanje podpore prodajni mreži za doseganje informiranosti zavarovanca Organiziranje programov zdravstvenih izobraževanj Dostopnost stranki Dostopnost zavarovancu</p>	<p><i>Prednosti/priložnost</i> Razvoj tehnološkega in informacijskega okolja kot podpora asistenčni obravnavi zavarovalnega primera zaradi kakovostne storitve. Priprave izobraževalnih programov različnih vsebin s področja zdravstva, zdravstvenega zavarovanja in zavarovalništva z vključevanjem obstoječega, strokovnega kadra.</p>	<p><i>Slabosti/priložnosti</i> Razvoj tehnološkega in informacijskega okolja kot podpora asistenčni obravnavi zavarovalnega primera zaradi kakovostne storitve ob uvedbi nove časovne dostopnosti do asistenčnega centra. Priprave izobraževalnih programov različnih vsebin s področja zdravstva, zdravstvenega zavarovanja in zavarovalništva.</p>
<p><i>Nevarnosti (T)</i> Nepredvidljivost trga Konkurenca Geografski položaj Nedostopnost za potrošnika</p>	<p><i>Prednosti/nevarnosti</i> Razvoj tehnološkega in informacijskega okolja kot podpora asistenčni obravnavi zavarovalnega primera zaradi kakovostne storitve. Priprave izobraževalnih programov različnih vsebin z področja zdravstva, zdravstvenega zavarovanja in zavarovalništva z vključevanjem obstoječega, strokovnega kadra.</p>	<p><i>Slabosti/nevarnosti</i> Razvoj tehnološkega in informacijskega okolja kot podpora asistenčni obravnavi zavarovalnega primera zaradi kakovostne storitve ob uvedbi nove časovne dostopnosti do asistenčnega centra. Priprave izobraževalnih programov različnih vsebin s področja zdravstva, zdravstvenega zavarovanja in zavarovalništva z vključevanjem obstoječega, strokovnega kadra.</p>

4 Zaključek

Ugotovili smo, da proces obravnave zavarovalnega primera z vključevanjem medicinske sestre pozitivno vpliva na zadovoljstvo zavarovanca in uspešnost hitre zdravstvene obravnave. Povprečna ocena zadovoljstva zavarovancev z asistenčnim centrom je 4,88, z oceno 4,92 je ocenjena aktivnost ustrezno hitrega prejema termina. Odklonjenih zavarovalnih primerov je bilo od 12,52 % do 13,05 % na oddelku za obravnavo zavarovalnega primera. Nižje število odklonjenih zavarovalnih primerov, in sicer od 1,82 % - 3,43 %, je v asistenčnem centru. Iz SWOT analize smo oblikovali TOWS

matriko predlaganih izboljšav za optimizacijo procesa obravnave zavarovalnega primera v asistenčnem centru. Predlagane izboljšave so razvoj tehnološkega in informacijskega okolja kot osnova za podporo hitre in učinkovite obravnave zavarovanca in vključevanje obstoječega, strokovnega kadra v priprave izobraževalnih programov različnih vsebin z področja zdravstva.

Za zagotavljanje razlikovalne konkurenčne prednosti Triglava je pomembno, da zavarovalnica zavarovancem nudi poleg finančnega (za)varovanja osebni stik in posebne storitve za večanje zadovoljstva in informiranosti zavarovancev na poti za čim bolj ustrezno obravnavo.

LITERATURA

1. Bijol, A. (2011). *Kakovost v zdravstveni negi: vidik komunikacije in podpore pacientu pri zdravljenju v bolnišnici* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
2. Birk, K. (2009). Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. V Zbornik 6. Študentske konference, Fakulteta za management Koper. Pridobljeno, s <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-033-8/prispevki/Birk%20Karin.Pdf>.
3. Bünnings, C., Schmitz, H., Tauchmann, H. in Ziebarth, N. R. (2015). How health plan enrollees value prices relative to supplemental benefits and service quality. Pridobljeno, s: <http://hdl.handle.net/10419/107761>.
4. Cartwright - Vanzant, R. C. (2010). Medical record documentation: Legal aspects in neonatal nursing. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10 (3), 134–137.
5. Celin, J. in Snoj, B. (2016). *Opredelitev zavarovalnih storitev*. Zavarovalni horizonti. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
6. Klemenc, D. (2006). Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege* (str. 43–47). Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
7. Kosi, T. (2010). *Poslovni procesi*. Pridobljeno 10. 4. 2018, s https://www.google.si/search?rlz=1C1GGRV_enSI751SI751&ei=_BrmWqakKkAF6ATuLLeQCA&q=tatjana+kosi+poslovni+procesi&oq=tatjana+kosi+&gs_l=psy-ab.1.2.0i22i30k114.5079.0.7980.1.1.0.0.0.100.100.0j1.1.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.1.99....0.FfRQrM0rgVE.
8. Kostajnshek, B. (2004). *Primerjava sistemov zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ZDA* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
9. Kottke, T. E., Jordan, C. O., O'Connor, P. J., Pronk, N. P. in Carreón, R. (2009). Peer Reviewed: Readiness of US Health plans to manage cardiometabolic risk. *Preventing chronic disease*, 6 (3).
10. Kramar Zupan, M. (2018). *Prosojnice: Menedžment sistemov in procesov v zdravstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Kramar Zupan, M. (2017). *Prosojnice: Strateški menedžment*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Mitchell, G. K., Senior, H. E., Bibo, M. P., Makoni, B., Young, S. N., Rosenberg, J. idr. (2016). Evaluation of a pilot of nurse practitioner led, GP supported rural palliative care provision. *BMC palliative care*, 15 (1), 93.
13. Odusola, A. O., Stronks, K., Hendriks, M. E., Schultsz, C., Akande, T., Osibogun, A., ... in Haafkens, J. A. (2016). Enablers and barriers for implementing high-quality hypertension care in a rural primary care setting in Nigeria: perspectives of primary care staff and health insurance managers. *Global health action*, 9 (1), 29041.

14. OECD Report: OECD reviews of innovation policy: Slovenia 2012. 26–31. Pridobljeno 28. 7. 2018, s http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/occd/science-and-technology/occdreviews-of-innovation-policy-slovenia-2012_9789264167407-en.
15. Paez, K. A., Mallery, C. J., Noel, H., Pugliese, C., McSorley, V. E., Lucado, J. L. in Ganachari, D. (2014). Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): Conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *Journal of health communication*, 19 (2), 225–239.
16. Panza Freze, T. (2011). Osnove zavarovalništva. Konzorcij višjih strokovnih šol za izvedbo predavanj. Ljubljana: Zavod IRC.
17. Planet GV 14 konferenca Management in vodenje v zdravstvu. Pridobljeno s, <https://www.zbornica-zveza.si/sl/planet-gv-14-konferenca-management-vodenje-v-zdravstvu-zdravstveni-razvojni-forum-2017>.
18. Poročilo o obdelavi zavarovalnih primerov za DodZZ za obdobje od 1. 1. 2017-31. 3. 2018.
19. Proces obravnave zavarovalnega primera 352.162.002.
20. Ratanawongsa, N., Handley, M. A., Quan, J., Sarkar, U., Pfeifer, K., Soria, C. idr. (2012). Quasi-experimental trial of diabetes Self-Management Automated and Real-Time Telephonic Support (SMARTSteps) in a Medicaid managed care plan: study protocol. *BMC health eervices research*, 12 (1), 22.
21. Skela Savic, B. (2014). Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo? *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (1), 5.
22. Swiadek, J. W. (2009). The Impact of Healthcare Issues on the Future of the Nursing Profession: The Resulting Increased Influence of Community Based and Public Health Nursing. *Nursing Forum*, 44 (1), 19–24.
23. Šebjan, U. (2013). Zaznana povezanost med komponentami zavarovalne storitve pri uporabnikih dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. *Management*, 8 (4), 291–307.
24. Štivan S. (2016) Performance management v zavarovalništvu. *Zavarovalniški horizont*, št. 2.
25. Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W. in Van de Voorde, C. (2013). Statutory health insurance competition in Europe: a four-country comparison. *Health Policy*, 109 (3), 209–225.
26. Toth, M. (2012). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
27. Vinker, S., Bitterman, H., Comaneshter, D. in Cohen, A. D. (2015). Physicians' behavior following changes in LDL cholesterol target goals. *Israel journal of health policy research*, 4 (1), 20.
28. Wiener, J. A. in Gilliland, A. T. (2011). Balancing between two goods: Health Insurance Portability and Accountability Act and ethical compliancy considerations for privacy-sensitive materials in health sciences archival and historical special collections. *Journal of the Medical Library Association*, 99 (1), 15.
29. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (2009). Pridobljeno 2. 8. 2017, s <http://www.zzvs.si/>.
30. Zichello, C. in Sheridan, J. (2008). Occupational Health Nurses and Workers' Compensation Insurance Programs. *Aaohn Journal*, 56 (11), 455–458.

Utjecaj dobi na kvalitetu života gerijatrijske populacije

UDK 615.82/.84-053.9

KLJUČNE RIJEČI: osobe starije životne dobi, kvaliteta života, fizioterapija

POVZETEK - Brojni čimbenici utječu na kvalitetu života. Cilj ovog rada je provjeriti utjecaj dobi na kvalitetu života gerijatrijske populacije. Istraživanje je provedeno 2018. pomoću WHOQOL-BREF upitnika. U istraživanju je sudjelovalo 30 ispitanika. Ispitanici mlađe starije dobi (do 74 godine) imaju veću razinu kvalitete života u odnosu na ispitanike stare 75 i više godina ($p = 0,004$). Uspoređujući pojedinačno po područjima, ispitanici mlađe starije dobi (do 74 godine) imaju veću razinu kvalitete života u odnosu na ispitanike stare 75 i više godine u domeni fizičkog zdravlja ($p = 0,000$), psihičkog stanja ($p = 0,001$) te okoliša ($p = 0,019$), dok se u procjeni društvene interakcije ne nalazi statistički značajna razlika ($p = 0,415$). Ispitanici mlađe starije dobi su zadovoljniji sa svojim zdravljem u odnosu na ostale ispitanike ($p = 0,001$). Veća životna dob negativno utječe na kvalitetu života i zdravlje. Fizioterapija ima veliku ulogu u poboljšanju odnosno održavanju kvalitete života i zdravlja osoba starije životne dobi. Potrebno je razvijati strategije za poboljšanje kvalitete života osoba treće životne dobi.

UDC 615.82/.84-053.9

KEY WORDS: senior citizens, quality of life, physiotherapy

ABSTRACT - Different factors can affect the quality of life. The aim of this paper is to establish the influence of age on the quality of life of senior citizens. The survey was conducted in 2018 using the WHOQOL-BREF questionnaire. Thirty examinees participated in the study. Younger senior citizens (up to 74 years) have a higher level of life quality compared to subjects aged 75 and over ($p = 0.004$). Comparing individually by area, younger senior citizens (up to 74 years) have a higher level of quality of life compared to subjects aged 75 and over in the domain of physical health ($p = 0.000$), mental state ($p = 0.001$) and the environment ($p = 0.019$), while there was no statistically significant difference in social interaction estimation ($p = 0.415$). Younger senior citizens are more satisfied with their health compared to other responders ($p = 0.001$). A higher age of life negatively affects the quality of life and health. Physiotherapy plays a major role in improving or maintaining the quality of life and health of older persons. It is necessary to develop strategies to improve the quality of life of senior citizens.

1 Uvod

Brojne države svijeta, uključujući i Hrvatsku, ubrajaju se u države s vrlo starim pučanstvom. Osobe starije životne dobi dijele se na tri grupe. Tako su starije osobe oni pojedinci koji su u dobi od 60 do 75 godina (rana starija životna dob), stare su osobe pojedinci od 76 do 90 godina, a vrlo stare one osobe koje imaju navršenu 91 godinu života i više (Broz idr., 2009). Radi brojnih promjena fizioloških funkcija, razvoja morbiditeta, ali i životnih promjena, starost može negativno utjecati na kvalitetu života. Stoga je cilj ovog rad ispitati utjecaj životne dobi na zdravlje, te na kvalitetu života, ali i na pojedine domene kvalitete života, a to su tjelesno zdravlje, psihički status, socijalnu interakciju i okoliš.

2 Metodologija istraživanja

Istraživačka pitanja i hipoteze su slijedeće:

IP1: Jesu li osobe rane starije životne dobi zadovoljnije svojim zdravljem od osoba starijih od 75 godina?

H1: Osobe rane starije životne dobi zadovoljnije su svojim zdravljem od osoba starijih od 75 godina.

IP2: Jesu li osobe rane starije životne dobi zadovoljnije cjelokupnom kvalitetom života od osoba starijih od 75 godina?

H2: Osobe rane starije životne dobi zadovoljnije su cjelokupnom kvalitetom života od osoba starijih od 75 godina.

IP3: Jesu li osobe rane starije životne dobi zadovoljnije kvalitetom svog tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, socijalnom interakcijom te okolinom u kojoj se nalaze od osoba starijih od 75 godina?

H3: Osobe rane starije životne dobi zadovoljnije su kvalitetom svog tjelesnog zdravlja, mentalnog zdravlja, socijalnom interakcijom te okolinom u kojoj se nalaze od osoba starijih od 75 godina.

Istraživanje je provedeno u udruzi Spiritus OS u siječnju 2018. godine. U njemu je sudjelovalo 30 ispitanika. Za potrebe istraživanja korišten je strukturirani upitnik koji se sastojao od dva dijela. Prvi dio upitnika činila su pitanja vezana za demografske podatke. Za ispitivanje zadovoljstva kvalitetom života upotrijebljen je upitnik WHOQOL-BREF napravljen od strane Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 1998). Upitnikom WHOQOL-BREF ispituje se zadovoljstvo zdravljem, kvaliteta života općenito, te kvaliteta života četiri različite domene, a to su tjelesno zdravlje, psihološko stanje, socijalna (društvena) interakcija i okolina u kojoj osoba prebiva.

Pomoću statističkog paketa IBM SPSS Statistics 19.0. je obavljena statistička analiza. S obzirom na nenormalnu distribuciju rezultata korišten je Mann - Whitney U test. Sve hipoteze su prihvaćene na $p < 0,05$.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 30 ispitanika, 15 (50 %) muškaraca i 15 (50 %) žena. Najmlađi ispitanik je imao 65, a najstariji 99 godina, pri čemu medijan iznosi 70 godina.

Minimalno jedan morbiditet navode da imaju svi ispitanici, a čak 25 (83,33 %) navode da imaju minimalno dva morbiditeta. Mišićno – koštane bolesti ima 17 (56,67 %) ispitanika. Neka od najčešćih stanja su osteoporoza, za koju je navelo da ju ima 9 (30 %) ispitanika, potom 5 (16,67 %) ispitanika ima ugrađeno umjetno koljeno ili kuk, dok 4 (13,33 %) ispitanika imaju reumatoidni artritis.

Najviše ispitanika je u braku, njih 15 (50 %). Djecu ima 25 (83,3 %) ispitanika. Većina ispitanika, njih 17 (56,7 %), ima završenu srednju školu.

Troje (10 %) ispitanika je nepokretno, pomagalo pri kretanju koristi 12 (40 %) ispitanika, dok ostalih 15 (50 %) ne koristi pomagalo pri kretanju.

Nezadovoljno sa svojim zdravljem je 12 (40 %) ispitanika, a svega 7 (23,4 %) ispitanika je zadovoljno sa svojim zdravljem.

Loše ili jako loše je kvalitetu svog života ocijenilo trećinu ispitanika, odnosno njih 10 (33,4 %).

Prva hipoteza se može prihvatiti. Postoji statistički značajna razlika u ocjeni zadovoljstva svojim zdravljem između ispitanika mlađe starije životne dobi naspram onih starijih od 75 godina ($Z = -3,34$, $p < 0,001$). Osobe mlađe starije životne dobi (do 74 godine) zadovoljnije su svojim zdravljem od osoba starijih od 75 godina ($M = 3,28 \pm 1,02$, $N = 18$ naspram $M = 1,83 \pm 0,84$, $N = 12$).

Druga hipoteza također može prihvatiti. Postoji statistički značajna razlika u ocjeni kvalitete života između ispitanika mlađe starije životne dobi naspram onih starijih od 75 godina ($Z = -2,87$, $p < 0,004$). Osobe mlađe starije životne dobi (do 74 godine) zadovoljnije su kvalitetom života od osoba starijih od 75 godina ($M = 3,72 \pm 1,02$, $N = 18$ naspram $M = 2,42 \pm 1,17$, $N = 12$).

Treća hipoteza je djelomično prihvatljiva. Postoji statistički značajna razlika u ocjeni kvalitete tjelesnog zdravlja ($Z = -4,3$, $p < 0,000$), mentalnog zdravlja ($Z = -3,25$, $p < 0,001$) te u zadovoljstvu s okolinom u kojoj se nalaze ($Z = -2,32$, $p < 0,019$) između ispitanika mlađe starije životne dobi naspram onih starijih od 75 godina, međutim ne postoji statistički značajna razlika u ocjeni kvalitete socijalne interakcije između ispitanika mlađe starije životne dobi naspram onih starijih od 75 godina ($Z = -0,87$, $p > 0,415$). Osobe mlađe starije životne dobi (do 74 godine) zadovoljnije su od osoba starijih od 75 godina kvalitetom svog tjelesnog zdravlja ($M = 56,15 \pm 16,66$, $N = 18$ naspram $M = 41,6 \pm 8,93$, $N = 12$), mentalnog zdravlja ($M = 69,44 \pm 17,14$, $N = 18$, naspram $M = 40,83 \pm 21,20$, $N = 12$) te okolinom u kojoj se nalaze ($M = 59,92 \pm 16,64$, $N = 18$ naspram $M = 48,21 \pm 14,64$, $N = 12$). Međutim, nije nađena razlika u kvaliteti socijalne interakcije između osoba mlađe starije životne dobi (do 74 godine) te osoba starijih od 75 godina ($M = 66,66 \pm 24,25$, $N = 18$ naspram $M = 60,41 \pm 29,60$, $N = 12$).

4 Rasprava

Postoje brojne definicije kvalitete života koje su se mijenjale kroz povijest (Vuletić i Misajon, 2011). Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca na svoju poziciju s obzirom na specifičnost kulturološkog, društvenog te okolišnog konteksta (Vuletić i Misajon, 2011 prema World Health Organization, 1999). Koncept kvalitete života veže se za samopoštovanje, osobnu dobrobit i pokriva širok spektar čimbenika kao što su: funkcionalne sposobnosti, socioekonomski

status, emocionalno stanje, socijalne interakcije, intelektualne aktivnosti, briga o sebi, obiteljska potpora, zdravstveno stanje, kulturne vrijednosti, etika i religioznost, način života, zadovoljstvo zapošljavanjem i/ili aktivnostima svakodnevnog života i okoliša u kojem osoba živi (Dawalibi, Goulart i Prearo, 2014). Kvaliteta života može biti narušena radi brojnih razloga, a između ostalog i zbog starosti, kao i bolesti.

U svijetu živi oko 125 milijuna ljudi u dobi od 80 godina ili više (WHO, 2015). Pretpostavlja se da će do 2050. godine na svijetu živjeti oko 2 milijarde osoba strajje životne dobi (WHO, 2015). Napredak medicine, produljni životni vijek, kulturološke promjene, te socioekonomski razlozi pridonose povećanju broja starijih ljudi (Farzianpour idr., 2012). Hrvatska je prema kriterijima Ujedinjenih naroda svrstana u države s vrlo starim pučanstvom (Vuletić i Stapić, 2013). Prema Državnom zavodu za statistiku hrvatska nacija se svrstava među najstarije u Europi (DZS, 2013). Tako je u Hrvatskoj porastao broj osoba vrlo visoke životne dobi te je 2011. udio osoba starijih 80 i više godina iznosio 3,9 %, dok je 1953. iznosio 0,8 % (DZS, 2013, str. 10). Prema popisu stanovništva iz 2011. godine u Osječko-baranjskoj županiji je živjelo 74030 osoba starijih od 65 godina, od toga 22496 starijih od 75 godina (DZS, 2013, str. 70). Iako je procjena kvalitete života subjektivna, na osnovu rezultata ovog istraživanja može se zaključiti da kvaliteta života opada sa starošću. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da osobe rane starije životne dobi imaju veću kvalitetu života općenito, ali i u pojedinim domenama, kao što su tjelesno zdravlje, psihološko stanje te zadovoljstvo okolinom u kojoj borave. I u nekima drugim istraživanjima je nađena također negativna povezanost između starosti (Vuletić i Misajon, 2011; Farzianpour idr., 2012) te kognitivnih oštećenja (Nelson i Tabet, 2015) i kvalitete života. Također druga ispraživanja upućuju da i okoliš utječe na kvalitetu života (Besser idr., 2018). Pojedina istraživanja pokazuju da su za zadovoljstvo kvalitetom života osoba starije životne dobi važni pojedini tjelesni aspekti, kao što su osjećaj da osoba ima puno energije, odsustvo boli, sposobnost obavljanja svakodnevnog života i kretanja, te bi i liječnici navedenim aspektima trebali posvetiti više pažnje (Molzahn idr., 2010).

Radi utjecaja akumulacije velikog broja molekularnih i staničnih oštećenja tijekom vremena, na biološkoj razini, dolazi do starenja (WHO, 2015), uslijed čega dolazi do opadanja tjelesnih i kognitivnih funkcija (Chen i Feeley, 2014). Funkcionalne sposobnosti, osobito tjelesno funkcioniranje, imaju značajan utjecaj na kvalitetu života osoba starije životne dobi (Chung idr., 2017). Glavne komponente funkcionalne sposobnosti koje utječu na odnos između funkcionalne sposobnosti i kvalitete života osoba starije životne dobi kod muškaraca su ravnoteža, agilnost i aerobna izdržljivost, a kod žena ravnoteža, agilnost te snaga mišića donjih ekstremiteta (Chung idr., 2017). Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da su osobe rane starije životne dobi zadovoljnije sa svojim zdravljem u odnosu na starije ispitanike. Ipak, svih 30 ispitanika koji su sudjelovali u ovom istraživanju navode da imaju barem jedan, a 83,33 % ispitanika navodi da ima najmanje 2 morbiditeta. Funkcionalna invalidnost doprinosi gubitku samostalnosti te pridonosi povećanoj ovisnosti o drugim osobama (Gureje idr., 2006). Stanić (2016) je utvrdila da morbiditeti negativno utječu na provođenje slobodnih aktivnosti i kvalitetu života osoba starije životne dobi, ali prvenstveno onih osoba s višim obrazovnim statusom.

Problemi s nogama su česti u starijih osoba (Menz, 2008). U ovom istraživanju 16,67 % ima ugrađeno umjetno koljeno ili kuk, a 13,33 % reumatoidni artritis. Problemi s donjim ekstremitetima povezani su sa slabošću, smanjenjem motoričkih performansi te smanjenom razinom tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi (Muchna idr., 2018). Opadanje tjelesnih i kognitivnih funkcija pridonosi razvoju nesigurnosti i nestabilnosti što može rezultirati strahom od pada. Strah od pada povezan je s ograničenjem aktivnosti, povećanim rizikom od pada i smanjenjem kvalitete života (Sartor Glittenberg idr., 2018). Trećina osoba starijih od 65 i polovina osoba starijih od 80 godina padne svake godine, što rezultira povećanjem troškova, institucionalizacijom, te smrću (Muchna idr., 2018). Soares i suradnici (2018) navode da je rizik padanja najveći među osobama starije životne dobi koje imaju najnižu razinu tjelesne aktivnosti. Pucci i suradnici (2012) također navode da postoji pozitivan odnos između tjelesne aktivnosti i kvalitete života, iako ova povezanost varira ovisno o vrsti i intenzitetu tjelesne aktivnosti, kao i o vrsti domene. Stanić (2016) je utvrdila, u istraživanju provedenom u Osijeku, da stariji ispitanici imaju značajno više problema i nezadovoljniji su kvalitetom života zbog različitih oštećenja. Može se reći da, s obzirom da se događaju promjene u svim organima te fiziološkim funkcijama, starost može imati negativan utjecaj na kvalitetu života (Sukić, Brumnić i Znika, 2018).

Iako tjelesna aktivnost pozitivno utječe na fiziologiju starenja poboljšanjem funkcionalnog i psihološkog statusa i blagostanja (Soares i sur., 2018), neophodno je pri planiranju provođenja tjelesne aktivnosti osoba starije životne dobi uvažiti sve promjene koje oni doživljavaju, a one su biloške, socijalne, ekonomske i psihološke prirode (Znika, Šklempa Kokić i Jelica, 2018). Pederson i suradnici (2017) su utvrdili da timski sportovi i vježbe otpora osobe starije životne dobi poboljšavaju fizičku funkciju, psihološku dobrobit i kvalitetu života. Ispitanici su imali veći stupanj instrinzične motivacije jer su više uživali radi društvene interakcije tijekom timskih sportova, dok su za provođenje vježbi snaženja bili motivirani zdravstvenim i kondicijskim benefitom (Pederson idr., 2017).

Osim bioloških promjena, starenje je također povezano s drugim životnim prijelazima kao što su mirovina, preseljenje radi prikladnijeg stanovanja, te smrt prijatelja i partnera (WHO, 2015). Različite, složene potrebe starih ljudi zahtijevaju stručan odgovor od pružatelja usluga (Alabaster, 2007). Starenje ne treba biti samo stvar pojedinca, već ono mora biti podržano od strane javnog zdravstva i socijalne politike (Dawalibi, Goulart i Prearo, 2014). Povećan udio starijeg stanovništva u populaciji zahtijeva prilagodbu zdravstvenog i socijalnog sustava, te traženje zadovoljavajućih načina za poboljšanje kvalitete života ovih osoba. Postoje brojni izazovi u skrbi za stare osobe (Alabaster, 2007). Međunarodna zajednica posvećuje veću pozornost povećanju broja starih osoba usvajanjem odgovarajućih politika kako bi unaprijedili tjelesni, mentalni i socijalni status starije populacije, odnosno kako bi poboljšali njihovu kvalitetu života (Farzianpour idr, 2012). Starenje stanovništva je socijalni fenomen koji zahtijeva pažnju zdravstvenih djelatnika te interdisciplinarni pristup (Dawalibi, Goulart i Prearo, 2014). Potrebno je provoditi dodatna istraživanja kako bi se utvrdio širok raspon problema koji mogu nastati radi starenja (WHO, 2015), što može pridonijeti razvoju intervencija za poboljšanje

kvalitete života osoba starije životne dobi. Fizioterapeuti imaju veliku ulogu u prevenciji bolesnih stanja, te su važni edukatori i promotori zdravlja (Znika idr., 2017).

Intervencije usredotočene na poboljšanje prehrane i smanjenje rizika bolesti krvotoknog sustava mogu odgoditi nastup kognitivnog oštećenja (Nelson i Tabet, 2015). Tourani i suradnici (2018) sugeriraju povećanje participacije starih ljudi u životu zajednice. Praveen (2017) sugerira uvođenje zdravstvene edukacije za starije osobe kako bi izgradili samopouzdanje te si poboljšali kvalitetu života. Kombiniranjem edukacije i vježbanja smanjuju se strah od pada (Sartor Glittenberg idr., 2018), te se time može utjecati na povećanje kvalitete života osoba starije životne dobi. Trening snage može pomoći održavanju mišićne snage te odgoditi potrebu za skrbi (WHO, 2015). Rutinska procjena i menadžment problema donjih ekstremiteta mogu promovirati rane intervencije koje održavaju motoričke performanse, povećanje mobilnosti i stabilnosti, i smanjiti rizik od pada osoba starije životne dobi, što može poboljšati kvalitetu života osoba starije životne dobi (Muchna idr., 2018). Bischoff i suradnici (2003) također sugeriraju provođenje procjene mobilnosti starijih osoba te uvođenje rane intervencije u smislu kućne posjete, fizioterapije, primjene pomagala za kretanje. Znika, Šklempe Kokić i Jelica (2018) ističu prednosti telemedicine, čijom primjenom se olakšava pristup pojedincima u slučajevima fizičke udaljenosti i izolacije.

Zaključno, može se reći da starenje može negativno utjecati na kvalitetu života gerijatrijske populacije. Fizioterapija, tjelesna aktivnost, vježbanje i brojni drugi čimbenici imaju veliku ulogu u poboljšanju odnosno održavanju kvalitete života i zdravlja osoba starije životne dobi. Moguće je adekvatnim javnozdravstvenim intervencijama poboljšati ili održati kvalitetu života osoba starije životne dobi.

LITERATURA

1. Alabaster, E. (2007). Involving students in the challenges of caring for older people. *Nursing Older People*, 19 (6), 23–28.
2. Besser, L. M., Rodriguez, D. A., McDonald, N., Kukull, W. A., Fitzpatrick, A. L., Rapp, S. R. i Seeman, T. (2018). Neighborhood built environment and cognition in non-demented older adults: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Social Science & Medicine*, 200, 27–35.
3. Bischoff, H. A., Stähelin, H. B., Monsch, A. U., Iversen, M. D., Weyh, A., Von Dechend, M. idr. (2003). Identifying a cut off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community dwelling and institutionalised elderly women. *Age and ageing*, 32 (3), 315–320.
4. Broz, Lj., Budisavljević, M., Franković, S. i Not, T. (2009). *Zdravstvena njega*. Zagreb: Školska knjiga
5. Chen, Y. i Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31 (2), 141–161.
6. Chung, P. K., Zhao, Y., Liu, J. D. i Quach, B. (2017). A canonical correlation analysis on the relationship between functional fitness and health-related quality of life in older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 68, 44–48.
7. Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M. i Prearo, L. C. (2014). Factors related to the quality of life of the elderly in programs for senior citizens. *Ciencia & saude coletiva*, 19 (8), 3505–3512.
8. Državni zavod za statistiku (2013) *Popis kućanstva stanovništva i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti*. Zagreb: Državni zavod za statistiku republike Hrvatske. Pridobljeno 3. 10. 2018, s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf.

9. Farzianpour, F., Arab, M., Hosseini, S. M., Pirozi, B. i Hosseini, S. (2012). Evaluation of Quality of Life of the Elderly Population Covered by Healthcare Centers of Marivan and the Influencing Demographic and Background Factors in 2010. *Iran Red Cres Med J.*, 14 (11), 695–696.
10. Gureje, O., Ogunniyi, A., Kola, L. i Afolabi, E. (2006). Functional disability in elderly Nigerians: results from the Ibadan Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (11), 1784–1789.
11. Menz, H. B. (2008). *Foot problems in older people: assessment and management*. New York: Churchill Livingstone.
12. Molzahn, A., Skevington, S. M., Kalfoss, M. i Makaroff, K. S. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19 (2), 293–298.
13. Muchna, A., Najafi, B., Wendel, C. S., Schwenk, M., Armstrong, D. G. i Mohler, J. (2018). Foot Problems in Older Adults: Associations with Incident Falls, Frailty Syndrome, and Sensor-Derived Gait, Balance, and Physical Activity Measures. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 108 (2), 126–139.
14. Nelson, L. i Tabet, N. (2015). Slowing the progression of Alzheimer's disease; what works? *Ageing research reviews*, 23, 193–209.
15. Pedersen, M. T., Vorup, J., Nistrup, A., Wikman, J. M., Alstrøm, J. M., Melcher, P. S. idr (2017). Effect of team sports and resistance training on physical function, quality of life, and motivation in older adults. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 27 (8), 852–864.
16. Praveen, V. (2017). Quality of life among elderly in a rural area. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3 (3), 754–757.
17. Pucci, G., Reis, R. S., Rech, C. R. i Hallal, P. C. (2012). Quality of life and physical activity among adults: population-based study in Brazilian adults. *Quality of Life Research*, 21 (9), 1537–1543.
18. Sartor Glittenberg, C., Bordenave, E., Bay, C., Bordenave, L. i Alexander, J. L. (2018). Effect of a Matter of Balance programme on avoidance behaviour due to fear of falling in older adults. *Psychogeriatrics*, 18 (3), 224–230.
19. Soares, W. J., Lopes, A. D., Nogueira, E., Candido, V., Moraes, S. A. i Perracini, M. R. (2018). Physical activity level and risk of falling in community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of aging and physical activity*, 1–28.
20. Stanić, M. (2016). *Kvaliteta života osoba starije životne dobi*. Završni rad. Osijek: Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku. Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:871781>.
21. Sukić, L. L., Brumnić, V. i Znika, M. (2017). Kvaliteta života osoba starije životne dobi. U M. Smoljić, M. Guzovski i Stojanović, S. (ur.). *STEM obrazovanje - temelj razvoja modernog društva*. Vukovar: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru, 276–283.
22. Tourani, S., Behzadifar, M., Martini, M., Aryankhesal, A., Mirghaed, M. T., Salemi, M. i Bragazzi, N. L. (2018). Health-related quality of life among healthy elderly Iranians: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Health and quality of life outcomes*, 16 (1), 18.
23. Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života. U Vuletić G. idr (ur). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku
24. Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28 (3), 551–558.
25. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Pridobljeno 3. 10. 2018, s <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>.
26. Znika, M., Sajko, M., Brumnić, V. i Šklempa Kokić, I. (2017). Geroprofilaktička uloga fizioterapeuta i medicinskih sestara u demografski staroj Hrvatskoj. *Reumatizam*, 64 (1), 109–110.
27. Znika, M., Šklempa Kokić, I. i Jelica, S. (2018). Promocija zdravlja kroz tjelesnu aktivnost kod starijih. U B. Macuhr (ur.). *Proceedings book with review. 6th Scientific Conference with International Participation: All About People: Challenges for Science and Education* (str. 451–457). Maribor: AMEU – ECM, Alma Mater Press.

Usamljenost starijih osoba kao sve značajni javnozdravstveni problem

UDK 177.82-053.9:614

KLJUČNE RIJEČI: usamljenost, starija osoba, medicinska sestra, javnozdravstveni problem, sestriinske dijagnoze

POVZETEK - *Uspješno starenje je višedimenzionalan i relativan pojam koji ovisi o kulturnom kontekstu, vrijednostima i normama vezanima uz kulturu i društvo te ranijem iskustvu. Aktivno starenje podrazumijeva optimalizaciju psihofizičkih stanja i socijalnih uvjeta čime se povećava kvaliteta života i sprečava rano propadanje sposobnosti te prevenira socijalna ovisnost. Zbog smanjene međugeneracijske interakcije te sve veće društvene i zemljopisne mobilnosti, usamljenost i socijalna izolacija sastavni su dio starenja. Usamljenost je istaknuta kao javnozdravstveni problem jer predstavlja značajan čimbenik rizika za morbiditet i mortalitet među osobama starije životne dobi. Naime, usamljene osobe starije životne dobi imaju veći rizik u incidenciji, progresiji i mortalitetu od kardiovaskularnih bolesti, slabljenja imunološkog sustava, povećane sklonosti upalama, prekomjerne tjelesne težine i sl. Medicinske sestre imaju značajnu ulogu u prepoznavanju i prevenciji usamljenosti. Prema Hildegard Peplau »prava usamljenost je toliko bolna da ju bolesnik mora sakriti, maskirati i braniti se od nje, a njegove obrane su ono čime se medicinska sestra mora baviti dok mu »pomaže da nauči produktivno živjeti s ljudima.«*

UDC 177.82-053.9:614

KEY WORDS: loneliness, older person, nurse, public health problem, nursing diagnosis

ABSTRACT - *Successful aging is a multi-dimensional and relative concept that depends on the cultural context, values and norms related to culture and society and achieved experiences. Active aging means the optimisation of psychophysical and social conditions, which increases the quality of life and prevents early degradation of ability and social dependence. Due to reduced intergenerational interaction and increasing social and geographical mobility, loneliness and social isolation are an integral part of aging. Loneliness is highlighted as a public health problem, because it represents a significant risk factor for morbidity and mortality among older people. Namely, lonely older people, compared to their non-lonely peers, have a higher risk of incidence, progression and mortality from cardiovascular disease, decreased immune system, increased tendency to inflammation and other. Nurses have a significant role in recognising and preventing loneliness. According to Hildegard Peplau, "True loneliness is so painful that the patient has to hide it, disguise it, defend himself against it. His defenses are what the nurse must deal with as she helps him to learn how to live productively with people."*

1 Uvod

Produljenje životnog vijeka, porast broja starijih ljudi i interes da se dobivene godine života provedu u što boljem zdravlju i što duže (materijalno ali i tjelesno), neovisno (o drugim članovima obitelji, institucijama i slično) rezultirali su povećanjem interesa za starenje kako pojedinca tako i društva na svim razinama: od opće javnosti, znanstvenika do kreatora politika (Bara i Podgorelec, 2015).

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da često ne primjećujemo razliku, su starost i starenje (Lovreković i Leutar, 2010). »Poistovjećivanje starosti, starenja i kronološke dobi pojedinca nije precizan pokazatelj jer je starenje individualan proces definiran biološkim, psihološkim i društvenim čimbenicima« (Bara i Podgorelec,

2015, str. 59–60). Tako možemo reći da je starost jedno određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok starenje označava fiziološke promjene koje se prirodno i neprekidno odvijaju u svih živih bića (Tomek - Roksandić idr., 2012). U svom poznatom psihološkom rječniku, izdanom 1978. godine, Popescu - Neveanu (u Struniga, 2012) opisuje starost kao terminalnu dobnu fazu u evoluciji nekog organizma, a sa stajališta tijela navodi kako je starenje distrofično stanje često zakomplicirano kroničnim bolestima. Mnoge teorije su pokušavale objasniti zašto starimo, međutim ni jedna nije dala potpuno objašnjenje (Davidovic idr., 2010), pa se često teorije međusobno isprepliću (Duraković, 2007). Također, mnoge su teorije koje pokušavaju objasniti promjene s kojima se susreću starije osobe tijekom umirovljenja. Tako Ebersole i suradnici (2005, u Lahe, 2016) navode kako socijalno povlačenje kao prirodni proces starenja predstavlja uzajamnu korist, kako pojedinca tako i društva, jer se stariji dobrovoljno umirove i isključe iz postojećih društvenih uloga. Teorija kontinuiteta nalaže da je tranzicija u mirovinu lakša kada se ljudi više posvete ulogama koje su im bliske (npr. uloga bake, djeda, umirovljene učiteljice koja poučava unuke ...) s obzirom na pretpostavku da starije osobe ne žele velike promjene u mirovini u odnosu na prethodno razdoblje (Đorđević, 2013). Međutim, nemaju sve starije osobe mogućnosti usmjeriti svoje vrijeme i preostale sposobnosti na članove obitelji, pa se nerijetko osjećaju usamljenima.

2 Socijalna i emocionalna usamljenost kod starijih osoba

Prema Vanhalstu idr. (2015, u Huang, Liu i Liu, 2016), postoje dvije sukobljene perspektive usamljenosti, pri čemu je prvi sukob označen kao usamljenost-održavanje perspektive koji tvrdi da usamljenost smanjuje osjetljivost na potencijalne koristi od situacija koje zadovoljavaju potrebu za pripadnošću. U prilog navednoj perspektivi govore neka prethodna istraživanja koja su ukazala na štetan utjecaj usamljenosti na socijalno funkcioniranje pojedinca (Uchino, 2006; Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco i Bartels 2007; Hawkey i Cacioppo, 2010). Drugi sukob je označen kao usamljenost-redukcijska perspektiva koji tvrdi da frustrirana potreba za pripadnošću daje poticaj pojedincima da se socijalno uključe i povećaju potrebno zadovoljstvo (Vanhalst idr., 2015, u Huang idr., 2016). Studije Shaleva i Bargha (2015) te Clarka, Loxtona i Tobina (2015) daju podršku ovoj perspektivi s obzirom da usamljeni pojedinci vrlo vjerojatno pamte informacije vezane za međuljudske odnose ili kolektivne društvene veze, odnosno usamljeni pojedinci su motiviraniji da ostvare nove društvene veze. Dakle, usamljenost ponekad može biti promatrana i doživljena kao pozitivno iskustvo u kojem pojedinac nastoji ostvariti aktivniji društveni život.

U istraživanjima usamljenosti kod starijih ljudi u Europi učestalost kronične ili česte usamljenosti varira i može biti čak do 45 % zastupljena, ovisno o mjerenjima, uzorku populacije i dobne skupine (Due, Sandholdt, Siersma i Waldorff, 2018). Tako Masi, Chen, Hawkey i Cacioppo (2011), navode kako se većina ljudi koji osjećaju usamljeno pokušavaju riješiti samoće prije nego što ona postane ekstremna i to najčešće

ostvarivanjem novih društvenih veza. Naime, starije osobe suočavaju se s brojnim izazovima kako bi ostale društveno aktivne, ali nedavna istraživanja (Buchman idr., 2009; Buchman idr., 2010; Cattan, Kime i Bagnall, 2011; Segrin i Domschke, 2011; Shankar, McMunn, Banks i Steptoe, 2011) pokazuju veliku raznolikost u dobnim promjenama i zadovoljstvu socijalnim životom. Društveni odnosi i socijalna integracija ključni su za emocionalno ispunjenje i razvoj tijekom života (Hughes idr., 2004, u Beutel idr., 2017), pri čemu izvor zadovoljstva i socijalne podrške starijima čine društvo i emocionalna potpora njihove djece, rođaka i prijatelja s kojima starije osobe uživaju u zajedničkom provođenju vremena, znajući da uz sebe imaju dobro poznate osobe kojima se mogu obratiti za pomoć ukoliko se za time ukaže potreba (Zahawa i Bowling, 2004, u Vuletić i Stapić, 2013). Promjene tijekom života kao što su odlazak u mirovinu, smrt supružnika, braće, sestara, prijatelja, bolest, smanjenje prihoda i veća zavisnost mogu dovesti do gubitka društvenih uloga (Weiss, 2005; Vuletić i Stapić, 2013) pa starije osobe mogu ograničeno participirati u društvenim aktivnostima (Li i Ferraro, 2006; Hawkey idr., 2009). U prilog navedenome govore mnoga istraživanja koja su pokazala kako su niže razine usamljenosti povezane s brakom (Hawkey, Browne i Cacioppo, 2005; Smith, 2002), višom razinom obrazovanja, višim materijalnim statusom (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg i Pitkala, 2005), religioznosti i socijalnom podrškom (Cumplings, Neff i Husaini, 2003), a povišena razina usamljenosti povezana je sa samačkim kućanstvom (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg i Pitkala, 2006), nedovoljnim socijalnim kontaktima s prijateljima i obitelji (Hawkey idr., 2005, Routasalo idr., 2006; Mushtaq, Shoib, Shah i Mushtaq, 2014), narušenim zdravstvenim stanjem (Hawkey idr., 2009; Hawkey idr. 2010; Shankar idr., 2011), niskim socioekonomskim statusom (Savikko idr., 2005), kroničnim stresom na poslu i okolini, nedostatkom povjerenja u braku (Hawkey idr., 2009).

3 Moguće posljedice – ishodi usamljenosti

Ljudi doživljavaju vlastitu usamljenost na način kako ju opisuju (Cosan, 2014). Tako je u starijoj životnoj dobi usamljenost česta pojava (Theeke, 2007; La Grow, Neville, Alpass i Rodgers, 2012; Luo, Hawke, Waite i Cacioppo, 2012) te je prediktor mnogih zdravstvenih poteškoća. Usamljenost, kao jedan od uzroka porasta depresije (Doshi, Cen i Polsky, 2008; Cacioppo, Hawkey i Thisted, 2010; Hawkey i Capitano, 2015), predstavlja veći rizik za razvoj demencije (Wilson i dr., 2007), kardiovaskularnih oboljenja (Hawkey idr. 2010), poremećaj spavanja (Kurina idr., 2011), slabljenje imunološkog sustava, povećanu sklonost upalama (Wolf i Davis, 2014), prekomjernu tjelesnu težinu (Sample, 2014). Također, usamljenost utječe na povećanu osjetljivost na bol (Jaremka i dr., 2013). Istraživanje koje su proveli Holt - Lunstad, Smith i Layton (2010) pokazalo je da je usamljenost izravno povezana s mortalitetom, vjerojatno zato jer usamljenije osobe više boluju od kroničnih bolesti (Thurston i Kubzansky, 2009). U nastavku ćemo detaljnije objasniti neke od najčešćih posljedica usamljenosti.

3.1 Negativni osjećaji

S obzirom na porast starijega stanovništva, sve se veća važnost pridaje kvaliteti života (Chan i sur., 2009, u Nikmat i sur., 2015). Jedan od glavnih zdravstvenih problema u starije populacije je depresija (Assil i Zeidan, 2013; Fukunaga idr., 2012), pri čemu prevalencija depresije u starijoj životnoj dobi varira između 4,5 % i 37,4 % (Forlani idr., 2014). Nakon sedamdesete godine života usamljenost, koja je pozitivno povezana sa negativnim osjećajima, nezadovoljstvom i slabom socijalnom podrškom, postupno se povećava s dobi (Gan i sur., 2015). Dakle, usamljenost kod starijih osoba jedan je od značajnih predisponirajućih faktora za nastanak depresije. Tako je kod najstarijih starih osoba depresija povezana sa smrtnošću samo kada je prisutan osjećaj usamljenosti (Max idr., 2005, u Singh i Misra, 2009). »Osjećaj usamljenosti kod starijih osoba može se javiti kao posljedica samačkog života, nedostatka bliskih obiteljskih veza te nemogućnosti aktivnog sudjelovanja u različitim aktivnostima lokalne zajednice« (Singh i Misra, 2009). Novija istraživanja pokazuju povezanost prehrane s pojavnosću usamljenosti. Tako su rezultati istraživanja koje su proveli Wang i sur. (2016) na 7968 osoba starije životne dobi pokazali kako je nedostatak druženja za vrijeme ručka povezan s pojavom depresivnih simptoma kod žena u dobi između 60 i 74 godine. Autori su zaključili kako objed bez društva može biti jači čimbenik povezan s depresivnim simptomima nego samački život.

3.2 Negativna percepcija ljudi

Opće negativno raspoloženje usamljenih osoba često se reflektira i na ljude oko njih, pri čemu usamljene osobe imaju tendenciju da negativno doživljavaju ljude oko sebe (Cosan, 2014). Usamljene osobe, osim što negativno doživljavaju okolinu, gube interes za ugadanje drugima te su skloni pristranom percipiranju okoline, pri čemu veću pozornost usmjeravaju na negativne aspekte života (Sviarkaltsava, 2016, str. 52). Proučavajući literaturu, Killen (1998, u Sviarkaltsava, 2016, str. 52) je ustanovio da se usamljenost najviše povezuje s negativnim fenomenima poput depresije, sramežljivosti, anksioznosti, ljutnje i napetosti, samookrivljanja, obezvređivanja i ostalih negativnih psiholoških stanja.

3.3 Smanjena socijalna interakcija

Zbog smanjene međugeneracijske interakcije te sve veće društvene i zemljopisne mobilnosti, usamljenost i socijalna izolacija sastavni su dio iskustva starenja (Valtorta i Hanratty, 2012). »No, ukoliko pojedina osoba ima samo nekoliko socijalnih kontakata ili ako živi sama, to ne mora nužno značiti da je usamljena. Naime, za starije osobe vrijeme provedeno s obitelji može predstavljati manju ugodu nego posjeta prijatelju ili susjedu. Navedeno možemo pripisati činjenici da su odnosi s obitelji obvezni, a oni s prijateljima su stvar izbora« (Singh i Misra, 2009). Ipak, starije osobe su podložnije socijalnoj usamljenosti u usporedbi s mlađim skupinama zbog njihove ograničene mobilnosti, smanjenja socijalnih mreža zbog smrti supružnika, obitelji i prijatelja te promjenom društvenih uloga zbog umirovljenja i smanjenih prihoda (Miyawaki, 2015). Smanjena socijalna interakcija definirana je nedostatkom kontakta s drugima,

odnosno obilježena je rijetkom društvenom interakcijom i nedostatnim sudjelovanjem u društvenim aktivnostima i skupinama (Cornwell i Waite, 2009), pri čemu se odražava smanjenom kvalitetom života (Hawton idr., 2010), viskom stopom mortaliteta (Holt - Lunstad idr., 2010), visokim krvnim tlakom (Hawkley i sur., 2010), depresijom (Forlani idr., 2014), sklonosti suicidalnom ponašanju (Heisel, Conwell, Pisani i Duberstein, 2011; You, Van Orden i Conner, 2011; You i Park, 2017).

3.4 Rizično ponašanje: konzumacija alkohola te pokušaj suicida

Usamljenost je povezana s negativnim zdravstvenim ponašanjem poput konzumacije alkohola, droga, pušenja i fizičke neaktivnosti (Canham, Mauro, Kaufmann i Sixsmith, 2016). Istraživanje koje su proveli Wilson i Muolton (2010, u Canham idr., 2016) pokazalo je kako je konzumacija alkohola i droga kod 63 % osoba starijih od 45 godina prisutna zbog osjećaja usamljenosti. Pretjerana konzumacija alkohola predstavlja važan problem javnog zdravlja, pri čemu alkohol diljem svijeta konzumira oko 2 milijarde ljudi (Cerda, Johnson - Lawrence i Galea, 2011). Frisher idr. (2015) navode kako osobe mlađe životne dobi konzumiraju alkohol u većim količinama, ali osobe starije životne dobi alkohol konzumiraju češće. Kada govorimo o suicidu, potrebno je prvo rastumačiti definiciju model za razumijevanje suicida. Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje (Marčinko, 2011). Durkheim je postavio model za razumijevanje psihosociološke teorije suicida, pri čemu je suicid svrstao u jednu od četiriju kategorija: egoistični suicid, altruistični suicid, anomični suicid i fatalistični suicid (Marčinko, 2011). Pojavnost suicida kod starijih osoba iznad 65 godina najveći je u zemljama u razvoju, odnosno 80,3 suicida na 100.000 stanovnika (Ro, Park, Lee i Jung, 2015). Ipak, zabrinjavajući je podatak porasta suicida kod osoba starije životne dobi (Mimica i Kušan Jukić, 2013), pri čemu starije osobe, za razliku od drugih dobnih skupina, imaju veću šansu da će umrijeti pri prvom pokušaju suicida zbog izbora smrtonosnijih metoda (Van Orden i sur., 2015). Naime, za razliku od suicida kod mladih koje je uzrokovano jednim čimbenikom (nedostatak akademskog postignuća, raspad ili neslaganje s roditeljima ili nastavnicima), kod starijih osoba više je čimbenika za suicid: usamljenost zbog gubitka supružnika ili rodbine, kronične bolesti ili financijske poteškoće (Jang i Jin, 2012, u Ro idr., 2015). Što se tiče spola, pod povećanim rizikom su muškarci stariji od 75 godina (3 – 4 puta veći rizik) koji su udovci ili razvedeni, socijalno izolirani i imaju simptome depresivnog poremećaja i ovisnosti o alkoholu (Mimica i Kušan Jukić, 2013; Inder idr., 2014), a što se tiče sezonskih varijacija, muškarci češće počinju suicid u proljeće, a žene u proljeće i jesen (Marčinko, 2011). Istraživanja pokazuju kako 70 % žrtava suicida starije dobi ima ozbiljnu sliku depresije u tjednima prije počinjenja suicida, a oko 20 % žrtava suicida starije dobi zadovoljavaju tjednima prije suicida kriterije za ovisnost o alkoholu (Marčinko, 2011).

4 Medicinske sestre u skrbi za starije

Prema gotovo svim teorijama zdravstvene njege, bolesnik/klijent bi trebao biti centar kojemu su usmjereni različiti pristupi, a on bi kao ravnopravan sudionik svoga liječenja/skrbi trebao odabrati one postupke/intervencije koji su iz njegove perspektive najbolji mogući (Kalauz, 2011). Mnogi se autori slažu da takav sveobuhvatan, holistički pristup, odnosno pristup čovjeku kao psihofizičkom, duhovnom i socijalno egzistencijalnom totalitetu, jest temelj za razvoj sestrinstva kao profesije (Kalauz, 2011). Stoga, zdravstvenu njegu treba gledati u svjetlu interaktivnog odnosa između jedne (jedinstvene) medicinske sestre i jednog (jedinstvenog) korisnika te usluge (Kalauz, 2011). Međutim, u literaturi postoje različiti koncepti odnosa kao što su, npr. odnos skrbi, interpersonalni odnos, terapijski odnos, odnos brižnosti, pri čemu nisu uvijek jasne razlike između njih (Walivaara, Savenstedt i Axelsson, 2013). Kod odnosa skrbi medicinska sestra brine za ljudske potrebe, pri čemu se usredotočuje na potrebe, ograničenja, ali i na preostale sposobnosti pojedinca o kojem skrbi (Granados Gamez, 2009). »Zdravstvenu njegu treba promatrati i iz perspektive bolesnika. Smatra se da je primanje skrbi ključan aspekt cjelokupnog procesa zdravstvene njege, posebice kada je riječ o bolesnoj djeci i osobama starije životne dobi, no ona je važna i za zdrave i odrasle ljude. Kao dio procesa zdravstvene njege razvila se klasifikacija sestrinskih dijagnoza koja olakšava medicinskim sestrama da opišu bolesnikove probleme, a koja je drugačija od postojeće medicinske terminologije i klasifikacije medicinskih dijagnoza« (Kalauz, 2011, str. 196).

U svom su radu medicinske sestre usmjerene prema zadovoljavanju ukupnih potreba čovjeka koje se javljaju kao posljedica narušenog zdravlja, za razliku od medicine koja je usmjerena prema liječenju bolesti koje zahvaćaju pojedine organe ili organske sustave (Kalauz, 2011). Tako je u sestrinskim dijagnozama usamljenost prepoznata kao problem kojeg su medicinske sestre ovlaštene identificirati i rješavati tako da u sestrinske planove, prema prioritetima, postave sestrinsku dijagnozu s pripadajućim ciljevima i intervencijama. Prema Peplau (1997, u Penckofer, Byrn, Mumby i Ferrans, 2011), povjerenje u odnosu medicinska sestra - pacijent od esencijalnog je značaja te je autorica vjerovala da odnos između medicinske sestre i pacijenta ima utjecaja na ishod skrbi. Nadalje, Peplau ističe kako je »prava usamljenost toliko bolna da ju bolesnik mora sakriti, maskirati i braniti se od nje, a njegove obrane su ono čime se medicinska sestra mora baviti dok mu pomaže da nauči produktivno živjeti s ljudima« (Penckofer idr., 2011). Tako je Peplau opisala strukturu odnosa medicinske sestre i pacijenta kroz tri faze: prepoznavanje problema (orijentacijska faza), pomaganje medicinske sestre pacijentima da rade na svojim problemima pružajući im pomoć u fizičkoj skrbi te zdravstvenim savjetovanjem i poučavanjem (radna faza) te osiguranje vremena za zajedničko vrednovanje njihovog postignuća (faza završetka) (Peplau, 1997, u Penckofer idr., 2011). Također, Peplau je smatrala da poznavanjem individualnih potreba svake osobe/pacijenta, medicinska sestra pomaže u uspostavljanju brige o interakcijama koje su neophodne za odnos medicinska sestra - pacijent te je vjerovala

da su mentalni poremećaji često posljedica neadekvatne komunikacije, a medicinske sestre su ključ za poticanje terapijske okoline (Penckofer idr., 2011).

Da bi medicinska sestra prepoznala osjećaje i potrebe starijih osoba te definirala sestrišću dijagnozu (u ovom slučaju usamljenost) svakako osim onih elementarnih znanja koja stječe svojim formalnim obrazovanjem mora posjedovati i koristiti emocionalnu inteligenciju u svome svakodnevnom radu. Dakle, sposobnost medicinskih sestara može biti povezana s nekim osobnim atributima poput emocionalne inteligencije i crta ličnosti. Neki autori tvrde da je emocionalna inteligencija važnija čak i od kvocijenta inteligencije u postizanju pozitivnih ishoda u pogledu pacijenta i zdravstvene njege (Heydari i sur. 2016) s obzirom da omogućava medicinskim sestrama upravljanje i regulaciju pacijentovih ali i vlastitih emocija (Giménez - Espert i Prado - Gascó, 2017).

5 Zaključak

Usamljenost je značajan javnozdravstveni problem s kojim se susreću osobe starije životne dobi. S obzirom da je usamljenost složen konstrukt, potrebno je provoditi daljnja, kontinuirana istraživanja iz drugih perspektiva kako bi se mogli razviti modeli prevencije te time spriječiti njezine posljedice poput negativnih zdravstvenih ponašanja (konzumacija alkohola, pušenje, sklonost suicidalnom ponašanju i slično) s ciljem povećanja kvalitete života osoba starije životne dobi.

LITERATURA

1. Assil, S. M. i Zeidan, Z. A. (2013). Prevalence of depression and associated factors among Sudanese elderly: a household survey in Khartoum State. *East Mediterr Health J*, 19 (5), 435–440.
2. Bara, M. i Podgorelec, S. (2015). Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina*, 38 (45), 58–71.
3. Beutel, M., Klein, E. M., Brahler, E., Reiner, I., Junger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Munzel, T., Lackner, J. K. i Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 97.
4. Buchman, A., Boyle, P., Wilson, R., Brayn, J., Leurgans, S., Arnold, S. i Bennett, D. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study. *BMC Geriatr.*, 10 (1), 77.
5. Buchman, A., Boyle, P., Wilson, R., Fleischman, D. A., Leurgans, S. i Bennett, D. (2009). Association between late-life social activity and motor decline in older adults. *Arch Intern Med.*, 169 (12), 1139–1146.
6. Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C. i Thisted, R. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: Five Year Cross-Lagged Analyses of Loneliness and Depressive Symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol. Aging*, 25 (2), 453–463.
7. Canham, S. L., Mauro, P. M., Kaufmann, C. N. i Sixsmith, A. (2016). Association of alcohol use and loneliness frequency among middle-aged and older adult drinkers. *J Aging Health*, 28 (2), 267–284.
8. Cattan, M., Kime, N. i Bagnall, A. M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people-an evaluation. *Health Soc. Care Community*, 19 (2), 198–206.

9. Cerda, M., Johnson - Lawrence, V. i Galea, S. (2011). Lifetime income patterns and alcohol consumption: Investigating the association between long- and short-term income trajectories and drinking. *Soc. Sci. Med.*, 73 (8), 1178–1185.
10. Clark, M. D., Loxton, N. J. i Tobin, S. J. (2015). Multiple mediators of reward and punishment sensitivity on loneliness. *Pers. Individ. Differ.*, 72, 101–106.
11. Cornwell, E. Y. i Waite, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J. Health Soc. Behav.*, 50 (1), 31–48.
12. Cosan, D. (2014). *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences.*
13. Cummings, S., Neff, J. A. i Husaini, B. A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: the role of race, religiosity, and social support. *Health Soc. Work*, 28 (1), 23–32.
14. Davidovic, M., Sevo, G., Svorcan, P., Milosevic, D. P., Despotovic, N. i Erceg, P. (2010). Old age as a privilege of the “selfish ones”. *Aging and Disease*, 2 (1), 139–146.
15. Doshi, J. A., Cen, L. i Polsky, D. (2008). Depression and Retirement in Late Middle – Aged U.S. Workers. *Health Serv. Res.*, 43 (2), 693–713.
16. Due, T. D., Sandholdt, H., Dirk Siersma, V. i Boch Waldorff, F. (2018). How well do general practitioners know their elderly patients’ social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract.*, 19, 34.
17. Duraković, Z. (2007). *Gerijatrija. Medicina starije dobi.* Zagreb.
18. Đorđević, M. (2013). *Psihosocijalni čimbenici umirovljenja. Razvojna psihologija.*
19. Forlani, C., Morri, M., Ferrari, B., Dalmonte, E., Manchetti, M., De Ronchi, D. i Atti, A. R. (2014). Prevalence and Gender Differences in Late-Life Depression: A Population-Based Study. *Am J. Geriatr. Psychiatry*, 22 (4), 370–980.
20. Frisher, M., Mendonca, M., Shelton, N., Pikhart, H., de Oliveira, C., i Holdsworth, C. (2015). Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *BMC Public Health.*, 15, 703.
21. Fukunaga, R., Abe, Y., Nakagawa, Y., Koyama, A., Fujise, N. i Ikeda, M. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12 (3), 179–185.
22. Gan, P., Xie, Y. Duan, W., Deng, Q. i Yu, X. (2015). Rumination and Loneliness Independently Predict Six-Month Later Depression Symptoms among Chinese Elderly in Nursing Homes. *PLoS One.*, 10 (9).
23. Giménez - Espert, M. C. i Prado - Gascó, V. J. (2017). The moderator effect of sex on attitude toward communication, emotional intelligence, and empathy in the nursing field. *Rev Lat Am Enfermagem.*, 25.
24. Granados Gamez, G. (2009). The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nurs. Sci. Q.*, 22, 126–127.
25. Hawkey, L. C. i Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Ann. Behav. Med.*, 40 (2).
26. Hawkey, L. C. i Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 26, 370.
27. Hawkey, L. C., Browne, M. i Cacioppo, J. T. (2005). How can i connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16 (10), 798–804.
28. Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L., Masi, C., Thisted, R. i Cacioppo, J. T., Thisted, R. A. in Cacioppo, J. T. (2009). From social structure factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63 B, 375–384.
29. Hawkey, L. C., Thisted, R., Masi, C. i Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging*, 25 (1), 132–141.

30. Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J. i Campbell, J. L. (2010). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20 (1), 57–67.
31. Heidari, M., Shahbazi, S., Ghafourifard, M. i Sheikhi, R. A. (2017). Prediction of Marital Satisfaction Based on Emotional Intelligence in Postmenopausal Women. *J Menopausal Med.*, 23 (3), 196–201.
32. Heisel, M. J., Conwell, Y., Pisani, A. R. i Duberstein, P. R. (2011). Concordance of Self- and Proxy-reported Suicide Ideation in Depressed Adults 50 Years of Age or Older. *Can. J. Psychiatry*, 56 (4), 219–226.
33. Heydari, A., Kareshki, H. i Reza Armat, R. (2016). Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *J Caring Sci.*, 5 (2), 121–132.
34. Holt - Lunstad, J., Smith, T. B. i Layton, B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*, 7, 2–20.
35. Huang, H., Liu, Y. i Liu, X. (2016). Does Loneliness Necessarily Lead to a Decrease in Prosocial Behavior? The Roles of Gender and Situation. *Front Psychol.*, 7, 1388.
36. Inder, K. J., Handley, T. E., Johnston, A., Weaver, N., Coleman, C., Lewin, T. J., Slade, T. i Kelly, B. J. (2014). Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*, 14, 208.
37. Jaremka, L., Fagundes, C. P., Glaser, R., Bennett, J., Malarkey, W. B. i Kiecolt - Glaser, J. K. (2013). Loneliness Predicts Pain, Depression, and Fatigue: Understanding the Role of Immune Dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38 (8), 1310–1317.
38. Kalauz, S. (2011). *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma*. Zagreb: Pergamena.
39. Kurina, L. M., Knutson, K. L., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T., Lauderdale, D. S. i Ober, C. (2011). Loneliness Is Associated with Sleep Fragmentation in a Communal Society. *Sleep.*, 34 (11), 1519–1526.
40. La Grow, S., Neville, S., Alpass, F. i Rodgers, V. (2012). Loneliness and self-reported health among older persons in New Zealand. *Australas J. Ageing*, 31 (2), 121–123.
41. Lahe, D. (2016). *Sociološki vidiki odnosa mladih do staranja, starosti in starejših ljudi v slovenski postmoderni družbi (Doktorska disertacija)*. Maribor: Univerza v Mariboru.
42. Li, Y. i Ferrar, K. F. (2006). Volunteering in Middle and Later Life: Is Health a Benefit, Barrier or Both? *Social Forces*, 85, 497–519.
43. Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. *Soc. ekol. Zagreb*, 19 (1), 55–79.
44. Luo, Ye, Hawkey, L., Waite, L. i Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, Health, and Mortality in Old Age. *A National Longitudinal Study*, 74 (6), 907–914.
45. Marčinko, D. (2011). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb.
46. Masi, C., Chen, H. Y., Hawkey, L. C. i Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219–266.
47. Mimica, N. i Kušan Jukić, M. (2013). Depresija u osoba starije životne dobi: Specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *Medix*, 106, 213–218.
48. Miyawaki, C. E. (2015). Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. *Ageing Soc.*, 35 (10), 2201–2228.
49. Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T. i Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research*, 8 (9).
50. Nikmat, A. W., Hashim, N. A., Omar, S. A. i Razali, S. (2015). Depression and Loneliness/Social Isolation among patients with cognitive impairment in Nursing Home. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16 (2).

51. Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P. i Ferrans, C. E. (2011). Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nurs. Sci. Q.*, 24 (2), 146–151.
52. Ro, J., Park, J., Lee, J. i Jung, H. (2015). Factors That Affect Suicidal Attempt Risk Among Korean Elderly Adults: A Path Analysis. *J. Prev. Med. Public Health*, 48 (1), 28–37.
53. Routasalo, P. E., Savikko, Reijo, N., Tilvis, S. Strandberg, T. E. i Pitkala, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology*, 52 (3), 181–187.
54. Sample, I. (2014). Loneliness twice as unhealthy as obesity for older people, study finds. *Medical research*.
55. Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T. E. i Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41 (3), 223–233.
56. Segrin, C. i Domschke, T. (2011). Social support, loneliness, recuperative processes, and their direct and indirect effects on health. *Health Commun.*, 26 (3), 221–232.
57. Shalev, I. i Bargh, J. (2015). On the association between loneliness and physical warmth-Seeking through bathing: reply to Donnellan et al. (2014) and three further replications of Bargh and Shalev (2012) Study 1, *Emotion*, 15, 120–123.
58. Shankar, A., McMunn, A., Banks, J. i Steptoe, A. (2011). Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol.* 30 (4), 377–385.
59. Singh, A. i Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18 (1), 51–55.
60. Smith, J. (2002). Life Contexts and Social Relationships From Age 70 to 100+, 6–8.
61. Strunga, A. (2012). Aktivno starenje u Europi-nove perspektive. *Andragoški glasnik*, 16 (1), 33–41.
62. Sviarkaltsava, V. (2016). The Effect of Loneliness on the Perception and Learning of Negative Words. *Department of Psychology*, 51–67.
63. Theeke, L. A. (2007). Sociodemographic and Health-Related Risks for Loneliness and Outcome Differences by Loneliness Status in a Sample of Older U. S. Adults (Dissertation). 1–131.
64. Thurston, R. C. i Kubzansky, L. D. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med.*, 71 (8), 836–842.
65. Tomek - Roksandić, S., Lukić, M., Deucht, A., Županić, M., Ljubičić, M., Šimunec, D., Garić, S., Mravak, S., Jelić, M., Šepec, S., Blažeković, S., Milaković, Tomasović Mrčela, N., Vučevac, V., Predavec, S., Pavković, F. i Katić, M. (2012). Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. 2. dopunjeno izdanje.
66. Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, N. C. in Ciarocco, Bartels. J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *J. Personal. Soc. Psychol.*, 92, 56–66.
67. Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377–387.
68. Valtorta, N. i Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105 (12), 518–522.
69. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A. i Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600.
70. Vuletić, G. i Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Izvorni znanstveni članak. Klinička psihologija*, (1–2), 45–61.
71. Walivaara, B. M., Savenstedt, S. i Axelsson, K. (2013). Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *Open Nurs J*, 7, 89–95.
72. Wang, H., Wang, H., Cheng, H. i Che, Z. (2016). Ameliorating effect of luteolin on memory impairment in an Alzheimer's disease model. *Mol. Med. Rep.*, 13, 4215–4220.
73. Weiss, R. S. (2005). Retirement, Marriage, and Social Isolation. *Illness, Crisis, and Loss*, 13, 75–84.

74. Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, E. F., Barnes, L. L., Tang, Y. i Bennett, D. A. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64, 234–240
75. Wolf, D. L. i Davis, M.C. (2014). Loneliness, Daily Pain, and Perceptions of Interpersonal Events in Adults with Fibromyalgia, 33 (9), 929–937.
76. You, S. i Park, M. (2017). Resilience Protected against Suicidal Behavior for Men But Not Women in a Community Sample of Older Adults in Korea *Front. Psychol.*, 8, 401.
77. You, S., Van Orden, K. i Conner, K. R. (2011). Social Connections and Suicidal Thoughts and Behavior. *Psychol Addict Behav.*, 25 (1), 180–184.

Sprememba načina prehranjevanja pri uporabniku v Centru za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica

UDK 376-053.2+613.2

KLJUČNE BESEDE: motnje v duševnem razvoju, prehranjevanje, motnje hranjenja, otroci, mladostniki

POVZETEK - Otroci in mladostniki z motnjami v duševnem in telesnem razvoju imajo pogosto pridružene motnje prehranjevanja, v različnih pojavnih oblikah in obsegu. V Centru za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica se pogosto srečujemo z otroki in mladostniki, ki imajo motnje prehranjevanja, kot so na primer: hipersenzibilnost perioralnega področja, podaljšan refleks ugriza, nezmožnost žvečenja, odsotnost požiralnega refleksa, nevarnost aspiracije, gastroezofagealni refluks in druge. Tovrstne motnje predstavljajo velik izziv tako z vidika zagotavljanja kvalitetne zdravstvene nege kot z vidika upoštevanja različnih socializacijskih dejavnikov. Upoštevati je treba varnost otroka oziroma mladostnika, prav tako pa ne gre pozabiti na pomembne blagodejne učinke, ki jih v naši družbi predstavlja prehranjevanje v povezavi z našo človeško identiteto in normalizacijskimi učinki, ki jih ima prehranjevanje v skupini. Prehranjevanje skupaj z družinskimi člani ali prijatelji pozitivno vpliva na blagostanje posameznika. Za veliko otrok in mladostnikov pa prehranjevanje nosi s seboj tudi tveganje za zdravje, tako z vidika zdravega prehranjevanja kot z vidika zagotavljanja zadostnih količin hrane. V prispevku je predstavljen primer uvajanja spremembe v načinu prehranjevanja pri otroku z motnjami v duševnem in telesnem razvoju. Pri uvajanju spremembe v ustanovi so sodelovali različni strokovnjaki z namenom, da bi celostno odgovorili na otrokove potrebe tako z vidika zdravstvenega stanja kot z vidika zadovoljevanja njegovih socializacijskih potreb in njegovega dobrega počutja.

UDC 376-053.2+613.2

KEY WORDS: intellectual disabilities, eating, eating disorders, children and adolescents

ABSTRACT - Children and youth with intellectual and physical disabilities often have eating disorders of various forms and ranges. In the Centre for Training, Work and Care Radovljica, we often encounter children and adolescents with eating disorders such as: hypersensitivity of the perioral area, prolonged reflex bite, absence of swallowing reflex, aspiration risk, gastroesophageal reflux and other. Such disorders represent a great challenge, both in terms of providing quality nursing care and taking into account the different socialisation factors. It is necessary to take into account the safety of the child or adolescent, and we also should not forget the beneficial effects that eating in our society has in relation to the human identity and normalisation effects of eating in a group. Eating together with family members or friends positively influences the well-being of an individual. For many children and adolescents, eating also carries health risks, both in terms of safe eating and providing sufficient nutrition. The article presents an example of introducing change in the eating habits of a child with intellectual and physical disabilities. Various experts were involved in introducing a change at the institution in order to respond fully to his needs, both in terms of health status and satisfying his socialisation needs and his well-being.

1 Uvod

V Centru za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica se zaposleni pogosto srečujemo z uporabniki, ki imajo različne motnje prehranjevanja. V centru se socialna in zdravstvena oskrba uporabnikov močno prepletata, govorimo lahko o izvajanju integrirane

oskrbe. Posebej na področju podpore uporabnikom pri prehranjevanju se srečujejo različne stroke in različni pogledi na to, kaj je varna podpora uporabnikom pri prehranjevanju in kakšno podporo uporabniki potrebujejo, da doživijo obedovanje kot prijeten, socialni dogodek. Pomembno je, da upoštevamo varnost uporabnikov, prav tako pa ne gre pozabiti na pomembne blagodejne učinke, ki jih v naši družbi predstavlja prehranjevanje v povezavi z našo človeško identiteto in normalizacijskimi učinki, ki jih ima prehranjevanje v skupini. Nirje (1969) je v svojem normalizacijskem principu o prehranjevanju zapisal, da gre za družinsko situacijo, ki implicira počitek, harmonijo in zadovoljstvo. Za veliko ljudi z motnjo v duševnem razvoju pa prehranjevanje s seboj nosi tudi tveganja za zdravje, tako iz vidika varnega, zdravega prehranjevanja kot iz vidika zagotavljanja zadostnih količin hrane (Žemva, 2010). Posebnega pomena pri izvajanju podpore pri prehranjevanju je sodelovanje s svojci, posebej pri tistih uporabnikih, ki med tednom bivajo v našem centru, čez vikende in počitnice pa so vključeni v domače okolje.

2 Center za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica

Center za usposabljanje, delo in varstvo Radovljica je javni socialno varstveni zavod v katerega so vključeni otroci, mladostniki in odrasli z motnjo v duševnem razvoju. Za otroke in mladostnike izvajamo posebni program vzgoje in izobraževanja, odrasli so lahko vključeni v programe varstveno delovnega centra. Uporabnice in uporabniki imajo možnost bivanja, zagotovljeno imajo zdravstveno varstvo z medicinsko rehabilitacijo. Zavod izvaja svojo dejavnost na več lokacijah. Odrasli uporabniki se lahko vključujejo v programe varstveno delovnega centra v Radovljici in na Jesenicah. Omogočamo pa tudi 24 urno institucionalno varstvo v zavodski obliki bivanja. Bivajo lahko v petih bivalnih enotah in stanovanjskih skupinah. Uporabniki, ki imajo več potreb po podpori, bivajo v matični enoti v zavodu v Radovljici. Za otroke in mladostnike se programi usposabljanja izvajajo v matični enoti v zavodu, kjer imajo možnost dnevnega obiskovanja programov oziroma bivanja. V zavodu bivajo tudi otroci in mladostniki, ki imajo poleg motnje v duševnem razvoju tudi obsežne gibalne motnje in druga pridružena zdravstvena stanja. Več je otrok in mladostnikov z diagnozo cerebralne paralize. V centru so zaposleni različni strokovnjaki s področja vzgoje in izobraževanja, s področja zdravstvene nege, s področja socialnega varstva, s področja medicinske rehabilitacije, fizioterapevti, delovni terapevti, psihologinja, veliko je varstvenega kadra. Med različnimi zaposlenimi je nujno sodelovanje po načelih dobrega timskega dela.

2.1 Uporabniki CUDV Radovljica

V CUDV Radovljica so vključeni otroci in mladostniki z motnjo v duševnem razvoju v programe usposabljanja po posebnem programu vzgoje in izobraževanja in v institucionalno varstvo, odrasli ljudje z motnjo v duševnem razvoju pa so vključeni v programe varstveno delovnega centra in v institucionalno varstvo.

V nadaljevanju je navedena opredelitev motnje v duševnem razvoju, kot je navedena v Kriterijih za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj s posebnimi potrebami (Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj s posebnimi potrebami, ZRSS, 2015).

»Motnja v duševnem razvoju je nevrološko pogojena razvojna motnja, ki nastopi pred dopoljenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih prilagoditvenih spretnosti. Pri otrocih z motnjami v duševnem razvoju ugotavljamo: pomembno znižano splošno intelektualno raven/funkcioniranje vključno z znižanimi sposobnostmi učenja, sklepanja in reševanja problemskih okoliščin ter znižanimi sposobnostmi abstraktnega mišljenja in presojanja. Splošne intelektualne sposobnosti oz. funkcioniranje mora biti opredeljeno vsaj z enim od standardiziranih, individualno apliciranih testov. Dosežek pri otrocih z motnjo v duševnem razvoju odstopa za več kot dve standardni deviaciji od povprečja; znižane prilagoditvene funkcije oz. spretnosti. Raven prilagoditvenih funkcij opredelimo glede na otrokovo kronološko starost ter s pomembnim odstopanjem na vsaj dveh od naštetih področij prilagoditvenih funkcij – socialnem, konceptualnem in praktičnem. Primanjkljaji v prilagoditvenih spretnostih se pomembno odražajo na področjih govora in komunikacije, skrbi zase, samostojnosti, socialnih spretnosti, učnih in delovnih zmožnosti, funkcionalnih učnih sposobnosti, sposobnosti praktičnih znanj, skrbi za lastno varnost. Učinkovitost teh funkcij je povezana z omejitvami zaradi znižanih splošnih intelektualnih sposobnosti. Prilagoditvene funkcije ocenjujemo s klinično evalvacijo in z individualizirano apliciranimi psihometričnimi testi. Motnje v duševnem razvoju se lahko pojavljajo skupaj z drugimi razvojnimi motnjami. Stopnjo motnje ne definiramo le na osnovi skupnega IQ rezultata, temveč na osnovni ugotovljenih prilagoditvenih funkcij. Glede na stopnjo motnje v duševnem razvoju ločimo otroke z lažjo, zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju. Otroci z zmerno motnjo v duševnem razvoju imajo posamezne sposobnosti različno razvite. V učnem procesu lahko usvojijo osnove branja (osnovnih besed in znakov), pisanja in računanja, na drugih področjih (gibalnih, likovnih, glasbenih) pa so lahko uspešnejši. Pri učenju in poučevanju potrebujejo prilagoditve in konkretna ponazorila. Svoje potrebe in želje sporočajo, pri tem lahko potrebujejo podporno ali nadomestno komunikacijo. Posebno podporo potrebujejo pri vključevanju v socialno okolje. Usposobijo se lahko za enostavna, nezahtevna opravila, sicer pa potrebujejo podporo in različno stopnjo pomoči. Otroci s težjo motnjo v duševnem razvoju se lahko usposobijo za najenostavnejša opravila. Razumejo enostavna sporočila in navodila ter se ustrezno odzovejo nanje. Zmorejo sporočiti svoje potrebe in želje, pri tem lahko uporabljajo podporno ali nadomestno komunikacijo. Orientirajo se v ožjem okolju, vendar pri tem potrebujejo varstvo in vodenje. Naučene veščine in spretnosti so samo avtomatizirane. Pri skrbi zase potrebujejo pomoč drugih. Pogosto imajo težave v gibanju, druge razvojne motnje in bolezni. Otroci s težko motnjo v duševnem razvoju se lahko usposobijo le za sodelovanje pri posameznih aktivnostih. Razumevanje in upoštevanje navodil je zelo omejeno. Redko razvijejo osnove govora in sporazumevanja. Prav tako sta omejeni zaznavanje in odzivanje na zunanje dražljaje. Potrebujejo stalno nego, varstvo, pomoč in vodenje. Omejeni so v gibanju, večinoma imajo težke dodatne motnje, bolezni in obolenja.« (Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami, ZRSS, 2015).

Več naših uporabnikov ima cerebralno paralizo. »Z besedno zvezo cerebralna paraliza poimenujemo skupino motenj v razvoju gibanja in drže, ki so posledica ne napredujoče okvare možganov razvijajočega se ploda ali dojenčka. Kot posledico okvare možganov pri otroku s cerebralno paralizo najdemo zmanjšane zmožnosti funkcioniranja na področju drže in gibanja, zaznavanja (vid, sluh in druge modalitete), hranjenja, govora, vedenja in spoznavnih funkcij ter epilepsijo. Ob tem se je treba zavedati, da ne gre za etiološko diagnozo, temveč klinični izraz, ki združuje značilne a zelo različne znake in simptome. Klinična slika se razvija skozi čas, med otrokovim razvojem, učenjem, vadbo in terapevtskimi programi ter pod vplivom drugih dejavnikov. Za cerebralno paralizo so značilni sekundarni zapleti (kontrakture, izpah kolka, skolioza), ki se pojavijo pozneje v razvoju otroka in mladostnika s cerebralno paralizo« (Groleger Sršen, 2014, str. 84–85).

3 Pomen prehranjevanja iz vidika socialne in zdravstvene oskrbe uporabnika

Prehranjevanje ima v naši družbi velik sociološki in antropološki pomen. Gre namreč za del človekove socializacije v kulturno bitje, močno je povezano z našo identiteto kot človeška bitja (Adolfsson, Sydner in Fjellstrom, 2010). Najbolj pa je s tem povezan tisti obrok, ki ga pojemo v krogu družine in takšen obrok najbolj pozitivno vpliva na prehranjevanje (Adolfsson idr., 2010).

Obedovanje v skupinskih organiziranih oblikah ni vedno možno približati razmeram, kot vladajo v intimnem, družinskem okolju. To še posebej velja za situacije v zavodih, centrih in drugih skupinsko organiziranih oblikah bivanja za ljudi z motnjo v duševnem razvoju. Med ljudmi, ki imajo motnjo v duševnem razvoju, je včasih težko vzpostaviti obedovanje kot prijeten, družaben dogodek. Ljudje z motnjo v duševnem razvoju imajo lahko različne vedenjske težave, lahko imajo težave s požiranjem, lahko imajo omejitve pri izbiri hrane in obrokov. Včasih je težko vzpostaviti obrok kot družbeni dogodek v katerem bodo vsi zadovoljni. Hkrati pa so lahko obroki pomemben družbeni kontekst v katerem se lahko razvijajo socialne spretnosti. Ljudje, ki živijo v skupnosti lahko pogosteje izberejo s kom bodo jedli svoj obrok. Medtem, ko so ljudje, ki živijo v zavodu, družbeno del skupine, je bila določena s strani organizacije (Adolfsson idr., 2010).

Za veliko ljudi z motnjo v duševnem razvoju prehranjevanje nosi s seboj pomemben zdravstveni rizik, gre za to, da ljudje z različnimi razvojnimi in vedenjskimi težavami potrebujejo podporo pri tem, da se jim zagotovi varnost in primerna prehranjenost. Težave pri pitju in prehranjevanju so pogoste, obsežne in lahko vodijo v resne zdravstvene težave, kot so nedohranjenost in dehidracija, zaletavanje, respiratorna obolenja, pogosto pa so lahko tudi vzrok smrti pri ljudeh z motnjo v duševnem razvoju. Dodatno lahko k obsežnosti težav pri prehranjevanju prispevajo še naslednji dejavniki: to, da jedo prehitro, zavračanje hrane ali izbirčnost, samopoškodovalno vedenje med obroki, fizično izzivalno vedenje, ki preprečuje, da bi lahko podporno osebo nudilo potrebno podporo (Ball idr., 2012).

Nesamostojnost ljudi z motnjo v duševnem razvoju pri hranjenju in pitju vodi v potrebo pri podpori. S podporo lahko obvladujemo zdravstvena tveganja, podpora je lahko v različnih obsegih, od opazovanja in nadzora, da se zagotovi varno prehranjevanje, do enteralnega hranjenja skozi gastrostomo (Sheppard, 1991 v Ball idr., 2012). Podpora lahko vključuje modificiranje hrane in prilagajanje konsistence tekočin, korekcijo drže, zagotavljanje posebnih pripomočkov in prilagoditve prostora v katerem se izvaja prehranjevanje, izvajana in usmerjana pa je pogosto s strani multidisciplinarnih timov (v katerih so: logoped, dietetik, fizioterapevt, delovni terapevt, medicinska sestra). Vsakdan pa to podporo izvajajo svojci doma ali pa varuhi negovalci v ustanovi (Ball idr., 2012).

Pri ljudeh z motnjo v duševnem razvoju, posebej pa pri ljudeh, ki imajo cerebralno paralizo, obstoji potreba po periodičnem, kontinuiranem ocenjevanju in opazovanju spretnosti prehranjevanja in pitja, da zagotovimo, da imajo ljudje na voljo ustrezno podporo, ki jim zagotavlja varno prehranjevanje, ker obstaja možnost poslabšanja stanja (Ball idr., 2012). Nujnost po nenehnem spremljanju stanja je večja pri tistih, ki imajo večjo potrebo po podpori (Ball idr., 2012). Pri ljudeh z motnjo v duševnem razvoju je kot pglavitna težava pogosto navedena disfagija, zaletavanje in kašljanje pa kot nevarnost za apiracijo, ne sme pa se spregledati nevarnosti zadušitve (Chadwick, Jolliffe, Doldbart in Burton, 2006).

Ljudje, ki izvajajo podporo pri prehranjevanju pogosto navajajo kot težavo naslednje dejavnike: spreminjanje konsistence hrane in pijače v varno obliko, doseganje varne drže telesa pri prehranjevanju, uporaba strategij vzpodbujanja k varnemu prehranjevanju (Samules in Chadwick, 2006). Problemi, ki so ji navajali ljudje, ki so izvajali podporo, so tudi: vzpodbujanje ljudi k primernemu ritmu hranjenja, vzpodbujanje ljudi k ustrezni relaksaciji in k ustrezni koncentraciji med hranjenjem, opazovanje in vzpodbujanje ljudi k temu, da si v usta nesejo ustrezno količino hrane naenkrat, primerna uporaba pripomočkov, časovni pritisk v ustanovah na osebje, menjavanje osebja, nepoučenost osebja. Ljudem, ki izvajajo podporo pri hranjenju je potrebno zagotoviti dodatno usposabljanje za zagotavljanje varnega prehranjevanja za ljudi z motnjo v duševnem razvoju (Samuels in Chadwick, 2006).

Ljudje s cerebralno paralizo imajo lahko obsežne težave pri prehranjevanju, ki lahko vodijo v nevarno prehranjevanje ali v nezadostno prehranjevanje, oboje pa vodi v resna zdravstvena tveganja (Sieigh, 2005). Težave, ki se lahko pojavijo pri prehranjevanju skozi usta so naslednje: skrb za to ali je bil vnos hranil zadosten, nenehno nadzorovanje teže, zahtevna priprava obrokov, izračunavanje hranilne vrednosti, zgoščevanje hrane in tekočin in druge. Družine opisujejo situacije, da so njihova življenja v celoti podrejena temu, da njihov družinski član s težavami pri prehranjevanju prejme zadosten kalorični vnos hrane in da se srečujejo z občutki krivde, kadar temu ni tako, kadar telesna teža nazaduje. V teh primerih je lahko s strani strokovnjakov ponujena možnost uvedbe gastrostome, kot načina za zagotavljanje varnega, zadostnega vnosa hranil. Svojci in družinski člani običajno cenijo prehranjevanje skozi usta in menijo, da mora imeti podpora hranjenju skozi usta prednost pred podporo drugim oblikam prehranjevanja. Sodelovanje s svojci je zato izrednega pomena pri uspešni menjavi spremembe prehranjevanja (Siegh, 2005).

4 Opis primera spremembe načina prehranjevanja v CUDV Radovljica

Potrebo po spremembi načina prehranjevanja smo zaznali pri 22 letnem uporabniku, ki je v center vključen v dnevni program usposabljanja. V CUDV Radovljica je bil vključen pred desetimi leti. Pred sprejemom v center je obiskoval posebni program vzgoje in izobraževanja otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami v lokalni šoli. Živi v urejeni tričlanski družini. Starša sta se odločila za sprejem v dnevno varstvo v centru z razlogom, da bo imel njun otrok več terapevtskih obravnav in da bi s tem upočasnili vedno večjo stagnacijo njegovega razvoja. Diagnoze ob sprejemu so bile naslednje: Težka motnja v duševnem razvoju, Spastična cerebralna paraliza, Hipoplazija corpora callosi, Ataxia, škiljenje, sum na funkcionalno slepoto, govorna nerazvitost. Ob sprejemu leta 2008 je bil normalno prehranjen, imel je telesno težo 26 kg, visok je bil 140 cm. Imel je močno povišan mišični tonus, vidne so bile začetne flektorne kontrakture kolen z zavrto fleksijo. Močno se je slinil, imel je nepravilno razvito zobovje, imel je popolno inkontinenco za blato in urin. Potreboval je popolno pomoč pri vseh dnevni aktivnostih. Zdravil, razen obližev proti slinjenju, ni prejel. Pri hranjenju in pitju je potreboval popolno pomoč, njegova funkcija grizenja in žvečenja je bila močno oslABLJENA. Hranjen je bil s pasirano hrano s pomočjo prilagojene žlice, pil je iz terapevtskega lončka. Po sistemu razvrščanja otrok s cerebralno paralizo glede na motnje hranjenja in požiranja bi ga razvrstili v stopnjo 2 - blaga motnja (motnje hranjenja in požiranja ter tvegane oblike vedenja ali zavračanje hranjenja je mogoče premostiti s primerno prehrano in prilagojeno strategijo hranjenja, oseba je zadovoljivo prehranjena in hidrirana brez sekundarnih zapletov pri dihanju) (Groleger Sršen, 2014). Vključen je bil v obravnave v delovni terapiji, fizioterapiji in logopediji.

Leta 2012 so se pričele težave z zaletavanjem pri pitju, predvsem v dnevih, ko je bil bolj utrujen, nenaspan. Začeli smo z dodajanjem tekočine po žlički, mama se je doma posluževala pitja s pomočjo brizge. Tekočino smo začeli zgoščevati s pripravkom za zgoščevanje tekočine. Občasno se mu je zaletela tudi hrana. Zavračati je začel predvsem jutranje obroke. Na telesni teži ni pridobival. Redno ga je spremljal strokovni tim v sestavi pedagoga, vzgojitelja, delovne terapevtke, fizioterapevtke, logopedinje, medicinske sestre in psihologinje. Pri pripravi načrtov in evalvaciji stanja je bila vedno vključena mama. Mama je s težavo sprejemala slabšanje stanja, ki je postopoma prešlo v stopnjo III - zmerna motnja (motnje hranjenja in požiranja ter tvegane oblike vedenja ali zavračanje hranjenja je mogoče premostiti s kombinacijo omejitev pri dieti, prilagojenih tehnik oziroma strategij hranjenja in požiranja ter zdravil, oseba je zadovoljivo prehranjena in hidrirana brez sekundarnih zapletov pri dihanju) (Groleger Sršen, 2014).

Proti koncu leta 2015 so se težave ob hranjenju in pitju še slabšale, vedno večkrat se mu je zaletelo ob pitju in tudi ob hranjenju, ob tem je kašljal, čas hranjenja, ki je bil potreben za zadovoljiv vnos hranil, se je podaljšal na eno uro. Starša o vstavitvi gastrostome nista razmišljala in sta bila do takšnega načina prehranjevanja zadržana, večkrat pa se jima je v pogovorih na sestankih in na zdravniških pregledih predstavilo prednosti spremenjenega načina prehranjevanja.

Leta 2017 je prešlo hranjenje v težjo motnjo hranjenja s slabšo hidriranostjo, telesna teža je stagnirala, večkrat se je pojavilo močno kašljanje in nabiranje sluzi v žrelu. Potrebne so bile aspiracije. Začela je pešati ledvična funkcija in kazali so se znaki povišanega krvnega pritiska z ortostatsko hipotenzijo ob nameščanju v stojko. Vedno več strahu in stiske je bilo tudi pri zaposlenih, saj je prišlo dvakrat do stanja, ko je bilo zaradi zaletavanja potrebno urgentno intervenirati.

Z mamó smo pričeli pogovore o potrebnosti spremembe pri prehranjevanju individualno, vsak strokovnjak posebej. Strokovnjaki v ustanovi smo med seboj sodelovali in se povezali tudi z zdravniki na sekundarni in terciarni ravni. Starša sta potrebovala veliko mero potrpežljivosti, predvsem pa zaupanja v dobrobit uvedbe spremenjenega načina hranjenja njenega otroka. Sodelovali smo vodja zdravstvene službe, pedagoginja, delovna terapevtka, zdravnica, nevrolog, gastroenterolog in fiziatrinja. Načrt je bil vstavev gastrostome za dohranjevanje in vnos tekočine. S tem bi zagotovili varen in zadosten vnos hrane in tekočine, obenem pa bi uporabnik obdržal možnost hranjenja skozi usta. Mami je predvsem pomagalo veliko informacij in zagotovilo, da bo ta način prinesel njenemu otroku boljšo kvaliteto življenja in s tem posledično izboljšano kvaliteto življenja tudi celi družini. Potrebovala je zaupanje in veliko psihološke podpore. Pomembno je bilo sodelovanje z uporabnikovo osebno zdravnico, ključnega pomena pa je bilo tudi sodelovanje z zaposlenimi na sekundarnem nivoju, to je gastroenterologom, nefrologom, dietetičarko in koordinatorko za sprejem. Mamó smo povezali z ljudmi, ki so imeli podobno izkušnjo, to je z mamó, katere otrok je imel podobne težave, sedaj pa je že dobro leto po vstavitvi gastrostome in ima pozitivne učinke. Poseg uvedbe gastrostome je bil izveden maja 2018. V CUDV Radovljica smo mamó že prej teoretično poučili o ravnanju z gastrostomo. Učenja je bila deležna tudi v bolnišnici, tako glede oskrbe stome, kot hranjenja po stomi. V pol leta je mama postala popolnoma suverena pri rokovanju z gastrostomo, pripravi hrane za hranjenje in aplikaciji tekočine. Po gastrostomi prejema vso potrebno tekočino, hranjen je le delno, za kosilo se mu vedno ponudi pasirana hrana in odvisno od količine, ki jo zaužije, prejme dodatek enteralne formule. Po gastrostomi prejema tudi sadje in jogurt.

Naš uporabnik je začel z veliko večjim zadovoljstvom prihajati zjutraj v šolo, aspiracije niso več potrebne, uravnal se je krvni pritisk, izvidi krvi so v mejah normale, postopno pridobiva na telesni teži. S stojo v stojki nima več težav. Starša sta mirna in zadovoljna. Zdaj lahko čas, ki so ga prej namenili za stalno skrb glede hranjenja, namenijo sprehodom v naravo in ostalim aktivnostim. Predvsem pa jima je v zadovoljstvo, ko vidita, da ima njun svojec resnično boljšo kvaliteto življenja kljub vstavljeni gastrostomi.

5 Zaključki

Gre za primer dobre prakse spremljanja uporabnika s cerebralno paralizo, ki ima zaradi osnovne diagnoze postopno slabšanje sposobnosti požiranja in posledično vedno več zapletov zaradi motnje požiranja. Posebej pomemben je bil timski pristop in

sodelovanje s starši, da sta postopno sprejela zamenjavo načina prehranjevanja pri svojem najstniku.

Izkazalo se je, da s strokovnostjo in s človeškim pristopom ter z veliko mero potrpežljivosti do staršev in s sodelovanjem širšega tima, uspemo doseči varno prehranjevanje in obdržati socialno funkcijo obedovanja v skupini, tako doma kot v našem centru. To je bil v zadnjih petih letih četrti primer pri katerem smo s sodelovanjem širšega tima, v katerega so bili poleg strokovnjakov v naši ustanovi, posredno vključeni tudi strokovnjaki primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja, dosegli s spremembo velik napredek in izboljšanje pri uporabniku.

Zato je zelo pomembno zavedanje, da je ključ do uspeha dobro strokovno znanje, empatija, učinkovita komunikacija v timu v katerega vključimo uporabnika in njegove starše ter ustrezno sodelovanje vseh strokovnjakov, ki obravnavajo naše uporabnike. Potrdili smo to, kar kažejo mednarodne raziskave: ustanove v katerih zaposleni izvajajo v družino usmerjene obravnave, uspešno sodelujejo s starši in skupaj z njimi premagujejo stiske ob oskrbi oseb z motnjami v duševnem in telesnem razvoju (Groleger Sršen in Vidmar, 2015).

LITERATURA

1. Adolfsson, P., Sydner, M. Y. in Fjellstrom, C. (2010). Social aspects of eating events among people with intellectual disability in community living. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35 (4), 259–267.
2. Ball, S. L., Panter, S. G., Redley, M., Proctor, C. A., Byrne, K., Clare, I. C. H. in Holland, A. J. (2012). The extend and nature of need for mealtime support among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56 (4), 382–401.
3. Chadwick, D. D., Jolliffe, J., Doldbart, J. in Burton, H. M. (2006). Barriers to Caregiver Compliance with Eating and Drinking Recommendations for adults with Intellectual Disabilities and Dysphagia. *Journal of Applied research in Intellectual Disabilities*, 19, 153–162.
4. Groleger Sršen, K. (2014). Klinične smernice za diagnostiko in spremljanje otrok s cerebralno paralizo v rehabilitaciji. *Rehabilitacija*, 13 (1), 84–96.
5. Groleger Sršen, K. in Vidmar, G. (2015). Koncept v družino usmerjene obravnave in ocena postopkov oskrbe. *Rehabilitacija*, 14 (1), 104–109.
6. Kriteriji za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oz. motenj otrok s posebnimi potrebami, ZRSS, 2015. Pridobljeno 5. 10. 2018, s <https://www.zrss.si/pdf/Kriteriji-motenj-otrok-s-posebnimi-potrebami.pdf>.
7. Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. V R. Kugel in W. Wolfensberger (ur.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded* (str. 179–195). Washington, DC: Presidents Committee on Mental Retardation.
8. Samuels, R. in Chadwick, D. D. (2006). Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (5), 362–370.
9. Sleigh, G. (2005). Mothers' voice: a qualitative study on feeding children with cerebral palsy. *Child: Care, Health & Development*, 31, 373–383.
10. Žemva, N. (2010). Varno hranjenje in požiranje. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega – zbornik predavanj. Ljubljana, 77–81.

Psihološka skrb i terapijski odnos medicinska sestra-pacijent

UDK 614.253.8:159.9

KLJUČNE RIJEČI: psihološke potrebe, terapijski odnos, sveobuhvatna skrb, pacijent

POVZETEK - Pod nazivom »sveobuhvatna skrb« podrazumijeva se zadovoljavanje pacijentovih fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba. Psihološke potrebe se odnose na ljudske potrebe povezane s emocionalnim, kognitivnim i bihevioralnim funkcioniranjem. Tjelesna bolest vrlo često sa sobom nosi psihološke poteškoće koje imaju velik utjecaj na stanje pacijenta i ishod skrbi. Unatoč tome, njima se u praksi posvećuje manje pozornosti. Kao posljedica nezadovoljenja psiholoških potreba, kod pacijenta se mogu javiti brojni problemi poput anksioznosti, osjećaja gubitka kontrole, poteškoće u samozbrinjavanju i druge. Istraživanja pokazuju kako medicinske sestre zapravo malo znaju o psihološkim potrebama pacijenata. Jedan od učinkovitih mehanizama za adekvatno zbrinjavanje pacijentovih psiholoških potreba je terapijski odnos medicinska sestra-pacijent. On podrazumijeva prihvaćanje i razumijevanje pacijenta, poticanje pacijenta na otvorenost i razgovor, posvećivanje vremena pacijentu, promatranje pacijenta, upotrebu tišine, fokusiranje, reflektiranje i dr., a upravo kroz sve ove stavke terapijskog odnosa, medicinska sestra djeluje i na psihičko stanje pacijenta. Odnos terapijskog odnosa i psiholoških potreba je međuovisan – kroz terapijski odnos zadovoljavaju se psihološke potrebe koje pak, s druge strane, dovode do učinkovitosti terapijskog odnosa. Za medicinske sestre, zadovoljavanje psiholoških potreba pacijenta trebalo bi postati »*conditio sine qua non*« u svakodnevnoj praksi.

UDC 614.253.8:159.9

KEY WORDS: psychological needs, therapeutic relationship, comprehensive care, patient

ABSTRACT - The term "comprehensive care" implies fulfilling the patient's physical, psychological, social and spiritual needs. Psychological needs refer to human needs associated with emotional, cognitive and behavioural functioning. Physical illness often carries psychological difficulties that have a great influence on the patient's condition and care outcome. Nevertheless, less attention is paid to them in practice. By failing to fulfil psychological needs, the patient may manifest many problems, such as anxiety, feeling of loss of control, self-caring difficulties and others. Researches show that nurses know little about the psychological needs of patients. One of the effective mechanisms for adequately treating the patient's psychological needs is the therapeutic relationship between the nurse and the patient. It implies accepting and understanding the patient, encouraging the patient to openness and conversation, dedicating time to the patient, observing the patient, using silence, focusing, reflecting, and so on. Through all these therapeutic relationships, the nurse also acts on the patient's psychological condition. The relationship between therapeutic relationships and psychological needs is interdependent – the therapeutic relationship meets the psychological needs that in turn lead to the effectiveness of the therapeutic relationship. For nurses, fulfilling the patient's psychological needs should become "*conditio sine qua non*" in everyday practice.

1 Uvod

Sveobuhvatna skrb pacijenta, imperativ je bez kojeg se moderno sestinstvo i moderna medicina ne mogu i ne smiju zamisliti. Pod nazivom »sveobuhvatna skrb« podrazumijeva se zadovoljavanje pacijentovih fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba, odnosno sagledavanje širih aspekata pacijentovog funkcioniranja – ne samo aspekata koji se odnose na fizičke potrebe, potrebe koje neminovno ugrožavaju paci-

jentov život, već i onih koji su »skriveni« u pozadini, a također imaju velik utjecaj na pogoršanje stanja odnosno oporavak pacijenta. Unatoč tome, njima se u praksi, vrlo često, posvećuje manje pozornosti.

Psihološke potrebe se odnose na ljudske potrebe povezane s emocionalnim, kognitivnim i bihevioralnim funkcioniranjem. Nije strano da tjelesna bolest sa sobom nosi niz negativnih emocija, misli i ponašanja koja za posljedicu imaju negativan utjecaj na oporavak pacijenta. Također, ako gledamo u obrnutom smjeru, psihološko stanje osobe može utjecati na nastanak i ishod tjelesne bolesti (Priest, 2014). Iz ove činjenice proizlazi potreba zadovoljavanja psiholoških potreba pacijenta kako bi se postigao što brži i bolji oporavak ili pak, gledajući s druge strane, kako bi se prevenirale psihološke teškoće koje mogu dovesti do bolesti, usporiti oporavak ili pak oporavak odvesti u neželjenom smjeru.

Postavlja se pitanje zbog čega su medicinske sestre manje sklone sustavnom rješavanju pacijentovih psiholoških potreba naspram organiziranom, sustavnom zadovoljavanju fizičkih potreba? Odgovor bi se mogao tražiti u organizacijskim strukturama, točnije u nedovoljnom broju medicinskih sestara naspram broja pacijenata gdje je onda u prvom planu zadovoljavanje fizičkih potreba. Osim toga, problem se može promatrati i iz perspektive profesionalizacije sestринства, točnije, dugotrajne marginalizacije sestринства kao autonomne profesije gdje se na sestринство gleda kao na pomaću profesiju, ali ne u smislu isključivog pomaganja pacijentima, već i izvršavanja liječničkih »naredbi« koje su uglavnom fokusirane na fizičke potrebe i zadatke. Kroz takav dugotrajan sustav profesionalnog funkcioniranja, medicinske sestre su prisvojile stav o važnosti fizičkih potreba, dok se istovremeno smanjivao osjećaj za psihološke potrebe. Osim navedenog, ne smiju se zanemariti ni određene osobine i kvalitete poput emocionalne inteligencije, empatije i vještine komunikacije koje su neizbježne za provođenje psihološke njege, a koje nisu prisutne kod svih medicinskih sestara (Cikač, 2018).

Prva koja je u svojoj teoriji zdravstvene njege opisala važnost interpersonalnog odnosa medicinske sestre i pacijenta te povezano s tim zadovoljavanja psiholoških potreba pacijenta, bila je Hildegard Peplau (1909–1999). Može se reći da je njezina Teorija interpersonalnih odnosa spoj njezinog rada kao medicinske sestre u kliničkom okruženju te znanja stečenog na fakultetu psihologije. Peplau je smatrala kako se sestrijska skrb temelji na terapijskom odnosu medicinska sestra-pacijent. Promatrala je sestrijsvo kao terapijsku umjetnost kroz koju pacijent i medicinska sestra postižu zajednički cilj povezan s pacijentovom dobrobiti. Iako je njezina teorija najveću primjenu pronašla u psihijatrijskom sestrijsvu, terapijski odnos s pacijentom ne smije se zanemariti ni u drugim područjima sestrijskog rada (Hildegard Peplau Theory, n. d.).

U ovom radu naglasak je na psihološkim potrebama pacijenta te povezano s tim terapijskom odnosu medicinska sestra-pacijent. Prikazati će se psihološke potrebe kao jedne od sastavnica sveobuhvatne skrbi za pacijenta te povezati zadovoljavanje psiholoških potreba i terapijski odnos u zdravstvenoj njezi.

2 Zašto je zadovoljavanje psiholoških potreba pacijenta važno?

Kao posljedica nezadovoljenja psiholoških potreba, kod pacijenta se mogu javiti brojni problemi. Nichols (1993, 2003, u Priest, 2014) spominje »zanemarivanje« i »psihološku štetu« koje nastaju u slučaju nedostatka psihološke potpore. Navedeni pojmovi podrazumijevaju: »odgođeni ili produženi oporavak od bolesti, povećane stope smrtnosti, smanjeno slijeđenje medicinskih savjeta i uputa, razvoj ozbiljnih problema mentalnog zdravlja«. Priest (2001, 2002, u Priest, 2014) je u svom istraživanju dokazala da pacijenti koji ne dobiju adekvatnu psihološku njegu doživljavaju nesigurnost, gubitak kontrole i anksioznost, stoga Bor i sur. (2009, u Priest, 2014) zaključuju da ignoriranje psihološke njege nije dopustivo u modernom dobu sestrinstva. Također, Oh i Kim (2010) navode kako nezadovoljavanje psiholoških potreba pacijenata s karcinomom koji pate od poremećaja poput anksioznosti ili depresije, često dovodi do povećanja fizičkih simptoma bolesti, više poteškoća u samozbrinjavanju te doživljajem sveukupno smanjene kvalitete života.

Nichols (2003, u Priest, 2014) navodi tri razine psihološke njege i njihove komponente. Prva razina obuhvaća svjesnost o postojanju psiholoških problema, svjesnost o pacijentovom psihološkom stanju, slušanje i komunikaciju s pacijentom te primjereno djelovanje. Druga razina je intervencija koja podrazumijeva praćenje i bilježenje pacijentovog stanja, edukaciju, emocionalnu njegu, savjetovanje, podršku; a treća razina je psihološka terapija. Posjedovanje većeg iskustva i pohađanja određenih edukacija, medicinske sestre čini kompetentnima za provođenje prve i druge razine psihološke njege, dok je treća razina specijalizirana i provodi je psihoterapeut, psihijatar ili psiholog (Priest 2014). Ersser (1990, u Priest, 2014) je zaključio da izgled, stavovi i držanje medicinske sestre mogu biti terapijski jer imaju utjecaj na dobrobit pacijenta. Za adekvatno pružanje psihološke njege mora biti zadovoljena odgovarajuća, podržavajuća okolina. Drugim riječima, ako se u radnoj okolini na psihološku njegu gleda kao na manje važan aspekt skrbi za pacijenta, tada okolina može negativno reagirati na medicinsku sestru koja se odluči posvetiti pacijentovim psihološkim problemima (Muxlow, 1995, u Priest, 2014). Utjecaj na primjenu psihološke njege u svakodnevnoj praksi ima edukacija. Godinu dana nakon što su medicinske sestre pohađale radionice o psihološkoj njezi, primijetile su pomak nabolje u pružanju iste, a osim toga i same su se osjećale zadovoljnije svojim radom (Hawkins i Hollinworth 2004, u Priest, 2014). Psihološka njega u sestrinskoj praksi vidljiva je i u najmanjim detaljima koji se nekim medicinskim sestrama mogu činiti nebitnima, poput objašnjavanja medicinske sestre pacijentu zašto kasni, stavljanje zvona za poziv na dohvata ruke pacijentu i slično (MacLeod 1994, u Priest, 2014). Način na koji bi se moglo više napraviti u pogledu psihološke njege za pacijente je zapošljavanje educiranih i zainteresiranih medicinskih sestara koje bi brinule isključivo o psihološkim potrebama pacijenata (Nichols 1993, u Priest, 2014).

3 Proviđi li se psihološka njega u praksi?

Nichols (2005, u Priest, 2014) je opisao istraživanje u kojem je manje od 10 % pacijenata nakon operacije srca imalo psihološku njegu tijekom liječenja. Istraživanja pokazuju kako medicinske sestre zapravo malo znaju o psihološkim potrebama pacijenata. Na primjer, Johnson (1982) je pokazao da medicinske sestre u praksi ne mogu odrediti specifične brige svojih pacijenata, Farrell (1991) je pronašao nesrazmjer između vidjenja individualnih potreba od strane pacijenata i od strane medicinskih sestara, Mitchell (1997) kaže da su medicinske sestre loše u procjenjivanju prisutnosti anksioznosti kod svojih pacijenata, Harrison (2001) je potvrdio da kliničari ili ne uspijevaju prepoznati emocionalne potrebe pacijenata ili ih ne znaju adekvatno zadovoljiti (u Priest, 2014). U novije vrijeme istraživanja pokazuju slično. Kenny, Endacott, Botti i Watts (2007) u svom su istraživanju pokazali kako 60 % onkoloških pacijenata izvještava o poteškoćama suočavanja s psihološkim problemima, a Muriel idr. (2009) su pokazali kako zdravstveni djelatnici ne integriraju psihosocijalnu podršku u skrb za pacijente te ne uspijevaju prepoznati i adekvatno zbrinjavati psihološke potrebe pacijenata. Također, Mishra idr. (2010) pokazali su kako liječnici i medicinske sestre prilikom intervjuiranja pacijenta održavaju intervju emocionalno neutralnim umjesto da se više posvete pitanjima o pacijentovim psihološkim potrebama odnosno nošenju sa psihološkim poteškoćama.

4 Terapijski odnos kao facilitator zadovoljenja psiholoških potreba

Terapijski odnos se gradi u različitim profesijama koje su fokusirane na rad s ljudima (Jones, 2013) pa tako i u sestrinstvu koje je orijentirano prema skrbi za čovjeka. Bez obzira na različite profesije u kojima se provodi, zajedničko obilježje svakog terapijskog odnosa je postojanje svrhe i cilja te velik utjecaj na ishod skrbi/terapije za klijenta (Jones, 2013). Terapijski odnos se općenito može definirati kao suradnička i učinkovita veza između terapeuta i klijenta (Martin, Garske in Davis, 2000), a za razliku od svakodnevnog, socijalnog odnosa, karakterizira ga postojanje svrhe i cilja (Kozier in Erb, 2004) te orijentiranost prema klijentu. Terapijski odnos medicinska sestra-pacijent se može definirati kao sposobnost medicinske sestre da svjesno koristi vlastitu ličnost kako bi se približila pacijentu. To zahtjeva razvijenu samosvijest te poznavanje filozofije života, smrti i cjelokupnog ljudskog postojanja (Epstein, Borrell in Caterina, 2000). Neki terapijski odnos definiraju kao »odnos u kojem se pacijent osjeća ugodno te može biti otvoren i iskren prema medicinskoj sestri« (Dart, 2011), a povezan je s razvojem produktivnog odnosa i pozitivnim ishodom skrbi (Canning, Rosenberg in Yates, 2007). Primarni cilj terapijskog odnosa je unaprjeđenje dobrobiti pacijenta te postizanje pacijentovog osobnog rasta.

Terapijski odnos podrazumijeva prihvaćanje i razumijevanje pacijenta, poticanje pacijenta na otvorenost i razgovor, posvećivanje vremena pacijentu, promatranje pacijenta, upotrebu tišine, fokusiranje, reflektiranje, analiziranje problema, transparen-

tnost, suočavanje s realnošću, izražavanje osjećaja, postizanje zajedničkog jezika i na kraju evaluaciju pacijenta (Masters, 2005). Kroz sve ove stavke terapijskog odnosa, medicinska sestra djeluje i na psihičko stanje pacijenta. Pokazivanjem razumijevanja daje se pacijentu osjećaj sigurnosti da nije sam sa svojim problemom; poticanjem na razgovor omogućava se pacijentu otvorenost, izražavanje svojih misli i osjećaja; promatranjem pacijentove verbalne i neverbalne komunikacije može se dobiti određena slika o njegovom stanju – prepoznati moguće psihičke teškoće; upotrebom tišine daje se pacijentu vremena da sabere misli, da sagleda situaciju; fokusiranje na određeni pacijentov problem vodi prema otkrivanju rješenja tog problema; refleksijom se pomaže pacijentu da razjasni svoje osjećaje i njihov intenzitet na određenu situaciju itd. U navedenom se jasno vidi povezanost između terapijskog odnosa medicinska sestra-pacijent i zadovoljavanja psiholoških potreba pacijenta. Zapravo su oni međuovisni – kroz terapijski odnos zadovoljavaju se psihološke potrebe, i obrnuto, ako psihološke potrebe nisu zadovoljene, ni terapijski odnos ne može biti učinkovit.

4.1 Razlika između terapijskog i društvenog odnosa

U terapijskom odnosu terapeut (medicinska sestra) je odgovorna za upravljanje odnosom, dok su u svakodnevnom, društvenom odnosu uloge sugovornika jednako podijeljene. Terapijski odnos ima specifičnu svrhu i cilj povezan sa zdravljem i prestaje nakon što je određeni cilj postignut, za razliku od društvenog odnosa koji ima neograničeno trajanje te svrhu koja nije nužno povezana sa zdravljem. U terapijskom odnosu fokus je na pacijenta i odnos započinje zbog potrebe pacijenta, a ne spontano, zbog obostranog simpatiziranja kao u običnom odnosu (Arnold in Underman Boggs, 2003). Dok u terapijskom odnosu, koji se odvija u sklopu cjelokupne sestrinske skrbi, postoji profesionalni kodeks ponašanja, u svakodnevnom odnosu između ljudi, on ne postoji. Otvorenost i spontanost u iskazivanju emocija i neverbalnoj komunikaciji su dobrodošli u društvenom odnosu, no u terapijskom odnosu se mora paziti na neprimjereno približavanje pacijentu u širem smislu te je potrebna kontrola nad emocijama kao i komunikacijom – verbalnom i neverbalnom. Također, jednakost sudionika u normalnom razgovoru se podrazumijeva, dok je u terapijskom odnosu ona nemoguća jer je medicinska sestra u ulozi stručnjaka, a pacijent u ulozi tražitelja pomoći. U svakodnevnom društvenom odnosu postoji potencijal za razvoj prijateljstva, a u terapijskom odnosu moraju postojati granice kako bi se to preveniralo (Sticklely in Freshwater, 2006).

5 Zaključak

Psihološke potrebe pacijenta sastavnica su cjelokupne skrbi za pacijenta. Iako je njihova uloga u nastanku te odvijanju tjelesne bolesti jasna, i dalje su u praksi često zanemarene pa se više pozornosti posvećuje fizičkim potrebama. Terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta može se povezati s zadovoljavanjem psiholoških potreba pacijenta budući da se kroz terapijski odnos otkrivaju i rješavaju, između ostalog, psihološke potrebe i problemi pacijenta povezani sa zdravstvenim stanjem i

funkcioniranjem, a njihovo zadovoljavanje pak doprinosi boljem, kvalitetnijem i učinkovitijem terapijskim odnosu. Dakle, u skrbi za pacijente, unatoč brojnim organizacijskim, edukacijskim ili drugim preprekama ne smiju se zapostaviti pacijentove psihološke potrebe jer njihovo adekvatno zadovoljavanje doprinosi boljem ishodu skrbi za pacijenta te samim time kvaliteti zdravstvene njege, ali i zadovoljstvu medicinskih sestara. Za medicinske sestre, zadovoljavanje psiholoških potreba pacijenta trebalo bi postati »*conditio sine qua non*« u svakodnevnoj praksi.

LITERATURA

1. Arnold, E. i Underman Boggs, K. (2003). *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses* (4 izd.). St. Louis: Saunders.
2. Canning, D., Rosenberg, J. P. i Yates, P. (2007). Therapeutic relationship in specialist palliative care nursing practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 13 (5), 222–229.
3. Cikač, T. (2018). *Empatija kao terapijski odnos medicinska sestra-pacijent* (Diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet.
4. Dart, A. M. (2011). *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient*. London: Jones and Bartlett.
5. Epstein, R., Borrell, F. i Caterina, M. (2000). *Communication and mental health in primary care*. Oxford: Oxford University Press.
6. Hildegard Peplau Theory. (n. d.). Pridobljeno 24. 8. 2018, s <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/peplau-theory-of-interpersonal-relations.php>.
7. Jones, R. A. (2013). Therapeutic relationship with individuals with learning disabilities: a qualitative study of counselling psychologists' experience. *British Journal of Learning Disabilities*, 42 (3), 193–203.
8. Kenny, A., Endacott, R., Botti, M. i Watts, R. (2007). Emotional toil: psychosocial care in rural settings for patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (6), 663–672.
9. Kozier, B. i Erb, G. (2004). *Fundamentals of nursing* (7 izd.). New Jersey: Pearson Education.
10. Martin, D. J., Garske, J. P. i Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a metaanalytic review. *J Consult Clin Psychol*, 68 (3), 438–450.
11. Masters, K. (2005). *Role development in professional nursing practice*. London: Jones and Bartlett.
12. Mishra, S., Bhatnagar, S., Philip, F., Singhal, V., Rana, S., Upadhyay, S. i Chauhan, G. (2010). Psychosocial concerns in patients with advanced cancer: An observational study at regional cancer centre, India. *American Journal of Hospital and Palliative Medicine*, 27 (5), 316–319.
13. Muriel, A., Hwang, V., Kornblith, A., Greer, J., Greenberg, D., Temel, J., Schapira, L. i Pirl, W. (2009). Management of psychosocial distress by oncologists. *Psychiatric Services*, 60 (8), 1132–1134.
14. Oh, P. i Kim, S. (2010). Effects of a brief psychosocial intervention in patients with cancer receiving adjuvant therapy. *Oncology Nursing Forum*, 37 (2), 98–104.
15. Priest, H. (2014). *Uvod u psihološku njegu u sestriinstvu i drugim zdravstvenim strukama*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Stickley, T. i Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental health practice*, 9 (5), 12–18.

Zadovoljstvo pacijenata s pojedinim aspektima fizioterapije

UDK 615.82/.84:616-052

KLJUČNE RIJEČI: fizioterapija, zadovoljstvo pacijenata, etičnost

POVZETEK - Nedostatna tjelesna aktivnost, uz neke druge čimbenike, povećava mogućnost razvoja različitih oboljenja. Stoga raste potreba za fizioterapijom. Cilj rada je istražiti zadovoljstvo pacijenata s pojedinim aspektima fizioterapije u svom mjestu i izvan njega. Metode istraživanja: Istraživanje je provedeno tijekom 2018. godine online pomoću anketnog upitnika. Ispitanici koji su odlazili na fizioterapiju izvan mjesta u kojem žive su zadovoljniji s duljinom čekanja na fizioterapiju ($p = 0,001$) i ishodom fizioterapije ($p = 0,028$), u odnosu na ispitanike koji su obavljali fizioterapiju u svom mjestu. Nema razlike u zadovoljstvu pacijenata s komunikacijom s ($p = 239$) i pruženom uslugom ($p = 0,591$) od strane fizioterapeuta. Kvaliteta fizioterapijska intervencija treba biti dostupna jednako svim osobama, bez obzira na mjesto stanovanja. Dugo čekanje na fizioterapiju može imati negativan učinak na zdravstveni status pacijenta i ishod rehabilitacije.

UDC 615.82/.84:616-052

KEY WORDS: physiotherapy, patient satisfaction, ethics

ABSTRACT - Insufficient physical activity as well as some other factors increases the possibility of the development of various illnesses. That is why the need for physiotherapy increases. The aim of the work is to research the satisfaction of the patients with the particular aspects of physiotherapy in their town and its surroundings. The research was done in 2018 using an online survey. The examinees who were receiving physiotherapy outside their residential area are satisfied with the span of time they had to wait for physiotherapy ($p = 0,001$) as well as with the results of the therapy ($p = 0,028$), in relation to the examinees who were doing physiotherapy in their residential area. There is no difference in the satisfaction of the patients with the communication ($p = 0,239$) as well as with the given physiotherapist treatment ($p = 0,591$). The quality of the given physical intervention (treatment) should be available to everybody in the same manner, regardless of the residential area. The long waiting time for the physiotherapy could have a negative effect on the result of the rehabilitation.

1 Uvod

U današnje moderno doba kada tehnologija dostiže svoj vrhunac prevladava sedentaran način života. Čovjekove potrebe za kretanjem i tjelesnom aktivnošću su ostale iste, ali su zanemarene. Nedostatna tjelesna aktivnost, uz neke druge čimbenike, povećava mogućnost razvoja različitih kroničnih masovnih nezaraznih bolesti. Stoga raste potreba za fizioterapijom. Fizioterapeuti čine velike napore kako bi svojim stručnim radom doprinijeli liječenju bolesnika s funkcionalnim oštećenjem zdravlja. Moguće je da pri tome ne pridaju dovoljno pažnje pojedinim aspektima zadovoljstva pacijenata. Zadovoljstvo pacijenata važan je zdravstveni ishod (Hush, Cameron i Mackey, 2011). Cilj rada je istražiti zadovoljstvo pacijenata s pojedinim aspektima fizioterapijske skrbi u svom mjestu življenja i izvan njega, i to prvenstveno zadovoljstvo duljinom čekanja na fizioterapiju, ishodom fizioterapije, komunikacijom s fizioterapeutom te pruženom uslugom od strane fizioterapeuta.

2 Metodologija istraživanja

Istraživačko pitanje i hipoteza glase:

- *IP1*: Kakva je razlika u zadovoljstvu duljinom čekanja fizioterapije, ishodom fizioterapije, komunikacijom s fizioterapeutom te pruženom uslugom od strane fizioterapeuta između ispitanika koji su obavljali fizioterapiju izvan svog mjesta u odnosu na ispitanike koji su obavljali fizioterapiju u mjestu življenja?
- *H1*: Ispitanici koji su obavljali fizioterapiju izvan svog mjesta zadovoljniji su duljinom čekanja na fizioterapiju, ishodom fizioterapije, komunikacijom s fizioterapeutom te pruženom uslugom od strane fizioterapeuta u odnosu na ispitanike koji su obavljali fizioterapiju u mjestu u kojem žive.

Istraživanje je provedeno tijekom 2018. godine online pomoću anketnog upitnika napravljenog za potrebe ovog istraživanja. Prvi dio upitnika odnosio se na demografske podatke, dok je drugi dio upitnika sadržavao pitanja vezane za zadovoljstvo pacijenata pojedinim aspektima fizioterapije. U ovom dijelu upitnika postavljena su četiri pitanja zatvorenog tipa. Pitanja su se odnosila na zadovoljstvo duljinom čekanja fizioterapije, ishodom fizioterapije, komunikacijom s fizioterapeutom te pruženom uslugom od strane fizioterapeuta.

Statistička analiza je obavljena pomoću statističkog paketa IBM SPSS Statistics 19.0. S obzirom na nenormalnu distribuciju rezultata korišten je Mann - Whitney U test. Sve hipoteze su prihvaćene na $p < 0,05$.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 50 ispitanika, odnosno 13 (26 %) muškaraca i 37 (86 %) žena. Većina ispitanika, njih 34 (68 %) bila je starija od 46 godina. Tercijarnu razinu obrazovanja ima 19 (38 %) ispitanika. Fizioterapiju u svom mjestu obavljalo je 25 (50 %) ispitanika, i isto toliko ispitanika je obavljalo fizioterapiju izvan mjesta u kojem žive.

Navedena hipoteza je djelomično prihvatljiva. Postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu duljinom čekanja na fizioterapiju ($Z = -3,47$, $p < 0,001$) i ishodom fizioterapije ($Z = -2,2$, $p < 0,028$). Međutim, ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu komunikacijom s fizioterapeutom ($Z = -1,18$, $p > 0,239$) i pruženom uslugom od strane fizioterapeuta ($Z = -0,54$, $p > 0,591$) između ispitanika koji su odlazili na fizioterapiju izvan mjesta u kojem žive i ispitanika koji su obavljali fizioterapiju u mjestu. Ispitani koji su odlazili na fizioterapiju izvan mjesta u kojem žive su zadovoljniji s duljinom čekanja na fizioterapiju ($M = 4,48 \pm 0,71$, $N = 25$ naspram $M = 3,2 \pm 1,41$, $N = 25$) i ishodom fizioterapije ($M = 4,44 \pm 0,77$, $N = 25$ naspram $M = 3,9 \pm 0,86$, $N = 25$), u odnosu na ispitanike koji su obavljali fizioterapiju u svom mjestu. Nema razlike u zadovoljstvu pacijenata koji su odlazili na fizioterapiju izvan mjesta u kojem žive s komunikacijom s fizioterapeutom ($M = 4,72 \pm 0,84$, $N =$

25 naspram $M = 4,28 \pm 1,31$, $N = 25$) i pruženom uslugom od strane fizioterapeuta ($M = 4,8 \pm 0,41$, $N = 25$ naspram $M = 4,6 \pm 0,82$, $N = 25$) u odnosu na ispitanike koji su obavljali fizioterapiju u svom mjestu.

4 Rasprava

Zdravstvo je složeni sustav u kojem se reflektiraju promjene u društvu, napredak tehnologije i slično. Paralelno s tim, mijenjaju se i potrebe korisnika zdravstvenog osiguranja odnosno potrebe tržišta (Brumnić, Šklempa Kokić, Jelica, Znika i idr., 2017). S obzirom na to organizacije trebaju kontinuirano razvijati nove strategije i učinkovito ih provoditi (Shimizu i Hitt, 2004), ali s naglaskom na zadovoljstvo korisnika zdravstvene skrbi. Ustavom Republike Hrvatske (1990) »svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom« (članak 59.). Međutim, tu se nameće nekoliko pitanja vezanih za zdravstvenu pravednost i etičnost javnog zdravstva. Na primjer, imaju li svi korisnici zdravstvenog osiguranja dostupnu jednako kvalitetnu fizioterapiju? Odnosno, jesu li korisnici zdravstvenog osiguranja zadovoljni s duljinom čekanja na fizioterapiju, pruženom uslugom, ishodom fizioterapije, komunikacijom s fizioterapeutom? Uočava se da pojedini korisnici zdravstvenog osiguranja obavljaju fizioterapiju, ne u mjestu u kojem žive, a koje pruža mogućnost obavljanja fizioterapije, već u drugim mjestima u okolini. S obzirom da je poznato da nepovoljni gospodarski i socijalni trendovi započeti 2009. doprinose porastu siromaštva u Hrvatskoj, čak i među radno aktivnom populacijom, pa i među osobama s višim stupnjem obrazovanja (Šućur, 2014), postavlja se pitanje razloga migracije korisnika zdravstvenog osiguranja. Može se reći da je kvaliteta skrbi iz perspektive bolesnika sve više u središtu pozornosti (Scholte, Calsbeek, Nijhuis-van der Sanden i Braspenning, 2014).

Zadovoljstvo pacijenata sa zdravstvenom skrbi je višedimenzionalna (Scholte idr., 2014). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da nije nađena razlika u zadovoljstvu korisnika zdravstvenog osiguranja, odnosno pacijenata, s pruženom uslugom i komunikacijom s fizioterapeutima. Međutim, rezultati pokazuju da su pacijenti zadovoljniji duljinom čekanja i ishodom fizioterapije u ustanovi u koju odlaze na fizioterapiju, a koja je izvan mjesta njihova življenja. Iako fizioterapeutske stručnjaci nastoje pružiti pacijentima najbolju moguću skrb, bolesnicima se možda uvijek ne osigurava optimalan ili jednak tretman (Hudon, Laliberté, Hunt i Feldman, 2015), što može utjecati na ishod liječenja. Fizioterapeuti kontinuirano nastoje poboljšati kvalitetu i profesionalnost fizioterapijske skrbi, a ujedno među fizioterapeutima raste svijest o važnosti primjene fizioterapije utemeljene na dokazima (Maher, Sherrington, Elkins, Herbert i Moseley, 2004). Hush, Cameron i Mackey (2011) navode da su interpersonalni atributi terapeuta i proces skrbi ključne odrednice zadovoljstva pacijenata. Pacijenti traže najbolju fizioterapijsku skrb za sebe. Dakle, kako pacijenti nisu zadovoljni s ishodom fizioterapije, te stoga odlaze na fizioterapiju u drugo mjesto, potrebno je detektirati moguće probleme i uzroke ovih zdravstvenih nejednakosti, te svakako smanjiti liste čekanja. Dugotrajno čekanje na fizioterapiju može doprinijeti razvoju kroniciteta bo-

lesti i tako negativno utjecati na funkcionalni status pacijenta kao i ishod liječenja. U Kanadi se visoki broj pacijenata liječi u privatnim klinikama, a ne u javnim ustanovama, što se pripisuje niskoj dostupnosti fizioterapeutske skrbi u javnim okruženjima, odnosno dugoj listi čekanja (Hudon idr., 2015).

Efikasan zdravstveni sustav treba biti dostupan jednako u svim regijama pojedine zemlje. Pojam zdravstvene nejednakosti se, između ostalog, odnosi na sva odstupanja u pristupu i korištenju zdravstvene zaštite (Cerjan Letica, 2004, prema Mastilica 2003) između različitih pojedinaca, regija, i slično bez obzira na uzroke (Cerjan Letica, 2004). Jedno od najvažnijih pitanja s kojima se susreće Europska unija (EU) je upravo »smanjivanje zdravstvene nejednakosti između različitih društveno-gospodarskih skupina i različitih dijelova EU-e« (Ryan, b. d.). Hrvatska komora fizioterapeuta donešenim Standardima u fizioterapijskoj praksi potiče visoke standarde kako same edukacije fizioterapeuta, tako i kliničke prakse unutar fizioterapije čime se želi podići kvaliteta fizioterapijske skrbi (HKF, 2009). U fizioterapiji je razvoj različitih vještina vrlo izrazit (Marušić, Mimica, Mihanović i Janković, 2012). Osim toga, od fizioterapeuta se očekuju pružanje visoko kvalitetne fizioterapije skrbi u zajednici (HKF, 2009). Fizioterapija je u velikom broju zemalja autonomna profesija, te podrazumijeva da su fizioterapeuti ujedno kliničari, edukatori i znanstvenici (Brumnić, Šklempo Kokić i Jelica, 2017). Da bi to ostvarili fizioterapeuti se moraju kontinuirano usavršavati i dodatno educirati. U tome im je neophodna podrška zdravstvenog sustava.

U Nizozemskoj je 2007. godine započeo nacionalni program kojim se mjeri kvaliteta fizioterapijske skrbi, između ostalog komunikacija, pristup fizioterapeuta, trajanje intervencijskog razdoblja, rezultat intervencije, itd. (Neeleman-van der Steen idr., 2009). Kvalitetu fizioterapijske skrbi je važno procjenjivati kako zbog samih korisnika, tako i zbog osiguravajućih društava koja plaćaju uslugu, samih fizioterapeuta te zdravstvenog inspektorata (Scholte idr., 2014). Pojedina novija istraživanja upućuju da se procjena kvalitete skrbi iz perspektive bolesnika promijenila iz zadovoljstva pacijenata na općenitije pojam pacijentovog iskustva, budući da se zadovoljstvo pokazalo manje diskriminativno zbog visokih rezultata (Scholte idr., 2014). Isti autor sugeriraju da se godišnje tri puta trebaju provoditi istraživanja na slučajno odabranom uzorku pacijenata kako bi se kontinuirano pratila kvaliteta fizioterapijske skrbi, u čemu veliku važnost imaju i pritužbe pacijenata. Nadalje, navode da ukoliko je potrebno, zdravstveni inspektorat može nadzirati prakse slabe izvedbe na temelju broja pritužbi ili niskih performansi na anketama.

S medicinskim zvanjem su usko povezani etika i humanizam (Peña - Pentón, 2016), što se odnosi i na fizioterapiju. Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije je u Hrvatskoj donijela Hrvatska komora fizioterapeuta (HKF, 2011). Jedna od stavki glasi: »Fizioterapeuti se obvezuju na pružanje kvalitetnih usluga« (HKF, 2011). Prema tome, može se zaključiti da su etičnost i kvaliteta fizioterapijske skrbi usko povezani. Purtilo (2000) je predstavila model razvoja etike u fizioterapiji koji se fokusira na obveze, dužnosti i odgovornost onih koji sudjeluju u profesionalnom odnosu. Dugalić (2011) ističe promicanje dobra i zdravlja svakog čovjeka te podsjeća da objekt medicine treba

biti uvijek čovjek, a ne njegova bolest. Fizioterapija usmjerena potrebama čovjeka u svojim temeljima ima humanizam jer prihvaća humanistički pristup čovjeku.

Zaključno, u brojnim državama utvrđivanje kvalitete fizioterapijske skrbi je od velikog značaja. Važno je pacijenta što prije uključiti u fizioterapijski proces kako bi se poboljšao njegov funkcionalni status, kao i krajnji ishod rehabilitacije. Kvalitetna fizioterapijska skrb treba biti dostupna jednako svim osobama, bez obzira na mjesto ili regiju stanovanja. Na taj način će se spriječiti zdravstvena nejednakost, radi koje korisnici fizioterapijske skrbi traže ustanovu u kojoj će biti zadovoljniji ishodom liječenja.

LITERATURA

1. Brumnić, V., Šklempa Kokić, I. in Jelica, S. (2017). Fizioterapija – struka, znanost ili nešto treće? V M. Smoljić in S. Janković (ur.), Zbornik sažetaka 3. međunarodnog znanstveno-stručnog skupa »Fizioterapija u sportu, rekreaciji i wellnessu« (str. 260–273). Vukovar: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru.
2. Brumnić, V., Šklempa Kokić, I., Jelica, S., Znika, M., Matković, V. in Čajkovac, N. (2017). Komuniciranje strategije znanstvene ustanove. V M. Smoljić in S. Janković (ur.), Fizioterapija u sportu, rekreaciji i wellnessu (str. 174–183). Vukovar: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru.
3. Cerjan - Letica, G. (2004). Teorija zdravstvene pravednosti i javno-zdravstvena etika. Revija za sociologiju, 35 (3–4), 205–216.
4. Dugalić, V. (2011). Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije. V S. Fatović - Ferenčić in A. Tucak (ur.), Medicinska etika. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Hrvatska komora fizioterapeuta (2009). Standardi u fizioterapijskoj praksi. Pridobljeno 4. 10. 2018, s <http://www.hkf.hr/Propisiobrascidokumenti/tabid/62/Default.aspx>.
6. Hrvatska komora fizioterapeuta (2011). Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije. Pridobljeno 4. 10. 2018 s, <http://www.hkf.hr/Propisiobrascidokumenti/tabid/62/Default.aspx>.
7. Hrvatski sabor (1990). Ustav Republike Hrvatske - Zaštita ljudskih prava i temeljnih sloboda. Pridobljeno 4. 10. 2018, s <http://www.sabor.hr/Default.aspx?art=1841>.
8. Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M. in Feldman, D. E. (2015). Quality of physiotherapy services for injured workers compensated by workers' compensation in quebec: a focus group study of physiotherapy professionals. Healthcare Policy, 10 (3), 32.
9. Hush, J. M., Cameron, K. in Mackey, M. (2011). Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. Physical therapy, 91 (1), 25–36.
10. Maher, C. G., Sherrington, C., Elkins, M., Herbert, R. D. in Moseley, A. M. (2004). Challenges for evidence-based physical therapy: accessing and interpreting high-quality evidence on therapy. Physical Therapy, 84 (7), 644–654.
11. Marušić, M., Mimica, M., Mihanović, F. in Janković, S. (2012). Doktorat iz zdravstvenih znanosti: stručne potrebe i zakonski zadanosti. Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 18 (103).
12. Neeleman-van der Steen, K., van de Ven, G., Krol, M., de Bie, R., Oostendorp, R. in Braspenning, J. (2009). Prestatie-indicatoren Fysiotherapie. Het ontwikkelen en testen van een basisset van publieke kwaliteitsindicatoren voor de fysiotherapie. (Performance indicators physical therapy. Developing and testing a set of public quality indicators for physical therapy) Nijmegen/Maastricht: IQ healthcare/CEBP.
13. Peña - Pentón, D. (2016). Ética, humanismo y espiritualidad en la conducción del sistema de salud: de los conceptos a la práctica. Panorama Cuba y Salud, 11 (3), 31–42.
14. Purtilo, R. B. (2000). Thirty-first Mary McMillan lecture. A time to harvest, a time to sow: ethics for a shifting landscape. Physical Therapy, 80 (11), 1112.
15. Ryan, J. F. (b. d.). Zdravstvene nejednakosti. Europska komisija. Pridobljeno 4. 10. 2018, s http://ec.europa.eu/health/newsletter/121/focus_newsletter_hr.htm.

16. Scholte, M., Calsbeek, H., Nijhuis-van der Sanden, M. W. i Braspenning, J. (2014). Quality of physical therapy from a patient's perspective; factor analysis on web-based survey data revealed three dimensions on patient experiences with physical therapy. *BMC health services research*, 14 (1), 266.
17. Shimizu, K. in Hitt, M. A. (2004). Strategic flexibility: Organizational preparedness to reverse ineffective strategic decisions. *Academy of Management Executive*, 18 (4), 44–59.
18. Šućur, Z. (2014). Stari i novi siromasi u hrvatskom društvu: empirijski uvid. *Bogoslovska smotra*, 84 (3), 577–610.

Sistemi zagotavljanja zdravstveno ustrezne pitne vode

UDK 614.31:628.1.033

KLJUČNE BESEDE: pitna voda, sistem HACCP, varnost, zdravstvena ustreznost

POVZETEK - Pitna voda, kot osnovna pravica vsakega pacienta v oskrbi, mora biti varna, kakovostna in zdravstveno ustrežna. Države so razvile različne sisteme zagotavljanja zdravstveno ustrezne pitne vode, ki je osnova, da pacient prejme celotno oskrbo. Namen prispevka je predstaviti sisteme zagotavljanja zdravstvene ustreznosti pitne vode. S pregledom literature je bil mogoč vpogled v zgodovino implementiranja sistema HACCP na področje zagotavljanja ustrezne pitne vode in vpogled v razvijanje novih sistemov. Za zbiranje podatkov smo uporabili znanstvene podatkovne baze ter državne akte, ki urejajo regulacijo pitne vode. Na podlagi analize zbranih podatkov, smo ugotovili, da je sistem HACCP s svojimi načeli učinkovito orodje zagotavljanja zdravstvene ustreznosti, hkrati pa omogoča tudi spremembe. Primer sprememb pri zagotavljanju ustrezne pitne vode so izvedli v Avstraliji, kjer so z dodatnim vključevanjem skupnosti in drugih elementov izoblikovali nov sistem, ki pa še vedno temelji na načelih sistema HACCP. V ZDA pa so z izdelanim aktom Food Safety Modernization Act v sistem varnosti in zdravstvene ustreznosti pitne vode vključili še možnost terorizma, onesnaženja ter drugih tehničnih sprememb. Rezultati kažejo, da je z različnimi sistemi možno zagotoviti ustreznost pitne vode, ki bo pacientu omogočila celotno oskrbo.

UDC 614.31:628.1.033

KEY WORDS: drinking water, HACCP system, safety, drinking water suitability

ABSTRACT - Drinking water as the basic right of every patient under care must be assessed in terms of safety, quality and suitability for drinking. Countries have developed various systems that guarantee drinking water suitability, which is the basis for the patient to receive a comprehensive care. The aim of the study is to present the systems for ensuring drinking water suitability. A review of the literature provided an insight into the history of the implementation of the HACCP system in the field of providing suitability of drinking water and insight into the development of new systems. For data collection, we used scientific databases and state acts that regulate drinking water. Based on data analysis, we found out that the HACCP system with its principles is an effective tool for ensuring drinking water suitability and at the same time provides opportunities for change. An example of introducing change in the process of ensuring suitable drinking water was performed in Australia with the integration of communities and other elements to form a new system, which is still based on the principles of the HACCP system. In the United States, with the Food Safety Modernization Act, they also included the possibility of terrorism, pollution and other technical changes in the system ensuring drinking water safety. The results show that, with different systems, it is possible to ensure drinking water suitability, which will help deliver a complete patient care.

1 Teoretično izhodišče

V Republiki Sloveniji je pitna voda pravica vsakega državljana. V upravljanju države so vodni viri javno dobro in služijo prednostno in trajnostno oskrbi prebivalstva s pitno vodo. Država preko samoupravnih lokalnih skupnosti neposredno in neprofitno zagotavlja oskrbo prebivalstva s pitno vodo in z vodo za oskrbo gospodinjstev (Ustava Republike Slovenije, 1991).

Pitna voda je definirana kot voda iz javnih sistemov za oskrbo s pitno vodo, voda za pakiranje ter predpakirana pitna voda, namenjena javni porabi (Zakon o zdravstveni

ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili, 2000). Kadar govorimo o zdravstveno ustrezni pitni vodi, mislimo na pitno vodo, ki ne vsebuje mikroorganizmov, parazitov in razvojnih oblik v številu, ki predstavlja nevarnost za zdravje ljudi. Pitna voda ne sme vsebovati snovi v koncentracijah, ki same ali ob prisotnosti drugih snoveh lahko ogrozijo zdravje uporabnikov ter je skladna z zahtevami, ki so določene v prilogah Pravilnika o pitni vodi. Javni izvajalec oskrbe s pitno vodo mora zagotoviti, da je pitna voda zdravstveno ustrezna, skladna ter da ne povzroča neposrednega ali posrednega poslabšanja kakovosti in varnosti pitne vode. Upravljalca mora zagotoviti skladnost na vseh mestih, kjer se voda uporablja kot pitna voda (Pravilnik o pitni vodi, 2004). V Sloveniji zdravstveno ustrezno pitno vodo zagotavljamo s pomočjo orodja sistema HACCP. Vsak upravljalca je dolžan izvajati ukrepe in skrbeti, da je pitna voda ustrezna za uporabnike. Hkrati pa mora upravljalca vršiti notranji nadzor v skladu s predpisi, spremljanje nadzora pa zagotavlja Ministrstvo za zdravje (Pravilnik o pitni vodi, 2004).

Evropska unija ima definiran sistem direktiv Water Framework Directive 2000/60/ES. Že vrsto let imajo sprejeto politiko o pitni vodi, ki zagotavlja, da se kakovost pitne vode nadzira s standardi ter da se kakovost in varnost vode učinkovito spremljata in ocenjujeta. S politiko je sprejeto, da se uporabnike pravočasno obvesti z ustreznimi informacijami ter da politika prispeva k širši vodni in zdravstveni politiki Evropske unije (European Commission, 2018a). Na evropski ravni je sprejeta Direktiva sveta 98/83/ES z dne 3. novembra 1998 o kakovosti vode, namenjene za prehrano ljudi (1998), ki pravi, da je voda, zdravstveno ustrezna in čista takrat, kadar je brez mikroorganizmov in parazitov ter ko je brez snovi, ki lahko v količini ali koncentraciji ogrozijo zdravje ljudi. Prav tako pa so določene minimalne zahteve (mikrobiološki, kemijski in indikatorski parametri), ki varujejo zdravje uporabnikov, standardi kakovosti, ki se lahko spreminjajo v državah članicah ter način in mesto spremljanja, odstopanja in ukrepi.

S 1. februarjem 2018 je Evropska komisija sprejela predlog o popravku direktive, ki bi z upoštevanjem nove analize tveganja izboljšal kakovost pitne vode in omogočil večji dostop in informacije za uporabnike. Glavni temelji prenove so posodobitev varnostnih standardov, parametrov in upoštevanje priporočil Svetovne zdravstvene organizacije. Popravek upošteva in spodbuja tudi organe, ki se spopadajo s tveganji pri oskrbi z vodo, da se spopadejo z onesnaževalci pitne vode. S prenovo se bo uporabnikom omogočilo tudi več informacij glede učinkovitosti dobaviteljev pitne vode (European Commission, 2018b).

V zdravstvenih objektih, kjer se vrši celostna oskrba pacientov, so v tehnični smernici TSG-12640.001: 2008 določene odgovornosti in dolžnosti, ki jih je treba upoštevati pri projektiranju zdravstvenih objektov. Tehnična smernica naroča, da mora imeti objekt pretočni vodni rezervoar s požarno in večurno rezervo sanitarno pitne vode. Ustreznost pitne vode v instalacijah vršijo s priključki na dezinfekcijo vode s klornim šokom, UV sterilizator vode pa je predviden na priključku iz vodovodnega omrežja. Če v objektu ni predvidena UV dezinfekcija, mora biti vodovod izveden v obliki zanke brez slepih rokavov, da je možnost kontaminacije pitne vode čim manjša. V zdravstvenih objektih pripravljajo tudi sanitarno toplo vodo. Pri zagotavljanju

ustreznosti pitne vode morajo v objektu skrbeti, da je temperatura pripravljene tople vode na izstopu iz grelnika najmanj 60°C, na povratku v grelnik pa najmanj 50°C. S tem ukrepom skrbijo, da je po instalacijah v celem objektu ustrezna temperatura pitne vode, posebej za preprečevanje razmnoževanja legionel, natančneje mora pitna voda dosegati najmanj 50°C na pipah po eni minuti točenja. V zdravstvenem objektu obstaja možnost uporabe tudi mehčane in demineralizirane vode. Dolžnosti glede varnosti in kakovosti določa tehnološki projekt in dodatna medicinska oprema (Ministrstvo za zdravje, 2008).

Zakaj je torej pomembno, da upravljalci zagotovijo varno in zdravstveno ustrezno pitno vodo, posebej za paciente? Zato, ker je kakovostna in varna pitna voda bistvenega pomena za življenje in kakovost oskrbe pacienta, pripravo hrane in pijače. Pacientu, ki je primarno še bolj občutljiv na mikroorganizme in ima oslabiljen imunski sistem, moramo nuditi zdravstveno ustrezno pitno vodo, ki se uporablja v prehrani, pripravi hrane, osebni higieni, čiščenju, pranju in drugih dejavnostih. Namen prispevka je predstaviti različne sisteme zagotavljanja zdravstvene ustreznosti pitne vode.

2 Metoda

Za raziskovanje orodij za sistemsko obvladovanje in zagotavljanje ustrezne pitne vode smo s pregledom znanstvene literature v obdobju od 1990 do 2018 po ključnih besedah (HACCP system) OR (HACCP) OR (system AND application) AND (drinking water) OR (safe water), v podatkovnih bazah analizirali načine obvladovanja tveganj, različna orodja in metodologije. Podatke smo iskali v različnih znanstvenih podatkovnih bazah, kot so Web of Science, Science Direct in Scopus. V Tabeli 1 je prikaz zadetkov glede na iskalni niz in podatkovno bazo. Pregledali smo tudi nacionalno in evropsko zakonodajo, ki regulira področje pitne vode, odgovornosti upravljalcev in ponudnikov pitne vode ter zahteve za zdravstvene objekte.

Tabela 1: Prikaz števila znanstvenih objav glede na iskalni niz in podatkovno bazo

Iskalni niz	Število zadetkov		
	Web of Science	Science Direct	Scopus
»HACCP system« AND »drinking water«	12	242	14
»HACCP« AND »safe water«	5	87	6
»system« AND »application« AND »drinking water«	1109	70403	3130
»system« AND »application« AND »safe water«	22	2294	80

Vir: Web of Science, 2018; Science Direct, 2018; Scopus, 2018.

3 Rezultati

Predstavili smo tri različna orodja, ki služijo kot pomoč za zagotavljanje varnosti in zdravstvene ustreznosti pitne vode.

Varnost pitne vode je definirana kot zagotovilo, da pitna voda ni škodljiva za zdravje potrošnika, če je pripravljena oziroma zaužita za predviden namen (Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili, 2000). Zdravstvena ustreznost pitne vode pomeni, da ne vsebuje mikroorganizmov, snovi v koncentracijah, ki bi lahko ogrozile zdravje potrošnikov. Skladnost pitne vode pa se nanaša na skladnost z mejnimi vrednostmi parametrov določenih v Pravilniku o pitni vodi in na skladnost z mejnimi vrednostmi dodatnih parametrov, ki so dodani po potrebi (Pravilnik o pitni vodi, 2004).

3.1 Sistem HACCP

Sistem HACCP se je razvil v šestdesetih letih kot univerzalno, znanstveno oblikovano orodje, ki zagotavlja varnost živilske proizvodnje in njenih proizvodov. Sistem z zaporednimi natančno določenimi operacijami zagotavlja najvišjo varnost živil. Od leta 1971 je mednarodno priznan kot preventiven varnostni sistem za živila, ki omogoča nenehen razvoj (Jevšnik, Ovca in Godič Torkar, 2017). Sistem so najprej razvili za zagotavljanje varnosti živil, kasneje so ga preizkusili ali deluje tudi za tehnološki postopek pridobivanja pitne vode. Po uporabi sistema se je le ta implementiral tudi na specifičnih primerih zagotavljanja varne in zdravstveno ustrezne pitne vode. Izbrani primeri so opisani v Tabeli 2.

Sistem temelji na prepoznavi nevarnosti, preučitvi in določitvi kontrolnih in kritičnih kontrolnih točk (v nadaljevanju KKT). KKT je definirana kot stopnja, faza, mesto, ali postopek v določenem procesu, kjer z ustreznimi nadzornimi mehanizmi preprečimo, odstranimo ali zmanjšamo tveganje na sprejemljivo raven (Jevšnik idr., 2017).

Tabela 2: Pregled znanstvene literature glede implementiranja sistema HACCP na področje zagotavljanja zdravstveno ustrezne pitne vode

<i>Avtor, letnica</i>	<i>Način obvladovanja tveganj</i>	<i>Uporabljena orodja, metode</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>	<i>Prednosti</i>	<i>Pomanjkljivosti</i>
Havelaar, 1994	Gre za prvo formalno uvedbo sistema HACCP na osnovni proces pridobivanja pitne vode. S tem sistemom zagotavljamo varno in zdravstveno ustrezno pitno vodo za uporabnike.	Sistem HACCP je temeljil na petih korakih: (1) oblikovanje HACCP skupine (2) opisovanje produkta – oskrba s pitno vodo (3) prepoznavanje načrtovane uporabnosti oskrbe s pitno vodo (4) in (5) izdelava in potrjevanje prikaza poteka oskrbe s pitno vodo. Sočasna uporaba standarda ISO 9000 za kakovost vode in kvantitativne ocene tveganja (QRA- Quantitative risk assessment) za določitev kritičnih mej na KKT	Sistem je temeljil na dveh elementih: analiza nevarnosti in vzpostavitev KKT za sistem oskrbe s pitno vodo (primer faze črpanje vode, zajetje, priprava pitne vode, shranjevanje in distribucija). KKT so lahko določljive in vzpostavljene v procesu priprave pitne vode. S sistemom QRA so določili kritične meje pri posamezni KKT. Sistem je temeljil na identifikaciji, oceni izpostavljenosti tveganju, oceni odziva na določeno koncentracijo ter odločitev o spremljanju (izračun tveganja).	Pridobivanje pitne vode je mogoča iz različnih virov (podtalnica, površinska voda). Sistem je zasnovan tako, da ne glede na vsak tip vodnega vira, ki ima svoje specifikke, lahko vzpostavimo sistem, ki bo dobro funkcioniral za zagotavljanje varne in zdravstveno ustrezne pitne vode.	Manjka vzpostavitev monitoringa posameznih kritičnih mej za KKT, korektivnih ukrepov, določitev dokumentacije ter verifikacija sistema. Sistem je bil opisan samo na primeru mikrobiološkega tveganja, nič ni specifičnega rečeno o kemijskem in fizikalnem tveganju.

<p>Dewettinck, Van Houtte, Geenens, Van Hege in Verstraete, 2001</p>	<p>Gre za uvedbo sistema HACCP v zaključen vodni krog pridobivanja pitne vode. Predvsem njegova aplikacija v pripravi odpadne vode, ki se jo nato ponovno uporabi kot vir pitne vode.</p>	<p>Sistem HACCP je temeljil na sedmih korakih:</p> <ul style="list-style-type: none"> vzpostavitev in verifikacija procesa izvajanje analize tveganja opredelitev in dokumentiranje nadzornih ukrepov identifikacija KKT opredelitev standardov in kritičnih mej vzpostavitev monitoringa vzpostavitev korektivnih ukrepov 	<p>Glede na lastnosti vodonosnika so lahko zaključili vodni krog in vzpostavili sistem HACCP, ki zagotavlja ustreznost vode, ki se infiltrira nazaj v vodonosnik. Sistem je lahko prilagodljiv na sisteme čiščenja odpadne vode iz čistilne naprave. KKT so smiselno določene glede na tveganje. Vzpostavljene so tudi točke pozornosti v celem vodnem krogu, kjer se nadzira zdravstvena ustreznost.</p>	<p>Sistem HACCP je prilagojen celotnemu procesu, upošteva vsa tveganja. Monitoring vzpostavljen prav za specifične faze v procesu s specifičnimi metodami in napravami. Dober okvir za strogo in preventivno higieniko ravnanje z odpadno vodo, ki nato lahko postane spet pitna voda. Sistem nudi tudi psihološko varnost uporabnikom, da je ponovna uporaba vode varna.</p>	<p>Problem nadziranja varnosti vode lahko predstavljajo nedoločeni parametri s strani države.</p> <p>Sistem je bil opisan samo na primeru mikrobiološkega tveganja, nič ni specifičnega rečeno o kemičnem in fizikalnem tveganju.</p>
<p>Casani, Leth in Knöchel, 2006</p>	<p>V študiji primera, ki odgovarja na potrebe zmanjševanja uporabe pitne vode v procesu predelave kozic, se je implementiral sistem HACCP, ki zagotavlja varno vodo, ki se jo lahko ponovno uporabi v procesu.</p>	<p>Sistem HACCP je temeljil na štirih korakih: analiza tveganja identifikacija KKT in vzpostavitev kontrolnih meritev Določitev kritičnih mej in sistem monitoringa za vsako KKT Določitev korektivnih ukrepov, verifikacije in dokumentacije.</p>	<p>Z vzpostavitvijo sistema so lahko prepoznali tveganja in nevarnosti za specifično sestavo odpadne vode. Določile so se KKT glede na izveden proces čiščenja vode. Dobro so vključili tudi elementa verifikacije in dokumentacije, ki uspešno spremljata sistem in učinkovitost.</p>	<p>V študiji primera se je sistem HACCP izkazal za učinkovito orodje zagotavljanja ustrezne pitne vode. Oblikovanje sistema in prepoznavanje tveganj je bila vezana na specifično strukturo odpadne vode, zato so vso tehnologijo in orodje prilagodili le tej.</p>	<p>V študiji primera se je s sistemom HACCP razvila učinkovita tehnologija, ki pa je za vsesplošno rutinsko ali občasno delovanje predraga.</p>

<p>Damikouka, Katsiri in Tzia, 2007</p>	<p>Gre za uvedbo sistema HACCP in njegovih načel v pripravi pitne vode na čistilni napravi. Proces pridobivanja vode je standarden (zajetje, predkloriranje, koagulacija, flokulacija in sedimentacija, postkloriranje, shranjevanje in distribucija pitne vode).</p>	<p>Uporabljenih je bilo sedem načel sistema HACCP:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) izvedba analize tveganja (2) določitev KKT (3) vzpostavitev kritičnih mej (4) vzpostavitev monitoringa za KKT (5) določitev korektivnih ukrepov (6) vzpostavitev sistema verifikacije (7) vpeljava dokumentacije <p>Poleg uporabe sedmih načel so v študiji uporabili tudi druge elemente kot so HACCP tim, opis produkta, diagram procesa in drugo</p>	<p>Z ugotovljenim tveganjem in pravilno identifikacijo KKT je možno vzpostaviti učinkovit sistem HACCP, ki nadzira varnost končnega produkta – pitne vode.</p> <p>Strukturiran pristop sistema omogoča ocenjevanje obstoječih težav in problemov ter izboljšanje delovanja sistema.</p>	<p>Ocena tveganja je ključnega pomena v sistemu, saj se preko nje določijo KKT, mejne vrednosti, pomen in nadzor.</p> <p>V sistemu je uporabljen procesni diagram, določeno pa je tudi drevo odločanja za določitev KKT. Napisan je tudi HACCP plan za vse ugotovljene KKT, kjer so predstavljena tveganja, preventivni ukrepi, mejne vrednosti, monitoring in korektivni ukrepi.</p> <p>S sistemom je mogoče predvideti, če je v tehnološkem postopku potrebno upoštevanje nove tehnologije ali samo izboljšanje stare.</p>	<p>Sistem je v večini kvalitativen, privede pa lahko tudi do subjektivnosti, zaradi upoštevanja mnenja strokovnjakov pri določanju mejnih vrednosti in kritičnih mej v procesu.</p>
---	---	--	---	--	---

3.2 FDA – drinking water security and safety

Zakon o varni pitni vodi je v ZDA določen s FSMA (Food Safety Modernization Act) akti. Akt za zagotavljanje varnosti pitne vode je razdeljen na tri poglavja. Teroristi in drugi namerni akti, drugi spremljajoči akti varovanja pitne vode ter različne in tehnične spremembe. Drugi del akta opredeljuje glavno področje zagotavljanja varne pitne vode.

Pri varovanju pitne vode se FSMA osredotoči na dve področji: področje preprečevanja, odkrivanja in odzivanja onesnaženja ter področje preprečevanja, odkrivanja in odzivanja na motnje v oskrbi (Food and Drug Administration, 2009).

Administrator, ob posvetovanju s centri za nadzor bolezni, ustreznimi oddelki in agencijami zvezne vlade ter z državnimi in lokalnimi oblastmi, pregleda sedanje in prihodne metode za preprečevanje, odkrivanje in odziv na namerno uvajanje kemičnih, bioloških ali radioloških onesnaževal v vodovodne sisteme. Vključuje metode namenjene spremljanju in odkrivanju onesnaževal in kazalcev onesnaževal v javne vodovodne

sisteme. Vključuje metode prenosa informacij o vnosu onesnaževal in morebitnem učinku na javno zdravje, varnost in oskrbo pitne vode. Prav tako razvija programe izobraževanja in ozaveščanja o javnih vodovodnih sistemih. Posameznikom lahko priskrbi postopke in opremo za preprečevanje pretoka kontaminirane pitne vode. Vključuje metode za odpravo ali zmanjšanje škodljivih učinkov, ki jih povzročajo onesnaževala v vodi (izvajanje pregleda učinkovitosti tehnologije). Prav tako pa skrbi za izvajanje biomedicinskih raziskav o kratkoročnem in dolgoročnem vplivu onesnaževal na javno zdravje, ki se lahko pojavijo s terorizmom ali drugimi namernimi dejanji (Food and Drug Administration, 2009).

Administrator v sodelovanju z ustreznimi oddelki in agencijami zvezne vlade pregleda metode in sredstva, s katerimi bi teroristi ali drugi posamezniki/skupine lahko prekinili dobavo varne pitne vode ali drugače ogrozili objekte za zbiranje, pripravo, obdelavo, skladiščenje in distribucijo, s katerimi bi lahko povzročili, da je takšna voda bistveno manj varna za uporabnike. Zagotavlja cevi in druge elemente transporta pitne vode, ki ustrezajo veljavnim standardom. Preverja metode, ki bi v procesu priprave pitne vode lahko uničile ali preprečile ustrezne zaloge pitne vode. Prav tako preverja metode v procesu, ki se nanašajo na navzkrižno kontaminacijo pri oskrbi s pitno vodo. Zagotavlja tudi metode za preprečitev terorističnih napadov in drugih namernih dejanj, ki bi prekinili oskrbo pitne vode ali vplivali na njeno varnost. Prav tako pa skrbi za varnost informacijskih sistemov v vodovodnih sistemih (Food and Drug Administration, 2009).

3.3 Avstralske smernice za pripravo pitne vode

V Avstraliji se poslužujejo drugačnega principa za zagotavljanje varne pitne vode. Imajo predpisane smernice in okvir za upravljanje kakovosti pitne vode. Okvir na splošno obravnava štiri področja, in sicer zavezanost vodenju kakovosti pitne vode, analizo in upravljanje sistema, podporne pogoje ter presojo. Natančneje je zgrajen iz dvanajstih elementov, s katerimi lahko zagotavljajo varnost pitne vode (National Water Quality Management Strategy, 2018).

Elementi orodja za upravljanje pitne vode so:

1. Obveznost upravljanja kakovosti pitne vode s politiko kakovosti pitne vode, regulativnimi in formalnimi zahtevami ter vključevanjem zainteresiranih;
2. Ocena sistema oskrbe s pitno vodo z analizo vodovodnega sistema, oceno podatkov o kakovosti vode in identifikacijo nevarnosti in oceno tveganja;
3. Preventivni ukrepi za upravljanje kakovosti pitne vode s preventivnimi ukrepi, številnimi ovirami in kritičnimi kontrolnimi točkami;
4. Operativni postopki in nadzor procesov z operativnimi postopki, operativnim spremljanjem, korektivnimi ukrepi, opremo in vzdrževanjem opreme ter materiali in kemikalijami;
5. Preverjanje kakovosti pitne vode z nadzorom kakovosti pitne vode, zadovoljstvom potrošnikov, kratkoročnim vrednotenjem rezultatov in korektivnimi ukrepi;
6. Obvladovanje incidentov in nujnih primerov s komunikacijo in protokoli za incident in/ali odziv v sili;

7. Zavedanje in usposabljanje zaposlenih z zavedanjem in vključenostjo zaposlenih ter usposabljanji;
8. Vključenost in ozaveščanje skupnosti s posvetovanji skupnosti in komunikacijo;
9. Raziskave in razvoj s preiskovalnimi študijami in spremljanjem raziskav, validacijskega procesa in oblikovanjem opreme;
10. Dokumentacija in poročanje z upravljanjem dokumentacije in zapisov;
11. Vrednotenje in revizija z dolgoročnim vrednotenjem rezultatov in revizijo upravljanja kakovosti pitne vode;
12. Pregled in stalno izboljševanje s pregledom s strani višjih izvršnih direktorjev in načrtom za izboljšanje kakovosti pitne vode (National Water Quality Management Strategy, 2018).

4 Razprava

Vsa tri opisana orodja za zagotavljanje zdravstveno ustrezne pitne vode opravljajo svoj namen že vrsto let. S prvo uvedbo sistema HACCP na področje pitne vode (Havelaar, 1994), je sistem dobil nov pogled, saj se ga da implementirati na različne vodne vire, procese, vodne kroge, vedno pa je prisoten, ko je treba v procesu pridobivanja pitne vode zagotoviti varnost in zdravstveno ustreznost. V Tabeli 2 so opisani različni primeri implementiranja sistema, hkrati pa tudi glavne ugotovitve, prednosti in slabosti na posameznem primeru. Razvidno je, da moramo v analizi tveganja nujno vključiti vse vrste tveganja (mikrobiološko, kemijsko in fizikalno) (Havelaar, 1994), vendar pa lahko vključimo tudi druge vrste tveganja, kot Food and Drug Administration (2009), ki vključuje še radiološko tveganje. Potrebno je, da zgradimo sistem na dobri oceni tveganja, dobri prepoznavi procesa in tehnologije, saj le tako zagotovimo, da sistem res učinkovito deluje.

Food and Drug Administration (2009) v svoj sistem dobro vpelje princip metod, ki temeljijo na preventivi glede onesnaževal in motenj v oskrbi. Dobro preceni tudi možnost terorističnih napadov, za katere ima vzpostavljenih kar nekaj metod. Seveda lahko ta element vključimo v sistem HACCP, vendar je zaradi vseh drugih dejavnikov tveganj po navadi le slab primer scenarija »worst case scenario«, ki se ga preverja le ob verifikaciji in se ga vzpostavi na začetku. Pomembno je, da preverjamo vse elemente in jih upoštevamo skupaj ne le enega posamezno.

Avstralski model zagotavljanja varne pitne vode s smernicami National Water Quality Management Strategy (2018) vključuje temeljito oceno tveganj, poglobljeno sistematično ocenjevanje vodnih virov. Prepleta vse elemente, ki zagotavljajo, da bo sistem dobro deloval. Prav tako je zelo fleksibilen, saj se ga lahko implementira tudi na že obstoječe programe. Avstralski sistem se lahko primerja tudi z različnimi sistemi kot so sistem HACCP in sistem kakovosti ISO 9001. S sistemom HACCP je primerljiv, saj avstralske smernice vključujejo vseh sedem načel sistema HACCP. Avstralski sistem poleg sedmih načel vsebuje še področja obveznosti upravljanja kakovosti pitne vode, obvladovanja incidentov in nujnih primerov, zavedanja in usposabljanja zaposlenih,

vklučenost in ozaveščanje skupnosti ter pregleda in stalnega izboljševanja. Zanimiv poudarek je na možnosti vseh strank, ki lahko prepoznajo svoje odgovornosti v sistemu in se vanj vključijo (National Water Quality Management Strategy, 2018).

5 Zaključek

S preučeni orodji zagotavljanja varnosti pitne vode lahko dobro zagotavljamo varnost in zdravstveno ustreznost pitne vode. Implementiramo jih lahko na različne vodne vire, npr. za proces, ko odpadno vodo obdelamo in jo pripravimo po zahtevah za zdravstveno ustrezno pitno vodo. Pomembno je izpostaviti avstralski sistem, ki poleg HACCP elementov vključuje še skrb za nenehno izboljševanje sistema in redno usposabljanje zaposlenih. Vsi proučeni sistemi temeljijo na ugotavljanju različnih tveganj, ki so prisotna v okolju, posebej lahko iščemo nova tveganja in nevarnosti, ki ogrožajo pitno vodo in za rešitev le teh s pomočjo univerzalni sistemov razvijemo tehnologijo, ki bo služila zagotavljanju varnosti in zdravstveni ustreznosti pitne vode za vse porabnike.

LITERATURA

1. Casani, S., Leth, T. in Knøchel, S. (2006). Water reuse in a shrimp processing line: Safety considerations using a HACCP approach. *Food Control* 17 (7), 540–550. Pridobljeno 5. 1. 2018, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713505000770>.
2. Damikouka, I., Katsiri, A. in Tzia, C. (2007). Application of HACCP principles in drinking water treatment. *Desalination* 210 (1–3), 138–145. Pridobljeno 5. 1. 2018, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011916407001749>.
3. Dewettinck, T., Van Houtte, E., Geenens, D., Van Hege, K. and Verstraete, W. (2001). HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points) to guarantee safe water reuse and drinking water production – a case study. *Water Sci Technol* 43 (12), 31–38. Pridobljeno 5. 1. 2018, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11464766>.
4. Direktiva sveta 98/83/ES (1998) z dne 3. novembra 1998 o kakovosti vode, namenjene za prehrano ljudi. Pridobljeno 16. 9. 2018, s <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:31998L0083&from=SL>.
5. European Commission (2018a). Drinking water. Pridobljeno 17. 9. 2018, s http://ec.europa.eu/environment/water/water-drink/index_en.html.
6. European Commission (2018b). Review of the drinking water directive. Pridobljeno 17. 9. 2018, s http://ec.europa.eu/environment/water/water-drink/review_en.html.
7. Food and Drug Administration (2009). Drinking water security and safety. U. S. Food and Drug Administration. Pridobljeno 10. 1. 2018, s <https://wayback.archive-it.org/7993/20170722105952/https://www.fda.gov/RegulatoryInformation/LawsEnforcedbyFDA/ucm155780.htm>.
8. Havelaar, H.A. (1994). Application of HACCP to drinking water supply. *Food Control* 5 (3), 145–152. Pridobljeno 5. 1. 2018, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0956713594900744>.
9. Jevšnik, M., Ovca, A. and Godič Torkar, K. (2017). Orodja za obvladovanje in analizo higienskih procesov. V M. Jevšnik (ur.), *Higiena objektov in procesov* (str. 64–119). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
10. Ministrstvo za zdravje (2008). Prostorska tehnična smernica TSG-12640.001: 2008 Zdravstveni objekti.

11. National Water Quality Management Strategy (2018). Australian Drinking Water Guidelines Version 3.5. Australian Government: NHMRC, NRMMC: 12-63. Pridobljeno 14. 10. 2018, s <https://nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-drinking-water-guidelines#block-views-block-file-attachments-content-block-1>.
12. Pravilnik o pitni vodi (uradno prečiščeno besedilo) (2004). Uradni list Republike Slovenije, št. 19 in spremembe Uradni list Republike Slovenije, št. 35/04, 26/06, 92/06, 25/09, 74/15, 51/17. Pridobljeno 2. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3713>.
13. Ustava Republike Slovenije (uradno prečiščeno besedilo) (1991). Uradni list Republike Slovenije, št. 33, s spremembami: Uradni list RS, št. 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99 in 75/16 – UZ70a). Pridobljeno 2. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>.
14. Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (uradno prečiščeno besedilo) (2000). Uradni list RS, št. 52 (13. 6. 2000), s spremembami: Uradni list RS, št. 42/02 in 47/04 – ZdZPZ. Pridobljeno 2. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1381>.

Vloga edukatorja pri obravnavi nosečnice z gestacijskim diabetesom

UDK 616.379-008.64-055.26

KLJUČNE BESEDE: nosečnost, sladkorna bolezen, zdravstvena vzgoja, vloga medicinske sestre

POVZETEK - Za vsako žensko je nosečnost obdobje sprememb. Ne redko se v tem obdobju pri ženski ugotovi sladkorna bolezen. Vzdrževanje normalne koncentracije glukoze pri nosečnici zagotavlja otrokov nemoten razvoj, brez posledic za otroka in mamo, zato je takrat potrebna posebna zdravstvena obravnava. Pomemben del multidisciplinarnega tima v obravnavi je tudi diplomirana medicinska sestra, ki od začetka in po potrebi izvaja zdravstveno vzgojno delo in nosečnico seznani s pomembnimi vsebinami, prepozna individualne težave nosečnice in njene potrebe, ji zagotavlja ustrezne informacije ter jo usmerja in podpira pri spremembi življenjskega sloga. Iz raziskav nekaterih tujih držav je razvidno, da se je z vključitvijo edukatorja v proces obravnave zmanjšalo število nujnih, nenačrtovanih obiskov. V eni izmed njih je bilo razvidno, da je bila ravno medicinska sestra glavni vir informacij za žensko med nosečnostjo in zato pomemben člen v razmerju med uspešnim zdravljenjem ter dobrim končnim izidom in zdravim otrokom. Zaradi dobrih izkušenj v tujini in tudi v Sloveniji pripravljajo v diabetološki ambulanti Splošne bolnišnice Jesenice protokol za medicinske sestre, ki bo določal vsebino pregleda nosečnic z gestacijskim diabetesom. Z vključitvijo zdravstvene vzgoje bi dosegli sodobno obravnavo nosečnice, ki bi ji s tem izboljšali dostopnost do strokovnega nasveta in olajšali bolezen.

UDC 616.379-008.64-055.26

KEY WORDS: gestational diabetes, health education, the role of the nurse educator

ABSTRACT - For each woman, pregnancy is a period of change. It is not uncommon for a woman to be diagnosed with gestational diabetes during this period. Maintaining a normal glucose concentration during pregnancy ensures the child's normal development, with no consequences for the child and mother; which is why special medical treatment is necessary at that time. An important part of the interdisciplinary team is also the nurse educator who, from the beginning and whenever necessary, conducts health education work and informs the pregnant woman of important contents, identifies her problems and needs, provide relevant information and supports her in the change of lifestyle. It is evident from the studies performed abroad that the inclusion of the nurse educator in the process reduced the number of urgent, unplanned visits. In one of the studies, it was found that the nurse educator was the main source of information for women during pregnancy, especially because she could devote more time to them, which confirms that the educator is an important factor in successful treatment and gestational outcome without complications and birth of a healthy baby. Due to good practice examples abroad and in some centers in Slovenia, a protocol is in preparation in the diabetes clinic at the General Hospital Jesenice which will define the content of pregnancy examination in women with gestational diabetes by the nurse educator. By including the nurse educator in the treatment, we would like to develop a modern treatment as well as improve access to professional advice, thereby relieving the burden of the disease.

1 Uvod

Sladkorna bolezen v nosečnosti je opredeljena kot intoleranca za glukozo, ki se pri ženski prvič pojavi v času nosečnosti in izzveni po porodu (Khooshehehin idr., 2016). S hiperglikemijo v nosečnosti se v današnjem svetu srečujemo vse pogosteje. Po rezultatih IDF ima vsaka 7 nosečnica nosečnostno sladkorno bolezen (gestacijski diabe-

tes) (IDF Atlas). Razlogi za to so predvsem večja pojavnost debelosti, manjša telesna aktivnost, nezdrava prehrana in odločitev za nosečnost v kasnejših letih (Tomažič, idr., 2011). Drugi znani dejavniki tveganja za pojav nosečnostne sladkorne bolezni so tudi družinska anamneza sladkorne bolezni, zlasti pri najbližjih sorodnikih, predhodni porod, pri katerem je otrok tehtal več kot 4,1 kg, anamneza malformacij ali perinatalnih zapletov v povezavi s prejšnjimi porodi, porodna teža nosečnice, ki je bila večja kot 4.1 kg ali manjša kot 2,7 kg, sindrom policističnih jajčnikov, uporaba glukokortikoidov, arterijska hipertenzija v nosečnosti in telesna neaktivnost pred nosečnostjo (Tomažič idr., 2006). Glede na Kolumbijsko študijo kar 29 % žensk z nosečnostno sladkorno boleznijo ni imelo nobenih dejavnikov tveganja za bolezen, kar potrjuje potrebo po presejalnih pregledih (Thacher idr., 2015).

Ob najpogostejših, zmernih glikemijah običajno ni značilnih spremljajočih simptomov sladkorne bolezni (Tomažič idr., 2006), zato se po Nacionalnem programu za obvladovanje sladkorne bolezni 2010 - 2020 (2010) kot del redne obravnave v ginekološki ambulanti oceni možnost tveganja za pojav nosečnostne sladkorne bolezni in se izvajajo presejalni testi za odkrivanje le te. Kadar se ob prvem pregledu ne potrdi nosečnostne sladkorne bolezni (vrednost ravni glukoze v krvi $\geq 5,1$ mmol/l ali 2 uri po obroku presega 6,7 mmol/l), se opravi v 24. - 28. tednu nosečnosti obremenilni glukozni tolerančni test s 75 g glukoze (OGTT). Diagnozo gestacijskega diabetesa se potrdi, če je dosežena ali presežena vsaj ena diagnostična vrednost v testu (5,1 mmol/l na tešče, 10,0 mmol/l po 1 uri, 8,5 mmol/l po 2 urah). Nosečnostna sladkorna bolezen se namreč prvič pojavi v nosečnosti in dosežene glikemije na tešče ali v 75g OGTT dosejajo dogovorjene diagnostične vrednosti za gestacijski diabetes, ne dosejajo pa tistih glikemij, ki so kriterij za postavitev diagnoze sladkorne bolezni (Tomažič in Sketelj, 2011). Vrednost ravni glukoze v krvi pri nosečnicah je bistveno nižja v primerjavi z ženskami, ki niso noseče, ker se zlasti po 20. tednu nosečnosti povečuje stopnja nosečniških hormonov (Justinek, 2015). Kot glavni dejavnik tveganja za zaplete, ki lahko poslabšajo potek in izid nosečnosti je hiperglikemija matere, za to je potrebna čim prejšnja vzpostavitev normoglikemije za izboljšanje končnega izida nosečnosti, za otroka, kot tudi za mater (Kovačec idr., 2012).

Poleg ginekologa, diabetologa, dietetika in drugih strokovnih sodelavcev je prav diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji - edukatorka (v nadaljevanju medicinska sestra) tista, ki pripomore k pomembni vlogi pri edukaciji nosečnice z gestacijskim diabetesom (Skvarča, 2012).

2 Edukacija

Edukacija iz angleške besede »education«, pomeni izobraževanje. Je del zdravstvene vzgoje in proces, kjer gre predvsem za načrtno poučevanje, svetovanje informiranje o sladkorni bolezni, za ta proces pa je močno pomembno spodbujanje, motivacija. Edukacija ozavešča bolnika o njegovem stanju, namen pa je, da z njo prepozna dejnsko stanje in kakšne možnosti ima za nadzor in vodenje bolezni. Vloga bolnika pri zdra-

vljenju katerega koli tipa sladkorne bolezni se z leti krepi, tako lahko rečemo, da je k temu pripomogla tudi obširnejša edukacija, saj je cilj edukacije opolnomočen bolnik. To pa pomeni, da je bolnik sposoben sprejemanja in odločanja v korist vodenju svoje bolezni (Janjoš idr., 2012).

3 Vloga medicinske sestre pri obravnavi nosečnice z nosečniško sladkorno boleznijo

Medicinska sestra ima pomembno vlogo in je eden najbolj aktivnih udeležencev tako imenovanega multidisciplinarnega diabetološkega tima pri zagotavljanju kakovostne obravnave, tudi nosečnice z gestacijski diabetesom (Lawal, 2015). Je tudi povezava med nosečnico in drugimi zdravstvenimi delavci in ji zagotavlja oskrbo, ki ustreza fizičnim, psihološkim, socialnim in duhovnim potrebam nosečnice in po potrebi tudi njenih bližnjih (Cable, 2016).

Pomembno je nosečnici pojasniti, da dober glikemični nadzor skozi nosečnost zmanjša tveganje za plod (American Diabetes Association, 2015). Prva linija zdravljenja nosečniške sladkorne bolezni je sprememba življenjskega sloga (NICE, 2015). Zato je organizirano skupinsko ali po potrebi individualno predavanje o uravnoteženi prehrani, saj je to znanje ključno za uravnavanje normoglikemije. Pri prehranskem svetovanju je posebna pozornost namenjena splošnim značilnostim zdrave prehrane in izboru živil v vsebnostjo ogljikovih hidratov ter načinu priprave teh živil. Cilj je, da nosečnica razume pomen zdrave prehrane, pogostost obrokov, vpliv posameznih skupin živil, ustreznega načina priprave hrane, zna ustrezno količinsko oblikovati obroke hrane in pozna živila, ki se med zdravljenjem odsvetujejo (Janjoš idr., 2012). Dietetik in medicinska sestra sta nosečnici za svetovanje o prehrani in za vprašanja na voljo ves čas nosečnosti in po porodu.

Nosečnica tako z zadostnim znanjem o prehrani lažje dosega ustrezen porast telesne teže, zagotavlja ustrezne pogoje za pravilno rast in razvoj otroka, lažje nadzoruje raven glukoze v krvi, s tem pa zmanjša možnost za insulinsko zdravljenje in zaplete, ki se lahko razvijejo zaradi gestacijskega diabetesa (Janjoš idr., 2012). Medicinska sestra nato nosečnico pouči o uporabi merilnika glukoze v krvi in pomembnosti samomeritev ravni glukoze v krvi, postavijo in zapišejo se ciljne vrednosti glukoze v krvi, ter kdaj se bodo opravljale meritve. Ciljne vrednosti za nosečnice so po smernicah določene na tešče med 3,5 in 5,3 mmol/l, po obrokih $\leq 6,6$ mmol/l, HbA1c manj kot 6,0 %, če je to mogoče varno doseči. Kot pokazatelja nezadostnega energijskega vnosa ali neprimerne razporeditve obrokov čez dan pojasnimo pomen prisotnosti ketonov v urinu. Svetujemo njihovo določanje s testnimi trakovi na tešče in pred večerjo. Cilj je, da ketoni niso prisotni (Tomažič idr., 2011). Plan opravljanja meritev glukoze v krvi tekom dneva in določanja ketonov v urinu zdravnik in medicinska sestra naredita individualno skupaj z nosečnico in ga tekom zdravljenja po potrebi prilagajata. Nosečnica je deležna še svetovanja glede telesne dejavnosti, ki je prav tako močan del nefarmakološkega zdravljenja. Telesna vadba namreč zmanjša neodzivnost tkiv

na insulin, izboljša toleranco za glukozo, pospešuje porabo glukoze in znižuje krvni sladkor. Telesna vadba dodatno poveča vzdržljivost in gibljivost (Čokolič, 2006). Nosečnici, ki nimajo kontraindikacij za telesno dejavnost, priporočamo vsakodnevno 30 minut aerobne aktivnosti oz odvisno od prejšnje telesne pripravljenosti, ki pripomore k boljšemu urejanju glikemij, predvsem po obrokih. Ob tem naj bodo pozorne, da bodo zaužile dovolj tekočine. Telesna dejavnost se vedno prilagodi individualno vsaki posameznici. Cilj je, da nosečnica razume pomen in dobre vplive gibanja na potek zdravljenja in pozna dejavnike, ki vplivajo na raven glukoze v krvi (Janjoš idr., 2012).

Če se z nefarmakološkim zdravljenjem ne uspe doseči ciljnih vrednosti in urejene glikemije, diabetolog uvede medikamentozno zdravljenje oziroma ga ustrezno intenzivira. Zdravljenje z insulinom je v nosečnosti običajno prva izbira (Tomažič idr., 2011). Medicinska sestra nosečnico ob uvedbi insulinske terapije sistematično, po edukacijskem programu pouči o vrstah in delovanju insulinov, seznanijo jo s peresniki in pravilno aplikacijo insulina, o izbiri in menjavi vbodnih mest, pacientko pouči o možnih zapletih in o prepoznavanju, reševanju in preprečevanju hipoglikemij. Ob tem je pomembno izvajanje samokontrole (meritve glukoze v krvi). Cilj edukacije je, da nosečnica razume delovanje insulina in načine vnosa ter lastne potrebe po insulinskem zdravljenju (Janjoš idr., 2012), medicinska sestra pa nosečnico pripravlja za samovodenje, kar pomeni ukrepanje na podlagi izvidov samokontrole (prilagajanje odmerkov insulina ali titracija) (Đurđević Despot, 2013). Na začetku odmerke insulina prilagaja skupaj z diabetologom ali medicinsko sestro, ki pa je nosečnici za pomoč na voljo ves čas zdravljenja.

Pogostnost nadaljnjih obiskov v diabetološki ambulanti se načrtuje glede na potrebe in urejenost glikemije ali morebitne težave, praviloma na dva do štiri tedne (Tomažič idr., 2011). Zaradi vedno večjega števila pojavnosti sladkorne bolezni, tudi v nosečnosti je velika obremenitev zdravstvenega sistema in timov, ki skrbijo za obravnavo pacientov s sladkorno boleznijo. Medicinska sestra tako v mnogih diabetoloških centrih, ambulantah v Veliki Britaniji pomaga »ublažiti ta pritisk« z obiski (check-ups) ob rami diabetologa in tako zagotavljajo bolj tekoče vodenje obravnave. Številni diabetološki centri obiske pri medicinski sestri uporabljajo kot priložnost za zagotavljanje izobraževanja in podpore, poleg preverjane vrednosti glukoze v krvi med posameznimi obiski pri diabetologu (Cable, 2016).

4 Dosedanji potek obravnave nosečnice z nosečnostno sladkorno boleznijo v Splošni bolnišnici Jesenice

Nosečnico z nosečnostno sladkorno boleznijo v naši bolnišnici trenutno v celoti vodi diabetolog. Za prvi pregled nimamo čakalne vrste, nosečnica je sprejeta v prvi diabetološki ambulanti za nosečnice s sladkorno boleznijo, brez naročanja. Ob prvem pregledu diabetolog pridobi osnovne anamnestične in klinične podatke ter nosečnico seznanijo z diagnozo, vrsto sladkorne bolezni in proces spremljanja v diabetološki ambulanti. V primeru nosečnosti sladkorne bolezni pojasni njeno etiologijo, možne

posledice povišanega krvnega sladkorja na plod in mater, pomen urejenosti glikemije in možnosti zdravljenja. Pogovori se o pomembnosti samokontrole krvnega sladkorja, predstavi točke meritve krvnega sladkorja, njihove ciljne vrednosti in vpliv telesne dejavnosti ter zdrave prehrane na urejanje krvnega sladkorja. Pogovori se o spremljanju krvnega tlaka, laboratorijskih parametrov in telesne teže. Po prvi obravnavi je nosečnica napotena na obravnavo k bolnišnični dietetičarki. Prav tako diabetolog sam vodi nosečnico do poroda in načrtuje kontrolni pregled po porodu. Ob zadnjem pregledu ji predstavi povečano ogroženost za nastanek sladkorne bolezni tipa 2 kasneje v življenju, pomen skrbi za zdrav življenjski slog in redna obdobja testiranja krvnega sladkorja pri osebnem zdravniku.

5 Načrtovana obravnava nosečnice z nosečnostno sladkorno boleznijo v prihodnje v diabetološki ambulanti Splošne bolnišnice Jesenice

V Splošni bolnišnici Jesenice načrtujemo, da bodo nosečnice z nosečnostno sladkorno boleznijo del kontrolnih obiskov opravile pri medicinski sestri. Prvi in drugi pregled ter zadnji pregled pred porodom bo nosečnica vedno opravila pri zdravniku diabetologu. Po drugem pregledu bo zdravnik diabetolog predvidel nadaljnje preglede urejene nosečnice z nosečniško sladkorno boleznijo pri medicinski sestri, kateri pa bo vedno na voljo za posvet, zato bo delo obeh potekalo vzporedno.

Medicinska sestra bo ob obisku najprej od pacientke pridobila osnovne anamnestične podatke, pregledala in seznanila pacientko z laboratorijskimi meritvami - krvnim sladkorjem, glikiranim hemoglobinom in urinom ter izmerjenimi kliničnimi parametri - telesno težo in krvnim tlakom. Skupaj z nosečnico bosta pregledali dnevnik meritev krvnega sladkorja, zabeleženih prehranskih odstopanj in zabeleženih ketonov. Nosečnico bo v pogovoru seznanila s svojimi ugotovitvami, prepoznala njene individualne težave in potrebe, ji zagotovila ustrezne informacije, jo usmerjala in podpirala pri nadaljevanju ali spremembi življenjskega sloga. Rezultate bo primerjala s ciljnimi vrednostmi in v primeru odstopanja o tem takoj obvestila zdravnika diabetologa, ki bo nosečnico sprejel v obravnavo.

V fazi vpeljevanja novega procesa obravnave nosečnice z nosečniško sladkorno boleznijo se načrtuje izmenjavanje obiskov pri zdravniku diabetologu in medicinski sestri. Poleg tega načrtujemo tudi postopno vpeljevanje elektronske komunikacije med zdravnikom ali medicinsko sestro in nosečnico. Ta se je glede na raziskave izkazala kot dobrodošla pomoč pri titraciji odmerkov insulina, meritvah in reševanju vprašanj. Iz te raziskave je razvidno, da se je s tem zmanjšalo število nujnih, neplaniranih obiskov in se s tem tudi razbremenilo diabetologa (Fererra idr., 2012). V raziskavi Sayakhot & Carolan - Olah (2016), kjer so raziskovali stopnjo informiranosti žensk z nosečniško sladkorno boleznijo, je bila ena od ugotovitev, da je bila nosečnicam medicinska sestra glavni vir informacij med nosečnostjo, saj jim je lahko namenila več časa, kar pa se navezuje na rezultate, ki so prikazali edukatorja kot pomemben

člen v razmerju med uspešnim zdravljenjem za žensko in dobrim končnim izidom in zdravim otrokom.

V Splošni bolnišnici Jesenice ob zadnjem obisku pred porodom načrtujemo tudi kontrolni obisk 6-8 tednov po porodu. Pacientki podamo informacijo o namenu kontrolnega obiska. Povemo, da nosečnostna sladkorna bolezen po porodu večinoma izzveni, vendar lahko šele po porodu ugotovimo, ali je resnično šlo za nosečnostno sladkorno bolezen ali je morda prisotna motena toleranca za glukozo ali sladkorno bolezen. Po porodu nosečnicam svetujemo, da obdržijo zdrav življenjski slog in da hodijo na redne letne kontrole krvnega sladkorja k svojemu osebnemu zdravniku.

Dokazano je namreč, da imajo ženske z nosečnostno sladkorno boleznijo povečano tveganje za ponovitev diagnoze v vsaki naslednji nosečnosti in glede na raziskavo iz Velike Britanije sedemkrat večjo verjetnost da razvijejo sladkorno bolezen tipa 2, v primerjavi z ženskami, ki tekom nosečnosti niso zbolele za sladkorno boleznijo (Bellamy idr., 2009).

V bolnišnici načrtujemo klinično pot obravnave nosečnic s sladkorno boleznijo.

6 Zaključek

Posebno usposobljene medicinske sestre, ki sledijo protokolom in algoritmom pod nadzorom zdravnika diabetologa, lahko znatno izboljšajo rezultate v zdravljenju diabetesa (Mayer, 2003). Ženske z gestacijskim diabetesom imajo enake možnosti, da se jim rodi zdrav otrok, kot tiste nosečnice brez sladkorne bolezni, če je sladkorna bolezen tekom nosečnosti ustrezno urejena. Medicinska sestra s specialnimi znanji prevzame pri tej skupini pacientk pomembno, izobraževalno vlogo. Nosečnico seznanji z možnostmi, kaj lahko sama s spremembo življenjskega sloga naredi za urejenost glikemije med nosečnostjo in posledično rodi zdravega otroka. Izredno pomemben del celotne obravnave je tudi v stalni motivaciji ženske, da se nauči skrbeti tudi zase in ne da je njena skrb usmerjena zgolj na otroka. Kajti po porodu pogosto povsem pozabi skrbeti zase.

LITERATURA

1. American Diabetes Association. (2015). *Diabetes Care*, 38, 77–79.
2. Bellamy, L., Casas, J. P., Hingorani, A. D. in Williams, D. (2009). Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.*, 373 (9677), 1773–1779.
3. Cable, S. J. (2016). The Role of the Diabetes Specialist Nurse. *South Sudan Medical Journal*, 9, 63–66.
4. Čokolič, M. (2006). Akutni zapleti sladkorne bolezni. V M. Čokolič (ur.), *Sladkorna bolezen*. Maribor: Splošna bolnišnica.
5. Despot Đurđević, R. (2013). Samokontrola. *Sladkorna bolezen, priročnik za zdravstvene delavce* (str. 31–34). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.

6. Ferrera, A., Hedderson, M., Ching, J., Kim, C., Peng, T. in Crites, Y. (2012). Referral to telephonic nurse management improves outcomes in women with gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206 (6), 491.
7. International Diabetes Federation (2017). *IDF Diabetes Atlas*, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
8. Janjoš, T. idr. (2012). *Kurikulum za edukacijo odraslih bolnikov s sladkorno boleznijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
9. Justinek, D. (2015). *Diabetolog svetuje*. Ljubljana: Zavod Diabetes.
10. Khooshehehin, T. E., Keshavarz, Z., Afrakhteh, M., Shakibazadeh, E. in Faghihzadeh, S. (2016). Perceived needs in women with gestational diabetes: a qualitative study. *Electronic Physician*, 8 (12), 3412–3420.
11. Kovačec, S., Kranjc, M., Čokolič, M. in Zavratnik, A. (2012). Sladkorna bolezen in nosečnost. *Zdravstveni Vestnik*, 81, 745–752.
12. Lawal, M. (2015). The importance of diabetes specialist nurses. *Nursing in Practice*, (86).
13. Mayer, B. D. (2003). Effect of Nurse-Directed Diabetes Care in a Minority Population. *Diabetes Care*, 26 (8).
14. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010 –2020 (2010). *Sladkorna bolezen in nosečnost: varujmo otroka in mamo*. Ljubljana.
15. NICE. (2015). *Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period*.
16. Sayakhot, P. in Carolan - Olah, M. (2016). Sources of information on Gestational Diabetes Mellitus, satisfaction with diagnostic process and information provision.
17. Skvarča, A. (2012). *Abecedarij sladkorne bolezni*. Ljubljana: Zveza društev diabetikov Slovenije.
18. Thacher, A., Dallmer, O. in Chiraya, M. M. (2015). Gestational diabetes: A window of opportunity to improve maternal and child health. Lessons learned from the Vida Nueva project in Colombia. Pridobljeno 5. 10. 2018, s https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainablebusiness/performance-on-tbl/Access%20to%20care/CDiP/Vida_Nueva_GDM_Case_Study_lowres_May2015.pdf.
19. Tomažič, M. (2006). Sladkorna bolezen v nosečnosti. V M. Bohnec, J. Klavs, M. Tomažič - Šporar, A. Krašovec, B. Žargaj (ur.), *Sladkorna bolezen: priručnik*. (str. 719–727). Ljubljana: Samozaložba.
20. Tomažič, M. in Sketelj, A. *Nosečnost*. In: *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah*. Pridobljeno 5. 10. 2018, s <http://www.endodiab.si/dotAsset/7234.pdf>.

Neenakosti v zdravju občanov: analiza in primerjava stanja v dveh slovenskih občinah

UDK 614+316.344

KLJUČNE BESEDE: zdravje, neenakost, življenjski slog, socialno-ekonomski status, lokalne skupnosti, občine

POVZETEK - Zdravje je ena od temeljnih pravic vsakega posameznika. V okviru javnega zdravstva imamo državljani Republike Slovenije zagotovljeno vso zdravstveno in strokovno pomoč, ki jo potrebujemo in jo eni bolj drugi manj tudi izkoristimo. Avtorji v prispevku obravnavajo vlogo lokalne skupnosti pri zdravju občanov, predvsem pa se osredotočijo na tezo, da je socialno-ekonomski status eden izmed pglavitnih razlogov za neenakosti v zdravju, da so neenakosti nepravilne in da jih je mogoče preprečiti. Lokalne skupnosti, ne le da so odgovorne za primarno zdravstveno raven, so tudi ključne pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga. Gre za načrtovanje igralnih površin, igrišč, parkov, kolesarskih in peš poti, telovadnih in vadbenih prostorov, financiranje raznih preventivnih in športno rekreativnih programov. Avtorji s pomočjo podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS in Zdravstvenega statističnega letopisa analizirajo in primerjajo vpliv socialno-ekonomskega statusa na neenakost v zdravju občanov v Občini Grosuplje (Osrednjeslovenska regija) in Občini Ribnica (Jugovzhodna regija) in oblikujejo predlog izboljšav obvladovanja neenakosti v zdravju.

UDC 614+316.344

KEY WORDS: inequality in health, lifestyle, socio-economic status, local community

ABSTRACT - Health is one of the fundamental rights of every individual. Within the framework of public health, the citizens of the Republic of Slovenia are provided with all the medical and professional assistance they need, but some use it more than others. The authors discuss the role of the local community in the health of the population, but above all they focus on the thesis that socioeconomic status is one of the main reasons for inequalities in health, which are unjust and preventable. Local communities are not only responsible for primary health care, but are also crucial in facilitating and promoting a healthy lifestyle - by designing gaming areas, playgrounds, parks, cycling and walking trails, gymnasiums and training facilities, and financing various preventive, sports and recreational programs. The authors analyse and compare the influence of the socioeconomic status on the inequality in the health of citizens in the Municipality of Grosuplje (Central Slovenia) and the Municipality of Ribnica (South East Region) using the data of the National Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and the Health Statistical Yearbook. They formulate a proposal to improve the management of health inequalities in the municipality.

1 Teoretična izhodišča

Zdravje je ena od najpomembnejših vrednot posameznika, ki nam omogoča, da kakovostno živimo, delamo, se ljubimo, sodelujemo itd. Da je zdravje vrednota, govori tudi slovenski pregovor, ki pravi: Zdrav človek ima tisoč želja, bolni le eno. Za zdravje je vsakega izmed nas je pomembno, da živimo v zdravem okolju, izbiramo zdrav življenjski slog, se zavedamo, da je preventiva boljša kot kurativa. Vendar ni prav vse odvisno od posameznika, za zdrav življenjski slog posameznika je odgovorna tudi družba, njeno stanje razvoja in duha.

Namen prispevka je prikazati determinante zdravja, utemeljiti pomen življenjskega sloga posameznika in povezanost življenjskega sloga posameznika z družbo in po-

sledično z dejavniki tveganja za zdravje, analizirati podatke Nacionalnega inštituta za javno zdravje RS z vidika različnih kazalnikov, ki vplivajo na zdravje občanov v Občini Grosuplje (Osrednje slovenska regija) in Občine Ribnica (Jugovzhodna regija) in oblikujejo predlog izboljšav obvladovanja neenakosti v zdravju v občini.

1.1 Vloga, cilji in naloge lokalne skupnosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva občanov

Ustava republike Slovenije (1991) opredeljuje državljanom pravico do zdravstvenega varstva, kar pomeni, da ima vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje, pa tudi pravico do zdravstvenega varstva in dolžnost, da prispeva k njegovemu uresničevanju v skladu s svojimi možnostmi (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ZZVZZ, 1992, 2017, 2. člen). Republika Slovenija z ukrepi gospodarske, ekološke in socialne politike ustvarja pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva in nalog pri krepitvi, ohranitvi in povrnitvi zdravja ter usklajuje delovanje in razvoj vseh področij s cilji zdravstvenega varstva. Nadzor nad pogoji za zagotavljanje zdravja izvaja lokalna skupnost, ki se mora povezovati z drugimi institucijami (povezovanje zdravstva, šolstva, gospodarstva, politike in drugega) (ZZVZZ, 1992, 2017; Zdrava skupnost 2018). Lokalna skupnost, torej občina in mesto, morata v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljati državljanom preventivo, kurativo in rehabilitacijo (ZZVZZ 1992, 2017, 2. člen) ter pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju (prav tam, 3. člen). Občina med drugim svoje naloge na področju zdravstvenega varstva uresničuje tudi tako, da oblikuje in uresničuje programe za krepitev zdravja prebivalstva na svojem območju in zagotavlja proračunska sredstva za te programe ter oblikuje in izvaja program nalog za ohranitev zdravega okolja, ki niso vključene v republiški program (prav tam, 8. člen).

Primarno zdravstvo na področjih lokalne skupnosti izvajajo zdravstveni domovi, ki s pomočjo zdravstvenih delavcev skrbijo za zdravstveno vzgojo, svetovanje, ohranitev, krepitev ter promocijo zdravja svojih občanov, katere cilj je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nelezljivih bolezni (Zakon o zdravstveni dejavnosti, ZZDej, 2005, 2017, 7. člen). Naloga zdravstvenih delavcev v osnovni zdravstveni dejavnosti na posameznem območju je tudi povezovanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi ter s socialno-varstvenimi, vzgojno-izobraževalnimi in drugimi zavodi, podjetji, organizacijami ter posamezniki za oblikovanje in izvajanje programov za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja (prav tam). Ključno izhodišče zdravstvenega doma je torej usmerjenost v zdravje, temeljna naloga pa »zagotavljanje čim boljšega zdravja prebivalstva, ki ga ustanova oskrbuje« (Klančar, Švab, Kersnik, 2010, str. 39). Da lahko uresničuje temeljno nalogo, mora zdravstveni dom postati središče načrtovanja in izvajanja promocije zdravja ter preventivnih programov, ki so usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja. V okviru promocije zdravja lahko tako lokalna skupnost organizira različne dejavnosti, delavnice, predavanja, projekte in programe, ki spodbujajo občane k aktivni skrbi za lastno zdravje. Programi, ki so se in se izvajajo v Sloveniji: Projekt »Za boljše zdravje in

zmanjšanje neenakosti v zdravju« (s krajšim imenom »Skupaj za zdravje«) je med letoma 2013 in 2016 potekal pod okriljem Nacionalnega inštituta za javno zdravje (<http://www.nijz.si/sl/projekt-za-boljse-zdravje-in-zmanjsanje-needakosti-v-zdravju>); razvila sta se dva modela skupnostne skrbi za duševne težave v zdravstvenem, dva pa v socialnem sektorju od leta 2013 imamo v Sloveniji štiri regije, ki so pilotno uvedle skupnostno psihiatrično obravnavo (https://www.zd-sevnica.si/index.php?option=com_content&view=article&id=132&Itemid=245); Uživajmo v zdravju je projekt, ki se osredotoča na preventivne dejavnosti za otroke in mladino, s poudarkom na krepitvi zdravega življenjskega sloga in preprečevanju debelosti (<http://www.uzivajmovzdravju.si/index.php/o-projektu/>); Program Svit je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesu in danki, ki v Sloveniji deluje od leta 2009 (<http://www.nijz.si/sl/programi/program-svit>); na pobudo Svetovne zdravstvene organizacije, Sveta Evrope in Evropske komisije se je leta 1992 oblikovala Evropska mreža zdravih šol (Schools for Health in Europe) v sklopu katerih deluje tudi Slovenska mreža zdravih šol (<http://www.nijz.si/sl/slovenska-mreza-zdravih-sol>); Društvo za pomoč in samopomoč brezdomcev Kralji ulice je bilo ustanovljeno leta 2005 kot nevladna organizacija (<http://www.kraljiulice.org/>); Skupaj v zdravstvu – več zdravja v skupnosti: vključevanje skupnosti v motrenje zdravstva (http://www.drustvo-bkb.si/media/moddoc_702_c946292069aaaa865a21.pdf); Laično svetovanje za sladkorno bolezen je prostovoljna, vsem dostopna in brezplačna oblika psiho-socialne podpore in svetovanja pri življenju s sladkorno boleznijo, ki poteka na lokalni ravni (<https://www.diabetes-zveza.si/laicno-svetovanje/laicno-svetovanje-za-sladkorno-boleze/>).

Kot partnerji v promociji zdravja občanov pa s svojim delom in pristopom veliko pripomorejo tudi šole in učitelji, mediji, knjižnica, razna športna in druga društva ter zavodi in delovne organizacije z zagotovitvijo zdravih in varnih pogojev dela in rekreacije (Sušan, 2007; Klančar, Švab, Kersnik, 2010; WHO, 2012; Devjak in Devjak, 2013; Zdrava skupnost, 2018). Poudarjena pa je tudi pravica prebivalcev do lastne participacije pri planiranju in implementaciji varovanja zdravja na primarni ravni preko organizacije različnih srečanj in posvetovanj, kjer bi »obravnavali zdravstvene probleme lokalne skupnosti, pa tudi posameznih skupin prebivalcev« (Klančar, Švab, Kersnik, 2010, str. 40).

Zdrava skupnost je tista, ki omogoča ugodne družbene in fizične pogoje za zdravje ter temelji na povezanem delovanju posameznikov, skupin in organizacij. Pri tem uporablja tako okoljske kot kulturne vire in različne oblike znanja - od izkustvenega do strokovnega in znanstvenega. Pripadniki zdrave skupnosti so opolnomočeni in vključeni v procese odločanja, v katerih se upošteva zdravje kot kriterij pri odločitvah. Pomembno je, da skupnost sistematično zbira in analizira podatke o učinkih svojih dejavnosti na zdravje pripadnikov ter da je zmožna stalnega prepoznavanja in vrednotenja svojih prizadevanj (Brownson, Baker, Deshpande, Gillespie, 2003; Sušan, 2007; Zdrava skupnost, 2018). Informacije o zdravju prebivalcev, zdravstvenem varstvu in povezanih dejavnostih so namreč pomembne za odločanje na vseh ravneh življenja in delovanja skupnosti. Uporabljamo jih za ocene stanja, načrtovanje zdravstvene infrastrukture in oskrbe, spremljanje družbenih, političnih, socialnih in drugih vplivov

na zdravstveno stanje in zdravstveni sistem. Kazalniki o zdravju in boleznih v okolju, kjer ljudje živijo, predstavljajo dobro izhodišče in pomoč pri iskanju ustreznih rešitev za izboljševanje. Podatki o zdravstvenem stanju prebivalstva na manjših območjih se lahko precej razlikujejo od skupnih, državnih, ki predstavljajo povprečne vrednosti. S poznavanjem podatkov o zdravju prebivalcev na ravni občine lahko njeni odločevalci načrtujejo aktivnosti in predlagajo ukrepe za izboljšanje zdravja prebivalcev, kar vpliva na razvoj zdrave skupnosti, ki je tudi ekonomsko učinkovita in okolju prijazna, njeni pripadniki pa imajo enak dostop do vseh potrebnih zdravstvenih storitev (Zdravje v občini, 2016; Brown, Raglin Bignall, Ammerman, 2018; Zdrava skupnost, 2018). Gre za t.i. skupnostni pristop k zdravju, ki pomeni pristop zdravstva k zdravju skupnosti in zajema delovanje zdravstvenih institucij na terenu, v okoljih kjer ljudje živijo in delajo. Gre za identifikacijo zdravstvenih značilnosti določene skupnosti ter delovanje na osnovi strokovnih usmeritev. Skupnostni pristop k zdravju se pogosto pojavi ob reševanju zaznanega problema s strani strokovnjakov, kot so na primer ovire v dostopu ranljivih oseb do preventivnih programov in neenakosti v zdravju v lokalnih okoljih. Za dostop do ranljivih uporabnikov je potrebno vzpostaviti sodelovanje in povezovanje različnih partnerjev, tako institucij iz zdravstvenega in socialnega resorja (zdravstveni dom, območna enota Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, centri za socialno delo, območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje/uradi za delo) kot tudi občine, policije, različnih nevladnih organizacij ter morebitnih drugih partnerjev, ki so pomembni v lokalnem okolju. T.i. Centri za krepitev zdravja so po tem modelu pomemben povezovalni in izvajalski partner na področju krepitev zdravja, kot tudi preventive in zmanjševanja neenakosti v zdravju v lokalni skupnosti. V Sloveniji je oblikovan partnerski sistem, v katerem sodelujejo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in izvajalci oziroma predstavniki izvajalcev (Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje) (Devjak in Devjak, 2013; Zdrava skupnost, 2018).

Potrebno je še izpostaviti, da zgoraj omenjeni skupnostni pristop deluje šele, ko prepriča posameznike in skupne, da ga ponotranjijo in začnejo udeleževati. Avtorji Ranfl, Oprešnik, Škraban, Fištrič in Pucelj (2018), ki so raziskovali učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju, so ugotovili, da je uporaba le tega v zdravstveno promocijskih in preventivnih aktivnostih pomembna z javnozdravstvenega vidika ter da sam pristop, poleg neposrednega vpliva na zdravje, prispeva tudi k širšim spremembam v okolju in s tem tudi k spremembam socialnih determinant zdravja. Avtorji zaključijo, da vključitev skupnosti pomeni osnovni gradnik javnega zdravstvenega sistema, hkrati pa poudarijo, da se mora skupnost sama ozavestiti in začeti z vodenjem take politike, ki zdravje ohranja in krepi ter hkrati zmanjšuje neenakosti, ki so posledica različnih pogojev življenja. Zdravstveni sistemi morajo tako zagotavljati okvire in podpirati nosilno vlogo skupnosti v skrbi za zdravje in odpravljanju neenakosti v zdravju njenih pripadnikov. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2012) za zmanjševanje omenjenih neenakosti priporoča sektorsko planiranje in izvajanje politik na področju neenakosti v zdravju. Uvajanje skupnostnega pristopa k zdravju pa pomeni tudi pre-

usmeritev zdravstvenega sistema od »sistema za bolezen« k »sistemu za zdravje«, ki omogoča in spodbuja zdrav življenjski slog svojih pripadnikov tudi z omogočanjem dostopa do zdrave prehrane in telesne dejavnosti (Sušanj, 2007; WHO, 2012; Devjak in Devjak, 2013; Zdrava skupnost, 2018).

1.2 Determinante zdravja in dejavniki tveganja

Zdravje posameznika je povezano z t. i. determinantami zdravja, med katere sodijo različni dejavniki kot so spol, starost, genetika, življenjski slog idr. Življenjski slog je za posameznika značilen način življenja in nanj lahko neposredno vplivamo – vplivamo lahko na to kaj in koliko jemo, koliko se gibljemo in na razvade (npr. kajenje, pitje alkohola), ki lahko spodbujajo boljše zdravje ali pa vodijo v razvoj bolezni. Zdrav življenjski slog, ki se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od otroštva dalje, zajema uravnoteženo, zdravo prehrano, omejitev soli, omejitev uživanja alkoholnih pijač, opustitev kajenja, zmanjšanje čezmerne telesne teže ter redno telesno aktivnost (Železnik, 2013, Lesnik, 2016; Lesnik idr., 2018), med katerimi pa Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje (2015) med ključne dejavnike varovanja in krepitev zdravja štejeta zdravo prehranjevanje in redna telesna dejavnost. Gre za dejavnika, ki prispevata k boljšemu zdravju, večji kakovosti življenja in k vzdržnosti zdravstvenih sistemov, odraščajočim pa zagotavljata optimalno rast in razvoj ter izboljšujeta počutje in delovno storilnost pri odraslih. Zdravo prehranjevanje in redna telesna aktivnost dolgoročno krepi zdravje, povečujeta kakovost življenja in prispevata k aktivnemu in zdravemu staranju. Za ohranjanje zdravja pa je pomemben tudi način razmišljanja, delovanja ter način spopadanja s stresom, zato je izbira življenjskega sloga odvisna tudi od naše izobrazbe, možnost zaposlitve ter finančno-premoženjskega stanja (Lesnik idr., 2018).

Rezultati mednarodne raziskave (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC, 2015), v katero je bila vključena tudi Slovenija (Več podatkov o raziskavi na <http://www.nijz.si/sl/raziskava-z-zdravjem-povezano-vedenje-v-solskem-obdobju>), kažejo, da so mladi iz družin z nižjim socialnoekonomskim statusom slabšega zdravja, manj zadovoljni z življenjem, pogosteje predebeli, da imajo slabšo telesno samopodobo in so manj fizično dejavni kot otroci iz družin z višjim socialnoekonomskim statusom. T.i. socialne determinante zdravja (socialna raven, stres, zgodnje življenje, socialna izolacija, delo, nezaposlenost, socialna podpora, zasvojenost ter prehrana in transport), katere Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2012) opredeljuje kot pogoje, v katerih se posameznik rodi, odrašča, živi, dela in se stara, se oblikujejo glede na razporeditev denarja, moči in virov tako na globalni kot na lokalni ravni in vplivajo na tveganje za bolezen. Socialne determinante zdravja so v večini primerov povezane s pojavom neenakosti v zdravju, zato je pomembno, da se zavedamo, da ni področja družbenega dela življenja, ki ne bi vplivalo na zdravje. Raziskave (Leskovšek, 2013), ki se ukvarjajo z neenakostmi v zdravju, ki so opredeljene kot razlike v zdravstvenem stanju ali kot razlike determinant zdravja, dokazujejo, da ima socialna država pomemben vpliv tako na pojavnost in obseg različnih bolezni kot tudi na dostopnosti do zdravstvenega varstva. Za zdravje je sicer v prvi vrsti odgovoren vsak posameznik, država pa je v sodelovanju s stroko z zagotavljanjem zdravstvenega varstva odgovorna in pri-

stojna za ustvarjanje razmer, ki nam omogočajo, da lahko skrbimo za zdrav življenjski slog. Poleg osnovnega zdravstvenega varstva mora država skrbeti tudi za promocijo zdravega načina življenja, kamor sodi prehranska in alkoholna politika, politika za zmanjševanje rabe tobaka ter strategija varovanja in krepitev zdravja z gibanjem in športno rekreacijo (Zdrav življenjski slog, 2007, Železnik, 2013).

Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (Uradni list RS, št. 39/05; v nadaljnjem besedilu: Nacionalni program 2005–2010), je povezala ključne resorje in partnerje v prizadevanjih, da bi prebivalcem Republike Slovenije zagotovili ne le varno in kakovostno hrano, ampak da bi jim z različnimi ukrepi omogočali zdravo prehranjevanje. Dve leti zatem je bil sprejet komplementaren dokument, Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (2007) katerega temeljni cilje je spodbujanje vseh oblik rednega gibanja in telesne vadbe za zdravje. Z izvajanjem ukrepov je rastlo tudi zavedanje, da zdravo prehranjevanje in telesna dejavnost vplivata na zdravje posamično in skupaj, ter da se učinki obeh dopolnjujejo, kar kaže na smiselnost skupnega nacionalnega programa za prehrano in telesno dejavnost. Poleg tega se je krepilo tudi zavedanje, da zdravje ne nastaja le v zdravstvenem sektorju, temveč predvsem tam, kjer ljudje živimo, delamo in se družimo, npr. v vrtcih, šolah, na delovnem mestu ter v okolju, kjer živimo in preživljamo svoj prosti čas. Lokalne skupnosti imajo tako ključno vlogo pri omogočanju in spodbujanju zdravega življenjskega sloga in telesne dejavnosti za krepitev zdravja, tudi preko ustreznega načrtovanja in izgradnje infrastrukture - igralnih površin, parkov, kolesarskih in peš poti, telovadnih in vadbenih in športnih prostorov kot tudi preko omogočanja in financiranja/sofinanciranja programov spodbujanja zdravega življenjskega sloga, vključno s programi telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vadbenih programov in športno rekreativnih programov (Zdravje v občini, 2018).

2 Metoda

Zdravje občanov, zdravstveno varstvo v občini in različni dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje občanov so pomembne informacije tako za načrtovalce zdravstvene politike v državi kot na nivoju občine, hkrati pa predstavljajo dobro izhodišče pri iskanju ustreznih rešitev za izboljšanje stanja tako v državi kot v občini. Zdravje občanov je odvisno od številnih dejavnikov, ki jih imenujemo tudi teterminante zdravja. Na nekatere dejavnike lahko vplivamo, na nekatere pa ne. Zato je cilj prispevka: (1) predstaviti naloge lokalne skupnosti na področju zdravja občanov s teoretičnega in formalno pravnega vidika; (2) analizirati in primerjati podatke Nacionalnega inštituta za javno zdravje V Ljubljani glede dejavnikov tveganja zdravja, preventive, zdravstvenega stanja in umrljivosti občanov za občino Grosuplje (Osrednje slovenska regija) in občino Ribnica (Jugovzhodna regija) in (3) oblikovati predlog izboljšav obvladovanja neenakosti v zdravju v omenjenima občinama.

Občina Grosuplje je srednje velika slovenska občina, ki leži 15 km jugovzhodno od Ljubljane. Znana je predvsem po svoji bogati kulturni in zgodovinski dediščini, ob-

činsko središče Grosuplje je znano kot razvito obrtno in industrijsko mesto. Skupna površina je 134 km² in ima 67 naselij, 20.284 prebivalcev, v občini je 1439 podjetij, samostojnih podjetnikov in zavodov. Bolniška odsotnost delovno aktivnih prebivalcev je trajala povprečno 12,9 koledarskih dni na leto, v Sloveniji pa 14,4 dni.

Občina Ribnica leži v jugovzhodni Sloveniji in je občina s kraškim značajem površja, ki je pretežno pokrit z gozdovi. Razpoznavni znak občine je 'Ribnčan Urban' s svojo pojočo govoricu in tradicionalno krošnjo na rami. Skupna površina je 153,6 km² in 64 naselij, ima 9390 prebivalcev, v občini je 473 podjetij, samostojnih podjetnikov in zavodov. Bolniška odsotnost delovno aktivnih prebivalcev je trajala povprečno 17,8 koledarskih dni na leto, v Sloveniji pa 14,4 dni.

3 Rezultati

3.1 Analiza dejavnikov tveganja v občini Grosuplje in Ribnica v letih 2016 in 2017

Zapisali smo že, da je zdravje posameznika povezano s številnimi dejavniki tveganja, kot so spol, starost in genetika posameznika, na katere ne moremo neposredno vplivati, lahko pa vplivamo na življenjski slog posameznika, bolj kakovosten je, manjše so možnosti, ki vodijo v razvoj bolezni. Med dejavnike življenjskega sloga prištevamo naše navade, razvade, način razmišljanja in delovanja, izobrazba, možnost zaposlitve in finančno-premoženjsko stanje.

Množica kazalnikov za dejavnike tveganja vsebuje sedem kazalnikov. To so telesni fitness otrok, prekomerna prehranjenost otrok, redni in občasni kadilci, visoko tvegano opijanje, poškodovani v transportnih nezgodah, prometne nezgode z alkoholiziranimi povzročitelji in sosedska povezanost. Izmed naštetih kazalnikov bomo v našo analizo vključili tri kazalnike in sicer prekomerna prehranjenost otrok, redni in občasni kadilci ter visoko tvegano opijanje. Prvi kazalnik bomo v analizo vključili zato, ker kaže zdravstveno stanje mlajše populacije v občini in hkrati vpliva na zdravstveno stanje iste populacije v prihodnosti, ko bo populacija odrasla.

Drugi in tretji kazalnik sta vsebinsko povezana, saj oba opisujeta življenjski slog prebivalstva, predvsem njihov odnos do gibanja in športa, ki sta pomembna za zdravje prebivalstva. Prekomerna prehranjenost otrok zajema otroke v starostni skupini od 6 do 14 let in je merjena v odstotkih, v odstotkih sta merjena tudi kazalca redni in občasni kadilci ter visoko tvegano opijanje.

Za prvi cilj smo si postavili analizo podatkov glede dejavnikov tveganja v občini Grosuplje in Ribnica. V tabeli 1 bomo predstavili podatke za dejavnike: prekomerna prehranjenost otrok, redni in občasni kadilci in visokotvegano opijanje.

Tabela 1: Razpoložljive vrednosti za izbrane kazalnike dejavnikov tveganja v občinah Grosuplje in Ribnica

<i>Leto</i>	<i>Občina</i>	<i>K2.2 Prekomerna prehranjenost otrok</i>	<i>K2.3 Redni in občasni kadilci (m)</i>	<i>K2.4 Visokotvegano opijanje (m)</i>
2016	Grosuplje	23,61	26,10	32,30
	Ribnica	29,42	24,60	40,30
2017	Grosuplje	21,29	24,00	29,20
	Ribnica	29,69	n. p.	n. p.

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_nijz_2016.pdf.

Kazalnik prekomerne prehranjenosti otrok ima v Ribnici večjo vrednost kot v Grosuplju za leto 2016 in 2017 in lahko sklepamo, da je prekomerna prehranjenost otrok v Ribnici večja kot v Grosuplju in posledično, da je življenjski slog otrok v Ribnici slabši kot v Grosupljem. Ostala dva kazalnika za občino Ribnica v letu 2017 nimata podatka, zato bomo njuni vrednosti med izbranimi občinama primerjali samo za leto 2016. Tako kazalnik redni in občasni kadilci ima v občini Grosuplje višjo vrednost kot v občini Ribnica zato lahko sklepamo, da je več rednih in občasnih kadilcev v občini Grosuplje kot v občini Ribnica. Kazalnik visokotvegano opijanje pa ima višjo vrednost v občini Ribnica in lahko sklepamo, da je visokotvegane opijanja v občini Ribnica več kot v občini Grosuplje. Na osnovi razpoložljivih vrednosti za vse tri kazalnike hkrati lahko sklepamo, da so dejavniki tveganja za slabše zdravstveno stanje v občini Ribnica višji kot v občini Grosuplje.

3.2 Analiza kazalnikov za preventivo v občini Grosuplje in Ribnica v letih 2016 in 2017

Za zdravje vsakega posameznika je pomembno, da se aktivno vključuje v okolje, kjer živi, kajti posameznikov življenjski slog ima pomembno vlogo okolje in družba, katere del je posameznik. Zdravo okolje, možnost izbir, ki jih to okolje nudi, pozitivno vplivajo na zdravo vključevanje in delovanje posameznika. Če teh izbir oz. možnosti ni, se posameznik hitreje odloči za nezdrav življenjski slog. Množica kazalnikov za preventivo vključuje tri kazalnike in sicer odzivnost v program svit, presejanost v programu zora in mikrobiološka kakovost pitne vode. Prva dva kazalnika kažeta odnos ljudi do preventive za specifične bolezni, zato ju v našo analizo ne bomo vključili. Tretji kazalnik pa opisuje mikrobiološko kakovost pitne vode, ki jo občanom zagotavlja občina, financirajo pa jo prebivalci preko dohodnine v občinski proračun, zato ta kazalnik opisuje tudi ekonomski položaj občanov in ga bomo vključili v našo analizo. Mikrobiološka kakovost pitne vode je merjena v odstotkih.

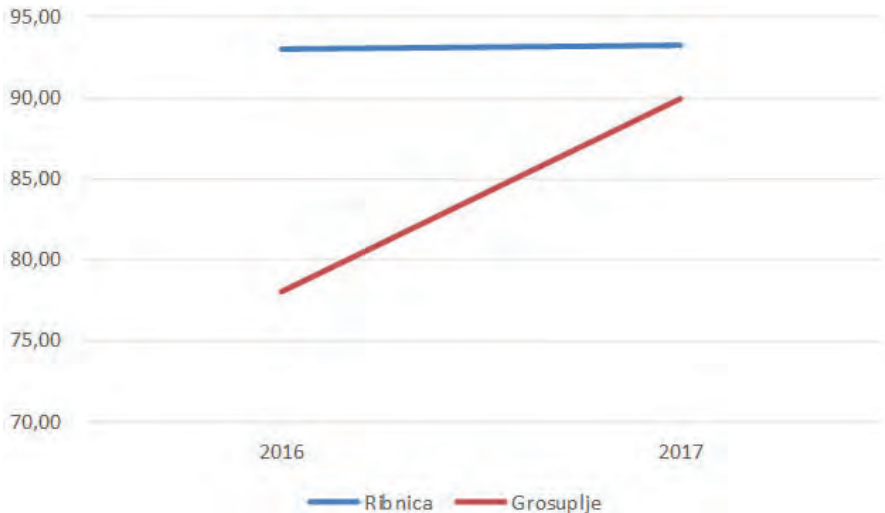
Tabela 2: Razpoložljive vrednosti za izbrane kazalnike preventive v občinah Grosuplje in Ribnica

Leto	Občina	K3.3 Mikrobiološka kakovost vode
2016	Grosuplje	78,00
	Ribnica	93,00
2017	Grosuplje	89,99
	Ribnica	93,27

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_nijz_2016.pdf.

Kazalnik mikrobiološke kakovosti pitne vode (merjen v odstotkih prebivalcev v posamezni občini, ki imajo dostop do vode dobre mikrobiološke kakovosti) ima v letu 2016 in 2017 višjo vrednost v Ribnici kot v Grosupljem in sklepamo lahko, da je mikrobiološka kakovost pitne vode v Ribnici boljša kot v Grosupljem. Na podlagi razpoložljivih podatkov lahko tudi ugotovimo, da se je vrednost kazalnika v 2017 glede na leto 2016 v občini Grosuplje občutno povečala, vendar je še vedno nižja kot v Ribnici, kjer pa se vrednost kazalnika v 2017 ni bistveno spremenila glede na 2016. To lahko vidimo tudi v sliki 1, kjer je na ordinatni osi merjen odstotek prebivalcev v posamezni občini, ki imajo dostop do vode dobre mikrobiološke kakovosti.

Graf 1: Mikrobiološka kakovost pitne vode v Ribnici in Grosupljem



Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_nijz_2016.pdf.

3.3 Analiza kazalnikov o zdravstvenem stanju v občini Grosuplje in Ribnica v letih 2016 in 2017

V nadaljevanju so nas zanimali kazalniki o zdravstvenem stanju v obeh občinah. Tretja množica kazalnikov o zdravstvenem stanju v občini vsebuje 14 kazalnikov o zdra-

vstvenem stanju. To so samoocena zdravstvenega stanja, bolniška odsotnost, astma pri otrocih in mladostnikih (0-19 let), bolezn neposredno pripisljive alkoholu (15 let in več), prejemniki zdravil zaradi sladkorne bolezni, prejemniki zdravil zaradi povišanega krvnega tlaka, prejemniki zdravil proti strjevanju krvi, srčna kap (35-74 let), možganska kap (35-84 let), novi primeri raka, zlomi kolka pri starejših prebivalcih (65 let in več), prejemniki zdravil zaradi duševnih motenj, pomoč na domu in klopni meningoencefalitis. Izmed naštetih kazalnikov bomo v našo analizo vključili dva in sicer bolniška odsotnost in bolezn neposredno pripisljive alkoholu (15 let in več). Bolniška odsotnost je merjena v dnevih, bolezn neposredno pripisljive alkoholu (15 let in več) pa v starostno standardizirani stopnji na slovensko populacijo 1.7.2014 in na 1000 prebivalcev.

Tabela 3: Razpoložljive vrednosti za izbrane kazalnike zdravstvenega stanja v občinah Grosuplje in Ribnica

<i>Leto</i>	<i>Občina</i>	<i>K4.2 Bolniška odsotnost</i>	<i>K4.4 Bolezn neposredno pripisljive alkoholu</i>
2016	Grosuplje	12,93	1,46
	Ribnica	15,70	2,59
2017	Grosuplje	13,32	1,32
	Ribnica	19,21	2,21

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_nijz_2016.pdf.

Tako kazalnik bolniške odsotnosti kakor tudi kazalnik bolezn neposredno pripisljive alkoholu (15 let in več) imata obe leti višjo vrednost v Ribnici kot v Grosuplju. Zato lahko sklepamo, da je bolniška odsotnost v Ribnici večja kot v Grosupljem in da je bolezn neposredno pripisljivih alkoholu (15 let in več) več v Ribnici kot v Grosupljem. Na osnovi razpoložljivih vrednosti za izbrana kazalnika lahko sklepamo, da je dejansko zdravstveno stanje v občini Ribnica slabše kot v občini Grosuplje. Na straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje tudi razberemo, da je bolniška odsotnost delovno aktivnih prebivalcev trajala 12,9 koledarskih dni na leto v občini Grosuplje, v občini Ribnica pa 17,8 dni, medtem ko je republiško povprečje 14,4 dni.

3.4 Analiza kazalnikov o umrljivosti v občini Grosuplje in Ribnica v letih 2016 in 2017

Četrta množica kazalnikov vsebuje 7 različnih kazalnikov o umrljivosti in sicer splošna umrljivost, umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja (0-74 let), umrljivost zaradi vseh vrst raka (0-74 let), umrljivost zaradi raka debelega črevesja (0-74 let), umrljivost zaradi raka dojke (0-74 let), umrljivost zaradi pljučnega raka (0-74 let) in umrljivost zaradi samomora. V analizo bomo vključili dva kazalnika in sicer umrljivost zaradi pljučnega raka (0-74 let), ki je pogosto posledica kajenja, kar je izbrani življenjski slog posameznika, ter umrljivost zaradi vseh vrst raka (0-74 let), ki je po raziskavah v Združenem Kraljestvu posledica stresa v življenju posameznika. Oba kazalnika sta merjena v starostno standardizirani stopnji na slovensko populacijo 1.7.2014 in na 100.000 prebivalcev.

Tabela 4: Razpoložljive vrednosti za izbrane kazalnike umrljivosti v občinah Grosuplje in Ribnica

<i>Leto</i>	<i>Občina</i>	<i>K5.3 Umrljivost zaradi vseh vrst raka (0–74)</i>	<i>K5.6 Umrljivost zaradi pljučnega raka (0-74 let)</i>
2016	Grosuplje	125,94	29,66
	Ribnica	236,54	97,29
2017	Grosuplje	132,04	29,86
	Ribnica	219,82	80,76

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/program_dela_nijz_2016.pdf.

Oba kazalnika imata za obe leti višjo vrednost v Ribnici kot v Grosupljem. Zato lahko sklepamo, da je umrljivost zaradi vseh vrst raka (0-74 let) kakor tudi umrljivost zaradi pljučnega raka (0-74 let) višja v Ribnici kot v Grosupljem.

4 Razprava

Na podlagi primerjave vrednosti izbranih kazalnikov za občini Ribnica in Grosuplje za leto 2016 in 2017 lahko sklepamo, da so naravni pogoji za bivanje boljši v občini Ribnica kot v občini Grosuplje, saj je mikrobiološka kakovost pitne vode v Ribnici boljša kot v Grosupljem. Hkrati lahko sklepamo, da je življenjski slog prebivalcev občine Ribnica slabši kot življenjski slog prebivalcev občine Grosuplje, saj so dejavniki tveganja za slabše zdravstveno stanje v občini Ribnica višji kot v občini Grosuplje, dejansko zdravstveno stanje je v občini Ribnica slabše kot v občini Grosuplje, pa tudi umrljivost zaradi slabega življenjskega sloga je v Ribnici višja kot v Grosupljem. Življenjski slog je pogosto povezan z izobrazbo in dohodki. Ljudje z višjo izobrazbo in višjimi dohodki imajo v povprečju bolj zdrave življenjske navade in posledično boljše zdravje in obratno, ljudje z nižjo izobrazbo in nižjimi dohodki živijo bolj nezdravo in pogosteje zbole vajo. Socialno-ekonomski status je eden izmed pglavlitnih razlogov za nastanek neenakosti v zdravju, ki so nepravilčne in jih je mogoče preprečiti (Tina Lesnik, 2016).

Za promocijo zdravja, katere cilj je izboljšati splošno zdravstveno stanje ter preprečiti ali upočasniti pojav dejavnikov tveganja in kroničnih nalezljivih boleznih, se mora najprej prizadevati posameznik sam, pri tem pa mu mora pomagati njegova lokalna skupnost. Lokalna skupnost s pomočjo zdravstvenih delavcev lahko veliko postori za promocijo zdravja svojih občanov: organizira različne dejavnosti, delavnice, predavanja, projekte in programe, ki spodbujajo občane k aktivni skrbi za lastno zdravje. Kot partnerji v promociji zdravja občanov pa s svojim delom in pristopom lahko veliko pripomorejo tako zdravstveni domovi kot posamezni zdravstveni delavci, šole in učitelji, mediji, knjižnica, razna športna in druga društva ter zavodi ter delovne organizacije z zagotovitvijo zdravih in varnih pogojev dela in rekreacije. Menimo, da je zelo pomembno, da lokalna skupnost v svojem proračunu zagotovi zadostna dodatna finančna sredstva za primarno zdravstveno raven (sredstva države za kakovostne zdravstvene storitve niso zadostna, zlasti na področju preventive ne), kot tudi sredstva

za omogočanje in spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Gre za načrtovanje igralnih površin, igrišč, parkov, kolesarskih in pešpoti, telovadnih in vadbenih prostorov, financiranje raznih preventivnih in športno rekreativnih programov.

Opomba:

Razširjena različica prispevka je izšla v Reviji za zdravstvene vede, vol 6, št.1, str. 4-23.

LITERATURA

1. Brown, C. M., Raglin Bignall, W. J. in Ammerman, R. T. (2018). Preventive Behavioral Health Programs in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics* 141 (5). Pridobljeno 5. 10. 2018, s http://pediatrics.aappublications.org/content/141/5/e20170611?etoc=&utm_source=TrendMD&utm_medium=TrendMD&utm_campaign=Pediatrics_TrendMD_0.
2. Brownson, R. C., Baker, E. A., Deshpande, A. D. in Gillespie, K. N. (2003, 2018). Evidence - based public health. New York: Oxford University press.
3. Devjak, T. in Devjak, S. (2013). Primarno zdravstveno varstvo občanov: partnerstvo med lokalno skupnostjo in zdravstvenimi domovi. *Revija za zdravstvene vede* 1 (1), 106–117.
4. Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC (2014). Pridobljeno 7. 10. 2018, s <http://www.hbhc.org/> in http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbhc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
5. Klančar, D., Švab, I. in Kersnik, J. (2010). Zdravstveni dom – vizija prihodnosti. *Zdravstvena varnost*, 49 (1), 37–43.
6. Leskovšek, E. (2013). Neenakosti v zdravju. Pridobljeno 7. 10. 2018, s <http://beremziviljenje.si/index.php/neenakosti-v-zdravju>.
7. Lesnik, T. (2016). Dejavniki tveganja in neenakosti v zdravju. Pridobljeno 3. 10. 2018, s <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/2016/Dejavniki%20tveganja%20in%20neenakost%20v%20zdravju.pdf>.
8. Lesnik, T., Gabrijelčič Blenkuš, M., Hočevar Grom, A., Kofol Bric, T. in Zaletel, M. (ur.) (2018). Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize. Ljubljana: NIJZ.
9. Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012 (2007). Pridobljeno 7. 10. 2018, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Nacionalni_program_tesna_dejavnost_slo.pdf.
10. Pahor, M. (ur.) (2018). Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa k zdravju. Ljubljana: NIJZ.
11. Ranfl, M., Oprešnik, D., Škraban, J., Fištrič, Š. in Pucelj, V. (2018). Učinkovitost skupnostnega pristopa k zdravju v svetu in primeri v Sloveniji. V M. Pahor (ur.). *Zdrava skupnost* (str. 59–81). Ljubljana: NIJZ.
12. Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010 (2005). Pridobljeno 7. 10. 2018, s www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO38.
13. Sušanj, D. (2007). Promocija zdravja v lokalni skupnosti – vpliv na spremembo vedenja občanov. Koper: Fakulteta za management Univerze na Primorskem.
14. Ustava republike Slovenije (1991). Pridobljeno 3. 10. 2018, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>.
15. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ZZVZZ (1992, 2006, 2017). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>.
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti, ZZDej (2005, 2017). Pridobljeno 7. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.
17. Zdrav življenjski slog (2007). Pridobljeno 7. 10. 2018, s http://www.cpi.si/files/cpi/userfiles/trajnostnirazvoj/07_zdrav_zivljenjski_slog.pdf.
18. Zdravje v občini (2018). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://obcine.nijz.si/Dokumenti/pdf/Definicije/Definicije%20kazalnikov.pdf#page=37>.

Osveščенost staršev o sladkorni bolezni otrok

UDK 616.379-008.64-053.2

KLJUČNE BESEDE: sladkorna bolezen, otroci, starši, znanje

POVZETEK - Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri starši prepoznajo znake sladkorne bolezni tipa I, kako bi ukrepali ob padcu krvnega sladkorja pri otroku oziroma kakšno je njihovo znanje o sladkorni bolezni pri otrocih. Žal je še vedno preveč primerov otrok, pri katerih se sladkorna bolezen odkrije šele v poznih stadijih, zato je še toliko bolj pomembno, da starši prepoznajo simptome bolezni in pripomorejo k hitrejšemu in pravilnemu zdravljenju. Vzorec je zajel starše, ki že imajo otroka/-e ali pa so v pričakovanju le-teh. Anketiranje je potekalo v marcu 2016. V anketi je sodelovalo 419 staršev, 300 izmed njih je anketo v celoti izpolnilo. Z raziskavo smo ugotovili, da večina anketirancev kot znak sladkorne bolezni tipa I prepozna žejo (90 %), utrujenost (66 %) in pogosto uriniranje (46 %). Najmanj opažen znak je izguba telesne teže (28 %). Polovica anketirancev bi ob padcu krvnega sladkorja otroku ponudila sladko vodo (sladek čaj), nekaj sladkega (37 %). Starši imajo delno znanje o sladkorni bolezni pri otrocih. Zavedajo se, da je ta bolezen čedalje več in zato se jim zdi pomembno, da pridobijo o njej čim več znanja.

UDK 616.379-008.64-053.2

KEY WORDS: diabetes, children, parents, knowledge

ABSTRACT - We tried to find out to what extent parents recognise the signs of type I diabetes, how they act when the blood sugar drops in the child or what their knowledge of diabetes in children is. Unfortunately, there are still too many cases of children who are diagnosed with diabetes in late stages, therefore it is all the more important for parents to recognise the symptoms of the disease and to help them to get faster and more regular treatment. The sample included parents who already have children or are expecting them. The survey was conducted in March 2016. 419 respondents participated in the survey, of which 300 answered the survey completely. The study found that most respondents (90%) recognise thirst as a symptom of type I diabetes, which is followed by fatigue (66%) and frequent urination (46%). The least noticed sign for respondents is weight loss (28%). Half of the respondents would give their baby sweet water (sweet tea) when their blood sugar drops, and 37% of the respondents would offer something sweet. Parents have partial knowledge about diabetes in children. They are aware that diabetes is becoming more and more common, and therefore want to learn more about it.

1 Teoretična izhodišča

Sladkorni bolezni tipa I rečemo tudi inzulinsko odvisni diabetes melitus. Za to sladkorno bolezen je značilno zmanjšanje ali popolno prenehanje izločanja inzulina. Najpogosteje se pojavlja v otroštvu ali mladosti in je v tem starostnem obdobju ena najpogostejših kroničnih neozdravljivih bolezni. Preživetje je možno le z nadomestnimi injekcijami inzulina (Kžišnik, 2006). Ravno zaradi svoje pojavnosti in motenj, ki jih povzročajo v otrokovih razvojnih procesih, si zasluži pozornost. Zaradi konstantnega stika z otroci je pomembno, da so glede njenih vplivov dobro ozaveščeni starši ter znajo tako posledično kot tudi pravilno odreagirati (Ribeiro de Oliveira, Nascif - Junior in Melo Rocha, 2010).

Pri otrocih se sladkorna bolezen najpogosteje pojavlja med petim in sedmim ter dvanajstim in štirinajstim letom. Pojavlja se pri vseh rasah in narašča z oddaljevanjem od ekvatorja na obeh zemeljskih poloblah. Najpogostejša v Evropi je v Skandinaviji.

Na Finskem zbolijo 44 otrok na 100.000 prebivalcev do 15 leta starosti. V nekaterih vzhodnoevropskih in sredozemskih državah je ta bolezen najbolj redka. V Sloveniji je pogostnost skoraj enaka kot v področjih Avstrije, Italije, Madžarske in Slovaške, kjer letno zbolijo okrog 40 otrok do 15 leta starosti (8/100.000) (Kržišnik, 2002). Zadnja raziskava vseh otrok, ki so bili od 1. 1. 2001 do 31. 12. 2014 zaradi novoodkrite sladkorne bolezni tipa 1 sprejeti na Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne motnje, poroča o pojavnosti sladkorne bolezni tipa 1, ki je znašala za populacijo otrok do 18. leta starosti kar 12,5/100.000 in dokazuje, kako je bolezen ponovno porasla v starostni skupini 0 – 14 let na 14/100.000 otrok. Rezultati raziskav opozarjajo na hitro povečanje novih primerov sladkorne bolezni tipa 1, predvsem v starostnem obdobju od 0 – 4 let, ki znaša 8,4 % letno. Otroci, mlajši od 5 let, predstavljajo danes že eno tretjino novo odkritih primerov sladkorne bolezni tipa I na leto (Bratina idr., 2015).

Prvi znaki sladkorne bolezni se pojavijo, ko se proizvodnja inzulina v telesu zmanjša na minimum, kar pomeni, da je v telesu manj kot 10 % aktivnih beta celic Langerhansovih otočkov trebušne slinavke, v katerih se tvori inzulin. Postopoma se raven sladkorja povečuje, saj sladkor ne vstopa več v naše celice, v katerih služi kot vir energije. Sladkor se začne izločati preko ledvic z urinom, ko raven sladkorja v krvi preseže 10,0 mmol/l. S sladkorjem se hkrati izgublja veliko vode, zaradi tega je prvi opazen znak obilno in pogosto uriniranje. Pojavlja se preko noči kot preko dneva. Ker otrok izgublja veliko vode, postane žejen in posledično ogromno popije in na račun izgubljene tekočine tudi hujša. V telesu se sedaj kot vir energije prekomerno porabljajo maščobe in kisli presnovki - ketonska telesa nastajajo pri presnovi le teh. Ti pripeljejo do poslabšanja zdravstvenega stanja otroka. Otroku lahko navaja še glavobol, bolečine v trebuhu, slabost, bruhanje. Postaja nerazpoložen, utrujen, še več shujša in opisuje bolečine v mišicah. Z urinom telo izloči ketonska telesa, zato se jih lahko določi s posameznimi testnimi trakovi. Izločijo se deloma tudi z izdihanim zrakom, ko otrok globoko in pospešeno diha. Starši lahko pri tem zaznajo, da ima njihov otrok pri izdihani sapi poseben kiselkast vonj. To je posledica intenzivne tvorbe ketonskih teles. Simptomi in znaki sladkorne bolezni tipa 1 se običajno hitro razvijejo, zato morajo biti starši še posebej pozorni na vsake spremembe. Znaki novo odkrite sladkorne bolezni tipa 1 so: izrazita žeja, pogosto uriniranje, izguba telesne teže, razdražljivost ali nenavadno vedenje, zamegljen vid, bruhanje in slabost, skrajna lakota, utrujenost, pospešeno globoko dihanje, bolečine v trebuhu in glavobol, nezavest in koma. Če opazijo takšne simptome, se je potrebno pogovoriti z otrokovim zdravnikom (Bratina idr., 2011).

Hipoglikemija je najpogostejši akutni zaplet inzulinsko odvisne sladkorne bolezni. Krvni sladkor pade pod 3,5 mmol/l, kar pomeni, da je to klinično stanje. Za nastanek hipoglikemije so lahko krivi različni vzroki. Do hipoglikemije lahko pride zaradi prevelikega odmerka inzulina glede na otrokove trenutne potrebe, lahko je otrok zaužil prepozen, premajhen ali opuščen obrok, prevelike fizične aktivnosti ali pa pride do večje hitrosti absorpcije inzulina zaradi neustreznega mesta injiciranja (Zadražnik, 2002). Zelo je pomembno, da ob sumu na hipoglikemijo takoj pravilno in pravočasno ukrepamo, saj se samo tako lahko prepreči težjo obliko. Takoj je potrebno preveriti

krvni sladkor. Če je rezultat merjenja pod 3,5 mmol/l, pomeni, da gre za hipoglikemijo. Otroku takoj ponudimo pravo količino čiste glukoze ali sladkorja. Ko mine 15 minut in se otrok še vedno ne počuti dobro, še enkrat preverimo krvni sladkor. Če še vedno ostaja krvni sladkor prenizek, se postopek ponovi. Zapomniti si moramo, da otrok ne sme ostati sam (Bratina idr., 2011). Pri blagi hipoglikemiji si lahko otrok pomaga sam s tem, da zaužije manjši obrok hrane (jogurt, sadje, kos kruha itd.). Opozorilnih znakov hipoglikemije nekateri otroci ne prepoznajo pravočasno, zato lahko pride do hude hipoglikemije z motnjami zavesti, krči in nezavestjo. Pri zelo hudi hipoglikemiji, pri kateri ni izgube zavesti in je otrok buden, ampak vseeno ne more govoriti, je pomembno, da mu takrat ne vsiljujemo raznih pijač, napitkov, ker verjetno teh ne bo mogel popiti. Najbližji morajo v tem primeru poklicati nujno medicinsko pomoč oziroma uporabiti injekcijo glukogona. Injekcijo glukogona lahko vbrizga vsak, ker je aplikacija možna v mišico ali v podkožje. Glukagon je polipeptidni hormon, tvori se v trebušni slinavki v alfa celicah Langerhansovih otočkov. Glukagon bo zvišal raven glukoze v krvi zaradi hitre razgradnje glikogena v jetrih, s tem pa se bo istočasno povečala koncentracija prostih maščobnih kislin. Učinek lahko pričakujemo po petnajstih minutah po injiciranju. Ko se stanje otroka izboljša, mora obvezno pojesti obrok hrane, ki naj vsebuje vsaj 15 g ogljikovih hidratov. Priporoča se škrobna živila, mlečne izdelke ali sadje (Klavs, 2006).

V raziskavi Diabetes UK so podali rezultate glede ozaveščenosti staršev o sladkorne bolezni pri otrocih. Med najbolj pogoste simptome, ki so jih prepoznali starši, so predvsem utrujenost pri otrocih, kar v 63 %. 61% staršev je vedelo, da je najbolj prepoznan znak povečana žeja in prekomerno uriniranje (42 %). Najmanj znani opažen dejavnik je izguba telesne teže (30 %). Še vedno je preveč primerov otrok, pri katerih se bolezen odkrije šele v poznih stanjih, zato je še toliko bolj pomembno, da starši prepoznajo simptome sladkorne bolezni in s tem pripomorejo k hitrejšemu, predvsem pa pravilnemu zdravljenju. V raziskavi menijo, da je pred nami še dolga pot, saj so tisti starši, ki se zavedajo vseh simptomov, še vedno prej izjema kot pa pravilo. Otroci s sladkorno boleznijo tipa 1 imajo lahko izražena le en ali dva simptoma, zato je pomembno, da znake poznajo vsi starši (Diabetes UK, 2013).

Starši in otroci si lahko znanje o sladkorni bolezni pridobijo pri različnih projektih in nalogah. Ena izmed teh je redno glasilo Sladkorna. V reviji redno objavljajo razne informacije iz društev, strokovne članke in razne nasvete za sladkorne bolnike o zdravem načinu življenja. Revija Sladkorčki, ki jo letno oblikujejo v Klubu staršev, je namenjena otrokom, da si pridobivajo znanje o svoji bolezni. Letno organizirajo skupaj z zdravstvenimi delavci različna srečanja. To sodi v stalni edukacijski program sladkornih bolnikov in njihovih staršev - organizirani izleti za mlade diabetike in njihove družine in organizacija vsakoletne kolonije na Debelem rtiču (Kržišnik, 2002). Obstaja tudi spletna stran www.diabetes-zveza.si, ki je vsebinsko dobro pripravljena. Na tej strani je tudi forum v obliki spletne klepetalnice, ki je še posebej zanimiv za starše, saj lahko postavljajo različna vprašanja o sladkorni bolezni. Obstajajo tudi športno - rekreacijska srečanja, ki jih vsako leto organizira eno od društev. Tako se družijo vsi sladkorni bolniki iz vseh društev in nastopajo v različnih športnih discipli-

nah. Znanje lahko pridobivajo preko predavanj, učnih delavnic in seminarjev, ki jih vsa društva v skladu s svojim programom redno organizirajo. Najpogostejše teme, ki se obravnavajo so: zdrava prehrana, možne posledice sladkorne bolezni, skrb za noge, čezmerna teža in drugo. Vedno večje je zanimanje za učne delavnice in druge oblike izobraževanja. 14. novembra praznujemo Svetovni dan sladkorne bolezni. Poleg osrednje skupne prireditve, vsa društva ta dan organizirajo razna predavanja, druge prireditve in skupinske pohode. Ob svetovnem dnevu sladkorne bolezni vsako leto Mednarodno združenje za diabetes Evropske unije (IDF//EU) pripravi poseben plakat in zgibanko, ki ima poučno vsebino (Zarnec, 2009).

Sladkorna bolezen bo bolnika spremljala do konca življenja, zato sta potrebni pomoč okolice in stalna podpora. Bolniku so lahko poleg družine v podporo tudi drugi bolniki. Če imajo starši kakršnakoli vprašanja, se lahko pozanimajo pri različnih društvih diabetikov. V Sloveniji imamo 40 diabetičnih društev. Prvo je bilo organizirano že leta 1956. Sladkorna bolezen je lahko več let brez posebnih težav, zato je še toliko pomembnejše starše in otroke ozaveščati in pravočasno opozarjati na možne zaplete. Društva organizirajo različne delavnice in predavanja, na katerih se poučujejo oziroma obnavljajo znanje. Te dejavnosti vodijo različni strokovnjaki, medicinske sestre, zdravniki, fizioterapevti, dietetiki, psihologi in drugi. Društva sladkornih bolnikov so pomembna pri vzgoji in izobraževanju bolnikov tako v formalnem kot tudi v neformalnem smislu (Skvarča, 2013). Dejstvo je, da nekaj so podane informacije, drugo pa samoiniciativnost staršev, kako pridejo do njih. V Zvezi društev diabetikov si lahko starši pridobijo veliko znanja, saj imajo dolgoletne izkušnje k spodbujanju bolnikov s sladkorno boleznijo, da skrbijo za svoje zdravje in pomagajo tudi pri kakovosti življenja bolnikov. Predvsem so zadovoljni, če se pri njihovih prizadevanjih pridružijo svojci in prijatelji otroka. Kot humanitarna organizacija, ki deluje na javnem interesu na področju zdravstvenega varstva, je njihovo delovanje tako na ravni zveze kot društev usmerjeno predvsem v uresničitev različnih ciljev. Te temeljne cilje si želijo v čim večji meri tudi v praksi uresničiti v korist diabetikov, zato večkrat pripravljajo konkretne letne programe, v katerih so izpostavljene različne naloge (Kušar, 2006).

Zaradi težkih posledic in svoje pogostosti sladkorna bolezen ni samo zdravstveni izziv, ampak tudi širši družbeni, ekonomski in socialni izziv. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010 – 2020 (2010) je strateški dokument. Z njim želijo na ravni Republike Slovenije vzpostaviti in okrepiti sodelovanje med različnimi partnerji v družbi za uspešnejše obvladovanje sladkorne bolezni in za zajezitev epidemije. V nacionalni program je vključeno tako njeno zgodnje odkrivanje sladkorne bolezni, preprečevanje bolezni, spremljanje in oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo.

2 Metoda

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri starši prepoznajo znake sladkorne bolezni tipa I, kako bi ukrepali ob padcu krvnega sladkorja pri otroku oziroma kakšno je njihovo znanje o sladkorni bolezni pri otrocih. Žal je še vedno preveč primerov

otrok, pri katerih se sladkorna bolezen odkrije šele v poznih stanjih, zato je še toliko bolj pomembno, da starši prepoznajo simptome bolezni in pripomorejo k hitrejšemu in pravilnemu zdravljenju.

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen spletni anketni vprašalnik, ki smo ga sestavili na osnovi proučene tuje in domače literature. Za posredovanje le tega smo uporabili spletno pošto, stran na Facebook-u Mamice sprašujejo in odgovarjajo ter spletno stran Bibaleze.si. Vzorec je zajel starše, ki že imajo otroka/e ali pa so v pričakovanju le tega/teh. 98 % anketirancev nima otrok s sladkorno boleznijo. Anketiranje je potekalo v mesecu marcu 2016. V anketi je sodelovalo 419 anketirancev, od tega jih je 119 anketni vprašalnik delno izpolnilo, v celoti izpolnilo pa 300 anketirancev. Sodelovanje je potekalo prostovoljno z možnostjo odklonitve, pri tem je bila vsem anketirancem zagotovljena anonimnost.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 300 staršev oziroma anketirancev, in sicer 293 (98 %) žensk in 7 (2 %) moških. Največ anketirancev 222 (74 %) ima od 1 do 2 otroka, v pričakovanju prvega otroka je 58 (19 %) anketirancev, 3 do 5 otrok ima 20 (7 %) anketirancev. 294 (98 %) anketirancev nima otrok s sladkorno boleznijo, le 6 anketirancev (2 %) ima otroka s sladkorno boleznijo.

Zanimalo nas je, kateri so najpogostejši simptomi sladkorne bolezni oziroma s katerimi znaki prepoznajo sladkorno bolezen. Največ anketirancev, in sicer 270 (90 %) je odgovorilo, da je najpogostejši simptom sladkorne bolezni žeja, dalje 199 (66 %) utrujenost, 137 (46 %) pogosto uriniranje in 85 (28 %) izguba telesne teže. 33 (11 %) anketirancev meni, da med najpogostejše simptome spada tudi ne izločanje urina, 97 (32 %) povečana telesna teža, 16 (5 %) zavračanje hrane in pijače, 9 (3 %) razigranost otroka ter 7 (2 %) anketirancev je mnenja, da se pojavi tudi povečana telesna temperatura.

S trditvijo, da je normalna vrednost krvnega sladkorja 3,5 - 6,1 mmol/l, se je strinjalo 188 (63 %) anketirancev / staršev. 35 (12 %) jih meni, da je meja med 2,6 - 6,1 mmol/l, 10 (3 %) je mnenja, da je 6,2 - 7,0 mmol/l, 15 (5 %), da je 2,6 - 4,1 mmol/l, 14 (5 %), da je 3,5 - 7,1 mmol/l in ostalih 38 (13 %) se je odločilo za odgovor »ne vem«, torej ne vedo, kolikšna je normalna vrednost krvnega sladkorja. Starše smo povprašali, če vedo, kako se zdravi sladkorno bolezen pri otrocih. Da se sladkorno bolezen pri otrocih zdravi z inzulinom je odgovorilo 213 (71 %) anketirancev, ostalih 87 (29 %) anketirancev meni, da se jo zdravi s tabletami. Na vprašanje, kaj po njihovem mnenju povečuje možnost za sladkorno bolezen, jih 227 (76 %) odgovarja, da nezdravo prehranjevanje, 223 (74 %) dednost, 212 (71 %) prevelika telesna teža, 157 (52 %) premajhna telesna aktivnost, 109 (36 %) prekomerno uživanje sladkarij in 2 (1 %) anketiranca sta mnenja, da je to nizka telesna teža.

Da je hipoglikemija zaplet sladkorne bolezni, kjer krvni sladkor pade pod mejo 3,5 mmol/l, je odgovorilo 247 (82 %) anketirancev. 42 (14 %) anketirancev je mne-

nja, da je to zaplet sladkorne bolezni, kjer krvni sladkor naraste. Ostalih 11 (4 %) anketirancev je mnenja, da je to vrsta terapije za zdravljenje sladkorne bolezni. Dalje smo povprašali, kateri so znaki hipoglikemije. Največ anketirancev, 227 (76 %) se je odločilo za odgovor tresenje in 213 (71 %) za znojenje. 173 (58 %) anketirancev se je odločilo za hitro utripanje srca, 82 (27 %) za lakoto, 58 (19 %) upočasnjeno utripanje srca in 16 (5 %) povečana telesna teža. Zanimalo nas je, če starši vedo, kaj storiti, ko bi otroku padel raven krvnega sladkorja. Polovica staršev bi otroku ponudila sladko vodo (50 %) ali nekaj sladkega 111 anketirancev (37 %). 31 (10 %) anketirancev bi otroku dalo inzulin. 6 (2 %) anketirancev bi otroku ponudilo vodo, 1 (1 %) pa bi mu ponudil tablete. Na vprašanje, ali je sladkorna bolezen pri otrocih ozdravljiva, je potrdilo 129 (43 %) anketirancev, trditev pa zanikalo 171 (57 %) staršev.

Na vprašanje, ali menite, da imate dovolj znanja o sladkorni bolezni, je pritrdilno odgovorilo 58 (19 %) anketirancev, ostalih 242 (81 %) je mnenja, da nimajo dovolj znanja o sladkorni bolezni. 263 (88 %) staršev ima željo po še večjem znanju o tej bolezni, 37 (12 %) staršev meni, da ima znanja dovolj. Od anketirancev smo želeli izvedeti, kje so se poučili o sladkorni bolezni. 109 (36 %) anketirancev je odgovorilo, da so se o tem poučili v šoli, 108 (36 %) na spletu in 14 (5 %) anketirancev je pridobilo znanje na televiziji.

4 Razprava

Pomembno je, da starši poznajo prve simptome sladkorne bolezni tipa 1, ker se lahko bolezen pojavi tudi pri njihovih otrocih. Z raziskavo smo ugotovili, da večina anketirancev prepozna žejo kot znak sladkorne bolezni tipa I, dalje utrujenost in pogosto uriniranje. Najmanj opazen znak za anketirance je izguba telesne teže. Velika zmotnost ljudi je še vedno, da je prvi znak sladkorne bolezni tipa 1 povečana telesna teža. Bratina idr. (2011) navajajo, da se simptomi in znaki sladkorne bolezni tipa 1 običajno hitro razvijejo, zato morajo biti starši še posebej pozorni na vsake spremembe. Če opazijo naslednje znake: izrazita žeja, pogosto uriniranje, izguba telesne teže, razdražljivost ali nenavadno vedenje, zamegljen vid, bruhanje in slabost, skrajna lakota, utrujenost, pospešeno globoko dihanje, bolečine v trebuhu in glavobol, nezavest in koma, se je potrebno pogovoriti z otrokovim zdravnikom. Diabetes UK (2013) navaja, da imajo lahko otroci s sladkorno boleznijo tipa 1 izražen le en ali dva simptoma, zato je pomembno, da znake poznajo vsi starši. Menimo, da vsi starši še ne vedo, kateri so pravi znaki sladkorne bolezni. Rezultati raziskave so vseeno vzpodbudni, saj jih kar večina prepozna žejo. Pomembno je, da se starši zavedajo, kako zelo je potrebno znanje o sladkorni bolezni, saj je še vedno preveč staršev, ki prve znake sladkorne bolezni ne bi v celoti prepoznalo.

Rezultati raziskave so pokazali, da bi polovica anketirancev ob padcu krvnega sladkorja otroku ponudila sladko vodo (sladek čaj) ali nekaj sladkega, kar je skladno z navedbami Bratine idr. (2011), ki navajajo, da se otroku ob prvi pomoči takoj ponudi pravo količino čiste glukoze ali sladkor. Večina staršev bi tako ob taki situaciji ukre-

pala pravilno. Zaskrbljujoč je podatek, da se je 10 % staršev odločilo za odgovor, da bi otroku ob padcu krvnega sladkorja takoj dalo inzulin. Ta napaka je življenjsko ogrožajoča za otroka. Inzulin damo ravno v nasprotnem primeru, če je raven krvnega sladkorja previsoka. Zadražnik (2002) navaja, da je zelo pomembno, da imajo otroci s sladkorno boleznijo vedno pri sebi odmerek glukoze oziroma sladkorja in izkaznico o sladkorni bolezni, Bilous (2013) pa dodaja, naj imajo pri sebi tudi glukagon. Menimo, da bi vsi starši morali znati pravilno ukrepati ob padcu krvnega sladkorja. Zelo je pomembno, da v nastali situaciji odreagiramo pravilno, saj bomo le tako rešili življenje otroka, kar trdijo tudi Bratina in idr. (2011), ki pravijo, da je zelo pomembno, da ob sumu na hipoglikemijo takoj pravilno in pravočasno ukrepamo, saj se samo tako lahko prepreči težjo hipoglikemijo.

Ugotovili smo, da kar 81 % anketirancev meni, da nimajo dovolj znanja o sladkorni bolezni tipa 1. Večina anketirancev si želi pridobiti znanje o tej bolezni. Razvidno je, da tisti anketiranci, ki menijo, da nimajo dovolj znanja, se te pomanjkljivosti zavedajo in si želijo novih podatkov, izobraževanj o sladkorni bolezni. Pri tistih, ki so odgovorili, da imajo dovolj znanja, je s pomočjo analize odgovorov razvidno, da si ravno ti ne želijo še dodatnega znanja o sladkorni bolezni. Verjetno menijo, da imajo znanja vseeno dovolj. Želimo jih opomniti, da je vedno dobrodošlo, da se znanje nadgrajuje, osvežuje in dopolnjuje. Medicina in znanost se spreminjata in predvsem zaradi tega je dobro, da znanje stalno osvežujemo, kar lahko potrdimo z navedbami Skvarča (2013), ki pravi, da je lahko sladkorna bolezen več let brez posebnih težav, zato je še toliko pomembnejše starše in otroke ozaveščati in pravočasno opozarjati na možne zaplete. Različna društva organizirajo različne delavnice in predavanja, na katerih se poučujejo oziroma obnavljajo znanje. Te dejavnosti vodijo različni strokovnjaki, medicinske sestre, zdravniki, fizioterapevti, dietetiki, psihologi in drugi. Društva sladkornih bolnikov so pomembna pri vzgoji in izobraževanju bolnikov tako v formalnem kot tudi v neformalnem smislu.

Starši imajo delno znanje o sladkorni bolezni pri otrocih. Verjetno se zavedajo, da je te bolezni čedalje več in kako zelo je pomembno, da imajo o bolezni več znanja, kar lahko potrdimo z navedbami Diabetes UK (2013), ki pravijo, da se je ozaveščenost staršev o sladkorni bolezni pri otrocih med letoma 2012 in 2013 povišala za 50 %. Menijo, da je pred nami še dolga pot, saj so tisti starši, ki se zavedajo vseh simptomov, še vedno prej izjema kot pa pravilo. Starši so premalo osveščeni o sladkorni bolezni pri otrocih. Zavedati bi se morali resnosti bolezni in predvsem, kako zelo je pomembno pravočasno odkriti prve znake sladkorne bolezni in kako pravilno ukrepati. Z boljšim teoretičnim znanjem bi bili lažje kos najrazličnejšim težavam, ki se pojavijo pred njimi. Vsako znanje je vedno dobrodošlo. Znanje o sladkorni bolezni ni težko pridobiti, le če je motivacija pri starših in pri otrocih dovolj velika. Ne glede na to, kakšni so rezultati določenih raziskav, se moramo zavedati, da so le ti odvisni od razvitosti posamezne države. K širjenju informacij o omenjeni bolezni zagotovo največ pripomore zdravstvo oziroma organizacije, ki v njem delujejo, hkrati pa je ogromno informacij, pojasnjevanj ter opisov o simptomih bolezni na spletnih straneh.

LITERATURA

1. Bilous, R. (2013). Sladkorna bolezen. Ljubljana: eBesede, d.o.o.
2. Bratina, N., Bratanič, N., Žerjav Tanšek, M., Avbelj, M., Kotnik, P., Battelino, T. idr. (2011). Otrok s sladkorno boleznijo v vrtcu, šoli in pri športnih ter drugih aktivnostih. Ljubljana: Društvo za pomoč otrokom s presnovnimi motnjami.
3. Bratina, N., Schweiger, D., Šput Omladič, J., Dovč, K., Bratanič, N., Žerjav Tanšek, M. idr. (2015). Analiza podatkov nacionalnega registra mladih s sladkorno boleznijo tipa 1 v Sloveniji. V T. Battelino, G. Novljan in D. Paro - Panjan (ur.), *Proteinurija pri otrocih in mladostnikih. Sladkorna bolezen. Bolečina pri otroku* (str. 57–71). Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedrala za pediatrijo.
4. Diabetes UK. (2013). Significant increase in parents' awareness of Type 1 diabetes symptoms. Pridobljeno 22. 1. 2016, s https://www.diabetes.org.uk/About_us/News/Significant-increase-in-parents-awareness-of-Type-1-diabetes-symptoms/.
5. Klavs, J. (2006). Hipoglikemija – preventiva, vzroki, ukrepi – praktični vidiki. V M. Bohnec, J. Klavs, M. Tomažin Šporar, A. Krašovec in B. Žargaj (ur.), *Sladkorna bolezen: priročnik* (str. 299–307). Ljubljana: Samozaložba.
6. Kržišnik, C. (2002). Sladkorna bolezen pri otrocih in mladostnikih. V *Sladkorna bolezen pri otrocih: zbornik predavanj*, Atomske Toplice, 07. in 08. marec 2002 (str. 5–9). Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Pediatrična sekcija.
7. Kržišnik, C. (2006). Značilnosti in preprečevanje sladkorne bolezni tipa 1. V M. Bohnec, J. Klavs, M. Tomažin Šporar, A. Krašovec in B. Žargaj (ur.), *Sladkorna bolezen: priročnik* (str. 65–74). Ljubljana: samozaložba.
8. Kušar, J. (2006). Vloga Zveze društev diabetikov. V M. Bohnec, J. Klavs, M. Tomažin Šporar, A. Krašovec in B. Žargaj (ur.), *Sladkorna bolezen: priročnik* (str. 870–875). Ljubljana: Samozaložba.
9. Nacionalni program za obvladanje sladkorne bolezni 2010–2020. (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
10. Ribeiro de Oliveira, I., Nascif-Junior, I. A. in Melo Rocha, S. M. (2010). Promoting health in families of children with type 1 diabetes mellitus. Pridobljeno 20. 1. 2016, s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=09d46cc7-d75c-4a01-9541-e0904aba25be%40sessionmgr4002&hid=4209>.
11. Skvarča, A. (2013). Vloga društev bolnikov s sladkorno boleznijo. V S. Vujičić, M. Poljanec Bohnec in B. Žargaj (ur.), *Sladkorna bolezen: priročnik za zdravstvene delavce* (str. 429–430). Ljubljana: Slovensko osteološko društvo.
12. Zadražnik, T. (2002). Pravilni ukrepi ob hipoglikemiji. V *Sladkorna bolezen pri otrocih: zbornik predavanj*, Atomske Toplice, 07. in 08. marec 2002 (str. 20–22). Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Pediatrična sekcija.
13. Zarnec, M. (2009). Kakovostna obravnava družine, ki ima otroka obolelega s sladkorno boleznijo (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Projekt Živ-ko: novo življenje starega kompleta – vidik sodelujočih

UDK 614.888:796.7

KLJUČNE BESEDE: projekti, evalvacija, kompleti prve pomoči

POVZETEK - V povzetku predstavljamo evalvacijo projekta Živ-ko: novo življenje starega kompleta. Projekt je potekal v okviru Javnega razpisa - Projektno delo z gospodarstvom in negospodarstvom v lokalnem in regionalnem okolju - Po kreativni poti do znanja 2017–2020. Razpis je namenjen krepitvi sodelovanja in povezovanja visokošolskega sistema z okoljem in interdisciplinarnega povezovanja študentov. Ti z vključitvijo v tovrstne projekte kreativno in inovativno razrešujejo izzive v gospodarskem in družbenem okolju. V sodelovanju z AMZS, d. d., in Avto-moto zvezo Slovenije smo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani pripravili projekt, ki je želel najti alternative obstoječim slabim navadam pri ravnanju s kompleti prve pomoči po preteku roka uporabe. Pri reševanju zdravstvene in okoljske problematike, povezane z ravnanjem s temi kompleti, in oblikovanju usmeritev ter gradiv, namenjenih ozaveščanju in informiranju javnosti, so sodelovale študentke treh različnih fakultet. Nove kompetence, znanje in izkušnje, ki so jih pridobili vsi sodelujoči pri projektu, smo ob zaključku ovrednotili z metodo PMI (pohvale, pripombe, predlogi).

UDC 614.888:796.7

KEY WORDS: project evaluation, first-aid kit

ABSTRACT - In the article, we present the evaluation of the project "Živ-ko": A New Life of the Old First-Aid Kit. They implement the project within the framework of the public tender for the project: The Project Work with Economic and Private Sector in Local and Regional Environment - The Creative Path to Knowledge 2017–2020. The purpose is to strengthen the cooperation and integration of the higher education system with the environment and the interdisciplinary integration of students. With innovative and creative approaches, they can solve challenges in the economic and social environment. In cooperation with AMZS d.d. and the Auto-Moto Association of Slovenia, we prepared a project at the Faculty of Health Sciences at the University of Ljubljana. We wanted to find alternatives to current bad practices in handling first-aid kits after the expiry date. The students of three different faculties participated in solving health and environmental problems related to the handling of these kits. They have created guidelines and materials for raising awareness and informing the public. They evaluated new competence, knowledge, and experience gained by all the participants of the project by using the PMI method (plus, minus, interesting).

1 Teoretična izhodišča

V sodelovanju z AMZS d.d. in Avto-moto zvezo Slovenije smo v letu 2018 na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani (UL) izvedli projekt z naslovom Novo življenje starega kompleta (Živ-ko), v okviru katerega smo iskali alternative trenutnim slabim praksam pri ravnanju s kompleti prve pomoči po preteku roka uporabe. Projekt smo izvedli v okviru javnega razpisa Po kreativni poti do znanja 2017 – 2020, ki je namenjen krepitvi sodelovanja in povezovanja visokošolskega sistema z gospodarskim okoljem ter interdisciplinarnemu povezovanju študentov. V projektu so poleg pedagoških in delovnih mentorjev sodelovale študentke treh različnih fakultet UL: Zdravstvene, Medicinske in Naravoslovnotehniške. Z vključitvijo v tovrstne projekte študenti kreativno in inovativno razrešujejo izzive v gospodarskem in družbenem okolju.

Tak izziv predstavlja tudi problematika ravnanja voznikov motornih vozil s kompleti prve pomoči po preteku roka uporabe. Več kot $\frac{3}{4}$ voznikov motornih vozil ni še nikoli dobilo ustreznih informacij o tem, kaj storiti s kompletom za prvo pomoč, ko mu preteče rok uporabe (Slabe in sod. 2018). Letno preteče rok uporabe približno 285.000 kompletom prve pomoči (Kmetič, 2016). Zaradi sestave vsebine kompletov in v primeru neustreznega ravnanja z njimi po poteku roka uporabe, lahko postanejo zgolj nekoristen odpadki in breme okolju, lahko pa so tudi uporaben pripomoček oz. surovina. Evropska komisija (European Commission, 2017) opredeljuje zniževanje porabe surovin ter vračanje snovi v snovne zanke in njihovo zapiranje kot pomemben del politike preoblikovanja evropskega gospodarstva v skladu s konceptoma trajnostnega razvoja in krožnega gospodarstva. Da bi zadostili tem konceptom, bi v primeru ravnanja s kompleti prve pomoči, ki jim je pretekel rok uporabe, potrebovali konkretna priporočila voznikom motornih vozil (Slabe idr., 2018).

Projekt Živ-ko je bil namenjen spodbujanju zavedanja javnosti o pomenu ustreznega ravnanja s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe ter izdelavi usmeritev in gradiv o ustreznem ravnanju s kompletom prve pomoči za deležnike na področju življenjskega cikla kompleta. Cilji projekta so bili: (1) informirati in ozavestiti uporabnike o ravnanju s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe; (2) oblikovati priporočila za smotrno ravnanje s kompletom prve pomoči za voznike motornih vozil kot ključne deležnike v življenjskem ciklu kompleta; (3) oblikovati informativna gradiva in (4) oblikovati in postaviti testna zbirna mesta za komplete po preteku roka uporabe.

Študenti v okviru projektov Po kreativni poti do znanja spoznajo vse faze izvedbe projektov, od oblikovanja tima, preko sooblikovanja in realizacije zamisli, promocije rezultatov in komunikacije z javnostjo vse do zaključne evalvacije.

Namen raziskave, ki smo jo izvedli ob zaključku projekta, je bil ovrednotiti sodelovanje vseh aktivno udeleženih v študentskem projektu Živ-ko, tako študentov kot njihovih mentorjev. Zanimalo nas je, katere pozitivne in negativne izkušnje s projektom so imeli sodelujoči, kaj so se študenti naučili in kakšne predloge imajo v zvezi s pripravo podobnih projektov v prihodnje.

2 Metoda

V septembru 2018 smo, v sklopu zaključnega sestanka projekta Živ-ko, izvedli evalvacijo med vsemi udeleženci v projektu: 6 študentkami, 4 mentorji in 2 sodelavkama AMZS. V okviru kvalitativne metode raziskovanja smo oblikovali evalvacijski vprašalnik, s katerim smo želeli pridobiti informacije o izkušnjah sodelujočih v projektu. Vprašalnik za študente je obsegal deset vprašanj odprtega tipa, vprašalnik za mentorje in sodelavki pa štiri vprašanja odprtega tipa. Vodilo pri oblikovanju vprašanj je bilo dobiti vpogled tako v pozitivne kot negativne izkušnje sodelovanja študentov in mentorjev v projektu ter hkrati prepoznati morebitne predloge za prihodnje podobne aktivnosti. Gre za metodo PMI (plus, minus, interesantno oz. pohvale, pripombe, predlogi) Edwarda de Bona (1985). Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo prostovoljno in anonimno.

3 Rezultati

Podatke za analizo, dobljene z anketnimi vprašanji odprtega tipa, smo imeli pripravljene v obliki besedil, ki so jih anketirani pripisali k posameznemu vprašanju in so bili podlaga za vsebinsko analizo. Odgovore anketiranih smo uredili glede na skupino študentov in skupino mentorjev, jih kodirali in oblikovali tri kategorije: (1) pozitivni vidiki, (2) negativni vidiki in (3) ideje v zvezi s sodelovanjem v projektu Živ-ko, pri čemer smo sledili konceptu metode PMI (de Bono, 1985). Tako pri skupini študentov ($N = 6$) kot pri skupini mentorjev ($N = 6$) smo posameznim kategorijam pripisali tri pripadajoče podkategorije: znanje, sodelovanje in drugo. V končni fazi analize smo, pri skupini mentorjev določili še in vivo podkategorijo, ki smo jo poimenovali vodenje. V to kategorijo smo uvrstili podatke, ki so se nanašali na vodenje projekta. Pri analizi pridobljenih podatkov smo sledili usmeritvam za tovrstne kvalitativne raziskave, kot jih navaja Mesec (1998) in upoštevali vsa mnenja sodelujočih, ki so se pojavila.

Rezultate smo uredili v dve skupini: (1) vidik študentov in (2) vidik mentorjev. V drugo skupino smo uvrstili tudi odgovore obeh sodelavk AMZS, ki sta sodelovali v projektu. Pri vsaki od skupin navajamo pozitivne in negativne vidike sodelovanja v projektu ter ideje (predloge) za prihodnje podobne projekte.

Študenti so med pozitivnimi vidiki sodelovanja v projektu izpostavili, da so pridobili številna nova znanja in izkušnje, tako v osebнем kot tudi v poklicnem smislu (Tabela 1).

Tabela 1: Pozitivni vidiki študentov sodelovanja v projektu Živ-ko

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Pozitivni vidiki	Znanje	6	pridobitev splošnih znanj	1
			nova znanja iz drugih področij; kako delajo druge službe	2
			nova strokovna znanja; praktična znanja; utrjevanje znanja; uporaba teoretičnih znanj v praksi	4
			naučila prve pomoči	1
			oblikovanje (plakatov, brošure)	2
			znanja o anketnem vprašalniku, o anketiranju	2
			kako pristopiti do ljudi; poslušati; prilagajati se; komunikacijske spretnosti	4
			kako nastopati na tiskovni konferenci; o nastopanju pred kamero	2
			o vodenju tima; o pomenu vodje; o pomenu določanja rokov	3

	Sodelovanje	6	splošno sodelovanje; drugačno sodelovanje; dobra komunikacija	3
			pripravljenost na sodelovanje; zavedanje o pomenu nujnosti sodelovanja	2
			sodelovanje z veliko organizacijo; z izkušenim podjetjem; s prepoznavno organizacijo; z organizacijo, ki ima možnost širjenja informacij; vzpodbuda s strani gospodarstva	6
			sodelovanje v timu; zadovoljstvo s sodelovanjem celotnega tima; obravnava problema iz različnih vidikov; omogočanje pridobitev različnih mnenj; s skupnimi močmi lahko dosežeš več; različne ideje; navezovanje stikov; povezovanje strok; strokovni sestanki; delitev izkušenj; zavedanje o pomenu osebne odgovornosti za dobrobit celotnega tima	11
			je prednost; uspešno; omogoča kakovosten rezultat	3
	Drugo	6	zabava	
			z veseljem; zanimivo	2
			super projekt; zadovoljstvo s projektom; premakniti stvari na bolje	3
			super tim	1
			pridobitev navdiha; spodbuda; pridobitev idej	2
		potrditev	1	
Skupaj			55	

V primerjavi s pozitivnimi, so študenti izpostavili bistveno manj negativnih vidikov njihovega sodelovanja v projektu Živ-ko (Tabela 2).

Tabela 2: Negativni vidiki sodelovanja študentov v projektu Živ-ko

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Negativni vidiki	Znanje	6	premalo znanj iz drugih področij, da bi lahko aktivno pomagala	1
	Sodelovanje	6	vzame veliko časa; usklajevanje urnikov	2
birokracija			2	
			različni pogledi; težje idejno usklajevanje	2
			nekdo dela več; vsak tim ima šibki člen	2
			premalo osebne komunikacije; preveč zanašanja na elektronsko komunikacijo	2
	Drugo	6	ni vmesne evalvacije	1
			ni finančnih sredstev za materiale	1
Skupaj				13

Sodelujoči študenti so v evalvacijskih vprašalnikih podali tudi nekaj idej (predlogov) za pripravo podobnih projektov v prihodnje (Tabela 3).

Tabela 3: Ideje študentov v zvezi s pripravo projektov v prihodnje

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Ideje	Znanje	6	s takimi projekti bi lahko ustvarjali nova znanja	1
	Sodelovanje	6	več takega sodelovanja	1
			več vključevanja študentov, da se ohrani možnost sodelovanja tudi po koncu projekta	1
			več sodelovanja s podjetji	1
			več sestankov tima; sestanki preko Skypa	2
	Drugo	6	tako delo je drugačno, kot smo ga navajeni na fakulteti; več takega dela	2
			nadgraditev projekta	1
			vključitveni kriteriji za oblikovanje tima	1
			večja denarna podpora; financiranje grafičnih materialov	2
Skupaj				12

Tudi mentorji so podali bistveno več pozitivnih kot negativnih komentarjev na projekt Živ-ko, tako z vidika pomena izmenjave in udejanjanja znanj, družbene koristi in dobrega sodelovanja kot tudi odziva javnosti na projekt (Tabela 4).

Tabela 4: Pozitivni vidiki sodelovanja mentorjev v projektu Živ-ko.

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Pozitivni vidiki	Vodenje	6	projekt je bil zelo dobro zasnovan; zelo dobro voden	2
	Znanje	6	uporaba akademskega znanja v realnem svetu; od besed k dejanjem	3
			združevanje specialističnih znanj	1
	Sodelovanje	6	sodelovanje; povezovanje; odprto sodelovanje; korektno sodelovanje; zavzeto sodelovanje študentk	5
			študenti se lahko povežejo z realnostjo; povezovanje študentov z gospodarstvom; spoznavanje dela v podjetju	3
			sodelujoče študentke so bile zelo samoiniciativne	1
			dober odziv; pohvale vsem; odlično; timsko delo; dinamika; multidisciplinarnost;	6
	Drugo	6	družbeno koristno delo; pozitivni učinki; ozaveščanje javnosti; prva pomoč po preteku roka uporabnosti lahko služi drugim namenom	3
			odlično; odlična zgodba; projekt ima prihodnost; projekt lahko zaživi; dokaz, da je ključ uspeha v tem, da verjameš v to kar počneš in da ne obupaš	5
			možno je spreminjanje mišljenja ljudi	1
			hvala vsem; super; pohvale	3
			trening varne vožnje kot dodana vrednost	1
			odmevnost projekta v javnosti; odziv javnosti	2
	Skupaj			35

Glede na mnenja mentorjev je negativnih vidikov njihovega sodelovanja v projektu malo. Vezani so predvsem na časovne in finančne omejitve (Tabela 5).

Tabela 5: Negativni vidiki sodelovanja mentorjev v projektu Živ-ko.

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Negativni vidiki	Vodenje	6	začetne težave pri organizaciji nadaljnega prevzema kompletov prve pomoči	1
	Sodelovanje	6	težave z usklajevanjem;	1
	Drugo	6	omejen čas za izpeljavo dejavnosti	1
			mного administrativnega dela	1
nežurna nakazila s strani financerjev			1	
Skupaj				5

Sodelujoči mentorji so v evalvacijskih vprašalnikih podali tudi nekatere predloge za pripravo podobnih projektov v prihodnje (Tabela 6).

Tabela 6: Ideje mentorjev v zvezi s pripravo projektov v prihodnje.

Kategorija	Pod-kategorija	N	Ključne besede in besedne zveze	N
Ideje	Znanje	6	upoštevati model kot primer dobre prakse	1
			po tem projektu bi se lahko zgledovali tudi drugi	1
	Drugo	6	čim več takih projektov	1
			več časa za izvedbo	1
			reden dotok finančnih sredstev po opravljenem delu	1
Skupaj				5

4 Razprava

Evalvacija je nujno potreben segment vsakega projekta, saj omogoča vpogled v dosego zastavljenih ciljev. Ob tem je pomembna tudi refleksija sodelujočih o njihovem doživljanju sodelovanja v projektu. Z rezultati končne evalvacije projekta Živ-ko smo skozi izkušnje študentov in mentorjev identificirali mnogo več pozitivnih kot negativnih mnenj, iz česar lahko sklepamo, da je sodelovanje v projektih pomembno tako za ene kot za druge.

Študenti med pozitivnimi vidiki vključevanja v projekt izpostavljajo predvsem pridobivanje in utrjevanje novih strokovnih znanj, spoznavanje drugih strokovnih področij, uporabo teoretičnih znanj v praksi, razvoj komunikacijskih spretnosti ter izkušnjo sodelovanja v timu. Posebej so izpostavili pozitivno izkušnjo medsebojnega sodelovanja (le-to študentom predstavlja priložnost za oblikovanje novih idej) in sodelovanja s podjetjem in organizacijo, ki sta prepoznavna. V projektu so dobili osebno potrditev in spodbudo ter se nenazadnje tudi zabavali. Tudi drugi avtorji (Marguč, 2017; Štancar, 2017) izpostavljajo številne pozitivne vidike izvedbe sorodnih projektov, saj predstavlja vključevanje dijakov in študentov v različne projekte dober način oblikovanja bodočih strokovnjakov. Mentorji prav tako izpostavijo številne prednosti izvedbe

projekta. Veliko vrednost vidijo v prenosu akademskega znanja v realno okolje in v združevanju specialističnih znanj. Vsi mentorji so izpostavili splošno družbeno korist izvedenega projekta in ocenjujejo, da ima projekt potencial za reševanje aktualne problematike v prihodnje. Pohvalili so tudi odziv javnosti. Kot ugotavlja že Lenc (2006), lahko učitelji preko razvojnih projektov razvijejo učinkovitejše pedagoške pristope, vnašajo spremembe na področju pedagoških vsebin in načina dela s študenti.

Z evalvacijo smo pridobili tudi nekatera negativna mnenja, ki so lahko spodbuda za izboljšave pri pripravi in izvedbi podobnih projektov v prihodnje. Negativne izkušnje študentov so povezane s premajhnim poznavanjem drugih področij, težavami pri komunikaciji v študentskem timu (npr. preveč zanašanja na elektronsko komunikacijo), omejenimi viri ter organizacijskimi težavami (npr. težko usklajevanje urnikov). Kot problematično so navedli administrativne zahteve (pisanje poročil). Nekatere negativne izkušnje študentov so posledica sodelovanja z drugimi študenti, kar neobhodno zahteva usklajevanje različnih pogledov. Med negativnimi vidiki izvedbe projekta so mentorji izpostavili predvsem nekatere organizacijske zadrege (npr. težave pri organizaciji nadaljnjega prevzema kompletov prve pomoči), relativno kratek čas za izvedbo, administrativno delo ter neažurno financiranje opravljenega dela. Prav slednje lahko pomeni demotivacijski dejavnik za študente, saj so z njihovim sodelovanjem v projektu povezani tudi nekateri stroški (npr. stroški prevoza).

Sodelujoči študentke predlagajo, da bi morale biti tovrstnih projektov v prihodnje več in da bi se morale vanje vključiti več študentov. Obstoječe projekte bi lahko tudi nadgradili. Ugotavljajo, da bi za boljšo izvedbo potrebovali več finančnih virov. Podobne predloge podajajo tudi mentorji. Predlagajo, da bi morali projekt Živ-ko upoštevati kot primer dobre prakse. Pri sodelovanju v številnih projektih je Štancar (2016) ugotovila, da mora biti projekt izpeljan v okolju in skupini, ki je spoštljivo in etično naravnana, in kjer se spodbujajo sodelovalne komunikacijske in organizacijske kompetence. Ko se projektna skupina razide, je pomembno, da še vedno ostane osebni občutek pripadnosti in doprinosu k skupnemu cilju. Najpomembnejše je zavedanje, da smo dobre rezultate in s tem zastavljene cilje dosegli s spoštovanjem in podpiranjem drug drugega.

5 Zaključek

V okviru evalvacije projekta Živ-ko smo prepoznali več pozitivnih kot negativnih mnenj študentov in mentorjev. Glede na izjave sodelujočih je projekt koristen tako za vključene študente in njihove mentorje kot tudi za širšo družbo. Študenti so pridobili nova znanja in izkušnje: utrjujejo in pridobivajo strokovna znanja, pridobivajo znanja z drugih strokovnih področij, učijo se sodelovanja in komunikacijskih spretnosti, delovanja v timu, nastopanja v javnosti in se hkrati tudi osebno razvijajo. Po mnenju študentov je veliko pozitivnih vidikov projekta povezanih z sodelovanjem znotraj študentskega tima, predvsem pa s sodelovanjem z gospodarskim sektorjem. Glede na evalvacijo lahko zaključimo, da je bil namen razpisa krepitev sodelovanja in povezovanja visokošolskega sistema z okoljem in interdisciplinarnega povezo-

nja študentov (Javni štipendijski, razvojni, invalidski in prežिवninski sklad Republike Slovenije, 2017) dosežen.

Projekt Živ-ko ponuja alternative trenutnim slabim praksam pri ravnanju s kompleti prve pomoči po preteku roka uporabe. S tem pa tudi nekatere rešitve zdravstvene in okoljske problematike, povezane z ravnanjem s temi kompleti. Evalvacija projekta Živ-ko je zadnja faza izvedbe le-tega. Po izjavah sodelujočih – Super projekt in super tim, z veseljem bi še sodelovala; Takih projektov bi moralo biti več; Odlična zgodba; Menim, da je ta projekt primer dobre prakse, po katerem se lahko vsi zgledujemo tudi v prihodnje; Posebej bi poudaril odmevnost projekta v javnosti. Ne zgodi se prav pogosto, da bi nek 'študentski' projekt naletel na tako velik odmev v javnosti in da bi tudi vzbudil tako velik odziv javnosti, kot ga je projekt Živ-ko. Še zlasti pa je pomembno, da se bo projekt nadaljeval tudi po njegovem koncu, torej da se bodo kompleti prve pomoči s pretečenim rokom trajanja zbirali in koristno uporabili tudi po koncu projekta – lahko zaključimo, da je bil projekt uspešen.

Zahvala

Avtorji članka se zahvaljujemo ostalim sodelujočim v projektu – študentkam (Manci Alič, Maši Burja, Teji Cej, Urši Česen in Maruši Ropret) in mentorjem ter sodelavcem AMZS d.d. in AMZS (Aniti Drev, Francetu Kmetiču, Lani Mazzini in Manuelu Pungertniku). Projekt smo izvedli okviru razpisa Projektno delo z gospodarstvom in negospodarstvom v lokalnem in regionalnem okolju – Po kreativni poti do znanja 2017–2020, ki sta ga sofinancirali Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

LITERATURA

1. De Bonno, E. (1985). De Bono's Thinking Course. London: BBC Books.
2. European Commission. (2017). Sustainability and circular economy. Pridobljeno 19. 10. 2017, s http://ec.europa.eu/growth/industry/sustainability_en.
3. Javni štipendijski, razvojni, invalidski in preživninski sklad Republike Slovenije. (2017). Javni razpis: Po kreativni poti do znanja 2017-2020 (1. odpiranje). Pridobljeno 20. 9. 2018, s <http://www.sklad-kadri.si/si/razpisi-in-objave/novica/n/javni-razpis-po-kreativni-poti-do-znanja-2017-2020/>.
4. Kmetič, F. (2016). Kje končajo pripomočki za prvo pomoč. Moto revija. Pridobljeno 19. 10. 2017, s <https://www.amzs.si/motorevija/v-zarometu/repdpisi/2016-01-01-kje-koncajo-pripomocki-za-prvo-pomoc>.
5. Lenc, A. (2006). Od Socratesa in Leonarda, ... do programa Vseživljenjsko učenje. Ljubljana: CMEPIUS. Pridobljeno 1. 10. 2018, s http://www2.cmepius.si/files/cmepius/userfiles/publikacije/Vsezivljenjsko_ucenje_SLO.pdf.
6. Marguč, M. (2017). Projekt »Živim življenje s stomo«. V N. Kregar Velikonja (ur.), Celostna obravnava pacienta (str. 350–355). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Mesec, B. (1998). Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
8. Slabe, D., Dolenc, E. in Ferfila, N. (2018). Ravnanje voznikov motornih vozil s kompletom prve pomoči po preteku roka uporabe. V N. Kregar Velikonja (ur.), Celostna obravnava pacienta (str. 450–457). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
9. Štancar, O. (2016). Mednarodni projekti – dodana vrednost pri izobraževanju v zdravstveni negi. V N. Kregar Velikonja (ur.), Celostna obravnava pacienta (str. 491–497). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.

Uporaba marihuane med športniki

UDK 613.83:796.077.2

KLJUČNE BESEDE: športniki, marihuana, nikotin, alkohol, prepovedane droge

POVZETEK - V prispevku predstavljamo rezultate raziskave o uporabi marihuane med športniki. Zanimala so nas stališča aktivne športne populacije do uporabe marihuane. Za namen te raziskave smo uporabili neeksperimentalno metodo raziskovanja, kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki ga je izpolnilo 2,231 športnikov; 1,241 anket je bilo pravilno izpolnjenih (55.62 %). Skupno je na anketo odgovorilo 846 (66 %) moških in 435 (34 %) žensk. Uporaba marihuane je nekoliko manjša od uporabe alkohola in kajenja cigaret. 53.6 % anketiranih športnikov marihuane ni nikoli poizkusilo, dnevno pa jo uživa 6.1 %. Omenjena populacija uživa manj prepovedanih substanc, če jih pa poizkusi je to kasneje, kot splošna populacija. Športniki večinoma menijo, da ima marihuana tako pozitivne kot tudi negativne lastnosti, da je lahko koristna za nekatere medicinske namene in odobravajo njeno legalizacijo za te namene. Anketiranci pa nizko ocenjujejo potrebo po splošni legalizaciji marihuane za osebne namene. Pri pomembnem družbenem in strokovnem vprašanju glede legalizacije uporabe marihuane, anketirani dajejo prednost legalizaciji marihuane za medicinsko uporabo in ne legalizaciji za osebno uporabo.

UDC 613.83:796.077.2

KEY WORDS: marijuana, nicotine, alcohol, illicit drugs, sports

ABSTRACT - In this paper, we present the results of the study on marijuana use among athletes. We were also interested in the viewpoints of active athletes on marijuana consumption. For the purpose of this study, a non-experimental sampling method was employed, using a structured questionnaire. The survey included 2231 respondents who provided 1241 appropriately filled out questionnaires (55.62%). The total number of respondents included 846 men (66%) and 435 women (34%). Marijuana is used on a slightly smaller scale than alcohol and cigarettes. 53.6% of the surveyed athletes never tried marijuana, which is used daily by 6.1% of the surveyed athletes. Above mentioned population is significantly less using mentioned substances, and if they do use it, they use it significantly latter then general population. Athletes predominantly believe that marijuana has both positive and negative effects and that it offers medical benefits. They also support the legalisation of medical marijuana. The surveyed athletes do not believe there is a strong need to legalise marijuana for personal usage. On the topic of legislation, respondents prioritise medical marijuana legalisation over legalisation for personal usage.

1 Uvod

Raziskava o uživanju tobaka, alkohola in drugih drog kaže, da je 16,1 % starih od 15 – 64 let v Sloveniji enkrat v življenju poizkusilo kakšno prepovedano drogo. Od tistih, ki so enkrat v življenju poizkusili katero od prepovedanih drog, jih je večina poizkusila marihuana alki hašiš. Kokain in ekstazi je poizkusilo 2,1 % ljudi v Sloveniji. 1 % jih je poizkusilo LSD, 0,9 % amfetamine in 0,5 % heroin (Drev, 2013). Uporaba in zloraba drog predstavlja tveganje za ljudi vseh starosti, še posebno za mlajše (Usher, Jackson in O'Brien, 2005).

Kljub temu, da velja prepričanje, da marihuana ne povzroča odvisnosti, raziskave kažejo, da 10 % tistih, ki kdaj poizkusijo marihuano, postanejo dnevni uporabniki, med tem ko jih 20 – 30 % postane tedenskih uporabnikov (Hall in Pacula, 2003). Ugotov-

vljeno je bilo, da osebe, ki v zgodnji starosti poizkusijo marihuana v večji meri kasneje v življenju uživajo kokain in heroin (Kandel, 2002; Hall in Degenhardt, 2009).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije, 2,5 % svetovne populacije uživa marihuano, kar pomeni, da je marihuana najbolj razširjena prepovedana droga (WHO, 2018). Marihuana je tudi ena od treh pglavitnih faktorjev tveganja za zgoden razvoj shizofrenije (pred 18 letom starosti). Druga dva faktorja sta še genetika in obdobje adolescence (Renschmidt, 2001; Gregorič Kumperščak, 2013).

Politike, ki se nanašajo na marihuano se hitro spreminjajo, vendar imajo odločevalci premalo znanstvenih informacij, ki jih lahko uporabijo za kreiranje teh politik. Pomembno področje raziskav je v povezavi med rekreativno uporabo marihuana, zdravja in vadbe (Gilman, 2015).

Pred državnozborskimi volitvami v Republiki Sloveniji (2018), so nekatere politične stranke predlagale legalizacijo marihuane (Mmc Rtv Slo, 2018; Rabuza, 2018). Ti predlogi so se nanašali na uporabo marihuane za zdravstvene namene in za uporabo marihuane za osebne namene (Lovrenčič, 2018). Tem predlogom je nasprotovalo Ministrstvo za zdravje, kot tudi druge organizacije (Zdravniška zbornica, zdravniški sindikat Fides, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Univerzitetni klinični center Ljubljana) (Lovrenčič, 2018; Žurnal24.si, 2018).

V manjši raziskavi javnega mnenja (2016), večina anketiranih podpirajo legalizacijo marihuane v Sloveniji. Večina bi marihuano v celoti legalizirala, od tega 46 % za rekreativno uporabo, med tem ko, bi jih 42 % legaliziralo za zdravstvene namene. 12 % anketiranih meni, da bi uporaba marihuane ostala nelegalna (Delo, 2018).

Manjšo uporabo prepovedanih drog v populaciji, ki se ukvarja s športom so že ugotovile raziskave Naele idr. (2012) and Gabrovec (2016), in tudi pozitivne učinke športa na zdravljenje odvisnosti.

V naši raziskavi nas je zanimala kakšna je prevalenca uživanja prepovedanih drog med športniki in njihova stališča do legalizacije marihuane.

2 Metoda

Raziskava je zajemala populacijo športnikov vseh starosti, ki se s športom ukvarja rekreativno ali tekmovalno. Namen te raziskave je bil ugotoviti stališča športnikov do uporabe marihuana, legalizacije in drugih stališč. Za namen te raziskave smo uporabili ne-eksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, kot raziskovalni inštrument smo uporabili anketni vprašalnik. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi raziskav in literature glede odvisnosti, terapije, prepovedanih drog, marihuane in testiranja na prepovedane droge. Uporabili smo spletni vprašalnik. Pri izpolnjevanju vprašalnika nam je pomagal Olimpijski komite Slovenije, ki je na Nacionalne panožne športne zveze naslovil prošnjo k sodelovanju njihovih članov. Raziskava je potekala v mesecu marcu 2018. Pridobljeni podatki so bili analizirani z opisno statistiko, korelacijsko analizo, faktorsko analizo in linearno regresijsko regresijo. Podatki so bili obdelani s stati-

stičnim programom IBM SPSS v. 21,0 z upoštevanjem $p < 0,05$ stopnje značilnosti. Vprašalnik je vseboval 32 vprašanj, ki so bila razdeljena v 5 sklopov: vprašanja glede jemanja prepovedanih substance (nikoli, 1x v življenju, v zadnjih 12 mesecih, v zadnjih 30 dneh, zadnji teden, vsak dan); vprašanja, ki se nanašajo na jemanje drog (uživanje marihuana med športniki in prijatelji, pričakovan škodljiv učinek teh substance, in druga vprašanja glede legalizacije, pozitivnih in negativnih učinkov); pričakovanja uporabnikov glede jemanja posameznih substance; vprašanja glede uporabe različnih drog (prva uporaba); vprašanja glede športne aktivnosti (vrsta športa in pogostost treninga) in demografska vprašanja. Uporabili smo Likertovo lestvico (1-5).

Anketo je izpolnilo 2.231 anketiranih; 1.241 anket je bilo pravilno izpolnjenih (55,62 %). Skupno je na anketo odgovorilo 846 (66 %) moških in 435 (34 %) žensk.

3 Rezultati

60,9 % anketiranih jih nikoli ni kadilo cigaret, redno jih vsak dan kadi 12,7 %. Alkohol ni nikoli poizkusilo 12,6 % anketiranih. V zadnjem tednu je alkohol zaužilo 32,1 % anketiranih. Uporaba marihuane je nekoliko manjša, a kljub temu primerljiva z uporabo cigaret. 53,6 % anketiranih marihuane ni nikoli poizkusilo, dnevno jo uživa 6,1 % anketiranih športnikov. Uživanje heroina, kokaina in različnih stimulansov je pomembno manjše. V svojem življenju je heroin poizkusil le slab odstotek anketiranih, kokain 8,2 % anketiranih in različne stimulanse 9.1 % anketiranih.

Od tistih, ki so določeno substanco poizkusili, so cigarete poizkusili povprečno pri 15,93 letih (min 9 letih), alkohol povprečno pri 15,51 letih (min 10 letih), marihuano pri 18,17 letih (min 13 letih), heroin povprečno pri 17,33 let (min 16 letih), kokain povprečno pri 20,45 letih (min 15 letih), amfetamine, LSD pri povprečno 19,53 letih (min 14 letih), in športna poživila pri povprečno 18,95 letih (min 12 letih).

Nadalje so nas zanimala različna stališča anketiranih do marihuane. Zanimala nas je uporaba, njihova mnenja o uporabnosti in tudi o legalizaciji, kar je v Sloveniji pomembno strokovno ter družbeno vprašanje.

Na lestvici od 1 do 5 (1 = sploh se ne strinjam, 5 = zelo se strinjam), so anketirani v največji meri menili, da je potrebno marihuano legalizirati za medicinske namene (4,07). Strinjanje za splošno legalizacijo, za osebne namene je pomembno manjše (2,67). Anketirani ocenjujejo, da je marihuana lahko dostopna (3,60), in še posebej, da je prisotna med mladimi (3,69). V manjši meri (2,76) menijo, da je prisotna med športniki. Veliko marihuano uživajo njihovi prijatelji (2,93). Da je marihuana lahko koristna za medicinske namene so izrazili z oceno 3,84, in da ima tako negativne, kot pozitivne učinke z oceno 3,64. Večje zavedanje in poznavanje tematike izkazujejo s tem, da nizko ocenjujejo trditev: »Od marihuana ne morem postati odvisen« (2,51), in da marihuana ne zdravi raka (2,41).

Da je marihuana koristna za medicinske namene v večji meri menijo moški, prav tako, da ima marihuana tako negativne kot pozitivne lastnosti in da marihuana zdravi raka.

V večji meri moški podpirajo legalizacijo in uporabo marihuane v medicinske namene. Slednje ugotovitve kažejo na to, da so ženske bolj odklonilne do marihuane, kot moški. Ugotovili smo nekatere pozitivne korelacije med izjavami, da je marihuana koristna za medicinske namene in da je marihuana koristna pri zdravljenju nekaterih simptomov in stanj ($r = 0.682$; $p < 0.05$); med tem, da je marihuana koristna pri zdravljenju nekaterih simptomov in stanj in da je potrebno marihuana legalizirati za medicinske namene ($r = 0.678$; $p < 0.05$); povezavo med jemanjem kokaina in amfetaminov, LSD, sintetičnih drog ($r = 0.628$; $p < 0.05$); prisotnostjo marihuana med mladimi in uživanjem marihuana med prijatelji ($r = 0.525$; $p < 0.05$); med osebnim uživanjem marihuane in uživanjem marihuane prijateljev ($r = 0.516$; $p < 0.05$).

4 Razprava

V zadnjih letih je uporaba in legalizacija marihuane za osebne in/ali medicinske namene pogosto obravnavana družbena in politična tema. Tako je v zadnjem obdobju tudi v Sloveniji. Nekatere politične stranke so v predvolilnem obdobju volilcem obljubljale legalizacijo marihuane za medicinske namene, spet druge legalizacijo marihuane za osebno rabo.

Ta prispevek se ne osredotoča na prednosti ali skrite nevarnosti takšne ali drugačne rabe in uporabe marihuana, temveč meri stališča populacije aktivnih športnikov do marihuane, tudi legalizacije za različne namene.

V tej raziskavi ugotavljamo, da populacija športnikov, v primerjavi s splošno populacijo (Eurobarometрова raziskava) (Remschmidt, 2001), značilno manj uživa določene dovoljene in nedovoljene substance. Marihuano je v svojem življenju poizkusila slaba polovica anketirane športne populacije, 6,1 % jo uživa dnevno. Vpliv na uživanje marihuane ima lahka dostopnost marihuane in tudi uživanje marihuane s strani prijateljev. Od ostalih substance jih v največjem odstotku redno uživa alkohol (31,1 %), nekoliko manj redno kadijo cigarete (12,7 %). Ostale substance, kot so heroin, kokain, poživila, idr., uživajo redkeje.

Stališča anketirane športne populacije kažejo na to, da je populacija dokaj osveščena glede lastnosti marihuane. V večji meri menijo, da ima marihuana tako pozitivne, kot tudi negativne lastnosti, da je marihuana lahko koristna za nekatere medicinske namene in nenazadnje, da odobravajo legalizacijo marihuane za medicinske namene. Menijo, da športniki malo uživajo marihuano. Anketirani športniki nizko ocenjujejo potrebo po splošni legalizaciji marihuane za osebne namene. Prav tako menijo, da uživanje marihuane lahko vodi v odvisnost. To stališče pa je drugačno, kot v raziskavi, ki smo jo opravili v letu 2016 na vzorcu športnikov starosti od 10 do 25 let (Libuy, De Angel, Ibanez, Murray, Mundt, 2018). V raziskavi smo tudi ugotovili, da so moški anketirani v večji meri naklonjeni marihuani, tako glede lastnosti, kot tudi glede uporabe in legalizacije.

V raziskavi ugotavljamo tudi, da anketirana populacija, ki se ukvarja s športom, značilno manj uživa določene substance, če pa jih že uživa je njihov prvi stik z omejenimi substancami v kasnejši dobi, kar pomembno zmanjšuje razvojne zaplete pri mladostnikih. Podobno je bilo ugotovljeno v raziskavi Gabrovec (2016).

Opomba:

Razširjena različica prispevka je izšla v Reviji za zdravstvene vede, vol 5, št.2 str. 49-63.

LITERATURA

1. Delo. Revoltirana anketa: Slovenija naj legalizira marihuano. 2016. Pridobljeno 26. 4. 2018, s <http://www.delo.si/novice/slovenija/revoltirana-anketa-slovenija-naj-legalizira-marihuano.html>.
2. Drev, A. (2013). Nacionalno poročilo 2013 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Institute for Public Health.
3. Gabrovec, B. (2016). Illicit drugs and others substances used by young athletes between ages of 10 and 25. Heroin addiction and related clinical problems. 18 (4), 5–12.
4. Gillman, A. S., Hutchison, K. E. in Bryan, A. D. (2015). Cannabis and Exercise Science: A Commentary on Existing Studies and Suggestions for Future Directions. Sports Med., 45 (10),1357–1363.
5. Gregorič Kumperščak, H. (2013). Shizofrenija z zgodnjim začetkom. Zdravstveni vestnik, 82, 402–409.
6. Hall, W. in Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet., 374 (9698), 1383–1391.
7. Hall, W. in Pacula, R. L. (2003). Cannabis use and dependence: public health and public policy. Cambridge, UK; New York, NY: Cambridge University Press.
8. Kandel, D. B. (2002). Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis. New York, NY, US: Cambridge University Press.
9. Libuy, N., De Angel, V., Ibanez, C., Murray, R. M. in Mundt, A. P. (2018). The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. Schizophr Res., 194, 13–17.
10. Lovrenčič, M. (2018). Legalizacija konoplje bi prinesla vrsto neugodnih posledic. Pridobljeno 26. 4. 2018, s <https://www.dnevnik.si/1042816724>.
11. MMC RTV SLO. Piratska stranka zbrala 18 tisoč podpisov za legalizacijo konoplje. 2018. Pridobljeno 26. 4. 2018, s <https://www.rtvlo.si/slovenija/piratska-stranka-zbrala-18-tisoc-podpisov-za-legalizacijo-konoplje/443498>.
12. Neale, J., Nettleton, S. in Pickering, L. (2012). Heroin users' views and experiences of physical activity, sport and exercise. Int J Drug Policy., 23, 120–127.
13. Rabuza, M. (2018). Vam bodo poslanci omogočili, da boste lahko kadili marihuano legalno? Pridobljeno 26. 4. 2018, s <https://siol.net/novice/slovenija/vam-bodo-poslanci-omogocili-da-boste-lahko-marihuano-kadili-legalno-459505>.
14. Remschmidt, H. (2001). Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press.
15. Usher, K, Jackson, D. in O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive. Int J Ment Health Nu., 14 (3), 209–214.
16. WHO. Cannabis. 2018. Pridobljeno 22. 5. 2018, s http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/.
17. Žurnal24.si. Zdravniki in Ministrstvo za zdravje ostro proti zakonoma za legalizacijo konoplje (2018). Pridobljeno 26. 4. 2018, s <https://www.zurnal24.si/zdravje/zdravniki-in-ministrstvo-za-zdravje-ostro-proti-zakonoma-za-legalizacijo-konoplje-306203>.

Pravno urejanje zdravja na delovnem mestu

UDK 331.4+613:349.2

KLJUČNE BESEDE: zdravje, promocija, pogoji dela
POVZETEK - »Dobro zdravje je predpogoj za dobro in uspešno življenje in delo - tako za posameznika kot za delovno organizacijo.« Tako so zapisali na Direktoratu za zdravje, ki je pod okriljem Ministrstva za zdravje pripravil smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu. Promocija zdravja je ena od zakonskih obveznosti, povezanih z delovnim razmerjem in predvideva določeno ravnanje tako od delodajalca kot od delavca. Poleg promocije zdravja, ki je aktualnejša tema zadnjih let, pa obstajajo tudi zakonska določila, namenjena vzpostavljanju varnih in zdravih delovnih razmer. Tudi z vidika varnosti in zdravja pri delu morata zakonske zahteve upoštevati tako delodajalec kot delavec. Ugotovitve številnih raziskav (npr. Eurofound, 2017: *Working anytime anywhere - The effects on the world of work*) potrjujejo splošno občutje, da je razmejitev med prostim časom, v katerem se posameznik lahko bolj posveti svojemu zdravju, in delovnim časom, ki je namenjen aktivnostim za ustvarjanje življenjskih pogojev, zbrisana, zato je nujno, da se skrb za zdravje integrira v delovni odnos.

UDC 331.4+613:349.2

KEY WORDS: health, promotion, healthy and safe working conditions

ABSTRACT - Good health is a prerequisite for a good and successful life and work, therefore it is important for the individual as well as the organization. This postulation was defined by the Health Care Directorate, organised within the Ministry of Health, where they also created the guidelines for workplace health promotion. Workplace health promotion is a legal obligation binding both the employer and the employee to certain employment relationship obligations. In addition to workplace health promotion, which has been one of the more important topics over the last years, there are also legal provisions in place that regulate safe and healthy working conditions. As they relate to safety and health at work, these provisions must be complied with both by the employer and employee. A number of researches (e.g. Eurofound, 2017: *Working anytime anywhere - The effects on the world of work*) confirm the general feeling that the line between the individual's free time, when they can focus more on their health, and their work time is indistinct. For this reason, it is crucial that health care be integrated in the working relationship.

1 Zdravstvena pismenost

Tehnološki razvoj in sodoben način življenja puščata svoje odtise tudi na zdravju ljudi in ljudje temu podležemo. V letu 2017 je bilo po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) 920.812 primerov odsotnosti zaradi bolniškega staleža oziroma 15,33 izgubljenih koledarski dni na zaposlenega, v letu 2016 pa 839.533 primerov odsotnosti in 14,45 izgubljenih koledarskih dni. Pristojne državne institucije (npr. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti) analizirajo vzroke in predvidevajo posledice ter iščejo načine, kako omejiti naraščanje absentizma na eni strani in prezentizma na drugi. Ob upoštevanju demografskega stanja slovenskega prebivalstva in predvidenih trendov podaljševanja življenjske dobe ter pomembnega poudarka teorije s področja ravnanja z ljudmi, da bodo v prihodnje vse bolj v ospredju zmožnosti posameznika in sposobnosti delovne organizacije, da te zmožnosti optimalno izkoristi, saj sama tehnološka konkurenčna prednost kot taka ne bo več zanesljiva stalnica, v okviru kadrovanja delovne organizaciji z vidika njihovega razvoja in

konkurenčnosti nakazuje, da je in bo človek tisti vir, ki ga mora delovna organizacija negovati za svoje optimalno delovanje in tovrstna nega vključuje tudi skrb za zdravje.

Govorimo o zdravstveni pismenosti kot delu splošne pismenosti, ki zajema znanje, motivacijo in sposobnosti ljudi za dostop informacij o zdravju, na podlagi katerih lahko presojajo in se odločajo o skrbi za zdravje, preprečevanju bolezni in spodbujanju zdravja in tako vse življenje ohranjajo in izboljšujejo kakovost svojega življenja, kot so izpostavili strokovnjaki, vključeni v projekt za zdravstveno pismenost v Evropi (The European Health Literacy Project, str. 7).

Občutek o relativno realnem stanju slovenskih bolniških odsotnosti pridobimo s primerjavo stanja v drugih državah. V spodnji tabeli so prikazani podatki o številu izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega po podatkih OECD, izbranih za leto 2016 in 2017 (Podatke je potrebno interpretirati celotno, ob upoštevanju siceršnjega stanja zdravja v državi in družbenih pogojev življenja v njej. TABELIČNI prikaz je avtorica namenila za izpostavitev dejstva, da ta problematika nastopa tudi v primerljivih državah).

Tabela 1: Število izgubljenih koledarskih dni na zaposlenega zaradi bolezni

<i>Leto</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>Leto</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Država			Država		
Canada	7,8	8	Estonia	8,5	..
Denmark	9	..	France	8,4	..
Estonia	7,7	..	Germany	18,6	..
Finland	9,3	..	Hungary	8,4	..
Israel	4,3	3,8	Ireland	10,4	..
Korea	2,7	..	Luxembourg	11,8	..
Turkey	2,5	..	Mexico	27,9	..
United Kingdom	2,1	..	Netherlands	10	..
United States	3,6	..	Norway	14,6	14,8
Austria	9,8	..	Slovak Republic	12,1	12,1
Belgium	15,7	..	Slovenia	12,2	..
Chile	7,8	..	Spain	11,1	..
Czech Republic	15,4	..	Sweden	12,5	11,7
Denmark	8,4	..	/	/	/

Vir: povzeto po OECD Health Status: Absence from work due to illness, 2018.

2 Splošno o pravici do zdravja

Če izhajamo iz definicije zdravja po načelih WHO, potem je zdravje stanje popolnega fizičnega, socialnega in duševnega blagostanja ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti. Zdravje je z vidika Visokega komisarja Združenih narodov za človekove pravice torej povezano z blagostanjem, ki ga determinirajo dostopnost do pitne vode in sanitarnega sistema, neoporečne in zdrave hrane, doma, zdravih delovnih in življenjskih pogojev, zdravstvene pismenosti in enakosti spolov. Naštete okoliščine vsebujejo predvsem človekove pravice iz skupine ekonomskih, socialnih in kulturnih človekovih pravic,

h katerim pa je nujno prišteti tudi človekovo pravico do nedotakljivosti življenja in telesa ter pravico do dostojanstva in varstva osebnosti. Pravica do zdravja je torej sestavljena pravica in poseg v eno od pravic, ki so njen sestavni del (npr. oviranje dostopa do zdravstvene oskrbe, diskriminacija pri izobraževanju o zdravju, onesnaževanje okolja), pomeni poseg v pravico do zdravja. V spodnji shemi so prikazane determinante zdravja, ki so zaobjete s pravicami v zbiru pravice do zdravja.

Shema 1: Determinante zdravja



Vir: povzeto po United Nations High Commissioner for Human Rights, OHCHR in WHO, Human Rights Fact Sheet No. 31- The Right to Health, 2008.

Sestavljenost pravice do zdravja izhaja tudi iz bogate sodne prakse Evropskega sodišča za človekove pravice. Čeprav pravica do zdravja in posebej pravica do zdravstvene oskrbe nista izrecno navedeni pravici po Evropski konvenciji o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, pa se povezujeta s številnimi drugimi konvencijskimi pravicami, katerih kršitev posega tudi v pravico do zdravja (npr. pravica do življenja, prepoved mučenja, pravica do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja, prepoved diskriminacije).

Pravna narava pravice do zdravja še ni opredeljena in v mednarodnih pravnih aktih se kot človekova pravica ne omenja, je pa v njih prisotna (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/138163/E94886_ch06.pdf). Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah v 12. členu vsakomur priznava pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja. Listina Evropske unije o temeljnih pravicah v 35. členu tudi določa, da se pri opredeljevanju in izvajanju vseh politik in dejavnosti Unije zagotavlja visoka raven varovanja zdravja ljudi. Tudi Ustava Republike Slovenije (v nadaljevanju URS) izrecno ne določa pravice do

zdravja, določa pa njene sestavljene pravice kot so nedotakljivost človekovega življenja, prepoved mučenja, varstvo človekove osebnosti in dostojanstva, pravica do zdravstvenega varstva, pravica do zdravega življenjskega okolja, pravica do pitne vode.

Države torej nimajo obveznosti zagotoviti zdravja kot stanja, morajo pa zagotoviti ustrezne možnosti zdravljenja, ki omogoča zdravje in država se mora vzdržati ravnanj, s katerimi bi posegla v katero izmed pravic, ki sestavljajo pravico do zdravja, saj zbir teh pravic tvori predispozicijo za zdravje posameznika.

3 Pravna preventiva za ohranjanje zdravja na delovnem mestu

Predhodno navedeni mednarodni dokumenti vsebujejo tudi posebna določila glede zdravja na delovnem mestu (23. člen Splošne deklaracije človekovih pravic določa, da ima vsakdo pravico do pravičnih in zadovoljivih delovnih pogojev; 7. člen Mednarodnega pakta o ekonomskih, kulturnih in socialnih pravicah deklarira pravico do pravičnih in ugodnih delovnih pogojev, ki zagotavljajo tudi zdrave in varne delovne pogoje; Evropska socialna listina med načela in pravice uvršča pravico delavcev do varnih in zdravih delovnih pogojev, ki je podrobneje opredeljena v njenem 3. členu; Listina EU o temeljnih pravicah v 31. členu pod poštenimi in pravičnimi delovnimi pogoji določa, da ima vsak delavec pravico do zdravih in varnih delovnih pogojev ter delovnih pogojev, ki spoštujejo njegovo dostojanstvo.). Tem določilom sledi tudi slovenska zakonodaja. V Sloveniji odnos do zdravja na delovnem mestu urejata predvsem dva zakona, to je Zakon o delovnih razmerjih (v nadaljevanju ZDR-1) in Zakon o varnosti in zdravju pri delu (v nadaljevanju ZVZD-1). Delovno mesto je najmanjša organizacijska enota delovne organizacije, v kateri posameznik opravlja vnaprej določene delovne naloge. Obstaja n-različnih delovnih okolij, delovnih nalog in delovnih organizacij ter vsako od njih za posameznika pomeni izpostavljenost določenim bolj ali manj predvidljivim tveganjem. V skladu z zakonskimi zahtevami morata delodajalec in delavec določena tveganja predvideti in jih (skušati) preprečiti.

Z novonastalimi tehnologijami se je tudi pojem delovnega mesta in dela spremenil, zato morajo zakonodajna določila smiselno upoštevati tudi ljudje, ki ne delujejo v okviru klasičnega delovnega razmerja (npr. projektno delo, delo preko platform), ali pa delujejo v lastni režiji (npr. samostojni podjetniki). To izhaja tudi iz 2. člena ZVZD-1, ki določa, da se njegove določbe uporabljajo v vseh dejavnostih za vse osebe, ki so navzoče v delovnem procesu. Člen je potrebno povezati z 11. členom, ki določa, da ima delavec pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu.

ZDR-1 vsebuje določila, ki določajo skrb za splošno zdravje ljudi (npr. odrejanje dodatnega dela v primeru nesreč, obveščanje o problematičnih okoliščinah, sprememba dela zaradi naravnih ali drugih nesreč). Vsebuje pa tudi določila, ki določajo posebno skrb za zdravje delavcev. Ta določila se za podrobnejšo vsebinsko opredelitev pravičnega sklicujejo na določila s področja zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu, npr. delodajalec mora zagotavljati pogoje za varnost in zdravje delavcev v skladu s poseb-

nimi predpisi o varnosti in zdravju pri delu. ZDR-1 pa vsebuje tudi določila, ki na prvi pogled niso povezana z zdravjem in se povezava z njim vzpostavi na podlagi širšega razumevanja pojma zdravja. Za tako dojetje pa so pomembna širša (mednarodno) sprejeta stališča in definicije o zdravju in pravici do zdravja, predstavljene v predhodnem poglavju s poudarkom na definiciji zdravja WHO. Tako v okvir določb ZDR-1, ki urejajo odnos do zdravja na delovnem mestu sodi npr. prepoved diskriminacije in povračilnih ukrepov, prepoved spolnega in drugega nadlegovanja ter trpinčenja na delovnem mestu, varovanje dostojanstva delavca pri delu, varstvo delavčevih osebnih podatkov. Primarno ZDR-1 bremeni delodajalca z organiziranjem dela na način, ki bo za delavca varen in zdrav znotraj delovnih nalog, ki jih mora delavec na delovnem mestu opraviti. Delodajalec mora posebno skrb nameniti zakonsko določenim skupinam delavcev (npr. nosečnicam, delavcem, mlajšim od 18. let, starejšim delavcem). Sekundarno pa je dolžnost delavca, da se ravna po navodilih delodajalca in tako sam ravna na način, da ne ogroža zdravja in varnosti sebe in drugih znotraj nalog, ki jih je dolžan opravljati.

ZVZD-1 pa je področni zakon, ki vsebuje temeljne in izhodiščne določbe o varnosti in zdravju pri delu, ki so podrobneje urejene v številnih podzakonskih predpisih (Trenutno veljavni podzakonski predpisi so objavljeni na spletni strani Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti). Delodajalec nosi odgovornost za načrtovanje in zagotavljanje zdravih in varnih delovnih pogojev ter posebej za promocijo zdravja na delovnem mestu. Tako mora delodajalec zagotavljati ukrepe, s katerimi se oceni tveganje, obvladuje nevarnosti pri viru, prilagaja tehničnemu napredku, zmanjšuje nevarnosti oziroma jih izloči, ob tem pa mora dajati prednosti kolektivnim varnostnim ukrepom pred individualnimi. Prav tako mora splošno zagotoviti, da se delavci v delovnem procesu izognejo nevarnostim in prilagoditi delo posamezniku z ustreznim oblikovanjem delovnega mesta in delovnega okolja, delovnih prostorov, delovnih in tehnoloških postopkov, izbiro delovne in osebne varovalne opreme ter delovnih in proizvodnih metod, še zlasti pa tako, da odpravlja monotono delo ter pogoje z vsiljenim ritmom dela in ostale zdravju škodljive okoliščine. Delodajalec mora dati delavcem ustrezna navodila in jih ustrezno obveščati ter organizacijsko razvijati celovite varnostne politike, ki vključuje tehnologijo, organizacijo dela, delovne pogoje, medčloveške odnose ter dejavnike delovnega okolja. Vse to ustvari širši koncept humanizacije dela. Temeljni akt z vidika upravljanja z varnimi in zdravimi delovnimi pogoji je ocenjevanje tveganja in izjava o varnosti, posebej pa tudi načrtovanje promocije zdravja.

Delovnopравни odnos je odnos med delavcem in delodajalcem. Tako kot vsak odnos se tudi ta vseskozi gradi in obveznost obeh strani je, da ustvarita »zdrav« delovnopравни odnos, ki vodi do zdravega delovnega mesta. S tega vidika je pomembna medsebojna komunikacija, a ne samo zato, ker tako zahteva zakon, vendar zato, ker sta oba stranki pogodbe in se morata oba zavedati, da s svojimi napačnimi ravnanji ne škodita samo drugi stranki, ampak tudi sebi (grobo orisano lahko neupoštevanje določil o varnosti in zdravju uniči delovna sredstva in podjetje delodajalca kot tako, zaradi česar delodajalec sploh preneha obstajati, delavci pa ostanejo brez prihodka). S pravnega vidi-

ka je najpomembnejše, da delodajalec in delavec vestno in skrbno izpolnjujeta svoje obveznosti in tako prispevata k varnemu in zdravemu delovnemu okolju. V primeru kršitev pa se aktivirajo pravni mehanizmi, namenjeni sankcioniranju kršitev oziroma se pojavijo ravnanja, ki nakazujejo, da je »zdravje« organizacije načeto.

4 Pravna kurativa za ohranjanje zdravja na delovnem mestu

Včasih pogodbeni stranki sami ne moreta urediti zapleta glede vsebine in izpolnjevanja obveznosti. Tovrstne primere skuša zakonodaja urediti predvsem s finančno prisilo, zato ZDR-1 in ZVZD-1 v svojih končnih določbah določata ravnanja, ki predstavljajo kršitve delovnopравниh obveznosti ter določata finančne sankcije (globe), ki lahko doletijo tako delodajalca in kot delavca. Pristojni prekrškovni državni organ za nadzor nad izpolnjevanjem obveznosti z vidika zagotavljanja zdravih in varnih delovnih pogojev je Inšpektorata za delo (IRSD). IRSD je v letu 2017 opravil 6.659 nadzorov na področju varnosti in zdravja pri delu ter ugotovili skupno 18.098 kršitev. Po mnenju inšpektorata razmere niso spodbudne.

Tabela 2: Posamezne prekrškovne določbe z vidika kršitev zagotavljanja zdravega delovnega mesta/ okolja po ZDR-1

<i>Kršitev</i>	<i>Sankcija - globa</i>	<i>Odgovornost</i>
kršitev prepovedi spolnega in drugega nadlegovanja ter trpinčenja na delovnem mestu in nezagotavljanje varstva pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali trpinčenjem.	3.000 - 20.000 €	delodajalec – pravna oseba, samostojni podjetnik posameznik oziroma posameznik, ki samostojno opravlja dejavnost
	1.500 -8.000 €	manjši delodajalec – pravna oseba, samostojni podjetnik posameznik oziroma posameznik, ki samostojno opravlja dejavnost
	450 - 1.200 €	delodajalec posameznik
	450 - 2.000 €	odgovorna oseba delodajalca pravne osebe
Neobveščanje delavcev o sprejetih ukrepih za zaščito delavcev pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu.	1.500 - 4.000 €	delodajalec – pravna oseba, samostojni podjetnik posameznik oziroma posameznik, ki samostojno opravlja dejavnost
	300 - 2.000 €	manjši delodajalec – pravna oseba, samostojni podjetnik posameznik oziroma posameznik, ki samostojno opravlja dejavnost
	150 - 1.000 €	delodajalec posameznik in odgovorna oseba delodajalca pravne osebe

Vir: povzeto po ZDR-1, 2018.

Inšpektorat ugotavlja, da se delodajalci še ne zavedajo odgovornosti na področju varnosti in zdravja pri delu in se še vedno preveč zanašajo na zunanje izvajalce tega področja. Najpogostejše kršitve so povezane z izjavo o varnosti z oceno tveganja, usposabljanjem delavcev za varno delo ter zagotavljanjem zdravja delavcev. Inšpektorat kot zaskrbljujoče izpostavlja, da je delodajalcem še vedno pomembnejše, da razpolagajo

z dokazili, sama vsebina in strokovnost usposabljanja ter dejanska usposobljenost delavcem pa jim je manj pomembna. V spodnji tabeli so predstavljene prekrškovne določbe ZDR-1, namenjene sankcioniranju ravnanja, ki so splošno povezana s posegi v zdravje.

Z druge strani pa ZVZD-1 vsebuje konkretna določila glede varnih in zdravih delovnih pogojev in posledično sankcionira več kršitev, povezanih s posegi v zdravo delovno mesto. Z globo od 2.000 do 40.000 evrov se kaznuje delodajalec in z globo od 500 do 4.000 evrov se kaznuje odgovorna oseba delodajalca, ki stori zakonsko določen prekršek, le-te se lahko vsebinsko poveže v skupine (skupina kršitev, povezanih s pisno oceno tveganj; z izjavo o varnosti; z osebno varovalno opremo; z obdobjimi preiskavami in pregledi; z zagotavljanjem varnega delovnega okolja in varne delovne opreme; s prvo pomočjo; z omejevanjem nasilja tretjih oseb ter nasilja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnem mestu; z uporabo objekta (delovišča), z varnostnimi listi; z izpostavljenostjo resni in neposredni nevarnosti in ukrepih; s strokovnimi in pooblaščenimi delavci, izvajalci medicine dela; z zagotavljanjem zdravstvenih pregledov; z usposabljanjem za varno delo; z obveščanjem inšpektorata za delo; s sodelovanjem delavcev pri obravnavi vprašanj glede varnega in zdravega dela; s hranjenjem zakonsko določene dokumentacije). ZVZD-1 določa tudi prekrške delavcev in določa kaznovanje z globo od 100 do 1.000 evrov, ki v skladu z navodili delodajalca ne uporablja pravilno delovne opreme in drugih sredstev vključno z varnostnimi napravami ter osebne varovalne opreme v skladu z njenim namenom; takoj ne obvesti delodajalca ali delavcev, ki so v izjavi o varnosti z oceno tveganja zadolženi za varnost in zdravje pri delu, o vsaki pomanjkljivosti, škodljivosti, okvari ali o drugem pojavu, ki bi pri delu lahko ogrozil njegovo zdravje in varnost ali zdravje in varnost drugih oseb; ne sodeluje z delodajalcem in delavci, ki so v izjavi o varnosti z oceno tveganja zadolženi za varnost in zdravje pri delu, dokler se ne vzpostavijo varno delovno okolje in delovne razmere ter ne izvedejo ukrepi inšpekcije za delo; dela ali je na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih substanc; se ne odzove in ne opravi zdravstvenega pregleda, ki ustreza tveganjem za varnost in zdravje pri delu na delovnem mestu. ZVZD-1 pa posebej določa prekrške samozaposlenih oseb, za katere je določena globa od 500 do 10.000 evrov, če ne oceni tveganja; ne izdela pisne izjave o varnosti z oceno tveganja ter ne določi ukrepov za zagotovitev varnosti in zdravja pri delu, če ugotovi, da obstajajo nevarnosti za nezgode, poklicne bolezni in bolezni, povezane z delom; pri svojem delu ne uporablja sredstev za delo in osebne varovalne opreme, ki ustreza tveganjem pri delu ter predpisanim varnostnim in zdravstvenim zahtevam; se ne vključi v pisni sporazum ter ne izvaja skupnih ukrepov za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu na deloviščih; ne prijavi inšpekciji dela nezgode pri delu, zaradi katere je nezmožen za delo več kot tri delovne dni, ugotovljene poklicne bolezni in nevarnega pojava.

Določena ravnanja pa imajo izredno hude posledice za delavca (posledice šikaniranja) ali pa celo ogrožajo varnost in zdravje ljudi na splošno (ogrožanje varnosti pri delu). Tovrstna ravnanja je zakonodajalec uvrstil med kazniva dejanja, za katera pa je predvidena tudi omejevalna sankcija zopora. Kazenski zakonik (KZ-1) tovrstna ravnanja

posebej ureja v dvaindvajsetem poglavju Kazniva dejanja zoper delovno razmerje in socialno varnost. v 197. členu določa elemente kaznivega dejanja šikaniranja na delovnem mestu, ki ga stori kdor na delovnem mestu ali v zvezi z delom s spolnim nadlegovanjem, psihičnim nasiljem, trpinčenjem ali neenakopravnim obravnavanjem povzroči drugemu zaposlenemu ponižanje ali prestrašenost, se kaznuje z zaporom do dveh let. Če pa ima to dejanje za posledico psihično, psihosomatsko ali fizično obolenje ali zmanjšanje delovne storilnosti zaposlenega, se storilec kaznuje z zaporom do treh let. V 201. členu pa ureja ravnanja, ki sodijo pod ogrožanje varnosti pri delu.

Tovrstne kršitve pa lahko vplivajo tudi na delovno razmerje v obliki notranjih sankcij, določenih v disciplinskih postopkih za primere, ko delavec krši svoje obveznosti. Kršitve se lahko odrazijo celo v prenehanju delovnega razmerja tako zaradi razlogov na strani delodajalca, kot na strani delavca. Delavec lahko izredno odpove pogodbo o zaposlitvi, če delodajalec ni zagotavljal varnosti in zdravja delavcev pri delu in je delavec od delodajalca predhodno zahteval odpravo grozeče neposredne in neizogibne nevarnosti za življenje ali zdravje (111. člen ZDR-1). Na drugi strani imajo delavčeve kršitve delovnopравниh obveznosti lahko tudi za posledico prenehanje pogodbe zaradi razloga nesposobnosti ali krivdnega razloga, v izjemnih primerih je to tudi razlog za izredno odpoved s strani delodajalca. Ne glede na prenehanje delovnega razmerja, se v primeru škode, ki nastane na strani delodajalca ali delavca lahko izvede odškodninski postopek. Poleg navedenih, trdih načinov postopanja v primeru kršitev obveznosti z vidika varnosti in zdravja pri delu, obstajajo tudi mehkejši, prikriti načini kot je bolniška odsotnost (absentizem) ali pa »bolniška« prisotnost (prezentizem) ter vmesne stopnje nezdravega počutja, ki v končni posledici lahko privedejo do zunanjih mehanizmov ukrepanja.

5 Zaključek

Sedanja pravna ureditev določa promocijo zdravja in je usmerjena v spodbujanje ohranjanja zdravja tudi na delovnem mestu. V prvi vrsti je za svoje zdravje odgovoren vsak sam, hkrati pa mora družba, ki uveljavlja določen način življenja, zagotoviti tudi pogoje posamezniku, da skrbi za svoje zdravje in v ta segment sodi tudi delovno razmerje in znotraj njega delodajalci. S skrbjo za svoje delavce tudi z vidika zdravja si delodajalec zmanjša bolniško odsotnost, izboljša delovno klimo in s tem produktivnost ter posledično dobiček, tako pa vpliva tudi na splošno blaginjo družbe. S pravnega vidika pa v prihodnje lahko pričakujemo zaostrovanje zahtev tako do delodajalcev kot do delavcev zaradi finančne neustreznosti zdravstvene blagajne.

LITERATURA

1. Constitution of the WHO – Principles. World Health Organization (WHO). Pridobljeno, s <http://www.who.int/about/mission/en/>.
2. Demografske spremembe. Urad za makroekonomske analize in razvoj. Pridobljeno, s <http://www.umar.gov.si teme/demografske-spremembe/>.

3. Evropska socialna listina. Pridobljeno, s http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika_in_mednarodno_pravo/clovekove_pravice_v_slovenski_zunanji_politiki/mednarodnopravni_dokumenti_s_podrocja_clovekovih_pravic_in_porocanja_slovenije/.
4. Health Status, Absence from work due to illness. (2018). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pridobljeno, s <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30123>.
5. Human Rights Fact Sheet No. 31- The Right to Health. (2008). United Nations High Commissioner for Human Rights, OHCHR in WHO. Pridobljeno, s <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.
6. Joint ILO-Eurofound Report, Working anytime anywhere - The effects on the world of work. (2017). EUROFOUND. Pridobljeno, s <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/working-anytime-anywhere-the-effects-on-the-world-of-work>.
7. Kazenski zakonik (2017). Uradni list Republika Slovenije, št. 27.
8. Lipičnik, B. in Mežnar, D. (1998). Ravnanje z ljudmi pri delu. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
9. Listina EU o temeljnih pravicah. Pridobljeno, s http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika_in_mednarodno_pravo/clovekove_pravice_v_slovenski_zunanji_politiki/mednarodnopravni_dokumenti_s_podrocja_clovekovih_pravic_in_porocanja_slovenije/.
10. McHale, J. (2010). Fundamental rights and health care. Pridobljeno, s http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/138163/E94886_ch06.pdf.
11. Mednarodni pakta o ekonomskih, kulturnih in socialnih pravicah. Pridobljeno, s http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika_in_mednarodno_pravo/clovekove_pravice_v_slovenski_zunanji_politiki/mednarodnopravni_dokumenti_s_podrocja_clovekovih_pravic_in_porocanja_slovenije/.
12. Podatkovni portal o zdravstvenem stanju prebivalstva. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Pridobljeno, s https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/?px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=fe52041b-de59-4bf4-9023-ae2b8b40923e.
13. Poročilo o delu IRSD za leto 2017. (2017). Inšpektorat Republike Slovenije za delo. Pridobljeno, s http://www.id.gov.si/si/o_inspektoratu/javne_objave/letna_porocila/.
14. Priročnik o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah. (2017). Pridobljeno, s <http://www.ekvilib.org/wp-content/uploads/2017/06/prirocnik-ESK-pravice.pdf>.
15. Raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno, s <http://www.osha.mddsz.gov.si/aktivnosti/raziskave/slovenske-raziskave>.
16. Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu. (2015). Ministrstvo za zdravje, Direktorat za javno zdravje. Pridobljeno, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2015/zdr_na_del_mestu/Smernice_promocija_zdravja_na_delovnem_mestu-marec_2015.pdf.
17. Splošna deklaracija človekovih pravic. Pridobljeno, s http://www.mzz.gov.si/si/zunanja_politika_in_mednarodno_pravo/clovekove_pravice_v_slovenski_zunanji_politiki/mednarodnopravni_dokumenti_s_podrocja_clovekovih_pravic_in_porocanja_slovenije/.
18. The European Health Literacy Project 2009-2012, comparative report on health literacy in eight member states. (2012). Pridobljeno, s http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf.
19. Thematic report: Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights. (2015). European Pridobljeno, s https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf.
20. Ustava Republike Slovenije (2016). Uradni list Republike Slovenije, št. 75.
21. Zakon o delovnih razmerjih (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.
22. Zakon o delovnih razmerjih (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 15.
23. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011). Uradni list Republike Slovenije, št. 43.
24. Zakonodaja. Ministrstvo za delo družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno, s http://www.mddsz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/veljavni_predpisi/#c7576.

Motivi vpisa v register potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic

UDK 612.41:616-089.843

KLJUČNE BESEDE: register Slovenija Donor, krvotvorne matične celice, darovanje, analiza trga, Slovenija

POVZETEK - Razvoj znanosti je danes prinesel napredek na vseh področjih našega življenja. V zadnjem času je viden velik napredek tudi na področju zdravljenja različnih bolezni s presaditvijo krvotvornih matičnih celic (KMC). Velikokrat je to edina možnost za preživetje, ki jo bolnik ima. Ker se redko zgodi, da bolniku najdejo ustreznega darovalca KMC med sorodniki, se le-tega išče v slovenskem registru Slovenija Donor, ki pa je žal za potrebe zdravljenja slovenskih bolnikov premajhen. Zato so darovalca KMC največkrat primorani poiskati v svetovnem registru. Ker je možnost ujemanja KMC bolnika z darovalci KMC v registru izjemno majhna, je pomembno, da je register potencialnih darovalcev zelo velik. Ob tem je pomembno, da je v registru tudi veliko »domaćih« darovalcev, saj je ustreznost darovalčevih KMC etnično in geografsko pogojena. Da bi se povečalo število vpisanih v register, se s svojimi akcijami prizadeva tudi Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo, L&L. Za potrebe nadaljnjih akcij omejenega združenja in z namenom, da bi se povečalo število vpisanih v register potencialnih darovalcev KMC Slovenija Donor, smo raziskali seznanjenost Slovencev s pojmom KMC ter seznanjenost z registrom. V prispevku tako predstavimo rezultate kvantitativne metode raziskovanja, s pomočjo katere smo proučevali motive, ki so posameznika privedle do vpisa v register potencialnih darovalcev KMC. Prav tako so nas zanimali razlogi, zakaj se posameznik do sedaj še ni vpisal v register.

UDC 612.41:616-089.843

KEY WORDS: Slovenia Donor registry, blood stem cells, donation, market analysis, Slovenia

ABSTRACT- The development of science has made progress in all areas of our lives. Recently, significant progress has also been made in the treatment of various diseases with haematopoietic stem cell transplantation (HSCT). This is often the patient's only option to survive. Due to the fact that it is very rare to find the right donor of HSC among relatives, it is common to look for a donor in Slovenian „Slovenija Donor“ registry, which is unfortunately too small for the needs of Slovenian patients. Therefore, most donors of HSC are usually found in the global registry. Since likelihood of matching HSC with a patient who needs a HSC donor for survival is extremely small, it is important that the registry of potential donors is very large. In addition, it is important to include many "domestic" donors in the registry, since the suitability of donor's HSCs is ethnically and geographically dependent. The Slovenian lymphoma and leukemia patient association, L&L, is also striving for a greater number of donors in the registry. For the needs of further actions of this association and to increase the number of registered donors of HSC in Slovenija Donor, we studied the familiarity of Slovenians with the concept of HSC and the familiarity with the register. In this paper, we present the results of the quantitative method of research, through which we studied the motives that led individuals to register in the registry of potential donors of HSC. We were also interested in why an individual has not been entered in the registry yet.

1 Uvod

Hiter tempo življenja, nezdrave navade in vsakdanji stres so prav gotovo vzroki za vedno večje število bolnikov z raki, med katerimi je veliko tudi bolnikov s t. i. krvnimi raki. Slovenija pri tem ni nobena izjema. Spodbuden pa je podatek, da diagnoza rak ne pomeni več nujno smrti, saj je znanost na področju zdravljenja močno napredovala. Tako je med drugim krvne rake mogoče zdraviti s presaditvijo krvotvornih matičnih

celic (KMC). Slednje pa je mogoče le, če se za bolnika najde ustrezen darovalec. To pa zaradi kompleksnosti človekovega telesa ni enostavno, zato je pomembno, da ima država velik register potencialnih darovalcev. Le tako se namreč lahko zagotovi večjemu številu bolnikov potencialno možnost ozdravitve. So pa KMC, kot bomo videli v nadaljevanju, primerne tudi za zdravljenje številnih drugih bolezni.

2 Krvotvorne matične celice in zdravljenje

2.1 Pojem krvotvorne matične celice

Vse krvne celice nastajajo pri človeku v krvotvornem ali hematopoetskem tkivu. Pri odraslem človeku sta to rdeči kostni mozeg in limfatično tkivo. In sicer je pri zdravem človeku rdeči krvni mozeg v vretencih, rebrih, lobanji, medenici in proksimalnih epifizah stegenic in nadlahtnic. Rdeči krvni mozeg je v prostorih med trabekulami spongioze. Krvotvorne celice ležijo v mrežju opornega tkiva in žil. Oporno tkivo tvorijo retikulinska vlakna in retikulumske celice. Kapilarno omrežje v kostnem mozgu tvori sinusoidne, prek katerih prestopajo dozorele krvne celice v kri. Te strukture tvorijo hematopoetsko mikrookolje, ki omogoča proliferacijo in diferenciacijo matičnih krvotvornih celic (Košnik idr., 2011, str. 1243).

Glavna lastnost matičnih celic je sposobnost samoobnove in s tem ohranitve svojih lastnosti ter sposobnost dozorevanja v matične celice, ki so usmerjene v določeno vrsto krvnih celic. In sicer poznamo dve vrsti multipotentnih matičnih celic, mieloične in limfatične. Obe sta sposobni tako samoobnove kot dozorevanja v usmerjene matične celice (Košnik idr., 2011, str. 1243).

Krvotvorne (hematopoietske) matične celice (KMC) so matične celice, ki delujejo kot zaloga krvnih celic. Sposobne so se diferencirati le v krvne celice, ne pa v ostale celične tipe (kost, hrustanec, koža, žile itd.). KMC so v našem življenju zelo pomembne, saj se naša kri neprestano obnavlja. Krvne celice imajo v primerjavi z ostalimi tipi celic kratko življenjsko dobo, zaradi česar morajo KMC neprestano proizvajati nove krvne celice za normalen prenos kisika, hranil in tudi za normalno delovanje imunskega odziva (Krvotvorne matične celice, 2018).

KMC imajo specifične lastnosti, kar jim omogoča, da se jih lahko presadi, in sicer (Košnik idr., 2011, str. 1355):

- regeneracijsko sposobnost,
- sposobnost diferenciacije v visoko specifične krvne celice ter
- zmožnost, da po krvnem obtoku najde pot do prejemnikovega kostnega mozga, kjer se zadrži, preživi in deli oz. ohranja,
- sposobnost, da ohrani vitalnost tudi po daljšem obdobju hranjenja pri zelo nizkih temperaturah.

2.2 Zdravljenje s krvotvornimi matičnimi celicami

Presaditev KMC pride v poštev pri zdravljenju malignih ter nekaterih nemalignih bolezni kostnega mozga in drugih krvotvornih organov (levkemije, mielodisplastični

sindromi, diseminirani plazmocitom, maligni limfomi, huda oblika aplastične anemije itd.). Prav tako zdravijo tudi določene solidne novotvorbe ter nekatere podedovane in avtoimunske bolezni (Kdaj je potrebna presaditev krvotvornih matičnih celic, 2018) – skupaj več kot 70 bolezni. Škoda idr. (1998, str. 115) pravijo, da je to v zadnjih letih ena najuspešnejših metod zdravljenja poprej večinoma neozdravljivih bolezni krvotvornih organov.

Ob tem velja povedati, da kateri koli izmed darovalcev žal ni primeren za bolnika, ki potrebuje KMC, saj morajo biti izpolnjeni določeni pogoji. Tako se morata bolnik in darovalec praviloma skladati v tkivnih antigenih, imenovanih HLA (Škoda idr., 1998, str. 116). Vsaka oseba pa ima zase značilen nabor tkivnih antigenov HLA, ki se zelo redko ponovi pri drugi osebi. Še največja verjetnost, da bosta imeli dve osebi enake tkivne antigene, je, ko gre za sorojenca, in znaša približno 25 %. Med osebami, ki si niso v sorodu, pa je težko najti dve z enakimi tkivnimi znamenji, torej dve tkivno skladni. Samo tkivno skladen darovalec pa lahko pomaga bolniku (Slovenija Donor, 2018). In sicer velja, da za popolno obnovo hematopoeze pri prejemniku zadošča manj kot 10 % »darovalčevega kostnega mozga« (Košnik idr., 2011, str. 1355).

Sicer pa je odvisno od vrste bolezni, ali bomo pri bolniku opravili presaditev krvotvornih matičnih celic darovalca (alogenska presaditev) ali pa njegovih lastnih (avtologna presaditev) (Kdaj je potrebna presaditev krvotvornih matičnih celic, 2018). Glede na odnos darovalec-prejemnik ločimo naslednje vrste presaditev krvotvornih matičnih celic (Košnik idr., 2011, str. 1356, Škoda idr., 1998, str. 115–116):

- singenični PKMC:
 - darovalec je enojajčni dvojček,
 - popolna tkivna skladnost, ne pride do reakcije presadka;
- avtologna PKMC:
 - vir KMC je bolnik sam;
- alogenična PKMC:
 - išče se ustreznega darovalca – skladnost antigenov glavnega histokompatibilnega kompleksa HLA (2584 alelov);
 - darovalca se najde samo polovici bolnikov, ki bi jih želeli zdraviti na ta način, pomen nacionalnih registrov.

Pav je, da povemo tudi, kako poteka odvzem KMC. Na srečo tako darovalcev kot tudi prejemnikov KMC je danes darovanje oz. odvzem KMC preprostejši. Odvzem poteka iz venske krvi in le v izjemnih primerih ali če se darovalec tako odloči sam, iz kostnega mozga (Načini odvzema krvotvornih matičnih celic, 2018).

- Odvzem iz venske krvi

Pridobivanje KMC iz venske krvi poteka ambulantno. Darovalec pet dni pred zbiranjem KMC prejema dvakrat dnevno podkožno injekcijo zdravila, s katerim spodbudimo razmnoževanje krvotvornih celic v kostnem mozgu in njihovo prehajanje v kri. S posebnim avtomatiziranim postopkom (afereza), ki traja 4–6 ur, se ločijo krvotvorne matične celice od preostanka krvi in zberejo v posebno vrečko. Pri tem načinu zbiranja se darovalcu odvzamejo le krvotvorne matične celice, vse preostale sestavine krvi pa

se mu vrnejo nazaj v obtok. Pretnar (2018) pravi, da danes pri odraslih opravimo več kot 90 % presaditev z matičnimi celicami iz periferne venske krvi.

□ **Odvzem iz kostnega mozga**

Izjemoma se izvaja »klasični odvzem« kostnega mozga v splošni anesteziji, kjer s posebno sterilno iglo in brizgo iz ploščate medenične kosti na več mestih vsrkamo 2–3 % rdečega kostnega mozga. Postopek traja 1–2 uri. Kostni mozeg se v celoti obnovi v 4–6 tednih. Darovalca praviloma sprejmejo v bolnišnico dan pred zbiranjem, odide pa dan po zbiranju. Pred odvzemom kostnega mozga opravijo vse predpisane medicinske preiskave, tudi tiste, ki so potrebne za anestezijo. Teden ali dva pred zbiranjem se darovalcu odvzame njegova polna kri, ki mu jo po končanem odvzemu kostnega mozga vrnejo, s čimer nadomestijo odvzeti volumen tekočega tkiva. Postopek je zlasti uporaben pri presaditvah pri otrocih (Pretnar, 2018).

V medicini presaditve KMC poznamo že zelo dolgo, saj so prvi poskus presaditve KMC izvedli že leta 1958. Transplantacije KMC so v redni klinični praksi torej že desetletja (Presajanje KMC, 2018). In sicer je s presaditvijo KMC začel Edward Donnall Thomas v ZDA (Zupanič Slavec, 2015, str. 15). Prvi poizkusi so bili večinoma neuspešni, ker niso poznali transplantacijskih antigenov (sistem HLA). Deset let kasneje, po odkritju teh antigenov, pa je postala presaditev vse učinkovitejši način zdravljenja krvnih bolezni. Za svoje delo je Thomas leta 1990 prejel Nobelovo nagrado za medicino. Do leta 2013 je bilo po svetu opravljenih že 1.000.000 presaditev (Pretnar, 2018).

Prvi poizkusi zdravljenja s presaditvijo so v Sloveniji sledili hitro, tako so v zgodnjih 60-ih letih opravili nekaj presaditev v Mariboru (Černelč s sodelavci), Slovenj Gradcu (Raišp s sodelavci), Brežicah (Teppey s sodelavci), Jesenicah (Vidali in Pogačnik s sodelavci). V Univerzitetnem kliničnem centru Rebro v Zagrebu so pričeli s programom PKMC leta 1983 in to izvajali za celotno Jugoslavijo. V Sloveniji je bila prva presaditev narejena leta 1989 (Pretnar, 2018). V Sloveniji je do 31. 7. 2018 63 darovalcev, članov registra Slovenija Donor, darovalo krvotvorne matične celice, od tega 24 za domače bolnike. Hkrati pa je bilo z nesorodno presaditvijo krvotvornih matičnih celic v Republiki Sloveniji od leta 2002 do 31. 7. 2018 zdravljenih 264 bolnikov (Trenutno število darovalcev, 2018).

3 Register Slovenija Donor in akcija »daj se na seznam«

Slovenija Donor je slovenski register (seznam) nesorodnih oseb, ki so pripravljene darovati KMC bolnikom s krvnim rakom. Slovenija Donor združuje slovenske nesorodne darovalce KMC in popkovnične krvi, tako da lahko bolniku tkivno skladnega darovalca najprej iščemo znotraj našega registra darovalcev. A žal je register majhen, kar je tudi eden glavnih razlogov, da se za bolnike ne najde primerne darovalca. Ravno zaradi majhne verjetnosti ujemanja darovalca in prejemnika je pomembno, da je register Slovenija Donor vključen v svetovni register darovalcev KMC Bone Marrow Donors Worldwide (BMDW). Slednje omogoča iskanje med darovalci KMC z vsega sveta. Ne glede na vse pa se moramo zavedati, da tkivno skladne posameznike

najlažje najdemo med osebami iste narodnosti, saj so si njihovi geni bolj podobni (Slovenija Donor, 2018).

31. 10. 2018 je bilo v register vpisanih 20.528 oseb, od tega jih je bilo tipiziranih in vpisanih v svetovni register 18.564. Prav tako pa je bilo v register Slovenija Donor vpisanih in tipiziranih 343 enot popkovnične krvi, ki so vključene v BMDW (Trenutno število darovalcev, 2018).

Ravno zaradi tako majhnega števila vpisanih in počasne rasti števila vpisanih si Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo (Združenje L&L) skupaj z Zavodom Republike Slovenije za transfuzijsko medicino želi povečati število vpisanih v register. V ta namen so v letu 2017 organizirali odmevno akcijo »Daj se na seznam«, s katero želijo zagotoviti dolgoročno in stabilno rast registra Slovenija Donor. Od aprila 2017 se je samo na podlagi te akcije v register vpisalo več kot 3.500 oseb (Predstavljaj si, da ne bi bilo nikogar, ko bi potreboval pomoč, 2018). Prav tako pa Združenje L&L vedno znova sodeluje v projektih, kot je »Daruj krvotvorne matične celice za življenje«, s katerimi ozavešča o pomenu KMC ter vabi k vpisu v Slovenija Donor nove člane.

4 Raziskava o motivih vpisa v register potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic

4.1 Namen in cilji raziskave

Kot smo videli, je izredno pomembno, da je v registru Slovenija Donor vpisanih veliko potencialnih darovalcev krvotvornih matičnih celic, a število vpisanih raste počasi. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kateri so motivi, ki so posameznika vodili do vpisa v register. Ker si Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo želi povečati število vpisanih v register, smo z raziskavo, želeli preveriti tudi, kateri dejavniki so tisti, ki posameznike odvrčajo od vpisa v register. Poseben poudarek pa smo dali tudi dejavnikom, ki so prispevali k posameznikovemu vpisu v register.

4.2 Metodologija raziskave

Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer metodo anketiranja. Metoda anketiranja je postopek, s katerim na podlagi ankete raziskujemo in zbiramo podatke, informacije, stališča in mišljenja o raziskovalnem predmetu (Ivanko, 2007, str. 19; Zelenika, 1990, str. 203).

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

str. 151). Uporaba spletnih anket v raziskovanju ima namreč številne prednosti tako za raziskovalce kot tudi za respondente. Nikakor namreč ne smemo pozabiti, da omenjene spletne ankete omogočajo preseganje geografskih ovir. Poleg že omenjene hitrosti zbiranja podatkov naj poudarimo, da gre za računalniško zbiranje podatkov. Tovrsten način namreč omogoča zmanjševanje napak pri vnosu v podatkovno bazo, kontrolo odgovorov ter dinamično prilagajanje vprašalnika (preskoki, rotacija ...). Ni niti napak zaradi anketarja (Lozar Manfreda idr., 2000, str. 1038). A ob tem avtorji dodajajo, da je kakovost ankete še vedno bistveno odvisna od raziskovalca. Tako lahko zaradi vprašalnika (neustrezno besedilo, napačen vrstni red vprašanj ...) pride do napake merskega instrumenta (Lozar Manfreda idr., 2000, str. 1039). A vedeti moramo, da se večina teh napak lahko pojavlja tudi v vseh ostalih oblikah anketiranja in ne le v spletnih anketah.

Uporabili smo tudi induktivno-deduktivno metodo, ki smo jo uporabili za pojasnjevanje ugotovljenih in odkrivanje novih spoznanj na področju motivov za vpis v register. Prav tako pa smo uporabili statistično metodo, v okviru katere smo analizirali rezultate ankete, ki smo jih prikazali tabelarično in grafično, ter prikazali vzročno-posledične odnose med proučevanimi spremenljivkami.

4.3 Izbor anketirancev in opis poteka raziskave ter obdelave podatkov

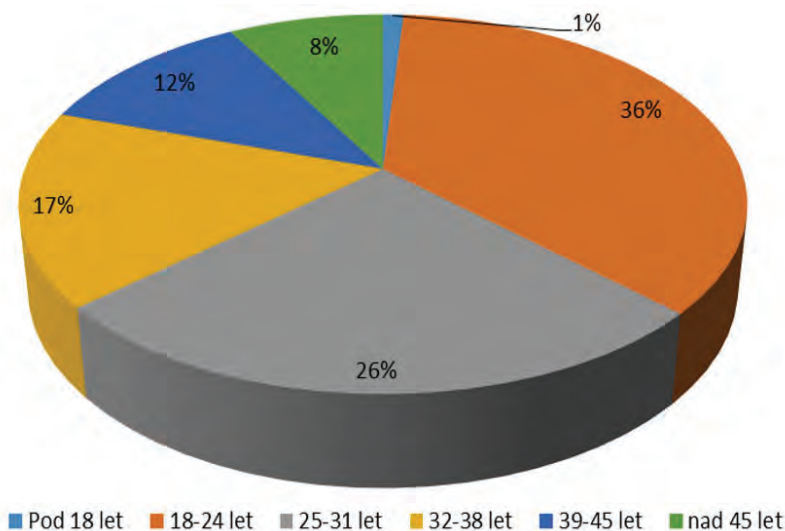
Glede na to, da smo želeli v našo raziskavo zajeti čim več enot z različnimi lastnostmi, smo se zadeve lotili »gverilsko«. Tako smo se odločili za naraščajoče vzorčenje (Dimovski idr., 2005, str. 150), ki ga nekateri imenujejo tudi verižno vzorčenje (Bregar idr., 2005, str. 44–45) oz. princip snežne kepe oz. »snowball sampling«. Tako smo povezavo do spletne ankete, ki smo jo oblikovali na portalu www.lka.si, posredovali osebni bazi spletnih kontaktov 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. Prav tako smo povezavo do spletne ankete objavili na družbenih omrežjih (Facebook, Twiter, Messenger, Instagram in Snapchat). Vse z namenom, da bi v raziskavo vključili starostno, izobrazbeno in geografsko razpršen vzorec.

Raziskava je potekala od 7. do 31. avgusta 2018. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost. Po zaključku anketiranja smo začeli s kvantitativno oz. statistično obdelavo podatkov. Pri tem smo si pomagali z računalniškim program Microsoft Windows Excel.

4.4 Predstavitev vzorca

V raziskavi je sodelovalo 547 prebivalcev Slovenije, med katerimi je bilo 82 % žensk. Starostna struktura vzorca je prikazana na spodnjem grafu.

Graf 1: Starostna struktura



Vir: Anketa, 2018.

Kot vidimo, je bilo največ (66 % anketirancev) starih med 18 in 24 let. Temu so sledili stari od 25 do 31 let (26 % anketirancev) ter od 32 do 38 let (17 % anketirancev). Ostali so bili stari 39 let ali več.

V vzorec so bile zajete osebe z različno izobrazbo, in sicer jih je imelo največ (42 % anketirancev) končano gimnazijo oz. srednjo šolo, temu so sledili anketiranci z zaključeno univerzitetno izobrazbo oz. drugo bolonjsko stopnjo (26 % anketirancev) ter anketiranci z zaključeno visokošolsko izobrazbo oz. prvo bolonjsko stopnjo (19 % anketirancev).

Osebe v vzorcu so prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je bilo največ, in sicer 23 %, iz osrednjeslovenske regije, 18 % anketirancev je bilo iz podravske regije, 17 % iz jugovzhodne Slovenije ter spodnjeposavske regije. Ostale regije pa so bile zastopane v manjši meri. Ob tem dodajmo, da je bila v vzorcu enakomerna zastopanost anketirancev glede na kraj bivanja (vaško, mestno in primestno okolje).

4.5 Poznavanje pojma krvotvorne matične celice in registra Slovenija Donor

Najprej nas je zanimalo, ali anketiranci poznajo pojem krvotvorne matične celice. Ugotovili smo, da pojem pozna 80 % anketirancev. Žal pa smo ugotovili tudi, da na drugi strani register Slovenija Donor pozna samo dobra polovica anketiranih (52 %). Tako nas niti ne preseneča, da število vpisanih v register raste počasi. Tudi med našimi anketiranci je bilo že vpisanih samo 15 %.

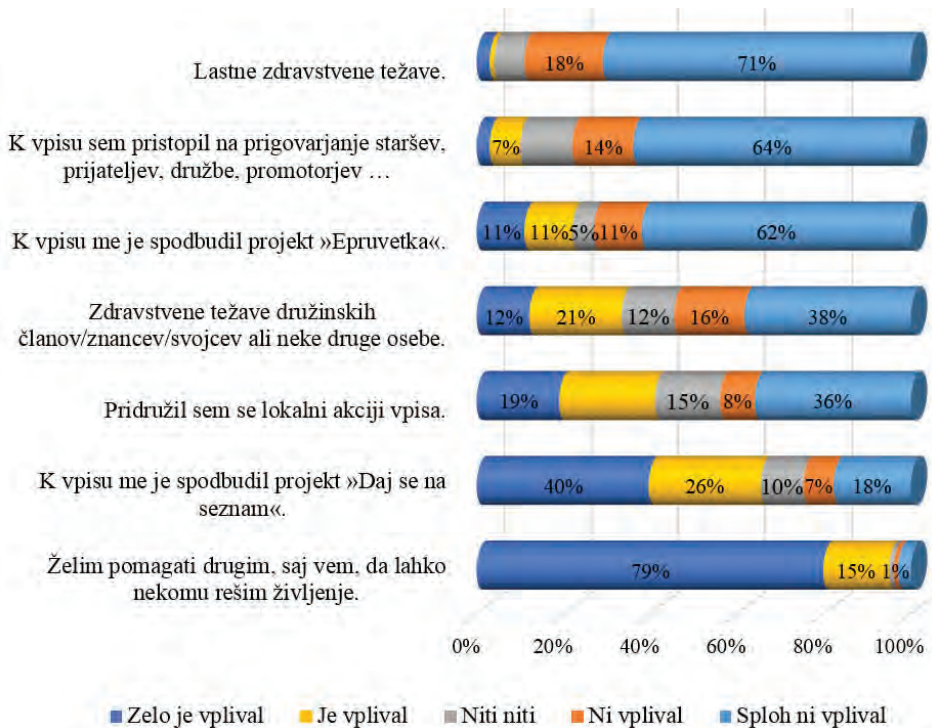
V nadaljevanju nas je zanimalo, ali posamezniki poznajo postopek vpisa v register. Ugotovili smo, da samo 30 % anketiranih pozna postopek vpisa, a tudi med njimi ne vsi popolnoma (samo 20 % anketiranih postopek pozna popolnoma).

Ker smo v nadaljevanju ankete anketirancem tudi razložili pojem krvotvorne matične celice ter sam postopek vpisa, smo jih v nadaljevanju tudi vprašali, ali se bodo vpisali v register. Kljub vsemu je samo 10 % anketirancev odgovorilo, da bodo takoj poiskali možnost vpisa, še 68 % anketirancev pa bi se pred dokončno odločitvijo še pozanimalo. Ostali pa se ne bi vpisali, saj jih je bodisi strah darovanja bodisi je to v nasprotju z njihovim prepričanjem oz. vero. Navajali pa so tudi številne druge razloge za nevpis.

4.6 Motivi za (ne)vpis v register Slovenija Donor

Z naslednjim sklopom vprašanj smo želeli pridobiti informacije o tem, kaj je že vpisane posameznike vodilo k vpisu v register in kaj je tisto, kar je veliko večino anketirancev odvrnilo od vpisa. Prav tako smo preverili tudi, na kakšen način lahko Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo poveča število vpisanih v register, torej kaj je tisto, kar bi posameznika motiviralo k dejanju.

Graf 2: Motivi vpisa že vpisanih v register Slovenija Donor

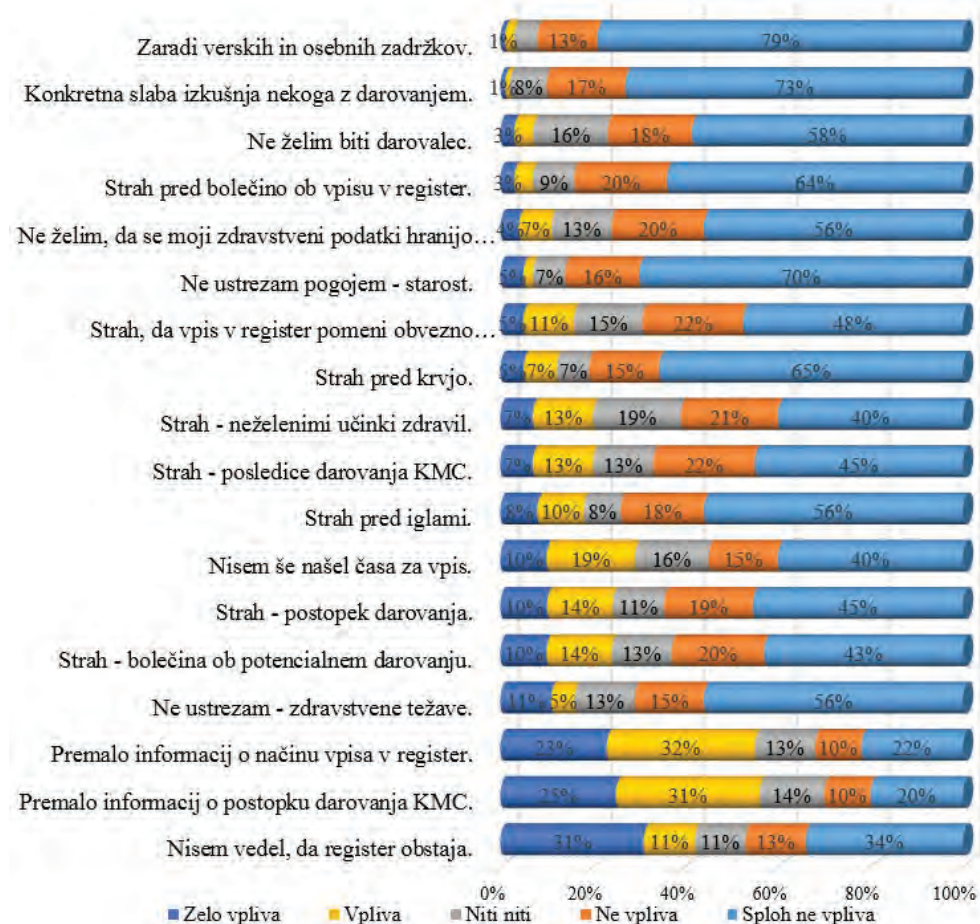


Vir: Anketa, 2018.

Kot vidimo iz grafa, je bilo glavno vodilo vpisanih v register pomoč drugim, saj se zavedajo, da lahko nekemu rešijo življenje (na 94 % anketirancev je to vplivalo oz. zelo vplivalo). Velika spodbuda za vpis v register je bila tudi vseslovenska akcija Združenja L&L »Daj se na seznam«, saj je na 66 % anketirancev to vplivalo oz. zelo vplivalo. Pomemben dejavnik za vpis pa so bile tudi lokalne akcije vpisa (na 19 %

je zelo vplivalo), zdravstvene težave družinskih članov, znancev ... ter tudi projekt »Epruvetka«, ki ga izvajajo študenti Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Graf 3: Razlogi nevpisa v register Slovenija Donor

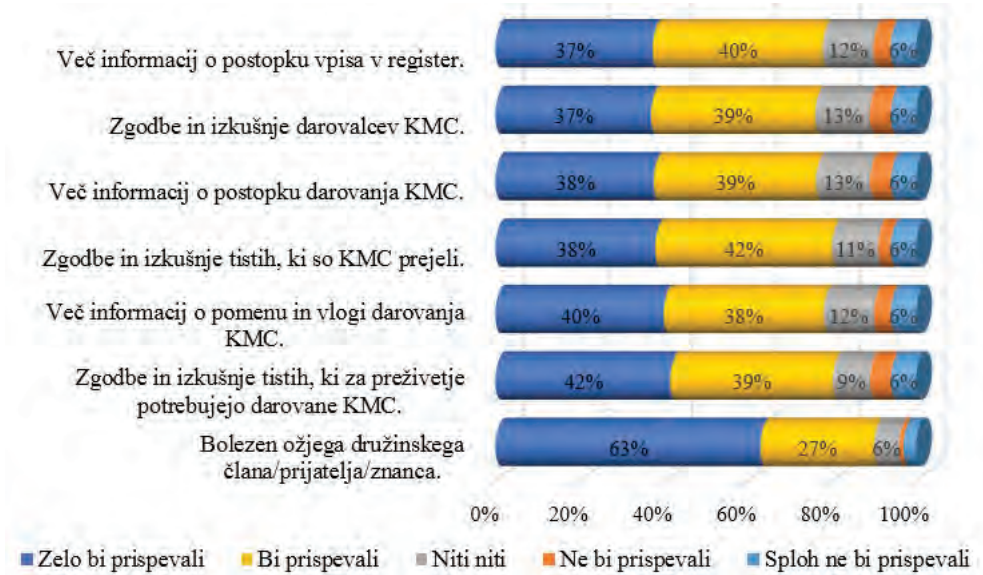


Vir: Anketa, 2018.

Iz grafa lahko razberemo, da je največ anketirancev (kar 42 %) odgovorilo, da se niso vpisali v register, ker do danes (trenutka anketiranja) sploh niso vedeli, da register obstaja. K nevpisu v register so prispevali tudi sledeči dejavniki: premalo informacij o postopku darovanja KMC (tako meni 56 % anketirancev), premalo informacij o načinu vpisa (55 % anketirancev), strah pred bolečino ob potencialnem darovanju (24 % anketirancev), strah pred celotnim postopkom darovanja (24 % anketirancev). Seveda pa so razlogi tudi drugi: pomanjkanje časa, strah pred hranjenjem podatkov o posamezniku, slabe izkušnje z darovanjem ...

Želeli smo tudi preveriti, ali bi nekateri ukrepi oz. dejavniki prispevali k večjemu vpisu v register Slovenija Donor.

Graf 4: Dejavniki, ki bi prispevali k večjemu vpisu v register Slovenija Donor



Vir: Anketa, 2018.

Kor vidimo iz grafa, bi v največji meri k vpisu prispevala bolezen bližnjega (90 % anketirancev je odgovorilo, da bi to zelo prispevalo oz. prispevalo). Potem pa vsi našeti dejavniki po mnenju anketirancev prispevajo približno v enaki meri, in sicer bi k vpisu prispevalo poznavanje zgodb tistih, ki potrebujejo KMC za preživetje, več informacij o pomenu in vlogi KMC ter seveda tudi več informacij o darovanju KMC. Pozitivno bi k številu vpisanih v register prispevale tudi zgodbe in izkušnje že obstoječih darovalcev KMC.

5 Zaključek

Rezultati ankete so potrdili domnevo, da Slovenci premalo poznamo vlogo in pomen krvotvornih matičnih celic, ki jih imajo le-te za bolnike s krvnimi raki. Ugotovili smo, da bi k vpisu v register prispevalo boljše poznavanje tega pojma, predvsem pa samega postopka vpisa v register in tudi postopka darovanja krvotvornih matičnih celic. K večjemu vpisu bi prispevalo tudi poznavanje zgodb in izkušenj tako darovalcev KMC kot tudi obstoječih prejemnikov. Torej so aktivnosti, ki jih izvaja Združenje L&L, ustrezne in verjamemo, da se bo število vpisanih povečevalo iz leta v leto. K temu pa nedvomno prispevajo tudi akcije, ki jih izvajajo ostali deležniki, in sicer tako izobraževalne ustanove kot mediji in tako naprej. Na vsakemu posamezniku pa je, da se odloči, da se vpiše v register Slovenija Donor in tako potencialno že za časa svojega življenja reši življenje sočloveku.

Zahvala

Članek je rezultat raziskave narejene na projektu ŠIPK - študentski inovativni projekti za družbeno korist: Daruj krvotvorne matične celice za življenje. Program sofinancirata Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport ter Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

LITERATURA

1. Bregar, L. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: izbrane teme. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
2. Cencič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
3. Dimovski, V. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
4. Grivec, M. (2017). Vpliv oglaševanja zdravil na potrošnike in zdravnike (Doktorska disertacija). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede Novo mesto.
5. Ivanko, Š. (2007). Raziskovanje in pisanje del. Metodologija raziskovanja in pisanja strokovnih in znanstvenih del. Kamnik: Cubus image d.o.o.
6. Kdaj je potrebna presaditev krvotvornih matičnih celic (2018). Pridobljeno 10. 11. 2018, s <http://www.ztm.si/register-darovalcev/slovenija-donor/najpogostejsa-vprasanja-in-odgovori/kdaj-je-potrebna-presaditev-krvotvornih-maticnih-celic/>.
7. Košnik, M. idr. (2011). Interna medicina. Ljubljana: Slovensko medicinsko društvo.
8. Krvotvorne matične celice (2018). Pridobljeno 8. 10. 2018, s <https://www.educell.si/maticne-celice/krvotvorne-maticne-celice/>.
9. Lozar Manfreda, K. idr. (2000). Veljavnost interneta kot anketnega orodja. Teorija in praksa, 37 (6), 1035–1051.
10. Načini odvzema krvotvornih matičnih celic (2018). Pridobljeno 10. 11. 2018, s <http://www.ztm.si/register-darovalcev/slovenija-donor/nacini-odvzema-krvotvornih-maticnih-celic/>.
11. Predstavljaj si, da ne bi bilo nikogar, ko bi potreboval pomoč (2018). Pridobljeno 14. 11. 2018, s <http://www.dajsenaseznam.si/>.
12. Presajanje KMC (2018). Pridobljeno 8. 10. 2018, s <https://www.educell.si/maticne-celice/krvotvorne-maticne-celice/>.
13. Pretnar, J. (2018). Presajanje krvotvornih matičnih celic. Pridobljeno 15. 10. 2018, s <http://www.drustvo-bkb.si/o-krvnih-bolezni/presajanje-krvotvornih-maticnih-celic/>.
14. Slovenija Donor (2018). Pridobljeno 10. 11. 2018, s <http://www.ztm.si/register-darovalcev/slovenija-donor/>.
15. Škoda, I. K. idr. (1998). Bolnik pred presaditvijo krvotvornih matičnih celic in po njej. Obzornik zdravstvene nege, 32, 115–125.
16. Trenutno število darovalcev (2018). Pridobljeno 10. 11. 2018, s <http://www.ztm.si/register-darovalcev/slovenija-donor/trenutno-stevilo-darovalcev/>.
17. Zelenika, R. (1990). Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela. Ljubljana: Partizanska knjiga.
18. Zupanič Slavec, Z. (2015). Razvoj hematologije in transplantacija kostnega mozga na Slovenskem. V M. Slapar idr. (ur.). Društvo bolnikov s krvnimi raki: 20 let (str. 15–20). Mengeš: Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi.

Naraščanje porabe zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji

UDK 616.892.3:615.2

KLJUČNE BESEDE: demenca, predpisovanje zdravil, razširjenost bolezni

POVZETEK - S starostjo narašča število različnih oblik demence. Namen analize je bil na podlagi podatkov o porabi zdravil za zdravljenje demence v obdobju 2009-2017 prikazati grobo oceno obolevnosti v Sloveniji. V opazovalni, retrospektivni raziskavi so analizirani podatki o zdravilih za zdravljenje demence (ATC skupina N06D), predpisanih starostnikom od 2009-2017. Poraba je prikazana glede na razvrstitev po anatomsko-terapevtsko-kemijski klasifikaciji (ATC) v definiranih dnevni odmerkih (DDD). Vir podatkov je Baza ambulantno predpisanih zdravil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Pacientom v starosti nad 60 let je bilo predpisanih 73961 receptov z 28,3 DDD/1000 prebivalcev/dan. Vsaj en recept je prejelo preko 18000 oseb, starejših od 60 let (3,4 % populacije), in 11 % oseb nad 80 let. Število oseb, ki prejemajo zdravila za demenco narašča. Najpogosteje so bili predpisovani zaviralci encima acetilholinesteraze; poraba je naraščala. Najmanj eno zdravilo je prejelo 3,4 % populacije nad 60 let. S to analizo je težko napovedati natančno število obolelih le na podlagi osnovnih zdravil za zdravljenje demence, brez upoštevanja zdravil za druge simptome bolezni.

UDC 616.892.3:615.2

KEY WORDS: dementia, prescription of medicines, prevalence

ABSTRACT - The number of chronic diseases, including various forms of dementia, is increasing. The purpose of the analysis is to present a rough estimate of the presence of dementia on the basis of data on the consumption of medicines for the treatment of dementia from 2009-2017. In an observational, retrospective study, the data on the consumption of medicines for the treatment of dementia (ATC group N06D) were analysed. The shown consumption is based on ATC classification and Defined Daily Doses (DDD). The data source was the Database of prescriptions for outpatients. Patients over 60 years received 73961 prescriptions with 28.3 DDD/1000 inhabitants /day. At least one medicine for the treatment of dementia was prescribed to more than 18000 people older than 60 years (3.4% of population) and to over 11% of people older than 80 years. Acetylcholinesterase enzyme inhibitors were the most prescribed medicines, their consumption was increasing. 3.4% of the population over 60 years was treated with at least one medicine. With the analysis based only on the essential medicines (excluding those for symptoms), it is difficult to predict the exact number of patients with dementia.

1 Uvod

Demografsko staranje predstavlja resen izziv. Tako kot v drugih evropskih državah se namreč tudi v Sloveniji populacija stara in s starostjo narašča število kroničnih obolenj (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf). Mednje spadajo tudi različne oblike demence, med katerimi je najpogostejša Alzheimerjeva bolezen (Qiu, Kivipelto and von Strauss, 2009). Demenca je kronična in neozdravljiva bolezen možganov, ki prizadene možganske celice. Gre za sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, pri kateri gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno s spominom, mišljenjem, orientacijo, razumevanjem, računskimi zmožnostmi, učnimi sposobnostmi, govornim izražanjem in presojo; zavest ni zamegljena. Opešanje kognitivne funkcije navadno spremlja ali pa včasih napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, družbenega vedenja ali

motivacije. Ta sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih cerebrovaskularnih boleznih in drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane. Posameznika ovira pri vsakodnevni dejavnosti in omejuje njegovo sposobnost obvladovanja vsakodnevnega življenja. Najpogostejša oblika demence je Alzheimerjeva demenca, ki predstavlja več kot dve tretjini diagnosticiranih primerov (<https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020&oq=strategija+obvla&aqs=chrome.1.69i57j0l3.5642j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>). To je nevrodegenerativna, progresivna in neozdravljiva bolezen heterogene etiologije, ki zelo zgodaj vodi do nesposobnosti opravljanja vsakodnevni dejavnosti osebe z demenco in v odvisnost od pomoči drugih oseb. Vzrok bolezni še vedno ni znan. Povprečna doba razvoja bolezni je od 8 do 12 let. Razvoj bolezni se deli na tri osnovne stopnje: zgodnjo, srednjo in poznejšo (pozno). Meje med posameznimi stopnjami niso ostro začrtane, prav tako so tudi simptomi med posamezniki različni. Simptomi, ki kažejo na to bolezen, so: izguba spomina, posebej za novejšje dogodke (kratkoročni spomin), zanemarjanje zunanjega videza, težave pri učenju in pomnjenju novih informacij, težave pri časovni in prostorski orientaciji, pri reševanju preprostejših nalog, težave pri računanju, motnje v sposobnosti presoje, motnje v govoru in vedenju (depresija, nenadni izbruhi besa, agresija, brezciljno tavanje ...). Pojavljanje enega ali več simptomov je postopno in praviloma ti napredujejo več mesecev. Prav tako lahko pride do pojava nespečnosti (<https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020&oq=strategija+obvla&aqs=chrome.1.69i57j0l3.5642j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>; Kogoj, 2011).

Zdravila demence ne zdravijo, lahko pa upočasnijo pa njeno napredovanje. Simptomi bolezni se lahko za določen čas izboljšajo. Etiološkega zdravljenja žal še ni, bi bilo pa nujno potrebno (5). Zdravljenje je najučinkovitejše, če so zdravila predpisana v zgodnejši fazi bolezni, zato je zgodnje odkrivanje bolezni bistveno. Pogosto se diagnoza demence postavi prepozno (Sommerlad idr., 2018). Demenco zdravimo s kognitivnimi modulatorji iz skupin-zaviralcev acetilholinesteraze in antagonista glutamatnih receptorjev. Prav tako je potrebno zdraviti številne simptome te bolezni. Posebej v fazi, ko bolezen še ni diagnosticirana in ima pacient simptome ali bolezen, kot je npr. depresija se pogosto predpisuje zdravila, za zdravljenje simptomov bolezni. Če zdravnik ugotovi, da pri pacientu ni reverzibilnih dejavnikov in demenca ni nastala na hitro, da gre za pozabljivost in spremenjeno vedenje brez jasnih nevroloških znakov, to že lahko kaže na Alzheimerjevo demenco. Pri njej ustrezno zdravljenje lahko zastavi že družinski zdravnik. Glede na spremembo predpisovanja, ki jo je letos sprejela ZZZS, in v skladu s slovenskimi smernicami za obravnavo pacientov z demenco lahko družinski zdravnik predpiše kognitivne modulatorje iz obeh skupin-zaviralce acetilholinesteraze in antagonista glutamatnih receptorjev-že brez izvida psihiatra ali nevrologa (Blejec, 2018).

Posledice demence so vse večji zdravstveni, družbeni in gospodarski problem. Glede na demografske trende staranja prebivalstva v prihodnje pričakujemo povečanje števila oseb z demenco. Žal v RS ne beležimo natančnejših podatkov o obravnavi oseb z demenco (<https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020&oq=strategija+obvla&aqs=chrome.1.69i57j0l3.5642j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>). Namen te analize je bil, da se na podlagi podatkov o

porabi zdravil za zdravljenje demence v obdobju od leta 2009 do leta 2017 prikaže grobo oceno obolenosti za demenco v Sloveniji.

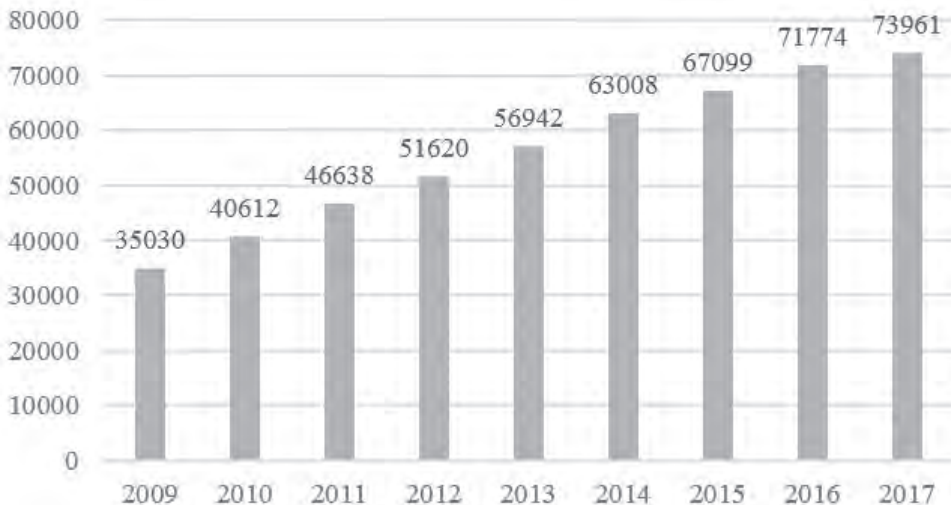
2 Metode

Izvedena je bila opazovalna, retrospektivna raziskava, v kateri so bili analizirani podatki o zdravilih za zdravljenje demence (ATC skupina N06D), predpisanih starostnikom v letih 2009 do 2017. Vir podatkov za izvedbo raziskave je bila Baza ambulantno predpisanih zdravil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Poraba zdravil je bila prikazana glede na razvrstitev po WHO anatomsko-terapevtsko-kemijski (ATC) klasifikaciji v definiranih dnevni odmerkih (DDD) /1000 prebivalcev/dan (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva; https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/).

3 Rezultati

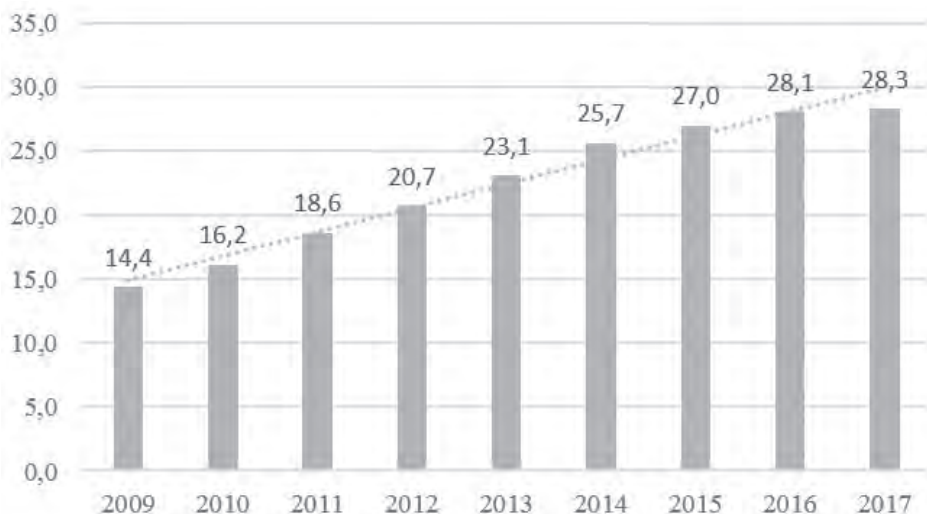
Analiza je pokazala, da je bilo pacientom v starosti nad 60 let v letu 2009 predpisanih 35030 receptov za zdravila za zdravljenje demence (ATC skupine N06D), v letu 2017 pa 73961 receptov (graf 1).

Graf 1: Trend števila receptov za zdravila za zdravljenje demence (ATC skupina N06D) v letih 2009 do 2017



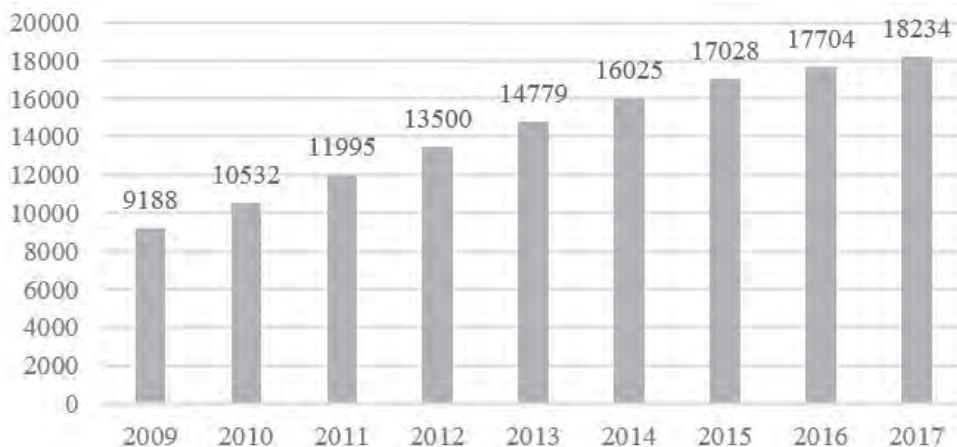
Opazen je trend naraščanja števila predpisanih zdravil za zdravljenje demence, in sicer od 14,4 DDD/1000 prebivalcev/dan v letu 2009 na 28,3 DDD/1000 prebivalcev/dan v letu 2017.

Graf 2: Število števila DDD/1000 prebivalcev/dan za zdravila za zdravljenje demence (ATC skupina N06D) v letih 2009 do 2017



Vsaj en recept za zdravilo za zdravljenje demence je prejelo preko 18000 oseb starejših od 60 let, kar predstavlja 3,4 % populacije. Več kot 11 % oseb starejših od 80 let je prejelo ta zdravila. Število oseb, ki prejema zdravila za zdravljenje demence je naraslo od 9188 v letu 2009 na 18234 v letu 2017 (10).

Graf 3: Število oseb, starejših od 60 let, ki so prejeli vsaj 1 recept za zdravila za zdravljenje demence (ATC skupina N06D) v letih 2009 do 2017



4 Diskusija z zaključkom

V pričujoči opazovalni, retrospektivni raziskavi smo skušali na podlagi podatkov o porabi zdravil za zdravljenje demence v obdobju od leta 2009 do leta 2017 prika-

zati grobo oceno obolevnosti za demenco v Sloveniji, saj se natančnejši podatki o obravnavi oseb z demenco v RS ne beležijo. Analizirani so bili podatki o zdravilih za zdravljenje demence (ATC skupina N06D). Ugotovili smo, da je poraba zdravil za zdravljenje demence od leta 2009 do leta 2017 v Sloveniji naraščala. V analizi nismo zajeli zdravil, predpisanih za zdravljenje številnih simptomov demence, kot so npr. nemir, depresija, motnje spanja, ki se lahko pojavljajo ob demenci. Omenjene simptome imajo pogosto tudi drugi pacienti, ki ne bolehajo za demenco in je meja med tema dvema skupinama skoraj nemogoče potegniti, zato menimo, da natančna ocena obolevnosti za demenco iz navedenega razloga ni možna. Najpogosteje predpisovana zdravila za zdravljenje demence so bili zaviralci encima acetilholinesteraze. Kar 3,4 % populacije, starejše od 60 let je prejelo najmanj eno zdravilo za zdravljenje demence. Za natančno oceno obolevnosti bi bilo potrebno upoštevati tudi porabo zdravil za zdravljenje različnih simptomov, npr. nemira, depresije, motenj spanja, ki se lahko pojavljajo ob demenci. Pričujoča analiza je podala grobo oceno obolevnosti za demenco v Sloveniji, natančno število obolelih je le na podlagi prejetih osnovnih zdravil za zdravljenje demence težko napovedati.

Zahvala

Za posredovanje podatkov se avtorji zahvaljujemo Alešu Korošču iz Zdravstveno podatkovnega centra, NIJZ.

LITERATURA

1. Blejec, U. (2018) Ob demenci ne smemo izgubljeni časa. *Pharmonia*, 42.
2. Cummings, J. (2017). Disease modification and neuroprotection in neurodegenerative disorders. *Translational Neurodegeneration*, 6, 25.
3. Definition and General Considerations. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. Pridobljeno 6. 8. 2018, s https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/.
4. Kogoj, A. (2011). Vedenjske in psihične spremembe pri demenci. Celje: VZŠ, Celje.
5. Kostnapfel, T. and Albreht, T. (Ur.) (2018). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji do leta 2017. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno, s <http://www.nijz.si/sl/publikacije/poraba-ambulantno-predpisanih-zdravil-v-sloveniji-v-letu-2017>.
6. Ministrstvo za zdravje RS. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020. Ljubljana, 2016. Pridobljeno, s <https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020>.
7. Qiu, C., Kivipelto, M. and von Strauss, E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci*, 11, 111–128.
8. Sommerlad, A., Perera, G., Singh - Manoux, A., Lewis, G., Stewart, R. and Livingston, G. (2018). Accuracy of general hospital dementia diagnoses in England: Sensitivity, specificity, and predictors of diagnostic accuracy 2008–2016. *Alzheimer's & Dementia*, 14, 933–943.
9. World Health Organization. World report on aging and health. Pridobljeno, s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
10. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). Uradni list Republike Slovenije, št. 65.

Uporaba deeskalacijskih tehnik za obvladovanje nasilnega vedenja

UDK 364.632:614.2

KLJUČNE BESEDE: nasilje, zdravstvo, deeskalacija

POVZETEK - Nasilno vedenje je vsako namerno dejanje, ko človek povzroča škodo sebi, drugim ljudem ali predmetom. Nasilje na delovnem mestu v zdravstvu je obsežno, problem nasilja nad zdravstvenimi delavci pa je globalni in narašča na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Nasilje je javnozdravstveni problem, ki ustvarja fizične, čustvene, psihološke in duhovne probleme za tiste, ki utrpijo nasilno vedenje. Ogroža tudi kakovost zdravstvene oskrbe. Preprečevanje nasilja je zapleteni in zahteva multiprofesionalni pristop. Strokovnjaki so prepričani, da je za učinkovit pristop treba izpolniti večstopenjski proces: definiranje problema, prepoznavanje rizičnih in zaščitnih faktorjev in razvijanje ter testiranje preventivnih strategij. Potrebni so različni ukrepi za preprečitev, da bi blage oblike izraženega nasilja prešle v večje. Eden od bolj pomembnih ukrepov je uporaba tehnike deeskalacije. To je skupni izraz za nabor psihosocialnih intervencij, katerih namen je preusmerjanje pacientove pozornosti in zmanjševanje napetosti. Ko razmere do te mere eskalirajo in se nasilju skoraj ni mogoče izogniti, je uporaba deeskalacijskih tehnik bolj dragocena kot kdaj koli prej. V zadnjem obdobju pa je poučevanje o tehnikah deeskalacije del večine izobraževanj in usposabljanj na področju preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja.

UDC 364.632:614.2

KEY WORDS: violence, health care, de-escalation

ABSTRACT - Violent behavior is any deliberate act that causes harm to oneself, others or objects. Workplace violence in the health sector is extensive, and the problem of violence directed at health professionals is global and is increasing at all levels of health care. Violence is a public health problem that creates physical, emotional, psychological, and mental problems for those who suffer from violent behavior. Violence also threatens the quality of health care. Prevention of violence is complex and requires a multiprofessional approach. Experts believe that an effective approach to preventing violent behavior requires a multi-step process: the identification of the problem, the identification of risk factors and protection factors and development and testing the preventive strategies. We need different measures to prevent the mild form of expressive violence from turning into a greater one. One of the most important measures is the use of de-escalation techniques. De-escalation is a common expression for a set of psychosocial interventions, with which we can redirect the patient's attention to reducing stress. When a situation escalates and violence is almost inevitable, the use of de-escalation techniques is more valuable than ever. In the recent period, teaching about de-escalation techniques is part of most training in the prevention and control of violent behavior.

1 Uvod

Nasilno vedenje je vsako namerno dejanje, ki povzroča škodo sebi, drugim ali predmetom. Povzročijo čustveno prizadetost, samopoškodbo ali poškodbo druge osebe, ne glede na to, ali je nasilje verbalno in/ali fizično izraženo (Yong idr., 2011; National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Nasilje je javnozdravstveni problem, ki ustvarja fizične, čustvene, psihološke in duhovne probleme za tiste, ki utrpijo nasilno vedenje. Prav tako lahko negativno vpliva na skupnost, saj povzroča gospodarsko izgubo, družbene motnje, izgubo produktivnosti in zmanjšano kakovost življenja. Strokovnjaki so mnenja, da je nasilje na delovnem mestu postala nacionalna epidemija

(American Psychiatric Nurses Association, 2016). Nasilje na delovnem mestu je zelo resna in večdimenzionalna težava, ki prizadene strokovno in osebno življenje zaposlenega. Zaradi globalizacije in intenzivne tranzicije se pričakuje, da bo nasilje na delovnem mestu še naraščalo (Fisekovič Kremič idr., 2017).

2 Nasilje v zdravstvu

V zadnjih dvajsetih letih je nasilje na delovnem mestu vse pogostejše in intenzivnejše (Babnik idr., 2012). Gre za pojav, ki je prisoten v vseh sektorjih, poklicih in državah. Je globalen in pandemičen. Zaradi izjemno velikih stroškov, ki jih imajo družbe z neposrednimi in posrednimi posledicami nasilja na delovnem mestu, se zelo povečuje zavest o nujnosti ukrepanja. Pojavlja se v vseh poklicih in med vsemi kategorijami delavcev, skoraj četrtina vsega nasilja se zgodi v zdravstvenih poklicih (Di Martino, 2008, v Lešnik Mugnaioni, Klemenc, 2011). Zdravstveni delavci so izpostavljeni visokemu tveganju za nasilje po vsem svetu. Med 8 in 38 odstotkov zdravstvenih delavcev na določeni točki v svoji karieri doživi fizično nasilje. Mnogi so ogroženi ali izpostavljeni verbalnemu nasilju. Med kategorije najbolj ogroženih zdravstvenih delavcev so medicinske sestre in drugo osebje, ki je neposredno vključeno v oskrbo pacientov (WHO, b.d.). Magnavita in Heponiemi (2012) ugotavljata, da so zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni nasilju kot ostali zdravstveni delavci.

Nasilje v zdravstvu obstaja ter po podatkih domačih in tujih raziskav narašča (Umek, 2017). V ZDA je 13 % zdravstvenih delavcev poročalo vsaj o enem fizičnem napadu, na 1,9 fizičnih napadov pa pride tudi do fizične poškodbe zaposlenih in posledično do dolgotrajnega absentizma (Claudius idr., 2017). V Angliji je med letoma 2013 in 2014 bilo prijavljenih 68.683 napadov proti zdravstvenemu osebju. Večina teh (69 %) se je zgodila v psihiatričnih inštitucijah ali zavodih za dolgotrajno oskrbo. Incidenti, ki so bili prijavljeni so jih v večini povzročili pacienti in/ali njihove družine oziroma skrbniki (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

2.1 Oblike nasilnega vedenja nad zdravstvenimi delavci

Delovna skupina za nenasilje v zdravstvu (2010) navaja, da se nad zdravstvenimi delavci s strani pacienta izvaja v večini fizično nasilje (odiranje, klofute, udarci, brcanje, pretepanje, grožnje z uporabo sile, poškodovanje s predmeti) in verbalno nasilje (vzdevki, grobe besede, vpitje, zasmehovanje, zmerjanje, ogovarjanje). Fizično nasilje imenujemo takrat, ko se uporablja fizična sila ali se grozi z uporabo fizične sile (Močnik, 2009). Ta oblika nasilja je najbolj prepoznavna in najlažje dokazljiva, saj so posledice vidne. Cilj fizičnega nasilja je pridobiti, povečati ali dokazati svojo moč nad žrtvijo (Keber, 2016). Verbalno nasilje je napad na človekovo samopodobo z namenom prizadejati duševno bolečino ali pa, kadar nasilnež prenaša krivdo z obtoževanjem, žalitvami ali zmerjanjem ter s tem opravičuje svoja dejanja in odločitve. Z izvajanjem verbalnega nasilja izvajalci uveljavljajo svojo avtoriteto ter žrtvi dajo vedeti, da so mu fizično nadrejeni. Cilj takšnega vedenja je razvrednotiti in ponižati

žrtev. Za doseg cilja brez slabe vesti uporabljajo žalitve in grožnje ter se žrtvi posmehujejo ali jo kako drugače besedno napadejo. To obliko nasilja je težje prepoznati, saj ne povzroči vidnih brazgotin (Žigon, 2010).

Analiza raziskav na področju nasilja nad zdravstvenimi delavci dokazujejo, da se v večini primerov bolj pogosto pojavlja verbalna oblika nasilja, fizična oblika je manj prisotna, razen v psihiatričnih ustanovah in enotah za nujno medicinsko pomoč, kjer je fizično nasilje bolj prisotno.

2.2 Dejavniki tveganja za pojav nasilnega vedenja pacientov

Dejavnike tveganja nasilja razdelimo v dve skupini. Prva skupina je statična, ki opisuje značilnosti pacienta. Na dejavnike te skupine ni mogoče vplivati s kliničnimi intervencijami. Sem sodijo demografski podatki (moški spol, stopnja izobrazbe, nižji inteligenčni kvocient, zgodovina služenja vojaškega roka), psihiatrične diagnoze, poškodbe glave v preteklosti ter pacientova zgodovina nasilnih dejanj. Najzanesljivejši statični dejavnik je nasilno vedenje pacienta v preteklosti. V drugo skupino dejavnikov tveganja za nasilje spadajo dinamični dejavniki, ki jih lahko izboljšujemo s klinično intervencijo. Najpogostejši dinamični dejavnik tveganja za nasilno vedenje je zloraba oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi. Drugi pomembni dinamični dejavniki tveganja pa so: preganjalne blodnje, halucinacije, zdravljenje oziroma sprejem proti volji pacienta, depresija, brezupnost, izdelan načrt za samomor, dostop do orožja (Anderson in West, 2011). Hahn idr. (2010) svetujejo, da so zdravstveni delavci pozorni na pojav nasilnega vedenja pri pacientih, ki so kognitivno upadli (demenca), zmedeni, delirantni, vinjeni in osebe pod vplivom psihoaktivnih substanc. Na pojavnost nasilja vplivajo tudi bolečina, tesnoba in občutki pacienta, da se ga ne jemlje resno. Jambrošič in Bregar (2015) poudarjata, da pomanjkanje osebja, neposredna izpostavljenost na kritičnih delovnih mestih, transport pacientov, opravljanje dela brez prisotnosti sodelavcev, nezadostna varnost in pomanjkanje usposabljanja zaposlenih za ustrezno obravnavo nasilnih oseb bistveno vplivajo na pojav in posledice nasilnega vedenja v zdravstvenih ustanovah.

2.3 Posledice nasilnega vedenja nad zdravstvenimi delavci

Nasilno vedenje povzroča kratkotrajne in dolgotrajne fizične in psihološke škodljive učinke za žrtve nasilja in je povezana s izgorelostjo osebja, zmanjšano delovno produktivnostjo, daljšim absentizmom in zanemarljivo oskrbo pacientov (Galián - Muñoz, Ruiz - Hernández, Llor - Esteban in López - García, 2014). Keber (2016) med posledice nasilja opisuje motnje koncentracije, nespečnost, napade panike ter občutek nemoči. Žrtve imajo motnje v spominu in so čedalje manj motivirane za delo. Postopoma žrtve postajajo čedalje manj samozavestne, pogosto jih je strah, kaj bo naslednji dan v službi, svojega položaja pa se vedno bolj sramujejo. Žgavec (2015) opisuje, da se lahko pojavijo občutki jeze in krivde, depresija, poškodbe, povišana raven stresa, telesne težave (migrene, bruhanje) in vsiljivi občutki samoobtoževanja. Pri osebju se lahko pojavi izogibajoče vedenje, ki negativno vpliva na delovne rezultate in zmanjšuje kakovost dela ter slabša medosebne odnose.

Zgoraj opisana dejstva nakazujejo, da je nasilje na delovnem mestu resen in vedno večji problem, ki vpliva na vse zdravstvene delavce. Potrebne so strategije za preprečevanje nasilja na delovnem mestu in obvladovanje negativnih posledic, ki jih zdravstveni delavci doživijo zaradi nasilnih dogodkov. Ključne komponente programa vključujejo izobraževanje in usposabljanje osebja, oceno tveganja, prakse upravljanja in razvoj politike (Gillespie idr., 2010). American Psychiatric Nurses Association (2016) dodaja, da je vprašanje nasilja in preprečevanja nasilja zapleteno in zahteva multiprofesionalni pristop javnega zdravstva. Prepričani so, da je za učinkovito in uspešno obvladovanje potrebno izpolniti večstopenjski proces: definiranje problema, prepoznavanje rizičnih in zaščitnih faktorjev in razvijanje in testiranje preventivnih strategij.

3 Obvladovanje nasilnega vedenja v zdravstvu

Pri delu z nasilnimi pacienti obstajajo štiri glavni cilji: zagotoviti varnost pacientov in osebja, pomagati pacientu pri obvladovanju svojih čustev in stiske, izogibati se uporabi prisile in poskušati se izogniti prisilnim intervencijam, ki stopnjujejo vznemirjenost pacienta. Tradicionalni metodi zdravljenja vznemirjenih in nasilnih pacientov, kot sta uporaba prisilnih sredstev in aplikacija terapije proti volji, se poskušata nadomestiti z večjim poudarkom na pristopu do pacienta (Richmond idr., 2012). Po svetu obstajajo nekaj programov, s katerimi se usposobi zdravstveno osebje, da prepoznava nevarne situacije in razvijajo učinkovite mehanizme za obvladovanje nasilja (Vatovec - Progar, 2009).

Dernovšek (2009) opisuje intervencije, ki so usmerjene k preprečevanju nasilnega vedenja pacienta, to so: vzpostavljanje iskrenega, zaupljivega, razumevajočega in spoštljivega odnosa s pacientom, skrb za varnost vseh prisotnih na oddelku in ustvarjanje pozitivnega terapevtskega okolja, spoštovanje individualnosti in celovitosti posameznika in njegovih potreb, zagotavljanje občutka varnosti in zmanjševanja strahu ter napetosti, prepoznavanje dejavnikov tveganja za nasilno vedenje (uporaba različnih lestvic), usmerjanje nasilja v konstruktivnejše oblike vedenja, usmerjanje pozornosti na pacienta z visokim tveganjem za nasilno vedenje in uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije ob nevarnosti nasilnega dogodka.

Andrejek Grabar (2009) ugotavlja, da pri pacientih, ki glasno in pospešeno govorijo, ki imajo stisnjene pesti, pobledele ali rdeč obraz, ki hitro in nesmiselno korakajo po prostoru, pacienti, ki so napeti, tremorozni in potni, pacienti s prisotnim izrazom groze na obrazu, pacienti, ki se bojijo za lastno življenje, pacienti, ki izražajo verbalne grožnje ter uničujejo predmete, moramo biti pozorni, saj to vedenje nakazuje na morebiten pojav fizičnega nasilnega vedenja.

American Psychiatric Nurses Association (2016) vidijo vlogo psihiatričnih medicinskih sester v izobraževanju zdravstvenih delavcev o nasilju, preprečevanju nasilja in prepoznavi rizičnih ter zaščitnih dejavnikov v različnih okoljih, vključno s bolnišnicami, urgencami, šolami, centri za zdravljenje odvisnosti od drog, zasebne prakse, itd. Occupational Safety and Health Administration (2016) poudarjata aktivno vlo-

go menedžmenta in zdravstvenih delavcev, ki sta bistvena za razvijanje učinkovitega programa za preprečevanje nasilja v zdravstvu. Vodstvo organizacije, ki zagotavlja popolno podporo za razvoj programa ter sočasna udeležba zdravstvenih delavcev, je ključnega pomena za uspeh programa. Učinkovito upravljanje organizacije se začne z zavedanjem, da je nasilje na delovnem mestu resna nevarnost za varnost in zdravje zdravstvenih delavcev.

4 Deeskalacijske tehnike komunikacije

Ko obravnavamo paciente z nasilnim vedenjem, je zelo pomemben pravilen pristop. V zadnjem času se največ omenja pomen poznavanja deeskalacijskih tehnik komunikacije, ki pa so uspešne pri blažjih oblikah nasilja, saj z njimi z veliko verjetnostjo napovemo morebitno nasilje pacientov in s tem tudi preprečimo morebiten izbruh hujšega nasilja (Jambrošič in Bregar, 2015). Uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije kot glavnega ukrepa za preprečevanje nasilja v zdravstvenih ustanovah se je prvič pojavila v literaturi v osemdesetih letih. Od takrat je deeskalacija doživela nekaj sprememb v empiričnem in teoretičnem razvoju. V zadnjem obdobju pa je poučevanje o tehnikah deeskalacije del večina izobraževanj in usposabljanj na področju preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja (Livingston idr., 2010). Palmer in York (2015) predlagajo, da bi izobraževanje na področju deeskalacijskih tehnik komunikacije moralo biti za zdravstvene delavce obvezno in tudi vključeno v izobraževanje vsaj 1x letno.

Deeskalacijske tehnike komunikacije definirajo na mnogo načinov: Lauge Berring, Pedersen in Buus (2016) navajajo, da so deeskalacijske tehnike komunikacije skupni izraz za nabor psihosocialnih intervencij, katerih namen je preusmerjanje pacientove pozornosti in zmanjševanje napetosti. Hallett in Dickens (2017) navajata, da je deeskalacija skupni izraz za nabor kompleksnih aktivnosti osebja, ki vključujejo verbalno in neverbalno komunikacijo, samokontrolo, ocenjevanje in interveniranje, pri čemer skušamo zagotoviti varnost osebja in pacientov. Björkdahl, Hansebo in Palmstierna (2013) navajajo, da deeskalacijske tehnike komunikacije veljajo za psihične intervencije za obvladovanje nasilja in so mednarodno priznane kot psihosocialni pristop za obvladovanje pacientov, ki so verbalno nasilni. Rager Zuzelo (2009) definira deeskalacijske tehnike komunikacije kot aktivnosti namenjene zmanjševanju stopnjevanja napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik, in sicer z namenom, da bi zmanjšali stopnjo vznemirjenosti, jeze, sovražnosti in potencialne nasilnosti pri napetem pacientu.

Odločitev o strategiji za deeskalacijo je instinktiven, intuitiven proces, ki zahteva fleksibilnost, kreativnost in bazira na individualnih potrebah in karakteristikah pacienta. Poslušanje pacienta, uporaba empatije in interpretacija neverbalnih iztočnic so pomembni pri pravilni ocenitvi individualnega emocionalnega stanja in formulaciji primerne posredovanja. Učinkovito posredovanje bazira na iskanju ravnotežja med podporo in nadzorom (Price in Baker, 2012). Deeskalacijske tehnike komunikacije se lahko naučimo preko delavnic igranjem vlog, lahko se pa izvaja v vsakodnevnih kon-

taktih s pacienti, ki so umirjeni, vendar pa z visokimi pričakovanji glede zdravljenja in brez uvida do svojega stanja (Richmond idr., 2012).

Karakterne poteze učinkovitih deeskalatorjev so odprtost, odkritost, koherentnost, suportivnost, ne obsojajo in so samozavestni, brez da bi delovali arogantno. Izražajo pristno skrb za pacienta, ne delujejo napadalno. Te kvalitete pripomorejo k pridobitvi pacientovega zaupanja in njegovega sprejemanja pobude po večji samokontroli, ko je to potrebno. Nujna je tudi empatija, ker sproži pri pacientu občutek razumevanja in zmanjšuje potrebo po nasilnem vedenju (Price in Baker, 2012). Učinkoviti deeskalatorji so sposobni ustvariti vtis umirjenosti, čeprav v sebi doživljajo strahove. Občutek umirjenosti, ki ga posreduje osebje, pomaga pacientu pri obvladovanju jeze in mu hkrati sporoča, da mu osebje zaupa. Preko umirjenosti osebje tudi sporoča, da obvladuje nastalo situacijo, medtem ko strah pri osebju poveča pacientovo tesnobo, občutek ogroženosti, negotovosti ali mu celo daje občutek, da ima sam prevlado nad situacijo, ki jo sam ne more obvladovati (Richmond idr., 2012).

4.1 Verbalne tehnike deeskalacije

Verbalna deeskalacija je opredeljena kot kompleksen terapevtski interaktiven proces, v katerem poskušamo s pogovorom umiriti pacienta. Uspešno reševanje konflikta s pogovorom je odvisno od tega, kaj rečemo in kako to povemo. Poskušamo več poslušati, kot govoriti in pacientu tudi pokažemo, da ga slišimo. Poslušati in slišati namreč ni eno in isto. Ko pride takšen pacient, ga vprašajmo, kako mu lahko pomagamo, s čimer mu ponudimo možnost, da začne govoriti. Ob tem ga pozorno poslušajmo, ne govorimo, raje vsake toliko pokimajmo in ga spodbujamo z besedami kot so: dobro, vidim, poslušam. Uporabni sta tehniki reflektiranja in parafraziranja, ko občasno povzamemo povedano, ponovimo na kratko zadnjih nekaj besed, ponovimo z drugačnimi besedami, razjasnimo, itd. Umirjen pogovor in prijateljsko prigovarjanje lahko preprečita ali zmanjšata stopnjo nasilnosti. Pozorni moramo biti tudi na ton glasu in hitrost govora. Počasnejši govor deluje pomirjujoče, povzdignjen glas lahko ustvari strah in eskalacijo nasilja.

V pogovoru s vznemirjenim pacientom se priporoča znižati hitrost in volumen glasu ter govoriti mirno, počasi in razločno, vendar odločno. Nikoli ne govorimo glasneje od vznemirjenega pacienta in nikoli ne vpijemo vanj. Priporočljivo je, da s pacientom govori le ena oseba, če ga hkrati sprašuje več ljudi, ga to lahko dodatno zmede in stopnjuje napetost. Pacientu se predstavimo, povemo, kaj je naš namen oziroma kakšna je naša vloga. Povprašamo ga po imenu, si ga zapomnimo in ga v razgovoru večkrat tudi pokličemo po imenu. Izogibamo se kompleksnim vprašanjem, ki se začnejo z vprašalnico zakaj, čemu in kako. Odprta vprašanja (Ali lahko poveste malo več o tem?) so primerna predvsem za jezne paciente, saj jim damo možnost, da se »zventilirajo«. Pogosto uporabljamo besede »prosim« in »hvala«. V pogovoru z vznemirjenim pacientom je uporabna tudi »tehnika zrcaljenja pacientovega razpoloženja«. Določena situacija (npr. konflikt) ali počutje (npr. bolečina) sprožijo pri pacientu ustrezno razpoloženje oz. čustveno reakcijo (npr. jeza), ki se pokaže z neustreznim vedenjem. Pacient, ki je v stiski, jezen in vznemirjen, lahko to pokaže tako, da je glasen, vpije ali

zmerja. Pomembno je, da se osredotočimo na čustveno stanje in ne na vedenje takega pacienta. Tako ne komentiramo vedenja (npr. »zakaj vpijete, grozite?«) ampak razpoloženje oz. čustvo (npr. »Vidim, da ste jezni, vznemirjeni ...«). Pacienta poslušamo in mu ne oporekamo, pustimo mu, da se 'verbalno zventilira' (Price in Baker, 2012; Richmond idr., 2012; Smrdu, 2009).

4.2 Neverbalne tehnike deeskalacije

Neverbalna komunikacija mora biti skladna z verbalno. V pogovoru s potencialno nasilnim pacientom je pomembna umirjenost. Umirjenost pokažemo z držo, glasom in kretnjami. Pacientu pustimo dovolj osebnega prostora. Če se pacientu preveč približamo brez opozorila, se lahko počuti ogroženega in se odzove. Previdni moramo biti tudi z morebitnim dotikom, npr., ko želimo pacientu izmeriti krvni tlak ali ga pregledati. Pacientu moramo vsako tako namero predhodno jasno razložiti oz. napovedati. Napet, vznemirjen in sovražno nastrojen pacient si lahko dotik razlaga kot nasilno dejanje. Pomembna je drža telesa, ki naj bo mirna in odprta, ne avtoritativna, napadla ali nasilna (prekrižane roke, roke ob boku ...), predvsem pa mora biti skladna s tem kar govorimo. Gibanje naj bo počasno in umirjeno, izogibamo se nenadnim, hitrim gibom. S pacientom komuniciramo v isti višini, nikakor pa ni priporočljivo biti v višjem položaju od njega. Ob razgovoru s pacientom vzpostavimo očesni kontakt, vendar ne strmimo v njega. Pozorni moramo biti tudi na svojo obrazno mimiko. Naraven nasmeh je učinkovit, narejen nasmeh lahko poslabša stanje. Včasih se lahko poslužimo uporabe humorja, vendar je pri tem potrebna precejšna previdnost, da si tega pacient ne razlaga kot omalovaževanje (Richmond idr., 2012).

Pri uporabi deeskalacijskih tehnik komunikacije se moramo zavedati, da bomo za enega pacienta porabili veliko časa in da ne morete predvideti, koliko. Če ga bomo prehitro prekinili, se lahko njegova jeza le poveča. Ni nujno, da bodo zgoraj opisane tehnike delovale pri vsakem pacientu, vendar so velikokrat se izkazale za učinkovite. Smiselno je, da poskrbite za svojo fizično varnost tudi na druge načine (Smrdu, 2009).

5 Zaključek

Ugotovitve mnogih raziskav po svetu dokazujejo, da obvladovanje nasilnega pacienta predstavlja poseben izziv za zdravstvene delavce in zahteva obvladovanje intervencij, prepoznavanje dejavnikov tveganja, preprečevanje tveganega vedenja in intervencije ob izbruhu nasilnega vedenja. Trenutni trendi, kot je staranje populacije, vsesplošno nezadovoljstvo nad zdravstveno oskrbo, finančno podhranjeno javno zdravstvo ter medijski pritiski nakazujejo, da lahko pričakujemo čedalje večje pritiske pacientov in svojcev nad zdravstvene delavce v obliki nasilnega vedenja. Tudi v praksi je žal opaziti trend naraščanja pojava vseh oblik nasilja nad zdravstvenimi delavci na vseh nivojih zdravstvenega varstva, tudi v primarnem zdravstvenem varstvu, kjer smo v preteklosti opažali nižji odstotek pojavnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci s strani pacienta. Zato je obvladovanje nasilnega vedenja postala pomembna sposobnost zdravstvenega

osebja, kajti pomembno je zmanjšati tveganje za nastanek poškodb pacienta in/ali zaposlenih. Preprečevanje neželenih dogodkov za vse zaposlene predstavlja enega ključnih členov pri ohranjanju in izboljševanju kakovostne in varne obravnave pacientov.

V prednosti pri pridobivanju znanj s tega področja so zaposleni v psihiatričnih ustanovah, ki se s tovrstnimi fenomeni pogosteje srečujejo. Zelo pomembne so pretekle izkušnje osebja pri obvladovanju nasilnega vedenja in potrebno je izpostaviti problem novozaposlenih ter osebja v somatskih bolnišnicah, domovih starejših občanov in zdravstvenih domovih, ki niso opremljeni z znanjem niti z izkušnjami ter so velikokrat v stiski, kako se soočiti s pacientom, ki je verbalno in fizično nasilen.

Na nacionalnem nivoju stroke bi morali v programe formalnih in neformalnih izobraževanj bolj intenzivno vključiti znanja iz obvladovanja in preprečevanja nasilnega vedenja s strani pacientov. Strokovnjaki in raziskovalci predlagajo, da bi zdravstvene ustanove razvile programe usposabljanja zaposlenih za obravnavo nasilnega pacienta. Program naj bi bil sestavljen iz sklopa izobraževanj, teoretičnih vsebin in praktičnih delavnic. Zato bi bila tudi v domačem okolju dobrodošla organizirana izobraževanja, ki bi temeljila na delavnicah. Na praktičnih primerih bi pridobili sposobnosti za prepoznavanje jeze, napetost, in spretnosti, za obvladovanje nasilnih vedenj pacientov in predvsem uporabo deeskalacijskih tehnik. Deeskalacijske tehnike komunikacije predstavljajo mogočno orodje, ki ob ustrezni uporabi velikokrat pripomorejo k umirjanju napete situacije ter preprečitvi nasilnega dogodka. Preprečitev potencialnega nasilnega dogodka prinese veliko zadovoljstvo posamezniku, ki je neugodno situacijo rešil.

LITERATURA

1. American Psychiatric Nurses Asociation (2016). Position paper: Violence prevention. Pridobljeno 5. 9. 2018, s <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=6081>.
2. Anderson, A. in West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, 8 (3), 34–39.
3. Andrejek Grabar, E. (2009). Terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu. V S. Nelan Stropnik (ur.), *Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije* (str.119–128). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.
4. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Kopač, N. (2012). Predstavitev rezultatov dela raziskave Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46 (2), 147–156.
5. Björkdahl, A., Hansebo, G. in Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (5), 396–404.
6. Claudius, I. A., Desai, S., Davis, E. in Henderson, S. (2017). Case-controlled analysis of patient-based risk factors for assault in the healthcare workplace. *Western journal of emergency medicine*, 18 (6), 1153–1158.
7. Delovna skupina za nasilje v zdravstvu (2010). Protokol obravnave nasilnih dejanj nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi. Pridobljeno 9. 9. 2018, s https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/doc_attachments/protokol_obravnave_nasilnih_dejanj_nad_zaposlenimi.pdf.
8. Dernovšek, Z. (2009). Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana. Pridobljeno 10. 9. 2018, s http://www2.vsznje.si/nimages/static/vsz/140/files/preprecevanje_nasilnega_vedenja.pdf.

9. Fisekovič Kremlj, M. B., Terzič Supič, Z. J., Santrič Milicevič, M. M. in Trajkovič, G. Z. (2017). Encouraging employees to report verbal violence in primary health care in Serbia: a cross-sectional study. *Zdravstveno Varstvo*, 56 (1), 11–17.
10. Galián - Muñoz, I., Ruiz - Hernández, J. A., Llor - Esteban, B. in López - García, C. (2014). User violence and nursing staff burnout: the modulating role of job satisfaction. *Journal of interpersonal violence*, 31 (2), 302–315.
11. Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M. in Howard, P. K. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation nursing*, 35 (5), 177–184.
12. Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. in Halfens, R. J. G. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 535–546.
13. Hallett, N. in Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings - Concept analysis. *International journal of nursing studies*, 75, 10–20.
14. Jambrošič, I. in Bregar, B. (2015). Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege. V D. Klemenc in T. Štemberger Kolnik (ur.), *Nasilje pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi* (str. 208–215). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
15. Keber, A. (2016). *Analiza nasilja na delovnem mestu v zdravstvu* (Diplomska naloga). Ljubljana: Fakulteta za upravo Ljubljana.
16. Lauge Berring, L., Pedersen, L. in Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings - Patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 499–507.
17. Lešnik Mugnaioni, D. in Klemenc, D. (2011). Trpinčenje na delovnem mestu. Pridobljeno 15. 9. 2018, s <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/organi/delovne-skupine/ds-za-nenasilje/nasilje-na-delovnemestuu/se-vec-informacij>.
18. Livingston, J. D., Jones, S., Brink, J., Lussier, P. in Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of forensic nursing*, 6 (1), 15–28.
19. Magnavita, N. in Heponiemi, T. (2012). Violence towards health workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, (12) 108, 1–9.
20. Močnik, M. (2009). Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika dela medicinske sestre. V U. Poček (ur.), *Nasilno vedenje v duhu novih praks* (str.17–24). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic, in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). *Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings*. London: The british psychological society and the royal college of psychiatrists. Pridobljeno 15. 9. 2018, s <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>.
22. Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*. Pridobljeno 10. 9. 2018, s <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>.
23. Palmer, J. H. in York, T. (2015). *Preventing workplace violence: Handbook for healthcare workers*. Brentwood: HCPro.
24. Rager Zuzelo, P. (2009). *The clinical nurse special handbook*. Canada: Jones and Barlett Publishers.
25. Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P. idr. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13 (1), 17–25.
26. Smrdu, M. (2009). *Vedenjsko kognitivna terapija in njene tehnike*. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 347–353). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.

27. Umek, P. (2017). Ravnanje zdravstvenega osebja z nasilnimi pacienti. V A. Presker Planko in K. Esih (ur.), 8. Stiki zdravstvene nege: Ukrepanje in podpora ob konfliktnih in kriznih situacijah v zdravstvu (str. 11–20). Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
28. Vatovec - Progar, I. (2009). Nasilje v zdravstvu – Kako nam je v pomoč. V Z. Klemenc - Ketiš and E. Zelko (ur.). II. Zdravčevi dnevi. Nasilje v zdravstvu in novosti v preventive (str. 17–22). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
29. WHO (b.d). Violence against health workers. Pridobljeno 20. 9. 2018, s http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/.
30. Yong, K. K., Poh, C. L., Galistan, T. A., Ng, J., Leow, S., Yeap, B. I. idr. (2011). Effects of multisensory therapy on agitated behaviors and cognition of geriatric patients with schizophrenia in a longterm care setting — an experimental study. *Singapore Nursing Journal*, 38 (3), 24–34.
31. Žgavec, N. (2015). Primerjava pojavnosti in posledic agresije bolnikov na sprejemnih oddelkih Psihiatrične klinike Ljubljana in Oddelka za psihiatrijo UKC Maribor. Maribor: Medicinska fakulteta Maribor.
32. Žigon, N. (2010). Verbalno nasilje. Pridobljeno 12. 9. 2018, s www.viva.si/Psihologija-in-odnosi/3506/.

Idiopatska pljučna fibroza - neprepoznati ubojica

UDK 616.24-002.17-083

KLJUČNE RIJEČI: Idiopatska plućna fibroza, zdravstvena njega, multidisciplinarni tim, kronična bolest

POVZETEK - IPF je rijetka, kronična, ireverzibilna i smrtonosna bolest u kojoj plućno tkivo fibrozira te je onemogućena normalna funkcija pluća. Nedavna studija koja je usporedila smrtnost od IPF i određenih vrsta tumora pokazala je da samo bolesnici s karcinomom pluća i gušterače imaju lošiju stopu preživljenja. Polovica oboljelih se u početku pogrešno dijagnosticira jer su simptomi bolesti slični drugim plućnim i srčanim bolestima. Na javnoj tribini 2017. godine prikazani su podaci broja liječenih od IPF-a u KB Dubravi u periodu od 2014-2016. IPF je imalo 17 bolesnika od toga samo 5 je ciljano upućeno odmah po pojavi simptoma na obradu pod sumnjom na intersticijsku bolest pluća. Kako bi se podigla svijest i naglasila važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma IPF-a u Republici Hrvatskoj u sklopu obilježavanja Svjetskog tjedna plućne fibroze održane su dvije kampanje Udahnite život sa lakoćom 2016. godine, te Slušajte znakove IPF-a 2017. godine. IPF zahtijeva multidisciplinarni pristup. Suradnjom s EU-IPFF, kampanjama na nacionalnoj i lokalnoj razini služeći se javnim platformama povećava se pozornost javnost za prepoznavanjem ove bolesti te ranom dijagnozom ključnom za prognozu liječenja.

UDC 616.24-002.17-083

KEY WORDS: idiopathic pulmonary fibrosis, health care, multidisciplinary team, chronic disease

ABSTRACT - IPF is a rare, chronic, irreversible and lethal disease in which the pulmonary tissue becomes thickened, scarred and stiff, disabling the normal lung function. A recent study comparing the mortality of IPF and certain types of tumors has shown that only patients with lung cancer and pancreas have a worse survival rate. Half of the patients are initially mistakenly diagnosed because the symptoms of the illness are similar to other pulmonary and cardiovascular diseases. At the public forum in 2017, data on the number of treatments treated by the IPF in KB Dubrava in the period 2014-2016 are presented. IPF had 17 patients, of which only 5 were targeted immediately upon the onset of symptoms of treatment suspected of interstitial lung disease. In order to raise awareness and emphasize the importance of recognizing the early signs and symptoms of IPF in the RH as part of the IPF World Week, two campaigns Breathe of Hope in 2016 and Listen for the sounds of IPF 2017 were held. IPF requires a multidisciplinary approach. Active co-operation with EU-IPFF and campaigns at the national and local level, using public platforms, increases the public's awareness of the recognition of this disease and an early diagnosis crucial to the prognosis of treatment.

1 Uvod

Idiopatska plućna fibroza (IPF) je rijetka, kronična, progresivna bolest koju karakterizira stvaranje ožiljaka u plućima. Idiopatska plućna fibroza se ubraja u skupinu intersticijskih bolesti pluća. Više bolesti može dovesti do nastanka plućne fibroze, a kada se sam uzrok koji je doveo do nastanka plućne fibroze ne može utvrditi tada se bolest naziva idiopatska. IPF je smrtonosnija nego većina vrsta zloćudnih bolesti, uključujući rak dojke, rak prostate, nekih oblika leukemije i limfoma. Nedavna studija koja je usporedila smrtnost od IPF-a i određenih vrsta tumora pokazala je da samo bolesnici s karcinomom pluća i gušterače imaju lošiju stopu preživljenja. Vodi do postupnog, trajnog pada plućne funkcije. Bolest je ireverzibilna, i bez liječenja polovina bolesnika

s IPF-om umire unutar 2 - 5 godina od dijagnoze. Procjenjuje se da oko 110 000 ljudi u Europi boluje od IPF-a, a oko 35 000 novih bolesnika se dijagnosticira svake godine. Incidencija bolesti raste s dobi i češća je kod muškaraca. Polovica oboljelih se u početku pogrešno dijagnosticira jer su simptomi bolesti slični drugim plućnim i srčanim bolestima. Svjesnost o postojanju IPF-a vrlo je niska. Većina IPF bolesnika zahtjeva doživotno liječenje pod nadzorom liječnika specijalista za plućne bolesti, pulmologa.

2 Razrada

IPF je rijetka bolest i svjesnost o postojanju te bolesti je vrlo niska. Simptomi IPF-a mogu varirati od osobe do osobe. Kod nekih osoba bolest brzo napreduje i brzo dovodi do hospitalizacije. Rani znakovi i simptomi IPF obično uključuju: kašalj koji ne prestaje, kratkoća daha pri svakodnevnim aktivnostima, penjanju stepenicama pa čak i pri mirovanju, auskultatorno: pucketanje u bazalnim dijelovima pluća što nalikuje zvuku odvajanja 'čičak' trake. Kasni simptomi IPF mogu uključivati: kratkoću daha i / ili kašalj u mirovanju što ometa dnevne aktivnosti. Uzrok IPF još nije poznat, no 5 % pacijenata s IPF-om ima članove obitelji s tom bolešću. Ostali faktori rizika su: pušenje, profesionalna izloženost određenim vrstama prašine, virusne infekcije, gastroezofagelna refluksna bolest (GERB) te okolišni čimbenici. Dijagnoza se postavlja nakon što se isključe svi drugi poznati uzroci fibroze pluća, a uključuje: anamnezu, fizikalni pregled, RTG snimka pluća, testovi funkcije pluća, CT snimka pluća, biopsija pluća te bronhoskopiju. Polovica oboljelih se u početku pogrešno dijagnosticira jer su simptomi bolesti slični drugim plućnim i srčanim bolestima kao što su: astma, KOPB ili zatajenja srca. Do postavljanja dijagnoze često prođe vremena. Na javnoj tribini 2017. godine prikazani su podaci broja liječenih od IPF-a u KB Dubravi u periodu od 2014-2016. IPF je imalo 17 bolesnika od toga samo 5 je ciljano upućeno odmah po pojavi simptoma na obradu pod sumnjom na intersticijsku bolest pluća, 2 su liječeni kao KOPB-e, 1 kao Astma, 2 Sarcoidoza, 1 Recidivirajuće pneumonije i 1 opetovani patološki RTG-e nalaz pluća bez daljnje obrade. Ukoliko postoji sumnja na oboljenje od IPF-a potrebno se što ranije javiti liječniku opće medicine kako bi uputio pacijenta specijalistu pulmologu. Najtočnija dijagnoza postavlja se suradnjom multidisciplinarnog tima. IPF zahtjeva multidisciplinarni pristup, a prema ERN-Lung (Europska mreža za rijetke plućne bolesti) minimalni sastav multidisciplinarnog tima sastoji se od liječnika pulmologa, torakalnog radiologa, patologa, medicinske sestre specijalizirane za intersticijsku plućnu bolest, koordinatora multidisciplinarnog tima i fizioterapeuta. Saznanja o IPF-u i njegovu liječenju mogu uvelike poboljšati kvalitetu života. IPF je progresivna bolest bez poznatog lijeka. Dva lijeka koja su odobrene od strane Europske agencije za lijekove mogu usporiti napredovanje bolesti. Jedan od tih lijekova sadrži djelatnu tvar (sastojak) nintedanib, a drugi sadrži djelatnu tvar pirfenidon. Uvijek je potrebno konzultirati svog liječnika kako bi pacijenti razmotrili opcije liječenja jer je svaki bolesnik drugačiji i ne postoje dva ista plana liječenja. Svaka europska zemlja ima vlastite službene smjernice za IPF i njegovo liječenje. Osim lijekova, u liječenju se koriste i nefarmakološke metode kao što je terapija kisikom, plućna

rehabilitacija, a kod mladih bolesnika u obzir dolazi i transplantacija pluća. Plućna rehabilitacija uključuje različite aktivnosti čija je svrha ublažavanje simptoma IPF-a i poboljšanje ukupne kvalitete života. Plućna rehabilitacija može uključivati: fizički trening, nutricionističko savjetovanje ili učenje tehnike disanja. Terapija kisikom može pomoći u smanjenju kratkoće daha i poboljšanju pacijentove sposobnosti obavljanja svakodnevnih zadataka. Palijativna skrb se može koristiti za kontrolu simptoma te je dio holističkog pristupa u zbrinjavanju IPF-a. Pacijenti oboljeli od IPF-a mogu u suradnji sa svojim specijalistom pulmologom pristati sudjelovati u kliničkim ispitivanjima koja ispituju djelotvornosti novog lijeka. Najbolji način za usporavanje tijeka IPF jest što ranije započeti liječenje. Cilj liječenja je zaustaviti proces koji dovodi do stvaranja fibroznog tkiva, jer kad se jednom stvore ožiljci, oni se više ne mogu izliječiti.

Kako bi se podigla svijest i naglasila važnost prepoznavanja ranih znakova i simptoma IPF-a u Republici Hrvatskoj u sklopu obilježavanja Svjetskog tjedna plućne fibroze održane su dvije kampanje »Udahnite život sa lakoćom« 2016.godine, te »Slušajte znakove IPF-a« 2017.godine. Tom prigodom organiziralo se javno prikupljanje potpisa za EU deklaraciju o IPF-u kojom se Europsku komisiju i države članice EU poziva da se aktivnije angažiraju u rješavanju ključnih problema pacijenata sa IPF-om. U suradnji s Europskom federacijom za idiopatsku plućnu fibrozu i s njome povezane poremećaje (EU-IPFF – European Idiopathic Pulmonary Fibrosis and related disorders federation), šesnaest članova Europskog parlamenta iz devet zemalja članica EU predstavili su 11. travnja 2016. godine pisanu Deklaraciju 26/2016 o Idiopatskoj plućnoj fibrozi. Europski parlament u međuvremenu je formalno usvojio ovu Deklaraciju koja je prosljeđena Vijeću Europe i Europskoj komisiji. Deklaracija 26/2016 poziva Europsku komisiju i države članice EU da se aktivnije angažiraju u rješavanju ključnih problema pacijenata s IPF-om: promicanje istraživanja IPF-a s ciljem pronalaska uzroka bolesti i lijeka, pravovremena dostupnost liječenja, osobito onoga koje je odobrila Europska agencija za lijekove (EMA – European Medicines Agency),jednakost pacijenata u dostupnosti transplantacije pluća i nefarmakološkog liječenja, bolja edukacija i prepoznavanje uloge zdravstvenih djelatnika u skrbi za bolesnike s IPF-om. Europska federacija za Idiopatsku plućnu fibrozu u svrhu edukacije izradila je vodič koji je preveden na hrvatski jezik te se time uvelike olakšalo sučeljavanje sa novonastalom bolesti. Uz sve napore u promociji same bolesti u Republici Hrvatskoj radi se i na sustavnoj edukaciji medicinskih sestara te su na Klinici za plućne bolesti Jordanovac tri medicinske sestre završile edukaciju »Mentoring in a thinking environment« train to train u organizaciji Interstitial Lung Diseases Interdisciplinary Network ILD-INN.

3 Zaključak

Suradnjom s EU-IPFF (Europskom udrugom za Idiopatsku plućnu fibrozu) te kampanjama na nacionalnoj i lokalnoj razini služeći se javnim platformama povećava se pozornost javnost za prepoznavanjem ove bolesti te ranom dijagnozom ključnom za

prognozu liječenja. Ako se otkrije na vrijeme pogoršanje bolesti se može usporiti, a tegobe smanjiti. Cilj je rano prepoznati simptome ove bolesti i bolesnike uputiti na specijalistički pregled pulmologu. U suradnji s multidisciplinarnim timom specijalist pulmolog može osmisliti individualni plan liječenja za pacijenta, što može usporiti pad funkcije pluća, povećati kvalitetu života pacijenta i poboljšati prognozu bolesti.

LITERATURA

1. Alilović, M., Peroš - Golubičić, T., Tekavec - Trkanjec, J., Hećimović, A., Smojver - Ježek, S. (2015). Combined pulmonary fibrosis and emphysema syndrome. *Lijec Vjesn.* 137 (1–2), 22–26. Pridobljeno 30. 8. 2018, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25906544>.
2. Bradley, B., Branley, H. in Egan, J. (2008). Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. *Thorax*, 63 (5), 1–58.
3. De, V., Kessels, B. in Drent, M. (2001). Quality of life of idiopathic pulmonary fibrosis patients. *Eur Respir J*, 17, 954–961.
4. EU-IPFF-ov savjetodavni vodič. Vodič za život sa Idiopatskom plućnom fibrozom (2017). Pridobljeno 30. 8. 2018, s http://jedra.toraks.hr/wp-content/uploads/2017/12/EUIPFF_SAVJETODAVNI_VODIC_HR.pdf.
5. Meltzer, E. in Noble, P. (2008). Idiopathic pulmonary fibrosis, Orphanet. Pridobljeno 30. 8. 2018, s [http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&-data_id=7029&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Idiopathic-pulmonary-fibrosis&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease\(s\)/](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&-data_id=7029&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Idiopathic-pulmonary-fibrosis&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Disease(s)/).
6. Raghu, G., Amatto, V. C., Behr, J. in Stowasser, S. (2015). Comorbidities in idiopathic pulmonary fibrosis patients: a systematic literature review, *European Respiratory Journal*, 46, 1113–1130.
7. Written Declaration submitted under Rule 136 of the Rules of Procedure on idiopathic pulmonary fibrosis, European Parliament 2014-2019. Pridobljeno 11. 4. 2018, s <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=WDECL&reference=P8-DCL-2016-0026&format=PDF&language=EN>.

Celostna obravnava pacienta v urgentnem centru po klinični poti

UDK 616-083.98-052

KLJUČNE BESEDE: klinične poti, celostna obravnava, urgentni centri, pacienti

POVZETEK - V prispevku je predstavljen potek obravnave pacienta v urgentnem centru, od vstopa v sistem urgentne zdravstvene obravnave do zaključka njegove obravnave ter odhoda domov ali hospitalizacije. S pomočjo klinične poti imajo zaposleni pregled nad vitalnimi funkcijami, opravljenimi preiskavami ter zdravili, ki jih je pacient že dobil ali jih še mora. Pomemben del klinične poti je začetni zapis anamneze, kjer imamo informacijo o alergijah ter preteklih hospitalizacijah. Klinična pot je pomemben člen pri zagotavljanju varnejše obravnave pacientov, saj je z delom po vnaprej predpisani poti manj možnosti za nastanek napak pri delu zaposlenih ali spregledanih informacij, ki nam jih posredujejo pacienti sami, tako verbalno kot tudi neverbalno.

UDK 616-083.98-052

KEY WORDS: clinical path, integrated treatment, urgent patient, emergency centre

ABSTRACT - The article presents the course of treatment of patients at the emergency centre, from the entry into the emergency medical system to the conclusion of treatment, departure home or hospitalisation. By means of a clinical path, employees have an overview of vital functions, medical examinations and medicines that the patient has already received or needs to have. An important part of the clinical path is the initial anamnesis record providing information on allergies and past hospitalisations. The clinical path is an important link in providing a safer treatment for patients, as there are fewer opportunities for employee mistakes or overlooked information provided by patients themselves, both verbally and non-verbally.

1 Prihod pacienta v urgentni center

V urgentni center prihajajo pacienti brez predhodnega naročanja, brez napotnic ali z napotnicami z nujno oznako, ki jih izdajo osebni zdravniki ter zdravniki specialisti, ki presodijo, da je potrebna takojšnja ambulantna obravnava. Pacienti pridejo sami, v spremstvu svojcev/znancev ali pa so pripeljeni z reševalnim vozilom. Po vstopu v urgentni center se pacienti administrativno vpišejo na sprejemnem oknu ter počakajo na vstop v triažo, kjer so na podlagi podanih informacij s strani njih samih, njihovih vitalnih funkcij, bolečinske prizadetosti ter napotnice razvrščen po triaznem algoritmu v stopnjo nujnosti obravnave.

Ob prihodu urgentnega pacienta z ekipo nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP) je predaja pacienta pomemben del obravnave, saj ekipa NMP triažni medicinski sestri posreduje vse informacije, ki so jih zbrali od trenutka prihoda na kraj dogodka. Predaja urgentnega pacienta je ustna in pisna. Ekipa NMP preda poročilo o reševalnem prevozu, iz katerega so razvidni podatki o opisu okoliščin, zdravstvenem stanju pacienta, izmerjenih vitalnih funkcijah, dosedanji oskrbi pacienta, ipd. Ustna predaja zajema med drugim tudi opis pacientove težave, opažanja tekom obravnave pacienta s strani ekipe NMP, morebitne spremembe pacientovega zdravstvenega sta-

nja tekom transporta, ipd. Predaja pacienta omogoča nepretrgano zdravstveno obravnavo od začetka težav naprej (Bradarić in Gorenjec, 2014).

2 Klinična pot za sprejem pacienta v urgentno ambulanto

Klinična pot je orodje s pomočjo katerega integriramo različne vidike obravnave pacienta. Obenem s kliničnimi potmi konkretiziramo klinične smernice v plan oskrbe posameznega pacienta. Z uporabo kliničnih poti je omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše planiranje, upravljanje in vodenje klinično/strokovnih elementov, pa tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti so predvsem lokalno orodje, prilagojeno specifičnim okoliščinam in delovni kulturi posamezne zdravstvene ustanove (Hajnrih idr., 2009).

Glavna namena uporabe klinične poti sta: dajanje nasvetov za dobro klinično prakso in priložnosti za izboljšave s pomočjo spremljanja odklonov. Uporaba klinične poti omogoča:

1. Boljše komuniciranje in večje zadovoljstvo med zaposlenimi zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in pacienti.
2. Spodbujanje skupinskega dela in sodelovanje med zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in drugimi člani večdisciplinarnega tima.
3. Doseganje visokih standardov zdravstvene obravnave.
4. Zmanjševanje števila odklonov od najboljšega načina zdravljenja in izboljšanje dosedanjih rešitev (Hajnrih idr., 2009).

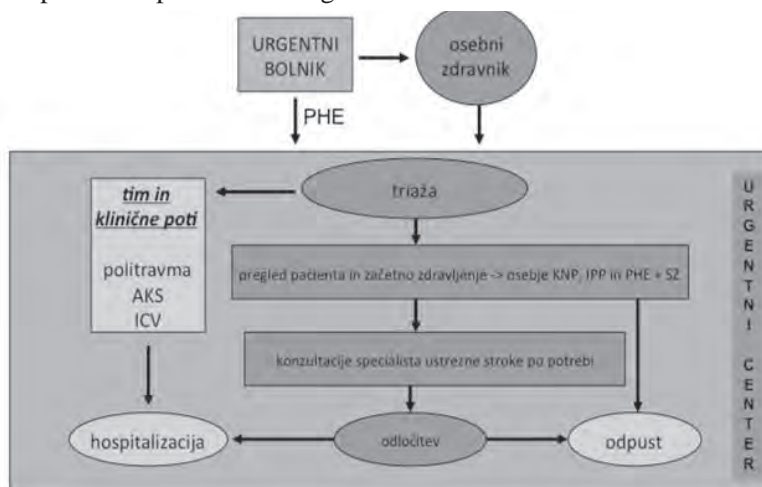
Klinične poti so standardi, ki se uporabljajo pri zdravstveni obravnavi pacienta. Vključujejo nešteto metod, od izboljšanja kakovosti do aplikativnih raziskav, ki se uporabljajo v industriji in zdravstveni obravnavi. Pri uporabi teh metod sta pomembna dva vidika, in sicer načrtovanje zdravstvene obravnave in usklajenost večdisciplinarnega tima (Vanhaecht idr., 2010).

Ker zagotavljajo nepretrgano zdravstveno obravnavo, so klinične poti ključnega pomena pri zdravstveni obravnavi pacienta. V ospredju je spodbujanje dobre klinične prakse in celostna zdravstvena obravnava pacientov. Pri uporabi kliničnih poti ne gre samo za ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje postopkov, ampak je velik poudarek na sodelovanju vseh članov večdisciplinarnega tima (Berginc Dolensšek idr., 2006).

Usklajenost vseh služb v verigi preživetja je nujna za dober klinični izhod oskrbe pacientov, od najlažjih, ki prihajajo zaradi minimalnih težav, do tistih, ki so življenjsko ogroženi. Tri skupine urgentnih pacientov, ki zahtevajo posebej usklajeno delovanje vseh sodelujočih, so težko poškodovani (politravma), pacienti z akutnim koronarnim sindromom in pacienti, ki so doživeli možgansko kap. Ti pacienti so praviloma pripeljani z reševalnimi vozili, že triažirani med transportom in zahtevajo direktno pot v reanimacijski prostor v roke usposobljenemu ranimacijskemu timu (Ministrstvo za zdravje RS, 2015).

Vsi ostali pacienti, ki ne potrebujejo takojšnje oskrbe, počakajo po administrativnem vpisu na vstop v triažo ter razporeditev po klinični poti glede na razlog prihoda v urgentni center (slika 1). Po vpisu triažne medicinske sestre v določeno ambolanto, pacient počaka v čakalnici na svojo obravnavo. Po zaključenem pregledu v urgentni ambulanti, je glede na izid obravnave odpuščen domov ali pa sprejet za nadaljo oskrbo v bolnišnico.

Slika 1: Razporeditev pacientov v urgentnem centru



Vir: Enotna metodologija organizacije UC v RS, Ministrstvo za zdravje RS,(2015). Pridobljeno 28. 9. 2018 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/Zdravstveni_svet_2015/6_2015_seja/Ad4_Enotna_metodologija_organizacije_UC_v_RS.docx.

3 Triaža

Triaža pacientov v urgentni ambulanti poteka na podlagi bolezenskih simptomov, ki jih ugotovimo ob sprejemu pacienta. Absolutno prednost imajo tako bolniki pri katerih je prišlo do kardiorespratornega zastoja. Prednostno obravnavo zahtevajo še bolniki v respiratorni stiski, nezavestni, šokirani. Tudi huda bolečina je eno izmed alarmantnih stanj, saj je njen vzrok pogosto življenje ogrožajoče stanje. Tako pacienti s hudo bolečino pogosto sodijo v skupino vitalno ogroženih (Cotič Anderle, 2014).

Triaža je temeljni element v procesu obravnave pacienta. Pacienti so dvojno razporejeni, najprej jih razporedi triažna sestra po stopnji nujnosti po manchestrskem sistemu in nato na lokacijo pregleda. Nekaj pacientov pride v urgentni center že napotenih s strani osebnega zdravnika z napotnico, ki ima oznako nujno. Zdravnik opredeli simptome pacienta na napotnici, v urgentnem centru pa se stanje pacienta ponovno oceni s triažnim postopkom. Tako že z vstopom pacienta identificirajo najbolj kritično bolne ali poškodovane in tako začnejo čimprejšnjo obravnavo ter zdravljenje (Žlender, 2016).

Glede na opisane težave ob prihodu so pacienti razporejeni v splošno ambulanto (SNMP), kirurško ambulanto ter internistično ambulanto. Otroci do dopolnjenega 19-ega leta starosti, ki pridejo v urgentni center zaradi poškodbe, so pregledovani v kirurški ambulanti. Vse pacientke z ginekološkimi težavam, kot so krvavitve iz nožnice ter nosečnost nad 20-im tednom, so napoteni iz triaže k dežurnemu ginekologu.

Tabela 1: Manchestrska triažna lestvica

<i>stopnja nujnosti pacienta</i>	<i>barvna oznaka</i>	<i>maksimalen čas do oskrbe</i>
Takojšnji	Rdeča	0 minut
Zelo urgentni	Oranžna	10 minut
Urgentni	Rumena	60 minut
Standardni	Zelena	120 minut
Nenujni	Modra	240 minut

Med triažno oznako – takojšnji (rdeča barva) spadajo pacienti, katerih zdravstveno stanje zahteva takojšnje ukrepe za ohranitev/povrnitev življenjskih funkcij (oživljanje). Predviden čas do pregleda pri zdravniku je 0 minut.

Med triažno oznako – zelo nujni (oranžna barva) spadajo pacienti, katerih zdravstveno stanje je tako resno, da bi bilo brez hitre pomoči njihovo življenje ogroženo. Predviden čas do pregleda pri zdravniku je 10 minut.

Med triažno oznako – nujni (rumena barva) spadajo pacienti, katerih zdravstveno stanje je resno in potrebuje prednostno obravnavo pri zdravniku. Predviden čas do pregleda pri zdravniku je 60 minut.

Med triažno oznako – standardni (zelena barva) spadajo pacienti, katerih zdravstveno stanje ne zahteva takojšnjih nujnih ukrepov. Predviden čas do pregleda pri zdravniku je 120 minut.

Med triažno oznako – nenujni (modra barva) spadajo pacienti, katerih zdravstveno stanje je že daljše časovno obdobje nespremenjeno in ni pravo urgentno stanje (MacKway idr., 2006).

4 Obravnava pacienta v urgentni ambulanti

Tudi ambulantna obravnava je eden izmed temeljnih delovnih procesov v urgentnem centru. V urgentni ambulanti medicinska sestra sprejme pacienta. Triažna medicinska sestra dostavi vso medicinsko dokumentacijo bolnika s triažnim listom. V ambulanti je vedno dostop do arhiva dejavnosti urgentnega centra, v katerem je shranjena podatkovna baza. Zdravnik pacienta pogleda in skupaj z zdravstvenim osebjem po potrebi stabilizira življenjske funkcije. Če so potrebni diagnostično-terapevtski ukrepi, lahko zdravnik napoti na RTG, CT, UZ, mobiliziranje, šivanje, odvzem laboratorijskih preiskav in podobno. Zdravnik se odloči za konziliarni pregled, določi zdravljenje. Po vseh ukrepih mora ponovno oceniti pacientovo zdravstveno stanje in se odločiti naprej. Če je pacient v urgentni ambulanti zaključil obravnavo, imamo več načinov

izstopa iz nje. Prvi je odpust pacienta domov. Drugi je sprejem pacienta v bolnišnično obravnavo za nadaljnje zdravljenje. Določene bolnišnice ne morejo dokončati oskrbe svojih pacientov, zato se zdravnik odloči za premestitev pacienta v drugo bolnišnico. V primeru smrti pacienta zdravstveno osebje izvede vse potrebne dejavnosti, ki so predpisane za primer smrti. Pri izstopu pacienta iz urgentne ambulante ta prejme izvid z navodili zdravnika. Izvidom so priložene vsi diagnostično-terapevtski postopki ter posegi, ki so bili izvedeni (Žlender, 2016).

Delo medicinske sestre se začne z vstopom pacienta v ambulanto. Glede na vrsto pregleda se njeno delo po ambulantah razlikuje. Medtem ko v kirurški urgentni ambulanti sodeluje pri prevezi ran, imobilizaciji okončin ter odvzemu laboratorijskih preiskav, je potek dela v internistični ambulanti malo drugačen. Ob prihodu pacienta se le-tega poleže, izmeri krvni tlak, saturacijo ter telesno temperaturo in posname EKG. Pacienta se izpraša po vprašanjih, ki so navedena v klinični poti, izdelani za urgentne internistične paciente. Tako pridobimo pomembne informacije, ki jih potrebujemo za varno in učinkovito obravnavo. V protokol klinične poti zapišemo vitalne funkcije, ki so bile izmerjene ob prihodu v ambulanto ter vse nadaljnje meritve vitalnih funkcij ob spremembi pacientovega zdravstvenega stanja. Napiše se morebitne alergije na zdravila, kdaj je bil pacient nazadnje hospitaliziran, kje se nahaja njegova zdravstvena kartica, ali je imel ob prihodu v urgentni center s seboj medicinsko dokumentacijo preteklih obravnavan. Zapisati je potrebno tudi ali je pacient koloniziran z večkratno odpornim bakterijam in katere to so. Na podlagi te informacije zdravstveno osebje dela z upoštevanjem vseh dodatno potrebnih izolacijskih ukrepov, da zaščiti ostale paciente ter celotno zdravstveno osebje. Pod rubriko ostalo v klinični poti medicinska sestra zapiše ostale posebnosti, ki jih opazi pri sprejemu pacienta, kot so amputacije okončin ter uporaba stalnih urinskih vrečk, stom. Pomemben podatek, ki je v tej rubriki zaveden, so kronične bolezni, na katere mora biti zdravstveno osebje tekom obravnave pozoren, to so sladkorna bolezen, kronična obstruktivna bolezen in podobno. Zavedejo pa se tudi vse rane, odrgnine ter spremembe na koži, ki so nastale pred prihodom v urgentni center ali jih je pacient pridobil tekom obravnave.

Glede na stanje pacienta se zdravnik odloči za aplikacijo terapije ali nekajurno opazovanje. Pacient se takrat namesti v opazovalnico urgentnega centra, kjer se mu kontinuirano merijo vitalne funkcije, aplicira predpisana terapija, izvajajo manjši diagnostično-terapevtski postopki. Medicinske sestre v opazovalnici konstantno spremljajo zdravstveno stanje pacientov, spremembe le-tega pa beležijo v klinično pot ter sprotno obveščajo za pacienta pristojnega zdravnika o spremembah.

5 Zaključek

Usklajenost vseh delujočih služb v urgentnem centru, je nujna za dober klinični izhod oskrbe pacientov, od najlažjih, ki prihajajo zaradi minimalnih težav, do tistih, ki so življenjsko ogroženi. Posebno pozornost in usklajenost vseh delujočih zahtevajo pred-

vsem tri skupine urgentnih pacientov in to so težko poškodovani, pacienti z akutnim koronarnim sindromom in pacienti, ki so doživeli možgansko kap (Košir idr, 2014).

Zelo pomembno je delovanje urgentnega centra po klinični poti, saj tako vsi sodelujoči v oskrbi pacientov dobro poznajo svoje naloge, kaj je ključnega pomena za neprekinjeno, dobro in strokovno delovanje. Glede na potrebe pacientov, se aktivira različno zdravstveno osebje po vnaprej določenem zaporedju. S pomočjo določenih kliničnih poti je potek zdravljenja v urgentnem centru jasen in dobro sledljiv.

Ob prihodu pacienta je potrebno izpolniti glede na zdravstvene težave določeno dokumentacijo, torej klinično pot, ki pripomore k usklajenem delovanju zdravstvenega tima, pregledu nad stanjem vitalnih funkcij pacienta ter diagnostično-terapevtskim aktivnostim, ki jih je bil že deležen tekom obravnave ali so še predvidene v nadaljevanju.

LITERATURA

1. Berginc Dolenšek, A., Hajnrih, B., Hindle, D., Kadivec, S., Kersnik, J., Kramar, Z., Lednik, L., Marušič, D., Mlakar, J., Robida, A., Yazbeck, A. M. in Zorman, I. (2006). Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
2. Cotič Anderle, M. (2014). Obravnava pacienta z bolečino v postopku bolečinske triaže. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina-izbrana poglavja* (str. 260–262). Portorož, Slovensko združenje za urgentno medicino.
3. Enotna metodologija organizacije UC v RS. (2015). Ministrstvo za zdravje RS (2015). Pridobljeno 28. 9. 2018, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/Zdravstveni_svet_2015/6_2015_seja/Ad4_Enotna_metodologija_organizacije_UC_v_RS.docx.
4. Hajnrih, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marušič, D., Mate, T., Poldrugovac, M., Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. in Yazbeck, A. (2009). V D. Marušič in B. Simčič (ur.), *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
5. Košir, R., Aontolinc Koštar, A., Bohinc, P., Čander, D., Fink, A., Jelačin Ivanovič, D. idr. (2014). Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina* (str. 140–146). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
6. Mackway, J. K., Marsden, J. in Windle, J. (2006). *Emergency triage; Manchester Triage Group*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing.
7. Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. in Sermeus, W. (2010). What about care pathways? Pridobljeno 5. 10. 2018, s <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199550838.001.0001/acprof-9780199550838-chapter-1>.
8. Žlender, M. (2016). *Analiza temeljnih procesov v novoustanovljenih urgencah v Sloveniji* (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.

Ispitivanje znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu

UDK 616.379-008.64-06:616.7

KLJUČNE RIJEČI: edukacija, znanja, dijabetičko stopalo, zdravstvena zaštita, medicinska sestra

POVZETEK - Istražiti znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu svih razina zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Istraživanje je provedeno metodom dobrovoljnog anonimnog upitnika sastavljenog za potrebu evaluacije znanja medicinskih sestara prije i poslije održanog tečaja. Upitnik je, uz osnovne demografske podatke imao 23 pitanja zatvorenog tipa koja se tiču potrebnih znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu. Statistička raščlamba podataka vršena je pomoću SPSS programa (verzija 21), postupcima ispitivanja razlika. Nominalni pokazatelji prikazani su učestalošću i postotkom. Razlike u nominalnim pokazateljima između dva uzorka ispitane su pomoću Marginal Homogeneity testa i χ^2 testa.

UDC 616.379-008.64-06:616.7

KEY WORDS: education, knowledge, diabetic foot, health care, nurse

ABSTRACT - The aim was to investigate the knowledge of diabetic foot among nurses from all healthcare levels in Croatia. A voluntary anonymous questionnaire was used to evaluate nurses' knowledge before and after the course. In addition to demographic data, the questionnaire comprised 23 closed questions concerning the relevant knowledge of diabetic foot. SPSS program (version 21) was used in statistical analysis to test for differences. Frequency and percentage were used to present nominal indicators, and their differences between two samples were analysed using the marginal homogeneity test and χ^2 test.

1 Uvod

Dijabetičko stopalo je jedna od kroničnih komplikacija šećerne bolesti koja ostavlja posljedice i na funkciju ali i na strukturu stopala. Pretpostavlja se da će ju razviti 25 % osoba sa šećernom bolesti i da će 5 % do 15 % njih biti amputirano. Liječenje komplikacija nastalih na oštećenom stopalu je komplicirano, dugotrajno i skupo te zahtjeva multidisciplinarni pristup (Metelko i Brkljačić Crkvenčić, 2014). U Hrvatskoj je situacija slična podacima u ostalom dijelu svjetske populacije: šećerna je bolest jedna od vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj, na osmom mjestu 2013. godine s udjelom smrtnosti od 2,47 % prema podacima Zavoda za javno zdravstvo za 2013. godinu. Troškovi zdravstvenog sustava procjenjuju da se na prevenciju i lijekove troši oko 15 % sveukupnog troška za šećernu bolest a da liječenje komplikacija košta 85 % troška za šećernu bolest (Sarić, Poljicanin, Benković i Stevanović, 2012). Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba oboljelih od šećerne bolesti 2015-2020 Ministarstva zdravlja i Zavod za javno zdravstvo u lipnju 2015. godine donosi jedan od glavnih ciljeva, smanjenje broja amputacija za 20 %. Dijabetičko stopalo je posljedica oštećenje živaca (dijabetičke neuropatije) i poremećaja cirkulacije u velikim krvnim žilama noge (ateroskleroze) što ima za posljedicu izostanak osjeta u stopalima i ishemiju. Dijabetički ulkus udružen s infekcijom, osteomijelitisom i drugim komplikacijama mogu dovesti

do gubitka ekstremiteta pa čak i smrti (Moakes, 2012). Neuropatski ulkusi stopala značajan su problem za pacijenta, smanjuju pokretljivost i povećavaju rizik za infekciju. Prevencija ulkusa je primarni cilj jer osobe koje su imale ulkus imaju visoku šansu da ga ponovo dobiju (Dominic, Visovsky i Rice, 2015). Osobe s dijabetesom imaju 30 puta veću vjerojatnost za amputaciju donjih ekstremiteta u odnosu na opću populaciju (Moulton, 2012). Dijabetičko stopalo vodeći je uzrok amputacija donjih ekstremiteta i najznačajniji uzrok invalidnosti kod oboljelih u Hrvatskoj (Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba oboljelih od šećerne bolesti 2015-2020, 2015). Dobra metabolička kontrola, multidisciplinarnan pristup liječenju ulkusa stopala te pravovremen kirurški pristup koji uključuje revaskularizaciju i borbu protiv infekcije ulkusa. Takvim pristupom može se izbjeći 45-85 % svih amputacija (Schaper, Apelqvist i Bakker, 2012). Među osobama sa šećernom bolesti u USA godišnja incidencija amputacija donjih ekstremiteta iznosi 4,5 do 5,0 na 1000 stanovnika iako su prisutne varijacije u pojedinim državama (Margolis idr., 2011). Protokol za pravovremenu primjenu lijekova oralno i intramuskularno uvelike skraćuje liječenje, smanjuju potrebu za hospitalnim liječenjem i smanjuje broj hospitalnih dana ako dođe do prijema u bolnicu (Gooday idr., 2013). Smanjenju troškova za 10 % pridonijelo bi preventivno nošenje mekih odljeva za stopalo. Smanjenje troškova odnosi se na liječenje ulkusa ambulantno kao i preventivno nošenje mekih odljeva za visokorizične pacijente (Craig, Shenton i Smith, 2013). Velike su uštede moguće kroz preventivnu njegu stopala i edukaciju o prevenciji ulkusa stopala. Međunarodna federacija šećerne bolesti (IDF) i Radna skupina IDF-a za dijabetičko stopalo (IWGDF) naglašavaju teret dijabetičkog ulkusa i amputacije donjih ekstremiteta kod dijabetesa. Postavljeni su ciljevi za smanjenje incidencije ulkusa stopala za najmanje 75 % i smanjenje incidencije amputacije za najmanje 50 % (Bus, Netten i van Netten, 2016). Kako bi se definirala najbolja sestrinska praksa za skrb o ulkusu donjih ekstremiteta prvenstveno je potrebno stabilizirati osnovnu bolest-dijabetes. Kontrola hiperglikemije, kontrola infekcije, debridement ulkusa, korištenje modernih obloga prijedlozi su za dobru sestrinsku praksu koju je pokazala studija dvadeset i devet članaka na temu najbolje skrbi o ulkusu potkoljenice (Simms i Ennen, 2011). Edukacija, preventivni pregledi, nošenje ortopedskih uložaka mogu biti mjere za prevenciju najtežih posljedica (Turns, 2012). Nema dovoljno dokaza koji bi potkrijepili tvrdnju da sama edukacija bolesnika o samozbrinjavanju pridonosi smanjenju broja ulkusa stopala i smanjenju amputacija (Dorresteyn, Kriegsman, Assendelft i Valk, 2013), ipak, postoji potreba za poboljšanjem preventivnog rada sestara koje bi bile edukatori patronažnim sestrama koje bi ulazile u dom pacijenata i tamo provodile skrb i edukaciju (Annersten Gershater, Pilhammar, i Alm Roijer, 2013).

Poznato je da su ozljede stopala i ulceracije povezane s lošim znanjem osoba tipa 2 šećerne bolesti o samopraćenju stopala i lošom njegovom (Bonner, Foster i Spears - Lanoix, 2016). Porast znanja, spremnosti i motivacije važni su čimbenici u promjeni ponašanja u skrbi za dijabetičko stopalo, koji su presudni za prevenciju ulkusa stopala (Nemcová i Hlinková, 2014).

Prevencija dijabetičkog stopala na sve tri razine, primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj ključne su intervencije za smanjenje pobola, broja amputacija, invaliditeta i troškova

zdravstvenog sustava. Primarna prevencija podrazumijeva intervencije koje pridonose dobroj regulaciji šećerne bolesti kako bi se odgodio razvoj dijabetičkog stopala. Sekundarna prevencija uključuje edukaciju bolesnika o postupcima samopraćenja i njege stopala koje preveniraju nastanak dijabetičkog ulkusa stopala. Tercijarna prevencija uključuje sve aktivnosti multidisciplinarnih timova koji provode aktivnosti za smanjenje broja amputacija donjih ekstremiteta (Metelko i Brkljačić Crkvenčić, 2014). Očito je da sa sve većom prevalencijom dijabetesa i njegovim komplikacijama, postoji neosporna potreba za osposobljavanjem medicinskih sestara iz znanja o dijabetičkom stopalu. Povećanje znanja medicinskih sestara ušlo je u planiranje smanjenja amputacija od 55 % i povećanje pregleda dijabetičkih stopala do 75 % kao globalni cilj svjetske populacije (Valente i idr., 2004.). Znanja koja sestra treba posjedovati uključuju i debridman ulkusa stopala kao i rad s oblogama (Slater, Ramot i Rapoport, 2001). Od vitalne je važnosti je da medicinska sestra posjeduje znanja za poticanje pacijenata na kretanje osobito u situacijama kad izgube ekstremitet (Armstrong i sur., 2005). Medicinske sestre koje se specijaliziraju za njegu stopala trebaju biti uključene u skrb i liječenje od početnih faza skrbi, raditi pregled stopala, skrining stopala, procjenu vaskularnog statusa stopala te komunicirati sa svim članovima tima koji skrbe za stopalo pacijenta (Azizi, 2008).

Prihvatanjem programa International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Hrvatska se priključila međunarodnom projektu čiji je cilj smanjenje broja amputacija donjih ekstremiteta u osoba oboljelih od šećerne bolesti (McGuire i Mach, 2017). Početkom 2015. godine osnovana je prva ambulanta za dijabetičko stopalo u Hrvatskoj i započeta edukacija centara za dijabetes na nacionalnoj razini.

Organizacija zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću temelji se na Hrvatskom modelu – modelu funkcionalno povezanih organizacija. Baza modela su timovi primarne zdravstvene zaštite čiji rad usklađuje dijabetološki centar na razini županije, a cijela struktura objedinjena je radom Referentnog centra (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolesti 2015-2020.).

2 Metode

Istraživanje je provedeno metodom dobrovoljnog anonimnog upitnika sastavljenog za potrebu evaluacije znanja medicinskih sestara prije i poslije održanog tečaja. Upitnik je, uz osnovne demografske podatke imao 23 pitanja zatvorenog tipa koja se tiču potrebnih znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 95 medicinskih sestara svih razina obrazovanja. Statistička raščlamba podataka vršena je pomoću SPSS programa (verzija 21), postupcima ispitivanja razlika. Nominalni pokazatelji prikazani su učestalošću i postotkom. Razlike u nominalnim pokazateljima između dva uzorka ispitane su pomoću Marginal Homogeneity testa i χ^2 testa. Značajnost je prihvaćena na razini $p < 0,05$.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 95 medicinskih sestara sa svih nivoa zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj koje su prisustvovala tečaju o zbrinjavanju dijabetičkog stopala za medicinske sestre/tehničare. Iz timova obiteljske medicine tečaju je prisustvovalo 19 (20 %) medicinskih sestara, patronažnih sestara je najviše sudjelovalo na tečaju; njih 31 (32,6 %), medicinskih sestara koje rade na bolničkim odjelima sudjelovalo je 28 (29,5 %), medicinskih sestara koje rade u centrima za dijabetes je bilo 9 (9,5 %) dok su medicinske sestre koje rade u domovima za stare i nemoćne i medicinske sestre iz ustanova za kućnu njegu bile zastupljene s 8 (8,4 %). Po nivou obrazovanja tečaju je prisustvovalo 57 (60 %) prvostupnica sestrištva, 32 (34 %) medicinske sestre opće njege i 6 (6 %) visokoobrazovanih sestara. Prema životnoj dobi 21 (22 %) medicinskih sestara imalo je do 30 godina, 32 (34 %) medicinske sestre su imele od 31 do 40 godina, 23 (24 %) sestre su imale od 41 do 50 godina te 51 i više godina imalo je 19 (20 %) medicinskih sestara. Radnog staža u zdravstvu do 5 godina imalo je njih 15 (16 %), od 6 do 15 godina njih 31 (33 %), od 26 do 25 godina 20 (21 %), 26 do 35 godina staža u zdravstvu imalo je 21 (22 %) ispitanika a više od 35 godina staža imalo je 8 (8 %) medicinskih sestara.

Kod provjere znanja na pitanje što pridonosi komplikacijama šećerne bolesti prije tečaja 68 % kolegica je dalo točan odgovor dok nakon tečaja je točan odgovor dalo 88 % medicinskih sestara (MH = 3,307, $p < 0,01$). Na pitanje: »Što je dijabetičko stopalo« prije testa ih je 68 % odgovorilo točno, iza testa je bilo 86 % točnih odgovora, (MN = 2,795. $p < 0,01$). Kod tvrdnje: »Pacijenti koji imaju šećernu bolest trebaju pregledavati svoja stopala svakodnevno« 96 % kolegica odgovorilo je točno a nakon testa 97 % ih je odgovorilo točno, (MN = 0,378. $p = 0,705$). Na pitanje: »Čime se provjerava temperatura vode za pranje stopala« prije tečaja točno je odgovorilo 71 % ispitanika, dok je poslije tečaja 80 % medicinskih sestara dalo točne odgovore. »Kakav sapun treba upotrebljavati za pranje stopala« 90 % medicinskih sestara odgovorilo je točno prije tečaja dok je poslije tečaja bilo 84 % točnih odgovora (MN = - 1,0, $p = 0,317$). »Koliko minuta treba trajati kupka za stopala« 51 % medicinskih sestara odgovorilo je točno prije tečaja a 95 % točnih odgovora je bilo iza tečaja (MN = 6,193, $p < 0,01$). Na tvrdnju: »Krema za stopala treba biti hidratantna« bilo je prije tečaja 91 % točnih odgovora, dok ih je iza tečaja 94 % odgovorilo točno (MN = 0,775, $p = 0,439$). Na tvrdnju: »Čarape trebaju biti od prirodnih materijala i bez šavova« prije tečaja točno je odgovorilo 96 % a iza tečaja 99 % medicinskih sestara (MN = 0,447, $p = 0,655$). Na pitanje u kojem dijelu dana treba kupovati cipele prije tečaja ih je 80 % odgovorilo točno, dok ih se 1 % izjasnio da ne zna, dok je iza tečaja bilo 83 % točnih odgovora (MN = - 0,626, $p = 0,532$). »Iz kojeg razloga treba provjeriti obuću prije obuvanja« bilo je 59 % točnih odgovora prije i 74 % točnih odgovora poslije tečaja (MN = 2,646, $p < 0,01$). »Što bi savjetovali pacijentu koji stalno dolazi zbog žuljeva od cipela« prije tečaja je 64 % medicinskih sestara odgovorilo točno dok je iza tečaja 87 % kolegica dalo točan odgovor (MN = 3,773, $p < 0,001$). »Kada bi se pacijent trebao javiti liječniku vezano uz promjene na stopalima« 86 % ih je odgovo-

rilo točno prije tečaja i 96 % iza tečaja (MN = 2,183, $p = 0,029$) Na pitanje: »Što se nikada ne preporuča osobama s dijabetičkim stopalom« 77 % ih je odgovorilo točno prije i 86 % iza tečaja (MN = 1,877, $p = 0,061$). Kod pitanja: »Čime se skraćuju nokti kod dijabetičara« 22 % medicinskih sestara je odgovorilo točno prije tečaja, 62 % točnih odgovora je bilo iza tečaja (MN = 5,603, $p < 0,01$). »Koji su glavni rizični čimbenici nastanak ulkusa stopala« točno je odgovorilo prije tečaja 77 % medicinskih sestara a iza tečaja je bilo 88 % točnih odgovora (MN = 2,043, $p = 0,041$). Na tvrdnju: »Do kojih oštećenja može dovesti neuropatija« bilo je 50 % točnih odgovora prije tečaja i 78 % točnih odgovora iza tečaja (MN = 3,618, $p < 0,01$). Na pitanje »Koji su glavni rizični čimbenici za nastanak ulkusa stopala« 85 % ih je odgovorilo točno prije tečaja i 88 % nakon tečaja (MN = 0,655, $p = 0,513$). Na pitanje »Koji su rizični čimbenici za nastanak gangrene stopala« prije tečaja je odgovorilo 66 % točno a iza tečaja 86 % (MN = 3,124, $p = 0,02$). Na tvrdnju: »Što ne utječe na cijeljenje ulkusa« 70 % ih je odgovorilo točno prije a 86 % točnih odgovora je bilo iza tečaja (MN = 2,596, $p < 0,01$). Elemente za kategorizaciju rizičnog stopala prije tečaja točno je nabrojilo 65 % medicinskih sestara dok je iza tečaja bilo 81 % točnih odgovora (MN = 2,535, $p = 0,011$). »Što bi savjetovali pacijentu koji dolazi zbog žuljeva od cipela« 45 % je bilo točnih odgovora prije tečaja i 84 % iza tečaja (MN = 5,286, $p = 0,01$). Na pitanje: »Što bi savjetovali pacijentu koji ima ulkus na stopalu bez znakova infekcije« 41 % ih je odgovorilo točno prije i 80 % nakon tečaja (MN = 5,286, $p < 0,01$). Pravilan savjet pacijentu koji ima natiske tvrde kože na stopalima bi prije tečaja dalo 13 % medicinskih sestara dok je iza tečaja bilo 27 % točnih odgovora (MH = 2,646, $p = 0,008$). »Što biste savjetovali pacijentu koji se žali na grčeve u listovima« 47 % ih je odgovorilo točno prije tečaja a nakon tečaja je bilo samo 37 % točnih odgovora (MN = - 1,286, $p = 0,1990$). »Kada bi se pacijent trebao hitno javiti liječniku« točno je odgovorilo prije tečaja 85 % medicinskih sestara a nakon tečaja 99 % medicinskih sestara je dalo točan odgovor (MN = 3,357, $p < 0,01$). Na pitanje: »Što se nikada ne preporuča osobama sa šećernom bolešću« 87 % je dalo točan odgovor prije tečaja i 98 % nakon tečaja (MN = 2,887, $p = 0,004$).

4 Razprava

U ovom radu je istraživano znanje medicinskih sestara svih nivoa zdravstvene zaštite o dijabetičkom stopalu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Kumarasinghe, Hettiarachchi i Wasalathanthri (2018) istraživali su znanja i stavove medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu. Što se tiče znanja medicinskih sestara u istraživanju su pokazale suboptimalno znanje o dijabetičkom stopalu. Istraživanje je pomoglo u pronalaženju manjkavosti znanja medicinskih sestara na koje treba obratiti pozornost tijekom edukacije. Također su zaključili da su medicinske sestre znanje o dijabetičkom stopalu dobivale najčešće tijekom radnog vremena od kolegica s kojima rade. Kaya i Karaca (2018) u svom istraživanju su koristili test za provjeru znanja te zaključili da je razina znanja medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu je prilično visoka posebno o prevenciji, njezi stopala i pregledu stopala. Osim toga, medicinske sestre koje su

dugo radile s dijabetičarima ili su dodatno educirane o dijabetičkom stopalu imaju viši stupanj znanja od onih to nisu. Preporučili su održavanje teorijske i praktične edukacije za medicinske sestre za skrb o dijabetičkom stopalu. Smatrali su da je potrebno potaknuti medicinske sestre da sudjeluju u edukacijama kao što su tečajevi, seminari, simpoziji te objavljivanje stručnih radova. Preporučili su i praktičnu edukaciju gdje se najlakše korigiraju pogrešno shvaćene informacije. Osim toga preporučili su izradu diplomskih i poslijediplomskih nastavnih planova za stručno osposobljavanje medicinskih sestara koje skrbe za dijabetičko stopalo.

Rezultati znanja prije održanog tečaja o dijabetičkom stopalu pokazuju nam da su medicinske sestre iz obiteljske medicine jedine imale sveukupno više krivih nego točnih odgovora na testu 13 % ($\chi^2 = 17,376$, $p < 0,01$). Kod pitanja o pravilnoj temperaturi vode za pranje stopala medicinske sestre iz obiteljske medicine su također imale više krivih nego točnih odgovora ($\chi^2 = 10,672$, $p = 0,031$). Patronažnih sestara je najviše sudjelovalo na tečaju; njih 33 %, a najlošije su odgovorile na pitanje o preporučenom trajanju kupke za stopala, čak njih 24 % dalo je krivi odgovor prije tečaja ($\chi^2 = 15,532$, $p < 0,01$), što se može pripisati prijašnjim smjernicama o njezi dijabetičkog stopala. Na pitanje »Kako se skraćuju nokti kod osoba sa šećernom bolešću« jedino su medicinske sestre iz specijalističkih diabetoloških ambulanti imale znatno više točnih odgovora nego krivih ($\chi^2 = 19,909$, $p < 0,01$), na ovo područje će se morati obratiti posebna pozornost kod organiziranja budućih tečajeva. Medicinske sestre iz obiteljske medicine također su pokazale znatno lošije znanje na tvrdnju »Do čega može dovesti neuropatija« čak 17 % od 20 % koje su sudjelovale na tečaju, odgovorile su krivo ($\chi^2 = 13,100$, $p = 1,01$). Medicinske sestre iz obiteljske medicine također su najlošije prepoznale bitne rizične čimbenike za nastanak gangrene 13 % ($\chi^2 = 10,737$, $p < 0,01$). Sestra subspecijalističkih diabetoloških ambulanti 7 % i iz obiteljske medicine 20 % imale su znatno više točnih odgovora za pravilan savjet pacijentu kod pojave žuljeva ($\chi^2 = 11,379$, $p < 0,01$). Kod pravilnog savjeta pacijentu za natiske tvrde kože na stopalima izrazito loše su odgovorile medicinske sestre iz obiteljske medicine, patronaže i bolničkih odjela, dok su medicinske sestre iz diabetoloških ambulanti imale 6 % točnih odgovora te medicinske sestre iz domova za stare i nemoćne i kućne njege 4 % točnih odgovora prije tečaja ($\chi^2 = 19,104$, $p < 0,01$).

5 Zaključek

Cilj ovog rada bio je utvrditi razinu znanja medicinskih sestara svih nivoa zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj o dijabetičkom stopalu. Dobiveni rezultati govore da najlošije znanje o dijabetičkom stopalu imaju medicinske sestre koje rade u ordinacijama obiteljske medicine. Najbolje znanje pokazale su medicinske sestre koje rade u specijalističkim ambulantomama za šećernu bolest. Iz navedenog možemo zaključiti da poseban naglasak na edukaciju medicinskih sestara o dijabetičkom stopalu treba staviti na medicinske sestre u ambulantomama obiteljske medicine, dok patronažne sestre trebaju osvježiti svoja znanja i pridržavati se aktualnih smjernica.

Smatramo da su specijalizirani tečajevi pravi način usvajanja novih znanja te da moraju biti dostupni što široj populaciji medicinskih sestara. Također treba dati mogućnost praktične edukacije u Ambulanti za dijabetičko stopalo za medicinske sestre koje će se u budućnosti uže baviti dijabetičkim stopalom.

LITERATURA

1. Annersten Gershater, M., Pilhammar, E. in Alm Roijer, C. (2013). Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study. *European Diabetes Nursing*, 10 (2), 52–57.
2. Armstrong, D. G., Lavery, L. A., Wu, S. in Boulton, A. J. (2005). Evaluation of removable and irremovable cast walkers in the healing of diabetic foot wounds: a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 28 (3), 551–554.
3. Azizi, F. (2008). Beginning of the course “foot care nurse”, a promise for diabetic foot prevention and care. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10 (4), 297–298.
4. Bonner, T., Foster, M. in Spears - Lanoix, E. (2016). Type 2 diabetes-related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabetic foot & ankle*, 7.
5. Bus, S. A., Netten, J. J. in van Netten, J. J. (2016). A shift in priority in diabetic foot care and research: 75% of foot ulcers are preventable. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews*, 32 (1), 195–200.
6. Craig, J., Shenton, R. in Smith, A. (2013). Economic analysis of soft-heel casting for diabetic foot ulcer: prevention and treatment. *Journal of wound care*, 22 (1), 44–48.
7. Dominic, S. K., Visovsky, C. in Rice, C. (2015). A nurse's guide to the prevention of neuropathic ulcers in patients with diabetes. *MedSurg Nursing*, 24 (5), 299–305.
8. Dorresteyn, J. A., Kriegsman, D. M., Assendelft, W. J. in Valk, G. D. (2014). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *The Cochrane Database of Systematic reviews*, 16 (12).
9. Gooday, C., Hallam, C., Sieber, C., Mtariswa, L., Turner, J., Schelenz, S., ... in Williams, H. (2013). An antibiotic formulary for a tertiary care foot clinic: admission avoidance using intramuscular antibiotics for borderline foot infections in people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30 (5), 581–589.
10. Kaya, Z. in Karaca, A. (2018). Evaluation of Nurses' Knowledge Levels of Diabetic Foot Care Management. *Nursing research and practice*.
11. Kumarasinghe, S. A., Hettiarachchi, P. in Wasalathanthri, S. (2018). Nurses' knowledge on diabetic foot ulcer disease and their attitudes towards patients affected: A cross sectional institution based study. *Journal of clinical nursing*, 27 (1–2).
12. Margolis, D. J., Hoffstad, O., Nafash, J., Leonard, C. E., Freeman, C. P., Hennessy, S. in Wiebe, D. J. (2011). Location, location, location: geographic clustering of lower-extremity amputation among Medicare beneficiaries with diabetes. *Diabetes care*, 34 (11), 2363–2367.
13. McGuire, J. in Mach, S. (2017). Using the IWGDF Guidelines for Off-Loading the Diabetic Foot. *Podiatry Management*, 36 (6), 75–82.
14. Metelko, Ž. i Brkljačić Crkvenčić, N. (2014). Prevencija dijabetičkog stopala. *Acta Medica Croatica*, 67 (1), 35–42.
15. Moakes, H. An overview of foot ulceration in older people with diabetes: Diabetic complications can result in foot ulcers that may become infected, so it is vital that nurses know when to refer patients, says Helen Moakes. *Nursing older people*, 24 (7), 14–19.
16. Moulton, C. Call for nurses to put feet first in diabetes care: Cathy Moulton highlights a campaign to reduce the number of lower limb amputations. *Primary Health Care* 22 (3), 7–8.
17. Nencová, J. in Hlinková, E. (2014). The efficacy of diabetic foot care education. *Journal of clinical nursing*, 23 (5–6), 877–882.

18. Schaper, N. C., Apelqvist, J. in Bakker, K. (2012). Reducing lower leg amputations in diabetes: a challenge for patients, healthcare providers and the healthcare system. *Diabetologia*, 55 (7), 1869–1872.
19. Simms, K. W. in Ennen K. (2012). Lower extremity ulcer management: best practice algorithm. *Journal of clinical nursing*, 20 (1–2), 86–93.
20. Slater, R., Ramot, Y. in Rapoport, M. (2001). Diabetic foot ulcers: principles of assessment and treatment. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, 3 (1), 59–62.
21. Šarić, T., Poljicanin, T., Benkovic, V. in Stevanovic, R. (2012). *Trošak dijabetesa u Hrvatskoj*. Zagreb: Novo Nordisk Hrvatska d.o.o.
22. Turns, M. (2012). The diabetic foot: an overview for community nurses. *British journal of community nursing*, 17 (9).
23. Valente, L. A., Caughy, M. in Fischbach, L. (2004). A validation study of a self-administered questionnaire to identify increased risk for foot ulceration or amputation among people with diabetes. *The Diabetes Educator*, 30 (6), 932–944.
24. Zdravlja, M., Republike Hrvatske. Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolesti 2015.-2020.

Učinkovitost fizioterapevtskih postopkov pri obravnavi sindroma zapestnega prehoda

UDK 615.82/84:617.575

KLJUČNE BESEDE: zapestje, zapestni prehod, mobilizacija živcev, mobilizacija zapestnih kosti, manualna terapija

POVZETEK - Sindrom zapestnega prehoda je najpogostejša periferna utesnitvena nevropatija na zgornjem udu in se izraža kot senzorična in motorična okvara, ki se pojavi zaradi kompresije ali raztega medianega živca v zapestnem prehodu in zajema 90 % vseh utesnitvenih nevropatij. Senzorična okvara je pojav mravljinčenja, bolečine in odrevenelosti na inervacijskem področju medianega živca. Motorična okvara se odraža kot zmanjšana moč prijema roke, šibkost mišic prvih treh prstov in atrofija palčne kepe. Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti učinke fizioterapevtskih postopkov pri obravnavi sindroma zapestnega prehoda. Pregled literature je potekal po podatkovnih zbirkah PEDro, CINAHL, PubMed in Cochrane library. Pri iskanju smo se omejili na raziskave, objavljene od leta 2010 do 2017. Analizirali smo dvanajst randomiziranih kontroliranih raziskav. Avtorji so preučevali učinke različnih manualnih postopkov, vadbe, mobilizacije kit in medianega živca. Za učinkovitejše so se izkazali postopki mobilizacije medianega živca in zapestnih kosti, masaža, manipulacija fascij, ishemična kompresija ter vadba za mobilizacijo kit in medianega živca v primerjavi s standardnimi fizioterapevtskimi postopki. Izsledki analiziranih raziskav so bili težko primerljivi med seboj zaradi različnih postopkov, trajanja in načinov zdravljenja, ocenjevanja samo kratkoročnih učinkov obravnave, kar bi bilo treba preučiti z nadaljnjim raziskovanjem.

UDC 615.82/84:617.575

KEY WORDS: carpal tunnel syndrome, nerve gliding exercises, wrist bone mobilisation, manual therapy

ABSTRACT - The carpal tunnel syndrome is the most common peripheral compression neuropathy on the upper arm and manifests as a sensory and motor disorder due to compression or tension of the median nerve in the wrist. It represents 90% of all compression neuropathies. Sensory impairment is the appearance of tingling, pain and numbness in the median nerve sensory innervation area. Motor impairment manifests as reduced hand grip and function, muscle weakness of the first three hand fingers and atrophy of the thenar eminence. The purpose of the paper is to present the effects of physiotherapy procedures on the treatment of the carpal tunnel syndrome using a literature review. The literature review was conducted in PEDro, CINAHL, PubMed and Cochrane library data bases. We limited the search to articles published from 2010 to 2017. We analysed twelve randomised controlled trials. The authors studied the effects of various manual procedures, exercise, mobilisation of the tendons and median nerve. Mobilisation of the median nerve and wrist bones, massage, facial manipulation, ischemic compression and exercise for the mobilisation of the tendons and median nerve compared to standard physiotherapy procedures have been shown to be more effective. The results of the analysed studies were difficult to compare with each other because of the different procedures, duration and methods of treatment, evaluation of only short-term effects of treatment, which should be studied with further research.

1 Teoretična izhodišča

Sindrom zapestnega prehoda (SZP) je najpogostejša periferna utesnitvena nevropatija na zgornjem udu (van Doesburg idr., 2012; Patterson, 2002) in se izraža kot senzorična in motorična okvara, ki se pojavi zaradi utesnitve ali raztega medianega živca v zapestnem prehodu (Kisner in Colby, 2012; Aboonq, 2015), ter zajema 90 % vseh utesnitvenih nevropatij (Aroori in Spence, 2008). Zapestni prehod (ZP) je opredeljen kot

kostno-vezivni prehod (Aboonq, 2015), katerega sestavljajo zapestne kosti in prečni ligament zapestja (Chammas idr., 2014; Platzer, 2009), širok je od 3 do 4 centimetre in se na radialni strani narašča na grčavino čolničaste kosti in trapezasto kost, na ularni strani pa na grašek ter na kavelj kaveljnice (Presazzi idr., 2011). Skozenj prehajajo mediani živec, kita mišice flexor pollicis longus in kite mišic flexor digitorum superficialis ter flexor digitorum profundus. Mediani živec spada med mešane živce, saj ima tako senzorična kot motorična vlakna. Senzorične veje na volarni strani oživčujejo površino prvih treh prstov, radialno polovico četrtega prsta in radialno polovico dlani (Dorwart, 1984). Na dorzalni strani prstov oživčujejo površino zadnjih dveh falang prvih treh prstov in radialno površino polovice četrtega prsta (Chammas idr., 2014). Motorična veja, ki izhaja iz medianega živca oskrbuje mišice, ki izvajajo opozicijo (Dorwart, 1984): mišica abductor pollicis brevis, opponens pollicis in flexor pollicis brevis caput superficialis. Poleg mišic, ki izvajajo opozicijo, motorična veja oskrbuje tudi prvi dve lumbrikalni mišici (Chammas idr., 2014).

V splošni odrasli populaciji se prevalenca SZP s kliničnimi znaki odraža pri 3,8 %, s simptomi pri 14,4 % in z meritvami prevodnosti živca pri 4,9 %, ter se najpogosteje pojavlja med 40 in 60 letom starosti (Atroshi idr., 1999). V letu 2007 je bilo v Republiki Sloveniji 2718 primerov bolniškega dopusta z diagnozo SZP s 113.013 izgubljenimi delovnimi dnevi. Razmerje med ženskami in moškimi je bilo 73,51 : 26,49 %, kar je skoraj 4 : 1. V tem obdobju je bilo v starostni skupini od 20 do 44 let 1017 (37,41 %) primerov bolniške odsotnosti, v starostni skupini od 45 do 60 let pa je bilo takih primerov več, in sicer 1701 (62,19 %) (Bilban, 2011).

Aboonq (2015) navaja več patofizioloških mehanizmov, ki povzročajo SZP in sicer povečan pritisk v ZP kot posledica spremembe položaja zapestja, odebelitve kit ter kitnih ovojníc mišic fleksorjev prstov, okvara mikrocirkulacije medianega živca in sprememba vezivnega tkiva, ki obdaja mediani živec. Werner in Andary (2002) sta ugotovila, da normalni pritisk v zapestnem prehodu znaša 2-10 mmHg, ki pa se poveča z gibanjem zapestja in sicer pri gibu dorzalne fleksije do 10 krat, pri gibu volarne fleksiji pa do 8 krat. Phalen (1966), Wehbe in Schlegel (2004) so ugotovili, da ponavljajoči gibi rok povzročijo odebelitev kit in kitnih ovojníc mišic fleksorjev prstov. Kot ugotavljajo Alfonso in sodelavci (2010) ter Amirlak in sodelavci (2010) taka ponavljajoča izpostavljenost živca mehaničnim silam vodi v demielinizacijo medianega živca in okvaro ožilja. To povzroči nabiranje beljakovin in vnetnih celic, posledica tega pa je nastanek edema, kar še poveča pritisk znotraj ZP (Aboonq, 2015). Krvno-živčno pregrado oblikujejo celice perineuriuma in celice endotelija kapilar znotraj živca, ki izhajajo iz radialne in ularne arterije proksimalno od prečnega ligamenta zapestja (MacDermid in Doherty, 2010). Pomembno vlogo pri nastanku SZP ima tudi vezivno tkivo, ki obdaja živčna vlakna in je sestavljeno iz več ovojníc. Raztegljivost teh ovojníc pa je pomembna za drsenje živca, od katerih ima najpomembnejšo vlogo ovojnica epineurium. V kolikor nastane to tkivo togo, je živec izpostavljen strižnim silam, ki živec poškodujejo (Wehbe in Schlegel, 2004).

SZP se deli na več stanj. Najprej se občasno pojavlja pozitivna senzorična simptomatika, ki je posledice prehodne ishemije medianega živca. Vendar se take okvare

z nevrofiziološkimi meritvami pogosto ne zazna. Pri pacientih, ki imajo pogostejše simptome se pojavi demielinizacija tik ob Ranvierovem zažemku. Ta nastane zaradi dolgotrajnega stisnjenja živca, kar se z nevrofiziološkimi meritvami dokaže kot upočasnjeno prevajanje, najprej po senzoričnih, nato še po motoričnih vlaknih. Najresnejše stanje je okvara aksonov. Ta lahko pri najdlgotrajnejših utesnitvah privede do zelo nizkih ali nemerljivih senzoričnih in motoričnih odzivov, ki se jih zazna z meritvami prevajanja medianega živca (Podnar, 2008).

Namen prispevka je na podlagi pregleda literature predstaviti učinke fizioterapevtskih postopkov pri obravnavi sindroma zapestnega prehoda.

2 Metode

Pregled literature je potekal po podatkovnih zbirkah PEDro CINAHL, PubMed in Cochrane library. Pri iskanju smo se omejili na raziskave objavljene od leta 2010 do 2017 v angleškem jeziku in dostopne v polnem besedilu po ključnih besedah carpal tunnel syndrome, mobilisation, manipulation, neural mobilization, physiotherapy, manual therapy.

Kriteriji za izbor so bili naslednji:

- raziskave, ki so bile objavljene med leti 2010 in 2017,
- preiskovanci s sindromom zapestnega prehoda,
- randomizirani kontrolirani poskusi,
- raziskave, katerih metodološka ocena je bila po PEDro lestvici pet ali več od deset.

Izključitveni kriteriji za izbor so bili naslednji:

- raziskave, ki so bile objavljene pred letom 2010,
- raziskave, ki niso bili v slovenskem ali angleškem jeziku,
- raziskave v katerih so primerjale fizioterapevtske postopke z zdravo populacijo,
- raziskave, ki niso bile randomizirane,
- raziskave v kateri so bili vključeni pacienti z operativno obravnavo,
- raziskave, katerih metodološka ocena je bila po PEDro lestvici manjša od pet točk od desetih.

3 Rezultati

Z upoštevanjem vključitvenih kriterijev je bilo izbranih dvanajst randomiziranih kontroliranih poskusov v angleškem jeziku. V devetih raziskavah so prevladovale ženske preiskovanke (Goyal idr., 2016; Wolny idr., 2016; Wolny idr., 2017, Vikranth idr., 2015; Hains idr., 2010, Madenci idr., 2012; Pratelli idr., 2015, Horng idr., 2011; Kaur idr., 2015), v eni raziskavi moški (Schmid idr., 2012), v dveh raziskavah podatki o spolu niso bili podani (Oskouei idr., 2014; Gunay and Alp, 2015). V večini analiziranih raziskavah so bili preiskovanci stari povprečno med 40 in 60 let, v treh raziskavah pa je bil podan le razpon let (Oskouei idr., 2014; Goyal idr., 2016; Vikranth idr.,

2015) in sicer od 18 do 65 let. Število oseb, ki je sodelovalo v raziskavah pa je bilo v razponu od 20 do 140 oseb. Fizioterapevtske obravnave so v štirih raziskavah (Goyal idr., 2016; Gunay and Alp, 2015; Pratelli idr., 2015; Kaur idr., 2015) trajale tri tedne. V raziskavi Schmid in sodelavcev (2012) je obravnava trajala en teden, pri Vikranth in sodelavcih (2015) dva tedna, tri tedne pri Oskouei in sodelavcih (2014), pet tednov pri Hains in sodelavcih (2010), šest tednov pri Madenci in sodelavcih (2012) in deset tednov v raziskavah Wolny in sodelavcev (2016, 2017).

Avtorji so ocenjevali učinkovitost naslednjih fizioterapevtskih postopkov: nevromobilizacijo (Oskouei idr., 2014), mobilizacijo živca (Goyal idr., 2016), nevrodinamično tehniko (Wolny idr., 2016; Wolny idr., 2017), mobilizacijo zapestnih kosti (Gunay and Alp, 2015; Vikranth idr., 2015), masažno tehniko, ki so jo opisali Madenci in sodelavci (2012), manipulacijo fascij (Pratelli idr., 2015), ishemično kompresijsko terapijo (Hains idr., 2010) in vadbo mobilizacije kit in medianega živca (Kaur idr., 2015; Horng idr., 2011; Schmid idr., 2012).

Pregled analiziranih raziskav je prikazan v tabeli 1, njihova metodološka ocena je v tabeli 2.

Tabela 1: Pregled analiziranih raziskav

<i>Avtor raziskave in ocena po PEDro lestvici</i>	<i>Namen</i>	<i>Število preiskovancev</i>	<i>Metode in trajanje/pogostost izvajanja</i>	<i>Merila izida</i>	<i>Rezultati</i>
Oskouei idr., 2014 6/10	Ocena učinkovitosti MŽ, zapestja in vadbe mobilizacije kit prstov v kombinaciji z rutinsko fizioterapijo	20 oseb (32 zapestij) starih 18-65 let	PoS: pacienti zdravljeni z rutinsko fizioterapijo + nevromobilizacijski pristop: 3x/obravnavo 3 dni/teden PrS: pacienti zdravljeni z rutinsko fizioterapijo (OZ, TENS, UZ) Trajanje 4T	BCTQ iz dveh delov :SSS in FSS, Phalenov test, VAL, MNNT, EMG	V obeh skupinah statistično značilno zmanjšanje SSS, VAL, MNNT in Phalenovega testa. Pri primerjavi končnih rezultatov statistično značilno razliko pri MNNT in FSS v PoS
Wolny idr., 2016 6/10	Ugotovitev razlike v dvo-točkovni diskriminaciji med simptomatskimi in asimptomatskimi zapestji in ocena vpliva 2 različnih zdravljenj na dvo-točkovno diskriminacijo	140 oseb PoS: povprečje 53,1 let, 62 % Ž PrS: povprečje 51,5 let, 60 % Ž	PoS: nevrodinamična tehnika-obravnavna mišice trapezius, zapestja in MŽ 30 min PrS: L 8 min in UZ 15 min Trajanje 2x/teden 10T	Dvo-točkovna diskriminacija I., II. in III. prsta, Elektrofiziološke meritve prevodnosti živca	Prag razlikovanje dveh točk je slabši na simptomatski roki. Obe skupini imata značilna izboljšanja na razlikovanje dveh točk, med skupinama ni statistične razlike.

Wolny idr., 2017 6/10	Primerjava učinkovitosti nevrodinamične tehnike z L in UZ	140 oseb, PoS: povprečje 53,1 let, 62 % Ž PrS: povprečje 51,5 let, 60 % Ž	PoS: nevrodinamična tehnika-obravnavna mišice tra ezius, zapestja in MŽ 30min PrS: L 8min in UZ 15min Trajanje 2x/teden 10T	NPRS, Elektrofiziološke meritve prevodnosti živca, BCTQ	Statistično značilno boljši rezultati pri zmanjšanju bolečine, SSS in FSS v obeh skupinah, boljši rezultati v PoS.
Goyal idr., 2016 5/10	Ocena učinkovitosti MŽ na hitrost prevodnosti motoričnih vlaken medianega živca in na funkcijo pacienta	30 bolnic, stare 35-65 let, povprečna starost 46.87 let	PoS: aktivna MŽ s sočasnim gibom ekstenzije komolca z ipsilateralno lateralno fleksijo v vratni hrbtenici 2x/teden PrS: UZ 5min 2x/teden Trajanje 3T	BCTQ, NPRS, Meritve hitrosti in latence (zakasnitve) prevodnosti motoričnih vlaken medianega živca	Pri primerjavi končnih rezultatov statistično značilno izboljšanje meritve hitrosti in latence, ter vrednosti BCTQ v PoS
Gunay in Alp, 2015 6/10	Ocena učinkovitosti MZK skupaj z OZ v primerjavi z OZ	40 oseb z lažjo do srednje težko obliko simptomov, več kot 3 mesece simptomov PoS: povprečje 52,4 let PrS: povprečje 47,7 let	PoS: MZK 10min 3x/ teden+OZ ponoči PrS: OZ ponoči Trajanje 3 tedne OZ, 10x MZK	BCTQ, Moč prijema in uščipa, NPRS, ENMG, EMG	V PoS so se statistično značilno izboljšale vrednosti BCTQ, moč prijema in uščipa, bolečine, DSL in SNAP, medtem ko se je v PrS izboljšal SSS in bolečina
Vikranth idr., 2015 5/10	Primerjava učinka MZK z MŽ na izboljšanje bolečine, BCTQ	30 oseb starih 25-55 let PoS: povprečje 40,73 let, 66,7 % Ž PrS: povprečje 40,33 let, 46,7 % Ž	PoS: MZK PrS: MŽ Trajanje 5x/teden 2T	BCTQ, VAL	Obe vrsti zdravljenja izboljšujeta bolečino, FSS in SSS, med njima ni statistično značilnih razlik
Madenci idr., 2012 5/10	Ocena učinkovitosti nove masažne tehnike	80 oseb starih 31-65 let, trajanje simptomov več kot 6 mesecev PoS: povprečje 43,4 let, 38 Ž PrS: povprečje 44,2 let, 38 Ž	PoS: OZ+masažna tehnika Madenci PrS: OZ Obe skupini sta prejemale še vadbo mobilizacije kit in živca Trajanje 6T	Ocena bolečine s PGA in MDPGA, Moč prijema, Elektrofiziološke meritve hitrosti prevajanja, BCTQ	Statistično značilno se je v PoS zmanjšala bolečina, povečala moč prijema in izboljšala vrednost BCTQ v primerjavi s PrS. V PoS so se statistično značilno izboljšale elektrofiziološke meritve

Hains idr., 2010 8/10	Ocena učinka ishemične kompresijske terapije	55 oseb starih 20-60 let, simptomi več kot 3 mesece PoS: povprečje 46 let, 37 oseb: 26 Ž PrS: povprečje 47 let, 18 oseb: 8 Ž	PoS: ishemična kompresija na prožilne točke v mišici subscapularis, biceps brachii, njeni aponevroz in na mišico pronator teres PrS: ishemična kompresija na prožilne točke v mišici deltoideus, supraspinatus in infraspinatus Trajanje 3x/teden 5T	BCTQ, Numerična lestvica zaznavanja izboljšanja (0-100 %), Po koncu terapij ponovne meritve po 30 dneh in 6 mesecih	Rezultati so se izboljšali v obeh skupinah, vendar je bilo izboljšanje v PoS statistično značilno večje kot v PrS Prav tako je v PoS to izboljšanje ostalo tudi po koncu terapij pri obeh ponovnih meritvah
Pratelli idr., 2015 6/10	Primerjava učinkovitosti MF z LNI	42 oseb: 29 Ž in 13 M (70 zapeljivih) starih 38-74 let Povprečje 54,2 let	PoS: MF 45 min 1x/ teden 3T PrS: LNI 10 min 5dni zaporedoma	BCTQ, VAL, Ponovne meritve po 10 dneh in 3 mesecih od zadnje terapije	MF je učinkovitejša kot LNI; izboljšala se je vrednost BCTQ in VAL, kar je ostalo 3 mesece po terapiji
Schmid idr., 2012 8/10	Ugotovitev učinkovitosti uporabe OZ, vadbe mobilizacije kit in živca na zmanjšanje intranevrlnega edema	20 oseb z lažjo do težjo obliko simptomov 1. povprečje 49,9 let 5 M 5 Ž 2. povprečje 57,9 let 7 M, 3 Ž	1. OZ ponoči 2. Vadba mobilizacije kit in živca Trajanje 1T	BCTQ, VAL, Posnetek MR, Ocena funkcionalnosti TAC	Pri obeh skupinah so ugotovili zmanjšanje (~11 %) intenzitete signala (zmanjšanje intranevrlnega edema) na vhodu živca v ZP, tega niso ugotovili bolj distalno v ZP
Hornig idr., 2011 6/10	Ugotovitev učinkovitosti vadbe mobilizacije kit in živca kot del kombiniranega zdravljenja	53 oseb (94 zapeljivih) Povprečna starost 50,5 let 1. povprečje 48,9 let, 17 (94 %) Ž 2. povprečje 51,9 let, 18 (95 %) Ž 3. povprečje 52,6 let, 15 (94 %) Ž	1. Vadba mobilizacije kit 5 ponovitev 3x/dan+OZ ponoči+terapija s parafinom 2x/teden 2. Vadba mobilizacije živca 5 ponovitev 3x/dan+OZ ponoči+terapija s parafinom 2x/teden 3. OZ ponoči+ terapija s parafinom 2x/teden Trajanje 8T	VAL, BCTQ, Ocena stopnje nezmožnosti DASH, Ocena kvalitete življenja WHOQOL-BREF, Phalenov in Tinellov test, Moč prijema in uščipa, Meritev občutljivosti s Semmes-Weinsteinovim monofilamentom, Meritve hitrosti prevodnosti živca	Statistično značilno izboljšanje SSS in bolečine v vseh skupinah. Kombinacija vadbe drsenja kit, terapije s parafinom in OZ se je izkazala za učinkovitejšo

Kaur idr., 2015 6/10	Ugotovitev učinka vadbe mobilizacije kit in živca v primerjavi s konvencionalno fizioterapijo	26 oseb starih 30-50 let PoS: povprečje 38,25 let 4 M, povprečje 39,11 let 9 Ž PrS: povprečje 40,8 let 5 M, povprečje 39,13 let 8 Ž	PoS: vadba mobilizacije kit in živca+UZ+OZ+ masažna tehnika Madenci PrS: UZ+OZ+ masažna tehnika Madenci Trajanje 5x/teden 3T	BCTQ, Ocena bolečine MHQ, Meritve hitrosti prevodnosti motoričnega nitja medianega živca, Moč uščipa, Ocena stopnje nezmožnosti DASH	V PoS so ugotovili statistično značilno izboljšanje BCTQ, MHQ, DASH, moči uščipa in hitrosti prevodnosti glede na PrS
----------------------------	---	--	--	--	--

Legenda uporabljenih krajšav v Tabeli 1: PoS = Poskusna skupina, PrS = Primerjalna skupina, VAL = Vizualna analogna lestvica, BCTQ = Boston Carpal Tunnel Questionnaire, SSS = Symptoms severity scale, FSS = Functional status scale, MNTT = Medain nerve tension test, OZ = Opornica zapetja, TENS = Transkutana električna stimulacija živca, UZ = Ultrazvočna terapija, EMG: Elektromiografija, NPRS = Numerical pain rating scale, MŽ = Mobilizacija živca, L = Laserska terapija, ENMG = Elektronevromiografija, DSL = Distal sensory latency, SNAP = Sensory nerve action potentials, MZK = Mobilizacija zapetnih kosti, PGA = Patient Global Assessment, MDPGA = Physician Global Assessment, MF = Manipulacija fascije, LNI = Laser nizke intenzitete, MR = Magnetna resonanca, TAC = The patient specific functional scale, ZP = Zapetni prehod, DASH = Disability of arm, shoulder and hand questionnaire, MHQ = Michighan hand outcome questionnaire, WHOQOL-BREF = World Health Organization Quality of live.

Tabela 2: Metodološka ocena vključenih raziskav po PEDro kriterijih (Verhagen idr., 1998) (ü - je izpolnjen, x – ni izpolnjen)

Raziskava	Naključna razporeditev	Prikritost razporeditve	Izhodišna primerljivost	Prikrivanje udeležencem	Prikrivanje terapevtom	Prikrivanje ocenjevalcem	Ustrezno spremljanje	Analiza namere za zdravljenje	Primerjava med skupinama	Ocenjene vrednosti in variabilnost	Skupaj
Oskouei idr., 2014	ü	x	ü	x	x	ü	ü	x	ü	ü	6/10
Wolny idr., 2016	ü	x	ü	x	x	ü	ü	x	ü	ü	6/10
Wolny idr., 2017	ü	x	ü	x	x	ü	ü	x	ü	ü	6/10
Goyal idr., 2016	ü	ü	ü	x	x	x	x	x	ü	ü	5/10
Gunay in Alp, 2015	ü	x	ü	x	x	ü	ü	x	ü	ü	6/10
Vikranth idr., 2015	ü	ü	ü	x	x	x	x	x	ü	ü	5/10
Madenci idr., 2012	ü	x	ü	x	x	x	ü	x	ü	ü	5/10
Hains idr., 2010	ü	ü	x	ü	x	ü	ü	ü	ü	ü	8/10
Pratelli idr., 2015	ü	x	ü	x	x	ü	ü	x	ü	ü	6/10
Schmid idr., 2012	ü	ü	ü	x	x	ü	ü	ü	ü	ü	8/10
Hornig idr., 2011	ü	ü	ü	x	x	x	ü	x	ü	ü	6/10
Kaur idr., 2015	ü	ü	ü	x	x	x	ü	x	ü	ü	6/10

4 Razprava

V vseh analiziranih raziskavah, razen v raziskavi, ki so jo opravili Goyal in sodelavci (2016), so bili preiskovanci obeh spolov, vendar so prevladovala ženske stare med 40 in 60 let, kar so potrdili avtorji že v predhodnih raziskavah (Atroschi idr., 1999). Oskouei in sodelavci (2014), Wolny in sodelavci (2016) ter Wolny in sodelavci (2017) so primerjali mobilizacijo medianega živca s standardno fizioterapijo, ki je zajemala elektroterapijo in nošenje opornice za zapestje. Goyal in sodelavci (2016) so primerjali samo mobilizacijo medianega živca z rutinsko fizioterapijo. Vsi navedeni avtorji so ugotovili, da se s postopki, ki so bili predmet raziskovanja dosežejo boljši rezultati kot s standardno fizioterapijo (nošenje opornice, aplikacija protibolečinske in ultrazvočne terapije). Oskouei in sodelavci (2014) so primerjali učinkovitost nevromobilizacijskega pristopa in standardne fizioterapije samo s standardno fizioterapijo. Nevromobilizacijski pristop je vseboval aktivno in pasivno gibanje s ciljem povrnitve zaščitnih mehanizmov živca na mehanske obremenitve. Predvideva se, da se z gibanjem izboljša drsenje živca, zmanjša možnost nastajanja brazgotin, poveča intranevalni krvni pretok, spodbudi zmanjšanje intranevalnega edema in tem zmanjša pritisk znotraj ZP (Oskouei idr., 2014; Butler, 1991). Rezultati so se izboljšali tako v poskusni kot v primerjalni skupini, vendar značilno več v poskusni skupini. Pri primerjavi med poskusno in primerjalno skupino so ugotovili statistično značilno izboljšanje pri testu raztega medianega živca in oceni funkcijskega statusa roke. Avtorji so zaključili, da je kombinacija nevromobilizacijskega pristopa in standardne fizioterapije učinkovita obravnava pacientov s SZP.

Glavni namen Wolny in sodelavcev (2016) je bil ugotoviti ali obstajajo razlike pri testu razlikovanja dveh točk med roko v kateri se pojavljajo simptomi in roko brez simptomov po terapiji, ki je vključevala mobilizacijo medianega živca s tehniko drsenja in raztezanja v primerjavi z lasersko in ultrazvočno terapijo. Meritve so pokazale slabše vrednosti razlikovanja dveh točk pri merjenju na roki v kateri se pojavljajo simptomi pri osebah s SZP. Pri primerjavi končnih rezultatov med poskusno in primerjalno skupino niso dokazali statistično značilnih razlik, so pa bila izboljšanja večja v poskusni skupini. Avtorji poudarjajo, da se pri pacientih z lažjo do srednje težko obliko SZP opazi motnja razlikovanja dveh točk, kar je pomembno pri pregledu pacienta, saj lahko okvarjeno zaznavanje povzroči poškodbo kože. Wolny in sodelavci (2017) so poleg v zgoraj navedeni raziskavi vzporedno za meritev izida uporabili druga merilna orodja. Ugotovili večje izboljšanje hitrosti senzorične prevodnosti v poskusni skupini, s katerimi so izvajali nevrodinamično tehniko, vendar je pri tem potrebno omeniti, da je imela ta skupina na začetku meritev statistično značilno slabšo hitrost senzorične prevodnosti kot primerjalna. Zato na podlagi navedenega avtorji ugotavljajo, da je značilno večje izboljšanje prevodnosti v poskusni skupini lahko povezano z začetnimi meritvami. Izsledki te raziskave so soglasni s poročanjem Goyal in sodelavcev (2016), ki so ugotovili, da je mobilizacija medianega živca učinkovitejša od elektroterapije za paciente s SZP, ko so merili prevodno hitrost motoričnih vlaken medianega živca in funkcijsko oceno roke. Avtorji so zaključili, da je nevrodinamična tehnika učinko-

vitejša od laserske in/ali ultrazvočne terapije, vendar je za ugotavljanje dolgoročnih učinkov proučevanih postopkov potrebno nadaljnje raziskovanje.

Gunay in Alp (2015) sta primerjala učinkovitost mobilizacije zapestnih kosti z nošenjem opornice za zapestje. Pacientom so izvajali mobilizacijo zapestnih kosti, ponoči pa so nosili še opornico za zapestje, medtem ko je primerjalna skupina uporabljala samo opornico. Meritve so izvedli na začetku in na koncu tritedenskega zdravljenja. Rezultati za poskusno skupino so pokazali statistično značilno izboljšanje funkcijskega stanja roke, težavnostne stopnje simptomov, zmogljivosti mišic in zmanjšanje bolečine. V primerjalni skupini se je preiskovancem zmanjšala bolečina in težavna stopnja simptomov. Pri končni primerjavi rezultatov med skupinama so ugotovili statistično značilno boljše vrednosti pri moči uščipa in funkcijskega stanja roke pri poskusni skupini. Nasprotno pa Vikranth in sodelavci (2015) niso dokazali statistično značilnih razlik med pacienti ($n = 15$), ki so jim izvajali mobilizacijo zapestnih kosti v primerjavi s primerjalno skupino ($n = 15$), kjer so pacientom izvajali mobilizacijo medianega živca. Avtorji so potrdili, da sta oba fizioterapevtska postopka učinkovita za zdravljenje SZP, vendar je pri interpretaciji rezultatov potrebno naglasiti, da pacientom ob zaključku terapij niso izvedli elektrofizioloških meritev in da je bil vzorec preiskovancev majhen.

Učinkovitost nove masažne tehnike je bila proučevana v raziskavi Madenci in sodelavcev (2012). To so pacienti po predhodnih navodilih fizioterapevta izvajali doma sami. Skupini, ki je izvajala masažo, so dodali še nošenje opornice za zapestje ponoči, primerjalna skupina pa je uporabljala samo opornico ponoči. Obe skupini sta izvajali še vadbo mobilizacije kit in medianega živca, ki jih je naučil fizioterapevt. Rezultati so pokazali statistično značilno zmanjšanje bolečine, izboljšanje moči prijema, funkcijskega stanja in težavnostne stopnje simptomov v obeh skupinah, pri primerjavi rezultatov med skupinama pa so ugotovili statistično značilno izboljšanje merjenje spremenljivk samo v skupini, ki je izvajala masažo. Avtorji pozitivne učinke masažne tehnike pripisujejo zmanjšanju tlaka na mediani živec zaradi zmanjšane mišičnega tonusa, povečane lokalne dejavnosti simpaticusa, vpliva na venski obtok in pretok limfe. Avtorji tudi navajajo, da lahko hitrost prevajanja po živcu izboljša lokalno ogrevanje tkiva, katerega predvidoma povzroči masaža zaradi hiperemije obravnavanega predela (Madenci idr., 2012). Kljub rezultatom, ki so pokazali izboljšanje simptomov, bi bile potrebne nadaljnje raziskave z večjim številom pacientov.

Pratelli in sodelavci (2015) so proučevali učinkovitost manipulacije fascije v primerjavi z lasersko terapijo nizke intenzitete. Navedli so, da se zaradi patofiziologije nastanka SZP pojavijo spremembe v fasciji, ki zmanjšajo njeno sposobnost prilagajanja na gibanje. Predvideva se, da se s postopkom manipulacije fascije lahko ponovno vzpostavi njeno normalno delovanje (Pratelli idr., 2015). Manipulacija fascije je bila izvedena preko specifičnih točk na zgornjem udu s strani izkušenega fizioterapevta. Meritve so opravili na začetku, 10 dni po zadnji terapiji in 3 mesece po zadnji terapiji. Pri primerjavi rezultatov so v poskusni skupini ugotovili statistično značilno izboljšanje bolečine, funkcijskega statusa in težavnostne stopnje simptomov po desetih dneh in treh mesecih po zadnji terapiji. Prav tako so v primerjalni skupini za enake

spremenljivke dokazali statistično značilno izboljšanje deset dni po zadnji terapije, ki pa jih niso ponovno zaznali pri meritvah tri mesec po zadnji terapiji. Primerjava rezultatov med skupinama je pokazala statistično značilno izboljšanje pri vseh merjenih spremenljivkah v prid zdravljenju z manipulacijo fascije. Te razlike so bile prisotne prav tako po desetih dneh kot tudi po treh mesecih od zadnje terapije. Na podlagi teh rezultatov so avtorji zaključili, da je manipulacija fascije učinkovitejša kot laser nizke intenzitete pri obravnavi SZP, ter da je poleg obravnav mišično-kostnih okvar primer-na tudi za obravnavo pogostih utesnitvenih nevropatij kot je SZP. Smiselno bi bilo z nadaljnjimi raziskavami proučiti še dolgoročne učinke navedenega terapevtskega postopka in izvesti še objektivne elektrofiziološke meritve prevodnih hitrosti okvarjenega živca po zaključenem zdravljenju.

Hains in sodelavci (2010) so raziskavo izvedli z namenom ocenjevanja učinkovitosti ishemične kompresijske terapije. Terapijo v poskusni skupini so izvedli na prožilnih točkah v mišicah subscapularis, biceps brachii in njeni aponevrozi ter na mišici pronator teres v pregibu komolca. Predvidevali so, da bi s tem postopkom dosegli sprostitvev mišic vzdolž poteka medianega živca. Primerjalna skupina je enako terapijo prejela na prožilne točke v mišicah deltoideus, supraspinatus in infraspinatus. Po petnajstih terapijah so imeli pacienti primerjalne skupini možnost izbire nadaljnje terapije, niso pa vedeli, da bodo prejeli terapijo poskusne skupine. Meritve so izvedli na začetku, po petnajstih terapijah, ter trideset dni in šest mesecev po zadnji terapiji. Ugotovili so, da je miofascialna terapija z uporabo ishemične kompresije na mišice učinkovita pri izboljševanju simptomov povezanih s SZP. To so potrdili s statistično značilno izboljšanim funkcijskim statusom in težavnostno stopnjo simptomov v poskusni skupini, ki se je ohranilo tudi pri ponovnih meritvah po zaključenem zdravljenju. Do izboljšanja funkcijskega statusa in težavnostne stopnje simptomov v primerjalni skupini pa je prišlo šele po tem, ko so začeli prejemati enako zdravljenje kot poskusna skupina. Pri primerjavi rezultatov numerične lestvice zaznavanja izboljšanj med skupinama so ugotovili statistično značilno izboljšanje v prid poskusni skupini. Avtorji ugotavljajo, da je 89 % pacientov v poskusni skupini poročalo o izboljšanju že znotraj šestih terapiji. Pomembno je poudariti, da se je funkcijsko izboljšanje obdržalo tudi po šestih mesecih od zadnje terapije.

V naslednji treh raziskavah so avtorji raziskovali vpliv vadbe mobilizacije kit in živca na izboljšanje stanja pacientov s SZP. Kaur in sodelavci (2015) so to vadbo primerjali s rutinsko fizioterapijo, Schmid in sodelavci (2012) so preverjali učinkovitost te vadbe z uporabo opornice zapestja na zmanjšanje intranevrálnega edema. Horng in sodelavci (2011) pa so med seboj primerjal vadbo mobilizacije kit, vadbo mobilizacije živca in rutinsko fizioterapijo. Ugotovili so, da je vadba mobilizacije kit in živca učinkovita pri obravnavi SZP, Horng in sodelavci (2011) so dali prednost vadbi mobilizacije kit pred vadbo mobilizacije živca. Prav tako pa je ta vadba zmanjšala intranevralni edem medianega živca, kar so ugotovili Schmid in sodelavci (2012). V raziskavi so Kaur in sodelavci (2015) v poskusni skupini izvajali vadbo mobilizacije kit in živca, ultrazvočno terapijo, masažno tehniko, ki so jo opisali Madenci in sodelavci (2012) in uporabljali opornico zapestja preko dneva in noči. Primerjalna skupini je prejemale standardno

fizioterapijo. Meritve so izvedli na začetku in koncu tri tedenskega zdravljenja. Rezultati so pokazali statistično značilno izboljšanje bolečine, stopnje nezmožnosti, ki so jo merili z vprašalnikom DASH (angl. disabilities of the arm, shoulder and hand questionnaire), moči uščipa, funkcijskega statusa, težavnostne stopnje simptomov ter hitrosti prevajanja po motoričnih vlaknih medianega živca v prid vadbe mobilizacije kit in živca. Na podlagi teh rezultatov opredeljujejo, da je kombinacija uporabe opornice zapestja, vadbe mobilizacije kit in živca, masažne tehnike, ki so jo opisali Madenci in sodelavci (2012) in ultrazvočne terapije učinkovita pri obravnavi SZP.

Hornig in sodelavci (2011) so prav tako raziskovali učinkovitost vadbe mobilizacije kit in živca. Vendar so uporabili tri skupine, in sicer: prva je prejela terapijo s parafinom, uporabljala opornico zapestja ponoči in vadbo mobilizacije kit. Druga skupina je prav tako prejela terapijo s parafinom, uporabljala opornico zapestja ponoči, in izvajala vadbo mobilizacije živca. Tretja skupina pa je prejela samo terapijo s parafinom in uporabljala opornico zapestja ponoči. Rezultati so pokazali statistično značilno izboljšanje bolečine in težavnostne stopnje simptomov v vseh skupinah glede na začetne meritve. Pri primerjavi skupin so ugotovili statistično značilno izboljšanje funkcijskega statusa v prid skupini, ki je izvajala vadbo mobilizacije kit. Zato na podlagi teh rezultatov avtorji ugotavljajo, da pacienti ki izvajajo vadbo mobilizacije kit uspešneje izboljšajo funkcijske sposobnosti roke in posledično kvaliteto življenja, kar opredeljujejo kot klinično pomembno izboljšanje.

V podobni raziskavi, ki so jo izvedli Schmid in sodelavci (2012) so primerjali učinkovitost uporabe opornice za zapestje z vadbo mobilizacije kit in živca na zmanjšanje intranevrálnega edema. Vadbo mobilizacije kit in živca so izvajali en teden, medtem ko je primerjalna skupina prav tako en teden uporabljala opornico zapestja ponoči. Meritve z MR slikanjem so izvedli na začetku, po desetih minutah prvega zdravljenja in koncu enotedenskega zdravljenja, ostale meritve pa na začetku in koncu enotedenskega zdravljenja. Primerjava rezultatov merjenih spremenljivk med skupinama ni pokazala statistično značilnih razlik. Med pomembne rezultate avtorji štejejo statistično značilno zmanjšanje intenzitete signala medianega živca na vhodu živca v ZP v obeh skupinah. To zmanjšanje je znašalo približno 11 %, kar avtorji opredeljujejo kot zmanjšanje intranevrálnega edema. Statistično značilnih izboljšanj niso opazili bolj distalno v ZP. S tem so ugotovili, da je edem medianega živca pri SZP najizrazitejši na vhodu v ZP, saj se je na tem delu tudi najbolj poveča intenziteta signala medianega živca. Avtorji so povzeli, da imata uporaba opornice kot vadba mobilizacije kit in živca učinek na zmanjšanje intranevrálnega edema, so pa kljub temu potrebne nadaljnje raziskave z večjim številom pacientov za potrditev teh učinkov, še posebej za ugotavljanje dolgoročnih učinkov.

5 Zaključek

Na podlagi pregleda lahko zaključimo, da so avtorji poročali o pozitivnih učinkih fizioterapevtskih postopkov, ki so zajemali mobilizacijo medianega živca, mobilizaci-

jo zapestnih kosti, masažno, manipulacijo fascij in ishemično kompresijsko terapijo. Pozitivne učinke je pokazala tudi vadba mobilizacije kit in živca, ki ugodno vpliva na zmanjšanje intraneuralnega edema na vhodu v zapestni prehod. Raziskave so bile med seboj težko primerljive, saj postopki zdravljenja niso bili identični, zdravljenje je trajalo različno dolgo, poleg tega so nekatere postopke pacienti izvajali sami v domačem okolju brez nadzora fizioterapevta. Glede na rezultate analiziranih raziskav ne moremo zaključiti kateri je najučinkovitejši fizioterapevtski postopek, lahko pa zaključimo da so se proučevani postopki izkazali za učinkovitejši od standardne fizioterapije, ki pa prav tako izboljšuje simptome in funkcijo pacientov s SZP. Za dokazovanje učinkovitosti predstavljenih postopkov je potrebno še nadaljnje raziskovanje.

LITERATURA

1. Aboonq, M. S. (2015). Pathophysiology of carpal tunnel syndrome. *Neurosciences*, 20 (1), 4–9.
2. Alfonso, C., Jann, S., Massa, R. and Torreggiani, A. (2010). Diagnosis, treatment and follow-up of the carpal tunnel syndrome: a review. *Neurolog Sci*, 31 (3), 243–252.
3. Amirlak, B., Upadhyaya, K., Ahmed, O., Wolff, T., Tsai, T. and Schecker, L. (2016). Median nerve entrapment.
4. Aroori, S. in Spence, R. A. (2008). Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J*, 77 (1), 6–17.
5. Atroshi, I., Gummesson, C., Johnsson, R., Ornstein, E., Ranstam, J. in Rosen, I. (1999). Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*, 282 (2), 153–158.
6. Bilban, M. (2011). Sindrom karpalnega kanala. Delo in varnost, 2, 38–51.
7. Chammas, M., Boretto, J., Burmann, L. M., Ramos, R. M., dos Santos Neto, F. C., Silva, J. B. (2014). Síndrome do túnel do carpo – Parte I (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico). *Rev Bras Ortop*, 49 (5), 429–436.
8. Dorwart, B. B. (1984). Carpal tunnel syndrome: a review. *Semin Arthritis Rheum*, 14, 134–140.
9. Goyal, M., Mehta, S. K., Rana, N. idr. (2016). Motor nerve conduction velocity and function in carpal tunnel syndrome following neural mobilization: A randomized clinical trial. *Int J Health Allied Sci*, 5, 104–110.
10. Gunay, B. in Alp, A. (2015). The effectiveness of carpal bone mobilization accompanied by night splinting in idiopathic carpal tunnel syndrome/Idiopatik karpal tunel sendromunda karpal kemik mobilizasyon ve gece splinti kombinasyonunun etkinligi. *Turk J Phys Med Rehab*, 61 (1), 45–50.
11. Hains, G., Descarreaux, M., Lamy, A. M. in Hains, F. (2010). A randomized controlled (intervention) trial of ischemic compression therapy for chronic carpal tunnel syndrome. *J Can Chiropr Assoc*, 54 (3), 155–163.
12. Horng, Y. S., Hsieh, S. F., Tu, Y. K., Lin, M. C., Horng, Y. S. in Wang, J. D. (2011) The comparative effectiveness of tendon and nerve gliding exercises in patients with carpal tunnel syndrome: a randomized trial. *Am J Phys Med Rehabil*, 90 (6), 435–442.
13. Kaur, P., Kumar, S. in Arora, L. (2016). Effect of tendon and nerve gliding in carpal tunnel syndrome: clinical and electrophysiological examination. *Int J Health Sci*, 4 (1), 108–115.
14. Kisner, C. in Colby, L. A. (2012). Therapeutic exercise: foundations and techniques: 6th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, 398.
15. MacDermid, J. C. in Doherty, T. (2004). Clinical and electrodiagnostic testing of carpal tunnel syndrome: a narrative review. *J Orthop Sports Phys Ther*, 34 (10), 565–588.
16. Madenci, E., Altindag, O., Koca, I., Yilmaz, M. in Gur, A. (2012). Reliability and efficacy of the new massage technique on the treatment in the patients with carpal tunnel syndrome. *Rheumatol Int*, 32 (10), 3171–3179.

17. Oskouei, A. E., Talebi, G. A., Shakouri, S. K. and Ghabili, K. (2014). Effects of neuromobilization maneuver on clinical and electrophysiological measures of patients with carpal tunnel syndrome. *J Phys Ther Sci*, 26 (7), 1017–1022.
18. Patterson, J. D. and Simmons, B. P. (2002). Outcomes assessment in carpal tunnel syndrome. *Hand Clin*, 18 (2), 359–363.
19. Phalen, G. S. (1966). The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. *J Bone Joint Surg Am*, 48, 211–228.
20. Platzer, W. (2009). *Color atlas of human anatomy locomotor system*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 182.
21. Podnar, S. (2008). Predlog priporočil za obravnavo bolnikov s sindromom zapestnega prehoda v Sloveniji. *Zdrav Vestn*, 77, 103–109.
22. Pratelli, E., Pintucci, M., Cultrera, P. idr. (2015). Conservative treatment of carpal tunnel syndrome: comparison between laser therapy and fascial manipulation. *J Bodyw Mov Ther*, 19 (1), 113–118.
23. Presazzi, A., Bortolotto, C., Zacchino, M., Madonia, L. in Draghi, F. (2011). Carpal tunnel: normal anatomy, anatomical variants and ultrasound technique. *J Ultrasound*, 14 (1), 40–46.
24. Schmid, A. B., Elliott, J. M., Strudwick, M. W., Little, M. in Coppieters, M. W. (2012). Effect of splinting and exercise on intraneural edema of the median nerve in carpal tunnel syndrome an MRI study to reveal therapeutic mechanisms. *J Orthop Res*, 30 (8), 1343–1350.
25. van Doesburg, M. H. M., Henderson, J., Mink van der Molen, A. B., An, K. N. in Amadio, P. C. (2012). Transverse plane tendon and median nerve motion in the carpal tunnel: ultrasound comparison of carpal tunnel syndrome patients and healthy volunteers. *PLoS ONE*, 7 (5), 1–5.
26. Vikranth, G. R., Vinod Kumar, K. C. in Lawrence, M. (2015). Comparative effect of carpal bone mobilization versus neural mobilization in improving pain, functional status and symptoms severity in patients with carpal tunnel syndrome. *Int J Physiother*, 2 (3), 524–530.
27. Wehbe, M. A. in Schlegel, J. M. (2004). Nerve gliding exercise for thoracic outlet syndrome. *Hand Clin*, 20 (1), 51–55.
28. Werner, R. A. in Andary, M. (2002). Carpal tunnel syndrome: pathophysiology and clinical neurophysiology. *Clin Neurophysiol*, 113, 1373–1381.
29. Wolny, T., Saulicz, E., Linek, P., Mysliwiec, A. in Saulicz, M. (2015). Effect of manual therapy and neurodynamic techniques vs ultrasound and laser on 2PD in patients with CTS: a randomized controlled trial. *J Hand Ther*, 29 (3), 235–245.
30. Wolny, T., Saulicz, E., Linek, P., Shacklock, M. in Mysliwiec, A. (2017). Efficacy of manual therapy including neurodynamic techniques for the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized controlled trial. *J Manipulative Physiol Ther*, 8 (17), 1–10.

Komunikacija med gasilci in reševalci na krajevni vaji množične nesreče

UDK 614.8.028.4-048.63

KLJUČNE BESEDE: gasilci, reševalci, množične nesreče, vaje

POVZETEK - Ustrezna komunikacija ob množični nesreči je ena izmed ključnih funkcij, ki jo je treba pravilno in dovolj hitro vzpostaviti ter pri njej uporabiti samo kratke in jedrnatte podatke. Da bi ugotovili, kako pomembna je ustrezna komunikacija ob množični nesreči, smo v lokalnem okolju uprizorili množično nesrečo, pri kateri smo opazovali potek komunikacije med ekipami nujne medicinske pomoči in prostovoljnimi gasilci. Pomembno je ločiti vertikalno in horizontalno pot komunikacije ter upoštevati pravilo »manj je bolje«. Z analizo poteka vaje je bilo ugotovljeno, da komunikacija med vodjem intervencije, vodjem prostovoljnih gasilcev in vodjem nujne medicinske pomoči še vedno ni optimalna. Čas za doseganje učinkovite vzpostavitve komunikacije med vodjami posameznih služb za intervencije je presegel 7 minut, kar lahko v realni situaciji pripomore k neusklajenemu delovanju sodelujočih služb z možnimi posledicami, tako za varnost reševalnih ekip kot za ogrožene osebe, ki so potrebne njihove pomoči. Da bi dosegli optimalno usklajenost in učinkovito delovanje različnih reševalnih ekip je izvajanje praktičnih vaj izjemno pomembno.

UDC 614.8.028.4-048.63

KEY WORDS: firefighters, paramedics, mass accident, exercise

ABSTRACT - One of the key functions in case of a massive accident is adequate communication that needs to be properly and quickly established, using only brief and concise information. In order to determine the importance of adequate communication during a mass accident, we simulated a mass accident in the local environment and observed the communication flow between emergency medical service and volunteer firefighters. It is important to distinguish between vertical and horizontal flow of communication and respect the "less is more" rule. The exercise analysis shows that the communication between the head of intervention, the head of voluntary firefighters and the head of emergency medical service is still not optimal. The time required to achieve an effective communication among the heads of individual intervention services exceeded 7 minutes; in a real-life situation, this could contribute to an uncoordinated action of the participating services with possible consequences both for the safety of the rescue teams and for those at risk who need their help. Implementing a practical training with the aim of achieving the optimal coordination and efficient performance of different rescue teams is of great importance.

1 Teoretična izhodišča

Fink (2008) poudarja, da v kolikor želimo masovno nesrečo opredeliti številsko, takoj naletimo na težavo, saj je lahko prometna nesreča s sedmimi poškodovanci v nekem okolju že masovna nesreča, v drugem okolju pa samo večja nesreča, ki je razmeroma enostavno obvladljiva.

V Načrtu zaščite in reševanja ob masovnih nesrečah (2012) je navedeno, da je masovna nesreča dogodek, v katerem je 10 ali več oseb hudo poškodovanih ali življenjsko ogroženih zaradi nenadnega obolenja oziroma poškodbe.

Žagar (2016) ugotavlja, da se gasilci pojavijo kot podaljšana roka reševalcem nujne medicinske pomoči in tako po dogovoru z njimi delujejo usklajeno. Gasilci so

dandanes usposobljeni samodejno izpeljati »posredovanje«, kot na primer reševanje ukleščene osebe iz vozila, vendar se za samostojno delo odločijo le v izjemnih primerih in to kadar je neposredno ogroženo poškodovančevo življenje ali življenje ostalih sodelujočih zaradi razmer, ki so nastale na kraju dogodka.

Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah (2013) narekujejo, da mora informacijski center imeti zadostne komunikacijske zmogljivosti, da lahko daje informacije svojcem poškodovancev ter novinarjem in drugi zainteresirani javnosti. Smiselna je vnaprejšnja časovna napoved dajanja informacij, saj je v vmesnem obdobju tako mogoče pričakovati, oziroma tudi zagotoviti manjše motnje, prekinjanje dela in nepotrebno zasedanje komunikacijskih zvez. Svojci, ki so v prostorih bolnišnice, naj dobijo informacije prej ali hkrati z novinarji, oziroma mediji.

Učinkovita komunikacija je takrat, ko prejemnik interpretira sporočilo pošiljatelja tako, kot je pošiljatelj pričakoval. Za sprejemanje in obravnavanje nujnih klicev je pomembna jasna, razumljiva in neposredna sposobnost govora, ter odprto in pazljivo poslušanje (Kandido, Drole in Jakulin, 2007).

Dispečer ekipe nujne medicinske pomoči mora potrditi masovno nesrečo ter zabeležiti čas prihoda na mesto nesreče. Ko pridobi še vse ostale potrebne podatke s strani gasilcev in policije, posreduje dispečerju zdravstveno poročilo »METHANE«. Prvo prispela ekipa enote nujne medicinske pomoči mora vzpostaviti ključne funkcije za delovanje sistema nujne medicinske pomoči na kraju nesreče, kar zajema vodjo intervencije nujne medicinske pomoči, vodjo primarne triaže in koordinatorja prevozov (Špindler, 2016).

Vodja gasilske intervencije, vodja zdravstvene intervencije in vodja policijske intervencije sestavljajo skupno vodstvo intervencije, kateri med seboj komunicirajo osebno. Mesta vodij intervencije morajo biti drug blizu drugega. Skupno mesto se imenuje poveljniška točka, ki jo vodje uporabljajo za komunikacijski center. S tega mesta ob nesreči, komunicirajo z drugimi službami za prevoz poškodovancev ali za dodatno aktiviranje gasilskih enot. Vse informacije so tako zbrane na eni točki na kraju nesreče (Dolinar, 2009).

Kadar komunikacijske poti dobro delujejo, prejmejo bolnišnice zgodnje obvestilo o masovni nesreči. Tako imajo bolnišnice dovolj časa za pripravo na prihod prvih poškodovancev (Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, 2013).

Za uspešno odzivanje bolnišnic na krizno stanje, je potrebno usklajevanje med vsemi bolnišničnimi enotami, načrtovanje in usklajevanje policijskih, gasilskih in predbolnišničnih nujnih služb, da se zagotovi vzpostavitev komunikacijskih linij za potrebno prilagodljivost za odzivanje na obseg in resnost nezgode. HEICS (Hospital Emergency Incident Command System) pomaga zagotoviti večjo usklajenost med bolnišnicami in drugimi ustanovami, ki se ukvarjajo z izrednimi dogodki (Atighechian idr., 2011).

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2015) opisuje tudi poklicne standarde zdravstvene nege. Pričakuje se, da zaposleni reševalec - diplomirani zdravstveni de-

lavec ustrezno obvlada le te. Pri masovni nesreči mora znati izvesti organizacijo reševanja, obvladati primarno in sekundarno triažo, obvladati koordinacijo transporta ter obvladati vertikalno in horizontalno komunikacijo.

Zdravstveni tehnik oziroma diplomirani zdravstvenik, zaposlen v reševalni službi, mora biti vsestransko praktičen in teoretično usposobljen. Vsak reševalec se mora znati v novih in nepredvidljivih situacijah, poznati mora osnove urgentne medicine in praktično obvladati vse postopke, pri katerih sodeluje kot član urgentnega tima. Seveda mora znati opravljati delo dispečerja, poznati sodobne komunikacijske naprave in jih znati uporabljati (Žmavc, 2007).

2 Metoda

Namen raziskave je bil analizirati komunikacijo ob izvajanju krajevne vaje masovne nesreče, ob kateri smo anketirali ekipe NMP in prostovoljne gasilce. Na osnovi ugotovitev ob analizi izvedene vaje, bodo sprejeti ukrepi za izboljšanje komunikacije prostovoljnih gasilcev Gasilske zveze Ormož v sodelovanju z Nujno medicinsko pomočjo Ormož pri obravnavi masovnih nesreč v prihodnosti.

Cilj raziskave je bil ugotoviti pomanjkljivosti pri komunikaciji prostovoljnih gasilcev in ekip NMP ob masovni nesreči. Zastavili smo si raziskovalno vprašanje: »Katera neskladja so prepoznana ob komunikaciji prostovoljnih gasilcev in ekip NMP med vajo«?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni in empirični metodi dela. Podatki za kvantitativno raziskavo so bili pridobljeni z izvedbo anketnega vprašalnika med ekipami nujne medicinske pomoči in prostovoljnimi gasilci, ki so sodelovali na krajevni vaji masovne nesreče.

2.2 Opis instrumenta

Za raziskovalni instrument smo uporabili strukturirani anketni vprašalnik. Izdelan je bil na osnovi preučene literature. Sestavljen je bil iz dveh delov. V prvem delu so odgovarjali na vprašanja o demografskih podatkih. Drugi del vprašalnika vključuje trditve, s katerimi smo pridobili stališča anketirancev o komunikaciji pri izvedbi vaje masovne nesreče, s pomočjo Likartove lestvice stališč.

2.3 Opis vzorca

Na krajevni vaji masovne nesreče smo anketirali 121 prostovoljnih gasilcev iz 16 prostovoljnih gasilskih enot Gasilske zveze Ormož ter 5 članov ekipe nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ormož. Izpoljenih anketnih vprašalnikov je bilo 126, ampak od tega je bilo pravilno izpoljenih in v raziskavi upoštevano 100 anketnih vprašalnikov.

Pri reševanju anketnega vprašalnika so anketiranci sodelovali prostovoljno. Izpolnjevali so ga takoj po zaključku krajevne vaje.

2.4 Opis zbiranja podatkov

Anketne vprašalnike smo neposredno po zaključku vaje razdelili in udeležence vaje naprosili, da si vzamejo dovolj časa pri izpolnjevanju. Nadzorovali smo, da ni prišlo do skupinskega izpolnjevanja vprašalnikov. Sodelovanje je temeljilo izključno na prostovoljni ravni. Zbrane podatke smo iz anketnih vprašalnikov vnesli v predhodno pripravljeno Excelovo preglednico.

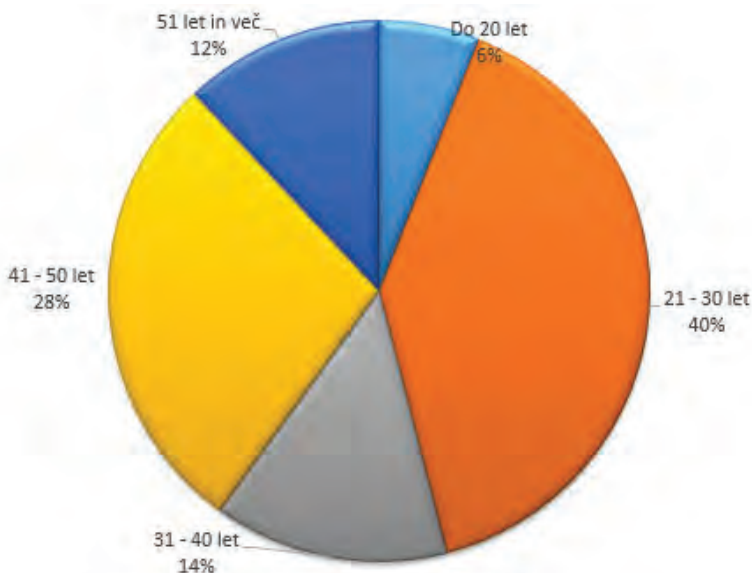
3 Rezultati

Anketne vprašalnike je izpolnilo 94 prostovoljnih gasilcev, 5 reševalcev ter poveljnik civilne zaščite. Zaradi izobraževanja v tujini, na vaji ni bilo prisotnega zdravnika.

Pri analizi ustrezno izpolnjenih anketnih vprašalnikov, je ugotovljeno, da je na krajevni vaji sodelovalo 96 oseb moškega spola in 4 osebe ženskega spola.

Starostna struktura anketirancev, sodelujočih na krajevni nesreči, je prevladovala v prid osebam v starostni skupini od 21 do 30 let (40 %). Mlajših od 20 let je bilo samo 6 oseb in starejših od 51 let in več pa 12 oseb. Ostalo je razvidno iz grafa št. 1.

Graf 1: Starost anketirancev na krajevni vaji



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Pri naslednjih vprašanjih smo uporabili Likartovo lestvico stališč, razvidno iz tabele št. 1, pri kateri anketiranci izražajo stališča: ali se z navedeno trditvijo popolnoma

strinjajo ali pa se z navedeno trditvijo popolnoma ne strinjajo. S prvo trditvijo smo preverjali, ali se strinjajo, da so intervencijske službe komunicirale samo takrat, kadar je bilo to res nujno. 35 anketirancev se je s trditvijo popolnoma strinjalo, 7 anketirancev pa se s trditvijo ni popolnoma strinjalo. 47 anketirancev se je popolnoma strinjalo, da so bili pogovori med intervencijskimi službami kratki in jedrati z bistvenimi podatki, 7 anketirancev pa se s trditvijo ni strinjalo. Da je bilo število ponesrečencev ob prihodu intervencijskih in drugih služb znano, se je popolnoma strinjalo 33 anketiranih, 1 anketiranec pa se ni popolnoma strinjal s to trditvijo. S trditvijo »ob prihodu drugih intervencijskih služb se je vedelo koliko reševalnega osebja je na voljo«, se je popolnoma strinjalo 28 anketiranih, s trditvijo se popolnoma niso strinjali 4 anketirani. Da so bili na krajevni vaji ločeni horizontalna in vertikalna komunikacijska pot, se je 31 anketirancev popolnoma strinjalo s trditvijo, 8 anketirancev pa se s trditvijo ni strinjalo. »Pri komunikaciji znotraj intervencijskih služb so upoštevali komunikacijski protokol«, popolnoma se je strinjalo 41 anketirancev, s trditvijo se popolnoma ni strinjal 1 anketiranec. »Intervencijske službe so med seboj komunicirale z upoštevanjem komunikacijskega protokola« se je popolnoma strinjalo 35 anketirancev, 6 anketirancev pa se s trditvijo ni strinjalo. »Prvo prispela ekipa na kraj dogodka je pravilno in kakovostno sporočila informacije regijskemu centru za obveščanje sporočil« se je popolnoma strinjalo 52 anketirancev, 4 anketiranci se s trditvijo niso strinjali. Za lažje sporočanje informacij si intervencijske službe pomagajo s pomočjo metode METHAN in da so to storili na vaji se je popolnoma strinjalo 23 anketirancev, 1 anketiranec pa se popolnoma ni strinjal. »Na sprejemnem mestu so določili osebo, ki je komunicirala s prihajajočimi reševalnimi ekipami« se je popolnoma strinjalo 62 anketirancev, 1 anketiranec pa se s trditvijo ni strinjal. S trditvijo »Vodja intervencije, vodja intervencije nujne medicinske pomoči in vodja policijske patrulje so v najkrajšem možnem času vzpostavili informacijsko poveljniško točko« se je popolnoma strinjalo 63 anketirancev, ter 2 anketiranca se s trditvijo nista strinjala.

Tabela 1: Komunikacija ob masovni nesreči

Komuniciranje ob masovni nesreči					
Podvprašanje	Odgovori				
	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Ne morem se odločiti	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Intervencijske službe so komunicirale samo takrat, kadar je bilo to res nujno – »MANJ JE BOLJE«.	7 (7 %)	5 (5 %)	22 (22 %)	35 (35 %)	31 (31 %)
Pogovori med intervencijskimi službami so bili kratki, jedrnat, navajali so samo bistvene podatke.	0 (0 %)	7 (7 %)	11 (11 %)	35 (35 %)	47 (47 %)
Ob prihodu intervencijskih in drugih služb so vedeli podatek o ponesrečencih.	1 (1 %)	8 (8 %)	18 (18 %)	40 (40 %)	33 (33 %)
Ob prihodu intervencijskih in drugih služb so vedeli koliko reševalnega osebja je na voljo.	4 (4 %)	14 (14 %)	24 (24 %)	30 (30 %)	28 (28 %)
Ločeni sta bile vertikalna in horizontalna komunikacijska pot.	0 (0 %)	8 (8 %)	36 (36 %)	25 (25 %)	31 (31 %)
Upoštevali so komunikacijski protokol pri izmenjavi podatkov znotraj službe.	1 (1 %)	1 (1 %)	20 (20 %)	37 (37 %)	41 (41 %)
Upoštevali so komunikacijski protokol pri izmenjavi podatkov z drugimi intervencijskimi službami oz. vozili.	0 (0 %)	6 (6 %)	19 (19 %)	40 (40 %)	35 (35 %)
Prva ekipa, ki je prispela na kraj dogodka, je pravilno in kakovostno sporočila informacije regijskemu centru za obveščanje sporočil.	0 (0 %)	4 (4 %)	13 (13 %)	31 (31 %)	52 (52 %)
Pri sporočanju informacij dalje, so uporabili metodo METHANE.	1 (1 %)	3 (3 %)	34 (34 %)	39 (39 %)	23 (23 %)
Določili so osebo na sprejemnem mestu, ki je komunicirala dalje s prihajajočimi reševalnimi ekipami.	0 (0 %)	1 (1 %)	10 (10 %)	27 (27 %)	62 (62 %)
V najkrajšem možnem času, so vodja intervencije, vodja nujne medicinske pomoči in vodja policijskih patrolj vzpostavili informacijsko poveljniško točko (vodstvo intervencije).	0 (0 %)	2 (2 %)	5 (5 %)	30 (30 %)	63 (63 %)

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

4 Razprava

Element uspešne vaje je vzpostaviti dobro komunikacijo med in znotraj intervencijskih služb v skladu z definicijo učinkovite komunikacije (Kandido, Drole in Jakulin, 2007). Pri naši krajevni vaji se je pojavila prva pomanjkljivost in sicer med vodjami posameznih intervencijskih služb je čas vzpostavitve dobre komunikacije presegel 7 minut, kar lahko v realni situaciji pripomore k posledicam neusklajenega delovanja sodelujočih služb pri reševanju poškodovancev kot tudi pri varnosti reševalnih ekip.

Cilj vaje je bil predvsem ugotoviti pomanjkljivosti v komunikaciji, da bi jih v prihodnosti odpravili. Za boljšo komunikacijo med intervencijskimi službami je pomembno, da se držijo načel dobrega komuniciranja med intervencijskimi službami, in sicer, da je manj informacij bolje. Vendar je pri tem pomembno, da so te informacije pomembne. Seveda je pomembno ločiti vertikalno in horizontalno pot; to je najlažje doseči z drugim komunikacijskim kanalom. To pomeni, da vodje intervencijskih služb komunicirajo na drugem komunikacijskem kanalu kot intervencijske službe znotraj enot (Dolinar, 2009).

Rezultati raziskave nam bodo služili za boljšo komunikacijo med intervencijskimi službami na naslednji skupni intervenciji. Zelo smo veseli, da se je taka vaja izpeljala, kajti opazili smo napake, ki se dogajajo in jih bomo lahko izboljšali. Dobro bi bilo, da bi na podoben način vaje izpeljale tudi ostale gasilske zveze v Sloveniji, z namenom opazovanja odklonov intervencijskih služb v komunikaciji. Posebno, ko sodeluje več ekip nujne medicinske pomoči, več policijskih enot ter še več gasilskih društev.

Gasilska zveza Ormož in Nujna medicinska pomoč Ormož bodo čez nekaj let ponovno izvedli podobno vajo. Ugotavljali bomo, ali so se napake v komunikaciji odpravile, ali so se pojavile nove ter spet ugotavljali kaj lahko izboljšamo, da bo sodelovanje uspešnejše. Ob tem bomo opravili primerjalno raziskavo s podobnim raziskovalnim instrumentom.

LITERATURA

1. Atighechian, G., Haghshenas, A., Shams, L. in Yarmohammadian, M. H. (2011). Are hospitals ready to response to disasters? Challenges, opportunities and strategies of Hospital Emerhency Incident Command Sysrem (HEICS). *Joutnal of Research in Medical Sciences*, 16 (8), 1070–1077. Pridobljeno 4. 9. 2018, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263085/#>.
2. Dolinar, J. (2009). Kako se povezujejo intervencijske službe za hitro skupno posredovanje ob izrednih dogodkih. V A. Posavec (ur.), *Izvajanje nujne medicinske pomoči in transporta v izrednih razmerah* (str. 127–130). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
3. Fink, A. (2008). Delovanje zdravstva ob množičnih nesrečah. *Ujma*, 22, 222–232.
4. Kandido, A., Drole, M. in Jakulin, D. (2007). Posebnosti pri reševanju na ladjah. V A. Posavec (ur.), *Zdravstveni reševalec poklic, poslanstvo ali izziv* (str. 113–115). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
5. Načrt zaščite in reševanja ob masovnih nesrečah (ob nesrečah z večjim številom hudo poškodovanih ali življenjsko ogroženih nenadno obolelih oseb). (2012). Pridobljeno 20. 4. 2017, s <file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/nart-zr-ob-masovnih-nesreah-v2-29-6-2012-javno.pdf>.
6. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2015). Uradni list Republike Slovenije, št. 81. Pridobljeno 17. 1. 2018, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/123617/#1.%C2%A0%C4%8Dlen>.
7. Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah. (2013). Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva. Pridobljeno 5. 4. 2017, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/NMP_2013/mnozicne_nesrece/Smernice_NMP_mnozicne_tisk_2.pdf.

8. Špindler, M. (2016). Množične nesreče-optimalna obravnava poškodovancev na terenu. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina-izbrana poglavja 2016* (str. 24–28). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
9. Žagar, B. (2016). Reševanja ob prometnih nesrečah osebnih vozil. Ljubljana: Gasilska zveza Slovenije.
10. Žmavc, A. (2007). Kakšnega reševalca potrebuje Nujna medicinska pomoč Slovenije. V A. Posavec (ur.), *Zdravstveni reševalec poklic, poslanstvo ali izziv (63–67)*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.

Utjecaj art terapije kod osoba s posttraumatskim stresnim poremećajem

UDK 615.851.8:7+616.89

KLJUČNE RIJEČI: art terapija, PTSP, trauma

POVZETEK - Art terapija jedna je od kreativnih terapija, a od drugih terapija razlikuje se svojim iskustvenim i neverbalnim karakterom. Karakteristično za art terapiju je svrhovita i metodička upotreba umjetnosti kroz crtež, sliku, kolaž, i drugo te na taj način pomaže oblikovati i izraziti osjećaje, misli i sjećanja. U kliničkoj praksi art terapija uglavnom se primjenjuje u kombinaciji s psihoterapijom usmjerenom na traumu. Kako se u terapijskom procesu priča razvija, fantazija i stvarnost se zbunjuju, što dovodi do samospoznavanja i katarzičkog puštanja, a pacijentu se pomaže u suočavanju s realnošću traume i prateće emocije. Umjetnički je izraz snažan način da sigurno sadrži i stvori odvojenost od zastrašujućeg iskustva traume. Art daje sigurnu mogućnost kada riječi nisu dovoljne da se kroz preživjelo iskustvo prođe sjećanjima, mislima i osjećajima. Kada se art ili kreativnost privuče u sesiju, na vrlo osnovnoj razini, dodiruju se i drugi dijelovi iskustva osobe. Ona pristupa informacijama ili emocijama kojima se možda ne može pristupiti samim razgovorom. Smanjenje primarnih simptoma PTSP-a i općenito poboljšanje kliničke slike bolesti je često prijavljeno kao rezultat uključivanja pacijenta u art terapiju. Pojedini autori art terapiju u tretmanu PTSP-a opisuju kao pomoć u smanjenju simptoma ponovnog proživljavanja, izbjegavanja, pobuđenosti kao i emocionalnog numbinga.

UDC 615.851.8:7+616.89

KEY WORDS: art therapy, PTSD, trauma

ABSTRACT - Art therapy is one of creative methods which is characterized by experimental and nonverbal aspects. Art therapy is a purposeful and methodical use of art. Drawing, painting, collage and other help to shape and express feelings, thoughts and memories. In the context of clinical practice, art therapy is used in combination with trauma focused psychotherapy. In the therapy process, reality and fantasy are merging which leads to self-recognition and catharsis and helps the person face the trauma. Artistic expression is a powerful way to create a separation from the trauma experience. When words are not enough to pass through memories, thoughts and feelings, art opens that possibility. On the basic level of art therapy in session other parts of the person's experiences are visible. Art can access the information and emotions better than words sometimes can. Participation in art therapy can result in the decreasing of primary PTSD symptoms and improving of the clinical picture of the disease. Art therapy is seen by some authors as a quality tool for decreasing retraumatisation of symptoms, avoiding excitement and emotional numbing.

1 Uvod

Ljudska povijest isprepletena je sukobima, nemirima i brojnim drugim stresnim događajima koji uvelike utječu na osobu. U današnje vrijeme, pod utjecajem ubrzanog tempa života i stalnog izlaganja raznim opasnostima, ljudi sve više bivaju izloženi traumatskim događajima i iskustvima, bilo kao žrtve ili svjedoci.

Različiti mediji konstantno nas obavještavaju o nesrećama, prirodnim katastrofama, ratovima, ubojstvima, terorističkim napadima te brojnim drugim stresnim i potencijalno traumatskim situacijama. Velik dio populacije svakodnevno proživljava traumatska iskustva, od kojih su mnoga dugotrajna. Također, nesreće i razne traumatske situacije

često su iznenadne i osoba ne može znati kada bi se mogla naći u jednoj od njih. Upravo iz tog razloga ukazuje se sve veća potreba za razumijevanjem osoba koje su proživjele takva iskustva, kako bi se pomoglo njima, ali i svima koji će takva iskustva tek proživjeti. Općenito, traumatski događaji imaju mnoga zajednička obilježja bez obzira događaju li se u javnoj sferi politike ili unutar privatnih sfera seksualnog zlostavljanja i nasilja u obitelji (Herman, 1992). Ipak, koliko god ljudi bili različiti, kod svih je reakcija na traumatski događaj gotovo ista. Mnogo je posljedica koje sa sobom donosi traumatski događaj, a jedna je od mogućih i razvoj posttraumatskog stresnog poremećaja. Liječenje simptoma psihičke traume moguće je psihoterapijom, medikamentima ali i metodama koje još nisu znanstveno dokazane no imaju značajan utjecaj na smanjenje simptoma. Jedna od njih je art terapija na koju je u ovom radu stavljen naglasak.

2 Povijest posttraumatskog stresnog poremećaja

Opisi psihičkih smetnji izazvanih iznenadnim traumatskim doživljajima kao što su prirodne katastrofe ili ratna stradanja postojali su u stručnoj i popularnoj literaturi puno prije službenog uvođenja posttraumatskog stresnog poremećaja u priručnik.

Ovaj poremećaj prvo je opisan u vojnika koji su sudjelovali u Američkom građanskom ratu. U to doba velika pažnja usmjeravana je na učestale teškoće vezane uz kardiovaskularni sustav kod traumatiziranih vojnika. Upravo je to začetak duge tradicije povezanosti posttraumatskog stresnog poremećaja i »srčane neuroze«. To se posebno očituje u terminima kao što su »iritabilno srce«, »vojničko srce« pa sve do termina iz Prvog svjetskog rata kao što su »poremećaji srca vezani za brojne aktivnosti« i »neurocirkulatorna astenija«. Neuroze veterana Drugog svjetskog rata dovele su do definiranja kategorije velike stresne reakcije u prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-I) 1952. godine (Gregurek, 2000). Poremećaj je po definiciji bio akutan i reverzibilan, no nisu bili specificirani karakteristični simptomi (Gilić in Tičić, 2002).

Iako prvi DSM priručnik nije imao detaljan kriterij za dijagnosticiranje kakav postoji danas, u njemu je predložena dijagnoza za osobe koje su prethodno bile relativno normalne, ali su imale karakteristične simptome kao rezultat njihova iskustva s ekstremnim stresorima poput civilne katastrofe ili ratnog sukoba. Ipak, na vrhuncu Vijetnamskog rata, kada je objavljen DSM-II (1968), ta je kategorija izbačena. Bloom navodi kako je John Talbott, budući predsjednik Američke psihijatrijske udruge, zatražio povratak te dijagnostičke kategorije do sljedeće godine, 1969. Kao psihijatar za vrijeme službe u Vijetnamu smatrao je da je ta dijagnostička kategorija neophodna, budući da simptome koje je on u svome radu opažao, nije mogao obuhvatiti postojećim dijagnostičkim sustavom. Ipak, do povratka slične kategorije prošlo je nešto više od deset godina.

Tijekom 1970-ih godina velik broj socijalnih pokreta u SAD-u i svijetu privukao je pažnju na reakcije uslijed interpersonalnog nasilja i ratnih sukoba, a pokreti žena na

seksualno i fizičko zlostavljanje putem raznih protesta i grupa za podizanje svijesti. Zakoni su mijenjani kako bi odražavali stav da su slučajevi zlostavljanja u obitelji društveni, a ne samo obiteljski problem. Istraživanja toga vremena, poput onih Kempa i suradnika (Gray, Cutler, Dean in Kempe, 1977; Schmitt in Kempe, 1975), Burgesa i Holmstroma (1973, 1974) i Walkera (1979) rezultirala su opisom raznih sindroma poput »sindroma dječjeg zlostavljanja«, »sindroma traume nakon silovanja« i »sindroma izubijane žene«, te su iznjedrila cijelu generaciju istraživanja koja su se bavila takvim temama. Opisi odgovora na takve oblike interpersonalnih trauma bili su gotovo identični odgovorima koje su opisali milijuni veterana iz Vijetnamskog rata (Gregurek, 2000). Kao rezultat toga, kada je razmatrana revizija DSM priručnika, reakcije na sve traumatske događaje svrstane su u jednu kategoriju.

Naziv posttraumatski stresni poremećaj osmislila je Američka psihijatrijska udruga 1980. godine (Shepard, 2007). Tada je u DSM-III priručniku (American Psychiatric Association, 1980) prvi put posttraumatski stresni poremećaj uključen kao službena dijagnoza. Posttraumatski stresni poremećaj, klasificiran kao anksiozni poremećaj, imao je četiri kriterija. U reviziji DSM-III priručnika, DSM-III-R (APA, 1987), prepravljani su i postavljeni kriteriji za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja koji, u većem dijelu, vrijede i danas. Utvrđeno je 5 kriterija. DSM-IV objavljen je 1994. godine i prerađen 2000. godine (American Psychiatric Association, 1994, 2000). Zadnja značajna promjena odnosi se na to da simptomi moraju uzrokovati značajno ometanje ili oštećenje u nekim područjima funkcioniranja (kriterij F) (APA, 2013). Godine 2013., objavljen je i DSM-V te se danas za dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja koriste kriteriji navedeni u njemu.

3 Trauma i posttraumatski stresni poremećaj

Pojam trauma zauzima posebno mjesto u području stresa i načinu suočavanja sa stresom.

Trauma se definira kao događaj koji je izvan granica uobičajenog ljudskog iskustva i koji je za svakog izrazito neugodan. To su događaji koji uključuju smrt ili prijetnju smrću, tešku ozljedu ili prijetnju vlastitom ili tuđem integritetu. Kod takvih događaja ljudi reagiraju intenzivnim strahom i imaju osjećaj bespomoćnosti i užasa (Jakšić, 2014).

Zbog velikog intenziteta proživljavanja traume koji dovodi do patnje, razlikujemo traumatski događaj od stresnog. Kod traumatskog događaja nije bitno u kakvom je osoba psihofizičkom stanju bila prije takvog događaja niti kakvi su bili njezini načini suočavanja. Veoma je bitan intenzitet događaja, a ne čimbenici koji osobu čine osjetljivom na stres, te se reakcije na traumatsko iskustvo smatraju neizbježnima. Iako iskazivanje simptoma i sadržaj reakcija na traumu mogu varirati u odnosu na dob, prirodu traume i njezinu značenju za osobu, opći oblik posttraumatskih reakcija jednak je za sve osobe. Kada intenzitet tih reakcija, opseg i trajanje prijeđu određenu mjeru, govori se o posttraumatskom stresnom poremećaju, odnosno o patološkom obliku reakcije na traumu.

Prema MKB-10 posttraumatski stresni poremećaj se definira kao »zakašnjeli ili produženi odgovor na stresni događaj ili situaciju (bilo kratkog ili dugog trajanja) izuzetno ugrožavajuće ili katastrofalne prirode, koji će vjerojatno u većini slučajeva uzrokovati pervazivni distres« (MKB 10, 1999).

4 Klinička slika

Posttraumatski stresni poremećaj kao i mnogi drugi psihijatrijski poremećaji utječu ne samo na bolesnika nego i na cijelu njegovu obitelj i šire društveno okruženje. Budući da se tijekom vremena simptomi poremećaja kronificiraju on poprima kroničan oblik te sposobnost bolesnikova funkcioniranja u svakodnevnom životu i radnom okruženju pada, a pravodobno dijagnosticiranje, liječenje i prevencija postaju pravi izazov za kliničare. Dijagnoza posttraumatskog stresnog poremećaja dodatno je otežana jer se simptomi tog poremećaja preklapaju sa simptomima depresije i drugih anksioznih poremećaja. Prisutnost traumatskog poremećaja glavna je i osnovna odrednica dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja (Svalina, 2015).

Prognoza posttraumatskog stresnog poremećaja može imati akutni ili kronični oblik. Kod akutnih slučajeva simptomi se javljaju u roku od šest mjeseci, te traju do šest mjeseci. Većina simptoma spontano nestane. Tu je najčešće riječ o posljedicama relativno blagog stresora. Ukoliko poremećaj traje dulje od šest mjeseci, govori se o kroničnom posttraumatskom stresnom poremećaju, a prognoza je nepovoljnija i može rezultirati težim oštećenjima ličnosti. Funkcioniranje ličnosti nije uvijek sukladno izraženosti simptoma - može se dogoditi da bolje funkcionira pojedinac s jako izraženim simptomima od onog čiji su simptomi jedva prepoznatljivi. Na socijalno funkcioniranje bitno utječe morbidna ličnost, tjelesno stanje i socijalne okolnosti. Teški stresori većinom izazivaju kronični posttraumatski stresni poremećaj. Međutim i njegov tijek može biti različit. Manji postotak traumatiziranih ne reagira na primijenjenu terapiju te simptomi posttraumatskog stresnog poremećaja ostaju trajno prisutni (Svalina, 2015).

Danas se za postavljanje dijagnoze posttraumatskog stresnog poremećaja koriste kriteriji navedeni u DSM-V.

Kriterij (A) odnosi se na izloženost stvarnoj smrti, ozbiljnoj ozljedi ili seksualnom nasilju, ili prijetnji.

Kriterij (B) odnosi se na prisutnost jednog (ili više) intruzivnih simptoma povezanih s traumatskim događajem nakon što takav događaj odvio.

Kriterij (C) odnosi se na dosljedno izbjegavanje podražaja koji su povezani s traumatskim događajem koje počinje nakon pojave traumatskog događaja.

Kriterij (D) odnosi se na negativne promjene u mislima i raspoloženju koje su povezane s traumatskim događajem, a koje počinju ili se pogoršavaju nakon traumatskog događaja.

Kriterij (E) odnosi se na primjetne promjene u pobuđenosti i reaktivnost i koje su povezane s traumatskim događajem, a koje počinju ili se pogoršavaju nakon traumatskog događaja.

Kriterij (F) odnosi se na to da je duljina trajanja smetnje (kriteriji B, C, D i E) duža od mjesec dana.

Kriterij (G) odnosi se na to da navedene smetnje osobi uzrokuju klinički značajnu patnju ili poteškoće u socijalnom, radnom ili drugom važnom području funkcioniranja.

Kriterij (H) odnosi se na to da se smetnje ne mogu pripisati fiziološkim učincima različitih supstanci (lijekova, alkohola) ili drugim medicinskim stanjima (APA, 2013, prema Svalina, 2015).

5 Rizični i prognostički čimbenici

Rizični (i zaštitni) čimbenici općenito se dijele u pretraumatske, peritraumatske, i posttraumatske čimbenike.

Pretraumatski čimbenici uključuju emocionalne probleme iz djetinjstva do 6 godina, prethodne mentalne poremećaje, niži socioekonomski status, niži stupanj obrazovanja, izloženost nekoj prethodnoj traumi (osobito tijekom djetinjstva), nedaćama u djetinjstvu (npr. siromaštvo, disfunkcionalna obitelj, roditeljsko odvajanje ili smrt), kulturalna obilježja (npr. fatalističke ili samookrivljavajuće strategije suočavanja); nižu inteligenciju; status rasne ili etničke manjine, povijest psihijatrijskih bolesti u obitelji, ženski rod i mlađa dob u vrijeme izloženosti traumi (za odrasle). Neki genotipovi ili mogu biti zaštitni čimbenik ili povećati rizik od posttraumatskog stresnog poremećaja nakon izlaganja traumatskim događajima. Socijalna podrška prije izlaganja događaja je zaštitni čimbenik.

Peritraumatski čimbenici uključuju težinu traume, doživljenu prijetnju za vlastiti život, osobnu ozljedu, interpersonalno nasilje (posebno nasilje doživljeno od skrbnika). Za vojničko osoblje ovi čimbenici uključuju nalaženje u ulozi počinitelja traumatskog događaja te svjedočenje zlodjelima i ubijanju neprijatelja. Disocijacija koja nastaje za vrijeme traume i nastavlja se nakon traume također je rizičan faktor.

Posttraumatski čimbenici su negativno procjenjivanje osobe od strane drugih, neprihvatljive strategije suočavanja, i razvoj akutnog stresnog poremećaja, zatim naknadno ponovljeno izlaganje traumatskim podsjetnicima, naknadni negativni životni događaji, te financijski i drugi gubici povezani s ozljedom. Socijalna podrška (uključujući i obiteljsku stabilnost, za djecu) je zaštitni faktor koji modelira ishod nakon traume (APA, 2013, prema Svalina, 2015).

6 Liječenje

Mogućnost uspješnog pružanja pomoći psihološki traumatiziranoj osobi zahtijeva odgovarajuće medicinsko i psihološko znanje o normalnim i patološkim reakcijama, ali isto tako, ne manje važno, i odgovarajuće empatijske sposobnosti kao i mogućnost uživljanja i kontejniranja traume. (Gregurek in Klain, (2000 v Svalina, 2015).

Glavni tretman za osobe sa posttraumatskim stresnim poremećajem podrazumijeva psihoterapiju (terapiju razgovorom), lijekove, ili oboje. Svaka osoba je različita i zbog toga metode liječenja koje su djelotvorne za jednu, ne moraju neophodno biti djelotvorne i za drugu osobu.

U liječenju bolesnika psihijatar treba primijeniti kombinaciju psihofarmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih intervencija, što je u skladu s holističkim pristupom bolesniku. Primarni cilj multidisciplinarnog liječenja jest poboljšanje bolesnikove razine funkcioniranja, uz smanjenje učestalosti i intenziteta boli i simptoma posttraumatskog stresnog poremećaja te bolju kvalitetu njegova života.

U liječenju pomaže psihoedukacija, vježbe relaksacije i jačanja samopouzdanja, kao što je autogeni trening. Za religiozne bolesnike, vjera i duhovnost mogu biti poticajni i zaštićujući za osobe oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja (Karapetrić - Bolfan, 2007, v Svalina, 2015). U velikom broju slučajeva traumatizirane osobe teško ili nikako verbaliziraju svoja iskustva odnosno osjećaje, a što je od velikog značaja za poboljšanje mentalnog zdravlja. U tim situacijama od velikog je značaja upravo art terapija.

7 Art terapija

Nagon i sposobnost za oblikovanjem i slikanjem prirodan je svakom čovjeku. Čin likovnog oblikovanja predstavlja dinamičnu simbiozu poriva, nagona i afekta. Emocionalna raspoloženja i afektivne reakcije na neki događaj putem oblikovanja iskazuju kako svjesne, tako i nesvjesne izražaje. Može se slobodno kazati da čovjek oblikuje od kako postoji (oblikovanje je starije od crteža, a crtež je stariji od pisma, a moguće i od izražavanja misli artikuliranim govorom). Crtež predstavlja isključivo ljudsku djelatnost, on služi kao sredstvo komunikacije, dopunjuje govor i pismo, čak svemu navedenom daje i jednu posebnu, širu i slobodniju dimenziju od pisma, u smislu moguće višeznačnosti izražavanja.

Najlakše se izraziti slikom, lakše negoli primjerice glazbom, poezijom ili pismom. Crtanje i slikanje je najkraći put od ideje do njezine vidljivosti. Prvi crteži što ih je oblikovao čovjek, potječu iz vremena takozvane prvobitne zajednice, kada su ljudi živjeli u spiljama i kada je oblikovanje (kao i druge ljudske aktivnosti) imalo poglavito magijski prizvuk. Spilje u Lascauxu, Chabotu i naročito Altamiri zorno prikazuju gore navedeno. U njima je vječnik na stijeni prikazivao krave i kobile u namjeri da na taj način umnoži stada kako bi se zajednica održala. (Leroi - Gurhan, 1964, v Rak, 2013).

7.1 Što je art terapija?

Art terapija jedna je od kreativnih terapija (zajedno s glazbo terapijom, dramskom terapijom i terapijom plesom). Art terapija se razlikuju od drugih terapija svojim iskustvenim i neverbalnim karakterom. Karakteristično za art terapiju je metodička upotreba umjetnosti kroz crtež, sliku, kolaž, i drugo te na taj način pomaže oblikovati i izraziti osjećaje, misli i sjećanja. U kliničkoj praksi art terapija uglavnom se primjenjuje u kombinaciji s psihoterapijom usmjerenom na traumu. Art terapija se također primjenjuje u multidisciplinarnom traumatskom liječenju (Drozdek in Bolwerk, 2010a, 2010b) ili kliničkom liječenju pacijenta (Wertheim - Cahen, van Dijk, Schouten, Rozen i Drozdek, 2004). Neka od istraživanja (Drozdek in Bolwerk, 2010b; Drozdek, Bolwerk, Tol in Kleber, 2012) sugeriraju što se više neverbalne terapije (art terapija, glazbena terapija i psihomotorna terapija) primjenjuje tijekom dnevno bolničkih programa i uz psihoterapiju usmjerenu na traumu, to se postižu bolji rezultati u smanjenju psihopatologije.

Cilj art terapije je izazvati procese promjene, razvoja i prihvaćanje, koristeći umjetnost (poput crtanja, slikanja, kolaža i oblikovanja) na svrhovit i metodičan način u liječenju psihosocijalnih problema i mentalnih poremećaja. Art terapijski stručnjaci (Avrahami, 2005; Baker, 2006; Gant in Tinnin, 2007., 2009.; Johnson, 1999; Spring, 1999; Stok, 2007; Wertheim, 2007; Wertheim - Cahen idr., 2004) daju prednost art terapiji u liječenju PTSP-a odraslih osoba.

Smanjenje primarnih simptoma PTSP-a i općenito poboljšanje kliničke slike bolesti je često prijavljeno kao rezultat uključenja pacijenta u art terapiju (Johnson in Lahad, 2009). Na primjer, Collie, Backos, Malchiodi i Spiegel (2006) opisuju art terapiju u tretmanu PTSP-a kao pomoć u smanjenju simptoma ponovnog proživljavanja, izbjegavanja, pobuđenosti kao i emocionalnog numbinga.

Art terapija omogućuje obradu traumatskih iskustava pristupanjem i integracijom traumatičnih sjećanja, komuniciranjem i dokumentiranjem slika traumatičnih sjećanja kroz obrede (Wertheim - Cahen, 1991). Smeijsters (2008) navodi da terapijske intervencije art terapije pružaju mogućnost udaljiti se od emocija i pružiti kognitivnu integraciju emocija i poticanje procesa stvaranja značenja.

Prema službenim smjernicama za liječenje PTSP-a (npr. Foa, Keane, Friedman i Cohen, 2009), navodi se art terapiju kao pomoć u smanjenju simptoma depresije i traume kao što su alexitimia, disocijacija, anksioznost, noćne more i problemi sa spavanjem. Također u smjernicama se spominju pozitivni rezultati art terapije u smislu pomoći povećanja emocionalne kontrole, poboljšanja interpersonalnih odnosa i poboljšanja slike tijela (Johnson in Lahad, 2009). Međutim, ove terapije nisu preporučene u smjernicama kao »zlatni standard«, a radi nedostatka podataka dobivenim znanstvenim istraživanjima. Većina prijavljenih učinaka art terapije temelje se na stručnim mišljenjima ili studijama slučaja (Foa idr., 2009), znanstvene recenzije su slabe i ne ispunjavaju kriterije za sustavne preglede (Collie, Backos, Malchiodi in Spiegel 2006; Kaiser idr., 2005).

Art terapija je intervencijska metoda koja svoj okvir i postupke tradicionalno temelji na psihoanalitičkoj teoriji. Moderni art terapeuti primjenjuju postupke kreativne art terapije koji odgovaraju psihosocijalnim obilježjima i psihološkim potrebama njihovih klijenata, a što se posebno odnosi na traumatizirane osobe. Art terapija često (ali ne isključivo) uključuje razvoj odnosa terapeuta i klijenta kroz umjetničko stvaranje, isto je najčešće povezano s pripovijedanjem (Coleman in Farris - Dufrene, 1996; Moschini, 2005; Simonds, 1994). U početku terapije, uloga je terapeuta olakšati stvaranje »umjetnosti« pružanjem odgovarajućih alata (art medija) i ohrabrenje.

Najčešći zajednički mediji su: crtež olovkom, bojanje, slikarstvo i glina. Kako napreduju sesije, od pacijenta se može zatražiti da ispriča priču o svom djelu, a terapeut olakšava tumačenje te priče. Kako se priča razvija, fantazija i stvarnost se zbunjuju, što dovodi do samospoznavanja i katarzičkog puštanja, a pacijentu se pomaže u suočavanju s realnošću traume i prateće emocije (Avstreich in Brown, 1979; St. Thomas in Johnson, 2002).

Iako praksa art terapije postoji već mnogo godina, sve do nedavno, djelotvornost iste nije empirijski obrađena (Reynolds, Nabors in Quinlan, 2000). Jedan od razloga koji se navodi za odsutnost istraživanja učinkovitosti je nedostatak art terapeuta osposobljenih za eksperimentalne metode istraživanja (Tibbetts, 1995) i povijesni nedostatak kliničkih psihologa na razini doktora znanosti educiranih u art terapiji (Wadeson, 1995). Još jedna prepreka za postizanje učinkovitosti istraživanja su poteškoće svojstvene mjerenju varijabli ishoda. Neki art terapeuti tvrde da nema adekvatnih empirijskih metoda koje bi mogle adekvatno mjeriti obzirom je psihološki konstrukt apstraktan (npr. samoaktualizacija) (Wadeson, 1995; Wolf, 1995). Unatoč tim preprekama, nekoliko art terapeuta provodi empirijsko istraživanje djelotvornosti.

Art terapija koristi se u cijelom svijetu u različitim kontekstima kao tretman za osobe koje su doživjele niz negativnih psihosocijalnih posljedica prvenstveno povezanih s izlaganjem traumatičnom životnom iskustvu. Priroda art terapijskog pristupa je često je nestrukturirana i neobuzdana, te omogućujućuje da se pacijent oslobodi, da raste i emocionalno i duhovno (Wolf, 1995). Proces art terapije, u svojoj biti, uključuje i otkrivanje onoga što pacijentu može biti osjećaj i razmišljanje. Vrijeme i trajanje procesa varira od pacijenta do pacijenta, a možda i nisu svi spremni na čisti, kontrolirani, vremenski ograničeni eksperimentalni dizajn. Proces u art terapiji osigurava sigurno »vozilo« pomoću kojeg terapeut i pacijent mogu stvoriti terapijski odnos.

Umjetnički način pruža sredstvo kojim pacijent može izraziti iskustva, sjećanja i emocije koje on ili ona možda ne može staviti u riječi, čime se osigurava zajednički jezik kojim pacijent i terapeut mogu komunicirati. Pokazalo se da art terapija olakšava razvoj odnosa klijent-terapeut, to je djelotvornost koja se može proširiti izvan postizanja terapeutskih ciljeva. U istraživanjima se pokazalo da je odnos klijent-terapeut jedan od najvažnijih prediktora ishoda liječenja. U prosjeku, 30 % varijance ishoda pripisana je odnosu klijent-terapeut, što vodi do 65 % uspjeha (Asay in Lambert, 1999). Art terapija je učinkovit alat za uspostavljanje odnosa između pacijenta i njegovog terapeuta i djelotvorna je metoda liječenja negativnih psihosocijalnih posljedica psihičke traume. Jasno je da art terapija zaslužuje više empirijske pozornosti. Širenje pristupa

art terapiji, teorijski i empirijski, otvara bogatstvo uzbudljivih mogućnosti, kao i ideja koje se mogu generirati iz sadašnje literature za temeljna i primijenjena istraživanja art terapije.

7.2 Kako art terapija može pomoći kod PTSP-a

Iako je terapija razgovorom već dugo korištena za liječenje PTSP-a, riječi ponekad nisu dovoljne. Stoga art terapija djeluje tako što pruža alternativnu i jednako je učinkovit ispušni ventil za izražavanje emocija. Umjetnički je izraz snažan način da sigurno sadrži i stvori odvojenost od zastrašujućeg iskustva traume. Umjetnost daje sigurnu mogućnost kada riječi nisu dovoljne da se kroz preživjelo iskustvo prođe sjećanjima, mislima i osjećajima. Kada se umjetnost ili kreativnost privuče u sesiju, na vrlo osnovnoj razini, dodiruju se i drugi dijelovi iskustva osobe. Ona pristupa informacijama ili emocijama kojima se možda ne može pristupiti samim razgovorom.

7.3 PTSP, tijelo i art terapija

Oporavak od PTSP-a također uključuje povratak osjećaja tjelesne sigurnosti (integriteta). Mnogi koji žive s PTSP-om osjećaju se kao da su odvojeni od svojih tijela. To je rezultat čestih osjećaja ugroženosti i fizičke nesigurnosti tijekom traumatskih događaja. Međutim, učenje da postoji veza s tijelom je ključno za oporavak od PTSP-a. Traumatizirani ljudi kronično se osjećaju nesigurnima u svojim tijelima (van der Kolk, 1994.). Kako bi se promijenili, ljudi moraju postati svjesni svojih senzacija i načina na koji njihova tijela komuniciraju sa svijetom oko njih. Fizička samosvijest je prvi korak u oslobađanju tiranije prošlosti.

Art terapija pogodna je za rad jer klijenti manipuliraju umjetničkim djelima izvan sebe. Eksternaliziranjem teških dijelova svojih priča o traumi, klijenti počinju sigurno pristupati svojim fizičkim iskustvima i ponovno stječu iskustvo da su njihova tijela sigurno mjesto. Važno je napomenuti da svaka intervencija učinjena vizualnim i osjetilnim materijalima može "izazvati" klijenta i stoga treba biti korištena oprezno. Korištenje art terapije za liječenje PTSP-a uključuje cjelokupno iskustvo: uma, tijela i emocija.

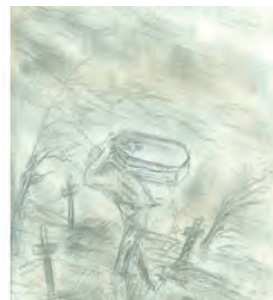
8 Kratki prikaz slučaja

Klijent je bio uključen u art terapiju nakon što je prethodno »prošao« individualnu psihoterapiju, grupnu psihoterapiju, obiteljsku terapiju te je bio uključen u long term program, a sve uz potporu medikamentozne terapije (anksiolitika, antidepresiva, stabilizatora raspoloženja, hipnotika). Obzirom navedene terapije nisu polučile pozitivan rezultat predloženo je da se uključi u art terapiju, poseban razlog bio je klijentov otežan verbalni izražaj traumatskog iskustva.

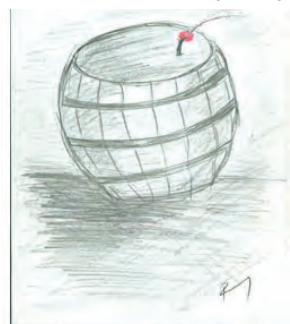
Slika 1: Traumatski događaj



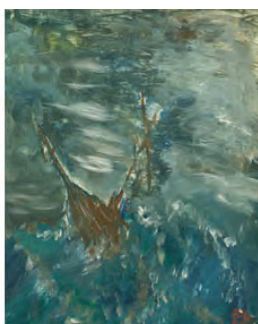
Slika 2: Zamišljanje događaja Slika 3: Teret



Slika 4: Osobno osjećanje



Slika 5: Brodolom života



Slika 6: Vjerovanje



Izvor: Osobna arhiva autora.

Klijent se uključuje u grupnu art terapiju koja je brojila šest članova, svi sa dijagnozom PTSP-a. Grupa se je sastajala jednom tjedno u trajanju od sat i pol vremena. U ovom radu prikazano je samo šest radova (arhiva autora) kroz koje se može pratiti rad na traumi. Od prve slike koja prikazuje samo traumatsko iskustvo. Druga sika prikazuje segment klijentovog zamišljanja događaja. Treća slika prikazuje »teret« koji klijent »nosi« radi gubitka prijatelja. Četvrta slika prikazuje klijentov osjećaj da je pred »eksplozijom«. Na petoj slici prikazan je životni brodolom. Dok šesta slika prikazuje vjerovanje. Rad u art terapiji kod klijenta je izazvao ekspresiju potiskivanih sjećanja i osjećaja, isto je dovelo do katarze nakon čega su se pojedini simptomi umanjili, a pojedini u potpunosti izgubili.

9 Zaključak

Art terapija je suportivna disciplina u liječnju i rehabilitaciji osoba s PTSP-om, a bolesnicima služi kao siguran prostor. Značajno je da se prilikom zajedničkog crtanja razvija komunikacija među sudionicima terapije, a razgovor je mnogo spontaniji i jednostavniji od obične verbalne komunikacije. Kroz art terapiju poboljšava se samoizražavanje, dolazi do ekspresije i obrade emocija. Cilj art terapije je pokušati pomiriti emocionalne sukobe, smanjiti anksioznost, povećati samopoštovanje, pomoći u reguliranju ponašanja i ovisnostima te potaknuti bolesnike na istraživanje njihovih osjećaja. Naposljetku, art terapija predstavlja rasonodu i doprinosi doživljavanju kreativnosti i igre. Art tera-

pija može pomoći bolesnicima da se opuste i oslobode tjeskobe. Art daje nekim bolesnicima hrabrosti da nadvladaju dijagnozu i simptome, budući da im pruža pozitivan i ne optužujući osjećaj. Obzirom kroz art terapiju stvaraju nešto značajno, mogu vidjeti da je njihov rad postao umjetnost, a što zaista daje doživljaj nagrađivanja.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
3. Asay, T. P. in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. V M. A. Hubble in B. L. Duncan (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (str. 23–55). Washington, DC: American Psychological Association.
4. Avrahami, D. (2005). Visual art therapy's unique contribution in the treatment of post-traumatic stress disorders. *Journal of trauma and dissociation*, 6, 5–38.
5. Avstreich, A. K. in Brown, J. J. (1979). Some aspects of movement and art therapy as related to the analytic situation. *Psychoanalytic Review*, 66, 49–68.
6. Baker, B. A. (2006). Art speaks in healing survivors of war: The use of art therapy in treating trauma survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 12, 183–198.
7. Coleman, V. D. in Farris - Duffrene, P. (1996). *Art therapy & psychotherapy: Blending two therapeutic approaches*. Washington, DC: England Accelerated Development.
8. Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C. in Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat-related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23, 157–164.
9. Droždek, B. in Bolwerk, N. (2010a). Evaluation of Group Therapy With Traumatized Asylum Seekers and Refugees—The Den Bosch Model. *Traumatology*, 16, 117–127.
10. Droždek, B. in Bolwerk, N. (2010b). Group therapy with traumatized asylum seekers and refugees: For whom it works and for whom it does not? *Traumatology*, 16, 160–167.
11. Droždek, B., Bolwerk, N., Tol, W. A. in Kleber, R. J. (2012). Group therapy with male asylum seekers and refugees with PTSD: A controlled comparison cohort study of three day-treatment programs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 758–765.
12. Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. in Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
13. Friedman, M. J., Terence, M. in Patricia, A. (2007). *Handbook of PTSD Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
14. Gantt, L. in Tinnin, L. W. (2007). Intensive Trauma therapy of PTSD and dissociation: An Outcome study. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 69–80.
15. Gantt, L. in Tinnin, L. W. (2009). Support for a neurobiological view of trauma with implications for art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 148–153.
16. Gilić, A. in Tičić, D. (2002). *Etiologija i epidemiologija posttraumatskog stresnog poremećaja*. Zadar: Med. Jad.
17. Gregurek, R. (2000). Homogena i/ili heterogena grupna psihoterapija u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. V R. Gregurek in E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva*. Zagreb: Medicinska naklada.
18. Gregurek, R. (2000). Povijest psihotraume. V R. Gregurek in E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva*. Zagreb: Medicinska naklada.
19. Gregurek, R. in Klain, E. (2000). Terapija posttraumatskog stresnog poremećaja. V R. Gregurek in E. Klain (ur.), *Posttraumatski stresni poremećaj - hrvatska iskustva*. Zagreb: Medicinska naklada.

20. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*, 3, 21.
21. Jakšić, M. (2014). Sindrom izgaranja na radnome mjestu - Burn out sindrom. Đakovo: Biblioteka Diacovensia.
22. Johnson, D. R. (1999). *Essays on the creative arts therapies. Imaging the birth of a profession.* Springfield, IL: Charles C. Thomas publishers Ltd.
23. Johnson, D. R. in Lahad, M. (2009). *Creative therapies for adults.* V E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman and J. A. Cohen (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (479-490).* New York, NY, US: Guilford Press.
24. Kaiser, D., Dunne, M., Malchiodi, C., Feen, D., Howie, P., Cutcher, D. in Ault, R. (2005). Call for art therapy research on treatment of PTSD. American Art therapy Association, Inc.
25. Karpetić - Bolfan, Lj. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji »Sretna obitelj«. Pridobljeno 21. 8. 2018, s <http://sretnaobitelj.odlican.net/files/knjiga07.pdf>.
26. Leroi - Gurhan, A. (1964). *Les Religions de la PrehistoirePaleolithique.* Paris: Presses universitai.
27. MKB 10. (1999). Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zagreb. Medicinska naklada.
28. Moschini, L. B. (2005). *Drawing the line: Art therapy with the difficult client.* NJ: Hoboken, Wiley.
29. Rak, D., Matić, A. in Rak, B. (2013). Doživljaj traume za vrijeme oružane pljačke: prikaz bolesnica kroz analizu crteža. *Med Jad*, 43, 3, 145–154.
30. Reynolds, M. W., Nabors, L. in Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: Does it work? *Art Therapy*, 17, 207–213.
31. Shepard, B. (2007). Liječenje i posljedice posttraumatskog stresnog poremećaja s povjesnog gledišta. V M. Lončar idr. (ur.), *Psihičke posljedice traume.* Zagreb: Medicinska naklada.
32. Simonds, S. L. (1994). *Bridging the silence: Nonverbal modalities in the treatment of adult survivors of childhood sexual abuse.* New York: W.W. Norton & Co, Inc..
33. Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie.* Bussum, The Netherlands: Uitgeverij Coutinho.
34. Spring, D. (2004). Thirty-year study links neuroscience, specific trauma, PTSD, Image conversion, and language translation. *ArtTherapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21, 200–209.
35. St. Thomas, B. in Johnson, P. (2002). In their own voices: Play activities and art with traumatized children. *Groupwork*, 13, 34–48.
36. Stok, M. (2007). Eenmalige exposure in beeldende therapie. Onderzoek naar het in beeld brengen van traumatische ervaringen optraumagerelateerde klachten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 3–10.
37. Svalina, A. M. (2015). *Posttraumatski stresni poremećaj (Diplomski rad).* Zagreb: Medicinski fakultet.
38. Tibbetts, T. J. (1995). Art therapy at the crossroads: Art and science. *Art Therapy*, 12 (4), 257–258.
39. Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
40. Wadson, H. (1995). Invited response. V T. J. Tibbetts (ur), *Art therapy at the crossroads: Art and science.* *Art Therapy*, 12, 258.
41. Wertheim - Cahen, T. (1991). *Getekend bestaan, creatieve therapie metoorlogsgetroffenen.* Utrecht, the Netherlands: ICODO.
42. Wertheim - Cahen, T. (2007). De rol van vaktherapie bij de behandeling van psychotrauma. V P. G. H. Aarts in W. D. Visser (ur.), *Trauma: Diagnostiek en behandeling* (pp. 313–328). Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
43. Wertheim - Cahen, T., van Dijk, M., Schouten, K., Rozen, I. in Droždek, B. (2004). About a weeping Willow, a Phoenix rising from its Ashes, and building a house. V J. P. Wilson in B. Droždek (ur.), *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims (419–442).* New York, NY: Routledge and Brunner.
44. Wolf, R. (1995). Invited response. *Art and science.* *Art Therapy*, 12, 259.

Tjelesna aktivnost kod osoba starije životne dobi

UDK 796.035-053.88

KLJUČNE RIJEČI: tjelesna aktivnost, gradsko stanovništvo, seosko stanovništvo

POVZETEK - Cilj je istraživanja bio prikazati razlike u tjelesnoj aktivnosti između gradskog i seoskog stanovništva starijeg od 65 godina u količini i kvaliteti aktivnosti. U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika, od toga 50 ispitanika su činili stanovnici grada Požege i 50 ispitanika su bili stanovnici sela: Trenkovo, Jakšić, Vidovci, Mihaljevci i Završje. Svi ispitanici bili su stariji od 65 godina. Upotrijebljen je modificirani anketni upitnik o tjelesnoj aktivnosti po Baecku. Provedenim istraživanjem utvrđeno je da se u gradu športom bavi 28 %, a na selu svega 18 % stanovnika. Stanovnici grada više se bave športom od stanovnika sela iako razlika nije statistički značajna. Prema ispitivanim varijablama statistički značajna razlika između ispitanika iz sela i grada registrirana je samo u jednoj varijabli (znojenje; $p < 0,003$), a ostale se varijable ne razlikuju značajno. Ispitanici grada i sela najčešće provode slobodno vrijeme gledanjem televizijskog programa. Stanovnici grada bave se športom više mjeseci u godini, a stanovnici sela u onim mjesecima kada se bave športom više se sati tjedno bave sportskim aktivnostima. S obzirom na spol ispitanika, športom se bave više muškarci nego žene. Žene se bave športovima niže razine intenziteta, ali se zato više sati tjedno bave športom od muškaraca. Utvrđeno je da se stanovnici grada i sela stariji od 65 godina malo bave planiranim tjelesnim aktivnostima. Iako se stanovnici grada bave športom nešto više od stanovnika grada, razlika nije statistički značajna. Ljudi u gradu i selu imaju slabo razvijenu svijest o potrebi bavljenja sportskim aktivnostima u smislu očuvanja tjelesnog zdravlja.

UDK 796.035-053.88

KEY WORDS: physical activity, urban population, rural population

ABSTRACT - The aim of this study is to show the differences in physical activity between the urban and rural population of persons older than 65 years, both in terms of quality and quantity. 100 examinees were included in this study, of which 50 were the citizens of Požega and 50 the residents of the villages Trenkovo, Jakšić, Vidovci, Mihaljevci and Završje. All respondents were older than 65 years. They were chosen randomly in the city of Požega and the nearby rural area. The modified questionnaire according to Baeck was used. This study showed that 28% of the urban examinees and 18% of the rural examinees practice some form of regular physical activity. Physical activity is greater in the urban population but not significantly. A statistically significant difference between the urban and rural population was registered in only one variable (sweating, $p < 0.003$), while the other variables showed no significance. Both the urban and rural population spend most of their free time watching television. The urban population practices sport a few months of the year, but in the period when the rural population is active, they are active more hours per week. Gender-wise, men are more physically active than women. Women practice sports with lower intensity levels, but they do so for more hours per week than men. We concluded that the urban and rural population older than 65 years rarely practice a planned physical activity. Although the urban population is more physically active than the rural, that difference is not statistically significant. Neither group finds it very important to be physically active to maintain good health.

1 Uvod

Starenje i starost fiziološki su procesi u slijedu događaja tijekom vremena, ali mogu biti i posljedice patološkog procesa. Starijom se osobom smatra osoba u dobi od 65 godina i više. (Duraković idr., 2007). Razlikujemo primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje (fiziološko starenje ili senescencija) odnosi se na normalne fiziološke procese određene biološkim čimbenicima, a posljedica su sazrijevanja (npr.

menopauza), dok se sekundarno starenje odnosi na patološke promjene i smanjenje s godinama koje je uzrokovano vanjskim čimbenicima, uključujući bolest i posljedice negativnih utjecaja tijekom godina: buke, pušenja, alkohola i drugih onečišćenja (Despot Lučanin, 2003). Pri »uobičajenom« starenju prisutan je razvoj bolesti i određene disfunkcije, ali je funkcija svih sustava još uvijek na zadovoljavajućoj razini i nema većih funkcionalnih ograničenja. Kod »patološkog« starenja iz genetskih razloga ili zbog lošeg utjecaja okoline, dolazi do većih funkcionalnih ograničenja uz česta i dugotrajna bolovanja, što može rezultirati gubitkom neovisnog življenja (Pospiš, 2001). Pri aktivnom starenju obično se misli na četiri područja: prisutnost na tržištu rada, sudjelovanje u kućanskim poslovima, aktivnu participaciju u životu zajednice i aktivnosti u slobodno vrijeme (Puljiz, 2004). U posljednjih 160 godina ljudski se vijek produljio za 40 godina i dalje se produžuje za prosječno tri mjeseca godišnje (Lepan in Leutar, 2012). Starenje sa sobom donosi mnoge promjene u životu čovjeka. Kako bi osoba lakše podnijela probleme koje starost donosi sa sobom, važno je imati život ispunjen željenim aktivnostima. Izuzetno je važno ostati u pokretu i što je god moguće više obavljati svakodnevne kućanske poslove, poslove u vrtu, čineći sebi osobno zadovoljstvo percipirajući sebe kao korisnu osobu u društvu u kojem živi, što doprinosi jačanju samopoštovanja i samopouzdanja. Kako bi se postiglo uspješno starenje jako je važno osmisliti dobar plan edukacije i uključivanje osoba svih dobnih skupina, a osobito starijih u tjelesne aktivnosti, bilo planirane ili jednostavno osmišljene poput uključivanja u volonterske zajednice gdje bi se zajedničkim radom nastojalo potaknuti osobe na kretanje i sudjelovanje. Kretanje je značajka kvalitetnog života koja osobito vrijedi za stare osobe jer omogućuje neovisnost i samopoštovanje. Niža je stopa smrtnosti u starijih osoba s dobrom tjelesnom kondicijom. Aerobne vježbe povoljno djeluju na imunološki sustav, što pak inhibira manifestaciju onkogeno (Babić - Naglič, 2007). Poznato je da stanovnici sela provode puno vremena u fizičkom radu i ljudi sa sela obično smatraju da im je takva fizička aktivnost dovoljna za održavanje i unapređenje zdravlja. Međutim, takva fizička aktivnost ipak nije dovoljna jer najčešće obavljanje tih aktivnosti (rad na njivi i drugi seoski poslovi) zahtijeva prisilne pokrete i dugotrajna sjedenja (vožnja traktorom u smislu oranja, žetve i slično). Fizička aktivnost u ruralnoj sredini vezana je za godišnje doba, te izostaje cjelogodišnja aktivnost. Stanovnici grada, uslijed izostanka fizičkih aktivnosti u domaćinstvu bivaju prepušteni planiranim fizičkim aktivnostima.

2 Cilj

Cilj je ovog presječnog istraživanja prikazati razlike u fizičkoj aktivnosti između stanovnika grada i sela starijih od 65 godina s obzirom na količinu i kvalitetu aktivnosti.

3 Ispitanici i metode

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika, od toga 50 ispitanika gradske populacije i 50 ispitanika seoske populacije starije od 65 godina. Svaki ispitanik je usmeno upoznat sa svrhom i ciljem istraživanja, a svi su potpisali informirani pristanak. Anketa je bila anonimna, a ispitanici su bili prigodno odabrani. Anketirani su ispitanici s područja grada Požege i okolnih sela (Trenkovo, Jakšić i Vidovci).

Za istraživanje je korišten standardizirani anketni upitnik o tjelesnoj aktivnosti po Baecku koji je obuhvaćao pitanja vezana uz provedbu fizičkih aktivnosti u različitim fazama, te s obzirom na vrstu fizičkih aktivnosti, trajanje fizičkih aktivnosti i vremensko ograničenje. Kako su ispitanici stariji od 65 godina u mirovini, upitnik je prilagođen tako da su analizirani samo odgovori od 9. do 16. pitanja. Upitnikom je procijenjena tjelesna aktivnost s obzirom na bavljenje športskom aktivnosti, brojem i vrstom športskih aktivnosti ispitanika kao i vremenskim trajanjem - koliko sati tjedno (<1 / 1-2 / 2-3 / 3-4 / >4 h) i koliko mjeseci godišnje (< 1 / 1-3 / 4-6 / 7-9 / > 9 mj.). Intenzitet športske aktivnosti podijeljen je u tri razine: niža razina, koja uključuje športove poput biljara, jedrenja, kuglanja, golfa, hodanja i pikada, s prosječnom potrošnjom energije od 0.76 MK/h; srednja razina, koja uključuje športove poput badmintona, vožnje biciklom, plesanja, plivanja, s prosječnom potrošnjom energije od 1.26 MJ/h; visoka razina, koja uključuje športove poput boksanja, košarke, nogometa, ragbija, s prosječnom potrošnjom energije od 1.76 MJ/h. Pitanjima je procijenjeno subjektivno mišljenje ispitanika o razini fizičke aktivnosti u odnosu na osobe iste životne dobi u pet kategorija (mnogo veća / veća / ista / manja / mnogo manja). Svaki od odgovora vrjednovan je ocjenom u rasponu 5 - 1. Razina fizičke aktivnosti procijenjena je pitanjima o različitim aktivnostima u slobodno vrijeme (učestalost znojenja, bavljenja športom, gledanja televizijskog programa, hodanja, vožnje bicikla) te odgovorima: nikada / rijetko / katkada / često / vrlo često. Svaki od odgovora vrjednovan je ocjenom u rasponu 1 - 5. Na kraju je tjelesna aktivnost procijenjena prema trajanju vožnje bicikla ili hodanja tijekom dnevnih aktivnosti kao što su odlazak na ili dolazak s posla, trgovinu i sl., izraženo u minutama < 5 / 5-15 / 15-30 / 30-45 / >45. Svaki od odgovora vrjednovan je ocjenom u rasponu 1 - 5. Ispitanici su uključeni u ispitivanje dobrovoljno. Svaki je ispitanik upoznat s ciljevima, provedbom i metodama istraživanja. Ispitanici su dobili pisanu obavijest za ispitanike te obrazac o informativnom pristanku za sudjelovanje. Svojim su potpisom potvrdili pristanak za sudjelovanje. Anketa je bila anonimna. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima. Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Pri statističkoj obradi rabljene su deskriptivne i analitičke metode (Mann - Whitneyjev test). Prikupljeni su podatci opisani statističkim programom SPSS 9.0 for Windows (inačica 13.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD) uz razinu značajnosti $p < 0,05$.

3 Rezultati

Nazivi varijabli: v1 – bavljenje sportom, v2 – intenzitet (sport); v3 – vrijeme (sati tjedno); v4 – odnosi (mjeseci godišnje); v5 – usporedba s drugima obzirom na fizičku aktivnost; v6 – znojenje u slobodno vrijeme; v7 – bavljenje sportom u satima tjedno; v8 – gledanje televizije u slobodno vrijeme; v9 – hodanje u slobodno vrijeme; v10 – vožnja biciklom u slobodno vrijeme; v11 – vožnja biciklom ili hodanje u minutama po danu.

Tabela 1: Razlika u fizičkoj aktivnosti između ispitanika iz sela i grada

	<i>Z</i>	<i>Razina značajnosti</i>
v1	-1,182	0,237
v2	-1,594	0,111
v3	-1,113	0,265
v4	-1,663	0,096
v5	-1,206	0,228
v6	-2,925	0,003*
v7	-,352	0,725
v8	-1,299	0,194
v9	-1,320	0,187
v10	-,033	0,974
v11	-1,683	0,92

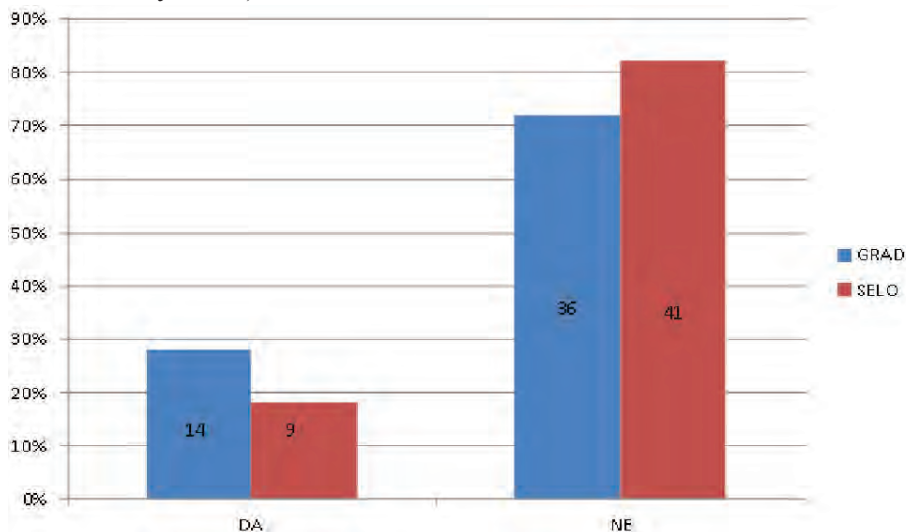
Statistički značajna razlika između grada i sela ispitanika registrirana je u varijabli v6. (Tablica 1)

Tabela 2: Razlika između ispitanika s obzirom na spol

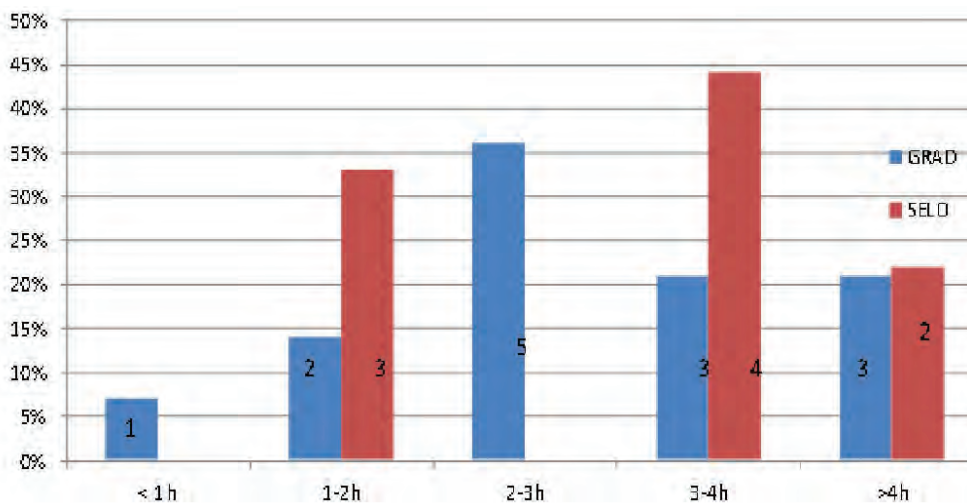
	<i>Z</i>	<i>Razina značajnosti</i>
v1	-2,242	0,025*
v2	-2,208	0,027*
v3	-2,387	0,017*
v4	-2,173	0,030*
v5	-,203	0,839
v6	-1,629	0,103
v7	-,573	0,567
v8	-,199	0,842
v9	-2,510	0,012*
v10	-1,314	0,189
v11	-3,105	0,002

Statistički značajna razlika između muških i ženskih ispitanika registrirana je u varijablama bavljenje sportom; intenzitet (sport); vrijeme (sati tjedno); mjeseci godišnje; hodanje u slobodno vrijeme; vožnja biciklom ili hodanje u minutama po danu, dok se ostale varijable ne razlikuju značajno među ispitanicima ženskog i muškog spola. (Tablica 2)

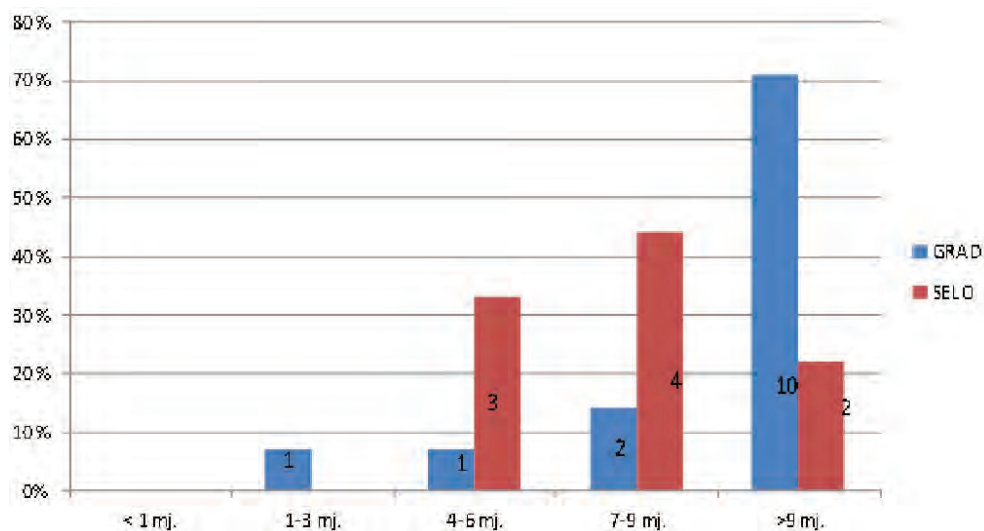
Graf 1: Raspodjela ispitanika s obzirom na bavljenje športom u gradu i selu; p 0,237 (Mann - Whitneyev test)



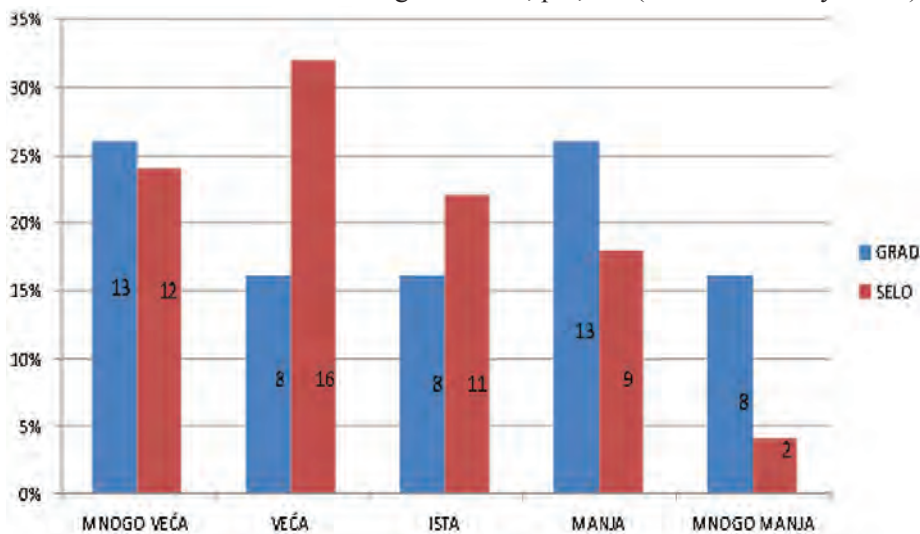
Graf 2: Raspodjela ispitanika koji se bave športom s obzirom na varijablu broj sati tjedno u gradu i selu; p 0,265 (Mann - Whitneyev test)



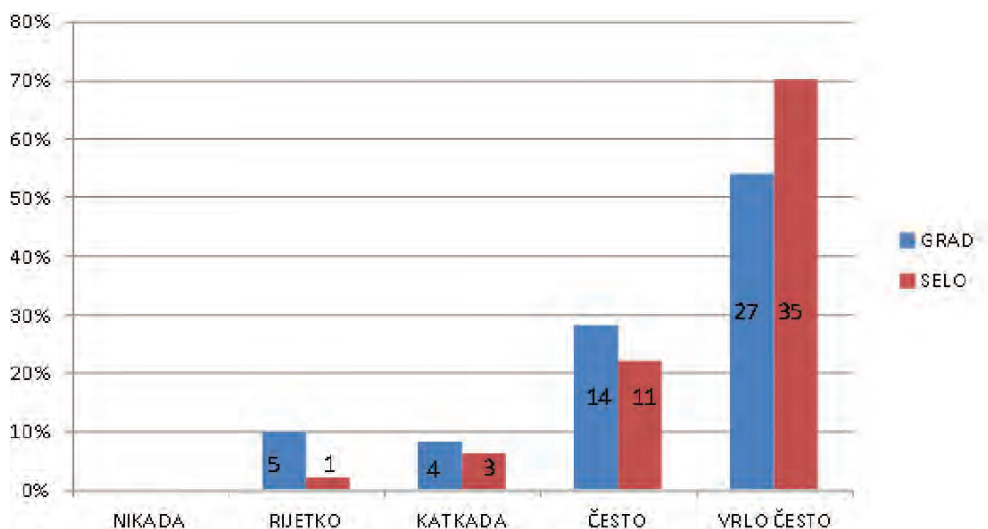
Graf 3: Raspodjela ispitanika koji se bave športom između stanovnika grada i sela izražena u mjesecima godišnje; p 0,096 (Mann - Whitneyev test)



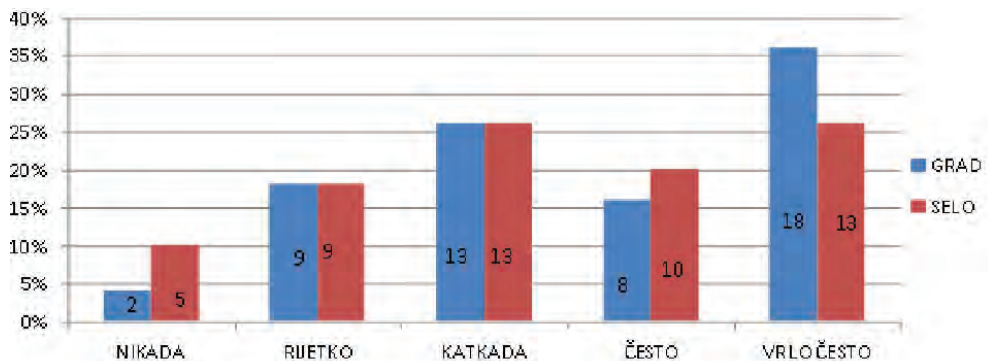
Graf 4: Raspodjela ispitanika prema fizičkoj aktivnosti u usporedbi s drugim osobama iste životne dobi između stanovnika grada i sela; p 0,228 (Mann - Whitneyev test)



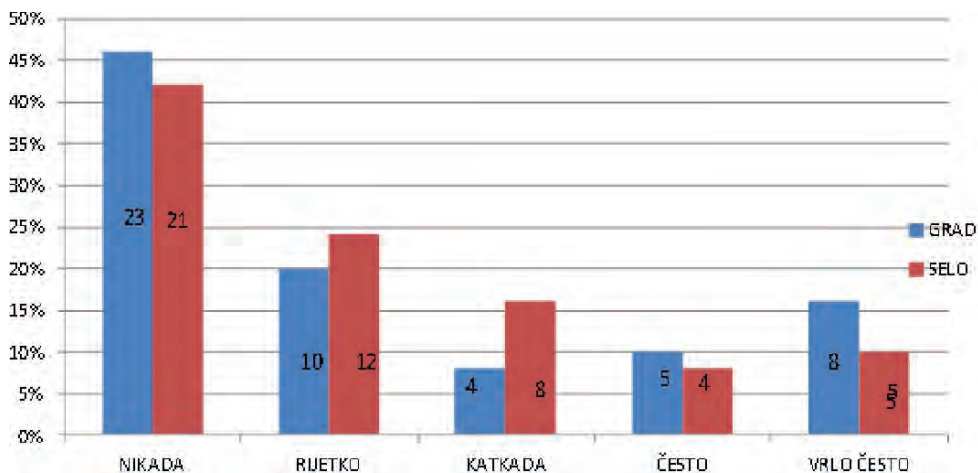
Graf 5: Raspodjela ispitanika s obzirom na gledanje televizije u slobodno vrijeme između stanovnika grada i sela; p 0,194 (Mann - Whitneyev test)



Graf 6: Raspodjela ispitanika s obzirom na hodanje u slobodno vrijeme između stanovnika grada i sela; p 0,187 (Mann - Whitneyev test)



Graf 7: Raspodjela ispitanika s obzirom na vožnju biciklom u slobodno vrijeme između stanovnika grada i sela; p 0,974 (Mann - Whitneyev test)



4 Rasprava

Provedenim istraživanjem utvrđeno je da se u gradu športom bavi 28 %, a na selu svega 18 % stanovnika. Stanovnici grada više se bave športom nego stanovnici sela iako razlika nije statistički značajna. Rezultati dobiveni temeljem modificiranog Baeckeova upitnika (Baecke Ja. i sur., 1982.) o tjelesnoj aktivnosti potvrđuju kako se i gradska i seoska populacija starija od 65 godina na području grada Požege i njegove okolice nedovoljno bavi športom kao planiranom tjelesnom aktivnosti. I jedni i drugi ukupno se slabo organizirano i sustavno bave športskim aktivnostima.

Seosko stanovništvo starije od 65 godina i još k tomu u mirovini još uvijek fizički radi na zemlji i bavi se gospodarstvom i poljoprivredom. Ljudi na selu imaju slabo razvijenu svijest o potrebi bavljenja športskim aktivnostima u smislu očuvanja tjelesnog zdravlja. Stanovnicima u gradu više su dostupne informacije, veće su mogućnosti organiziranog ili pojedinačnog bavljenja športom te imaju više razvijenu svijest o potrebi bavljenja športskim aktivnostima u smislu očuvanja tjelesnog zdravlja. Od ukupnog broja stanovnika grada i sela koji se bave športom, istraživanjem je utvrđeno koliko se sati tjedno stanovnici grada i sela bave športom. U gradu se 36 % ispitanika 2 - 3 sata tjedno bavi športom, a više od 4 sata tjedno športom se bavi samo 21 % ispitanika. U selu se 33 % ispitanika športom bavi 1 - 2 sata tjedno, a 3 - 4 sata tjedno bavi se 44 % ispitanika. Stanovnici sela više se sati tjedno bave športskim aktivnostima od stanovnika grada. Nemaju naviku odlaska u šetnju ili rekreacije. Ispitanici često navode kako nemaju volje i želje za bavljenjem športom. U proljetno-ljetnim i rano jesenskim danima seosko stanovništvo fizički radi na polju i seoskom gospodarstvu vodeći brigu o usjevima i domaćim životinjama. U gradu se 7 % ispitanika bavi športom 4 - 6 mjeseci, a više od 9 mjeseci bavi se 71 % ispitanika. U selu se 33 % ispitanika bavi športom 4 - 6 mjeseci, a 7 - 9 mjeseci bavi se 44 % ispitanika. Tijekom godine stanovnici se

grada više mjeseci bave športskim aktivnostima od stanovnika sela. Razloge nebaavljenja športskim aktivnostima navode vremenske prilike i nepovoljnu ekonomsku situaciju (skupa sportska oprema i članarine u sportskim klubovima). Kod ruralnog stanovništva, fizička aktivnost je vezana za obavljanje radnih zadataka i prevladava mišljenje da je to dovoljno fizičke aktivnosti.

Stanovnici grada i sela imaju vrlo malu naviku hodanja u slobodno vrijeme. Većina ispitanika nikada, rijetko ili samo povremeno hoda u slobodno vrijeme. U gradu samo trećina ispitanika, a u selu četvrtina ispitanika vrlo često hoda u slobodno vrijeme. U gradu 46 % ispitanika ne vozi bicikl nikada, a 16 % ispitanika vrlo često vozi bicikl. Vrlo su slični podatci dobiveni i u selu gdje 42 % ispitanika ne vozi nikada, a samo 10 % ispitanika vrlo često vozi bicikl. Starije osobe zbog životne dobi rjeđe se koriste biciklom zbog straha od ozljeda i padova, pokretljivost je pak osoba u toj dobi ograničena i prisutan je strah od sudjelovanja u prometu.

Istraženo je i koliko minuta dnevno ispitanici provedu hodajući ili vozeći bicikl do / od posla, trgovine i sl. U gradu je 4 % ispitanika odgovorilo manje od 5 min., 16 % 30 - 45 min., a čak 32 % ispitanika hoda ili vozi bicikl više od 45 min. U selu 22 % ispitanika provede dnevno 30 - 45 min., a 18 % ispitanika provede u aktivnostima više od 45 minuta dnevno.

U talijanskoj regiji Chianti (1998. - 2000., 2005. - 2006.) provedena su istraživanja o utjecaju tjelesne aktivnosti na zdravlje i kvalitetu života. Istraživanja su pokazala pozitivne utjecaje tjelesne aktivnosti na zdravlje. Rezultati su pokazali bolje zdravstveno stanje u starosti bez pratećeg komorbiditeta za razliku od ispitanika koji uopće nisu bili fizički aktivni (ni prije ni u starijoj dobi). Zaključak je da tjelesna aktivnost čovjeka dovodi do zdravije starosti, veće mobilnosti i produktivnosti neovisno o spolu (Patel Kushang idr., 2006).

Lepan i Leutar proveli su istraživanje razlike tjelesne aktivnosti i kvalitete života na području grada Zagreba između 192 rekreativno aktivne i 150 rekreativno neaktivne starije osobe. Rekreativno aktivne osobe većinom su mlađe žene, višeg stupnja obrazovanja, bez značajnih razlika u ekonomskom statusu. Ta je skupina ispitanika navela veći osjećaj životnog zadovoljstva kao i bolju funkcionalnu sposobnost. Istraživanje Lepan i Leutar pokazalo je da starije osobe još uvijek premalo sudjeluju u organiziranim rekreativnim aktivnostima. Starijim je osobama potrebno pružiti osmišljene sadržaje prilagođene dobnim skupinama. Na taj bi se način osobe starije životne dobi osjetile društveno korisnim i rado bi se uključivale u razne akcije, izlete i povećavale svoju društvenu mrežu, a samim time doprinijele bi izgradnji vlastitog samopouzdanja i odgovornosti prema svojem zdravlju (Lepan in Leutar, 2012).

U Belgiji su (Cauwenberg idr., 2012). istražili koliko okolinski čimbenici utječu na dnevno utrošeno vrijeme na hodanje ili vožnju biciklom u starijih osoba. Optimalno vrijeme od 30 minuta dnevno u provođenju aktivnosti, kroz pet dana u tjednu, predstavlja preduvjet za odgodu kroničnih bolesti u starijih osoba. Više od 70 % starijih osoba ne pridržava se navedenih preporuka. Zaključili su da se gradsko stanovništvo više bavi hodanjem kao dnevnim oblikom prijevoza u usporedbi s prigradskim i seoskim

stanovništvom. Dnevna vožnja biciklom kao oblik transporta manje je dominantna u gradskog nego u prigradskog i seoskog stanovništva.

I ovim je istraživanjem utvrđena važnost tjelesne aktivnosti svih, a osobito starijih osoba jer se na taj način smanjuju i preveniraju komplikacije kroničnih bolesti koje dodatno ugrožavaju njihovo zdravlje (Cauwenberg idr., 2012).

Iako se uočavaju mali pomaci u svijesti pojedinih ljudi, još je uvijek nedovoljna količina vremena utrošenog na tjelesnu aktivnost koja bi pozitivno utjecala na psihofizički status pojedinca i odgodila ili prevenirala bolesti. Zaključuje se kako će ipak budući naraštaji starijih osoba, uz sve veću dostupnost i prisutnost medija, mnogo više voditi brigu o svojem zdravlju i shvatiti da im je planirana tjelesna aktivnost iznimno važna u očuvanju stabilnog psihofizičkog statusa, a sukladno tomu i odgoditi procese starenja i oštećenja organizma.

LITERATURA

1. Babić - Naglić, Đ. (2007). Rehabilitacija. V Z. Duraković (ur.), Gerijatrija medicina starije dobi (str. 508–514). Zagreb: C.T. - Poslovne informacije d.o.o..
2. Baecke, J., Burema, J. in Frijters, J.(1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr*, 36 (5), 936–942.
3. Cauwenberg, V. idr. (2012). Physical environmental factors related to walking and cycling in older adults: the Belgian aging studies. *BMC Public Health.*, 12, 142.
4. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Duraković, Z. idr. (2007). Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb: C. T.-Poslovne informacije d. o. o. Zagreb.
6. Lepan, Ž. in Leutar, Z. (2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Soc. ekol.*, 21 (2), 203–224.
7. Patel Kushang, V., Coppin, A. K, Manini, T. M., Lauretani, F., Bandinelli, S., Ferrucci, L. idr. (2006). Midlife Physical Activity and Mobility in Older Age. *Am J Prev Med.*, 31 (3), 217–224.
8. Puljiz, V. (2004). Demografske promjene i socijalna politika. Zagreb: Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Dejavniki izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji

UDK 331.442:616-083.98

KLJUČNE BESEDE: medicinske sestre, intenzivna terapija, izgorelost, delovni odnosi

POVZETEK - Izgorevanje na delovnem mestu je postalo ena večjih težav v številnih poklicih. Izraz zaznamuje dolgotrajno izčrpanost in zmanjšano zanimanje za delo. Pri izgorelosti (angl. burnout) gre za specifični sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu stresu. Pojavlja se predvsem v poklicih, za katere je značilno predvsem delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah. Poklic medicinske sestre v intenzivni terapiji zagotovo sodi med te vrste poklicev. Medicinske sestre pri delu z najtežjimi bolniki izčrpavajo predanost, ki jo zahteva poklic, in pogostokrat čezmerna obremenitev. Delo je intenzivno, zaradi nenehnih novih metod zdravljenja bolj zapleteno. Poleg tega pa imajo še dolg delavnik in izmensko delo. Ni časa za oddih, utrujenost in nezadovoljstvo se kopičita. Varčevanje in zasledovanje učinkovitosti v zdravstvu za vsako ceno povzroča dodatni pritisk na zaposlene, še posebej, ker temu ne sledi primerno nagrajevanje. Zaposlenim na vodstvenih delovnih mestih v zdravstvu pogosto primanjkuje virov, časa, energije in znanja za vzpostavitev optimalne organizacije in delovnih odnosov, ki bi bili v obojestransko zadovoljstvo.

UDC 331.442:616-083.98

KEY WORDS: workplace burnout, nurse, working relationship, factors

ABSTRACT - Workplace burn-out has become one of the big issues in many occupations. Characterised by prolonged exhaustion and decreased interest in work, the term "burnout" refers to a specific syndrome which is a result of a long-term exposure to work stress. It occurs mostly in occupations characterised by extensive work with people in emotionally challenging situations. The profession of the nurse in intensive care certainly falls among these types of occupations. The nurse works with the heaviest patients which depletes dedication required by the profession and often leads to over-burdening. This work is intensive because of the complexity of constant new treatment methods. The consequences are long workdays and shift work with no time to relax and with increased fatigue and dissatisfaction. Maintaining and pursuing efficiency in health at all costs creates additional pressure for employees, especially since there are no appropriate rewards. Employees in management positions in health care often lack the resources, time, energy and knowledge to establish the optimum organisation and working relationships that would lead to mutual satisfaction.

1 Uvod

Izgorevanje na delovnem mestu je postalo ena največjih težav v številnih poklicih. Izraz zaznamuje dolgotrajno izčrpanost in zmanjšano zanimanje za delo. Z izrazom »izgorelost« (angleško burnout) običajno poimenujemo specifični sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu stresu. Pojavlja se predvsem pri poklicih, za katere je značilno obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah. Poklic medicinske sestre v intenzivni terapiji zagotovo sodi med te vrste poklicev. Medicinske sestre pri delu z najtežjimi bolniki izčrpavajo predanost, ki jo zahteva poklic, pogostokrat čezmerna obremenitev. Delo je intenzivno, zaradi nenehnih novih metod zdravljenja bolj zapleteno. Posledica je dolg delavnik in izmensko delo. Ni časa za oddih, utrujenost in nezadovoljstvo se kopičita. Način dela medicinske sestre je vedno bolj usmerjen v timsko delo oziroma delovne skupine, kjer je potrebno veliko

uskaljevanja, razumevanja, strpnosti in empatije tako med sodelavci istih poklicnih skupin kot tudi drugih poklicev. Tako je vse manj nadzora nad delom, ki ga opravljajo. Brez nadzora zaposlene medicinske sestre ne morejo uravnati svojih interesov z interesi bolnišnice. Nastajajo konflikti s sodelavci, predpostavljenimi, potencialno pa tudi z bolniki in svojci bolnikov. Varčevanje in zasledovanje učinkovitosti v zdravstvu za vsako ceno povzroča dodaten pritisk na zaposlene, še posebej, ker temu ne sledi primerno nagrajevanje. Zaposlene medicinske sestre pričakujejo, da jim bo več dela prineslo materialne nagrade v obliki denarja, ugleda in varnosti. Žal jim v zadnjem času služba prinaša vedno manj tovrstnih nagrad. Zaposlenim na vodstvenih delovnih mestih v zdravstvu pogosto primanjkuje virov, časa, energije in znanja za vzpostavitev optimalne organizacije in delovnih odnosov, ki bi bili v obojestransko zadovoljstvo. Delovno vzdušje in odnosi v timih se poslabšujejo in razpadajo, čuti se odsotnost poštenosti in nasprotujoče se vrednote. Dobri osebni odnosi so temeljna sestavina skupnosti v organizaciji. Izguba skupnosti je očitna v naraščanju sporov med zaposlenimi, upadanju podpore in spoštovanja in naraščajočem občutku izoliranosti. Vzroke za izgorelost na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji najdemo predvsem v neskladjih med zaposlenim in njegovim delom.

2 Dejavniki izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre

Presenetljiv podatek je, da ima vsak četrti Slovenec začetne znake izgorelosti, zato bi bilo treba vse psihodružbene dejavnike jemati resno, saj so posledice dolgotrajnega izpostavljanja stresu na delovnem mestu velike. V Sloveniji je najmanj 10 % zaposlenih izgorelih, več kot 50 % zaposlenih pa kaže znake izgorevanja. Ogroženost se povečuje z višanjem izobrazbe in zahtevnostjo delovnega mesta (Meško, 2011). Delo je eno izmed zelo pomembnih področij v naših življenjih, saj posamezniku na eni strani zagotavlja eksistencialno varnost, ga izpopolnjuje, mu zagotavlja socialno mrežo, prinaša samospoštovanje in samozavest, po drugi strani pa je lahko tudi vir nezadovoljstva in negativnih vplivov na posameznika. Koncept izgorelosti je bil prvič opisan v 70 letih prejšnjega stoletja v povezavi s poklici s področja zdravstva in socialnega varstva, psihoterapije ter poučevanja, torej s tistimi poklici, kjer zaposleni delajo z ljudmi. Izgorelost je bila opredeljena kot sindrom izčrpanosti, zmanjšane osebne učinkovitosti in depersonalizacije oziroma ciničnosti do dela in oseb in je bila povezana izključno s področjem dela. Izgorelost naj bi bila torej posledica kroničnega stresa na delovnem mestu, s katerim se zaposleni ne zmore ustrezno soočiti.

Raziskovanje pojma izgorevanje je spodbudilo številne znanstvenike, zato se v literaturi pojavlja mnogo različnih mnenj oziroma opredelitev. Ne glede na številčnost raziskav, pa praktično vsi avtorji pojem izgorelosti povezujejo s stresom. Posameznik je izpostavljen psihičnim in fizičnim obremenitvam, kar je povezano z doživljanjem stresa. Dolgoročno izpostavljanje stresu je največkrat posledica previsokih zahtev okolice. Maslach in Leiter (2002) izgorevanje na delovnem mestu definirata kot pokazatelja razlik kaj ljudje so in kaj morajo delati. Pri tem opozorita na razkroj vrednot, dosto-

janstva, duha, volje oziroma celo na razkroj človeške duše. Navajata: »neprestano nas vleče v prepad, kot napredujoča bolezen, iz katere se je zelo težko izvleči (Maslach in Leiter, 2002). V nadaljnjem raziskovanju izgorelost opisujeta kot psihološki sindrom treh prepletenih razsežnosti. Med prvo štejeta pomanjkanje psihične in fizične energije za delo, pri čemer gre za izčrpanost. Druga razsežnost je cinizem. Pri cinizmu gre za negativno dožemanje in odzivanje na opravljajoče delo in na ljudi s katerimi delamo. Cinizem se največkrat pojavi zaradi povečanega obsega dela, ki kasneje pripelje do izčrpanosti. To je stanje, kjer se zaposleni izolira od okolice, njegova storilnost se zniža. Postane odklonilen, sovražen in negativen do dela, sodelavcev ... Tretja razsežnost je stanje psihične nestabilnosti zaposlenih. Posamezniki imajo občutek nesposobnosti, nekoristnosti in negativne delovne uspešnosti. Počutijo se nekoristne in ničvredne.

Dejavnik izgorelosti je lahko prekomeren stres, toda obstajajo tudi drugi. Lahko je posledica frustracije. Obljube, ki so nam bile dane, se niso izpolnile, nismo dobili pričakovanega napredovanja ali povišice. Nekateri vodstveni delavci pregorijo zaradi bremena odločitev, ki jih morajo sprejeti in ki lahko povzročijo pogubne težave, če so slabe. Drugi pregorijo, ker morajo delati veliko preveč nadur ali ker opravljajo nehvaležno delo (Carnegie, 2012).

Pomembno vlogo pri izgorelosti imajo notranji dejavniki, naša stališča, načini vedenja. Značilnosti, ki so lahko tehtne za izgorevanje (Schmiedel, 2011):

- dvojna ali trojna obremenitev (služba in kariera, družbena angažiranost, gospodinjstvo, materinstvo,
- socialni ljudje, ki ne znajo reči ne,
- ljudje z visokimi zahtevami, idealisti,
- dogmatiki, ki se trdno držijo pravil,
- ljudje, ki ne znajo predajati nalog, temveč hočejo vse narediti sami,
- ljudje, ki se ne zavedajo lastnih potreb ali jih ne upoštevajo,
- ljudje, ki jih najbolj izpolnjuje uspeh pri delu,
- ljudje, ki potrebujejo veliko priznanj in potrditev,
- ljudje z neizpolnjenimi željami in cilji,
- ljudje z nizko frustracijsko toleranco, ki težko prebolijo neuspehe,
- ljudje, ki se ne morejo izklopiti in spočiti.

Maslach (2002) ugotavlja, da dejavnike izgorevanja najdemo tako v delovnem okolju kot v posamezniku. In kar je še pomembneje, dejavnike izgorevanja na delovnem mestu lahko odkrijemo v šestih neskladjih med delavcem in njegovim delom:

- preobremenjenost z delom,
- pomanjkanja nadzora,
- nezadostno nagrajevanje,
- razpad skupnosti,
- odsotnost poštenosti in
- nasprotujoče se vrednote.

Če prepoznamo zgodnje znake izgorevanja, lahko z ustreznimi ukrepi ta proces zaustavimo ali ga vsaj omilimo. Organizacije naj bi se osredotočila predvsem na izobraževanje vseh zaposlenih, analizo potreb zaposlenih, kako so le ti zadovoljni z delom,

kakšni so medsebojni odnosi in podobno. Prav tako mora imeti posameznik priložnost, da spregovori o svojih težavah, občutkih ter poišče ustrezno strokovno pomoč.

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kateri dejavniki najbolj intenzivno vplivajo na izgorelost na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji v Splošni bolnišnici Novo mesto.

Cilj raziskave je bil raziskati kako na izgorelost na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji vplivajo dejavniki in sicer:

- preobremenjenost z delom,
- neustrezno nagrajevanje zaposlenih,
- odsotnost poštene delitve in vrednotenja dela,
- odsotnost priznanja,
- slabi delovni pogoji,
- nasprotujoče se vrednote in konflikt vlog zaposlenih,
- pomanjkanje nadzora nad delom,
- slabi odnosi med zaposlenimi,
- nerazumevanje s sodelavci.

3.2 Raziskovalna metoda

Uporabili smo deskriptivno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja.

3.3 Opis instrumenta

Za raziskovanje smo uporabili tehniko anketiranja. Anketo smo sestavili na podlagi proučevanja strokovne in znanstvene literature. V pomoč pri sestavi ankete nam je bilo delo Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview (Leka in Jain, 2010) in še posebej Maslach in Leiter (2002) z delom Resnica o izgorevanju na delovnem mestu: Kako organizacije povzročajo osebni stres in kako ga preprečiti. Avtorja ugotavljata, da dejavnike izgorevanja najdemo tako v delovnem okolju kot v posamezniku. In kar je še pomembneje, vzroke za izgorevanje na delovnem mestu lahko odkrijemo v šestih neskladjih med delavcem in njegovim delom in sicer so to: preobremenjenost z delom, pomanjkanje nadzora, nezadostno nagrajevanje, razpad skupnosti, odsotnost poštenosti in nasprotujoče se vrednote. V anketi smo uporabili pet stopenjsko Likertovo lestvico s trditvami: 1 sploh se ne strinjam, 2 delno se strinjam, 3 niti da niti ne, 4 večinoma se strinjam, 5 popolnoma se strinjam.

3.4 Vzorec

Osnovno populacijo vzorca predstavlja vseh 62 zaposlenih medicinskih sester v intenzivni terapiji Splošne bolnišnice Novo mesto. Splošna bolnišnica Novo mesto je po velikosti druga največja slovenska regionalna bolnišnica in četrta največja sloven-

ska bolnišnica. S svojimi storitvami na sekundarni ravni pokriva območje JV regije. Zdravstvene storitve na bolnišnični ravni nudi cca 160.000 prebivalcem. Dejavnost bolnišnice se izvaja v okviru bolnišničnih oddelkov, medicinskih služb in nemedicinskih dejavnosti. Je močno vpeta v regijsko okolje, saj nudi delo in zaposlitev preko 1200 zaposlenim. Bolnišnica za izvajanje hospitalne dejavnosti razpolaga s cca 400 posteljami, letno hospitalizira cca 21.000 bolnikov, cca 180.000 obiskov v specialistično ambulantni obravnavi, cca 1300 porodov, 15.000 dializ. Osnovno poslanstvo bolnišnice je nuditi kakovostno, dostopno in varno zdravstveno oskrbo prebivalcem JV regije na sekundarni – bolnišnični ravni. Prevladujoče vrednote bolnišnice: kakovostna celovita in varna zdravstvena oskrba, dostopnost, profesionalnost in prijaznost. Zelena organizacijska kultura je kultura sodelovanja, interdisciplinarnosti in mentorstva, vzpodbujevalna ter inovativno-kreativna. Vizija bolnišnice je postati primerljiva z razvitimi evropskimi bolnišnicami.

Na anketo je odgovorilo 54 medicinskih sester v intenzivni terapiji, kar predstavlja 87 % celotne ciljne skupine. V anketi je sodelovalo 89 % žensk- medicinskih sester in 11 % moških, to je diplomiranih zdravstvenikov. Največ anketirancev je bilo starih med 31 in 40 let in sicer 43 %, 24 % je bilo mlajših, starih do 30 let in 29 % starih med 51 in 60 let, 5 % pa je bilo starih med 41 in 50 let. Starostna struktura je glede na starostno strukturo ostalih medicinskih sester in zdravstvenikov v bolnišnici relativno zadovoljiva. Glede na to, da je delo v intenzivni terapiji eno najzahtevnejših del, je dejstvo, da je imelo 48 % anketiranih medicinskih sester visoko izobrazbo, 14 % pa magisterij razumljivo. Srednjo izobrazbo je imelo 38 % anketiranih sester in zdravstvenih tehnikov. V anketi je sodelovalo 29 % medicinskih sester in zdravstvenikov z delovno dobo med 31 in 40 let in ravno tako 29 % z delovno dobo 11 do 20 let. Delovno dobo 6 do 10 let je imelo 19 % in ravno tako do 5 let. Od 21 do 30 let delovne dobe je imelo 5 % anketiranih medicinskih sester in zdravstvenikov.

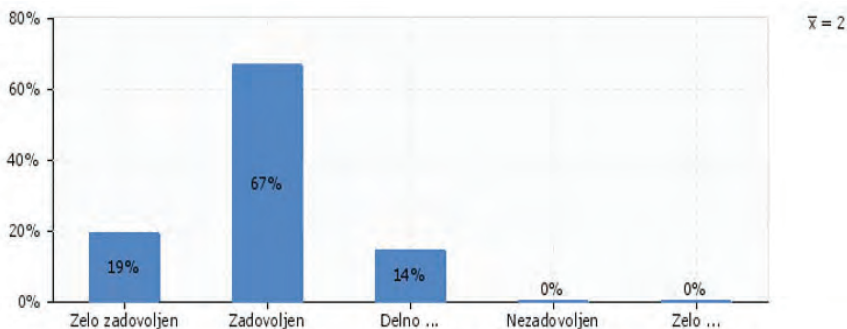
3.5 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu septembru 2018 z anonimnim vprašalnikom, ki so ga prejele vse medicinske sestre v intenzivni terapiji s strani vodje.

4 Rezultati

V raziskavi nas je najprej zanimalo ali so zaposlene medicinske sestre v intenzivni terapiji zadovoljni z delom, ki ga opravljajo.

Graf 1 : Ali ste zadovoljni z delom, ki ga opravljate?



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Največ zaposlenih, kar 67 % je zadovoljnih z delom, ki ga opravljajo. Zelo zadovoljnih je 19 % medicinskih sester, 14 % je delno zadovoljnih. Nezadovoljnih ali celo zelo nezadovoljnih medicinskih sester z delom v intenzivni terapiji v bolnišnici ni.

V nadaljevanju smo raziskovali dejavnike, ki najbolj intenzivno vplivajo na pojav izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji.

Graf 2: Dejavniki izgorelosti na delovnem mestu



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Anketirane medicinske sestre so kot glavni dejavnik za izgorevanje na delovnem mestu navajale »preobremenjenost z delom«. Povprečje strinjanja z dejavnikom preobremenjenosti z delom je bilo kar 4,1. Na drugem mestu s povprečjem 3,9 je bilo izpostavljeno »neustrezno nagrajevanje«. Zadrževanje plač zaposlenih v javnem sektorju zaradi zloglasnega ZUJFa in varčevalnih ukrepov ob hkratnih velikih obremenitvah zaposlenih v intenzivni terapiji, kjer gre za zdravljenje najtežjih bolnikov,

pričakovano povzroča nezadovoljstvo in jezo, kar pripomore k izgorevanju na delovnem mestu. Da »delo ni pošteno razdeljeno in vrednoteno za vse zaposlene«, je tretji dejavnik oziroma vzrok, ki ga s povprečno oceno 3,3 navajajo anketirane medicinske sestre za izgorevanje na delovnem mestu. Občutek, da vodja ne uporablja enakih meril za razporejanje dela in nagrajevanja za vse zaposlene, je pri anketiranih zaposlenih relativno visok. Poštenje in zaupanje sta enim glavnih vrednot in predpogojev za uspešno vodenje zaposlenih, zato je rezultat zaskrbljujoč. Zaposleni, ki ne zaupajo vodji in za katerega menijo, da je pristranski in nepravičen, so frustrirani in manj motivirani za delo, kar posledično s pridruženimi ostalimi dejavniki pripomore k izgorelosti na delovnem mestu. S povprečno oceno 3,2, torej visoko, so anketirani zaposleni ocenili tudi »odsotnost priznanja zaposlenim«, kar gre spet za neučinkovit dejavnik vodenja. Tako pravičnost in zaupanje kot pohvale in priznanja s strani vodje zaposlenim so pomembni dejavniki (ne)uspešnega vodenja. Slabi delovni pogoji kot dejavnik izgorevanja na delovnem mestu so anketirani zaposleni ocenili s povprečno oceno 2,9. Sledita dejavnika »nasprotujoče si vrednote in konflikt vlog zaposlenih« s povprečno oceno 2,7. Dejavnik »pomanjkanje nadzora nad delom«, ki naj bi vplival na izgorelost na delovnem mestu, so ocenile s povprečno oceno 2,5, kar ni slab rezultat. Kot najmanjši vzrok oziroma dejavnik za izgorelost na delovnem mestu so anketiranke ocenile »nerazumevanje s sodelavci« in »slabi odnosi med zaposlenimi«. Dobri odnosi med zaposlenimi na delovnem mestu so izjemno pomembni in so pomemben dejavnik izgorelosti, v kolikor gre za slabe in konfliktno odnose. »Nerazumevanje s sodelavci« je tako dobilo povprečno oceno 2,1, »slabi odnosi med zaposlenimi« pa 2,4.

5 Razprava

Dejavnike izgorevanja na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji smo ugotovili v devetih neskladjih med zaposlenimi medicinskimi sestrami in njihovem delu. To so: preobremenjenost z delom, neustrezno nagrajevanje, nepošteno razdeljeno in vrednoteno delo, odsotnost priznanja zaposlenim, slabi delovni pogoji, nasprotujoče se vrednote in konflikt vlog zaposlenih, pomanjkanje nadzora nad delom, slabi odnosi med zaposlenimi in nerazumevanje s sodelavci.

Obremenjenost z delom vključuje samo delo, ki ga zaposleni opravlja in količino tega dela. Globalizem, nenehne spremembe, digitalna družba in nenazadnje nedavna svetovna gospodarska kriza bistveno vplivajo na obremenjenost z delom v marsikaterem poklicu. Medicinske sestre pri delu z najtežjimi bolniki izčrpavajo predanost, ki jo zahteva poklic, pogostokrat čezmerna obremenitev. Delo je intenzivno, zaradi nenehnih novih metod zdravljenja bolj zapleteno. Delovne zahteve se prelivajo nepretrgano ena v drugo. Posledica sta dolg delavnik in izmensko delo. Ni časa za oddih, utrujenost in nezadovoljstvo se kopičita. Zato ne čudi podatek, da so medicinske sestre v intenzivni terapiji kot glavni dejavnik za izgorevanje na delovnem mestu navedle prav »preobremenjenost z delom« in sicer s povprečno oceno (na lestvici od 1 do 5) kar 4,1.

Trenutna kriza v delovnem okolju zmanjšuje zmožnost organizacij, da smotno in ustrezno nagrajujejo zaposlene. Ljudje pričakujejo, da jim bo delo prineslo materialne nagrade v obliki denarja, ugleda in varnosti. V zadnjem času jim žal služba prinaša vedno manj tovrstnih nagrad, čeprav delajo več. Globlji pomen v zvezi z nagrajevanjem je izguba notranjega zadoščenja. Navedena dejstva veljajo tudi v javnem sektorju oziroma zdravstvu, kjer je bila zaradi zloglasnih varčevalnih ukrepov preko ZUIFa popolnoma ustavljena rast plač vključno z napredovanjem na delovnem mestu. Vse to so zaposleni v zdravstvu še kako občutili in tudi anketirane medicinske sestre so s povprečno oceno 3,9 ocenile dejavnik neustreznega nagrajevanja kot drugi najpomembnejši dejavnik, ki pripomore k izgorevanju na delovnem mestu. Velika (pre) obremenjenost z delom, ki ji ne sledi ustrezno nagrajevanje zaposlene medicinske sestre frustrira, nezadovoljstvo in odsotnost notranjega zadoščenja jih psihično izčrpa in povečuje tveganje za izgorelost.

Delovno mesto se ocenjuje kot pošteno, če so prisotni ključni elementi, kot so zaupanje, odkritost in spoštovanje. Kadar organizacija deluje pošteno, zna ceniti vsakega posameznika, ki prispeva k njenemu uspehu in tako ustvarja občutek njegove pomembnosti. Vsi trije elementi poštenosti so bistvenega pomena za ohranjanje človekove pripadnosti delu. In nasprotno, njihova odsotnost prispeva neposredno k izgorevanju na delovnem mestu. Zaposlenim na vodstvenih delovnih mestih v zdravstvu pogosto primanjkuje virov, časa, energije in znanja za vzpostavitev optimalne organizacije in delovnih odnosov, ki bi bili v obojestransko zadovoljstvo. Neprofesionalizacija menedžmenta v zdravstvu z zanemarjenjem funkcije vodenja je veliko pripomogla k neustreznemu vodenju, posledično ne dovolj motiviranih zaposlenih, k nezavzetim in nezadovoljnim zaposlenim, kar posledično povečuje tveganje izgorelosti na delovnem mestu. Anketirane medicinske sestre so zato »pošteno razdeljeno in vrednoteno delo za vse zaposlene« in odsotnost priznanja zaposlenim« ocenili z relativno visoko povprečno oceno za vzrok oziroma dejavnika izgorelosti in sicer 3,3 oziroma 3,2.

Dejavnik »slabi delovni pogoji« so anketirane zaposlene ocenile s povprečno oceno 2,9. Bolnišnica je ravno v procesu izgradnje nove skupne intenzivne enote, ki bo imela na voljo sodobne prostore, najsodobnejšo opremo in primernejšo organizacijo. V sedanjih pogojih zaposlene delajo na dveh popolnoma ločenih lokacijah, ki nimata ustreznih prostorov in opreme, zato pogoji dela niso optimalni in tudi prispevajo k večji izčrpanosti in nezadovoljstvu zaposlenih.

Kriza na delovnem mestu je v veliki meri odraz temeljnih nasprotij med vrednotami. Sistem vrednotenja, ki temelji na kratkoročnih ciljih, kako preživeti in ustvariti dobiček, je v nasprotju z vrednotami, ki jih pri svojem delu cenijo najbolj predani delavci. Organizacije, ki večino prihodkov ustvarijo s storitvami za stranke, se pri delu z njim vedno bolj odpovedujejo kakovostnemu osebnemu stiku. Temeljne vrednote za delo z osebnimi stiki s stranko so učinkovitost, natančnost, osebni pristop in prilagodljivost posamezniku. Zagotovo so zaradi čustveno zahtevnih situacij in izjemne predanosti bolnikom medicinske sestre pogostokrat v notranjem konfliktu s svojimi vrednotami in poklicno vlogo, ki jo opravljajo. Vse večji pritisk po učinkovitosti in optimalni izrabi virov na eni strani in vse večjimi zahtevami bolnikov na drugi strani psihično

vznemirjajo in izčrpavajo medicinske sestre, kar posledično pripomore k večji izpostavljenosti za izgorelost na delovnem mestu. Nasprotujoče se vrednote in konflikt vlog zaposlenih so anketirane medicinske sestre ocenile s povprečno oceno 2.7.

Zaposleni potrebujejo nadzor nad svojim delom za uravnavanje svojih interesov z interesi organizacije. Če zaposleni nimajo možnosti sprejemati ustreznih odločitev pri svojem delu, lahko v nedogled izgubljajo čas za stvari in dela, ki ne bodo pripomogla k temu, da bi bilo delo opravljeno. Pomembno je, da zaposleni izbere prvi pristop k delu in se odloči, kako bo uporabil razpoložljive vire. Anketirane medicinske sestre so pomanjkanje nadzora nad delom kot dejavnik izgorelosti na delovnem mestu ocenile s povprečno oceno 2,5, kar je srednja vrednost. Medicinske sestre očitno ocenjujejo, da imajo relativno dovolj nadzora nad svojim delom oziroma, da pomanjkanje nadzora nad njihovim delom ni na prioritetenem mestu dejavnikov izgorevanja na njihovem delovnem mestu.

Pristne vezi v skupnosti se trgajo zaradi izgube varnosti zaposlitve in čezmernega posvečanja kratkoročnim dobičkom, ki izključuje skrb za ljudi. Takšno ozračje razkrajja osebne odnose, ki so temeljna sestavina skupnosti v organizaciji, spodkopava skupinsko delo, ki je za proizvodno, informacijsko in storitveno ekonomijo vse pomembnejše. Izguba skupnosti je očitna v naraščanju sporov med ljudmi, upadanju podpore in spoštovanja, zaupanja in vse večjem občutku izoliranosti. Način dela medicinske sestre je vse bolj usmerjen v timsko delo, kjer je potrebno strpno sodelovanje tako znotraj poklicne skupine kot tudi z drugimi strokovnjaki. Veliko je usklajevanja, potrebno je razumeti delo in občutke sodelavcev, zahteve nadrejenih in seveda pacientov. Nastajajo konflikti z nadrejenimi, sodelavci, pa tudi z bolniki oziroma njihovimi svojci. Slabe odnose in nerazumevanje s sodelavci so anketirane medicinske sestre ocenile z najnižjo povprečno oceno 2,4 in 2,1, kar pomeni, da jih v skupini dejavnikov izgorelosti na njihovem delovnem mestu ocenjujejo kot najmanjši vzrok oziroma dejavnik izmed devetih dejavnikov izgorelosti na delovnem mestu medicinske sestre v intenzivni terapiji.

LITERATURA

1. Carnegie, D. (2012). Premagajte skrbi in stres. Ljubljana: Učila International.
2. Leka, S. in Jain, A. (2010). Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. Spletna stran: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf.
3. Maslach, C. in Leiter, M. P. (2002). Resnica o izgorevanju na delovnem mestu: Kako organizacije povzročajo osebni stres in kako ga preprečiti. Ljubljana: Educy.
4. Meško, M. (2011). Stres na delovnem mestu. Visokošolski učbenik z recenzijo. Maribor: Zavod za varnostne strategije pri Univerzi v Ljubljani.
5. Schmiedel, V. (2011). Izgorelost/Burnout. Ko nas delo, družina in vsakdanjik izčrpavajo. Maribor: Mettis bukvarna.

Raziskava o razširjenosti podančic pri šolski in predšolski populaciji

UDK 616.995.132:373.3

KLJUČNE BESEDE: podančice, epidemiološke raziskave, predšolski otroci, šolski otroci

POVZETEK - Podančica (*Enterobius vermicularis*) je majhna, približno centimeter velika glista. Ta črevesni parazit je razširjen po vsem svetu, najpogosteje se pojavlja pri otrocih. V zadnjih letih NIJZ beleži porast prijavljenih primerov okužbe s podančico. Na UNM Fakulteti za zdravstvene vede smo zasnovali projekt za ugotavljanje prevalece okuženosti s podančico v populaciji predšolskih in šolskih otrok. V projektu je sodelovalo 5 vzgojno-izobraževalnih institucij iz jugovzhodne Slovenije. Pregledanih je bilo 197 vzorcev predšolskih otrok in 225 vzorcev šolskih otrok. Raziskava je pokazala, da je v populaciji predšolskih otrok na območju jugovzhodne Slovenije okuženost s podančico okoli 9 %, med šolskimi otroki pa okoli 30 %. Poleg ugotavljanja pogostosti okužbe smo z raziskavo želeli ugotoviti tudi, koliko starši poznajo to okužbo in kakšna so njihova stališča o tem. Raziskavo v osnovni šoli smo dopolnili še z analizo higiene rok in drugih higienskih ukrepov, ki jih izvajajo v osnovni šoli. Analizirali smo tudi ekonomske vidike obvladovanja okužb s podančico.

UDC 616.995.132:373.3

KEY WORDS: pin worms, epidemiologic investigation, preschool children, school children

ABSTRACT - Pinworm (*Enterobius vermicularis*) is a small intestinal parasite, about a centimetre in size. It is spread worldwide and most commonly affects children. In the recent years, the Slovenian National Institute of Public Health has recorded an increase in reported cases of pinworm infection. At the UNM Faculty of Health Sciences, we have designed a project to identify the prevalence of infection with pinworm in the population of preschool and school children. The project involved 5 educational institutions from south-eastern Slovenia. 197 samples of preschool children and 225 samples of school children were examined. The study showed that in the preschool children in the area of south-eastern Slovenia, infection with pinworm was around 9%, while in school children, the prevalence was about 30%. In addition to determining the frequency of infection, the study also sought to identify the parents' knowledge and views on the infection with the pinworm. The research in the primary school was supplemented by an analysis of the implementation of hand hygiene and other hygienic measures that they carry out. We also analysed the economic aspects of controlling infections with pinworm.

1 Podančice

Podančica (*Enterobius vermicularis*) je majhna, približno centimeter velika glista, belkaste barve. Samica valjajajčeca ovalne oblike, v katerih se nahaja ličinka. Jajčeca odlaga običajno ponoči v kožne gube okoli zadnjika, kar povzroča značilno srbenje (NIJZ, 2017).

Podančice so razširjene po vsem svetu. Ta parazit je zelo razširjen v območjih z zmernim podnebjem in v razvitih državah. Okužba (enterobioza) se najpogosteje pojavlja pri otrocih (Intestinal nematode infection, b.d.).

1.1 Infestacija s podančico

Ljudje so edini gostitelj podančic. Samica vali jajčeca ovalne oblike, v katerih se nahaja ličinka. Običajno jih odlaga ponoči. Te jajčeca okoli zadnjika povzročajo značilno srbenje. Površina jajčec je lepljiva. Oseba s podančico si ob praskanju zadnjika jajčeca zanese pod nohte, na roke, spodnje perilo in posteljnino. Jajčeca podančic se preko onesnaženih rok, perila in posteljnine prenašajo v hrano, na predmete, igrače in okolico. Jajčeca so tudi v hišnem prahu, prenašajo jih hišni ljubljenci na dlaki, vendar se le-ti ne okužijo. Izven gostitelja ostanejo jajčeca kužna do treh tednov. Ustreza jim vlažno okolje. Visoka temperatura jih uniči (NIJZ, b.d.).

Okužba se širi z »zaužitjem« jajčec, neposredno ali posredno. Jajčeca po zaužitju dozorevajo v tankem črevesju, iz njih nastajajo ličinke, ki se med dozorevanjem pomikajo proti debelemu črevesju. Približno tretjina okuženih nima zdravstvenih težav (NIJZ, 2017).

Znaki okužbe z podančico (enterobioza) so različni. Maloštevilih glist človek ne opazi. Pri hujši infekciji ga muči srbenje ob zadnjiku zaradi potovanja samice. Včasih ima še bolečine v trebuhu ali neredno prebavo. Splošni bolezenski znaki se kažejo tudi kot nespečnost, slabost, neješčnost, razdražljivost.

Črevesne parazitske okužbe redko povzročajo akutno vnetje slepiča. Študije ugotavljajo, da v kirurško odstranjenih slepičih najdejo tudi podančice kot najverjetnejši vzrok vnetja. Fleming idr. (2015) so dokazali podančice pri 7 % od kirurško odstranjenih slepičev pediatričnih bolnikov. Pirhan idr. (2016) so podančice našli pri 2 % (4 od 186) kirurško odstranjenih slepičev pri bolnikih, Altun idr. (2017) pri 4 od 573, Dincel idr. (2017) pa pri 11 od 1.970 vzorcev (<1 %).

Včasih podančice zaidejo tudi v druge organe gastrointestinalnega trakta, kjer lahko povzročajo vnetja, npr. vnetje slepiča (Logar, 1999). V zelo redkih primerih podančico najdejo tudi v jetrih (Furnée idr., 2015).

Podančica se lahko pojavi ne samo v črevesju ampak tudi v sečilih, ledvicah, ženskih spolovilih. Če podančice zaidejo v nožnico, lahko povzročajo vnetje genitalnega trakta (NIJZ, 2017). Pri ženskah lahko nezdravljene okužbe s podančico povzročijo neplodnost (Dezsényi idr., 2018). Pri 90-letni bolnici iz Splošne bolnišnice Varaždin so po histerektomiji (odstranitvi maternice), slučajno odkrili podančice v maternici kljub temu, da ni imela znakov in simptomov okužbe (Pigac idr., 2017).

Čeprav so okužbe z *Enterobiusom*, ki niso gastrointestinalni, redke, je treba to okužbo upoštevati pri bolnikih z bolečino v trebuhu, pri genitourinarnih simptomih in bolečini v medenici, da bi lahko ustrezno zdravili in preprečili nadaljnje zaplete (Pigac idr., 2017).

1.2 Epidemiologija

Podančica je razširjena po celem svetu, še najbolj v predelih z zmernim podnebjem. Najbolj pogosto se pojavlja pri predšolskih in šolskih otrocih, širi se med družinskimi člani. Okužba ni povezana s socialno-ekonomskim položajem (Sang, 2003). V nekaterih zaprtih skupnostih prevalenca doseže 30-50 % populacije (Burkhart in Burkhart, 2005).

Raziskave v svetu ugotavljajo različno prevalenco infestacije s podančicami med otroki in v splošni populaciji.

Song idr. (2003) so pri analizi vzorcev 1,191 otrok iz 25 vrtcev ugotovili, da je v vrtcih v Južni Koreji s podančico okuženih 9,5 % otrok, v posameznih vrtcih pa se prevalenca giblje od 0 do 31,1 %. Otroci v starostni skupini 6-7 let so pogosteje okuženi.

Chai idr. (2015) pa so pri osnovnošolskih otrocih (761 vzorcev) v Južni Koreji ugotovili kar 47 % prevalenco.

Manganelli idr. (2012) ugotavlja 1,2 % prevalenco okužbe s podančico pri 247 priseljenskih otrocih v Rimu, starih 0-15 let.

Boås idr. (2012) ugotavlja 18 % (72/395) prisotnost okužbe otrok s podančico pri norveških otrocih. Najvišjo prevalenco (34 %) so ugotovili pri otrocih starih 6-11 let. Samo pri dveh otrocih so starši že vedeli za okužbo. Večje število sorojencev je povezano z večjo možnostjo okužbe.

Hematti idr. (2017) je v splošni populaciji v Iranu ugotovil 0,2 % prevalenco okužbe s podančico. Rezultati te študije niso zanesljivi, saj so pregledovali vzorce blata, ki ni zanesljiv vzorec za ugotavljanje okužb s podančico.

Friesen idr. (2018) je v splošni populaciji v Nemčiji ugotovil prisotnost jajčec v blatu pri 3 od 1009 vzorcev. Tudi pri tej študiji velja, da podatek o prevalenci ni zanesljiv, saj vzorci blata niso zanesljiv vzorec za ugotavljanje okužb s podančico.

Podatki NIJZ za Slovenijo kažejo, da število prijavljenih primerov podančice v zadnjih letih strmo narašča (iz 544 v letu 2010 na 3620 v letu 2016) (Sočan idr., 2017). Največ prijav je v starostni skupini od 5 do 9 let. Vzroki za porast niso natančno poznani. Osnovna šola je specifično okolje, ki omogoča prenos okužbe, saj otroci običajno ne skrbijo dovolj za higieno rok. Lepljiva jajčeca se lahko z okužene osebe preko rok in različnih predmetov zlahka prenesejo na drugo osebo. Preprečevanje okužbe otežuje tudi dejstvo, da je glistavost še vedno tabu tema in da starši ne javijo okužbe svojih otrok v osnovno šolo, kar šoli ne omogoča sprejeti ustrezne preventivne ukrepe za nadaljnje širjenje okužbe (Okužbe s podančico, 2017).

1.3 Diagnostika

Pri diagnostiki lahko že s prostim očesom opazimo približno centimeter veliko, blede obarvano podančico, jajčeca pa so tako majhna, da jih moramo opazovati pod mikroskopom. Diagnostika temelji na odvzemu perianalnih odtisov, kjer iščemo jajčeca. Ob sumu na okužbo s podančicami zjutraj odvezamo s pomočjo celofanskega samolepilnega traku odtis kožnih gub ob zadnjiku. Trak nato prelepimo čez objektno stekelce, ta vzorec pa se nato pregleda v diagnostičnem laboratoriju (Pinworm infection, b.d.; Parasites-enterobiasis, 2013).

Drug način je iskanje odrasle gliste ali jajčec v iztrebkih, vendar se ta metoda ne priporoča, ker se jajčeca in paraziti ne izločajo vedno z blatom in je tako možnost potrditve diagnoze majhna. Lahko pa se tudi s svetilko pregleda analni predel okužene osebe. To je potrebno izvesti ponoči, saj takrat gliste pridejo iz črevesja v perianalni prostor. Serološki testi ne obstajajo (Pinworm infection, b.d.; Parasites-enterobiasis, 2013).

Na okužbo s podančico pri otrocih lahko kaže tudi eozinofilija (Fleming idr., 2015).

1.4 Zdravljenje

Zdravnik za otroka predpiše antihelmintik, ki ga dajemo natančno po navodilih proizvajalca, hkrati se priporoča zdravljenje vseh, ki so v stiku z otrokom (članov družine, otrok v vrtcu/ šoli), ker si okužbo med seboj lahko prenašajo (Zorec, 2005).

V Sloveniji sta dostopni dve zdravili na »zeleni« recept. Najpogosteje uporabljen je Vermox (z zdravilno učinkovino mebendazol). Drugo zdravilo pa je Zestaval (z zdravilno učinkovino albendazol). Obe zdravili sta glede na učinkovitost enakovredni (NIJZ, 2017). Registrirana so tudi druga zdravila proti nitastim črvom (Centralna baza zdravil, b.d.).

Podančica se zlahka širi med družinskimi člani, zato je pomembno, da zdravilo istočasno vzamejo vsi družinski člani starejši od 1 leta. Režim jemanja zdravila je enak kot za bolnika - tableta mebendazola ali albendazola v enkratnem odmerku in ponovitev čez 14 dni. Dojenčki, mlajši od 1 leta, se redko okužijo s podančico dokler se dojijo in se ne plazijo, oziroma ne nosijo stvari v usta. Mikrobiološko ugotavljanje podančic pri družinskih članih ni potrebno, ker ni stroškovno učinkovito (NIJZ, 2017).

Za preprečevanje in zdravljenje okužb s podančicami različni viri navajajo tudi nekatera domača zdravila, predvsem česen, kot učinkovita živila za odstranjevanje infestacije s podančicami pa omenjajo tudi ekstrakt grenivkinih pečk, pelin, papajo, kokosovo olje, korenje in rdečo peso, bučna semena, čebulo, jabolčni kis (20 Home Remedies for Pinworms in Adults and Children, b.d.; Home Remedies for Pinworms, b.d.; Dolinar, 2010; Mihalič, 2008). Znanstvenih objav, ki bi potrjevale učinkovitost domačih zdravil je malo. Ediriweera idr. (2013) npr. poroča o učinkovitosti rastline Pavetta indica za zdravljenje infestacije s podančicami.

1.5 Preprečevanje okužbe

Preprečevanje okužb je težavno. Širjenje okužb s podančicami preprečujemo z doslednim izvajanjem osebne higiene in poostrenim izvajanjem splošne higiene v bivalnem okolju ter z zdravljenjem obolelih. Čeprav raziskave kažejo, da okuženost s podančicami nima neposredne povezave s socialnoekonomskim statusom družin in osebne higiene (Song, 2003), so prav higienski ukrepi ključni pri omejevanju okužbe. Ob ugotovljeni okužbi s podančico je potrebno poostreno izvajanje osebne higiene in splošne higiene v bivalnem okolju (čiščenje prostorov, pranje perila, preoblačnje) (NIJZ, b.d.).

2 Izvedba raziskave razširjenosti podančic pri šolskih in predšolskih otrocih

Z namenom proučevanja razširjenosti podančic med otroki dolenjske regije smo na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede izvedli raziskavi o razširjenosti podančic med predšolskimi otroci, v katero so bili vključeni 4 vrtci s področja Dolenjske in Bele krajine, in šolskimi otroci od 1. do 5. razreda, ki je bila izvedena

na OŠ Grm v Novem mestu. Raziskavo prisotnosti razširjenosti podančic v predšolski populaciji smo izvedli v obdobju marec-julij 2017, raziskavo v osnovni šoli pa v obdobju februar-april 2018.

Osnovni namen projekta je bilo ugotavljanje razširjenosti podančic na osnovi mikroskopskega pregleda prisotnosti jajčec podančic v perianalnih selotejpnih odtisih. K sodelovanju v projektu so bili povabljeni starši, ki jim je bil projekt predstavljen na roditeljskih sestankih. Za sodelovanje v projektu so se odločili prostovoljno. Starši, ki so se odločili za sodelovanje, so prejeli kuverto s tremi objektnimi stekelci, na katere so nalepili perianalne selotejpane odtise, paličice za odvzem vzorca, navodilo za odvzem vzorca in anketo. Vsem sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost, saj so bili vsi vzorci označeni le s šifro. Na podlagi šifre so lahko starši tudi preverili rezultat testa za svojega otroka, saj smo rezultate objavili na spletni strani fakultete. Pregledanih je bilo 197 vzorcev predšolskih otrok in 225 vzorcev šolskih otrok.

Poleg ugotavljanja razširjenosti okužbe smo z raziskavo želeli ugotoviti tudi znanja in stališča staršev o okužbi s podančico. Raziskavo v osnovni šoli smo dopolnili še z analizo izvajanja higiene rok in drugih higienskih ukrepov, ki jih izvajajo v osnovni šoli.

Projekt je bil interdisciplinarno zasnovan in vanj sta bila vključena tudi dva študenta ekonomije, v sodelovanju s katerima smo naredili analizo stroškov preventivnih dejavnosti.

Študentke zdravstvene nege so v sklopu projekta izvedle tudi opazovanje higiene rok in zdravstveno vzgojne delavnice z namenom zmanjševanja okužbe s podančico in drugih črevesnih nalezljivih bolezni.

Pri izvedbi projekta je UNM FZV sodelovala tudi z NLZOH. Raziskava v osnovni šoli pa je potekala v partnerstvu z OŠ GRM in je bila sofinancirana s strani razpisa JR ŠIPK »Projektno delo z negospodarskim in neprofitnim sektorjem v lokalnem in regionalnem okolju – Študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2018«.

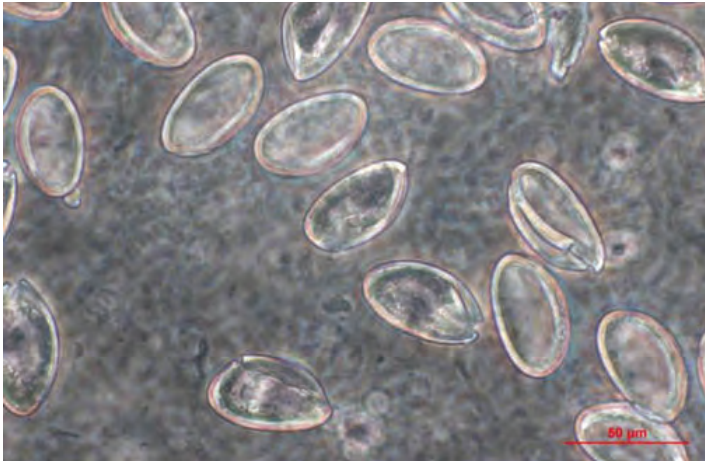
3 Rezultati projekta

V sklopu projekta so bile izvedene naslednje aktivnosti:

- Ogled mikrobiološkega laboratorija, prikaz mikrobiološke diagnostike parazitov na NLZOH – enota NM.
- Pregled dostopne literature o okužbah s podančico.
- Priprava vprašalnikov in navodil za odvzem vzorcev za izvedbo raziskave v vrtcih in OŠ, priprava soglasij za starše, razdelitev soglasij.
- Organizacija sestanka s starši (povabilo za sodelovanje v raziskavi).
- Priprava paketov za odvzem vzorcev.
- Razdelitev in pobiranje paketov v vrtcih in šoli.
- Pregledovanje perianalnih odtisov.
- Vnos anket v računalniško bazo podatkov.
- Priprava spletne strani ter informativne zloženke in brošure.

- Identifikacija dejavnikov tveganja za okužbo s podančico v OŠ, opazovanje higijene rok otrok.
- Priprava in izvedba zdravstveno vzgojnih delavnic na temo higijene rok in preprečevanja okužb s paraziti ter njihova evalvacija
- Analiza stroškov preventive, ki se izvaja in bi se izvajala na področju okužb s podančico.
- Analiza podatkov anketiranja staršev in odvzema vzorcev ter priprava poročila.
- Priprava predloga ukrepov za zmanjšanje števila okužb s podančico v prvih dveh triadah osnovne šole (na podlagi ugotovitev anketnih vprašalnikov in števila pozitivnih vzorcev perianalnih odtisov).
- Raziskava, izvedena v letu 2017 je pokazala, da je v populaciji predšolskih otrok na območju jugovzhodne Slovenije s podančico okuženih okoli 9 % otrok. Raziskava med šolskimi otroki v letu 2018 je pokazala okoli 30 % okuženost s podančico.

Slika 1: Jajčeca podančice na perianalnem selotejpnem odtisu (400 kratna povečava)



Vir: Lasten vir, 2018.

Rezultati raziskave v vrtcih so objavljeni na spletni strani fakultete: https://fzv.uni-nm.si/sl/raziskovanje/programi_in_projekti/podancice_v_vrtcu/, rezultati raziskave v šoli so objavljeni na spletni strani fakultete: https://fzv.uni-nm.si/sl/raziskovanje/programi_in_projekti/sipk_2017_2018/projekt_stop_podancice/, pripravljena pa je bila tudi spletna stran z vsebinami, namenjenimi informiranju javnosti: <https://stoppodancice.wordpress.com/>.

4 Razprava

Izvedeni projekt je pomembno prispeval k boljšemu razumevanju problematike povečanega pojavljanja števila okužb s podančico, ki se ne pojavlja le regionalno, ampak ta trend zaznavajo tudi v širšem slovenskem prostoru (Sočan idr., 2017). Z vključeva-

njem vrtcev, osnovne šole in mikrobiološkega laboratorija Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano so bile vzpostavljene možnosti za izvedbo kakovostne epidemiološke raziskave.

Ugotovljena prevalenca okužbe s podančico je višja od dostopnih podatkov za Slovenijo iz literature (Sočan idr., 2017).

Z informiranjem vključene populacije staršev, otrok ter učiteljev in vzgojiteljev smo dosegli povečan nivo razumevanja okužbe s podančico in seznanili ciljno javnost z možnimi ukrepi za preprečevanje okužbe. Pogovor o tej temi z vsemi naštetimi deležniki naj bi doprinesel k detabuizaciji problematike in s tem k učinkovitejšemu sporočanju okužb, kar bo omogočilo učinkovitejšo preventivo ter zdravljenje. Pričakujemo, da bo obvladovanje okužb s podančico v obravnavanih okoljih učinkovitejše in se bo razširjenost le-te med otroci zmanjšala.

Zahvala

Avtorici se zahvaljujemo vsem študentom in zunanjim sodelavcem, ki so sodelovali pri izvedbi projekta, zlasti NLZOH – enota Novo mesto, OŠ Grm, Vrtec pri OŠ Vavta vas, Otroški vrtec Metlika, Vrtec Cici-ban Novo mesto in Petrov vrtec Otočec. Del raziskav je bil izveden v okviru projekta Stop podančice, sofinanciranega s strani razpisa JR ŠIPK »Projektno delo z negospodarskim in neprofitnim sektorjem v lokalnem in regionalnem okolju – Študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2018».

LIRERATURA

1. 20 Home Remedies for Pinworms in Adults and Children (b.d.). All Remedies. Pridobljeno 20. 3. 2018, s <https://allremedies.com/home-remedies-for-pinworms/>.
2. Altun, E., Avci, V. in Azatcam, M. (2017). Parasitic infestation in appendicitis. A retrospective analysis of 660 patients and brief literature review. *Saudi Med J.*, 38 (3), 314–318.
3. Boås, H., Tapia, G., Sødahl, J. A., Rasmussen, T. in Rønningen, K. S. (2012). Enterobius vermicularis and risk factors in healthy Norwegian children. *Pediatr Infect Dis J.* 31 (9), 927–930.
4. Burkhart, C. N. in Burkhart, C. G. (2005). Assessment of frequency, transmission, and genitourinary complications of enterobiasis (pinworms). *Int J Dermatol.*, 44 (10), 837–840.
5. Centralna baza zdravil. Pridobljeno 15. 4. 2018, s [http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search?SearchView&Query=\(%5BSIATCKLA%5D=P02*\)&SearchOrder=4&SearchMax=301](http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search?SearchView&Query=(%5BSIATCKLA%5D=P02*)&SearchOrder=4&SearchMax=301).
6. Centralna baza zdravil. Pridobljeno 15. 4. 2018, s [http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search?SearchView&Query=\(%5BSIATCKLA%5D=P02*\)&SearchOrder=4&SearchMax=301](http://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search?SearchView&Query=(%5BSIATCKLA%5D=P02*)&SearchOrder=4&SearchMax=301).
7. Chai, J. Y., Yang, S. K., Kim, J. W., Choi, S. L., Song, G. Y., Jung, B. K., Kim, M. J., Cho, J., Kim, D. G., Sohn, W. M., Jeoung, H. G., Cho, S., Park, J. B., Hong, S., Htoon, T. T. in Tin, H. H. (2015). High Prevalence of Enterobius vermicularis Infection among Schoolchildren in Three Townships around Yangon, Myanmar. *Korean J Parasitol.*, 53 (6), 771–775.
8. Choudhury, S., Kumar, B. in Pal, D. K. (2017). Enterobius vermicularis infestation of urinary tract leading to recurrent urinary tract infection. *Trop Parasitol.*, 7 (2), 119–121.
9. Dezsényi, B., Sárközi, L., Kaiser, L., Tárkányi, K., Nikolova, R. in Belics, Z. (2018). Gynecological and obstetrical aspects of Enterobius vermicularis infection. *Acta Microbiol Immunol Hung.*, 19, 1–7.
10. Dincel, O., Goksu, M., Turk, B. A., Pehlivanoglu, B. in Isler, S. (2017). Unexpected findings in the routine histopathological examinations of appendectomy specimens A retrospective analysis of 1,970 patients. *Ann Ital Chir.*, 88, 519–525.
11. Dolinar, A. (2010) Naravno nad črevesne zajedavce pri otrocih. Pridobljeno 20. 3. 2018, s <http://www.zazdravje.net/razkrivamo.asp?art=318>.

12. Ediriweera, E. R., Rajapaksha, R. P., Rathnayaka, R. L., Premakeerthi, W. M. in Premathilaka, S. (2013). Clinical study on the effect of decoction of *Pavetta indica* Linn. in treatment of Purishaja Krimi with special reference to *Enterobius vermicularis* infestation. *Ayu*. 34 (3), 254–258.
13. Fleming, C. A., Kearney, D. E., Moriarty, P., Redmond, H. P. in Andrews, E. J. (2015). An evaluation of the relationship between *Enterobius vermicularis* infestation and acute appendicitis in a paediatric population-A retrospective cohort study. *Int J Surg.*, 18, 154–158.
14. Friesen, J., Fuhrmann, J., Kietzmann, H., Tannich, E., Müller, M., Ignatius, R. (2018). Evaluation of the Roche LightMix® Gastro Parasites multiplex PCR assay detecting *Giardia duodenalis*, *Entamoeba histolytica*, cryptosporidia, *Dientamoeba fragilis*, and *Blastocystis hominis*. *Clin Microbiol Infect.*, 24 (12), 1333–1337.
15. Furnée, E. J., Spoto, C., de Graaf, M. J. in Smakman, N. (2015). *Enterobius vermicularis* infection of the liver in a patient with colorectal carcinoma with suspected liver metastasis. *BMJ Case Rep*. 2015 Nov 5; pii: bcr2015212271. Pridobljeno 20. 4. 2018, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654143/>.
16. Hemmati, N., Razmjou, E., Hashemi-Hafshejani, S., Motevalian, A., Akhlaghi, L., Meamar, A. R. (2017). Prevalence and Risk Factors of Human Intestinal Parasites in Roudehen, Tehran Province, Iran. *Iran J Parasitol.*, 12 (3), 364–373.
17. Home Remedies for Pinworms (b.d.). MDhealth.com. Pridobljeno 20.3.2018, s <http://www.md-health.com/Home-Remedies-For-Pinworms.html>.
18. Logar, J. (1999). *Parazitologija v medicini*. Ljubljana: DZS.
19. Manganelli, L., Berrilli, F., Di Cave, D., Ercoli, L., Capelli, G., Otranto, D. in Giangaspero, A. (2012). Intestinal parasite infections in immigrant children in the city of Rome, related risk factors and possible impact on nutritional status. *Parasit Vectors.*, 20 (5), 265.
20. Mihalič, R. (2008). Farmacevt odgovarja. Pridobljeno 20. 3. 2018, s <http://www.lekarnanaklik.si/p-4237-vedno-imam-probleme-s-paraziti-in-se-jih-ne-znebitimzdravnik-mi-vedno-predpise-eno-zdravilo-ki-mi-n.aspx>.
21. Okužbe s podančico (enterobiazia) - navodila za zdravnike. (2017). NIJZ. Pridobljeno 20. 3. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/okuzbe_s_podancico_navodila_za_zdravnike.pdf
22. Parasites-enterobiasis (2013). Centres for disease control and prevention. Pridobljeno 15. 3. 2018, s <https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/diagnosis.html>.
23. Pigac, B., Mašić, S. in Mašić, V. (2017) *Enterobius vermicularis* in the Endometrium of the Uterus: A Case Report. *Iran J Parasitol.*, 12 (4), 638–641.
24. Pinworm infection (b.d.). Mayo Clinic. Pridobljeno 15. 3. 2018, s <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pinworm/diagnosis-treatment/drc-20376386>.
25. Pirhan, Y., Özen, F. Z., Kılınç, Ç. in Güçkan, R. (2017). Does the Intestinal Parasite *Enterobius vermicularis* Cause Acute Appendicitis? *Turkiye Parazit Derg.*, 41 (2), 76–79.
26. Podancice. (2017). NIJZ . Pridobljeno 20. 3. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podancice_22_11_2017.pdf.
27. Preprečevanje okužb s podančico. (2017). NIJZ. Pridobljeno 20. 3. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/preprecevanje_okuzb_s_podancico_22.11.2017_0.pdf.
28. Sočan, M., Kraigher, A., Klavs, I., Freljih, T., Grilc, E., Grgič Vitek, M., Učakar, V. in Kolman, J. (2017). Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
29. Song, H. J., Cho, C. H., Kim, J. S., Choi, M. H. in Hong, S. T. (2003). Prevalence and risk factors for enterobiasis among preschool children in a metropolitan city in Korea. *Parasitol Res.*, 91 (1), 46–50.
30. Zorec, J. (2005). *Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka*. Ljubljana: Založba Pivec.

Zdravstvena in e-zdravstvena pismenost pacientov s kroničnimi boleznimi v ambulantni nujne medicinske pomoči

UDK 614.2:37.014.22

KLJUČNE BESEDE: zdravje, zdravstvene informacije, promocija zdravja, nujna medicinska pomoč

POVZETEK - V prispevku preučujemo zdravstveno in e-zdravstveno pismenost, ki je rezultat človeškega znanja, motivacije in sposobnosti za dostop, razumevanje, ovrednotenje ter uporabo zdravstvenih informacij v lastno korist. Namen raziskave je ovrednotiti nivo zdravstvene in e-zdravstvene pismenosti pacientov s kroničnimi boleznimi in ugotoviti, kako stopnja zdravstvene pismenosti vpliva na e-zdravstveno pismenost pacientov s kroničnimi boleznimi in tako na uporabo in iskanje informacij, povezanih z zdravjem, preko spleta. V raziskavi ugotavljamo, da med moškimi in ženskami obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti, poleg tega ugotavljamo neznatno pozitivno linearno povezanost med spremenljivkama zdravstvena pismenost in e-zdravstvena pismenost. Raziskavo zaključujemo z ugotovitvijo, da pacienti s povprečnim in višjim nivojem e-zdravstvene pismenosti pogosteje iščejo zdravstvene informacije na spletu v povezavi s kroničnimi boleznimi. Zdravstvena in e-zdravstvena pismenost sta dokaj nepoznana pojava v slovenskem prostoru. Treba je implementirati finančno sprejemljive izobraževalne modele oz. strategije za njihovo ugotavljanje in izboljšanje pri vseh pacientih s kroničnimi boleznimi.

UDC 614.2:37.014.22

KEY WORDS: health, health information, health promotion, emergency medical service

ABSTRACT - The article treats health literacy and e-health literacy, which are the results of human knowledge, motivation and competences for understanding, evaluating and using health information for one's own benefit. The aim of the research was to evaluate the level of health and e-health literacy of patients with chronic diseases as well as to determine how the level of health literacy affects e-health literacy of patients with chronic diseases and, consequently, the use and search for health-related information online. The research results show differences in the average number of points achieved in the assessment of health literacy between men and women, and a slight positive linear correlation between health literacy and e-health literacy variables is apparent. The finding that patients with the average and higher levels of e-health literacy are more likely to seek health information in connection with chronic diseases online has concluded our research. The concepts health literacy and e-health literacy have been quite unknown in Slovenia so far. Thus, it is necessary to implement financially acceptable educational models or strategies for identifying and improving health and e-health literacy in all patients with chronic diseases.

1 Teoretična izhodišča

Za Slovenijo velja, da se prebivalstvo hitro stara, povečuje se delež prebivalstva, starejšega od 65 let, in zmanjšuje se delež prebivalstva v aktivni dobi. Projekcije števila in strukture slovenskega prebivalstva napovedujejo za naslednjih nekaj desetletij zgolj minimalne spremembe v številu prebivalstva, a velike spremembe v starostni strukturi prebivalstva. V letu 2013 so delovno sposobni prebivalci predstavljali slabi dve tretjini vseh prebivalcev, ta delež pa naj bi se do leta 2050 zmanjšal na zgolj okrog eno polovico vseh prebivalcev in se na tej ravni ustalil. Na drugi strani pa naj bi se delež starejših od 65 let v prihodnjih 35-ih letih skoraj podvojil, saj naj bi le-ti leta

2050 predstavljali skoraj 30 % vseh prebivalcev Slovenije. Torej lahko rečemo, da se slovensko prebivalstvo pospešeno stara (NIJZ, 2015). Zaradi staranja prebivalstva naraščajo kronične bolezni ter njihovi zapleti, ki so povezani s pogostejšimi obiski v ambulantni nujne medicinske pomoči. Namen našega prispevka je oceniti zdravstveno pismenost pacientov s kronično boleznijo, ki obiščejo urgentno ambulantno.

Zdravstvena pismenost je koncept, ki se je prvič pojavil sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja (Mancuso, 2008). Sørensen idr. (2012) so v svojem preglednem znanstvenem članku ugotovili, da obstaja 17 različnih definicij zdravstvene pismenosti. Slednje so združili in naredili novo celovito opredelitev, ki se glasi: »zdravstvena pismenost je povezana s pismenostjo in je rezultat človeškega znanja, motivacije in sposobnosti za dostop, razumevanje, ovrednotenje ter uporabo zdravstvenih informacij z namenom presoje in sprejemanja odločitev v vsakdanjem življenju glede zdravstvene oskrbe, preprečevanja bolezni in promocije zdravja za ohranjanje ali izboljšanje kakovosti življenja v vseh starostnih obdobjih«. Babnik, Štemberger Kolnik in Bratuž (2013) ugotavljajo, da je zdravstvena pismenost kompleksen fenomen, ki ga določajo: značilnosti posameznika, demografske spremenljivke (spol, starost, socialno-ekonomski status, izobrazba, rasa, narodnost in etnična pripadnost), sposobnosti (kognitivne, socialne in fizične), splošna pismenost in dosedanje izkušnje z boleznijo oz. zdravjem in zdravstvenim sistemom (zdravstvena politika, udeležba oz. vključenost pacienta v zdravstveni sistem). Nivo zdravstvene pismenosti kroničnega bolnika v veliki meri vpliva na stanje kronične bolezni in s tem na njegovo zdravstveno stanje (Bratuž, 2012). Vse bolj očitno postaja, da je omejena zdravstvena pismenost pogost in neodvisen dejavnik tveganja za slabe zdravstvene rezultate, prezgodnje umiranje in slabšo kakovost življenja. Zato je pomembno, da zdravstveno osebje skrbi za njen dvig pri obravnavanih pacientih, vendar se pri zdravstvenemu osebju opaža pomanjkanje svetovalnih spretnosti in znanja o načelih učenja in izobraževanja odraslih z nižjo zdravstveno pismenostjo (Cutilli, 2007; Osborn, Cavanaugh in Kripalani, 2010; Ownby, Waldrop, Taha, 2012; Boyde idr., 2015;). Pri pacientih s kroničnimi boleznimi (sladkorna bolezen, hipertenzija, srčno popuščanje, debelost) so s pomočjo različnih tipov raziskav (kvalitativnimi, presečnimi, randomiziranimi) preučevali povezanost med zdravstveno pismenostjo in zdravstvenimi izidi. Uporabljene so bile spremenljivke: znanje, samoupravljanje, hospitalizacije, umrljivost, izboljšani nadzor nad dejavniki tveganja, kot so visok krvni tlak, holesterol in glukoza, vendar so bili rezultati pomanjkljivi (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern in Crotty, 2011). Isti avtorji so pregledali 96 raziskav, ki so se navezovalе na zdravstveno pismenost ter računske spretnosti in ugotovili, da je bila nizka zdravstvena pismenost povezana z večjo uporabo zdravstva v smislu ponovnih bolnišničnih sprejemov in obiska urgentnih ambulant, manjšo uporabo preventivnih ukrepov kot sta cepljenje in presejalni programi ter nižjim upoštevanjem samooskrbe vključno s pravilnim jemanjem predpisanih zdravil. Prav tako obstajajo statistično pomembne povezave s slabšim zdravstvenim stanjem in zdravstvenimi izidi vključno s smrtjo (Berkman idr., 2011).

V Sloveniji je leta 2013 prvo večjo raziskavo na splošni populaciji (N = 445) opravil Kojić (2013). V raziskavi ugotavlja, da je zadovoljivo stopnjo zdravstvene pismeno-

sti izkazalo dobrih 63% sodelujočih v raziskavi, kar pomeni, da jih je dobra tretjina pomanjkljivo zdravstveno pismenih. Nizka zdravstvena pismenost je bolj razširjena med prebivalci, ki živijo v gospodinjstvu z nizkimi dohodki, med rasnimi ali etničnimi manjšinami (Kindig, Panzer in Nielsen - Bohlman, 2004).

2 E-zdravstvena pismenost

Odkar se paciete s kroničnimi boleznimi spodbuja, da postanejo bolj ozaveščeni glede svoje bolezni in da prevzemajo vse večjo vlogo pri vodenju le te, je izjemno pomembno, da imajo dostop do informacij, ki se navezujejo na njihovo bolezen (Powell, Darvell in Gray, 2003). Trenutno je internet eden izmed glavnih virov zdravstvenih informacij in raziskave kažejo, da ga mnogi pacienti pogosto v ta namen tudi uporabljajo (Van Der Vaart, Drossaert, Taal in Van De Laar, 2011). Študije so pokazale, da pacienti s kroničnimi boleznimi, ki uporabljajo internet, boljše skrbijo zase, kot tisti, ki ga ne uporabljajo (Robinson in Graham, 2010). Z razvojem interneta lahko pacienti komunicirajo med seboj, delijo lastne izkušnje z boleznijo ali iščejo nasvete preko različnih forumov (Van Uden Kraan idr., 2008). Vsekakor pa uporaba interneta v povezavi z zdravjem zahteva določeno stopnjo e-zdravstvene pismenosti, ki zajema obširen spekter znanj oz. spretnosti (Norman in Skinner, 2006). Norman in Skinner (2006) opredeljujeta e-zdravstveno pismenosti kot »sposobnost iskanja, ugotavljanja, razumevanja in ovrednotenja zdravstvenih informacij, pridobljenih iz elektronskih virov in seveda sposobnost uporabe pridobljenih informacij pri reševanju težav povezanih z zdravjem«. Številne predhodne študije ugotavljajo, da uporaba interneta za zbiranje podatkov zahteva znanje na različnih ravneh. Na nižji ravni so operativne in navigacijske sposobnosti bistvenega pomena, usposobljenost za uporabo računalnika in razumevanje svetovnega spleta in njegove večplastne strukture. Na višji ravni pa ljudje potrebujejo znanje za iskanje, izbiro relevantnih podatkov iz množice rezultatov iskanja in presojo zanesljivosti in veljavnosti pridobljenih informacij (Chan in Kaufman, 2011; Van Deursen in Van Dijk, 2011). Eysenbach (2001) navaja, da e-zdravje (uporaba interneta in telekomunikacijske tehnologije za zagotavljanje obveščanja o zdravju in zdravstvenih storitvah) predstavlja učinkovito orodje za prenašanje zdravstvenih informacij do pacientov z nizko zdravstveno pismenostjo na načine, ki so lažje dostopni. Dostopnost zdravstveno informacijske tehnologije v zadnjem času vpliva na razvoj mobilnih aplikacij povezanih z zdravjem. Trenutno obstaja več tisoč aplikacij, ki jih ponujata Apple (IOS) in Android platforme za paciete z različnimi zdravstvenimi težavami. Pacienti lahko s pomočjo mobilnih aplikacij nadzorujejo kronične bolezni, merijo svoje spanje, telesno aktivnost, kalorični vnos in nenazadnje gledajo izobraževalne vsebine (Mackert, Mabry - Flynn, Champlin, Donovan, Pounders, 2016). Iz podatkov evropskega poročila, ki se navezujejo na e-zdravstveno pismenost, lahko ugotovimo, da približno 6 od 10 Evropejcev išče zdravstvene informacije na spletu (Eurobarometer, 2014). Če predhodne ugotovitve primerjamo z slovenskim prostorom lahko ugotovimo, da so prebivalci v 1. četrtletju 2015 po podatkih Statističnega urada RS osebe stare od 16 do 74 let v 65 % internet uporabljale za iskanje informacij po-

vezanih z zdravjem (SURSA, 2015). Ljudje z visoko stopnjo e-zdravstvene pismenosti so bolj kritični do informacij, ki so jih našli na internetu in posledično bolj zaupajo v svoje sposobnosti iskanja natančnih oz. relevantnih zdravstvenih informacij (Neter in Brainin, 2012). Vpliv interneta še vedno narašča, zato računalniška in internetna pismenost postajata pomemben dodatek k veščinam tradicionalne zdravstvene pismenosti (Cairo, 2003). Zato, da bi dobili popoln pregled sposobnosti ljudi za pridobivanje in uporabo zdravstvenih informacij, bi morali meriti tudi e-zdravstveno pismenost (Dutta in Bodie, 2008; Dominick, Friedman in Hoffman - Goetz, 2009; Griffin idr. 2010).

3 Metodologija

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, povezanost stopnje zdravstvene pismenosti z e-zdravstveno pismenostjo pacientov s kroničnimi boleznimi in posledično na uporabo in iskanje informacij povezanih z zdravjem preko spleta. Primarni cilj je bil na osnovi teoretičnih spoznanj in rezultatov raziskave, izvedene v empiričnem delu, potrditi oziroma ovreči postavljene hipoteze, povezane z oceno stopnje zdravstvene in e-zdravstvene pismenosti pacientov s kroničnimi boleznimi.

3.2 Hipoteze

Glede na prebrano literaturo smo oblikovali sledeče hipoteze:

- *H1*: Med moškimi in ženskami s kroničnimi boleznimi obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti.
- *H2*: Med anketiranci, ki živijo v urbanem ali ruralnem okolju, obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti.
- *H3*: Med anketiranci iz različnih starostnih skupin obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti.
- *H4*: Med anketiranci z različnim mesečnim zaslužkom celotnega gospodinjstva obstajajo razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti.
- *H5*: Med nivoji zdravstvene pismenosti in nivoji e-zdravstvene pismenosti pacientov s kroničnimi boleznimi obstajajo razlike.
- *H6*: Nivo e-zdravstvene pismenosti vpliva na pogostost iskanja zdravstvenih informacij po ključnih besedah na internetu v povezavi s kroničnimi boleznimi v zadnjih 3 mesecih.

3.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri izdelavi prispevka smo uporabili kavzalno neeksperimentalno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, CINAHL, Pubmed, MEDLINE. Uporabljene ključne besede so: zdravstvena pismenost (angl. health literacy, e-zdravstvena pismenost (angl. e-health literacy),

kronične bolezni (angl. chronic disease), pacient (angl. patient), internet (angl. internet). V empiričnem delu smo uporabili anketni vprašalnik, ki je v prvem delu vseboval vprašanja, ki so se nanašala na demografske podatke (spol, formalno dosežena izobrazba, starostna skupina, mesečni zaslužek celotnega gospodinjstva in področje bivanja). Drugi sklop anketnega vprašalnika je vseboval 23 trditev zaprtega tipa in ocenjuje razumevanje simptomov bolezni in dejavnikov zdravega življenjskega stila (razumevanje bolezni), iskanje ustrezne pomoči v zdravstvenem sistemu oz. učinkovito orientacijo in delovanje znotraj zdravstvenega sistema (orientacija) ter razumevanje navodil in razumevanje pomena upoštevanja navodil s strani zdravstvenega osebja (razumevanje navodil). Zanesljivost omenjenega sklopa je (Cronbach $\alpha = 0,76$). Vprašalnik z originalnim naslovom Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy, ki so ga razvili Chew, Bradley in Boyko leta 2004, je prirejen in validiran za potrebe slovenske populacije. Priredbo in validacijo vprašalnika sta izvedli avtorici Štamberger Kolnik in Babnik (2012). Na podlagi prebrane literature smo v četrtem sklopu oblikovali 10 trditev zaprtega tipa s katerimi smo ocenjevali e-zdravstveno pismenost pacientov s kroničnimi boleznimi. Zanesljivost omenjenega sklopa je (Cronbach $\alpha = 0,94$). V zadnjem, petem sklopu, smo prav tako s pomočjo pregledane literature oblikovali 8 trditev zaprtega tipa, s katerimi smo ocenjevali iskanje zdravstvenih informacij po ključnih besedah s pomočjo interneta. Zanesljivost omenjenega sklopa je (Cronbach $\alpha = 0,60$).

3.4 Opis vzorca

Populacijo predstavljajo pacienti, ki imajo kronično bolezen in so bili pregledani v ambulanti nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Črnomelj. V raziskavi je uporabljen nenaključen namenski vzorec. Pred pričetkom raziskave smo imeli pripravljenih 60 anketnih vprašalnikov. Anketni vprašalnik je pacient prejel po pregledu v ambulanti nujne medicinske pomoči. Vrnjenih in v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo dobili 50, kar predstavlja 83-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 24 moških in 26 žensk.

3.5 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program SPSS 20.0, grafična ponazoritev podatkov je prav tako izvedena s pomočjo računalniškega programa SPSS 20.0 in kontingenčnimi tabelami (crosstabs). Povprečne vrednosti, standardni odklon in mediane vrednosti so bili izračunani z metodami deskriptivne statistike. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami smo uporabili Independent-Samples T Test, ANOVA s post HOC testi (Tukey HSD, Brown-Forsythe in Games - Howell) in Kullbackov $\hat{2}$ preizkus.

4 Rezultati

Tabela 1: Primerjava doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti glede na spol, področje bivanja, starostno skupino in mesečnim zaslužkom celotnega gospodinjstva

<i>Spremenljivke</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Spol					
Moški	24	77,16	8,70	11,17	0,041*
Ženske	26	84,03	13,91		
Področje bivanja					
Urbano okolje	16	80,68	12,12	0,597	0,446*
Ruralno okolje	34	80,76	12,12		
Starostna skupina					
18-24 let	5	80,20	15,72	0,414	0,798**
25-39 let	9	81,33	11,91		
40-54 let	15	82,33	11,07		
55-64 let	9	76,11	11,50		
65 let in več	12	74,63	13,54		
Mesečni zaslužek celotnega gospodinjstva					
Manj kot 500€	13	80,69	14,21	2,107	0,120**
500€ do 999€	8	74,87	11,44		
1000€ do 1499€	14	77,14	7,00		
1500€ do 1999€	9	86,00	12,33		
2000€ in več	6	89,16	12,09		

Legenda/Legend: *n* – število/number; \bar{x} – povprečje/average, *s* – standardni odklon/standard deviation
* - uporaba t-testa/use of t-test; ** - uporaba ANOVA/use of ANOVA; *p* – statistična značilnost pri 0,05 ali manj/statistical significance 0,05 or less

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

V Tabeli 1 so predstavljeni rezultati t-testa in ANOVA s post HOC testi, ki kažejo statistično značilne razlike med povprečnim številom doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti glede na spol, področje bivanja, starostno skupino in mesečnim zaslužkom. Vrednost T testa za neodvisne vzorce je statistično pomembna na ravni $p = 0,041$. S tveganjem 4,1% trdimo, da bi se tudi v osnovni množici med moškimi in ženskami pojavile razlike v povprečnem številu doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti. Ženske bi v povprečju dosegle več točk ($x = 84,03$) kot moški ($x = 77,16$). Za ostale spremenljivke ne ugotavljamo statistično značilnih razlik. Glede na pridobljene rezultate hipotezo 1 potrdimo, hipotezo 2,3 in 4 pa zavrnemo.

Tabela 2: Primerjava nivoja zdravstvene pismenosti na vpliv e-zdravstvene pismenosti

<i>E-zdravstvena pismenost</i>	<i>Nivo zdravstvene pismenosti</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>Povprečna (n=38)</i> \bar{x}	<i>Visoka (n 0 = 12)</i> \bar{x}		
Poznam zdravstvene vire (vizita.si, med. over.net itd.), ki jih je mogoče najti na internetu.	3,05	3,58	0,324	0,228

Vem, kako poiskati uporabne zdravstvene vire na internetu.	2,89	2,58	8,304	0,510
Znam, kje poiskati uporabne zdravstvene vire na internetu.	2,97	2,75	14,328	0,721
S pomočjo interneta znam odgovoriti na vprašanja, povezana z lastnim zdravjem.	2,78	3,08	6,948	0,644
Sposoben sem ločiti zavajajoče zdravstvene informacije na internetu od nezavajajočih.	2,86	3,00	6,687	0,826
Sposoben sem oceniti verodostojnost poiskanih zdravstvenih virov na internetu.	2,78	2,91	11,584	0,833
Pridobljene informacije z interneta znam uporabiti v korist izboljšanja lastnega zdravja.	2,81	2,83	9,865	0,978
O pridobljenih zdravstvenih informacijah z interneta se je potrebno posvetovati z zdravstvenim strokovnjakom.	3,26	2,50	3,441	0,125
Pridobljene zdravstvene informacije z interneta me spodbudijo k aktivnejši udeležbi v procesu zdravljenja.	3,07	3,25	7,532	0,772
S pomočjo interneta lahko sprejemam varne odločitve za svoje zdravje.	2,47	2,33	7,951	0,793
Crosstabulation – Nivo zdravstvene pismenosti - Nivo e-zdravstvene pismenosti			χ^2	p
			6,756	0,034

Legenda/Legend: n – šteto/number; \bar{x} – povprečje/average; * - uporaba t-testa/use of t-test; χ^2 – uporaba Kullbackovega 2I preizkusa/use of Kullback's test; p – statistična značilnost pri 0,05 ali manj/statistical significance 0,05 or less;

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

V Tabeli 2 so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na različne nivoje zdravstvene pismenosti in njihov vpliv na iskanje informacij v povezavi z zdravjem na internetu. Ne ugotavljamo statistično pomembnih razlik pri oceni posameznih trditev glede na nivo zdravstvene pismenosti. Za opazovani vzorec pa velja, da anketiranci, ki imajo višji nivo zdravstvene pismenosti boljše poznajo internetne zdravstvene vire ($x = 3,85$), lažje odgovarjajo na vprašanja povezana z njihovim zdravjem ($x = 3,08$), boljše ločijo zavajajoče zdravstvene informacije na internetu od nezavajajočih ($x = 3,00$), prav tako njihovo verodostojnost ($x = 2,91$). Pridobljene internetne informacije jih spodbudijo k aktivnejši udeležbi v procesu zdravljenja ($x = 3,25$). Povprečno zdravstveno pismeni ljudje se pogosteje posvetujejo z zdravstvenim strokovnjakom glede pridobljenih zdravstvenih informacij na internetu ($x = 3,26$) ter v višji povprečni vrednosti menijo, da lahko s pomočjo interneta sprejemajo varne odločitve za svoje zdravje ($x = 2,47$).

Vrednost Kullbackovega 2Ā preizkusa ($\chi^2 = 6,756$; $df = 2$) je statistično pomembna pri $\alpha = 0,034$. S tveganjem 3,4 % trdimo, da bi se tudi v osnovni množici med anketiranci s povprečnim in nadpovprečnim nivojem zdravstvene pismenosti pojavile razlike v nivoju e-zdravstvene pismenosti. V podrobnejši analizi SPSS izpisa ugotavljamo, da tisti anketiranci, ki imajo povprečni nivo zdravstvene pismenosti, v nobenem primeru (0 %) ne dosegajo visokega nivoja e-zdravstvene pismenosti v primerjavi s tistimi, ki imajo nadpovprečni nivo zdravstvene pismenosti in so sposobni doseči tudi visoki nivo e-zdravstvene pismenosti (27,3 %). Več kot polovica (57,9 %) izmed anketiranih dosega povprečni nivo zdravstvene pismenosti in e-zdravstvene pismenosti. Prav tako več tistih, ki imajo povprečno zdravstveno pismenost, dosega nižji nivo e-zdravstvene pismenosti (42,1 %), v primerjavi s tistimi, ki imajo nadpovprečni nivo zdravstvene pismenosti in nizek nivo e-zdravstvene pismenosti (36,4 %).

Tabela 3: Nivo e-zdravstvene pismenosti in iskanje zdravstvenih informacij po ključnih besedah

<i>Spremenljivke/Variables</i>	<i>E - z d r a v s t v e n a pismenost</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>F</i>	<i>p</i>
Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi s kroničnimi boleznimi v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,31	3,245	0,048
	Povprečna	27	3,44		
	Visoka	7	4,14		
Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi z dieto v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,37	1,899	0,161
	Povprečna	27	3,88		
	Visoka	7	4,57		

Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi z depresijo v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,50	0,609	0,548
	Povprečna	27	4,40		
	Visoka	7	4,85		
Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi s telesno aktivnostjo v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,50	4,240	0,020
	Povprečna	27	3,03		
	Visoka	7	3,28		
Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi z uporabo zdravil v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,18	0,457	0,636
	Povprečna	27	4,11		
	Visoka	7	4,57		
Kako pogosto ste v povprečju iskali informacije v povezavi z razlago strokovnih izrazov, ki so vam jih povedali zdravstveni delavci v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,50	0,708	0,498
	Povprečna	27	4,11		
	Visoka	7	4,42		
Kako pogosto ste v povprečju preverili ažurnost informacij pridobljenih z interneta v zadnjih 3 mesecih?	Nizka	16	4,31	0,033	0,968
	Povprečna	27	4,33		
	Visoka	7	4,42		
Kako pogosto ste zmedeni zaradi obsežne količine zdravstvenih informacij na internetu?	Nizka	16	4,43	1,175	0,318
	Povprečna	27	4,40		
	Visoka	7	3,71		

Legenda/Legend: n – število/number; \bar{x} – povprečje/average; uporaba ANOVA/use of ANOVA; p – statistična značilnost pri 0,05 ali manj/statistical significance 0,05 or less

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Med anketiranci z različnimi nivoji e-zdravstvene pismenosti obstajajo statistično pomembne razlike v pogostosti iskanja informacij povezanih s telesno aktivnostjo v zadnjih 3 mesecih na internetu ($p = 0,020$). Tukey HSD post HOC test je pokazal statistično pomembne razlike med anketiranci z nizko in povprečno e-zdravstveno pismenostjo ($p = 0,033$). Ugotavljamo, da anketiranci s povprečno e-zdravstveno pismenostjo vsaj 1x mesečno iščejo informacije v povezavi s telesno aktivnostjo, med tem ko anketiranci z nizko e-zdravstveno pismenostjo to počnejo manj kot 1x mesečno. S tveganjem 2,0 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici anketiranci z nizko e-zdra-

vstveno pismenostjo redkeje iskali informacije na internetu glede telesne aktivnosti v zadnjih 3 mesecih ($x = 1,25$) kot anketiranci s povprečno e-zdravstveno pismenostjo ($\bar{x} = 3,03$). Brown-Forsythe test je med anketiranci z različnimi nivoji e-zdravstvene pismenosti pokazal statistično pomembne razlike v pogostosti iskanja zdravstvenih informacij v povezavi s kroničnimi boleznimi v zadnjih 3 mesecih ($p = 0,048$). Nadaljnja analiza z Games - Howell post HOC testom, med parnimi primerjavami ni pokazala statistično pomembnih razlik ($p = 0,055$; $p = 0,064$; $p = 0,894$). S tveganjem 4,8 % trdimo, da bi tudi v osnovni množici anketiranci s povprečno e-zdravstveno pismenostjo najpogosteje iskali zdravstvene informacije v povezavi s kroničnimi boleznimi (vsaj 1x mesečno) ($\bar{x} = 3,44$), sledijo anketiranci z visoko e-zdravstveno pismenostjo ($\bar{x} = 4,14$) in nato anketiranci z nizko e-zdravstveno pismenostjo ($\bar{x} = 4,31$). Obe skupini omenjene informacije iščejo manj kot 1x mesečno. Glede na pridobljene rezultate hipotezo 6 potrdimo.

5 Razprava

Pred pričetkom raziskave je bilo postavljenih 6 hipotez, izmed katerih so bile tri potrjene in tri zavrjene. Ugotavljamo, da med moškimi ($M = 79,06$) in ženskami ($M = 90,00$) sicer obstajajo statistično pomembne razlike ($\alpha = 0,016$) glede doseženega povprečnega števila točk pri oceni zdravstvene pismenosti, vendar obe skupini anketirancev dosegata povprečni nivo zdravstvene pismenosti. Kojić (2013) v svoji raziskavi ugotavlja, da je zadovoljivo stopnjo zdravstvene pismenosti izkazalo dobrih 63 odstotkov vprašanih. Avtorji Kutner, Greenburg, Jin in Paulsen (2006) ugotavljajo, da imajo ženske v povprečju višjo stopnjo zdravstvene pismenosti. Ugotovitve naše raziskave se sicer nagibajo k izsledkom raziskave predhodno omenjenih avtorjev. Ne izključujemo možnosti, da bi se v primeru večjega vzorca ugotovitve skladale med seboj.

V nadaljevanju naše raziskave ugotavljamo, da med nivojem zdravstvene pismenosti in starostjo ne obstajajo statistično pomembne razlike ($\alpha = 0,237$). Ugotavljamo pa, da povprečno število doseženih točk pri oceni zdravstvene pismenosti pada z naraščanjem starosti, kar potrjujejo ugotovitve avtorice Podergajs (2016), ki navaja statistično pomembne razlike med starostjo in stopnjo zdravstvene pismenosti ($\alpha = 0,000$). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi avtorji, ki ugotavljajo nižjo zdravstveno pismenost po 75. letu starosti (Peerson in Saunders, 2011; Liu, Liu, Li in Yan-Fei, 2015).

Tisti anketiranci, ki imajo boljši socialno-ekonomski status (zaslužek nad 1500€) dosegajo v povprečju boljše rezultate pri povprečni oceni doseženih točk ($M = 95,6$) in med drugim dosegajo tudi nadpovprečni nivo zdravstvene pismenosti, vendar ugotovitve niso statistično pomembne ($\alpha = 0,074$). Vsekakor pa lahko iz ugotovitev zaključimo, da socialno-ekonomski status vpliva na stopnjo zdravstvene pismenosti, kar potrjujejo avtorji obširne raziskave HLS-EU CONSORTIUM (2012), ki ugotavlja, da več kot 70 % oseb, ki se imajo za pripadnike nižjih družbenih razredov izkazuje nižji nivo zdravstvene pismenosti. V raziskavi nas je zanimal tudi vpliv nivoja zdravstve-

ne pismenosti na nivo e-zdravstvene pismenosti. Ugotavljamo, da nivo zdravstvene pismenosti vpliva na nivo e-zdravstvene pismenosti. Anketiranci s povprečnim nivojem zdravstvene pismenosti ne dosegajo visokega nivoja e-zdravstvene pismenosti, med tem, ko so anketiranci z nadpovprečno zdravstveno pismenostjo sposobni doseči tudi visoki nivo e-zdravstvene pismenosti. Zaključujemo z ugotovitvijo da anketiranci s povprečnim ali visokim nivojem e-zdravstvene pismenosti statistično pomembno ($\alpha = 0,028$) pogosteje iščejo zdravstvene informacije v povezavi s kroničnimi boleznimi na internetu.

6 Sklep

Številne kronične bolezni je mogoče preprečiti, če odpravimo štiri najpomembnejše dejavnike tveganja: kajenje, čezmerno pitje alkohola, nezdrava prehrana, pretežno sedeči način življenja. Toda prizadevanje za ozaveščanje prebivalstva mora temeljiti na ciljno usmerjeni promociji zdravja, preprečevanju in zgodnjem odkrivanju. Delno k temu prispeva tudi zdravstvena pismenost in e-zdravstvena pismenosti, zato je bistvenega pomena, da zdravstveni strokovnjaki poznajo njene koncepte, razvijejo validirane vprašalnike za njihovo oceno in implementirajo finančno sprejemljive edukacijske modele oz. strategije za njihovo izboljšanje pri vseh pacientih. Omenjeni pristop je osnovni pogoj, ki vodi do opolnomočenja pacientov in k posledično bolj zdravi družbi.

LITERATURA

1. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Bratuž, A. (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (1), 62–73.
2. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. in Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155 (2), 97–107.
3. Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Banmear, S., Lollback, N., Witt, J. idr. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*, 28 (3), 134–139.
4. Bratuž, A. (2012). Pomen zdravstvene pismenosti za zdravstveno nego (Diplomska naloga). Izola: Fakulteta za vede o zdravju.
5. Cairo, J. (2003). Reading comprehension on the Internet: Expanding our understanding of reading comprehension to encompass new literacies. *The Reading Teacher*, 56 (5), 458–464.
6. Chan, C. V. in Kaufman, D. R. (2011). A framework for characterizing eHealth literacy demands and barriers. *Journal of medical Internet research*, 13 (4).
7. Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, 26 (1), 43–48.
8. Dominick, G. M., Friedman, D. B. in Hoffman - Goetz, L. (2009). Do we need to understand the technology to get to the science? A systematic review of the concept of computer literacy in preventive health programs. *Health education journal*, 68 (4), 296–313.
9. Dutta, M. J. in Bodie, G. D. (2008). Web searching for health: Theoretical foundations and connections to health related outcomes. *Web Search* (235–254). Berlin: Springer, Heidelberg.

10. Eurobarometer (2014). Media use in the European Union Pridobljeno 5. 8. 2018, s http://passthrough.fwnotify.net/download/325389/http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb82/eb82_media_en.pdf.
11. Eysenbach, G. (2011). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), 20.
12. Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S. Grill, J. P. Saha, S. Snyder, A. idr. (2010). Variation in estimates of limited health literacy by assessment instruments and non-response bias. *Journal of general internal medicine*, 25 (7), 675–681.
13. HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report of health literacy in eight EU member states. Pridobljeno 22. 2. 2017, http://media.wix.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf.
14. Kindig, D. A., Panzer, A. M. in Nielsen - Bohlman, L. (Eds.) (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press.
15. Kojić, T. (2013). Izsledki raziskave Zdravstvena pismenost v Sloveniji. Pridobljeno 2. 9. 2018, s <http://www.viva.si/%C4%8Clanki-o-bolezni-drugo/10601/Izsledki-raziskave-Zdravstvena-pismenost-v-Slove>.
16. Kutner, M. Greenburg, E., Jin, Y. in Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. National Center for Education Statistics. Pridobljeno 22. 11. 2016, s <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf>.
17. Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y. F. in Chen, Y. L. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *International journal of environmental research and public health*, 12 (8), 9714–9725.
18. Mackert, M., Mabry - Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E. in Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: the potential for a new digital divide. *Journal of medical Internet research*, 18 (10).
19. Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and health sciences*, 10 (3), 248–255.
20. Neter, E. in Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14 (1).
21. NIJZ (2015). Staranje prebivalstva – predlogi ukrepov za Slovenijo. Pridobljeno 9. 1. 2019, s <http://www.nijz.si/sl/staranje-prebivalstva-predlogi-ukrepov-za-slovenijo>.
22. Norman, C. D. in Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8 (4).
23. Osborn, C. Y., Cavanaugh, K. in Kripalani, S. (2010). Strategies to address low health literacy and numeracy in diabetes. *Clinical Diabetes*, 28 (4), 171–175.
24. Ownby, R. L., Waldrop - Valverde, D. in Taha, J. (2012). Why is health literacy related to health? An exploration among US National Assessment of Adult Literacy participants 40 years of age and older. *Educational Gerontology*, 38 (11), 776–787.
25. Peerson, A. in Saunders, M. (2011). Men's health literacy in Australia: in search of a gender lens. *International Journal of Men's Health*, 10 (2), 111–135.
26. Podergajs, M. (2016). Prepoznavanje zdravstvene pismenosti – temelj zdravstveno vzgojnega dela bolnikov s koronarno boleznijo (Magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
27. Powell, J. A., Darvell, M. in Gray, J. A. M. (2003). The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *Journal of the royal society of medicine*, 96 (2), 74–76.
28. Robinson, C. in Graham, J. (2010). Perceived Internet health literacy of HIV positive people through the provision of a computer and Internet health education intervention. *Health Information & Libraries Journal*, 27 (4), 295–303.
29. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. in Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12 (1), 1.
30. Statistični urad Republike Slovenije (2015). Uporaba interneta v gospodinjstvih in pri posameznikih. Pridobljeno 18. 8. 2018, s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5509>.

31. Štemberger - Kolnik, J. in Babnik K. (2012). Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. V D. Železnik, B. M. Kaučič in U. Železnik (ur.), *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks* (str. 248–255). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
32. Van der Vaart, R., Van Deursen, A. J., Drossaert, C. H., Taal, E., Van Dijk, J. A. in Van de Laar, M. A. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *Journal of medical Internet research*, 13 (4).
33. Van Deursen, A. in Van Dijk, J. (2011). Internet skills and the digital divide. *New media and society*, 13 (6), 893–911.
34. Van Uden - Kraan, C. F., Drossaert, C. H., Taal, E., Shaw, B. R., Seydel, E. R. in Van de Laar, M. A. (2008). Empowering processes and outcomes of participation in online support groups for patients with breast cancer, arthritis, or fibromyalgia. *Qualitative health research*, 18 (3), 405-417.

Vplivi na potek kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege na področju psihiatrije

UDK 616.89:331.544

KLJUČNE BESEDE: duševno zdravje, klinična praksa, stigma

POVZETEK - Na potek kliničnega usposabljanja študenta na področju psihiatrije vpliva več dejavnikov, npr. predhodna teoretična priprava, predsodki in strah, ki jih ima študent pred začetkom usposabljanja. Na kakovost le-tega pomembno vplivajo medosebni odnosi v zdravstvenonegovalnem timu in študentov občutek sprejetosti. Namen prispevka je raziskati vplive na potek kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege na področju psihiatrije. Uporabljena je bila deskriptivna metoda kvantitativnega raziskovanja. Raziskovalni instrument je bil anketa. V namenski neslučajnostni vzorec je bilo vključenih 98 študentov zdravstvene nege Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani po zaključenem kliničnem usposabljanju na področju psihiatrije. 51 % študentov meni, da niso pridobili dovolj teoretičnega znanja pred usposabljanjem. V 86,7 % so se študenti počutili sprejete v zdravstvenonegovalni tim, v 73,5 % pa so delovno klimo oddelka ocenili kot zelo dobro. Pri 48 % študentov je bil pred kliničnim usposabljanjem prisoten strah, ki je v 20,4 % med in po njem izginil, v 24,5 % pa se je zmanjšal. Največji vpliv na potek ima teoretična priprava študenta pred pričetkom kliničnega usposabljanja. V raziskavi so študentje izpostavili, da je na njegov potek močno vplivala pozitivna delovna klima oddelka in možnost takojšnjega pogovora s kliničnim mentorjem ob pojavu problema, dvoma ali etične dileme.

UDC 616.89:331.544

KEY WORDS: mental health, clinical practice, stigma, verbal aggression

ABSTRACT - The course of clinical training of a student is influenced by several factors, such as the previous theoretical preparation, prejudices and fears that the student has before the start of clinical training. The quality of clinical training is significantly influenced by interpersonal relationships in the nursing team and students' sense of acceptance. The purpose of this paper is to investigate the influences on the clinical training of nursing students in psychiatry. The research was based on a descriptive quantitative method. The research instrument used was a survey. 98 nursing students of the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana, were involved in purposeful non-random sample after completing the clinical training in psychiatry. 51% of students believe that they have not acquired sufficient theoretical knowledge prior to clinical training. 86.7% of the students felt accepted by the health care team, while 73.5% assessed the working climate of the department as very good. In 48 % of students, fear was present before the clinical training, which disappeared in 20.4 % during and after the clinical training, while in 24.5% it decreased. The course of the clinical training is most notably influenced by the theoretical preparation of the student before the start of the clinical training. In the study, the students pointed out that the positive working climate of the department was also greatly influenced by the course of the clinical training and the possibility of an immediate discussion with a clinical mentor in the event of a problem, doubt or ethical dilemma.

1 Teoretična izhodišča

Klinično usposabljanje (KU) je pomembni in obvezni del izobraževanja za pridobivanje in razvijanje specifičnih kompetenc zdravstvene nege (ZN) (Ramšak Pajk, 2007). KU študentov ZN na področju psihiatrije je za študente stresna izkušnja (Al-Zayyat in Al - Gamal, 2013), saj imajo o KU, v veliki večini, negativno predstavo (Gough

in Happell, 2008; Grav, Juul in Hellzén, 2010). Poznavanje dejavnikov tveganja, varovalnih dejavnikov in drugih vplivov, na potek KU študentov ZN na področju psihiatrije, je zato ključnega pomena za izvajanje kakovostnega in varnega kliničnega mentoriranja.

Pred pričetkom KU na področju psihiatrije se študentje soočajo z občutki negotovosti, strahu in tesnobe (Hung, Huang in Lin, 2009; Karimollahi, 2012). Raziskava Hung idr. (2009) je potrdila, da si študenti želijo pomoči pri premagovanju tega strahu, ki pogosto izvira iz družbene stigme in predsodkov do oseb z duševno motnjo. Stigmatizacija pacientov z duševno motnjo je dejavnik, ki vpliva tako na potek zdravstvene obravnave pacienta z duševno motnjo kot na zdravstvene delavce oz. študente na KU, saj lahko dviguje tveganje za izgorelost pri delu in tveganje za razvoj negativnega medosebnega odnosa med zdravstvenimi delavci in osebami z duševno motnjo (Kopera idr., 2015). Ob spoznanju, da niso pacienti z duševno motnjo nič bolj drugačni kot drugi pacienti, so lahko študenti v času KU vzpostavili empatičen odnos do pacientov z duševno motnjo in tako zmanjšali prej prisoten strah in predsodke (Karimollahi, 2012). Teoretična priprava je eden od dejavnikov, ki pomembno vpliva na potek KU na področju psihiatrije, saj študenti občutijo manjšo teoretično pripravljenost kot na drugih področjih ZN (Happell, 2008). Happell in Gough (2007) v svoji raziskavi ugotavljata, da teoretična izobrazba lahko igra pomembno vlogo pri odnosu študentov do pacientov z duševno motnjo in pomembno vpliva na odločitev študentov, da se kasneje odločijo za zaposlitev na področju psihiatrije. Študenti, ki so bolj teoretično pripravljeni, lažje vzpostavijo pozitivnejši odnos do KU (Happell, Robins in Gough, 2008). Pri KU je dober in iskren odnos med kliničnim mentorjem in študentom pomemben kompenzacijski dejavnik za pomanjkanje časa pri mentoriranju, saj daje študentu občutek varnosti in vključenosti v negovalni tim (Lapanja, Peterka Novak, Bregar in Živič, 2017). Pozitivna klinična izkušnja je eden najpomembnejših dejavnikov, ki pripomore k temu, da si študent ustvari dober odnos do ZN na področju psihiatrije, to pa je pogojeno s kakovostjo izvajanja KU (Happell idr., 2008). Različni avtorji navajajo, da študente na KU najbolj moti oz. ovira odnos mentorjev in ostalih zaposlenih do njih. Pogosto se počutijo odveč, če ne vedo, kaj naj bi delali in če zaposleni ne prisluhnejo njihovim konstruktivnim kritičnim pripombam (Filej in Železnik, 2010; Harih in Pajnkihar, 2010; Kotnik in Bobnar, 2010).

Medicinske sestre v vlogi kliničnega mentorja imajo velik vpliv in odgovornost za to, da s študentom ZN razvijejo dober medosebni odnos, ki je temelj za ustvarjanje pozitivnega učnega kliničnega okolja. Namen prispevka je izpostaviti najpomembnejše vplive na potek KU na področju psihiatrije. Ozaveščenost in razumevanje teh vplivov kliničnim mentorjem omogoča, da bo študent na KU na področju psihiatrije dosegel učne cilje in si pridobil pozitivno izkušnjo za nadaljnji profesionalni razvoj.

2 Metoda

V raziskavi je bila uporabljena opisna neeksperimentalna kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena tehnika anketiranja. Instrument raziskave je bil anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen za potrebe raziskave in razdeljen v štiri vsebinske sklope: teoretična priprava, predsodki, počutje na KU in mnenje o KU. Raziskovalni vzorec je neslučajnostni in namenski, v katerega so bili vključeni redni in izredni študenti 3. letnika ZN Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, po opravljenem KU pri predmetu ZN in mentalno zdravje v študijskem letu 2016/2017. Anketa je bila izvedena s pomočjo spletnega orodja 1KA oziroma EnKlikAnketa. V raziskavi je sodelovalo 98 anketirancev, od tega 11 oseb moškega spola (11,2 %) ter 87 oseb ženskega spola (88,8 %). Anketirani študentje so bili stari od 21 do 47 let, njihova povprečna starost je bila 25 let. 65 študentov (66,3 %) je bilo rednih, 33 (33,7 %) pa izrednih. Anketiranje je potekalo v mesecu marcu, aprilu in maju 2017. Anketa je bila anonimna in prostovoljna. Sodelovanje v raziskavi je potekalo prostovoljno. Anketirancem je bila zagotovljena pojasnitev, namen, potek in cilji raziskave ter pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevani so bili vsi etični vidiki raziskovanja: načelo neškodljivosti, pravičnosti, zaupnosti, resnicoljubnosti, koristnosti in načelo varnosti. Pridobljeni podatki so bili obdelali z računalniškim programom IBM SPSS Statistic 22 z osnovnimi statističnimi metodami.

3 Rezultati

Predhodne izkušnje, je ob delu s pacienti z duševno motnjo imelo 46,9 % anketirancev, 53,1 % študentov pa teh izkušenj ni imelo. 51,0 % anketirancev je KU opravljalo na odprtih oddelkih, 30,6 % na oddelkih pod posebnim nadzorom (varovani oz. zaprt oddelek), 6,2 % v ambulanti in 12,2 % na drugih oddelkih (izvajanje KU na polodprtem oddelku v tujini).

3.1 Teoretična priprava na klinično usposabljanje

Predpričetkom KU je predavanji iz strokovnega področja vključilo 92,9 % anketirancev. Vseh predavanj pri predmetu ZN in mentalno zdravje se je udeležilo 26,5 % anketirancev. 2 % anketirancev se je udeležilo le medicinskega dela predavanj, 6,2 % se je udeležila le predavanj iz ZN. Nobenega predavanja se ni udeležilo 17,3 % anketirancev.

Tabela 1 prikazuje, da je 51 % anketirancev odgovorilo, da so dobili dovolj teoretičnega znanja pred KU, medtem ko jih je 30,6 % odgovorilo nasprotno. Na vprašanje, ali menijo, da so bili na KU strokovno ustrezno pripravljeni, je 44,9 % anketirancev odgovorilo pritrdilno.

Tabela 1: Teoretična priprava na KU

Vprašanje	Število	Odstotek
Ali ste dobili dovolj teoretičnega znanja pred KU na področju psihiatrije?		
Da	50	51,0 %
Ne	30	30,6 %
Ne vem	18	18,4 %
Menite, da ste bili strokovno ustrezno pripravljeni na KU na področju psihiatrije?		
Da	44	44,9 %
Ne	31	31,6 %
Ne vem	23	23,5 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Iz tabele 2 je razvidno, da se je 86,7 % anketirancev počutilo ustrezno sprejeto v zdravstveno-negovalnem timu v času KU. 73,5 % anketirancev je ocenilo delovno klimo na oddelku kot zelo dobro.

3.2 Počutje na kliničnem usposabljanju

Tabela 2: Počutje na KU

Vprašanje	Število	Odstotek
Ste se počutili sprejeti v zdravstveno-negovalnem timu?		
Da	85	86,7 %
Ne	5	5,1 %
Delno	8	8,2 %
Ocenite delovno klimo v kliničnem okolju		
Zelo dobro	72	73,5 %
Povprečno	22	22,4 %
Neprijetno in neiskreno vzdušje	4	4,1 %
Neugodno vzdušje, ki vpliva na paciente	0	0 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

3.3 Predsodki do pacientov z duševno motnjo

Iz tabele 3 je razvidno, da je imela pred pričetkom KU slaba polovica anketirancev (48 %) strah do pacientov z duševno motnjo, 52 % anketirancev pa strahu ni občutilo. Po končanem KU je strah izginil pri 20,4 % anketirancev, pri 24,5 % se je strah zmanjšal. 99 % anketirancev je bilo mnenja, da so pacienti z duševno motnjo še vedno stigmatizirani. Zadnje vprašanje iz tega sklopa se je nanašalo na to, ali so anketiranci imeli predsodke do pacientov z duševno motnjo pred KU in ali so po KU izgini- li. 25,5 % anketirancev je odgovorilo, da so imeli predsodke, ki so po KU izgini- li. 70,4 % je odgovorilo, da predsodkov ni imelo.

Tabela 3: Predsodki do pacientov z duševno motnjo

Vprašanje	Število	Odstotek
Ste imeli pred KU strah pred pacienti z duševno motnjo?		
Da	47	48,0 %
Ne	51	52,0 %
Ali je strah po KU izginil ali se zmanjšal?		
Da, strah je izginil.	20	20,4 %
Da, strah se je zmanjšal.	24	24,5 %
Ne, strah se je povečal.	5	5,1 %
Ne želim več delati v zdravstveni negi na področju psihiatrije.	0	0 %
Delo s pacienti z duševno motnjo me veseli.	15	15,3 %
Strahu pred KU nisem občutil/-a.	34	34,7 %
Menite, da so pacienti z duševno motnjo še vedno stigmatizirani?		
Da	97	99 %
Ne	1	1 %
Ne vem	0	0 %
Ste osebno imeli predsodke do pacientov z duševno motnjo pred KU? Ali so med in po KU izginili?		
Da, imel/-a sem predsodke, ki so med in po KU izginili.	25	25,5 %
Da, imel/-a sem predsodke, ki niti med niti po KU niso izginili.	4	4,1 %
Nisem imel/-a predsodkov.	69	70,4 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

3.4 Mnenje o kliničnem usposabljanju

V zadnjem sklopu vprašanj so bile oblikovane trditve, ki se navezujejo na prejšnje sklope. Anketiranci so odgovarjali po 5-stopenjski Likertovi lestvici, kjer pomeni 1 - sploh se ne strinjam, 2 - delno se ne strinjam, 3 - niti/niti, 4 - delno se strinjam in 5 - popolnoma se strinjam.

45,9 % anketirancev se je delno in 28,6 % popolnoma strinjalo s trditvijo, da je imelo drugačen pogled na paciente z duševno motnjo po zaključenem KU ($\bar{x} = 3,82$; $s = 1,16$). Slaba tretjina anketirancev (32,7 %) se sploh ne strinja s trditvijo, da je KU na področju psihiatrije v primerjavi z drugimi KU zanje bolj stresno. 35,7 % anketirancev se je opredelila z oceno o delnem nestrinjanju oz. se o tem niso znali odločiti, kar potrjuje tudi nizka povprečna ocena 2,59 ($s = 1,32$). 64,3 % anketirancev se je popolnoma strinjala s trditvijo, »da so se na oddelku počutili sprejeto ter varno«, kar so ocenili z visoko povprečno oceno je 4,45 ($s = 0,93$). Prav tako se je visok odstotek anketirancev (81,6 %) popolnoma strinjal s trditvijo, da pozitivna delovna klima bistveno pripomore k lažjemu soočanju s KU ($\bar{x} = 4,81$; $s = 0,42$). 41,8 % anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da teoretično znanje bistveno pripomore k boljšemu poteku KU ($\bar{x} = 4,21$; $s = 0,85$). Na trditev, da predsodki pred KU bistveno vplivajo na sam potek KU, je več kot polovica anketirancev (54,1 %) izbrala možnost delno se strinjam oz. popolnoma se strinjam ($\bar{x} = 3,49$; $s = 1,15$).

Tabela 4: Mnenje študentov o KU

Trditev	1 – Sploh se ne strinjam		2 – Delno se ne strinjam		3 – Niti/niti		4 – Delno se strinjam		5 – Popolnoma se strinjam		\bar{x}	s
	n	odst.	n	odst.	n	odst.	n	odst.	n	odst.		
Po KU imam drugačen pogled na paciente z duševno motnjo.	9	9,1 %	3	3,1 %	13	13,3 %	45	45,9 %	28	28,6 %	3,82	1,16
V primerjavi z ostalimi KU je bilo strokovno usposabljanje na psihiatričnem področju zame zelo stresno.	32	32,7 %	12	12,2 %	23	23,5 %	26	26,5 %	5	5,1 %	2,59	1,32
Na oddelku sem se počutil/-a varno in sprejeto.	3	3,1 %	2	2 %	6	6,1 %	24	24,5 %	63	64,3 %	4,45	0,93
Positivna delovna klima bistveno pripomore k lažjemu soočanju s KU.	0	0 %	0	0 %	1	1 %	17	17,4 %	80	81,6 %	4,81	0,42
Menim, da teoretično znanje bistveno pripomore k boljšemu/lažjemu poteku KU.	2	2 %	1	1 %	12	12,3 %	42	42,9 %	41	41,8 %	4,21	0,85
Menim, da predsodki pred KU bistveno vplivajo na sam potek KU.	7	7,1 %	9	9,2 %	29	29,6 %	35	35,7 %	18	18,4 %	3,49	1,15

Legenda: n - število odgovorov; \bar{x} - povprečje; s - standardni odklon.

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

45,9 % anketirancev se je delno in 28,6 % popolnoma strinjalo s trditvijo, da je imelo drugačen pogled na paciente z duševno motnjo po zaključenem KU ($\bar{x} = 3,82$; $s = 1,16$). Slaba tretjina anketirancev (32,7 %) se sploh ne strinja s trditvijo, da je KU na področju psihiatrije v primerjavi z drugimi KU zanje bolj stresno. 35,7 % anketirancev se je opredelila z oceno o delnem nestrinjanju oz. se o tem niso znali odločiti, kar potrjuje tudi nizka povprečna ocena 2,59 ($s = 1,32$). 64,3 % anketirancev se je popolnoma strinjala s trditvijo, »da so se na oddelku počutili sprejeto ter varno«, kar so ocenili z visoko povprečno oceno je 4,45 ($s = 0,93$). Prav tako se je visok odstotek anketirancev (81,6 %) popolnoma strinjal s trditvijo, da pozitivna delovna klima bistveno pripomore k lažjemu soočanju s KU ($\bar{x} = 4,81$; $s = 0,42$). 41,8 % anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da teoretično znanje bistveno pripomore k boljšemu poteku KU ($\bar{x} = 4,21$; $s = 0,85$). Na trditev, da predsodki pred KU bistveno vplivajo na sam potek KU, je več kot polovica anketirancev (54,1 %) izbrala možnost delno se strinjam oz. popolnoma se strinjam ($\bar{x} = 3,49$; $s = 1,15$).

4 Razprava

Pomembnost teorije in teoretičnih priprav pred KU na področju psihiatrije, so v svojih raziskavah potrdili različni avtorji (Fletcher, MacDonald in Halley, 2014; Happell,

2008; Happell in Gough, 2007). Rezultati naše raziskave so pokazali, da anketiranci ne pripisujejo velikega pomena teoretični pripravi na potek KU, saj se jih je samo dobra petina udeležila vseh predavanj pri predmetu ZN in mentalno zdravje. Dobra polovica anketiranih (51 %) je bila mnenja, da so kljub temu pridobili dovolj teoretičnega znanja pred pričetkom KU. Pozitivno oceno o ustrezni strokovni usposobljenosti, za KU na področju psihiatrije, je podalo 44 (44,9 %) naših anketirancev. Zaskrbljujoč je podatek, da se približno četrtina (23,5 %) anketirancev ni znala opredeliti ali imajo dovolj teoretičnega znanja pred pričetkom KU oz. ali so pred KU dovolj strokovno usposobljeni. To gre morda pripisati dejstvu nizke udeležbe na predavanjih, kar študentom posledično onemogoča objektivnejšo oceno svojega teoretičnega znanja. V nasprotju z nizko udeležbo na predavanjih je spodbuden podatek o tem, da je 84,7 % anketirancev potrdilo, da teoretično znanje bistveno pripomore k boljšemu/lažjemu poteku KU, saj so se s to trditvijo popolnoma ali delno strinjali ob razmeroma visoki povprečni oceni ($\bar{x} = 4,21$; $s = 0,85$). Henderson, Happell in Martin (2007) so v raziskavi potrdili, da ima teorija pomemben vpliv na znanje in odnos študentov ZN do oseb z duševno motnjo.

Stigma in z njo povezani predsodki so eden od dejavnikov, ki vplivajo na potek KU na področju psihiatrije. Skoraj vsi anketiranci v raziskavi so bili mnenja, da so pacienti z duševno motnjo še vedno stigmatizirani. 70,4 % anketirancev je izjavilo, da niso imeli predsodkov do pacientov z duševno motnjo pred KU, kar je v nasprotju z ugotovitvami drugih raziskav, ki so ugotovile, da so bili predsodki pri večini študentov pred KU prisotni (Hung idr., 2009; Karimollahi, 2012; Ketola in Stein, 2012). Morda gre rezultat raziskave pripisati bodisi družbeno zaželenim odgovorom anketirancev bodisi dejstvu, da je skoraj polovica anketirancev (46,9 %) že imela izkušnje z delom s pacienti z duševno motnjo. Na drugi strani se je 54,1 % anketirancev delno oz. popolnoma strinjalo s trditvijo, da »predsodki pred KU bistveno vplivajo na sam potek KU«. Slednja ocena anketirancev je najverjetneje tudi eden od vzrokov za pojav strahu in negotovosti pred in med KU na področju psihiatrije.

V naši raziskavi je 48 % anketirancev pred KU občutilo strah do pacientov z duševno motnjo. Tudi iz drugih raziskav je razvidno, da so študenti občutili strah pred pacienti z duševno motnjo (Hung idr., 2009; Karimollahi, 2012; Ketola in Stein, 2012; Romem, Anson, Kanat-Maymon in Moisa, 2008). Izpostaviti velja podatek, da se je pri skoraj polovici anketirancev strah po končanem KU bodisi izginil bodisi zmanjšal. Podobno ugotavlja tudi Happell v svoji raziskavi (2009), v kateri je večina študentov po končanem KU premostila strah in predsodke do pacientov z duševno motnjo in si prizadevala, da bi jih obravnavali kot običajne posameznike. Na stres, tesnobo in strah pri študentih ZN, med potekom KU, vpliva nezadostna teoretična priprava, občutek nekompetentnosti oz. pomanjkanje samozavesti ter slabi medosebni odnosi, ki so jih občutili s strani zaposlenih v ZN (Watson idr., 2009).

Klinični mentorji lahko v procesu mentoriranja v največji meri vplivajo na medosebni odnos, ki je bil v raziskavi ocenjen kot zelo dober, saj se je velika večina anketirancev (86,7 %) počutila sprejete v zdravstveno negovalni tim. Prav tako so delovno klimo na oddelku ocenili kot zelo dobro v 73,5 %. Pomembnost tega elementa KU so anketi-

ranci ovrednotili tudi z visoko povprečno oceno pri trditvi, da pozitivna delovna klima bistveno pripomore k lažjemu soočanju s KU ($\bar{x} = 4,81$; $s = 0,42$). Pomen pozitivne delovne klime in dobrih medsebojnih odnosov je za ustvarjanje spodbudnega učnega okolja, po mnenju številnih avtorjev, tisti element, ki je za študente zdravstvene nege najpomembnejši pri KU, saj se v takem okolju počutijo sprejete, enakopravne in motivirane za pridobivanje znanja (Čuk in Trobec, 2014; Lapanja idr., 2017; Ross, Mahal, Chinnapen, Kolar in Woodman, 2014; Warne idr., 2010; Živič, 2014). Grav idr. (2010) so ugotovili, da se je večina študentov počutila sprejeto in zaželeno na KU, če jih je osebje aktivno vključevalo v izvajanje aktivnosti na oddelku. Raziskava opravljena v Singapurju, ki je zajela 500 študentov ZN in 502 študenta medicine, je pokazala, da imajo študentje, ki so že opravili KU bolj negativna stališča do oseb z duševno motnjo (Chang idr., 2017), kar je v nasprotju z ugotovitvami drugih raziskav, ki so potrdile spremembo stališč in odnosa do oseb z duševno motnjo v pozitivno smer (Bte Abd Malik, Kannusamy in Klanin-Yobas, 2012; Happell, Gaskin, Byrne, Welch in Gellion, 2015; Lyons in Janca, 2015). Pozitivna klinična izkušnja je eden najpomembnejših dejavnikov, ki pripomorejo k temu, da si študent ustvari dober odnos do ZN na področju psihiatrije in s tem tudi dober odnos do pacientov z duševno motnjo (Happell idr., 2008).

Po kliničnih izkušnjah so opisani vplivi na potek KU na področju psihiatrije relevantni. Menimo, da imajo zdravstveni delavci, ki so v vlogi kliničnega mentorja dolžnost in odgovornost, da študentom ZN ponudijo ustrezno učno okolje in profesionalen medosebni odnos, v katerem jim bo lahko zaupal svoje morebitne stiske, dvome, strahove, predsodke in neznanje oz. razkorak med teorijo in klinično prakso.

5 Zaključek

V raziskavi analizirani dejavniki tveganja, varovalni dejavniki in drugi vplivi na potek KU študentov ZN na področju psihiatrije, so skozi oči študentov ZN pomembni in zanje predstavljajo bodisi prednost bodisi oviro. Nekateri vplivi, predvsem teoretična priprava in odnos do študentov, so univerzalni za vsa učna okolja in ne samo za ZN na področju psihiatrije. Menimo, da bi morali vsi klinični mentorji ozavestiti omenjene dejavnike oz. vplive in študente skozi proces mentoriranja opolnomočiti, da se morebitni negativni vplivi zmanjšajo. Vsi deležniki, ki so vključeni v proces KU na področju psihiatrije, si morajo aktivno prizadevati za to, da ustvarjajo pozitivno učno okolje, v katerem se bo študent počutil varno, sprejeto in motivirano za pridobivanje novih znanj.

Zahvala

Raziskava je bila opravljena v okviru diplomskega dela Marije Medved, študentke zdravstvene nege 1. stopnje Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, z naslovom Pomen odnosa študenta zdravstvene nege do pacienta z duševno motnjo v času kliničnega usposabljanja (2017). Vsem sodelujočim študentom v raziskavi se zahvaljujemo.

LITERATURA

1. Al - Zayyat, A. S. in Al - Gamal, E. (2013). Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23 (4), 326–335.
2. Bte Abd Malik, N. N., Kannusamy, P. in Klanin - Yobas, P. (2012). The effectiveness of mental health-related theoretical education and clinical placement in mental health settings in changing the attitudes of health care students towards mental illness: a systematic review. *JB Library of Systematic Reviews*, 10 (58), 4019–4076.
3. Chang, S., Ong, H. L., Seow, E., Yiang Chua, B., Abdin, E., Samari, E. idr. (2017). Stigma towards mental illness among medical and nursing students in Singapore: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7 (12), 1-11. Pridobljeno 4. 10. 2018, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5719274/>.
4. Čuk, V. in Trobec, I. (2014). Razvoj kompetenc mentorjev v zdravstveni negi. V B. Skela Savič in S. Hvalič Touzery (ur.). *Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege: zbornik predavanj*. (str. 136-143). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
5. Filej, B. in Železnik, D. (2010). Soočanje študentov zdravstvene nege s problemi v kliničnem okolju – analiza vsebin. V M. Pajnkihar, M. Meško, K. Pirš, M. Harih, B. Donik, C. Jackson, idr. (ur.). *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego*. (str. 137-141). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Fletcher, S., MacDonald, J. in Halley, E. (2014). Reflections on training in psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 22 (2), 195–199.
7. Gough, K. in Happell, B. (2008). Undergraduate nursing students attitude to mental health nursing: a cluster analysis approach. *Journal of Clinical Nursing* 18 (22), 3155–3164.
8. Grav, S., Juul, E. M. L. in Hellzén, O. (2010). Undergraduate nursing student experiences of their mental health clinical placement. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30 (1), 4–8.
9. Happell, B. (2008). Changing their minds: using clinical experience to 'convert' undergraduate nursing students to psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14 (1), 1776–1784.
10. Happell, B. (2009). Influencing undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing: acknowledging the role of theory. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (1), 39–46.
11. Happell, B. in Gough, K. (2007). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental health nursing: determining the influencing factors. *Contemporary Nurse*, 25 (1/2), 72–81.
12. Happell, B., Gaskin, C. J., Byrne, L., Welch, A. in Gellion, S. (2015). Clinical placements in mental health: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 36 (1), 44–51.
13. Happell, B., Robins, A. in Gough, K. (2008). Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 2—the impact of theory and clinical experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 527–536.
14. Harih, M. in Pajnkihar, M. (2010). Interpretacija izkušenj študentov s klinične prakse – kvalitativna raziskava. V B. Skela Savič, B. M. Kaučič, J. Zurc in S. Hvalič Touzery (ur.). *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege*. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo. (str. 169–179). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
15. Henderson, S., Happell, B. in Martin, T. (2007). Impact of theory and clinical placement on undergraduate students' mental health nursing knowledge, skills, and attitudes. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (2), 116–125.
16. Hung, B. J., Huang, X. Y. in Lin, M. J. (2009). The first experiences of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (22), 3126–3135.

17. Karimollahi, M. (2012). An investigation of nursing students' experiences in an Iranian psychiatric unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19 (8), 738–745.
18. Ketola, J. in Stein, J. V. (2012). Psychiatric clinical course strengthens the student-patient relationships of baccalaureate nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (1), 23–34.
19. Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M. idr. (2015). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Mental Health Journal*, 51 (5), 628–634.
20. Kotnik, M. in Bobnar, A. (2010). Učinkovitost kliničnega usposabljanja na Onkološkem inštitutu Ljubljana: kaj imajo radi študenti 3. letnika zdravstvene nege? V B. Skela Savič, B. M. Kaučič, J. Zirc in S. Hvalič Touzery (ur.), *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo.* (str. 190–201). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
21. Lapanja, A., Peterka Novak, J., Bregar, B. in Živič, Z. (2017). Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege z mentoriranjem v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. V S. Pivač, S. Kalender Smajlovič in S. Mlakar (ur.), *Profesionalizacija mentorstva v kliničnem okolju: zbornik predavanj*, 11. šola za klinične mentorje (str. 42–50). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
22. Lyons, Z. in Janca, A. (2015). Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Medical Education*, 15 (34), 1–10. Pridobljeno 4. 10. 2018, s <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-015-0307-4>.
23. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2–3), 71–75.
24. Romem, P., Anson, O., Kanat - Maymon, Y. in Moisa, R. (2008). Reshaping students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. *Journal of Nursing Education*, 47 (9), 396–402.
25. Ross, C., Mahal, K., Chinnapen, Y., Kolar, M. in Woodman, K. (2014). Evaluation of nursing students' work experience through the use of reflective journals. *Mental Health Practice*, 17 (6), 21–27.
26. Warne, T., Johansson, U. B., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Van den Bossche, K. idr. (2010). An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today*, 30 (8), 809–815.
27. Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R. idr. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (2), 270–278.
28. Živič, Z. (2014). *Stališča in motivacija študentov na klinični praksi na enoti za gerontopsihiatrijo (Magistrsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Vpliv kakovostne obravnave otroške astme na izid zdravljenja

UDK 616.248-053.2

KLJUČNE BESEDE: otroška astma, zdravljenje, izidi zdravljenja, vloga staršev

POVZETEK - Astma, katere glavni problem je oteženo dihanje, zaradi česar je ovirano normalno življenje, se še danes uvršča med najpogostejše kronične pljučne bolezni. V prispevku želimo povezati zgodnjo diagnozo, dobro poznavanje bolezni in možnosti zdravljenja ter vlogo staršev pri tem in poudariti pomen doslednega upoštevanja pravil zdravljenja za njegov izid. Izvedli smo kvalitativno raziskavo z uporabo polstrukturiranega intervjua izvedenega s petimi osebami, ki so imele v mladosti diagnosticirano otroško astmo, sedaj pa težav nimajo več oziroma se te pojavijo le zaradi izpostavljenosti alergenom. Vseh pet intervjuvancev trdi, da ima največ težav astmatik, ki svoje bolezni ne sprejema in ne pozna načinov zdravljenja oziroma ne uporablja predpisane terapije za lajšanje in preprečevanje poslabšanja. Ob tem vsi izpostavljajo vlogo staršev in pomen kakovostne izvedbe šole za astmatike. Osebe, ki smo jih intervjuvali, večinoma nimajo več težav, niti ne potrebujejo več predpisane terapije. Za naš vzorec lahko trdimo, da z upoštevanjem navodil, ki jih astmatik prejme ob postavitvi diagnoze, astma sčasoma lahko izzveni.

UDC 616.248-053.2

KEY WORDS: children's asthma, asthma treatment, outcome of treatment, role of parents

ABSTRACT - Asthma, whose main problem is difficulty in breathing which hinders normal functioning, continues to be one of the most common chronic lung diseases. In the article, we want to link an early diagnosis, a good knowledge of the disease and treatment options, and the role of parents in this regard, and to emphasise the importance of strictly observing the treatment rules for the outcome of treatment. We carried out a qualitative study, namely, we did a semi-structured interview with five people who had childhood asthma diagnosed at a young age, but now they no longer have problems or they occur only because of exposure to allergens. All five interviewees emphasise and argue that most problems are experienced by asthmatics who do not accept their disease and do not know the treatment methods or do not use the prescribed therapy to relieve and prevent deterioration. At the same time, all of them emphasise the role of parents and the importance of quality school performance for asthmatics. The people we interviewed mostly no longer have any problems or no longer require a prescribed therapy. For our sample, we can claim that asthma can evolve with time by observing the instructions asthmatics receive at the time of the diagnosis.

1 Astma v otroškem obdobju

Astma prizadene dihalno pot obolelega. Ne glede na starost gre za enake težave, ki so različnega izvora, ravno to pa predstavlja obolelim največji problem (Bortolotti, Fortino, Merlino in Bonati, 2013).

Astma je bolezen, ki se ne spreminja po svojih značilnostih, le pri vsakem obolelem se drugače izraža, prav zato je na svoj način posebna in po našem mnenju zanjo še ne obstaja zdravilo, ki bi jo pozdravilo. Literatura navaja, da največ oseb zboli za astmo že v otroštvu, je pa zanimivo, da je ne glede na porast otrok z astmo odstotek odraslih oseb, obolelih za astmo, bistveno nižji.

Bolezen poznamo že vrsto let in se uvršča med bolezni, katerih značilnosti in znaki se niso spremenili. Tudi pri samem zdravljenju se ni kaj dosti spremenilo, le porast je glede na literaturo iz leta v leto večji. Spodbudo za nadaljnje raziskovanje nam je dala trditev, da je astma sicer neozdravljiva bolezen, vendar je z zgodnjim odkrivanjem v otroštvu lahko obvladljiva (Cremonesini in Cremonesini, 2013).

Glede prevalence astme v Sloveniji ni enotno sprejetih podatkov. Leta 2007 izvedena prevalentna študija o pojavnosti astme v državi je pokazala, da 16 odstotkov odraslih Slovencev boleha za astmo (Škrbat, 2017). Poseben problem je astma pri otrocih, mlajših od petih let. Ker se je treba pri postavljanju diagnoze zanesti predvsem na klinično presojo, jo je zelo težko potrditi. V tem starostnem obdobju je zlasti pri otrocih, ki so mlajši od treh let, več drugih vzrokov za piskanje v prsih kakor pri starejših otrocih (Maček, 2007). Pri otroški astmi je še posebej pomembno pravilo o pravočasni postavitvi diagnoze, ugotovitvi vzroka in povzročitelja. Sodobna medicina zlasti za otroke pozna preproste, neboleče in nenevarne preiskave (Birska, 1985).

Za otroško astmo, ki je samo ena od vrst astme, je najpogostejša alergijska, ki nastane kot sum na alergijsko pogojenost. Starši to ugotovijo, ko se otroku v določenih okoliščinah, na primer pri igri na cvetočem travniku, božanju psička, po zaužitju mlečne čokolade, jajc ali lešnikov, pojavi reakcija, ki jo poznamo kot koprivnica. Poleg tega opazimo simptome, podobne prehladu, kot so zaporedno močno kihanje, obilen voden izcedek iz nosu ali že kar astmatični napad (Prestor, 2012). V zadnjem času so veliko pogostejši vzroki poslabšanja astme pri otroku onesnaženo okolje, slabo sodelovanje otroka ali njegovih staršev pri zdravljenju, nepravilna uporaba predpisanih zdravil za zdravljenje astme in dlje časa trajajoče nepravilno zdravljenje. Tem vzrokom lahko dodamo še izpostavljenost sprožilnim dejavnikom, kot so okužbe dihal, alergeni v okolju, cigaretni dim in v zadnjem času onesnaženo okolje. Pri astmi je bistvenega pomena pravilna ocena in zdravljenje poslabšanja. Če tega ne upoštevamo, lahko resno ogrozimo življenja obolelih, med katerimi so najbolj ogroženi otroci, ki simptomov poslabšanja sploh ne zaznajo ali pa jih zelo slabo, pri tem pa pride do večjega upada pljučne funkcije in prepoznega zaznavanja težkega dihanja (Maček, 2007).

Ker je astma dinamična bolezen, mora bolnik poznati načela samozdravljenja astme. To pomeni, da bolezen razume in ve, zakaj uporablja katerega od vdihovalnikov. V primeru poslabšanja bolezni bo potem razumel, kako ukrepati in katerega od vdihovalnikov uporabiti. Pri tem učenju je pomembna vloga medicinske sestre. Načrt samozdravljenja naredi zdravnik. Bolnika v sklopu samozdravljenja tudi naučimo uporabe merilca PEF (peak flow meter – merilnik pretoka zraka), s katerim spremlja astmo in v primeru poslabšanja bolezni tudi oceni, kako težko je poslabšanje (Prestor, 2016). Osebe, ki so o uporabi merilca PEF in uporabi olajševalnih zdravil dobro poučene, vedo, da ob spremembah in nihanju izmerjene vrednosti in povečani uporabi zdravil lahko posumijo na slabšanje astme oziroma da je ta neurejena (Škrbat idr., 2016). Bolnik zazna povečano variabilnost vrednosti meritve PEF, pri tistih, ki pa imajo že postavljeno diagnozo in predpisano terapijo, se poveča uporaba olajševalnih zdravil, ki jim pravimo kratko delujoči bronhodilatatorji (Šuškovič idr., 2007).

Poslabšanje astme se ne zgodi kar naenkrat. Dobro poučeni starši in otroci lahko opazijo veliko opozorilnih znakov pred samim poslabšanjem. Zaradi tega izraz napad astme ni ravno najboljši, boljši bi bil oziroma je poslabšanje astme. Znaki so na začetku blagi in komaj opazni, ko pa se stanje slabša, postanejo očitni. Starši se morajo naučiti opaziti najzgodnejše znake poslabšanja bolezni. Nekateri starši postanejo pri tem pravi strokovnjaki (Maček, 2007).

2 Zdravstvena vzgoja staršev otrok z astmo

Odgovornost za skrb in nego majhnega otroka, ko mu zdravniki diagnosticirajo astmo, prevzamejo starši. Lastna odgovornost otroka je odvisna od njegove starosti. Ko dosežejo puberteto, pa imajo občutek, da težje upravljajo svoje kronične težave. Za uspešno zdravljenje je pomembno oceniti tudi psihično stanje otroka z astmo, njegovo obnašanje v domačem okolju, v šoli in med prijatelji. Pomembni pri tem so programi, kot na primer šola astme, individualne in druge terapije (Godec, 2017). Pri večini otrok se bo zmanjšala resnost in pogostost pojava simptomov med puberteto; okoli 20. leta starosti lahko ugotovijo, da se simptomi astme znova pojavijo za kratek čas preden ponovno izginejo (Lawlor, 2015).

Pouk bolnikov z astmo je zelo pomemben del obravnave astme. Udeležiti bi se ga morali prav vsi bolniki z astmo. Prilagojen mora biti posamezniku in njegovemu poznavanju astme. Potekati mora trajno, ob vsakem obisku pri zdravniku ali v obliki posebnih tečajev ali šole astme, ki jih morajo bolniki obiskati večkrat letno. Vsi pozabljamo, zato moramo pomembne podatke o astmi slišati čim pogosteje. Šola astme omogoča, da se starši in otrok z vodjo šole vsakič pogovorijo o posebnih problemih in si izmenjajo izkušnje še z drugimi bolniki, ki imajo diagnosticirano astmo. Znanje o astmi ne more škoditi, neznanje pa nujno povzroča težave.

Po uspešnem pouku bodo bolniki z astmo (Šuškovič, 2006):

- poznali osnove zgradbe in delovanja pljuč;
- razumeli pojme, kot sta astmatsko vnetje in bronhospazem;
- razlikovali med dražljivci in alergeni, poznali vlogo virusov pri poslabšanjih astme;
- poznali in razlikovali zdravila za zdravljenje astme: olajševalce ali bronhodilatatorje in preprečevalce ali protivnetna zdravila;
- znali pravilno uporabljati zdravila v obliki pršil ali prašnih delcev in druge pripomočke, na primer nastavek;
- pravilno uporabljali merilce pretoka in vrednotili izmerjene vrednosti PEF;
- prepoznali zgodnje znake poslabšanja astme;
- uspešno samozdravili poslabšanja astme, razumeli pisni načrt za samozdravljenje astme;
- poznali posebne oblike astme, kot so astma, povzročena z acetilsalicilno kislino ali drugimi zdravili, astma v starosti, astma med nosečnostjo;
- poznali povezanost astme z rinitisom, vlogo zatekanja želodčne kisline v požiralnik pri astmi itd.

Kadivec in Košnik (2006, v Prestor, 2012) pravita, da je zdravstvena vzgoja pacienta z astmo eden bistvenih sestavnih delov vseh priporočil obravnave. S samim učenjem želimo doseči, da pacient poveča znanje o astmi, in ga hkrati spodbudimo k spremembi miselnega pristopa k bolezni ne glede na njegovo starost in obliko bolezni. Da bi bil proces čim bolj uspešen in hiter, vanj lahko vključimo tudi svojece.

3 Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali lahko z doslednim upoštevanjem navodil v času otroštva astma po adolescenci izzveni. Cilji raziskave pa so bili, ugotoviti poznavanje otroške astme pri astmatikih in ukrepov za preprečevanje poslabšanja astme pri astmatikih, ugotoviti doslednost astmatikov pri upoštevanju dobljenih navodil za zdravljenje ter mnenje astmatikov ob postavitvi diagnoze o možnosti ozdravitve.

Postavili smo si pet raziskovalnih vprašanj, in sicer:

- Kako razumljiva je otroška astma?
- Kakšno je poznavanje ukrepov za preprečevanje poslabšanja astme?
- Ali so bila navodila zdravstvenih delavcev za zdravljenje predstavljena na razumljiv način?
- Kako natančni in dosledni so oziroma so bili astmatiki pri upoštevanju dobljenih navodil za zdravljenje astme?
- Kakšno je mnenje o možnostih, da ob doslednem upoštevanju navodil za zdravljenje otroške astme ta po adolescenci izzveni?

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi dela. Za empirični del smo zbrali primarne in sekundarne vire. Primarne vire smo pridobili s polstrukturiranim intervjujem, ki je bil sestavljen in oblikovan na podlagi pregleda starejše in novejše strokovne literature, dostopne v bibliografskih bazah CINAHL, MEDLINE in COBISS ter knjižnicah, iz te literature pa smo oblikovali teoretična izhodišča. Kot instrument za izvedbo raziskave je bil uporabljen polstrukturiran intervju, sestavljen iz treh delov. V prvem delu smo pridobili sociodemografske podatke o intervjuvancih, v drugem delu podatke o informiranosti in pridobljenem znanju o otroški astmi ter upoštevanju navodil o zdravljenju otroške astme. V tretjem delu smo intervjuvance povprašali o poteku in izidu zdravljenja. V raziskavo smo vključili pet nenaključno izbranih oseb, ki so v otroštvu imeli diagnosticirano otroško astmo, kar so potrdili z zdravniškim izvidom. Drugih izključitvenih kriterijev nismo imeli. Intervjuje smo izvedli med 25. 4. in 10. 5. 2018, še isti dan pa tudi dobesedno prepisali in slovnično popravili.

V prispevku je predstavljen le del rezultatov. V celoti so dostopni v diplomski nalogi avtorice Ane Vorih, por. Pevec (2018).

4 Rezultati

Najmlajša intervjuvanka je stara 16, najstarejša pa 44 let. Med intervjuvanci so tri osebe ženskega spola in dve osebi moškega spola. Dve osebi sta imeli diagnozo postavljeno pri starosti okoli treh let, tri osebe pa so povedale, da so jim diagnozo postavili okoli petega leta starosti. Prav vsi intervjuvanci živijo bolj na vasi, v naravi oziroma na mirnih gozdnih, travnatih površinah z malo urbanega okolja, v hiši. Pri intervjuvancih gre za različno starost ob postavitvi diagnoze, zato se je tudi različno spominjajo, gre pa tudi za različno razumevanje prejetih informacij in posledično različno sledenje navodilom. Le eden med našimi intervjuvanci je dejal, da je navodila razumel in jim je lahko sledil. Pri vprašanju »Lahko opišete postopke preiskave?« je bilo pričakovati dokaj različne odgovore. Nekateri med njimi sedaj opravljajo delo v zdravstvu ali pa to delo opravljajo njihovi starši, tako da poznajo strokovne izraze teh preiskav oziroma jih tudi sami izvajajo.

Odgovori glede opravljenih preiskav so si bili med seboj zelo podobni. Večino preiskav, kot so spirometrija, test občutljivosti ali kožni testi, kot jih opisujejo, so opravljali vsi. Dva intervjuvanca sta omenila tudi metaholinski test in merjenje PEF, eden naj bi opravil tudi preiskavo krvi. Vse preiskave opisujejo zelo natančno in predvsem pravilno. Eden izmed intervjuvancev pa je vseeno odgovoril, da je bil premajhen, da bi se spomnil preiskav.

Kako pogosta so bila poslabšanja zdravstvenega stanja prej in sedaj, je bilo eno od vprašanj, ki smo ga zastavili našim intervjuvancem. Odgovori so bili bolj ali manj enaki. Poslabšanja so bila in so najpogostejša v času cvetnega prahu in hladnega vremena. Pri večini intervjuvancev je opaziti, da poslabšanj sedaj ne opazijo. Le ena oseba je omenila, da ima sedaj napadov še več, opisuje pa jih kot posledico odstranitve mandljev.

Povprašali smo jih tudi o odrekanju in uvajanju sprememb v vsakdanje življenje po postavitvi diagnoze. Intervjuvanci so omenili pogostejše sesanje stanovanja, brisanje prahu in splošno izogibanje alergenom. Nekateri so med odgovarjanjem omenili tudi pogostejše obiske morja in več telesne aktivnosti. Spremembe, ki so jih intervjuvanci uvedli v vsakdan, niso nič posebnega, kar omenjajo tudi sami.

5 Razprava

Bellamy in Booker (2000) navajata, da »dolgo trajajoča astma lahko pusti posledice na dihalnih poteh in pusti trajne posledice«. Pri astmatiku gre za zožitev dihalnih poti. Čim hujšo obliko astme imajo, hujša oblika zožitve dihalnih poti jih spremlja (Astma pri otroku, 2015). Če želimo doseči uspešen nadzor in zdravljenje astme, je pomembna seznanjenost bolnikov z naravo bolezni, zdravili, možnimi škodljivci in znaki poslabšanja astme. Vse te informacije lahko bolnik pridobi v šoli astme in če

ukrepe bolnik upošteva, lahko zmanjša aktivnost astmatičnega vnetja in s tem doseže urejenost bolezni (Eržen, 2015).

Na prvo raziskovalno vprašanje odgovarjamo na podlagi odgovorov na vprašanja, v katerih smo intervjuvance povprašali predvsem po izkušnjah, ki so jih doživeli ob postavljeni diagnozi, kakšne so bile težave, ki so se pojavile, ko so prvič obiskali zdravnika, preiskave, ki so jih opravili takrat, in kaj vedo o šoli astme. Glede na pogostost obolelih in razvitost šole astme pri nas na Debelem rtiču je presenetljiv podatek, ki je razviden iz odgovorov, in sicer, da sta le dve intervjuvani osebi obiskovali šolo astme. Ena oseba je povedala, da je za njo slišala v bolnišnici, dve pa, da za njo sploh nista slišali in je seveda tudi nista obiskovali. V podvprašanjih smo intervjuvance povprašali po načinih zdravljenja in ukrepih ob poslabšanju, ki so jim jih svetovali. Odgovori so, kljub temu da sta vprašanji ločeni, v večini bolj ali manj enako tako za zdravljenje kot za ukrepe ob poslabšanju. Bistvo pri astmi je poznavanje samega sebe, zgodnje odkrivanje in prepoznavanje dejavnikov tveganja ter preprečevanje stika s temi, ki povzročijo poslabšanje. Iz odgovorov lahko razberemo, da posamezniki svojo bolezen dobro poznajo. Da lahko to trdimo, pa potrjujejo vsi odgovori v intervjuju, ki kot celota opisuje sam potek astme pri posameznem intervjuvancu od odkritja do »ozdravitve«.

Kakšno je poznavanje ukrepov za preprečevanje poslabšanja astme, je bilo drugo raziskovalno vprašanje. Iz odgovorov razberemo, da intervjuvanci ob poslabšanju dihanja vzamejo predpisano terapijo, kontrolirajo dihanje in izmerijo vrednost PEF. Enako opisujejo tudi ukrepe, ki jih uvedejo ob poslabšanju. Na podlagi pridobljenih odgovorov nismo najbolj zadovoljni z rezultati, saj ne moremo oceniti, kako bi osebe prepoznale poslabšanje in kasneje uvedle ukrepe. Morda je tako, ker so bili ob postavitvi diagnoze vsi še zelo mladi in temu nikoli niso dali velikega poudarka.

Med napadom astme pride do zoženja dihalnih poti, kar zapre dihalno pot in prepreči pretok zraka v in iz pljuč. Zaradi teh težav astmatiki ponoči velikokrat ne spijo, skozi dan niso tako aktivni in ne morejo opravljati dnevnih aktivnosti tako kot ostali (Chronic respiratory diseases, Asthma, 2018).

Prepoznavanje poslabšanj bi bilo morda primerno vprašanje za starše intervjuvanih oseb, saj glede na to, da večina opisuje, da je sedaj težav le malo, tudi ne vidi potrebe po prepoznavanju. Na podlagi odgovorov in literature lahko rečemo, da naši intervjuvanci astmo dobro poznajo. Uporabili so primerne ukrepe, ki so jih uvedli v svoj vsakdan. Brez njih zdravljenje gotovo ne bi bilo uspešno.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo se osredotočili na prejetje in sprejetje informacij, potek zdravljenja ter intervjuvance prosili, naj nam opišejo postopke preiskav, ki so jih opravili, ali so se jim zdele zahtevne oziroma, ali so razumeli navodila, ki so jih prejeli, kako izvesti posamezno preiskavo.

Tudi starši morajo biti vključeni v sam proces zdravljenja, saj v veliko primerih otroci še ne dojemajo same bolezni (Bortolotti idr., 2013). Pri zdravstveno-vzgojnem delu predstavlja najpomembnejši del šola astme. Starši in otroci se poučijo o naravi in poteku bolezni, zdravljenju, pravilnem jemanju zdravil in merjenju PEF, odkriva-

nju zgodnjih znakov poslabšanja bolezni in pravilnem ukrepanju ob poslabšanjih, o pomenu telesne aktivnosti in zdravem načinu življenja. Predavateljki so zdravnica oziroma zdravnik, glavna medicinska sestra in respiratorna fizioterapevtka (Respiratorni program - zdraviliško zdravljenje, 2010).

Iz podanih odgovorov opazimo, da so štiri osebe informacije prejele na razumljiv način, vseh pet intervjuvanih oseb pa je prejelo informacije od zdravstvenih delavcev takoj. Ena oseba je odgovorila, da se ne spomni samega informiranja, saj je bila premlada. Na podlagi teh odgovorov lahko rečemo, da zdravstveni delavci svojo nalogo opravljajo uspešno. Pri astmi, kot že omenjeno, gre za težave z dihanjem, ki predstavlja eno glavnih življenjskih funkcij, prav tako pa je ena glavnih nalog medicinskega osebja pri astmatiku prenos informacij, ki posledično astmatiku omogočijo mirno življenje. Priporočilo zdravstvenim delavcem bi v tem primeru bilo, da svoje delo tudi v bodoče opravljajo v takšni obliki, saj je učinkovito.

Dozo zdravil je treba redno prilagajati, kajti pravilna doza je tista, ob kateri bolnik nima simptomov astme, kar pomeni, da normalno spi, ne potrebuje olajševalca in lahko dela v službi in doma večino ali vsa opravila. Takrat lahko rečemo, da je astma pod nadzorom (Planinec, b. d.).

Zdravstveno osebje je lahko še tako zavzeto in predano svojemu delu, a če sami ne skrbimo za svoje zdravje, nam ne mora pomagati nihče. Vsak odgovarja za svoja dejanja in nič drugače ni pri astmi. Vsak astmatik ima enake možnosti, kako jih izkoristi, pa je odločitev vsakega posameznika. S četrtem raziskovalnim vprašanjem smo želeli izvedeti, kako natančni in dosledni so bili intervjuvanci pri upoštevanju dobljenih navodil za zdravljenje astme. Tudi pri tem vprašanju so bili med seboj kar enotni. Izstopa ena oseba, ki je povedala, da se v otroštvu navodil ni preveč držala, zato se jih sedaj mora, saj v nasprotnem primeru pride do hudih poslabšanj. Štiri osebe pa so ocenile doslednost upoštevanja navodil kot odlično in povedale, da so se navodil v celoti držali.

Priporočila pri nas in v tujini glede zdravljenja astme pravijo, da je izbor terapije glede na intenzivnost in pogostost težav odvisen od tipa astme (Štucin, 2016), Llewellyn (2003) pa dodaja, da ljudje, ki redno in skrbno jemljejo zdravila, lahko obvladujejo astmo in njene simptome tako dobro, da okolica večinoma niti ne opazi, da je z njimi kaj narobe. Astmatik lahko sam veliko pripomore k obvladovanju astme.

Glede na to, da so intervjuvane osebe povedale, da sedaj ne opažajo več poslabšanj ali pa da so ta zelo redka, lahko ocenimo, da so bili pri upoštevanju navodil za zdravljenje natančni in dosledni. To raziskovalno vprašanje bi lahko potrdili z našim naslovom, saj na podlagi upoštevanja navodil znaki in poslabšanja niso več tako izraženi, vsaj ne v tako hudi obliki, oziroma so kontrolirani.

Odgovor na peto raziskovalno vprašanje smo pridobili z odgovori na več vprašanj. Ta so spraševala o možnosti ozdravitve astme, ali je astma doživljenjska bolezen, o doslednosti upoštevanja jemanja zdravil, ali lahko z doslednim upoštevanjem navodil zdravljenja astma s časom izzveni.

Logar (2009, str. 68) pravi: »Domneva, da lahko otrok preraste astmo, izvira iz dejstva, da sojenje v otroštvu pogosto povzročajo virusne infekcije, ki so morda napačno diagnosticirane kot astma. Ko postanejo otroci večji, včasih ob izbruhu teh infekcij ne sopejo več, kar daje vtis, da so »prerasli« astmo. Če je otrok v resnici astmatik, se lahko simptomi zmanjšajo, toda bronhialno vnetje ostane in simptomi se lahko pozneje vrnejo.«

Pri vprašanju, kako bi intervjuvanci ocenili svojo in starševsko doslednost pri upoštevanju navodil za zdravljenje astme, so štiri osebe odgovorile, da so natančno in dosledno upoštevali navodila zdravljenja in da bi upoštevanje ocenili kot zelo dobro. Ena intervjuvana oseba pa je povedala, da se v otroštvu navodil ni držala in da se jih posledično, za razliko od ostalih, mora danes držati zelo natančno.

Ko povzemamo odgovore naših intervjuvancev, ugotavljamo, da imamo v populaciji osebe, ki menijo, da je astma ozdravljiva in da jo z natančnim upoštevanjem navodil lahko omilimo, ne pa povsem ozdravimo. Zanimivo je, da nam je uspelo v raziskavo vključiti osebo, ki je astmo imela diagnosticirano že v otroštvu in se navodil ni povsem držala, prav zato pa tudi sama sedaj opaža, da se težave pojavljajo še pogosteje in huje. Sama je tudi povedala, da meni, da je astmo mogoče obvladovati, a da je za to potrebno upoštevati navodila. V tem primeru smo lahko opazili razliko od ostalih intervjuvancev, ki pa so se navodil dosledno in natančno držali in posledično težave sedaj opažajo v manj izraziti obliki in tudi manj pogosto.

6 Zaključek

Astma je bolezen, ki jo poznamo po vsem svetu. O tej temi ni veliko nove literature, saj gre za obolenje, ki se skozi leta ni kaj dosti spremenilo. Prepoznavanje, odkrivanje, preprečevanje in zdravljenje je že dolga leta enako. Spremembe v samem načinu zdravljenja so le pri odmerjanju in predpisani terapiji, ki jo prejme posamezni bolnik. Astma kot taka pa se razlikuje tudi glede na izvor (poklicna, alergijska). Astma je bolezen, ki prizadane dihala. Če posplošimo, gre pri astmatičnem napadu predvsem za težave, ki so povezane z dihanjem, ki je oteženo. Za astmo lahko zboli vsakdo, bolj podvržene pa so osebe, ki imajo astmo v družini, so izpostavljene škodljivim okoljskim dejavnikom, kot je cigaretni dim, in so imele nekatere okužbe dihal v otroštvu. Vzrok poslabšanja je lahko tudi izpostavljenost alergenom, kot so prah, pršice, hladen zrak, cigaretni dim in drugi povzročitelji. Do poslabšanja lahko pride zelo hitro, zato mora oseba, ki ima astmo, svojo bolezen dobro poznati, biti o njej dobro poučena in predvsem poznati ukrepe, ki jih mora upoštevati, če pride do poslabšanja.

Na podlagi odgovorov, ki smo jih prejeli s polstrukturiranim intervjujem, lahko rečemo, da za našo populacijo velja, da astma z upoštevanjem navodil zdravljenja lahko izzveni. V zajeti populaciji ni nihče menil drugače. Kar nas je v raziskavi posebej navdušilo, je, da smo uspeli med intervjuvanci najti osebe, ki so navodilom natančno sledile in imajo od tega pozitivne učinke, kar pomeni, da je astma sedaj kontrolirana in zato ne potrebujejo več zdravil, prav tako pa imamo tudi osebo, ki se navodil zdravljenja v otroštvu ni držala, se jih pa mora držati sedaj, ko so težave še vedno prisotne.

Kljub temu, da ima težave še sedaj, pa tudi ta intervjuvana oseba meni, da obstaja možnost, da astma izzveni oziroma vsaj usahne in ni izražena v takšni obliki kot ob postavljeni diagnozi.

V prihodnosti priporočamo izvedbo raziskave na večjem vzorcu. S tem bi pridobili boljši vpogled v dejansko resničnost trditve, da je astmo možno ozdraviti, če sledimo navodilom zdravljenja. Z rezultati naše raziskave smo prišli še enkrat več do spoznanja, da ima pri celotnem procesu zdravljenja astme veliko vlogo zdravstveno osebje. Pomembno ni le zgodnje odkrivanje, postavitve ustrezne diagnoze in ustrezno zdravljenje, temveč tudi prenos informacij astmatiku. Velik pomen pri celotnem procesu ima tudi zaupljiv odnos med zdravstvenim osebjem, astmatikom in njegovimi starši.

LITERATURA

1. Astma pri otroku. (2015). Pridobljeno 28. 1. 2018, s <http://www.zdravstvena.info/vsznj/astma-pri-otroku/>.
2. Bellamy, D. in Booker, R. (2000). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease In primary Care*. London: British Library.
3. Birska, M. (ur.). (1985). *Abecednik za astmatike*. Maribor: Založba Obzorja.
4. Bortolotti, A., Fortino, I., Merlino, L. in Bonati, M. (2013). *Childhood asthma management pre- and post-incident asthma hospitalization*. Pridobljeno 18. 2. 2018, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24204628&site=ehost-live>.
5. *Chronic respiratory diseases, Asthma*. (2018). Ženeva: World Health Organization. Pridobljeno 24. 2. 2018, s <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>.
6. Cremonesini, D. in Cremonesini, L. (2013). *Childhood asthma-going back to the basics*. Pridobljeno 24. 2. 2018, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104235150&site=ehost-live>.
7. Eržen, R. (2015). Ena najpogostejših kroničnih bolezni. *Doktor*, 12, 12–13.
8. Lawlor, R. (2015). Management of asthma in children. *Practice Nursing*, 26, 326–330. Pridobljeno 18. 2. 2018, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109811603&site=ehost-live>.
9. Maček, V. (ur.). (2007). *Astma pri otroku*. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani.
10. Prestor, L. (2012). Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo. V L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), *Zbornik zdravstvene in babiške nege Slovenije* (str. 9–77). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
11. Prestor, L. (2016). Astma in kronična obstruktivna bolezen. V L. Prestor (ur.), *Zbornik zdravstvene in babiške nege Slovenije* (str. 9–38). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
12. Škrgat, S. (2017). Astma-urgentna obravnava. V R. Vajd. in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina Izbrana poglavja 2017* (str. 155–157). Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Škrgat, S., Triller, N., Košnik M., Poplas Susič, T. idr. (2016). Priporočila za obravnavo bolnika z astmo na primarni in specialistični pulmološki ravni v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 693–706.
14. Šuškovič, S. (2006). *Astma*. Golnik: Klinika Golnik. Pridobljeno 28. 1. 2018, s <http://www.klinika-golnik.si/dejavnost-bolnislisce/omis-bolezni-in-preiskav/astma.php>.
15. Šuškovič, S., Košnik, M., Fležar, M., Osolnik, M., Zidarn, M. in Škrgat, S. (2007). *Stališča Bolnišnice Golnik-Kopa za obravnavo persistentne astme pri odraslem*. Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.

Rehabilitacija po miokardnem infarktu in njen vpliv na življenje doma

UDK 615.82:616.127-005.8

KLJUČNE BESEDE: aktivnost, miokardni infarkt, motivacijski dejavniki, rehabilitacija

POVZETEK - Akutni koronarni sindrom oziroma miokardni infarkt (MI), predstavlja visok odstotek tveganja za preživetje in za vrnitev v normalno življenjsko okolje. Zdravstveno-vzgojno delo je pomemben dejavnik pri rehabilitaciji. V raziskavi bo uporabljena kvantitativna metoda dela. Za zbiranje podatkov bomo uporabili anketni vprašalnik, ki ga bodo pacienti prejeli pred zadnji dan rehabilitacije. Raziskava bo bila opravljena v Termah Šmarješke Toplice. Vzorec bo predstavljal 20 anketirancev, pacientov po miokardnem infarktu. Raziskava bo potekala en mesec. Podatki bodo obdelani s statističnim programom SPSS. Uporabljena bo metoda opisne statistike. Anketa je sestavljena iz treh sklopov. Prvi so demografski podatki, nato zunanji vplivi na rehabilitacijo in še notranji vplivi na rehabilitacijo. Pričakovani rezultati so usmerjeni v izboljšanje izobraževalnega in zdravstvenovzgojnega dela zdravstvenih delavcev ter spremembe in dopolnitve rehabilitacijskega procesa. Primerna motiviranost, ustrezne naučene vaje in pravi pristop do pacienta po MI pomeni dobro rehabilitiranega pacienta.

UDK 615.82:616.127-005.8

KEY WORDS: activity, myocardial infarction, motivational factors, rehabilitation

ABSTRACT - Acute coronary syndrome or myocardial infarction (MI) represents a high percentage of survival risk and return to normal living environments. Health education work is an important factor in rehabilitation. The quantitative method of work will be used in the study. In order to collect data, we will use the questionnaire that patients will receive on the second to last day of rehabilitation. The research will be carried out at the spa Terme Šmarješke Toplice. The sample will be represented by 20 respondents who are patients recovering from myocardial infarction. The survey will be carried out during one month. The data will be processed with the SPSS statistical program. The descriptive statistics method will be used. The survey consists of three sets: demographic data, external influences on rehabilitation and internal effects on rehabilitation. The expected results are intended to be used to improve the education and health education work of health professionals as well as to modify and enhance the rehabilitation process. Appropriate motivation, appropriate teaching and the right approach to the patient after MI are the elements of a good rehabilitation.

1 Uvod

Zdravje je vrednota, ki se je zdrav človek zaveda šele, ko pride do izpada popolne odsotnosti bolečine in ostalih zdravstvenih težav. Miokardni infarkt je akutni koronarni dogodek, ki se zgodi na videz popolnoma zdravemu človeku, v resnici pa je v ozadju veliko predhodnih opozorilnih dejavnikov, ki jih ljudje zavedno zanemarjajo. Nenaдна prekinitve normalnega življenja prinese veliko vprašanj, sprememb in strahov, ki kasneje tudi pomembno vplivajo na potek rehabilitacije. Osebe, ki doživijo MI, znajo povedati, da se stvari odvijajo s takšno hitrostjo, da v prvih dnevih ne uspejo dojeti in predelati dogajanje okoli sebe. Po revaskularizaciji so pacienti zelo hitro odpuščeni v domače okolje, v bolnišnici seveda dobijo informacije, vendar zaradi hitrih dogodkov informacij ne dojamejo v celoti. Po odhodu domov se začnejo pojavljati vprašanja, na

katera navadno svojci ne znajo odgovoriti, zato je ključnega pomena ravno zdraviliška rehabilitacija, kjer strokovno usposobljeno osebje obvlada delo s takšnimi pacienti, hkrati pa je to okolje, kjer je veliko njim enakim, s podobnimi izkušnjami, strahovi in vprašanji. Zdraviliško zdravljenje lahko predstavlja veliko spremembo za rehabilitiranca če je le ta motiviran in željan sprememb. Nesmiselno je prepričevati prepričanega, zato je ključno poučevanje tistih, ki se zavedajo priložnosti za spreminjanje slabih navad. V času rehabilitacije je veliko priložnosti za pridobivanje novih znanj, predvsem pa je dovolj časa, da si pacient pripravi vprašanja in jih tekom rehabilitacije tudi zastavi bodisi medicinski sestri, fizioterapevtu, zdravniku ali pa strokovnjaku za prehrano.

2 Miokardni infarkt

Miokardni infarkt se razvije akutno in pomeni ishemično nekrozo. Potrjuje se ga s krvno preiskavo troponin T ali I, navadno je prisotna prsna bolečina in v posnetku EKG-ja se pojavi dvig ST spojnice v eni ali več odvodih. Ob hudi stiskajoči bolečini v prsih in trajnem dvigu ST spojnice je potrebno čimprejšnje ustrezno reperfuzijsko zdravljenje. Pomeni ponovno vzpostavitev ustrezne prekrvavitve srčne mišice z širitvijo zaprte koronarne arterije in raztapljanjem krvnega strdka v zaprti koronarni arteriji. Z dovolj hitrim ukrepanjem se lahko občutno zmanjša obseg srčne nekroze, večja pa je tudi možnost preživetja. Po opravljeni primarni perkutani dilataciji se zdravljenje pacienta nadaljuje v intenzivni enoti, kjer je se izvaja neprekinjen nadzor elektrokardiograma (EKG), krvnega tlaka (RR), diureze in nasičenosti periferne kapilarne krvi (Gorjup idr., 2015). Akutni koronarni sindrom je urgentno stanje pri katerem se prepozna in ukrepanje pričneta že na terenu (Strmičnik, 2011). Bolečina, ki se širi v ramena, zgornji okončini, trebuh ali čeljust, ob tem pacient težko diha, mu je slabo, se oznoji, je potrebna visoka odzivnost in ustrezno ukrepanje zdravstvenega osebja. Za postavitev tipične diagnoze akutnega miokardnega infarkta je potrebna tipična klinična slika, slikovne preiskave in posnetek EKG (Podlesnikar, 2015). Kot zaplet pri akutnem miokardnem infarktu se pogosto pojavlja preddvorno migetanje. Pri takšnih pacientih je potrebna elektrokonverzija v sinusni ritem. Bolečine v prsih, ki se ponavljajo, so lahko posledice bodisi infarkta ali pa so posledica nestabilne angine pektoris ali pa so znaki ponovitve infarkta. Kot zaplet po infarktu se pogosto omenja tudi srčno popuščanje (Gorjup idr., 2015). Atrijska fibrilacija je pogosta obstojna aritmija, ki se lahko pojavi tudi pri normalnem srcu. Navadno se po infarktu pojavi novonastala atrijska fibrilacija. Zdravljenje atrijske fibrilacije je v glavnem usmerjeno v antikoagulantno profilakso ter antiritmično medikamentozno terapijo za vzdrževanje sinusnega ritma (Zupan, 2009). Bele (2016) opisuje, da je atrijska fibrilacija med najbolj pogostimi motnjami ritma v klinični praksi, medtem, ko Rakovec (2001) opisuje, da aritmije izzovejo ali pa celo poslabšajo srčno popuščanje.

3 Rehabilitacija v zdravilišču

Za uspešno sledenju pacientu po MI je potrebna ocena ogroženosti pacienta in ustrezne preiskave, ki sledijo napovedim ocene ogroženosti. Z dobro oceno se lahko prepreči ponovitev srčno žilnega dogodka (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004):

- *Klinični pregled*: pri vsakem pacientu se opravi splošni pregled za oceno ogroženosti. Razširjen pregled periferne obtočne motnje in možgansko žilne bolezni, družinska obremenjenost.
- *Obremenitveno testiranje*: Opravi se ga pri vseh pacientih, razen pri tistih, ki zaradi zdravstvenega stanja ne morejo vrteti kolesa, lahko pa opravijo 6MTH (šest minutni test hoje).
- *Ultrazvok srca*: Mora biti opravljen pri vseh pacientih, če v bolnišničnem okolju ni opravljen, se ga opravi v zdravilišču.
- *Slikovne preiskave*: Pri pacientih pri katerih obremenitveno testiranje na kolesu ni možno in pri tistih pri katerih testa ni možno interpretirati (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004).

Z ultrazvočno preiskavo se pridobi podatke o spremembah na arterijah in lastnostih toka krvi v določenem žilnem predelu (Žuran, 2010). Psiho- socialno ocenjevanje poteka tako, da se oceni pacientovo socialno mrežo in podporo, potrebno je opazovanje psihološkega stanja in možnosti pojava depresije, kontrole so potrebne tudi v tretji in četrti fazi rehabilitacije. Razpolaga se z metodami telesne in farmakološke obremenitve, na ta način je tudi predhodno možno razrešiti veliko pacientov, ki so zaradi obolenj ožilja kandidati za akutno koronarno bolezen. Za uspešno diagnosticiranje koronarne bolezni je potrebno veliko kliničnih izkušenj (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004).

Elektrokardiografsko testiranje omogoča natančno diagnosticiranje ocene pacienta s koronarno boleznijo. Testiranje je splošno dostopno, na voljo je izkušeno osebje, ki testiranje varno opravi. Glavni cilji obremenitvenega testiranja po MI so funkcijski, ko se opredeli telesno zmogljivost, ocenjevalni, ko se oceni primernost pacientovega zdravljenja in prognostični, pri katerem se paciente razvrsti glede na tveganje za ponovitev srčno žilne bolezni (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004). Na področju testiranja so široke možnosti izbire testiranja od klasičnega obremenitvenega testiranja, do testiranja na spiroergometru, ki poleg določanja stopnje klasifikacije po NYHA, omogoča tudi oceno porabe kisika. Med obremenilnim testiranjem se povešata srčna frekvenca, krčljivost in frekvenca dihanja ter krvni tlak. Močno se poveča poraba kisika v telesu, v mišicah se poveča pretok, ekstrakcija kisika iz krvi se trikratno poveča, celokupni periferni upor pade, medtem ko se povečajo sistolični, arterijski in pulzni tlak. Pri vsakem testiranju se določi največjo porabi kisika (Gorjup idr., 2015). Protokoli obremenitve so različni, vendar pa se je potrebno držati pravila, da se v zgodnji rehabilitaciji pacienta ne sme obremenjevati nad 70 % maksimalne predvidene največje obremenitve (Sinkovič in Voga, 2015).

Obremenitvena testiranja (Gorjup idr., 2015) opisujejo v naslednjih oblikah:

- statična obremenitev (statični stisk vzmeti),
- dinamična obremenitev (hoja ali kolo),
- obremenitev na sobnem kolesu (cikloergometrija),
- obremenitev na tekoči preprogi (trak z električnim pogonom),
- ročni ergometer (za ortopedska obolenja),
- šestminutni test hoje.

Ob prihodu v zdravilišče je potrebno opraviti natančno anamnezo in pregledati ter analizirati medicinsko dokumentacijo. Po pregledu dokumentacije se naredi plan rehabilitacije, ki se izvaja tekom zdravljenja. Glavni namen rehabilitacije je upočasniti napredovanje bolezni in informiranje o možnostih izboljšanja telesne zmogljivosti (Ivašković, 2002). Rehabilitacija je del zdravstvene nege in se prične takoj, ko je pacient za njo sposoben (Ivanuša in Železnik, 2000).

Pacientu je potrebno opraviti vse antropometrične meritve za ustrezno opredelitev rehabilitacije (Fink, Kobilšek in Mesarec, 2011). Faze rehabilitacije se v različnih virih različno interpretirajo. Nekateri avtorji navajajo tri faze rehabilitacije, nekateri pa opisujejo štiri. Ne glede na število faz je bistvenega pomena dobra sledljivost pacienta in možnost kontroliranja stanja in morebitnih poslabšanj stanj. Zdraviliška dejavnost vsebuje preventivno varstvo, specialistično ambulantno dejavnost in nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja z uporabo naravnih zdravilnih sredstev (Kisner, Rozman, Klasinc in Pernat, 2001).

Smernice Ministrstva za zdravje Slovenije v publikaciji Rehabilitacija in sekundarna preventiva po srčnem infarktu iz leta 2004, razdelijo faze v tri glavne faze in na eno vmesno fazo, fazo imenovano x:

- *Faza 1* (bolnišnična rehabilitacija): Vsebuje zgodnjo vertikalizacijo, oceno ogroženosti, načrt preventive, svetovanje in izobraževanje).
- *Faza 2* (odpust domov): Vrnitev v domače okolje in vključitev v nadzorovano obliko rehabilitacije.
- *Faza 3* (izvenbolnišnična rehabilitacija): Rehabilitacija v zdravstveni ustanovi, ambulantno ali stacionarno v zdravilišču.
- *Faza 4* (dolgotrajno vzdrževanje): Vseživljenjska rehabilitacija v domačem okolju.

Telesno dejavnost opredeljuje vsakršno gibanje, ki ga povzročajo skeletne mišice. Vadba je oblika telesne dejavnosti, ki je skrbno načrtovana, se ponavlja in ima za cilj izboljšanje in vzdrževanje telesne zmogljivosti (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004). Telesna vadba naj bi vsebovala:

- 15 minutno ogrevanje
- Aerobno vadbo (20- 30 min)
- 10 minutno ohlajanje
- 10 minutno sproščanje

MS z ustreznim znanjem in strokovnostjo, lahko pripomore k preprečevanju napak in opozarja na pomanjkljivosti pri delu (Podlesnik, 2013). Ivanuša in Železnik (2008), opredeljujeta terapijski odnos, kot osnovo zdravstvene nege. Vloga MS/ DMS pri

pacientu po MI je velika, pogosto ključnega pomena pri zgodnji prepoznavi poslabšanja stanja. Neprestano spremljanje novosti pri zdravljenju po srčnem infarktu, izobraževanje in ne prepuščanje vsakdanji rutini. MS mora znati pacient pomiriti in potolažiti, saj so pacienti pogosto prestrašeni in čustveno prizadeti (Mejaš, 2014).

4 Metodologija

4.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je preučiti problem ustreznosti in kakovosti načina dela rehabilitacije ter kje so še možnosti za nadgradnjo in spremembe v procesu rehabilitacije. V želji, da bi pacient po končanem zdravljenju dobil celostno obravnavo in odšel v domače okolje z dovolj informacijami o svojem obolenju ter doma kvalitetno živel ima zdravstveno osebje veliko vlogo učitelja.

Cilji raziskave so ugotoviti:

1. ali spol in starost vplivata na pojavnost MI,
2. ali zdravstveno osebje zadostno in jasno podaja informacije o rehabilitaciji,
3. ali pacienti dojemajo bistvo informacij in jih bodo posledično uporabili doma ter izvajali naučene terapije,
4. ali je rehabilitacija vplivala na način, da bodo spremenili življenjski slog oziroma slabe navade.

4.2 Raziskovalna vprašanja

1. Ali se pojavljajo statistično pomembne razlike pri pojavu MI glede na spol in starost?
2. Ali zdravstveno osebje o rehabilitaciji dovolj in jasno podaja informacije o rehabilitaciji?
3. Kako pacienti dojemajo informacije in ali jih bodo uporabili v domačem okolju?
4. Ali rehabilitacija dovolj pomembno vpliva na pacienta na način, da bo spremenil slabe življenjske navade?

4.3 Raziskovalne metode in tehnike

V raziskavi je uporabljena kvantitativna metoda dela, za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik je bil razdeljen na tri dele. Vpliv zunanjih in notranjih dejavnikov na zdravljenje ter demografski podatki. Iz rezultatov smo določili lestvico pomembnosti za posamezen dejavnik. Vpliv dejavnikov na rehabilitacijo, predstavlja večino pričakovanih odgovorov v obliki trditev. Vzorec anketirancev je zajel različne starostne skupine približno od 30 do 85 let.

4.4 Vzorec

Razdeljenih je bilo 20 anket, od tega je bila ena neveljavna, eno anketo pa nismo dobili vrnjeno. Od vseh oseb je bilo 13 oseb moškega spola (72,2 %), žensk pa 5 (27,8 %). Oseb, ki so bile stare med 21 in 40 let je bilo 16,7 %, 66,7 % je bilo starih med 41 in

60, 61 let in več je imelo 16,7 % anketiranih. Me sodelujočimi v raziskavi je bilo 5,6 % oseb bodisi samskih ali razvezanih, 72,2 % je bilo poročenih in 16,7 % ovdovelih. Pri vprašanju o višini izobrazbe je bilo 22,2 % takšnih s srednjo šolo enak odstotek jih ima bodisi diplomu, magisterij ali doktorat. Največ 55,6 % je oseb s srednjo izobrazbo.

4.5 Postopek zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo meseca septembra 2018 v Termah Šmarješke Toplice, z dovoljenjem komisije za raziskave v podjetju Krka. Pacienti so na rehabilitaciji 14 dni, zato smo jim dva dni pred zaključkom rehabilitacije dali anketo, ki so jo zadnji dan rehabilitacije vrnili. Anketa je bila anonimna, vsebovala je demografske podatke, ki so omogočali pregled in izpeljavo statistično pomembnih podatkov. Vprašalnik s trditvami je bil razdeljen na dva dela glede na vpliv na rehabilitacijo. Prvih 8 vprašanj se je sklicevalo na zunanje vplive, naslednjih 7 pa je opisovalo notranje vplive na rehabilitacijo. Na koncu so bili postavljeni demografski podatki, ki omogočajo vpogled in primerjavo na pogostost pristnosti MI glede na spol, starost. Anketni vprašalnik je bil anonimen, podatki pa so uporabljeni izključno samo za namen raziskave. Vsi prejemniki vprašalnika so bili s to informacijo seznanjeni.

5 Rezultati

Glede na teoretična izhodišča smo za potrebe raziskave ocenili stanje ustreznosti rehabilitacije in dolgoročni vpliv na zdravje na posamezne osebe. Glede vpliva notranjih in zunanjih dejavnikov na rehabilitacijo smo ocenjevali trditve, ki so bili pridobljeni z izračunom povprečne vrednosti za posamezno trditev. Ocenjevalna lestvica je bila petstopenjska, anketiranci so trditve ocenjevali z 1- sploh se ne strinjam, 2- ne strinjam se, 3- niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4- strinjam se in s 5- popolnoma se strinjam. Zunanji dejavniki, ki vplivajo na potek rehabilitacije so vsebovala vprašanja od 1 do 8.

Na trditev 1: »Tekom rehabilitacije sem dobil/a dovolj informacij za življenje doma« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 4,00.

Na trditev 2: »Največ informacij o zdravljenju sem dobil/a od medicinske sestre oziroma od diplomirane medicinske sestre« je povprečna ocena 4,11.

Na trditev 3: »Največ informacij o zdravljenju sem dobil/a od zdravnika« je trditev ocenjena z 3,94.

Na trditev 4: »Predavanje psihologinje je vsebovalo dovolj informacij, ki jih bom uporabila/a v življenju« so odgovorili z 3,39.

Na trditev 5: »Predavanje o prehrani je vsebovalo dovolj informacij, ki jih bom uporabila/a v življenju« so anketirani odgovorili s povprečno oceno 3,56.

Na trditev 6: »Vaje na kolesu ugodno vplivajo na moje zdravljenje« so ocenili s povprečjem 4,44.

Na trditev 7: »Zaradi skupinskih vaj s fizioterapevtom imam dovolj znanja o vajah, jih bom izvajal/a doma« so ocenili z 4,22.

Na trditev 8: »Od vsakega zdravstvenega delavca sem dobil/a dovolj informacij o preprečevanju dejavnikov za nastanek srčno-žilnih bolezni« so anketiranci ocenili s povprečno oceno 3,83.

Po pregledu povprečnih ocen, vidimo, da je najvišje ocenjena vadba na kolesu, kar govori od tem, da so pacienti dalj časa na vadbi, kjer se MS tudi bolj kvalitetno posveti pacientu, saj je ravno pri tej vadbi, ki traja 14 dni dovolj časa za razreševanje mnogo vprašanj, predvsem pa usposobljenost MS govori v prid ravno tej terapiji.

Drugi sklop vprašanj se je nanašal na notranje dejavnike, ki vplivajo na potek rehabilitacije.

Na trditev 9: »Po prihodu domov bom telesno aktiven/a« so odgovorili s povprečno oceno 4,28.

Na trditev 10: »Prenehal/a bom s slabimi navadami (telesna nedejavnost, kajenje, alkohol)« so anketiranci odgovorili s povprečno oceno 4,11.

Na trditev 11: »Prehranjevanje bom ustrezno prilagodil/a svojemu zdravstvenemu stanju« je povprečna ocena 3,94.

Na trditev 12: »Včlanil/a se bom v skupino v lokalni skupnosti z istimi problemi« so anketiranci odgovorili s povprečno oceno 3,94.

Na trditev 13: »Vzel/a si bom več časa za svoje zdravje« je povprečna ocena 4,44.

Na trditev 14: »Popolnoma bom spremenil/a življenjski slog« so odgovorili z oceno 3,89.

Na trditev 15: »Tako j ko bo možno se bom vključil/a v običajne življenjske aktivnosti« je povprečna ocena 4,06.

V drugem sklopu je bilo z najvišjim povprečjem ocenjeno vprašanje o tem, da si bodo vzeli več časa za lastno zdravje. Zavedanje vrednosti lastnega zdravja je ravno v času rehabilitacije zagotovo zelo visoko, bi bilo pa zanimivo ravno to isto populacijo o istih vprašanjih vprašati po enem letu življenja v domačem okolju.

Pri vprašanju o podajanju konkretnih mnenj in pripomb, so imeli pacienti možnost komentiranja rehabilitacije, podali so naslednja mnenja: ocenjujejo, da so se naučili veliko o načinih vadbe, vzpodbudi, predvsem pa da jim bo od sedaj naprej to način življenja, tudi količina informacij je v zadostnem razmerju podana, ena oseba pa ocenjuje, da če ne bi vprašal sam, ne bi dobil dovolj informacij.

6 Razprava

Glede na rezultate ankete ugotavljamo, da na raziskovalno vprašanje o statistično pomembnih razlikah, ki se pojavljajo pri pojavu MI glede na spol in starost, lahko potrdimo, da se glede na starost v največji meri MI infarkt pojavlja v razponu med 41 in 60 let, glede na spol pa je pogostost pojava MI najbolj izpostavljena pri moškem spolu. Pri vseh pacientih ni vedno prisoten neprimeren življenjski slog, lahko pa rečem, da v višjem odstotku pa zagotovo da. Pri tistih, ki so doživeli MI, kljub zdravemu načinu

življenja, pa je vendarle navadno prisoten stres, ki je tudi velik dejavnik tveganja za nastanek MI. Glede na rezultate IVZ od leta 2002 do leta 2006, Govc, Erženova (2009), opisuje, da je bilo med populacijo 74,9 % pregledanih ljudi, veliko manifestnih oblik bolezni 5 %, 25 % pa jih je bilo družinsko obremenjenih s prezgodnjo obliko bolezni srca in ožilja. Kadilo je 22 % ljudi, prekomerno težo ima skoraj 75 % ljudi. Delež ljudi, ki so imeli visoko nevarnost za novo nastalo ishemično bolezen je bilo kar 22.6 %. Rezultati so zaskrbljujoči, v sedanjem času se sicer izvajajo referenčne ambulate, ki lahko preprečijo kar nekaj nekontroliranih novonastalih kroničnih bolezni, dejstvo vprašanja motivacije posameznika je pa še vedno problematično. Rezultati govorijo v prid dobre rehabilitacije, ki jo izvajamo v Termah Krka, zagotovo pa so še možnosti za izboljšave. Nekateri pacienti potrebujejo več časa za pogovor, kar je pogosto težava zaradi obsega dela. Za dolgotrajno rehabilitacijo bi bila smiselna obnovenjena rehabilitacija na eno do dve leti, da bi se videlo dolgoročni vpliv motivacije in naučenih vaj ali jih pacienti opravljajo ali ne, po drugi strani pa bi jih na ta način opomnili, da je skrb za zdravje premalo cenjena in da je potrebno ponovno obuditi vzorce dela in vaj, ki so se jih naučili tekom rehabilitacije. Možnosti za obnovenjeno rehabilitacijo so, vendar se je pacienti redko poslužujejo. Notranji motivi so se nanašali predvsem na prihodnost pacientov in njihovo aktivnost v domačem okolju. Smiselno je prizadevanje vključevanja celotne družine v proces rehabilitacije, saj bi se na takšen način kvaliteta močno povečala. Želja po hitrem vračanju v službo je pogosto pogojeno z zadovoljstvom dela, ki ga opravljajo v službi npr. delo, ki je fizično naporno ali pa so okoliščine dela zelo neugodne. Da bi se pacient zavedal pomembnosti redne in pravilno oblikovane telesne dejavnosti, opisuje Zobavnikova (2015), bi moral pacient imeti že ob zaključitvi nadzorovane rehabilitacije, vzeti vadbo kot način življenja po AMI. Vključevanje pacientov v Koronarna društva ima velik pomen na dobro vseživljenjsko rehabilitacijo. Večini pacientov se priporoča majhna do zmerna intenzivnost vadbe, zelo intenzivno vadbo pa se priporoča pacientom, ki so mlajši in potrebujejo večjo telesno zmogljivost, seveda ob ustreznem nadzoru pacienta. Pacient naj bi imel telesno vadbo vsaj 2 krat tedensko nekje 8 tednov. Možnost je tudi 1 krat tedensko z dvema enakovrednima treningoma v domačem okolju (Rehabilitacija in sekundarna preventiva, 2004). Informiranje zmanjšuje čustveno vznemirjenost, opisuje Mejaševa (2014) povečuje znanje posameznika in pomaga spremeniti življenjske navade.

Mlajša in srednja generacija pacientov doživlja bolezensko stanje po MI izjemno bolj dramatično in stresno. Pomembno je poznavanje različne populacije in različne možne dejavnike, ki lahko vplivajo na dojetanje in poistovetenje z lastno boleznijo. Pogosto so prisotna še razna lažja in težja psihična obolenja, pri starejših pacientih pa je pogosto prisotna starostna demenca. Spremeniti slabe vzorce in koreniti spremeniti življenjski slog je velika poteza v življenju, ki lahko popolnoma spremeni življenje in izboljša čas in kvaliteto življenja. Po infarktu je čas ko človek razmisli, se sprva sooči z dejstvom kronične bolezni in si naredi plan nadaljnjega življenja. Korenite spremembe so težka preizkušnja v življenju, zato so v procesu spreminjanja sloga ključnega pomena zdravstveni delavci. Opuščanje kajenja, zniževanje telesne teže, telesna aktivnost, sprememba načina prehranjevanja in pitja, so dejanja, ki so nujna potrebna za dobro rehabilitacijo in dobro prognozo bolezni.

LITERATURA

1. Bele, D. (2016). Atrijska fibrilacija, najpogostejša motna srčnega ritma. V T. Žontar (ur.), Atrijska fibrilacija, žensko srce, priložene srčne napake (str. 5–14). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
2. Fink, A., Kobilšek, P. V. in Mesarec, M. (2013). Diagnostični- terapevtski pristopi in fizika v medicini. Ljubljana: Grafenauer založba, d.o.o.
3. Gorjup, V., Kamenik, B., Kanič, V., Lainšček, M., Letonja, M., Lobnik, A. idr. (2015). Izbrana poglavja o srčno - žilnih boleznih. Maribor: Medicinska fakulteta.
4. Govc - Eržen, J. (2009). Srčno - žilna preventiva s osnovni zdravstveni dejavnosti. V S. Vrbovšek, N., Luznar in J. Maučec - Zakotnik (ur.), Skupaj varujemo in krepimo zdravje (str. 54–57). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
5. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2000). Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Univerza v Mariboru.
6. Ivanuša, A. in Železnik, D. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Ivašković, D. (2002). Rehabilitacija bolnikov po primarni perkutani transluminalni angioplastiki. V M. F. Kenda, Z. Fras, I. Kranjec in M. Noč (ur.), Akutni koronarni sindrom (str. 157–163). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.
8. Kisner, N., Rozman, M., Klasinc, M. in Pernat S. (2001). Zdravstvena nega. Maribor: Založba Obzorja d. d..
9. Mejaš, R. (2014). Medicinska sestra in bolnik po srčnem infarktu. V M. Gričar (ur.), Uporabna kardiologija, poudarki in nasveti (str.132–134). Ljubljana: Edumedic d.d.d.
10. Podlesnik, S. (2013). Vpliv novih antiagregacijskih zdravil na delo medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z akutnim koronarnim sindromom. V T. Žontar in A. Kvas (ur.), Internistična in kirurška obravnava kardiološkega bolnika z roko v roki (str. 41–45). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
11. Rakovec, P. (2001). Arrhythmias and heart failure. V D. Martinčič - Štiblar, in D. Petrovič (ur.), Cardiovascular Diseases (str. 45–47). Ljubljana: Institute of Histology and Embiology Medical Faculty
12. Rehabilitacija in sekundarna preventiva po srčnem napadu. (2004). Nacionalna klinična smernica. Ministrstvo za zdravje.
13. Sinkovič, A. in Voga, G. (2015). Izbrana poglavja o srčno-žilnih boleznih. Maribor: Univerza v Mariboru.
14. Strmičnik, A. (2011). Akutni koronarni sindrom. V T. Žontar (ur.), Nove smernice pri obravnavi življenjsko ogroženega bolnika s srčno- žilnimi obolenji (str. 7–13). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
15. Zobavnik, J. (2015). Telesna dejavnost po zaključeni nadzorovani rehabilitaciji. V T. Žontar in A. Kvas (ur.), Bolnik z miokardnim infarktoma (str. 97–103). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
16. Zupan, I. (2009). Novi pogledi na zdravljenje AF. V M. Noč (ur.), Aritmije / pacing 2009 (str. 64–68). Ljubljana: Društvo za napredek kardiologije.
17. Žuran, I. (2010). Pomen ultrazvočne barvne doplerske preiskave pri diagnostiki kritične ishemijske. V M. Kozak, A. in Blinc (ur.), Kritična ishemija (str. 15–19). Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo.

Dejavniki tveganja za pojav nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo

UDK 616.89+364.632

KLJUČNE BESEDE: psihiatrija, nasilje, zdravstvena nega

POVZETEK - Nasilje je verbalni ali fizični napad na človeka, žival ali predmete in je v splošnem etimološkem smislu živalim potrebno za preživetje, medtem ko ga ljudje pogosto uporabljajo za obvladovanje individualnih konfliktov. V ožjem, pogosto psihopatološkem smislu vključuje namerno in brezbržno poškodovanje ali uničenje ter je združeno z različnimi negativnimi čustvi. Institucionalna obravnava pri pacientu z duševno motnjo povzroča psihični stres, v katerem se zrcali strah, negotovost, jeza in fizični ter socialni stres, pri katerem je v ospredju predvsem občutek manjvrednosti in stigma. Vse to vodi v nezapljivost, napetost in se lahko stopnjuje v odklanjanje in pojav nasilnega vedenja. Na nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo vpliva več dejavnikov, ki bi jih lahko razdelili na tri glavne skupine, in sicer na dejavnike tveganja s strani pacienta, organizacijske in okoljske dejavnike ter tiste s strani zaposlenih. Na dejavnike tveganja s strani pacienta nimamo velikega vpliva, medtem ko so tisti s strani zaposlenih še vedno tabu tema, ki je v slovenskem prostoru zelo slabo raziskana. V prispevku bo predstavljen pregled strokovne literature s področja dejavnikov tveganja za pojav nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo, pa tudi orodja, ki se bolj ali manj uspešno uporabljajo za zgodnje prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo.

UDC 616.89+364.632

KEY WORDS: violence, psychiatry, health care

ABSTRACT - The term violence defines a verbal or physical attack on a person, animal or object, and is generally necessary for animals to survive, in a etymological way, while people often use it to cope with individual conflicts. In narrower, often psychopathological terms, it involves deliberate and careless damage or destruction and is combined with various negative emotions. Institutional treatment in a patient with a mental disorder causes mental stress, reflecting fear, insecurity, anger and physical stress, and social stress, where the sense of inferiority and stigma is at the forefront. All of this leads to discouragement, tension, and can aggravate the deviation and the appearance of violent behaviour. Violent behaviour of patients with mental illnesses is influenced by several factors which could be divided into three main groups, namely patient-side risk factors, organisational and environmental risk factors, and risk factors on the part of employees. We do not have much influence on the risk factors on the patient's side, while the risk factors on the staff side are still taboo topics, which are very poorly researched in Slovenia. The paper will present an overview of professional literature on the risk factors for the occurrence of violent behaviour in patients with mental disorders as well as the presentation of tools that are more or less successfully used for early recognition and prevention of violent behaviour in patients with mental illnesses.

1 Uvod

Nasilje na področju zdravstva je prisotno v številnih delovnih okoljih. Po raziskavah je najbolj izpostavljeno področje psihiatrije, kjer se pojavlja več fizičnega in verbalnega nasilja (Ruiz - Hernández, López - García, Llor - Esteban, Galián - Muñoz in Benavente - Reche, 2016). Preprečevanje nasilnega vedenja in zagotavljanje varnosti pacientom in zaposlenim je zato prioriteten izziv psihiatrične zdravstvene nege. Ključnega pomena je sistematični pristop z uporabo hitrih ocenjevalnih lestvic in deeskalacijskih tehnik komunikacije. Hkrati je potrebno sprejetje politike ustreznih preven-

tivnih ukrepov, glede na stopnjo tveganja v posamezni organizaciji (Price idr., 2018). Preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo je prioriteten izziv psihiatrične zdravstvene nege, zato je nujno poznavanje in vplivanje na dejavnike tveganja, ki vplivajo na pojav nasilnega vedenja. V slovenskem prostoru je veliko raziskav o nasilnem vedenju pri pacientih z duševno motnjo, medtem ko je vidik dejavnikov tveganja slabo raziskan. Še posebej slabo so opredeljeni dejavniki tveganja na strani zaposlenih, ki so lahko zaradi nepoznavanja temeljnih načel deeskalacijskih tehnik komunikacije ključen dejavnik za nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo. Zato je namen prispevka poudariti, kako lahko s pravilnim pristopanjem k pacientu z duševno motnjo vplivamo na nižjo pojavnost nasilnega vedenja.

2 Dejavniki tveganja za nasilno vedenje pri pacientih z duševno motnjo

Termin nasilje opredeljuje verbalni ali fizični napad na človeka, žival ali predmete in je v splošnem etimološkem smislu potrebno živalim za preživetje, medtem ko ga ljudje pogosto uporabljajo za obvladovanje individualnih konfliktov (Kores Plesničar, 2010). V ožjem, pogosto psihopatološkem smislu vključuje namerno in brezbrizno poškodovanje ali uničenje ter je združeno z negativnimi čustvi, kot so jeza, strah, obup, bes in sovražnost. Ko govorimo o nasilju so izpolnjeni naslednji pogoji: uporaba sile v komunikaciji ali dejanjih, ki povzročajo resno škodo ljudem ali njihovi lastnini in uporaba te sile pod pogojem socialnih interakcij, proti temu, kar je naravno, pošteno, moralno ali pravno (Diaz, 2010). Institucionalna obravnava pri pacientu z duševno motnjo povzroča psihični stres, v katerem se zrcali strah, negotovost, jeza in fizični stres ter socialni stres, pri katerem je v ospredju predvsem občutek manjvrednosti in stigma (Železnik in Ivanuša, 2008). Vse to vodi v nezaupljivost, napetost in se lahko stopnjuje v odklanjanje pomoči in nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo (Čuk, 2010).

Na nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo vpliva več dejavnikov, ki jih lahko razdelimo v tri glavne skupine in sicer na dejavnike tveganja na strani pacienta, organizacijske in okoljske dejavnike tveganja ter dejavnike tveganja na strani zaposlenih (Hallett, Huber in Dickens, 2014). Bader, Evans in Welsh (2014) trdijo, da imajo medsebojno povezani okoljski dejavniki, duševna motnja, odnos, znanje in komunikacijske spretnosti zaposlenih neposredni vpliv na tveganje za nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo.

2.1 Dejavniki tveganja na strani pacienta z duševno motnjo

V strokovni literaturi se povezuje določene simptome duševnih bolezni s tveganjem za nasilno vedenje, tako je med pacienti z duševno motnjo, pri katerih je izraženo nasilno vedenje, najpogosteje ugotovljena diagnoza shizofrenija (Bader, Evans in Welsh, 2014). Nasilno vedenje je večinoma pričakovati pri pacientih s motnjami v zaznavanju in mišljenju, pri osebnostnih motnjah, organsko spremenjenih pacientih, intoksikacijah s psihoaktivnimi substancami in pacienti z demenco (Pavšič Mrevlje in Umek, 2013). Starost pacienta je prav tako potencialni dejavnik tveganja. Mlajši

pacienti predstavljajo večjo grožnjo za nasilno vedenje, vendar so tudi starejši pacienti povzročitelji neželenih dogodkov z nasilnim vedenjem, ker je njihova fizična moč pogosto podcenjena (Groleger, 2009). Nekatere študije kažejo, da so ženske v bolnišničnih okoljih vključene v bolj nasilne incidente, moški pa veliko bolj verjetno povzročijo poškodbo osebja (Davison, 2005 v Pavšič Mrevlje in Umek, 2011). Nasilno vedenje lahko pričakujemo pogosteje pri pacientih, ki imajo že zgodovino takega vedenja, odkrito izražajo svoje nasilne namene ali imajo šibko samokontrolo (Groleger, 2009).

2.2 Organizacijski ali okoljski dejavniki tveganja

Poleg vzrokov s strani pacienta, zaradi katerih neposredno postane nasilen, lahko k eskalaciji pripeljejo še drugi dejavniki, kot so slabo opremljene čakalnice, prepolne čakalnice, močna svetloba, glasno okolje, dolgo čakanje, poseganje v avtonomijo pacienta, struktura oddelka, omejitve na oddelkih pod posebnim nadzorom, sprejem brez privolitve pacienta, aplikacija terapije proti volji pacienta, odvzem telefona, omejitve kajenja, veliko število pacientov na oddelku, nizka kadrovska zasedba (Vovko in Rukavina, 2017). Na okoljske dejavnike tveganja lahko vplivamo z dobro organizacijo dela, ustrezno kadrovsko zasedbo, jasno opredeljenimi vlogami, ki so pomemben dejavnik (ne) nasilja. Davison (2005) poudarja, da je za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo ključno razmerje kadrov, optimalna politika opazovanja oddelka in nizko število pacientov na oddelku. Macpherson, Dix in Morgan (2010) menijo, da tveganje za nasilno vedenje zmanjšuje pacientu prijazno in razumevajoče klinično okolje, ki omogoča zagotavljanje zasebnosti.

2.3 Dejavniki tveganja na strani zaposlenih

Nasilno vedenje v kliničnem okolju je velik problem, ne samo zaradi možnosti poškodb pacientov in zaposlenih, temveč tudi zaradi negativnega vpliva na terapevtski odnos, obenem pa ima negativne učinke zaradi izpostavljenosti fizičnemu nasilju na ostale paciente, ki so priča neželenemu dogodku in posledično povzročajo jezo, šok, strah, anksioznost in motnje spanja pri njih (Iozzino idr., 2015). Price idr. (2017) v svoji raziskavi ugotavljajo, da se kaže čedalje večja potreba po spreminjanju odnosa zaposlenih do pacientov z duševno motnjo in vplivanja na okoljske dejavnike. Pacienti vključeni v raziskavo, so bili mnenja, da je pri zaposlenih še vedno intervencija prvega izbora, kot odgovor na nasilno vedenje, uporaba posebnih varovalnih ukrepov namesto deeskalacijskih tehnik komunikacije, kar je verjetno posledica nerazumevanja duševnih motenj in nespoštovanja pacientov ter zloraba posebnih varovalnih ukrepov. Nasilno vedenje ima negativen vpliv na terapevtsko zaveznitvo zato predstavlja oviro za uspešno zdravljenje. Neželeni dogodki zaradi nasilnega vedenja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo so pogost pojav v kliničnem okolju. Analiza podatkov kaže na dve osrednji kategoriji dejavnikov tveganja, ki povečujejo pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo, to je vpliv okoljskih dejavnikov tveganja in dejavnikov na strani zaposlenih, kjer izstopajo neprofesionalnost, nestrpnost in nespoštljiv odnos negovalnega osebja do pacientov z duševno motnjo (Van Wijk, Traut in Julie,

2014). Pri obravnavi pacientov z duševno motnjo je za uspešnost zdravljenja ključnega pomena pacientova pozitivna izkušnja, ki vključuje dialog, sprejemanje, spoštovanje, empatijo in zaupanje vseh, ki so vključeni v proces zdravljenja, kar vpliva na nižjo pojavnost neželenih dogodkov z nasilnim vedenjem (Ingberg in Hanses, 2017). Medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi namenijo več časa izgradnji terapevtskega odnosa in zaupanja s pacientom z duševno motnjo, zato so ob nasilnih dogodkih tudi čustveno bolj obremenjene. Moški del negovalnega tima posveča več časa intervencijam ob pojavu verbalnega ali fizičnega nasilja, zato so bolj razdražljivi in napeti, kar vodi v nižjo stopnjo empatije in višjo pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo (Yoshizawa idr., 2016). Na pojav nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo vpliva več dejavnikov tveganja, med katere sodijo tudi čustvene reakcije osebja, ki lahko stopnjujejo ali celo povzročajo neželene dogodke z nasilnim vedenjem. Obenem neustrezne čustvene reakcije osebja zmanjšujejo občutek varnosti in zaupanja in s tem izzovejo občutek ogroženosti pri pacientih z duševno motnjo ter s tem povečajo verjetnost novih nasilnih dogodkov (Haugvaldstad in Husum, 2016).

3 Orodja za preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo

Preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo je eden prioriteten izzivov psihiatrične zdravstvene nege. Orodja, ki se uporabljajo v klinični praksi za preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja so BVC ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist) in deeskalacijske tehnike komunikacije. Medtem, ko je BVC ocenjevalna lestvica hitra in preprosta za uporabo, so deeskalacijske tehnike komunikacije bolj kompleksne, namen obeh skupaj pa je preprečevanje nasilnega vedenja in škode, ki bi nastala v terapevtskem odnosu do pacienta z duševno motnjo, če bi posegali v njegovo avtonomijo z uporabo posebnih varovalnih ukrepov (Bowers, 2014).

3.1 BVC lestvica nasilnega vedenja (Broset Violence Checklist)

Predvidevanje potencialno nasilne situacije že dolgo predstavlja izziv za zdravstvene delavce na področju duševnega zdravja. Do pred kratkim je bila v uporabi le tradicionalna, nestrukturirana ocena tveganja, ki je temeljila na klinični presoji in intuiciji zdravnika in osebja zdravstvene nege (Clarke, Brown in Griffith, 2010). Leta 2012 se je v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana začela uporabljati BVC ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja (Brøset Violence Checklist), ki jo je razvil avtor Roger Almvik na Norveškem in temelji na oceni najbolj pogostih vzorcev obnašanja pred neželenimi dogodki z nasilnim vedenjem. Uporablja se lahko že ob sprejemu pacienta, kakor tudi kadarkoli kasneje na oddelku za oceno nevarnosti nasilnega vedenja. Lestvico lahko izpolnjuje oseba, ki je del zdravstvenega tima in je poučena o načinu izpolnjevanja (Abderhalden, 2008). Izkušnje iz klinične prakse kažejo, da ima ocena BVC največji pomen pri napovedi tveganja za nastop nasilnega vedenja v prvih 24 urah

(Clarke, Brown in Griffith, 2010). Iz analiz lestvice lahko razberemo, kako se nasilno vedenje pri posamezniku spreminja v pojavni obliki in intenziteti (Gabrovec, 2014). Na podlagi raziskav je bilo ugotovljeno, da je njena uporaba učinkovito orodje za hitro napoved nasilnega vedenja in s tem daje povod za pravočasno ukrepanje, kar zmanjšuje možnost pojava neželenega dogodka (Abderhalden, 2008). Je enostavna za uporabo in omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo o pacientu znotraj zdravstvenega tima, izmenami in ustanovami. Tudi Anderson in Jenson (2018) sta v svoji raziskavi potrdila, da je BVC ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja zanesljivo orodje za pravočasno prepoznavanje pacientov s tveganjem za nasilje, kar omogoča hitro ukrepanje za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo.

3.2 Deeskalacijske tehnike komunikacije

Pri obravnavi pacientov z grozečim ali že izraženim nasilnim vedenjem je pomemben pravilen pristop, ki vključuje uporabo deeskalacijskih tehnik komunikacije in izgradnjo zaupljivega medosebnega odnosa s pacientom, saj na ta način zmanjšamo uporabo posebnih varovalnih ukrepov v bolnišničnem okolju (Richmond idr., 2012). Deeskalacijske tehnike komunikacije so tehnike verbalne in neverbalne komunikacije, s katero poskušamo zmanjšati stopnjo napetosti pacienta in preusmeriti njegovo pozornost. Vedno poskušamo komunicirati na isti višini kot pacient in pazimo na svojo držo telesa in mimiko obraza, ki mora sovpadati z verbalno komunikacijo. Pacienta aktivno poslušamo in ga spodbudimo, da pove, kaj se je zgodilo ter mu nato poskušamo pomagati rešiti problem, če je le mogoče. (Lapanja, 2012). Proces deeskalacije poteka v štirih korakih, ko moramo čimprej oceniti situacijo, zmanjšati jezo, razjasniti težavo in pomagati rešiti težavo. Pri deeskalacijskih tehnikah komunikacije je zelo pomembna pravilna uporaba neverbalne komunikacije. Na slednji temelji tudi večji del elementov, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike komunikacije (Lapanja, 2012).

Elementi procesa deeskalacije po Cvitkovichu (2005) v Lapanja (2012, str. 35) so: »*Komunikacija*: Uporabimo terapevtsko komunikacijo, predvsem poslušamo, uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Vprašanja so kratka, jasna, odprtega tipa, osredotočena na vprašalnice kako, kaj ali kdaj. Beseda zakaj naj bi bila provokativna, še zlasti, če pacient za nastalo situacijo krivi vas ali vaše sodelavce.

Uporaba tišine, ki jo lahko uporabimo kot učinkovito komunikacijsko orodje, ko želimo pacientu in sebi dati čas za razmislek.

Ton našega glasu: Deeskalacijsko deluje pomirjajoč, tih, a odločen glas. Ne govorimo, ko pacient glasno vpije, uporabimo nižji ton glasu.

Razpoloženje: Delujemo mirno, a odločno, kontroliramo lastna čustva, zavedamo se lastnih zmožnosti in omejitev.

Izraz na obrazu: Izražamo razumevanje, spoštovanje in empatijo do pacienta.

Očesni kontakt: Potrebno je vzdrževati nevtralen očesni kontakt.

Lastni prostor: Pacient, ki je na meji agresivnega izbruha potrebuje do 4x več osebne prostora. Ne posegamo v njegov osebni prostor, držimo razdaljo 1,5-2 metrov ali vsaj za dolžino roke, ko se napetost zmanjšuje.

Sprememba prostora in položaja telesa: Pomembna je, da pacienta umaknemo od izvora konflikta vedenja (npr. drugi pacient), ponudimo mu pogovor v mirni sobi, ponudimo mu sedeči položaj.

Drža telesa: Izogibamo se obrambnim držam z izražanjem avtoritete, držimo se sproščeno, s spušenimi rokami, ki jih ne dajemo v žepe ali za hrbet, obenem ne izvajamo hitrih gibov.

Možnost umika: Pacientu, ki je nemiren in na meji nasilnega izbruha, nikoli ne kažimo hrbta in ne dovolimo, da nam lahko zapre pot do izhoda. Vedno je potrebno imeti odprto možnost umika iz nevarne situacije, na dosegu roke alarm in če je možno večje števila osebja, kadar se pričakuje, da tehnike deeskalacije ne bodo uspešne.«

4 Zaključek

Spoprijemanje, predvsem pa razumevanje nasilnega vedenja in zagotavljanje varne in kakovostne zdravstvene nege pacientov z duševno motnjo je velik izziv za zaposlene ter hkrati sestavni del psihiatrične zdravstvene nege. Ključnega pomena je sistematični pristop z uporabo hitrih ocenjevalnih lestvic nasilnega vedenja in deeskalacijskih tehnik komunikacije ter sprejetjem politike ustreznih preventivnih ukrepov, glede na stopnjo tveganja v posamezni organizaciji. Obenem je pomembno, da se zaposleni zavedajo dejavnikov tveganja, ki vplivajo na pojav nasilnega vedenja pri obravnavi pacientov z duševno motnjo. Raziskave dokazujejo, da je odnos zaposlenih do pacientov in razumevanje duševne motnje povezan z zmanjševanjem neželenih dogodkov z nasilnim vedenjem in vpliva na kulturo varnosti v organizaciji. Tako pri obravnavi pacientov z duševno motnjo izstopa dejstvo, da je za uspešnost zdravljenja ključnega pomena pacientova pozitivna izkušnja, ki vključuje dialog, spoštovanje, empatijo, skrb in zaupanje vseh, ki so vključeni v proces zdravljenja, s čimer se pojavnost nasilnih dogodkov zmanjša. Ob pojavu neželenega dogodka z nasilnim vedenjem se je potrebno pogovoriti z vsemi vključenimi, tudi pacientom, analizirati dejavnike tveganja, na katere bi lahko vplivali in sprejeti ukrepe za preprečevanje podobnih dogodkov v prihodnosti.

LITERATURA

1. Abderhalden, C. (2008). The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*, 193 (1), 91–103.
2. Anderson, K. K. in Jenson, C. E. (2018). Violence risk–assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*.
3. Bader, S., Evans, S. E. in Welsh, E. (2014). Aggression among psychiatric inpatients: the relationship between time, place, victims, and severity ratings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20 (3), 179–186.
4. Bowers, L. (2014). A model of de-escalation. *Mental Health Practice*, 17 (9), 36.
5. Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21 (6), 499–508.

6. Čuk, V. (2010). Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44 (3), 145–147.
7. Davison, S. E. (2005). The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11 (5), 362–370.
8. Díaz, J. L. (2010). The psychobiology of aggression and violence: bioethical implications. *International social science journal*, 61 (200–201), 233–245.
9. Gabrovec, B. (2014). Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov (Doktorska disertacija). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
10. Groleger, U. (2009). Agresivnost. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 288–294). Ljubljana: Rokus Klett.
11. Ingberg, J. in Hanses, J. (2017). Hur patienter med psykisk ohälsa upplever vårdpersonals bemötande inom psykiatrisk vård: En litteraturstudie.
12. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. in De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 10 (6), e0128536.
13. Kores Plesničar, B. (2010). Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. V J. Peterka Novak in B. Bregar (ur.), *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 27–30). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
14. Lapanja, A. (2010). Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega. Zdravstvena nega agresivnega pacienta (str. 18–26). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti.
15. Lapanja, A. (2012). Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. V Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.), *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi* (str. 33–38). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
16. Mrevlje, T. P. in Umek, P. (2011). Safety Issues in Psychiatric Settings. *Varstvoslovje: Journal of Criminal Justice & Security*, 13 (4), 431–433.
17. Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., ... in Lovell, K. (2017). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 74 (3), 614–625.
18. Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman Jr, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., ... in Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13 (1), 17.
19. Ruiz - Hernández, J. A., López - García, C., Llor - Esteban, B., Galián - Muñoz, I. in Benavente - Reche, A. P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International journal of clinical and health psychology*, 16 (3), 295–305.
20. 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), 1–8.
21. Vovko, E. in Rukavina, T. (2017). Nasilen bolnik in tehnike komunikacije. *Slovensko združenje za urgentno medicino*, 93.
22. Yoshizawa, K., Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Danjo, K., Furukori, H., Sato, Y., ... in Nakamura, K. (2016). Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan. *Archives of environmental & occupational health*, 71 (1), 10–15.

Zdravstvena pismenost adolescenata

UDK 614.2:373.5.014.22

KLJUČNE RIJEČI: adolescenti, medicinska sestra, zdravstvena pismenost

POVZETEK - Zdravstvena pismenost se definira kao osobna, kognitivna i društvena umijeća koja određuju sposobnost pojedinaca da dođu do, razumiju i koriste informacije kako bi unaprijedili i održavali zdravlje. Cilj je bio: utvrditi razinu zdravstvene pismenosti kod učenika završnih razreda srednje škole; utvrditi postoje li razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na školu koju pohađaju; utvrditi postoji li razlika u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na spol. Istraživanje zdravstvene pismenosti provedeno je u učenika završnih razreda srednjih škola. U istraživanju zdravstvene pismenosti korišten je validirani hrvatski prijevod anketnog upitnika SAHLSA-50. Svega 4 (2,1 %) ispitanika je zdravstveno nepismeno dok je visoku razinu zdravstvene pismenosti pokazalo 94 ispitanika (49 %). Razina zdravstvene pismenosti je veća kod učenika gimnazije i zdravstvenih usmjerenja u odnosu na učenike građevinske škole (Hi kvadrat = 31,428, $P = ,00$). Testiranjem razlika u zdravstvenoj pismenosti s obzirom na spol utvrđeno je da nema razlike između muškaraca i žena (Mann - Whitneyev test, $P = ,059$). Ispitanici pokazuju visoku razinu zdravstvene pismenosti. Uočena je razlika u razini zdravstvene pismenosti u različitim školama. Ujednačenost razine zdravstvene pismenosti moguće je postići kroz zdravstveni odgoj.

UDC 614.2:373.5.014.22

KEY WORDS: adolescent, health literacy, nurse

ABSTRACT - Health literacy is defined as personal, cognitive and social skills which determine individual's ability to reach, understand and use the information in order to improve and preserve health. The aim was to define the level of health literacy in high-school seniors and determine if there are any differences in the level of health literacy according to the school that they attend and if there is a difference in the level of health literacy according to gender. The health literacy research was conducted among high-school seniors. A valid Croatian translation of SAHLSA-50 questionnaire was used for the research. Out of the total number, only 4 examinees (2.1%) are illiterate when it comes to health literacy, whereas a high level of health literacy was demonstrated by 94 examinees (49%). The level of health literacy is higher in the students of gymnasium and medical orientations, compared to the students in the construction program (Hi square = 31.428, $P = .00$). In terms of differences in health literacy based on gender, it has been determined that there is no difference between male and female students (Mann - Whitney test, $P = .059$). Examinees show a high level of health literacy. A difference in the level of health literacy between different schools was perceived. A homogenous health literacy level could be achieved through additional lessons in health education.

1 Uvod

Pismenost, u užem smislu je definirana kao sposobnost čitanja i pisanja. Pojam pismenosti višeznačan je i mijenja se u skladu sa informacijskim formama koje nameće razina tehnološkog i civilizacijskog razvoja društva. Kako su se kanali obavijesti širili izvan tiskane riječi tako se i pojam pismenosti nije više ograničavao na sposobnost čitanja i pisanja. Sadržaje pismenosti sve više proširuju i raznovrsna područja struke i znanosti pa se govori o akademskoj pismenosti, zdravstvenoj pismenosti, informatičkoj, pravnoj pismenosti i slično (Hrvatska enciklopedija). Zdravstvena pismenost se definira kao stupanj u kojem pojedinac ima sposobnost doći do, razumjeti i koristiti osnovne zdravstvene informacije potrebne za donošenje odgovarajućih zdravstvenih odluka. Pojam zdravstvene pismenosti prvi put se pojavljuje sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća, i od velike je važnosti u zdravstvenoj zaštiti te se od početka

razvoja ovog koncepta zdravstvena pismenost smatra važnom bihevioralnom odrednicom zdravlja. Novija definicija zdravstvene pismenosti navodi da je zdravstvena pismenost povezana sa osnovnom pismošću i obuhvaća ljudsko znanje, motivaciju i kompetenciju pronaći, razumjeti, procijeniti i primijeniti zdravstvenu informaciju u svrhu donošenja odluka koje su povezane sa zdravstvenom zaštitom, prevencijom bolesti i promocijom zdravlja u svakodnevnom životu sa ciljem da se održi ali i unaprijedi kvaliteta života (McKenna idr., 2017).

Nutbeam je u svom članku iz 2000. godine (Nutbeam, 2000) definirao zdravstvenu pismenost kroz tri razine: funkcijsku, interaktivnu i kritičku. Na funkcijskoj razini zdravstvene pismenosti očekuje se da je pacijent u stanju razumjeti i slijediti jednostavne zdravstvene upute i korake. Na interaktivnoj razini zdravstvene pismenosti pacijent mora imati komunikacijske i socijalne vještine kojima će imati sposobnost kontrole nad svojim zdravljem i to u suradnji s profesionalcima. I treća kao najviša razina je kritička zdravstvena pismenost koja podrazumijeva da je pacijent sposoban kritički analizirati zdravstvene informacije, te pokazuje sposobnost za aktivno sudjelovanje u liječenju i rješavanju zdravstvenih problema. Osobe s nižom i neadekvatnom razinom zdravstvene pismenosti pridonose nepotrebним troškovima zdravstvenog sustava, češćim hospitalizacijama, nepotrebним pregledima i učestalijim posjetima hitnoj službi. Ove situacije dovode do nepotrebnog opterećenja zdravstvenih djelatnika i povećanja troškova u zdravstvenom sustavu (Baker, 2006). Niska zdravstvena pismenost, obilježena nesposobnošću pacijenata da razumije svoje zdravstveno stanje i način zdravstvene skrbi, je široko rasprostranjena i ponekad biva identificirana kao tiha epidemija (Ingram in Kautz, 2012).

Do sada objavljena istraživanja su uglavnom ispitivala procjenu zdravstvene pismenosti u zdravstvenim okruženjima i povezanost razine zdravstvene pismenosti sa zdravstvenim ishodima kod odraslih, dok se o zdravstvenoj pismenosti u adolescenata malo zna. (DeWalt idr., 2004). Na 3. Europskoj konferenciji o zdravstvenoj pismenosti 2015. koja je održana u Belgiji više je pažnje posvećeno zdravstvenoj pismenosti među djecom i adolescentima. Mlade odrasle osobe često gube podršku institucija i sigurnosnih programa prilagođenih adolescentima. Primjećuje se da mlade odrasle osobe ponekad nemaju sposobnosti povezivanja stečenih informacija sa zdravstveno pozitivnim ponašanjem, te im nedostaje sposobnost razumijevanja i korištenja informacija (Perry, 2014).

Pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama tijekom mlade odrasle dobi ostaje izazov, no sposobnost pronalaženja, razumijevanja i upotreba informacija vezanih uz zdravlje izuzetno je važna (Mulye idr., 2009).

2 Cilj

Ciljevi istraživanja su:

- utvrditi razinu zdravstvene pismenosti kod učenika završnih razreda srednje škole,
- utvrditi postoje li razlike u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na školu koju pohađaju,
- utvrditi postoji li razlika u razini zdravstvene pismenosti s obzirom na spol.

3 Ispitanici i metode

Istraživanje zdravstvene pismenosti provedeno je u učenika završnih razreda u Srednjoj školi Pakrac i Srednjoj školi Novska. Provedeno je presječno istraživanje u razdoblju siječanj - veljača 2018. godine. U istraživanju zdravstvene pismenosti korišten je validirani hrvatski prijevod anketnog upitnika SAHLISA-50.

4 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 192 učenika srednjih škola, od čega je 95 ispitanika zdravstvenog usmjerenja, dok su 97 ispitanika polaznici srednjih škola nezdravstvenog usmjerenja.

Tablica 1: Prikaz učenika prema usmjerenju

<i>Usmjerenje učenika</i>	<i>Broj</i>	<i>Postotak</i>
zdravstveno usmjerenje	95	49,5
nezdravstveno usmjerenje	97	50,5
ukupno	192	100

Najmanji broj točnih odgovora ostvaren je kod učenika građevinske škole (33 točna odgovora), dok je aritmetička sredina točnih odgovora u rasponu od 43,84 točna odgovora kod građevinskih tehničara do 47,73 koliko je iznosila kod učenika srednje medicinske škole.

Tablica 2: Prikaz točnih odgovora po razrednim odjelima

<i>Razredni odjeli</i>	<i>broj</i>	<i>Aritmetička sredina</i>	<i>Standardna devijacija</i>	<i>Standardna pogreška</i>	<i>95 % interval pouzdanosti za srednju vrijednost</i>		<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
					<i>Donja granica</i>	<i>Gornja granica</i>		
Gimnazija	52	47,2692	2,598	0,36028	46,5459	47,9925	42	50
Medicinska sestra/tehničar	72	47,7361	1,64439	0,19379	47,3497	48,1225	43	50
Fizioterapeutski tehničar	23	46,087	3,64209	0,75943	44,512	47,6619	32	49
Građevinski tehničar	45	43,8444	4,30093	0,64114	42,5523	45,1366	33	50
ukupno	192	46,5	3,31899	0,23953	46,0275	46,9725	32	50

Razina zdravstvene pismenosti je veća kod učenika gimnazije i zdravstvenih usmjerenja u odnosu na učenike građevinske škole (Hi kvadrat = 31,428, P = ,00)

Tablica 3: Prikaz odnosa točnih odgovora između razrednih odjela

Odjel	Odjel	Srednja razlika	Standardna pogreška	P*	95% Interval pouzdanosti	
					Donja granica	Gornja granica
Gimnazija	Medicinska sestra/tehničar	-0,46688	0,40909	0,665	-1,5403	0,6065
	Fizioterapeutski tehničar	1,18227	0,84055	0,505	-1,0939	3,4585
	Građevinski tehničar	3,42479*	0,73544	0	1,4893	5,3602
Medicinska sestra/tehničar	Gimnazija	0,46688	0,40909	0,665	-0,6065	1,5403
	Fizioterapeutski tehničar	1,64915	0,78376	0,179	-0,5071	3,8055
	Građevinski tehničar	3,89167*	0,66979	0	2,1141	5,6692
Fizioterapeutski tehničar	Gimnazija	-1,18227	0,84055	0,505	-3,4585	1,0939
	Medicinska sestra/tehničar	-1,64915	0,78376	0,179	-3,8055	0,5071
	Građevinski tehničar	2,24251	0,99388	0,122	-0,3962	4,8813
Građevinski tehničar	Gimnazija	-3,42479*	0,73544	0	-5,3602	-1,4893
	Medicinska sestra/tehničar	-3,89167*	0,66979	0	-5,6692	-2,1141
	Fizioterapeutski tehničar	-2,24251	0,99388	0,122	-4,8813	0,3962

Testiranjem razlika u zdravstvenoj pismenosti s obzirom na spol utvrđeno je da nema razlike između muškaraca i žena (Mann-Whitneyev test, $P = ,059$)

Tablica 4: Prikaz rezultata zdravstvene pismenosti po spolu

spol		broj	Mean Rank	Sum of Ranks
Ukupni rezultat	ženski	114	102,71	11708,50
	muški	78	87,43	6819,50
	ukupno	192		
			<i>Ukupni rezultat</i>	
Mann-Whitney U				3738,500
Wilcoxon W				6819,500
Z				-1,89
P				,059

*Fisherov egzakti test

5 Rasprava

Od ukupnog broja ispitanika svega 4 (2,1 %) ispitanika je zdravstveno nepismeno dok je visoku razinu zdravstvene pismenosti pokazalo 94 ispitanika (49 %). Studije u

drugim europskim zemljama pokazuju da je 10,3 % sudionika imalo neodgovarajuću zdravstvenu pismenost, 21,3 % imalo je izvrsnu zdravstvenu pismenost (HLS-EU Consortium, 2012).

Iako je naša studija je pokazala različitu distribuciju zdravstvene pismenosti važno je razmotriti dob ispitanika.

Kao što je vidljivo u tablici 3. testiranjem razlika u zdravstvenoj pismenosti između različitih škola utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika. Iz ovoga proizlazi da je potrebno uložiti dodatne napore kako bi se ujednačila razina zdravstvene pismenosti u adolescenata kroz dodatne sate zdravstvenog odgoja u osnovnim i srednjim školama.

Za razliku od istraživanja (Van Der Heide idr., 2013.) u kojem su žene imale višu razinu zdravstvene pismenosti u našem istraživanju nema razlike u razini zdravstvene pismenosti između muškaraca i žena (Mann - Whitneyev test, $P = ,059$).

Razina zdravstvene pismenosti treba biti vrednovana u svakoj fazi zdravstvenog sustava i potrebno je poduzeti potrebne korake. Na ostvarenju ovog zadatka potreban je interdisciplinarni pristup. Važnu ulogu imaju uz zdravstveni sustav, mediji, te je potrebno prilagoditi komunikaciju kako s korisnikom zdravstvene usluge tako i sa članovima njihovih obitelji, te osigurati potrebnu edukaciju. (Dennis idr., 2012; Mitchell idr., 2012; Taggart idr., 2012). Ukoliko se dodatni naponi za podizanjem zdravstvene pismenosti budu usmjeravali samo na zdravstveni sustav upitno je postizanje cilja. Stoga je potrebno uključiti navedena područja i odrediti razvojne strategije, te na taj način unaprijediti zdravlje cjelokupne zajednice.

Edukacija bi trebala biti kontinuirana tijekom različitih životnih ciklusa, prilagođena ciljanoj skupini, višeperspektivna kako sadržajno tako i metodološki. Svoje mjesto u podizanju razne zdravstvene pismenosti svakako mogu i trebaju zauzeti visokoobrazovane medicinske sestre koje posjeduju znanje i kompetencije za ostvarivanje ovog važnog cilja za širu zajednicu.

Pretpostavka je da će viša razina zdravstvene pismenosti u ranijoj životnoj dobi rezultirati boljom sposobnošću razumijevanja zdravstvenih informacija i poboljšanju interakcije sa zdravstvenim djelatnicima, te će u konačnici doprinijeti pozitivnim zdravstvenim ishodima kasnije u životu.

Rana intervencija i prevencija ključni su iz perspektive javnog zdravstva.

Ako postizanje više razine zdravstvene pismenosti treba biti cilj, potrebno je ponovno otkriti važnost zdravstvenog obrazovanja, zajedno sa značajnim proširenjem sadržaja i metoda koje se koriste. To predstavlja pravi izazov za suvremeni zdravstveni odgoj i prilagođene programe koji neće biti fokusirani samo na postizanje funkcionalne zdravstvene pismenosti (St Leger i Nutbeam, 2000).

Poboljšana zdravstvena pismenost može osnažiti ljude i poboljšati zdravstveno znanje te poticati pozitivne promjene i životne stilove, što će rezultirati učinkovitim upravljanjem dugoročnih zdravstvenih uvjetima s manje intervencija i smanjiti potrebu za zdravstvenim i socijalnim uslugama.

Istraživanje ima ograničenja kao što je nepostojanje alata za ispitivanje zdravstvene pismenosti prilagođeno adolescentnoj dobi. Kao što i Lai i suradnici (Lai idr., 2015) zaključuju i mi smatramo da bi bilo poželjno u sljedećim istraživanjima ispitati povezanost zdravstvene pismenosti sa zdravstvenim ponašanjem.

LITERATURA

1. Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.*, 21 (8), 878–883.
2. Dennis, S., Williams, A., Taggart, J., Newall, A., DenneyWilson, E., Zwar, N. idr. (2012). Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Family Practice*, 13, 44.
3. DeWalt, D. A. idr. (2004). Literacy and Health Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12), 1228–1239.
4. HLS-EU Consortium, “Comparative report of health literacy in eight EU member states, Pridobljeno, s <http://www.healthliteracy.eu>.
5. Hrvatska enciklopedija. Leksikografski Zavod Miroslav Krleža. Pismenost. Pridobljeno 30. 5. 2018, s na <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=48456>.
6. Ingram, R. in Kautz, D. D. (2012). When the patient and family just do not get it: overcoming low HealthLiteracy in critical care. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31 (1), 25–30.
7. Lai, A., Goto, A. in Rudd, R. (2015). Advancing health literacy from a system perspective: health literacy training for healthcare professionals. *Euro Health Psychol.* 17, 281–285.
8. Leger, St. in Nutbeam, D. (2000). Finding common ground between health and education agencies to improve school health: mapping goals, objectives, strategies, and inputs. *Journal of School Health*, 70 (2), 45–50.
9. McKenna, V. B. idr. (2017). The relevance of context in understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study. *Health Expect*, 20 (5), 1049–1060.
10. Mitchell, S. E., Sadikova, E., Jack, B. W., Michael, K. in Paasche, O. (2012). Health literacy and 30-day postdischarge hospital utilization. *International Perspectives Journal of Health Communication*, 17, 325–338.
11. Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin, Jr C. E. in Brindis. C. D. (2009). Trends in Adolescent and Young Adult Health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 4 (1), 8–24.
12. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot In.*, 15, 259–267.
13. Perry, E. L. (2014). Health literacy in adolescents. An integrative review. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 19 (3), 210–218.
14. Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N. idr. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice*, 13, 49.
15. Van Der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sorensen, K. in Uiter, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: A cross sectional survey. *BMC Public Health*. 13 (1), 179.

Pomen organizacije regijskih preverjanj usposobljenosti ekip prve pomoči

UDK 614.885:005.336.5

KLJUČNE BESEDE: ekipe prve pomoči, laična prva pomoč, regijska preverjanja

POVZETEK - Rdeči križ Slovenije, pod okriljem Uprave za zaščito in reševanje Republike Slovenije in lokalnih skupnosti, vsako leto pripravi regijska preverjanja usposobljenosti laičnih ekip prve pomoči. Za potrebe preverjanja so pripravljena različna delovna mesta z realističnimi scenariji. Imitatorji na delovnih mestih prikazujejo poškodbe ali nenadna obolenja. Tako je osnovni namen preverjanj ugotoviti raven usposobljenosti ekip prve pomoči za primere delovanja ob naravnih in drugih nesrečah. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Namen ocenjevalnih pol je bila kvantitativna ocena dela ekip prve pomoči. V programsko orodje Excel smo vnesli seštevke točk posameznih oskrb poškodb, obolenj in scenarijev delovnih mest, ki so vezane na izvajanje aktivnosti prve pomoči. Statistična analiza je pokazala, da so člani ekip prve pomoči v večini primerov zadovoljni z organizacijo in izvedbo preverjanja. Podrobnejša analiza pa je prikazala njihovo uspešnost pri izvedbi aktivnosti prve pomoči na začetku in ob zaključku preverjanja. Bistveno manj so bili uspešni pri oskrbi poškodb in nenadnih obolenj. V nadaljevanju smo ugotovili, da si člani ekip prve pomoči in ocenjevalci, želijo enotna in natančnejša navodila za ustrezno nudenje prve pomoči poškodovanih in nenadoma obolelih oseb.

UDC 614.885:005.336.5

KEY WORDS: regional testing, first aid teams, nonprofessional first aid

ABSTRACT - The Slovenian Red Cross organises annual regional testing of nonprofessional first aid teams with the help of the Administration of the RS for Defense and Rescue and local communities. For this purpose, sites with a number of different scenarios are prepared with persons acting as victims and simulating injuries and/ or diseases. The primary objective of this testing is to find out the preparedness of first aid groups for responding in case of accidents in various circumstances. Grading sheets, used for assessing the success of each of the seven group's work, were used as the main research tool. The test results, relating to actions at the test sites, were then entered in Microsoft Excel. The preliminary analysis shows that, for the most part, team members are pleased with the organisation and execution of the testing. A more in-depth analysis shows that the groups were highly successful in performing the actions at the start and end of the testing, but were significantly less successful in the actual treatment of the injuries. In analysing our findings, we discovered that team members and assessors alike want more unified and exact first aid instructions for the injured and ill.

1 Teoretična izhodišča

Ob pojavu naravnih in drugih večjih nesreč, so ogrožena življenja in zdravje številnih ljudi na prizadetih območjih. Takšne situacije lahko v zelo kratkem času povzročijo kolaps delovanja rednih zdravstvenih služb in posledičnega pomanjkanja zdravstvenih delavcev za potrebe pomoči na terenu. Zato je izjemnega pomena skrb po zagotavljanju in vzpostavitvi sistema za nudenje prve pomoči in v nadaljevanju nujne medicinske pomoči poškodovanim ter nenadoma obolelim osebam. Pri zagotavljanju nemotene prve pomoči, je vključevanje ekip prve pomoči, katera kontinuirano preverjajo svoja znanja in veščine, izjemnega pomena. Ob pojavu večjih nesreč se lahko te ekipe aktivirajo in se vključijo v reševanje poleg ostalih profesionalnih struktur.

Temeljni pravni predpis, kot podlaga za organizacijo delovanja ekip prve pomoči (v nadaljevanju ekip PP), je Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007). Ta predpis določa, da ekipe PP organizira Rdeči križ Slovenije (v nadaljevanju RKS). Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje (v nadaljevanju URSZR), v dogovoru z RKS in občinami ter nevladnimi organizacijami, stalno vzpostavlja do 200 ekip PP, ki so uravnoteženo razporejene na celotnem območju Slovenije. Varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami urejajo določila Zakona o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (2006). Slednji določa, da RKS zbira, obvešča in evidentira podatke o prizadetih v primeru naravnih in drugih nesreč, oziroma izrednih ali vojnih stanj. Ravno tako RKS izvaja javna pooblastila na področju varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, organizira in izvaja usposabljanja iz prve pomoči (v nadaljevanju PP) ter izvaja še ostala javna pooblastila, katera niso predmet razprave v predstavljenem prispevku.

Pristojnosti, organizacijo in vsebino posameznih programov ter izvajanje javnih pooblastil, določa v 9. člen Zakona o Rdečem križu Slovenije (1993). V zakonu so zapisane naloge, ki jih Rdeči križ Slovenije izvaja:

- obveščanje, evidentiranje in poizvedovanje o žrtvah oboroženih spopadov in prizadetih v naravnih in drugih nesrečah;
- skladno z ženevskimi konvencijami organizira usposabljanje osebja za opravljane nalog;
- organizira tečaje prve pomoči s preverjanjem znanja;
- usposablja ekipe PP;
- organizira krvodajalske akcije in motivira državljane, da se odločijo za darovanje krvi;
- ob naravnih nesrečah in ostalih večjih nesrečah in oboroženih spopadih, izvaja ukrepe zdravstvenega varstva prebivalcev;
- skrbi za nastanitev evakuiranih in drugih ogroženih prebivalcev ter izvaja ukrepe za zagotavljanje preskrbe prebivalcev v omenjenih primerih.

V letnem programu RKS (2012), je navedeno, da bo ostala prioritarna naloga uvedba PP v osnovne in srednje šole. Na podlagi sprejete odločitve Glavnega odbora Rdečega križa Slovenije (v nadaljevanju GO RKS), so bili postavljeni kriteriji za ustanavljanje ekip PP, ki so skladni z določili Uredbe o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007). Tako naj bi Rdeči križ Slovenije – Območna združenja (v nadaljevanju RKS – OZ), v sodelovanju z lokalno samoupravo, ustanavljala ekipe prve pomoči, na podlagi kriterija, ki določa najmanj ene ekipe PP na 5.000 do 10.000 prebivalcev. Sama organiziranost ekip PP je določena skladno s Pravilnikom o kadrovskih in materialnih formacijah enot, služb in organov Civilne zaščite (2008) ter s sklepom GO RKS in Stokovnega centra za PP pri RKS. Osnovni del enote je ekipa PP. Dve do tri ekipe PP se povezujejo v oddelek, iz dveh oddelkov se formira vod, katerega sestavlja tudi ekipa za prevoz. V primeru ustreznega števila ekip PP, v okolju, se na nivojih RKS – OZ, glede na potrebe iz okolja, formirajo oddelki in vodi. Ekipo PP sestavlja 6 članov, kjer je eden izmed članov, v vlogi vodje. Vsi člani

ekipe PP so dolžni opraviti predpisan program izobraževanja PP z nazivom Tečaj prve pomoči za bolničarje/ prostovoljce, ki ga je izdelal Strokovni center za PP pri RKS.

Tabela 1: Program izobraževanja in usposabljanja iz PP

Zap št.	P	V	Vsebina
1	½		Organizacijski sestanek
2	1		prva pomoč – uvod
3	3		Ustroj in delovanje človeškega telesa -osnovna zgradba in delovanje: koža, kosti in sklepi, mišice in kite, živčevje, krvni obtok, dihalna, prebavila, izločila
4	1	1	Osnovne življenjske funkcije -zavest, dihanje, delovanje srca, barva kože, izraz obraza, telesna temperatura in drugi pojavi (bruhanje, ...)
5	½		Najpogostejše nesreče, njihovo preprečevanje in PP
6	1	2	Načrt nujnega ukrepanja - VODDO
7	1	5	TPO dojenčka, otroka in odraslega
8	1	2	Krvavitve
9	½		Šok
10	1	1	Zastrupitve
11	1	4	Rane
12	1	1	Opeklinke poškodbe
13	½	1	Poškodbe zaradi mraza
14	1	5	Poškodbe kosti in sklepov
15	1	½	Poškodbe glave
16	½	2	Poškodbe hrbtenice in hrbtenjače
17	½	1	Poškodbe prsnega koša
18	½	½	Poškodbe trebuha
19	½	½	Poškodbe medeničnega obroča
20	3		Nenadna nagla obolenja in PP
21	½	½	Obravnava psihotraumatisiranega poškodovanca
22	½	2	Triaža
23	1		Prva pomoč pri množičnih naravnih in drugih nesrečah
24	½	3	Prenos in transport poškodovanih in nenadoma zbolelih
25	1	1	Prva pomoč pri poškodbah z jedrskim, kemičnim in biološkim orožjem
26	2		PP pri množičnih naravnih, tehnoloških in drugih nesrečah
27	1		Higiena zunaj naseljenega kraja
28	1		Temeljna načela mednarodnega humanitarnega prava
29		4	Strokovni ogled po izbiri
30		5	Zaključna izpitna vaja

Legenda:

P-Število ur predavanj

V-Število ur praktičnih vaj

Vir: Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007).

Program izobraževanja obsega sedemdeset pedagoških ur, ob zaključku katerega je predviden teoretičen in praktičen preizkus znanja in veščin iz PP. Izvajalci usposa-

bljanj ekip PP so zdravniki specialisti, zdravniki, magistri in magistricе zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, tehniki zdravstvene nege, srednji zdravstveniki, in ostali, ki imajo pridobljeno licenco predavatelja PP s strani Strokovnega centra za PP pri RKS. V izobraževalne namene se uporablja literatura, ki jo je izdal Strokovni center za PP pri RKS. Programi izobraževanj in usposabljanj PP (tabela št. 1) so pripravljene tako, da člani ekip PP pridobijo kakovostno osnovno in dopolnilno znanje iz PP v skladu z veljavnimi strokovnimi smernicami in za ohranjanje trajnejše usposobljenosti z namenom nudenja PP v realnih situacijah. Znotraj ekip PP se vzpodbuja timski pristop k reševanju situacij, prav tako se krepi pripadnost ekipi in poznavanju poslanstva Rdečega križa. Regijska in državna preverjanja, ki se vsako leto organizirajo, so namenjena preverjanju usposobljenosti ekip PP. Sama preverjanja so pripravljena v obliki realistično pripravljenih simulacij nesreč, z namenom praktičnega preverjanja usposobljenosti ekip PP.

2 Metode

Za namen raziskave smo podatke za analizo pridobili iz rezultatov ocenjevalnih pol na regijskem preverjanju, ki smo jih uporabili kot raziskovalni inštrument. Ocenjevalna pola se sestoji naslednjih tematskih sklopov: skrb za varnost, oskrba poškodovanega, oziroma nenadoma obolelega, komunikacija in končna oskrba ponesrečenih/obolelih. V ocenjevalne pole vpisujejo podatke le licencirani ocenjevalci s strani RKS. Zapisani rezultati so odraz ukrepov članov ekip PP, ki so na preverjanju nudili PP poškodovanim in nenadoma obolelim. V raziskovalni vzorec je bilo zajeto sedem ekip PP, kar je skupaj dvainštirideset oseb, starih med 18 in 55 let, ki so svoja znanja in veščine iz PP preverjali na Regijskem preverjanju usposobljenosti ekip PP, Civilne zaščite in Rdečega križa. Preverjanje je potekalo na Črni na Koroškem, v maju 2018. Ekipe PP, sodelujoče na preverjanju, delujejo na področju Koroške regije.

Pred pričetkom preverjanja, so organizatorji, s strani Strokovnega centra za PP pri RKS, prejeli šestnajst različnih ocenjevalnih pol, na podlagi katerih je strokovni vodja preverjanja izdelal scenarije simulacij naravnih in drugih nesreč. S pomočjo maskerjev RKS so pripravili simulirane prikaze poškodb in nenadnih obolenj na različnih delovnih točkah. Podatki iz ocenjevalnih pol so se v zbirnem centru sinhrono vnašali v za to pripravljene računalniški program.

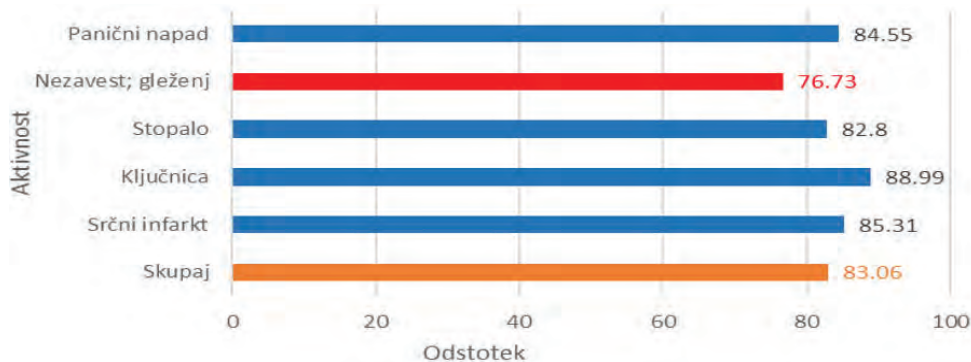
3 Rezultati

V tem poglavju bomo predstavili izstopajoče ugotovitve ocenjevalcev na štirih opazovanih deloviščih. Pri podrobni analizi vseh rezultatov na osnovi ocenjevalnih pol smo ugotovili, da so ekipe PP dosegale boljše rezultate pri nujenju PP na začetku in zaključku preverjanja na posameznih deloviščih. V nadaljevanju vam bomo predstavili ugotovitve po posameznih deloviščih.

Na delovišču številka 1. je bila pripravljena simulacija napada kriminalne združbe, ki je zajela krajane kot talce. Pri storitvi kaznivega dejanja so se pojavile poškodbe in nenadna bolezenska stanja kot so: panični napad, nezavest, poškodba gležnja, poškodba stopala, poškodba ključnice in miokardni infarkt.

Pri nudenju PP so ekipe PP v povprečju na tem delovišču dobro oskrbele poškodbe (83,06 %). Večji izziv jim je predstavljala oskrba nezavestne osebe v povezavi s poškodbo gležnja, kjer so bili doseženi rezultati oskrbe nižji (76,73 %) od pričakovanih, ki jih narekujejo strokovne smernice. Rezultati so prikazani v grafu št.1.

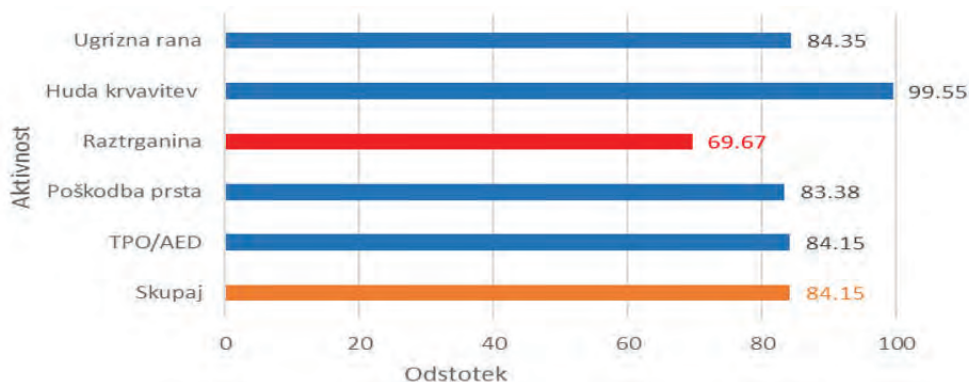
Graf 1: Ugotovitve ocenjevalcev glede poškodovanih in obolelih na delovnem mestu št. 1



Vir: Rdeči križ Slovenije, 2018.

Na delovišču št. 2 je bila pripravljena simulacija ob naravni nesreči, to je ob potresu. Potres naj bi se pripetil ravno med izvedbo mirnodobne gasilske vaje šolarjev v lokalnem Gasilskem domu. V nesreči je bila udeležena skupina osnovnošolcev, ki so v času navideznega potresa vadili. Za čim bolj realen prikaz posledic potresa so, imitatorji in maskerji RKS, pripravili navidezne poškodbe in nenadna bolezenska stanja: ugrizna, hudo krvavitev, raztrganina, poškodba prsta in zastoj srca.

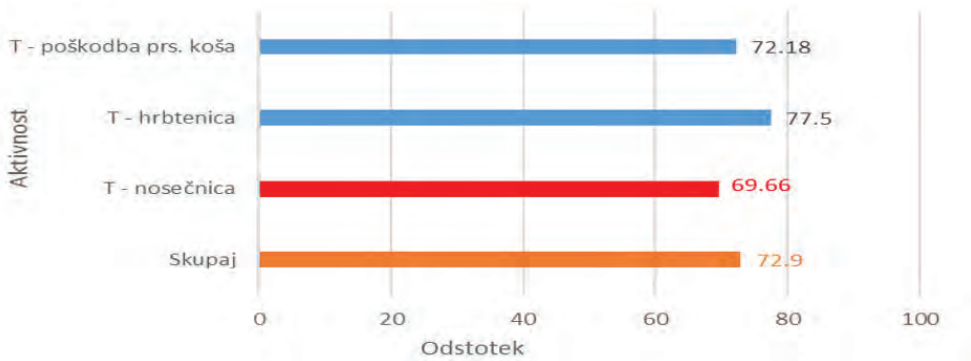
Graf 2: Ugotovitve ocenjevalcev glede poškodovanih in obolelih na delovnem mestu št. 2.



Vir: Rdeči križ Slovenije, 2018.

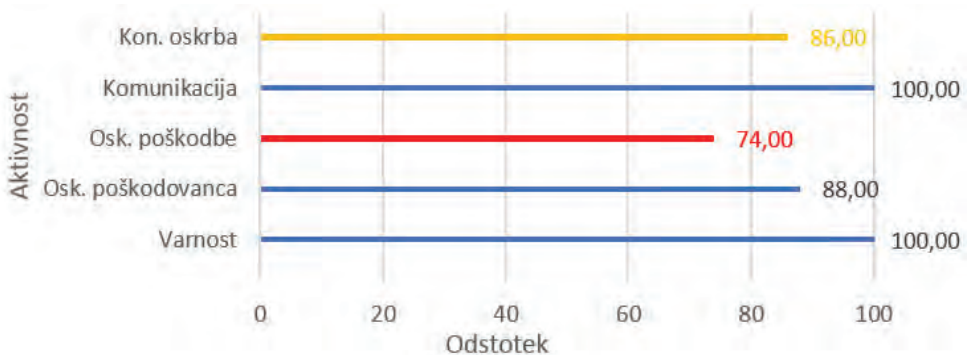
Ekipe PP so, v primerjavi z deloviščem št.1, prikazale višji nivo povprečnega znanja in veščin iz PP (84,15 %). V primerjavi s prejšnjim deloviščem, kjer je ekipam PP večji izziv predstavljala oskrba nezavestne osebe s poškodbo gležnja, lahko sklepamo, da je bilo nudenje PP pri raztrganini (69,67 %) na tem delovišču, za člane PP pomoči še zahtevnejše (graf št. 2). Najboljše rezultate so dosegali (99,55 %) pri oskrbi hude krvavitve. Na delovišču številka 3. je bil pripravljen scenarij usmerjen v prikaz nudenja PP in transporta oseb, ki so bile navidezno udeležene v delovni nesreči. Simulacija nesreče je bila osredotočena na nevarno območje delovanja udara električnega toka. Imitatorji in maskerji RKS so pripravili naslednje navidezne poškodbe in nenadna bolezenska stanja: poškodbo prsnega koša, poškodbo hrbtenice in oskrbo nosečnice. Pri analizi rezultatov, pridobljenih iz ocenjevalnih pol, smo ugotovili, da sta bila delovišča in scenarij tudi na tem delovišču zahtevna za ekipe PP. Povprečna vrednost uspešnosti nudenja prve pomoči je bila 72,9 %. Manjše odstopanje je bilo zaznati med najvišje (77,5 %) in najnižje (69,66 %) doseženim rezultatom uspešnosti oskrbe po posameznih poškodbah in zdravstvenemu stanju (graf št. 3).

Graf 3: Ugotovitve ocenjevalcev glede transporta poškodovanih delovnem mestu št. 3.



Vir: Rdeči križ Slovenije, 2018.

Graf 4: Ugotovitve ocenjevalcev pri oskrbi zloma stegenice na delovnem mestu št. 4.



Vir: Rdeči križ Slovenije, 2018.

Zadnje opazovano delovišče je bilo številka 4. Na tem delovišču je bila pripravljena simulacija delovne nesreče v rudniku. V scenariju je bilo, da pri izvajanju delovnega procesa v globini rudnika pride do nenadne eksplozije. Zaradi nevarnosti podora so rudarji ponesrečene evakuirali do vhoda, kjer pa so jih že pričakale ekipe PP. Na podlagi pregleda rezultatov ocenjevalnih pol, smo ugotovili, da so v 12,96 % pri oskrbi poškodb ukrepali neustrezno. Pri izvedbi podrobne analize po posameznih oskrbah, je največji odstotek neustrezne oskrbe pripadal oskrbi zaprtega zloma stegenice (26,0 %), kar je razvidno iz priloženega grafa št. 4.

4 Razprava in zaključek

Namen sodelovanja ekip PP na regijskih preverjanjih usposobljenosti, je preverjanje znanja in veščin prve pomoči ter priprava za sodelovanje v sistemu zaščite in reševanja, če bi kdaj prišlo do naravnih in drugih nesreč. Na podlagi analize pridobljenih rezultatov iz ocenjevalnih pol ugotavljamo, da ekipe PP varno pristopajo k poškodovanim, oziroma nenadoma obolelim osebam in ob tem poskrbijo tako za lastno kot tudi za varnost oskrbovanih. Komunikacija med člani ekip PP in oskrbovanimi je potekala skladno z našimi pričakovanji, saj moteči vplivi iz okolja ekipam niso predstavljali posebnih ovir. Ocenjevalne pole so sestavljene po določenih zaporedjih, ki zajemajo ocenjevanje vstopa na delovno mesto in končno oskrbo poškodovanih in nenadoma obolelih oseb, kar vključuje tudi drugo poročanje znotraj 10 minut, tj. znotraj časa določenega za izvedbo preverjanja na posameznem delovnem mestu. Ugotovili smo, da so ekipe PP pridobile najboljše rezultate ob vstopanju na delovišča in ob zaključku same oskrbe. Kot razlog opredeljujemo dejstvo, da se na vseh ocenjevalnih polah ciklično ponavljajo ukrepi ob vstopanju in zaključku oskrbe na deloviščih. V priročniku Prva pomoč (2015) je opisano, da je ob oskrbi nujnih stanj že na začetku pomembno, kako bomo pristopili prizadetemu. Po kratici VODDO (varnost, odzivnost, dihalna pot, dihanje in krvni obtok), si lahko bistveno pomagamo in pristopimo k nudenju najprimernejše oblike pomoči.

Avtorja Howard in Hughton (2012) trdita, da je nudenje PP začetna laična oskrba poškodbe ali bolezni in obsega številne improvizacijske tehnike, ki lahko bistveno pripomorejo k ohranjanju življenja in preprečijo poslabšanje zdravstvenega stanja ter ublažijo nelagodje in bolečino. V evropskih smernicah za oživljanje je navedeno, da je bolje nekaj narediti kot pa popolnoma opustiti oskrbo, zatorej nas strah pred nudenjem pomoči ne sme onemogočiti, da bi ustrezno pomagali pomoči potrebnim (Smernice za oživljanje, 2015). Ahčan (2007) pojasnjuje, da je oskrba in zdravljenje bolnikov v domeni zdravnikov. Pri nudenju PP pa je dopusten odklon, da lahko, zaradi izjemne stopnje nujnosti ali okoliščin, prične z oskrbo poškodovanca ali obolelega tudi laik vse do prihoda strokovne pomoči.

Številni udeleženci regijskega preverjanja so izrazili željo, da bi v prihodnje Strokovni center za PP pri RKS, pripravil enostavna, enotna in natančna navodila za oskrbo poškodb in nenadnih obolenj, kar pomeni za Strokovni center izziv za prihodnost v smeri

izboljšanja kakovosti in zadovoljstva udeležencev in ocenjevalcev. Nenazadnje so vsi člani ekip PP prostovoljci, ki svoj prosti čas namenjajo plemenitim ciljem Rdečega križa, tj. pomagati vsem, ki so pomoči potrebni v težkih življenjskih situacijah.

V zadnjem obdobju ocenjevalci zaznavajo, kot moteči element, pretirano tekmovalnost z željo ekip PP, da postanejo najboljše, kar pa se izkazuje v hitenju ob oskrbi in upadu koncentracije ob oskrbi. Posledično se to kaže v nedoslednosti pri ukrepih PP z nepotrebno izgubo ocenjevalnih točk. Biti najboljši je želja večina ekip PP, saj želijo sodelovati na državnem preverjanju usposobljenosti ekip PP. Splošna ocena RKS je, da se z leti dviguje kakovost in nivo znanja ekip PP. Povečana stopnja tekmovalnosti in znanj, pa predstavlja velik izziv tako za organizatorje preverjanj kot za ocenjevalce. Kontinuirana regijska preverjanja usposobljenosti ekip PP so dober način, da ekipe utrdijo svoja znanja in veščine in so tako boljše pripravljene za delovanje v realnih razmerah, ko lahko pride do večjih nesreč ali naravnih katastrof.

LITERATURA

1. Ahčan, U. (2007). Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
2. Gradišek, P., Grošelj Grenc, M. in Strdin Košir, A. (ur.). (2015). Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta. Slovenska izdaja. El. knjiga-Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino. Pridobljeno 1. 10. 2018, s http://www.szum.si/media/uploads/files/ERC_2015_slo-1.pdf.
3. Howard, R. in Houghton, C. (2012). Improving parental first - aid practices. *Emerg Nurse* 20 (3), 14–19.
4. Krevel, B. (ur.). (2015). Prva pomoč. Prva izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga.
5. Letni program dela Rdečega križa Slovenije zveze združenj s finančnim načrtom za leto 2012. Pridobljeno 1. 10. 2018, s http://www.mo.gov.si/fileadmin/mo.gov.si/pageuploads/pdf/ministrstvo/prog_RKS_2012.pdf.
6. Pravilnik o kadrovskih in materialnih formacijah enot, služb in organov Civilne zaščite (2008). Uradni list RS, št. 104/08 (3. 11. 2008). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV8705>.
7. Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007). Uradni list RS, št. 92/07, 54/09, 23/11 in 27/16 (10. 10. 2007). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED3994>.
8. Zakon o Rdečem križu Slovenije (1993). Uradni list RS, št. 7/93 in 79/10 (4. 2. 1993). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/65298>.
9. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (2006). Uradni list RS, št. 51/06 – uradno prečiščeno besedilo, 97/10 in 21/18 – ZNOrg (17. 3. 2006). Pridobljeno 1. 10. 2018, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2006-01-1129/zakon-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-varstvu-pred-naravnimi-in-drugimi-nesrečami-zvndn-a>.

Analiza okoljskih dejavnikov tveganja v vrtcu

UDK 373.24+504.6

KLJUČNE BESEDE: okolje, škodljivi dejavniki, vrtci, vzgojitelji, predšolski otroci, hrup

POVZETEK - Okolje, vključno z delovnim okoljem, pomembno vpliva na razvoj večine bolezni, ki nas prizadenejo, in predstavlja pomemben dejavnik tveganja za naše zdravje. Eno izmed delovnih okolij je tudi vrtec, v katerem sta zaposlena vzgojitelj predšolskih otrok in pomočnik vzgojitelja predšolskih otrok, ki medsebojno sodelujeta. V vrtcu je lahko zaposlen tudi spremljevalec dolgotrajno bolnega otroka, ki se po 10. členu Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami lahko dodeli dolgotrajno bolnim otrokom za nudenje fizične pomoči. Eden najbolj izstopajočih okoljskih dejavnikov tveganja v vrtcu je hrup, ki ga lahko obravnavamo z več vidikov, saj vpliva na zdravje, počutje in delovanje vseh, ki dnevno bivajo v vrtcu, na odnose med njimi in tudi na delovni proces. V prispevku bomo predstavili analizo dejavnikov tveganja na delovnem mestu v vrtcu. Opazovali smo delo v vseh treh poklicih, ocenili intenziteto vpliva dejavnikov tveganja ter izpostavili dejavnike, ki so najbolj prisotni na delu v igralnici. Ugotovili smo, kateri so najbolj vplivni dejavniki tveganja, in sicer fizikalni dejavnik tveganja – hrup je eden največjih dejavnikov tveganja na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok in tudi spremljevalca zato smo predlagali nekaj ukrepov za spremembe kot npr. razne sprostitvene igre in vgradnjo absorpcijskih materialov. Prav tako smo kot možno posledico izpostavljenosti hrupu - stres, prepoznali kot dejavnik tveganja in predlagali tudi za zmanjšanje stresa nekaj rešitev, kot so različne tehnike sproščanja, sproščujoče igre z otroci, telesne dejavnosti, sproščujoči sprehodi v gozdu itd.

UDC 373.24+504.6

KEY WORDS: harmful environmental factors, kindergarten, kindergarten teacher, noise

ABSTRACT - Environmental factors have a significant impact on the development of most diseases that affect us. The environment, including the working environment, represents an important risk factor for both health and diseases. One of the working environments is also the kindergarten, where both the kindergarten teacher and their assistant work and cooperate with each other. As they also handle food, they need regular annual medical examinations and are supposed to be emotionally and psychologically healthy. A companion of the child with long-term illness can also be employed in the kindergarten, who, according to Article 10 of the Act on the Guidance of Children with Special Needs, can be assigned to the child with long-term illness in order to provide physical assistance. One of the most pronounced environmental risk factors in the kindergarten is noise, which can be dealt with in several ways. Noise affects both health and well-being as well as the activity of all those who stay in the kindergarten every day, relationships between them and the work process itself. The article presents an analysis of risk factors in the kindergarten workplace. We observed the work of all three professionals at the workplace, evaluated the intensity of the impact of risk factors and highlighted the factors that are most present in the children's playground. We have identified which risk factors have the highest impact intensity and have proposed certain modification measures.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Kratka opredelitev okoljskih dejavnikov tveganja

»Okoljska medicina je veja medicine, ki jo ponekod (tudi pri nas) poznamo pod imenom higiena. Je veda, ki proučuje vplive naravnega okolja (kemičnih, fizikalnih, biomehanskih in bioloških dejavnikov iz okolja) na zdravje prebivalstva. Polje delovanja

okoljske medicine je multidisciplinarno in združuje znanja medicine, ekologije, kemije, fizike in drugih« (Eržen idr., 2010, str. 5).

»V okviru proučevanja vpliva okolja na zdravje obravnavamo predvsem naslednje dejavnike okolja (Eržen idr., 2010, str. 6–7):

- biološke agense, njihove prenašalce in rezervoarje,
- fizikalne in kemične agense v okolju, ki so neodvisni od človekovih aktivnosti in lahko poslabšajo zdravje, bodisi zaradi njihove prisotnosti (na primer radio vplivi UV žarki) ali zaradi njihovega pomanjkanja (jod, selen),
- škodljive fizikalne in kemične dejavnike, ki jih v okolje vnaša človek (dušikovi oksidi PAH, prašni delci, plin, biomedicinski odpadki, radioaktivni odpadki itd.),
- proučevanje socialno ekonomskih dejavnikov nam omogoča boljše razumevanje, kje so vzroki za te probleme in na kakšen način jih lahko zmanjšamo.«

»Zdravstveno stanje posameznika je v osnovi določeno preko dveh različnih skupin dejavnikov (Eržen idr., 2010, str. 7), ki so genetski dejavniki in dejavniki okolja«.

»Dejavniki okolja povzročajo, ali pa vsaj pomembno vplivajo na razvoj večine bolezni, ki prizadenejo ljudi. Zaradi tega je poznavanje in razumevanje načinov, kako posamezni škodljivi dejavniki vplivajo na zdravje, izrednega pomena za načrtovanje in uvajanje preventivnih in zaščitnih ukrepov. Okolje, vključno z delovnim okoljem, predstavlja pomemben dejavnik tako za zdravje, kot za bolezen. Obstajajo številni podatki in dokazi o tem, da pride do posrednih ali neposrednih zdravstvenih posledic, ki so povezane z okoljem (izpostavljenost otrok svincu, vpliv klimatskih sprememb na populacijo vektorjev, ki so odgovorni za prenos nalezljivih bolezni). Povezava med škodljivostmi v okolju in pojavom znakov bolezni je zelo zapletena, zato običajno ni mogoče natančno opredeliti v kolikšni meri je okolje prispevalo k pojavu določenih stanj. Čeprav je nemogoče povsem natančno določiti kakšen je obseg bolezni, ki so posledica dejavnikov v okolju, saj pogosto ni ustreznega spremljanja, deloma pa tudi zato, ker ostajajo številne posledice neprepoznane, je kljub temu dovolj dokazov, o vplivu okolja na zdravje, da se je potrebno od zaskrbljenosti preusmeriti k delovanju« (Eržen idr., 2010, str. 7).

1.2 Vrtec

Vrtec je vzgojno izobraževalna ustanova, namenjena predvsem otroku in njegovim potrebam. Za to poskrbijo strokovno izobraženi delavci v sodelovanju s starši.

Opis dela in nalog vzgojiteljic predšolskih otrok in pomočnika vzgojitelja predšolskih otrok

Delo vzgojitelja obsega pripravo, načrtovanje in izvajanje vzgojnega dela, delo s starši ter sodelovanje pri organizaciji. Pomembno je, da so dejavnosti načrtovane na podlagi temeljitega poznavanja in razumevanja otrokovega razvoja in njegovih potreb. Vzgojitelj izbira ustrezne vsebine, oblike in metode dela. Otroke spodbuja, opogumlja, usmerja in se z njimi igra. Zaradi spremljanja razvoja vzgojitelj opazuje otroke pri različnih dejavnostih in v različnih okoliščinah. Med izvajanjem programa strokovno vodi pomočnika vzgojitelja. Poskrbeti mora za primerno časovno razporeditev in obli-

ke izvajanja dnevnih opravil, prehrane, higiene, počitka in bivanja na prostem. Vzgojitelj se nenehno strokovno izpopolnjuje. Sodeluje pri skupnih nalogah vrtca v skladu z letnim delovnim načrtom in pripravi zaključno poročilo o opravljenih nalogah v minulem letu (Vzgojitelj predšolskih otrok, b.d.).

»Vzgojitelj mora izpolnjevati splošne zdravstvene zahteve. Zaradi dela s hrano so potrebni redni zdravniški pregledi enkrat na leto. Zaradi velikih čustvenih in psihičnih obremenitev je zaželeno dobro zdravstveno stanje. Pomembno je, da je vzgojitelj zrela in odgovorna oseba, da je urejen in ima stabilen značaj. Zaveda se, da vzgaja tudi s svojim zgledom. Vljudnost in spoštovanje v njegovi komunikaciji in vedenju pomenita zgled za otroke« (Vzgojitelj predšolskih otrok, b.d.).

Vzgojitelj ima za svoj delovni prostor igralnico, v kateri biva skupaj s skupino otrok. Poleg prostorov znotraj vrtca, ki so namenjeni otrokom, uporablja tudi igrišče. Letovanja, zimovanja in druge oblike bivanja izven vrtca, omogočajo otroku nekajdnevno bivanje izven domačega kraja. Delo je dinamično, poteka v dopoldanskem in popoldanskem času. Nekateri dejavnosti, kot so pogovorne urice, predavanja in seminarji potekajo popoldne ali celo ob sobotah. Ritem dela je prilagojen potrebam družin in odvisen od okolja, v katerem vrtec deluje. Vzgojitelj dela pretežno v dopoldanskem času, v dokaj hrupnem okolju in večji del časa stoje (Vzgojitelj predšolskih otrok, b.d.).

»Zaradi narave dela so pogostejša kronična obolenja hrbtenice, glasilk in sluha. Ker mora biti vzgojitelj nenehno ustvarjalni in inovativni, je izpostavljen pojavu poklicnega izgorevanja« (Vzgojitelj predšolskih otrok, b.d.).

Delo pomočnika vzgojitelja predšolskih otrok obsega sodelovanje z vzgojiteljem pri načrtovanju, izvajanju in pripravi vzgojnega dela ter opravljanje drugih nalog, povezanih z dejavnostjo vrtca. Izpolnjevati mora splošne zdravstvene zahteve. Zaradi dela s hrano so potrebni redni zdravniški pregledi enkrat na leto. Za opravljanje poklica je nujen tudi tečaj higienskega minimuma. Zaradi velikih čustvenih in psihičnih obremenitev je potrebno dobro zdravstveno stanje. Mora biti zrela in odgovorna oseba, biti mora osebno urejen in imeti stabilen značaj (Pomočnik vzgojitelja/vzgojiteljice predšolskih otrok, b.d.).

Pomočnik vzgojitelja dela ob vzgojitelju. Svoj delovni prostor ima v igralnici in tudi v vseh drugih prostorih v vrtcu in izven vrtca, ki so namenjeni otrokom. Delo je zelo dinamično, običajno poteka v dopoldanskem in popoldanskem času. Ritem dela je prilagojen potrebam družin in je odvisen od okolja, v katerem vrtec deluje. Delo pomočnika vzgojitelja je vezano na zgodnje jutranje in pozne popoldanske ure (prihodi otrok v vrtec in odhodi domov). Okolje, v katerem dela, je pogosto dokaj hrupno, saj je skupaj veliko otrok. Zaradi narave dela so pogostejša kronična obolenja hrbtenice, glasilk in sluha. Z leti postaja delo pomočnika vzgojitelja vedno bolj naporno in obremenjujoče (Pomočnik vzgojitelja/vzgojiteljice predšolskih otrok, b.d.).

Spremljevalec dolgotrajno bolnega otroka

Avtorica Orešnik Jelačič (2015, str. 4), ugotavlja, da »zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP) določa načine in oblike izvajanja vzgoje in izobraževanja za otroke, ki imajo posebne potrebe. Po 10. členu ZUOPP se lahko spremljevalec

dodeli tudi dolgotrajno bolnim otrokom za nudenje fizične pomoči. Otroci s sladkorno boleznijo tipa 1 so opredeljeni kot dolgotrajno bolni otroci. Dolgotrajno hudo bolni otroci so po 6. členu Pravilnika o kriterijih za uveljavljanje pravic za otroke, ki potrebujejo posebno nego in varstvo, kronično bolni otroci, pri katerih je kljub zdravljenju pričakovati trajne posledice bolezni, oziroma otroci s takimi boleznimi, ki zahtevajo zdravljenje, nego in rehabilitacijo, ki traja dalj kot šest mesecev.«

Dodatno strokovno pomoč izvajajo strokovni delavci šole, lahko pa tudi zunanji strokovni delavci, ki izpolnjujejo s predpisi določene pogoje. Zakon za otroke s sladkorno boleznijo predvidi dodatnega strokovnega delavca kot začasnega spremljevalca, da bi spremljal otrokovo počutje in sproti reševal morebitne zaplete sladkorne bolezni (Orešnik Jelačič, 2015).

Hrup v vrtcih

Eržen idr. (2010, str. 148) navajajo, da »hrup je vsak zvok, ki v človeku budi nemir, ga moti in škoduje njegovemu zdravju ter fizičnemu, psihičnemu in socialnemu blagostanju. Hrup v stavbah, v katerih živimo ali delamo, narašča zaradi povečevanja števila virov hrupa. Glavni viri hrupa so cestni, železniški in zračni promet, gradbišča, industrijska dejavnost, posebej pa je potrebno izpostaviti sodobna avdiovizualna sredstva, s katerimi se posamezniki neprestano srečujejo ter številne aparature, s katerimi vsak dan upravljajo.«

»Težave so povezane s stresom, ki je posledica hrupa. Stresni hormoni pripravljajo organizem na beg ali boj oziroma optimizirajo verjetnost za preživetje v primeru napada, za kar je potrebna določena energija. Stresna hormona adrenalin in noradrenalin povečata raven holesterola in trigliceridov v krvi, kar poveča tveganje za razvoj ateroskleroze in kasneje za srčni infarkt. Po drugi strani pa povišana raven stresnega hormona kortizola zmanjša krvavitve in tveganje za okužbe po poškodbah. Čeprav kortizol rešuje življenje po poškodbah, pa dolgoletna povišana stopnja kortizola povzroča nevarne stranske učinke, boljše strjevanje krvi namreč prav tako poveča nevarnost za srčni infarkt.« (Eržen idr., 2010, str. 151).

»Socialni učinki hrupa so kompleksni, skriti in indirektni. Hrup povzroča (Eržen idr., 2010, str. 151):

- spremembe v vsakodnevem vedenju (na primer zapiranje oken, manjša uporaba balkonov, povečevanje glasnosti televizije in radia, pritožbe),
- sovražne spremembe vedenja v družbi (na primer agresija, neprijaznost),
- negativne spremembe socialnih indikatorjev (na primer uživanje drog, povečana stopnja hospitalizacije, večja stopnja nesreč),
- spremembe razpoloženja (na primer več depresije, anksioznosti),
- daljša izpostavljenost hrupu povprečne stopnje 80 dB zmanjša sodelovanje in poveča agresijo med izpostavljenostjo in še daljši čas po tem«.

Hrup kot okoljski dejavnik v vrtcu lahko obravnavamo iz več vidikov. Vpliva na zdravje, počutje in delovanje vseh, ki dnevno bivajo v vrtcu, na odnose med njimi in na sam delovni proces. O ustrezni lokaciji vrtčevske stavbe in o njeni zaščiti pred

hrupom govori Pravilnik o normativih in minimalnih tehničnih pogojih za prostor in opremo vrtca (Modrinjak, 2016).

Tratnik (2009) v zvezi z izpostavljenostjo delavcev visokim ravnem hrupa med ostalimi dejavnostmi omenja vrtce in šole ter, da so vzgojiteljice izpostavljene joku in kričanju otrok, ki presegata raven 85 db (A). Kovačič in Kacjan Žgajnar (2004 v Modrinjak, 2016, str. 29) »pišeta o splošnem prepričanju vzgojiteljev, da so otroci hrupni, kričavi, nemirni ter povzemata mnenje nekaterih vzgojiteljev, da so po nekajletni dobi na tem delovnem mestu prenapeti, nervozni in da slabše spijo. Vse to je lahko posledica izpostavljenosti hrupu.« Topličanec, Jevšnik in Kacjan Žgajnar (2010, str. 103) navajajo, da »večina intervjuvank (vzgojiteljice in pomočnice vzgojiteljev) v raziskavi doživlja hrup kot stresni dejavnik. Poudarile so predvsem vpitje in kričanje otrok ter hrupne igrače. Stres, ki so ga prepoznale v fizioloških in psihičnih reakcijah, občutku preobremenjenosti poskušajo odpravljati same s telesno dejavnostjo, sprostitvijo in organizacijo dela. Pri zadnji so poudarile tihe pogovore, mirne igre in zaposlitev otrok.«

Modrinjak (2016, str. 21) navaja, da »raziskave o izpostavljenosti otrok hrupu v vzgojno-izobraževalnih ustanovah so maloštevilne. Namesto tega so pogosto uporabljene približne meritve izpostavljenosti odraslih hrupu v teh ustanovah. Z veliko verjetnostjo lahko domnevamo, da otroci v vrtcih ne doživljajo manj hrupa kot odrasli.«

»Gazvoda in Horvat (2003, str. 452–502 v Modrinjak, 2016, str. 24) sta analizirala delovne in okoljske obremenitve vzgojiteljev ter sta med drugim ocenjevala tudi vpliv hrupa v vrtcu. Ugotovila sta, da maksimalne vrednosti hrupa občasno segajo celo preko 90 dB. Ekvivalentne ravni hrupa so v nekaterih igralnicah presegle tudi 82 dB (A), kar kaže na izpostavljenost hrupu, ki je primerljiv nekaterim industrijskim obratom (šivalnice, pletilnice). Takšen hrup je obremenjujoč za otroke in vzgojitelje, povzroča stresne telesne odzive, moti koncentracijo in otežuje normalno sporazumevanje.«

»V letu 2009 je Kacjan Žgajnarjeva s sodelavci iz različnih strok (Kacjan Žgajnar idr., 2009a, 2009b, 2009c v Modrinjak, 2016, str. 26) izvedla raziskovalni projekt »Hrup v vrtcih MOL-a in kako ga zmanjšati«. V razširjeno raziskavo je bilo vključenih 40 oddelkov treh ljubljanskih vrtcev. Meritve so bile izvedene skozi celotni delovnik, od 7.00 do 15.00 ure v starostnih oddelkih 3–6 let in so bile razdeljene na šest intervalov: 1. sprejem in prihod otrok; 2. zajtrk; 3. vodena ali prosta igra v igralnici in igra na igrišču; 4. kosilo; 5. počitek; 6. popoldanska igra, prosta igra in odhod domov. V času naštetih aktivnosti so merili ekvivalentne ravni hrupa (LAeq), impulzni hrup (LAim) in konične ravni hrupa (LCpeak). Rezultati so pokazali, da so vzgojitelji, pomočniki in otroci izpostavljeni previsokim ravnem hrupa.«

2 Namen in cilji

Namen raziskave je bil analizirati okoljske dejavnike tveganja na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice vzgojiteljice predšolskih otrok ter spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka.

Cilj raziskave je bil analizirati okoljske dejavnike tveganja na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice vzgojiteljice predšolskih otrok ter spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka. Zanimalo nas je tudi, koliko časa so posamezni poklicni profili izpostavljeni okoljskim dejavnikom tveganja na delovnem mestu.

S pomočjo raziskave smo skušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

Kateri okoljski dejavniki tveganja so prisotni na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice vzgojiteljice predšolskih otrok ter spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka?

Koliko časa so zaposleni na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice vzgojiteljice predšolskih otrok ter spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka izpostavljeni okoljskim dejavnikom tveganja?

3 Metoda

Vrtec, v katerem smo izvedli analizo okoljskih dejavnikov tveganja je ena od enot vrtecev. Omenjeni vrtec ima šest oddelkov, v katerem je skupno 131 otrok. Oddelki so razdeljeni v različne starostne skupine pod vodstvom vzgojiteljice in pomočnice vzgojiteljice. Vseh šest oddelkov pa vodi vodja enote. Analiza je potekala v mesecu februarju 2018, delo smo opazovali tri tedne.

Analizo delovnega mesta v vrtcu smo opravili z metodo opazovanja. Na osnovi teoretičnih izhodišč in po pregledu literature smo izdelali lastni instrument za pridobitev podatkov - kontrolni list, s katerim smo najprej ugotovili, kateri dejavniki tveganja so prisotni v vrtcu, nato smo ocenjevali prisotnost in izpostavljenost dejavnikom tveganja. Za analizo in obdelavo podatkov smo uporabili računalniški program Microsoft Office Excel.

Ocenjevali smo okoljske dejavnike tveganja na delovnem mestu ene vzgojiteljice predšolskih otrok, ene pomočnice predšolskih otrok in enega spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka, ki so zaposleni v enem izmed vrtecev na Dolenjskem. Delo smo opazovali v igralnici in zunaj nje.

4 Rezultati

Ugotovili smo, da so na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice predšolskih otrok in spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka prisotni okoljski dejavniki tveganja, in sicer med kemični dejavniki smo prepoznali čistilna sredstva in razkužila za roke. Med biološkimi dejavniki smo prepoznali možnost pojavnosti mikroorganizmov in njihovih toksinov (bakterije, virusi), členonožce (klopi, insekti), alergene in toksine višjih rastlin (cvetni prah). Med fizikalnimi dejavniki smo kot dejavnik tveganje prepoznali hrup, med biomehničnimi dejavniki pa nenamerne poškodbe, med psihosocialnimi pa stres.

Tabela 1: Prisotnost okoljskih dejavnikov tveganja na delovnem mestu

<i>Okoljski dejavniki tveganja</i>	<i>Prepoznani/ ne prepoznani</i>
Kemični dejavniki	
Čistilna sredstva	X
Razkužila	X
Biološki dejavniki	
Mikroorganizmi in njihovi toksini (bakterije, virusi)	X
Členonožci (klopi, insekti)	X
Alergeni in toksini višjih rastlin (cvetni prah)	X
Višji organizmi (divje živali, kače)	-
Fizikalni dejavniki	
Hrup	X
Sevanje	-
Vibracije	-
Biomehanični dejavniki	
Namerne poškodbe	-
Nenamerne poškodbe	X
Psihosocialni dejavniki	
Stres	X

Vir: Lasten vir, 2018.

Kemični dejavniki

Za vzgojiteljico predšolskih otrok in pomočnico vzgojiteljice predšolskih otrok – čistilna sredstva, ki jih vsakodnevno uporabljajo za čiščenje sanitarij, površin v igralnici, razkužila in razredčila. Spremljevalec dolgotrajno bolnega otroka je izpostavljen predvsem razkužilu za roke, ki ga uporablja večkrat dnevno.

Tabela 2: Izpostavljenost kemičnim dejavnikom tveganja na delovnem mestu

<i>Delovno mesto</i>	<i>Prisotni na delovnem mestu</i>	<i>Izpostavljenost kemičnim dejavnikom tveganja</i>		
		<i>1-krat dnevna</i>	<i>Večkrat dnevna</i>	<i>Neprestana</i>
Vzgojiteljica	X		X	
Pom. vzgojiteljice	X		X	
Spremljevalec dolg. bol. otr.	X		X	

Vir: Lasten vir, 2018.

Biološki dejavniki

Za vzgojiteljico predšolskih otrok in pomočnico vzgojiteljice predšolskih otrok in spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka – lahko pride do okužbe z mikroorganizmi in njihovi toksini (virusi, bakterije), insekti, klopi (na sprehodu, v gozdu itd), alergeni (cvetni prah). Okužijo se lahko od že bolnih otrok ali drugih oseb v vrtcu ali zunaj vrtca. Tem dejavnikom so izpostavljeni več ali manj skozi celo leto.

Tabela 3: Izpostavljenost biološkim dejavnikom tveganja na delovnem mestu

Delovno mesto	Prisotni na delovnem mestu	Izpostavljenost biološkim dejavnikom tveganja		
		1-krat dnevna	Večkrat dnevna	Neprestana
Vzgojiteljica	X		X	
Pom. vzgojiteljice	X		X	
Spremljevalec dolg. bol. otr.	X		X	

Vir: Lasten vir, 2018.

Fizikalni dejavniki

Vzgojiteljica predšolskih otrok, pomočnica vzgojiteljice predšolskih otrok in spremljevalec dolgotrajno bolnega otroka so hrupu izpostavljeni vsakodnevno, skoraj ves svoj delovni čas.

Tabela 4: Izpostavljenost fizikalnim dejavnikom tveganja na delovnem mestu

Delovno mesto	Prisotni na delovnem mestu	Izpostavljenost fizikalnim dejavnikom tveganja		
		1-krat dnevna	Večkrat dnevna	Neprestana
Vzgojiteljica	X			X
Pom. vzgojiteljice	X			X
Spremljevalec dolg. bol. otr.	X			X

Vir: Lasten vir, 2018.

Biomehantični dejavniki

Za vzgojiteljico predšolskih otrok in pomočnico vzgojiteljice predšolskih otrok – nenamerne poškodbe, kot so padci zaradi nepravilne obutve, zdrs z lestve, padci zaradi nepazljivosti, poškodbe zaradi nošenja vozičkov za hrano (nedelovanje dvigala).

Za spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka – nenamerne poškodbe, kot je vbod z iglo.

Tabela 5: Izpostavljenost biomehantičnim dejavnikom tveganja na delovnem mestu

Delovno mesto	Prisotni na delovnem mestu	Izpostavljenost biomehantičnim dejavnikom tveganja		
		1-krat dnevna	Večkrat dnevna	Neprestana
Vzgojiteljica	X		X	
Pom. vzgojiteljice	X		X	
Spremljevalec dolg. bol. otr.	X		X	

Vir: Lasten vir, 2018.

Psihološki dejavniki

Glede na že znane raziskave o tem, da so zaradi prevelike izpostavljenosti hrupu na delovnem mestu vzgojiteljice in pomočnice vzgojiteljice izpostavljene stresu in izgorelosti, smo tudi mi prepoznali, da sta zaradi narave dela vzgojiteljica in pomočnica

vzgojiteljice na delovnem mestu ne prestando pod stresom. Prepoznali smo tudi izpostavljenost stresu spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka.

Za vzgojiteljico predšolskih otrok in pomočnico vzgojiteljice predšolskih otrok – stres, kateremu sta izpostavljeni vsakodnevno, ves svoj delovni čas.

Za spremljevalca dolgotrajno bolnega otroka – stres, neprestan nadzor nad otrokom, kateremu je izpostavljen vsakodnevno, ves svoj delovni čas.

Tabela 6: Izpostavljenost psihološkim dejavnikom tveganja na delovnem mestu

Delovno mesto	Prisotni na delovnem mestu	Izpostavljenost psihološkim dejavnikom tveganja		
		1-krat dnevna	Večkrat dnevna	Neprestana
Vzgojiteljica	X			X
Pom. vzgojiteljice	X			X
Spremljevalec dolg. bol. otr.	X			X

Vir: Lasten vir, 2018.

5 Razprava

Kot smo ugotovili je fizikalni dejavnik tveganja – hrup eden največjih dejavnikov tveganja na delovnem mestu vzgojiteljice predšolskih otrok, pomočnice vzgojiteljice predšolskih otrok in tudi spremljevalca. Ker pa vemo, da bi se z uvedbo različnih metod za zmanjševanje hrupa, hrup zelo zmanjšal, smo poiskali nekaj rešitev. Lahko bi uvedli alternativne vzgojiteljeve metode za zmanjšanje hrupa (sprostitvene igre) in vgradnjo absorpcijskih materialov, s katerimi se obložijo stropi in stene igralnic. Naslednji ukrep bi lahko bil zmanjšanje števila otrok v skupini. Iz igralnic bi odstranili igrače, ki so glasne. Vzgojitelji bi otroke učili poslušanja in tišjega govorjenja in jim razložili zakaj glasnost ni zdrava, jih ozaveščali. Poznamo pa tudi semafor hrupa, ki ob preveliki glasnosti vključi zvočni signal in rdečo luč. Tako ima lahko s pomočjo semaforja vzgojiteljica predšolskih otrok nadzor nad glasnostjo otrok in s tem posledično otroke navaja na samokontrolo in ustvarja mirnejšo delovno klimo in delovno okolje. Podobno kot avtorji Topličanec, Jevšnik in Kacjan Žgajnar (2010, str. 103) ki navajajo, da »večina intervjuvank (vzgojiteljice in pomočnice vzgojiteljev) v raziskavi doživlja hrup kot stresni dejavnik, smo tudi mi kot možno posledico izpostavljenosti hrupu - stres, prepoznali kot dejavnik tveganja in predlagamo tudi za zmanjšanje stresa nekaj rešitev, kot so različne tehnike sproščanja, sproščujoče igre z otroci, telesne dejavnosti, sproščujoči sprehodi v gozdu ipd., pogovori in supervizije s sodelavci. Predlogi za zmanjšanje stresa pri spremljevalcu dolgotrajno bolnega otroka pa bi predlagali, da je v dobrih odnosi s starši in strokovnimi sodelavci, ter da je otrokovo stanje pod nadzorom in imata z otrokom zaupljiv odnos.

LITERATURA

1. Eržen, I., Gajšek, P., Hlastan Ribič, C., Kukec, A., Poljšak, B., in Zaletel Kragelj, L. (2010). Zdravje in okolje. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
2. Modrinjak, M. (2016). Hrup kot dejavnik tveganja v vrtcu in njegov vpliv na vzgojni proces (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.
3. Orešnik Jelačič, M. (2015). Otrok s sladkorno boleznijo v prvi triadi. Didakta, 25 (184), 2–6.
4. Tratnik, E. (2009). Prenehajte s tem hrupom! Priročnik z osnovnimi informacijami in navodili. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Pridobljeno 2. 2. 2018, s http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/prirocnik2005.pdf.
5. Vzgojitelj predšolskih otrok. (b.d.). Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. Pridobljeno 2. 2. 2018, s https://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?Kljuc=599&Filter=.
6. Pomočnik vzgojitelja/vzgojiteljice predšolskih otrok. (b.d.). Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. Pridobljeno 2. 2. 2018, https://www.ess.gov.si/ncips/cips/opisi_poklicev/opis_poklica?Kljuc=600&Filter=.
7. Topličanec, P., Jevšnik, M., Kacjan Žgajnar, K. (2010). Vpliv hrupa na pojav stresa pri vzgojiteljicah in pomočnicah vzgojiteljic. V A. Bobnar in R. Vettorazzi (ur.), Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo (str. 96–104). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Usposobljenost zaposlenih v vrtcu za nudenje prve pomoči ob poslabšanju zdravstvenega stanja otrok

UDK 614.88:373.24-057.11

KLJUČNE BESEDE: vrtci, prva pomoč, bolezni otrok

POVZETEK - Porast nekaterih internističnih obolenj pri otrocih, kot so sladkorna bolezen tipa I, astma, alergije in epilepsija, predstavlja za zaposlene v vrtcih velik izziv. Bolezni same po sebi niso neposredno življenjsko ogrožajoče, dokler se ne pojavijo akutni znaki hudega poslabšanja. Ob tem je pomembno, da se hitro in pravilno ukrepa. Z raziskavo med zaposlenimi v enem od novomeških vrtcev smo želeli dobiti vpogled v njihovo znanje o prepoznavi akutnega poslabšanja pri teh obolenjih ter o njihovem poznavanju pravilnih ukrepov za nudenje prve pomoči. Za namen raziskave smo pripravili anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega tipa, ki so se nanašala na osnovne ukrepe prve pomoči pri hipoglikemiji, epileptičnem napadu, poslabšanju astme ter ob hudi alergični reakciji. V raziskavi je sodelovalo 87 zaposlenih v vrtcu. Pri analizi rezultatov smo ugotovili, da je povprečno 68 % anketiranih usposobljenih za ustrezno nudenje prve pomoči. Obvezna usposabljanja s področja prve pomoči za zaposlene v delovnih organizacijah so zakonsko določena in pri tem so vodstva javnih zavodov stroškovno omejena. Glede na veliko odgovornost zaposlenih v vrtcih in porast števila otrok s specifičnimi bolezenskimi stanji, priporočamo pogostejša in redna periodična ter vsebinsko usmerjana usposabljanja. V vrtcih in šolah bi bilo priporočljivo zaposlovati tudi usposobljene medicinske sestre.

UDC 614.88:373.24-057.11

KEY WORDS: first aid, kindergartens, medical conditions

ABSTRACT - Increase in certain internal medicine conditions in children, e.g. diabetes type I, asthma, allergies and epilepsy, represents a significant challenge for the kindergarten staff. The conditions by themselves are not life-threatening until the signs of acute severe deterioration show up. In such cases, a fast and correct response is important. With the survey performed among the employees of a kindergarten in Novo mesto, we tried to get insight into their ability to properly identify acute deterioration of these conditions and their knowledge of correct first-aid procedures. For the purpose of the research, we prepared a questionnaire with closed-ended questions about basic first-aid measures in cases of hypoglycemia, epileptic seizure, asthma attack and severe allergic reaction. A total of 87 employees took part in the survey. When analysing the results, we found out that 68% of participants displayed adequate first-aid knowledge. Mandatory first-aid trainings for employees are legally defined, however, the management of public institutions has limited resources. Taking into account the level of responsibility of kindergarten staff and the increasing number of children with specific medical conditions, we recommend a frequent, regular and focused education. Furthermore, it would be advisable to additionally employ qualified nurses in kindergartens.

1 Uvod

V vrtcih se vzgojitelji in pomočniki vzgojiteljev soočajo z večjimi izzivi, saj je zaznati porast specifičnih internističnih obolenj pri otrocih. Narašča predvsem incidenca sladkorne bolezni tipa I, astme, alergij in epilepsij (Torkar, Grmek Košnik in Skela Savič, 2013). Slovenski podatki o incidenci teh bolezni so primerljivi s podatki iz tujine. Na primer v Avstraliji, se pojavnost sladkorne bolezni tipa I med otroci starimi 0 do 4 leta vsako leto poveča kar za 3 %. Tako je bilo leta 2013 evidentiranih kar 35,9 otrok

s sladkorno boleznijo tip I na 100 000 otrok starih med 0 in 4 leta (Marks, Wilson in Crips, 2014). Prav tako kar 4 – 10 % otrok v prvih 16 letih življenja doživi vsaj en epileptični napad (Soumyamol in Kanmani, 2013). V letu 2014 pa je v ZDA bilo 6,3 milijona otrok z astmo (Zver, 2016).

Bolezni same po sebi niso neposredno življenjsko ogrožajoče, dokler se ne pojavijo akutni znaki hudega poslabšanja bolezni. Ob tem pa je pomembno, da se poslabšanje stanja prepozna ter hitro in pravilno ukrepa.

Prva pomoč (PP) je neposredna zdravstvena oskrba, ki jo dobi poškodovani ali nenadno oboleli na samem kraju dogodka. Prva pomoč se lahko nudi s preprostimi pripomočki in temelji na improvizaciji. Sama prva pomoč traja toliko časa, dokler strokovno usposobljeno zdravstveno osebje ne prične nuditi strokovne pomoči z medicinsko tehničnimi pripomočki. Nudenje prve pomoči je dolžnost vsakega posameznika, ki pa je tudi zakonsko določena (Ahčan, 2007). Večina laične populacije se s prvo pomočjo sreča na tečaju prve pomoči ob opravljanju vozniškega izpiti. Prav tako se večina pedagoških delavcev ter administrativno tehničnega osebja v vrtcih sreča s prvo pomočjo na tečaju ob opravljanju vozniškega izpita, ki pa so ga opravljali pred 10 do 20 leti (Turk, 2016).

Z nenadnimi bolezenskimi stanji pri otroku se zaposleni v vrtcih srečuje oziroma so se srečali zelo redko. Vendar pa ravno nenadna poslabšanja različnih kroničnih obolenj pri otroku med zaposlenimi predstavlja največji strah (Turk, 2016).

Namen raziskave je ugotoviti kakšno je znanje zaposlenih v vrtcu o znanju prepoznavanja ter ukrepanja ob pojavu hipoglikemije, hudega astmatičnega napada, hude alergične reakcije ter epileptičnega napad.

2 Metode

V enem izmed novomeških vrtcev smo v letu 2018 izvedli raziskavo med zaposlenimi. Želeli smo ugotoviti njihove sposobnosti prepoznavanja znakov in prvega ukrepanja ob akutnem poslabšanju določenih internističnih stanj pri otrocih. Z deskriptivno metodo smo najprej opravili analitični pregled literature in pripravili anketni vprašalnik kot raziskovalni instrument. Vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa, ki so se nanašala na prepoznavo znakov in ukrepanje ob pojavu hipoglikemije, astme, hude alergične reakcije ter epilepsije. Vprašanja so ponujala več različnih odgovorov, pravilen pa je bil le en. Vsa vprašanja so vsebovala možnost odgovora »ne vem«. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno, čas za reševanje smo omejili na 15 minut. Poskrbljeno je bilo, da je izpolnjevanje potekalo individualno brez vpliva motečih elementov iz okolice ali pripomočkov. Raziskava je potekala ob koncu aprila leta 2018. Podatki so bili obdelani s pomočjo programskega orodja Microsoft Excel.

3 Rezultati

Razdeljeno je bilo 102 vprašalnikov. Ustrezno izpolnjenih je bilo 87 vprašalnikov, 15 pa smo jih opredelili kot neveljavnih. V raziskavo je bilo vključenih 87 zaposlenih v enem izmed novomeških vrtcev. Od tega ja bilo 8 moških in 79 žensk. V raziskavo smo vključili vse profile poklicev v vrtcu: vzgojitelje / vzgojiteljice, pomočnike / pomočnice vzgojiteljev / vzgojiteljic ter tehnično administrativno osebje. Povprečna starost zaposlenih je bila 42 let.

Anketirani so se samoocenjevali od 1 (zelo slabo) do 5 (zelo dobro) glede znanja iz prva pomoči (tabela št.1). Največ (46) se jih je opredelilo za oceno 3 (srednje), najmanj pa za oceno 5.

Tabela 1: Individualna ocena svojega znanja prva pomoči zaposlenih v vrtcu

<i>Ocena</i>	1	2	3	4	5	<i>skupaj</i>
Kako bi ocenili svoje znanje prve pomoči? (število zaposlenih)	4	24	46	8	2	87

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Pri pojavu hude alergične reakcije bi pravilno ravnalo 62 (71 %) zaposlenih. Znake hipoglikemije bi znalo prepoznati 50 (57 %) zaposlenih, kar 32 (37 %) zaposlenih znakov ne bi znalo pravilno prepoznati. Ob pojavu znakov hipoglikemije pa bi znalo pravilno ukrepati 66 (76 %) zaposlenih. Pri akutnem poslabšanju astme pri otroku bi 67 (77 %) zaposlenih pravilno ukrepalo, ob epileptičnem napadu pa bi pravilno ukrepalo 51 (59 %) zaposlenih (tabela 2).

Tabela 2: Rezultati vprašalnika

	<i>Pravilni odgovori</i>		<i>Nepravilni odgovori</i>		<i>Ne vem</i>	
	<i>Število</i>	<i>%</i>	<i>Število</i>	<i>%</i>	<i>Število</i>	<i>%</i>
Kam apliciram adrenalin s samoinjektorjem (EpiPen) pri anafilaktični reakciji (alergična reakcija)?	62	71 %	13	15 %	12	14 %
Kakšni so znaki hipoglikemije (padec nivoja krvnega sladkorja pod normalo) pri otroku?	50	57 %	32	37 %	5	6 %
Kaj naredite, ko prepoznate znake hipoglikemije?	66	76 %	15	17 %	6	7 %
Kako bi ukrepali pri akutnem poslabšanju astme?	67	77 %	10	11 %	10	11 %
Kako pravilno ukrepamo ob epileptičnega napada?	51	59 %	33	16 %		3 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Tabela 3: Znanje zaposlenih v vrtcu o prepoznavanju hipoglikemije pri otroku

<i>Kakšni so znaki hipoglikemije (padec nivoja krvnega sladkorja pod normalo) pri otroku?</i>	<i>Utrujenost, lakota, zaspanost</i>	<i>Nemir, zmedenost, pretirana žeja.</i>	<i>Bolečina za prsnico.</i>	<i>Ne vem</i>
Število zaposlenih	50 (57 %)	31 (36 %)	1 (1 %)	5 (6 %)

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Polovica (57 %) zaposlenih bi utrujenost, lakoto ter zaspanost prepoznalo kot znake hipoglikemije pri otroku, medtem ko bi 31 (36 %) zaposlenih posumilo na hipoglikemijo ob pojavu nemira, zmedenosti in pretirane žeje pri otroku. Bolečino za prsnico kot znak hipoglikemije bi prepoznal le 1 (1 %) zaposlen, 5 (6 %) pa jih je obkrožilo odgovorov »ne vem«.

4 Razprava

Glede na rezultate raziskave lahko sklepamo, da je znanje o prepoznavanju znakov akutnih poslabšanj nekaterih internističnih obolenj in pravilnem ukrepanju solidno. Skupno povprečno znanje zaposlenih v vrtcih je 68 % iz naslova prepoznave in pravilnega nudenja prve pomoči ob pojavu hipoglikemije, akutnega poslabšanja astme, epilepsije ter hudi alergični reakciji.

Ob pojavu hipoglikemije pri otroku s sladkorno boleznijo bi otroku pravilno pomagalo 66 zaposlenih, tako da bi mu, če ni prisotnih motenj zavesti, dalo piti sladke čaj, sok ali ponudilo nekaj sladke hrane. Vendar pa bi le dobra polovica (50) vseh vprašanih prepoznalo utrujenost, lakoto ter zaspanost kot znake hipoglikemije. Kar 31 anketirancev bi znake hipoglikemije zamenjalo z znaki hiperglikemije (nemir, zmedenost, pretirana žeja) (tabela 3). Otroku, ki je doživel epileptični napad bi pravilno nudilo prvo pomoč 51 zaposlenih. Poskrbeli bi za varnost, odmaknili nevarne predmete, v katere bi se otrok lahko udaril in varovali glavo, da ne bi udarjal v tla. V kolikor bi mogli, bi otroka obrnili na bok. Podobne rezultate je z raziskavo ugotovila Turk (2016), saj bi ob epileptičnem napadu pravilno pomagalo le 50 % vprašanih. Zanimivo je, da bi kar 62 od 87 zaposlenih v vrtcu znalo na pravilno mesto (zunanja stran stegenske mišice) aplicirati adrenalin s samoinjektorjem pri hudi anafilaktični reakciji. Vendar pa se je ob tem potrebno vprašati, ali bi znali aplikacijo zdravila s pomočjo samoinjektorja pravilno izvesti tudi v praksi ter ali bi samo anafilaktično reakcijo znali prepoznati. Turk (2016) je v svoji raziskavi ugotovila, da bi otroku s hudo alergično reakcijo po piku žuželke znalo pravilno ukrepati 61,9 % vzgojiteljev oziroma vzgojiteljic. Večina zaposlenih (67) bi otroku, ki je doživel hud astmatični napad, pravilno pomagalo tako, da bi aplicirali zdravilo Ventolin s pomočjo inhalatorja.

Pojav večjega števila šolarjev ter predšolskih otrok, z raznimi zdravstvenimi težavami učitelje, vzgojitelje ter pomočnike vzgojiteljev spravlja v stisko, saj se ne čutijo dovolj kompetentni za obvladovanje raznih zdravstvenih težav (Torkar idr., 2013). Pravilnik o varnosti otrok v vrtcu (2012) določa, da je ob nesreči, oziroma ob hudem poslabšanju

zdravstvenega stanja otroka dolžan ukrepati vzgojitelj ali drugi zaposleni v vrtcu, ki je usposobljen za nudenje prve pomoči. Za nudenje prve pomoči mora biti v vrtcu usposobljena najmanj ena oseba na 20 otrok. Priporoča pa se, da so za nudenje prve pomoči usposobljeni vsi strokovni delavci (Rok Simon idr., 2012).

Nekatera akutno poslabšana zdravstvena stanja zahtevajo takojšno aplikacijo potrebnega zdravila, kot sta na primer huda alergična reakcija ter hud astmatični napad. Vendar pa Pravilnik o varnosti otrok v vrtcu (2012) pravi, da vzgojitelji oziroma pomočniki vzgojiteljev ne smejo dati nobenega zdravila, razen če dobijo neposredna navodila s strani zdravnika in v to privolijo starši. Medtem ko Mednarodne smernice prve pomoči Mednarodne organizacije Rdečega križa in Rdečega polmeseца (2016) pravijo, da naj bo v primeru hude alergične reakcije čim hitreje apliciran adrenalin s samoinjektorjem. Učitelji in vzgojitelji se zavedajo, da morajo ob hudem poslabšanju zdravstvenega stanja otroku nuditi prvo pomoč. Zaradi vse večjega števila otrok z zdravstvenimi težavami, si pedagoški delavci želijo dodatna izobraževanja, saj v primerih akutnih poslabšanj bolezni samo ukrepanje laikov zahteva več znanj. Tako učitelji v šolah kot tudi vzgojitelji ter pomočniki vzgojiteljev v vrtcih so mnenja, da bi bilo zelo koristno in upravičeno na šoli ali vrtcu zaposliti medicinsko sestro, ki bi lahko skrbela za take otroke in bi bila kompetentna za ukrepanje ob akutnem poslabšanju (Torkar idr., 2013).

Pri hudi alergični reakciji so odločilne sekunde, kajti za preživetje otroka je potrebno ukrepati takoj, zato ne smemo izgubljati časa za posvete, kaj lahko storijo laiki in kaj ne. Vsekakor pa je za ustrezno ukrepanje potrebno več ciljanih izobraževanj za zaposlene v vrtcih. Le s stalnimi izobraževanji in usposabljanji lahko zagotovimo varnost otrok v vrtcu (Slabe, Fink, Dolenc in Kvas, 2016). To sta dokazala tudi Somyamol in Kanmani (2017) v svoji raziskavi, da so izobraževanja o ukrepanju ob epileptičnem napadu pri otroku znanje vzgojiteljev povečala za kar 56,6 %. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) je izdal priporočilo, da naj bi zaposleni v vrtcu, ki so določeni za prvo pomoč, znanje prve pomoči obnavljali na vsaka 3 leta (Rok Simon idr., 2012). Menimo, da bi zaposleni v vrtcih svoje znanje iz prve pomoči morali obnavljati enkrat letno, saj le s stalnim izobraževanjem vzgojiteljev ter pomočnikov vzgojiteljev lahko pričakujemo, da bodo ob dani situaciji pravilno ukrepali. Pomembno vlogo pri izobraževanju vzgojiteljev, pomočnikov vzgojiteljev ima lahko ravno medicinska sestra, saj ima potrebna znanja in kompetence.

Za boljšo sliko o splošnem znanju prve pomoči ob poslabšanju internističnih obolenj pri otroku bi potrebovali večji vzorec. Zato predlagamo, da se raziskavo izvede na večjem vzorcu. V prihodnje bi se lahko pripravil vprašalnik, ki bi še bolj zajel prepoznavanje znakov poslabšanja, saj menimo, da samo prepoznavanje predstavlja največji problem. Priporočljivo pa bi bilo tudi ocenjevati samo praktično znanje. Seveda pa bi morali izvesti tudi raziskavo o splošnem znanju prve pomoči med zaposlenim v vrtcu in šolah.

5 Zaključek

Porast kroničnih obolenj pri otrocih za zaposlene v vrtcih predstavlja izziv, saj menijo da nimajo dovolj potrebnega znanja za ukrepanje ob akutnem poslabšanju zdravstvenega stanja otroka. Znanje o prepoznavanja in ukrepanju ob pojavu nenadnega poslabšanja obolenj je med zaposlenimi vrtcih solidno. Vendar pa so kljub temu potrebna redna in stalna izobraževanja vzgojitelje ter pomočnikov vzgojiteljev. Priporočamo pa tudi, da se za nudenje prve pomoči usposobi vse zaposlene v vrtcih. Velik pomen pri izobraževanju zaposlenih pa ima lahko ravno medicinska sestra, ki je kompetentna za izvajanje takega dela. Poleg tega bi bilo, zaradi vse večjega števila kroničnih obolenj pri otrocih ter mladostnikih, potrebno razmisliti o stalni prisotnosti medicinske sestre v vrtcih in šolah.

LITERATURA

1. Ahčan, U. (2007). Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Redeči križ Slovenije.
2. Markenson, D., Vandekerckhove, P., Cassan, P., Pellegrino, J., Schunder - Tatzber, S., De Buck, E. idr. (2016). International first aid and resuscitation guidelines 2016. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC).
3. Marks, A., Wilson, V. in Crips, J. (2014). The management of type 1 diabetes in Australian primary schools. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 37 (3), 168–182.
4. Pravilnik o varnosti otrok (2012). Pridobljeno 30. 9. 2018, s <http://www.vrtec-sg.si/files/2014/07/pravilnik-o-varnosti-otrok-kon%C4%8Dna-varzija.pdf>.
5. Rok Simon, M. (ur.). (2012). Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadnih nastalih bolezenskih znakih. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
6. Slabe, D., Fink, R., Dolenc, R. in Kvas, A. (2016). Knowledge of health principles among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdravstveno varstvo* 55 (3), 185–194.
7. Soumyamol, S. in Kanmani, J. (2017). Effectiveness of nursing educational intervention on knowledge regarding first aid measures of epilepsy among caregivers of children with epilepsy. *International Journal of Nursing Education*, 9 (2), 114–119.
8. Torkar, T., Grmek Košnik, I. in Skela Savič, B. (2013). Vključevanje poklicnega profila šolske medicinske sestre v slovenske šole: vidik učiteljev in zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (3), 224–235.
9. Turk, M. (2016). Sposobnost vzgojiteljev za nudenje prve pomoči v vrtcu (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.
10. Zver, A. (2016). Status asthmaticus – najhujša oblika poslabšanja astme. V A. Ljubič (ur.), *Nujna stanja v pediatriji in vloga medicinske sestre* (str. 62–69). Rimske terme: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.

Bolezni perifernih arterij in ven pri bolnikih po prebolelem infarktu miokarda

UDK 616.14-007.64

KLJUČNE BESEDE: akutni miokardni infarkt, periferna arterijska bolezen, varice, celostna obravnava

POVZETEK - Cilj naše raziskave je bil ugotoviti prevalenco periferne arterijske bolezni (PAB), ateroskleroze na karotidnih arterijah ter varic pri osebah po prebolelem infarktu miokarda (AMI). Raziskali smo dve skupini preiskovancev. V testni skupini je bilo 80 bolnikov s prebolelim AMI med 42. in 83. letom starosti, od tega 46 moških in 34 žensk. Kontrolna skupina, ki je imela tudi 80 preiskovancev brez ishemične bolezni srca, je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in kraju bivanja. Meritve debeline intime in medije (DIM) so bile izvedene z B-ultrazvočnim prikazom z visoko resolucijo, in sicer na zadnji steni na treh različnih mestih karotidnega žilja. PAB na spodnjih udih, gleženjski indeks je bil 0,9 ali manj, smo ugotavljali z merjenjem sistoličnega krvnega tlaka z ultrazvočnim dopplerskim detektorjem. Varice ali krčne žile na spodnjih udih smo ugotavljali s kliničnim pregledom. Aterosklerotična zadebelitev na karotidnih arterijah, tj. povprečna DIM pri preiskovancih s prebolelim AMI (mediana 0,89 in interkvartilni razmik (0,75-0,98)) je bila v primerjavi s kontrolno skupino 0,72 (0,65-0,83) statistično značilno večja ($p < 0,05$). PAB smo ugotovili pri 38 (47,5 %) bolnikih s prebolelim AMI in pri 17 (21,3 %) preiskovancih kontrolne skupine ($p < 0,05$). Varice so bile prisotne pri 71 (88,8 %) preiskovancev testne in 69 (86,3 %) preiskovancev kontrolne skupine. Razlika ni statistično pomembna.

1 Uvod

Srčno-žilne bolezni so pri nas in v razvitem svetu vodilni vzrok obolenosti in umrljivosti pri moških in ženskah. Poglavitni vzrok za nastanek bolezenskih sprememb na arterijah je ateroskleroza, kronična vnetno-degenerativna bolezen, ki se razvija brez simptomov na notranjih plasteh arterij leta in desetletja do usodnih zapletov kot so miokardni infarkt ali možganska kap. Ključni dogodek v razvoju ateroskleroze je poškodba notranje plasti arterije z različnimi dejavniki, kot so holesterol v lipoproteinih nizke gostote, sestavine cigaretne dima, mikroorganizmi in zvišan krvni tlak. Nastaja aterosklerotična leha, ki postopoma oži svetlino arterije in zmanjšuje krvni pretok.

UDC 616.14-007.64

KEY WORDS: acute myocardial infarction, peripheral arterial disease, carotid intima-media thickness, varicose veins, holistic approach

ABSTRACT - The aim of this study was to determine the frequency of peripheral arterial disease (PAD), atherosclerosis of the carotid arteries and varicose veins in patients recovering from acute myocardial infarction (AMI). The test group included 80 patients after AMI, 46 male and 34 female, aged between 42 and 83 years. The control group consisted of 80 subjects without ischaemic heart disease, who were comparable to the test group in terms of age, gender and place of residence. High-resolution ultrasonography for the non-invasive measurement of intima media thickness (IMT) on the far wall at three different sites of carotid arteries has been used. PAD was diagnosed in the lower extremities by means of Doppler ultrasound ($ABI < 0.9$). Varicose veins were diagnosed clinically. The patients recovering from myocardial infarction ($IMT = \text{median } 0.89, \text{ interquartile range } 0.75-0.98$) had a significantly increased IMT ($P < 0.05$) compared to the subjects in the control group ($IMT = 0.72, IQR 0.65-0.83$). The peripheral arterial disease was diagnosed in 38 patients (47.5%) recovering from myocardial infarction and in 17 patients (21.3%) from the control group ($p < 0.05$). 71 patients (88.8%) in the test group and 69 patients (86.3%) in the control group had varicose veins in the lower limbs. The difference is not statistically significant.

Ob raztrganju leh lahko novonastali krvni strdek nenadoma zapre žilno svetlino in povzroči hudo poslabšanje bolezni. Če se zapre koronarna arterija pogosto pride do srčnega infarkta, če se zamaši možganska arterija, nastane možganska kap in pri zožitvi oziroma zapori periferne arterije pride do periferne arterijske bolezni (PAB) ali akutne ishemije udov (Mrak in Bunc, 2014; Choi in Park, 2015). Tabele koronarne ogroženosti, ki izhajajo iz rezultatov iz rezultatov Framinghamske raziskave ob upoštevanju klasičnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo, se niso izkazale za dovolj učinkovite in občutljive za prepoznavanje ogroženih oseb oziroma napoved usodnih srčno-žilnih dogodkov. Zadebelitev oziroma povečana debelina intime in medije (DIM) je najzgodnejša merljiva morfološka sprememba arterijske stene v procesu aterogeneze, zato na splošno velja za kazalnika ateroskleroze. Glede na dejstvo, da je zvečana DIM poleg ateroskleroze lahko posledica bohotenja gladkih mišičnih celic in vezivnega tkiva kot odgovor na zvečani pretok, nateg arterijskega zidu ali preoblikovanja pri zvečanju premera žilne stene so si mnenja o napovedni vrednosti zvečane DIM za srčno žilne zaplete nasprotujoča (Poredoš, Poredoš in Visnovič - Poredoš 2006). Gleženjski indeks (GI), 0,9 ali manj ima 90-odstotno občutljivost in 100-odstotno specifičnost je neinvazivna metoda za ugotavljanje hemodinamsko pomembnih zožitev na arterijah spodnjih udov oziroma periferne arterijske bolezni (PAB). Omogoča razpoznavati osebe z zvečano srčno žilno ogroženostjo in je tudi dober napovednik zvečane umrljivosti pri prizadetih osebah (Naqvi in Lee, 2014). Kronične bolezni ven spodnjih udov, varice ali krčne žile so zelo pogosta bolezenska stanja med odraslimi prebivalci v splošni populaciji. Vrednosti, ki jih navajajo posamezni avtorji za prevalenco krčnih žil v izbrani populaciji, so zelo različne in se gibljejo od 10 do 91 %. Uveljavljena in sprejeta klasifikacija CEAP bo pripomogla, da bodo v prihodnosti rezultati epidemioloških raziskav bolj natančni in primerljivi. Dednost, starost in ženski spolni hormoni v nosečnosti so potrjeni dejavniki tveganja za nastanek varic, medtem, ko dokazi glede škodljivosti debelosti in stoječega dela niso zanesljivi. Novejše raziskave kažejo, da je vnetno dogajanje začetni vzrok strukturnih sprememb v venskih zaklopkah, ki pelje do insuficience, venske hipertenzije in nastanka krčnih žil (Mlačak, Ivka in Ladika, 2011; Nicolades, 2000). Cilj naše raziskave je bil ugotoviti prevalenco periferne arterijske bolezni (PAB), ateroskleroze na karotidnih arterijah ter varic na spodnjih udih pri osebah po prebolelem infarktu miokarda.

2 Metodologija

V presečni raziskavi smo v testno skupino vključili 80 bolnikov s prebolelim akutnim miokardnim infarkt (AMI) med 42. in 83. letom starosti, od tega 46 moških in 34 žensk. Od hospitalizacije zaradi prvič ugotovljenega AMI je preteklo od 1-9 let, povprečno 3,8 let. Uporabili smo metodo primerjanja vezanih parov tako, da je bilo v kontrolni skupini bilo tudi 80 preiskovancev. Vsakemu bolniku s prebolelim AMI smo našli njegov par, najbližjega soseda brez klinično zaznavne ishemične bolezni srca ali cerebrovaskularne bolezni in približno iste starosti (+/- 2 leti), spola ter kraja bivanja. Skupini sta bili primerljivi po starost, spolu in kraju bivanja. Vsi preiskovanci so bili

seznanjeni s potekom raziskave in so podali pisno privolitev za sodelovanje. Pri vseh preiskovancih smo opravili ultrazvočno preiskavo B-mode s sondo 10 MHz na aparatu Medison-EKO 7. Vse meritve na zadnji steni arterije je opravljal en preiskovalec po uveljavljenem standardnem protokolu. Merjenje debeline intime in medije (DIM) karotidnih arterij z ultrazvočno napravo smo opravili na levi in desni strani vratu, na treh različnih segmentih karotidnega žilja: na področju skupne karotidne arterije 1 cm pod začetkom razcepišča, na področju bulbusa in v notranji karotidni arteriji 1 cm za razcepiščem. Povprečje vseh opravljenih meritev na levi in desni strani, skupaj 6, smo uporabili pri statistični analizi (povprečna DIM). PAB na spodnjih udih smo diagnosticirali z ultrazvočnim dopplerskim detektorjem Meda Sonics, model BF 4A. Sistolični tlak na nadlahti smo merili z živosrebrnim tlakomerom po Riva-Rocciju, medtem ko smo tlak na arterijah stopala merili z ultrazvočnim dopplerskim detektorjem. Za patološko vrednost pri PAB smo določili vrednost gleženjskega indeksa (GI) 0,9 ali manj (Mlačak, Blinc, Pohar in Stare, 2006). Kot merila za povišan krvni tlak smo opredelili naslednje vrednosti: če je sistolični krvni tlak znašal 140 mm Hg ali več, za povišani diastolični tlak pa tlak, ki je znašal 90 mm Hg ali več. V raziskavo smo vključili samo registrirane bolnike z diabetesom. Med kadilce smo uvrstili vse osebe, ki kadijo, ne oziraje se na število pokajenih cigaret na dan. Debelost smo določili s pomočjo indeksa telesne mase (ITM) tako, da se v skupino z zvečano težo uvrščajo osebe z vrednostjo indeksa, večjo od 24 kg/m.

Kot hiperholesterolemijo smo opredelili raven skupnega holesterola, večjo od 5,2 mmol/L, medtem ko smo raven fibrinogena v plazmi nad 3,4 g/L ocenili za povečano. Osebe, ki so z zdravili znižale raven holesterola v krvi in so imele v času meritve vrednosti holesterola pod 5 mmol/L, smo tudi uvrstili v skupino preiskovancev s hiperholesterolemijo. Za dedno obremenjeno osebo smo imeli, če je ožji družinski član (oče, mati, stari oče, teta) preiskovanca v preteklosti utrpel miokardni infarkt ali možgansko kap ali gangreno in amputacijo uda pred 65. letom starosti. Za varice smo imeli valjaste ali okroglaste razširitve v povirju vene safene magne in parve (trunkunsne varice), njunih številnih stranskih vej (retikularne varice) ter zbirnih ven in venul kože in podkožja (metličaste varice ali teleangiektazije). Za raziskovanje bolezenskih sprememb na venskem sistemu spodnjih udov smo uporabili klasifikacijo CEAP. Omenjena klasifikacija vključuje klinični (C), etiološki (E), anatomski (A) in patofiziološki (P) vidik opredelitve kronične venske odpovedi (Mlačak, Ivka in Ladika, 2011). Klinični del klasifikacije temelji na kliničnih znakih kronične venske bolezni in zajema sedem razredov: 0 = ni vidljivih ali tipljivih znakov venske bolezni, 1 = teleangiektazije ali retikularne varice, 2 = krčne žile (varice), 3 = otekline, 4 = kožne spremembe (hiperpigmentacije, lipodermatoskleroza), 5 = kožne spremembe, opisane pri razredu 4, in zaceljena venska razjeda in 6 = prej omenjene kožne spremembe in aktivna venska razjeda.

S pomočjo testa hi-kvadrat smo določili razlike v zastopanosti posameznih dejavnikov tveganja za aterosklerozo (hipertenzija, diabetes, hiperholesterolemija, kajenje, debelost, fibrinogen, dednost) med testno (skupina bolnikov s prebolelim AMI in kontrolno

skupino. Z isto metodo smo testirali razlike v prevalenci PAB in varic med preiskovanci s prebolelim AMI in skupino brez ishemične bolezni srca.

Primerjavo v debelini intime in medije (DIM) med testno in kontrolno skupino smo opravili s testom Mann - Whitney. Vrednost p , ki je bila manjša od 0,05, smo upoštevali kot statistično pomembno.

3 Rezultati

Pri preiskovancih testne skupine so bili pomembno pogosteje zastopani kot pri kontrolni skupini naslednji dejavniki tveganja: hipertenzija (89 % : 74%, $p < 0,01$), hiper-holesterolemija (81 % : 42 %, $p < 0,001$), zvečani fibrinogen (49 % : 31 %, $p < 0,01$), pozitivna družinska anamneza, dednost (49 % : 23 %, $p < 0,01$). Povprečna DIM 0,89, (0,75-0,98) v testni skupini je bila pomembno večja v primerjavi s povprečno DIM 0,72 (0,65-0,83 v kontrolni skupini ($p < 0,05$)). Znižani gleženjski indeks oziroma PAB smo ugotovili pri 38 (47,5 %) bolnikih s prebolelim AMI in pri 17 (21,3 %) preiskovancev kontrolne skupine ($p < 0,05$). V testni skupini je imelo 13 (16 %) preiskovancev prvi stadij, 21 (26 %) drugi stadij in 4 (5,5 %) tretji stadij po Fontainu. Hkrati je imelo v kontrolni skupini 14 (17,5 %) prvi stadij in 3 (4 %) preiskovancev drugi stadij po Fontainu. 78,8 % bolnikov po prebolelem AMI in 76,3 % preiskovancev kontrolne skupine ima krčne žile ali varice na spodnjih udih. Ta razlika ni statistično pomembna, ravno tako ni značilne razlike v prevalenci vseh stadijev kroničnega venškega popuščanja med testno in kontrolno skupino.

4 Razprava

V naši presečni študiji smo ugotavljali pogostost kazalnikov ateroskleroze oziroma oseb z znižanim GI in zvečano DIM na karotidnih arterijah v testni in kontrolni skupini. Ugotovili smo statistično pomembno večjo povprečno DIM in število oseb z znižanim GI pri preiskovancih s prebolelim AMI v primerjavi s skupino preiskovancev brez klinično zaznavne ishemične bolezni srca. To razlagamo z dejstvom, da je v testni skupini sočasno prisotno veliko število dejavnikov tveganja za aterosklerozo, ki pospešujejo proces aterogeneze na vseh segmentih arterijskega sistema, vključno na karotidnih arterijah. Rezultati naše raziskave so pokazali pomembno večjo pogostost PAB in GI manjši od 0,9 pri preiskovancih s prebolelim AMI v primerjavi s kontrolno skupino. Rezultati se ujemajo z izsledki raziskav drugih avtorjev, ki so ugotovili večjo prevalenco PAB pri bolnikih po miokardnem infarktu ali možganski kapi, saj gre tudi v teh primerih za kopičenje številnih dejavnikov tveganja pri posamezniku, ki povzročijo prizadetost arterij v celotnem organizmu (Heald, Fowkers, Murray in Price, 2006). Naša raziskava je ugotovila povečano DIM na karotidnih arterijah pri bolnikih prebolelim AMI in PAB, kar posredno kaže, da je znižani GI pomemben kazalnik ateroskleroze. Raziskave pri nas in v svetu so pokazale, da sta povečana DIM in zni-

žani GI kot kazalnika ateroskleroze tesno povezana s prisotnostjo dejavnikov tveganja za aterosklerozo, njihovim številom in s trajanjem, ter da obstaja močna povezava med celokupno srčno-žilno ogroženostjo in izraženostjo predkliničnih funkcijskih in morfoloških sprememb arterijske stene. Zaradi več vzrokov so si mnenja o napovedni vrednosti DIM kot dejavniku tveganja za nastanek srčno-žilnih dogodkov, kot sta miokardni infarkt in možganska kap, nasprotujoča. V raziskavi ARIC (The Atherosclerosis Risk in Communities Study) so ugotovili, da je povečana DIM povezana z 2- do 4-krat zvečanim tveganjem za koronarne srčne dogodke, medtem ko metaanalize presečnih in prospektivnih študij niso ugotovile pomembno večje napovedne vrednosti zvečane DIM za srčno žilne zaplete v primerjavi s Framinghamskimi tablicami koronarne ogroženosti. Ugotovljena dodatna napovedna vrednost za prihodnje srčnožilne dogodke je bila majhna, klinično neznačilna (Wald in Bestwick, 2009). Gleženjski indeks, manjši od 0,9, je kazalnik generalizirane ateroskleroze in dejavnik tveganja za nastanek aterotrombotičnih zapletov, kot so srčna ali možganska kap ter srčnožilna smrt. Z določanjem GI pri osebah brez simptomov, prvi stadij PAB po Fontainu, lahko odkrijemo tiste posameznike, ki že imajo aterosklerotično bolezen s hemodinamsko pomembno zožitvijo žilne svetline nad 70 %, pri katerih je preživetje dolgoročno močno ogroženo. Opravljene raziskave so pokazale, da je GI, manjši od 0,9, eden od najpomembnejših in od drugih dejavnikov tveganja neodvisen napovednik srčnožilnih dogodkov. Rezultati dosedanjih prospektivnih raziskav kažejo, da imajo preiskovanci z znižanim GI nižjo 5-, 10-, in 15-letno verjetnost preživetja. Znižani GI kot kazalnik asimptomatske PAB omogoča razpoznati osebe z zvečano srčnožilno ogroženostjo in je tudi dober napovednik srčno-žilnih dogodkov. Enostavna meritev sistoličnih tlakov na rokah in nogah z ultrazvočnim dopplerskim detektorjem torej daje pomembne podatke o stanju splošne srčno žilne ogroženosti. Ugotovitve drugih raziskav, da je povečana DIM kazalnik ateroskleroze, se ujema z rezultati naše raziskave, ki je pokazala, da je zvečana DIM pogosteje prisotna pri osebah s prebolelim AMI in hkratno prisotnostjo PAB (Polak, Szkió in O Leary, 2015). V tem je primeru povečana DIM lahko najzgodnejši stadij ateroskleroze, ki se pozneje preoblikuje v aterosklerotično leho. Pogosteje sta zadebelitev intime in medije dve različici fenotipa z različno biološko in genetsko kontrolo, saj se leha praviloma razvija »na novo« in ne na zadebeljeni intimi. Dejstvo je, da je zadebelitev intime in medije prva strukturna sprememba arterijske stene v procesu aterogeneze, ki jo lahko diagnosticiramo z neinvazivno ultrazvočno preiskavo. Poleg aterosklerotičnega procesa zadebelitev notranjih plasti arterije je lahko posledica bohotenja gladkih mišičnih celic in vezivnega tkiva v tuniki mediji kot odgovor na zvečani pretok, nateg arterijskega zidu pri hipertenziji ali preoblikovanju arterije pri zvečanemu premeru žilne svetline. Dandanes ni mogoče zanesljivo ločiti s pomočjo neinvazivnih diagnostičnih preiskav med aterosklerotično in z drugimi vzroki pogojeno zadebelitev intime in medije. Domnevamo, da bi pri osebah z aterosklerotično povzročeno zadebelitvijo intime in medije ob prisotnosti dejavnikov za aterosklerozo ugotovili večjo incidenco aterosklerotičnih zapletov na srčno-žilnem sistemu v opazovalnem obdobju v primerjavi z osebami z neprizadetimi arterijami. Zaključno, večina raziskovalcev meni, da ima prisotnost aterosklerotičnih plakov, predvsem nestabilnih s tankim pokrovom in veliko jadro plaka vnesenih

lipidnih vložkov pomembno napovedno vrednost za nastanek srčno-žilnih dogodkov (Polak, Szkió in O Leary, 2015). Na podlagi rezultatov naše raziskave in številnih epidemioloških raziskav drugih avtorjev sklepamo, da sta povečana DIM karotidnih arterij in znižani GI ob prisotnosti aterosklerotičnih plakov kazalnika ateroskleroze in predstavljata dodatno vrednost v napovedi srčno-žilnih dogodkov.

V testni in kontrolni skupini smo ugotovili veliko prevalenco varic in kroničnega venskega popuščanja. Pri tem je potrebno poudariti, da je v testni in kontrolni skupini velik odstotek oseb starejših od 60 let. Starost pa je pomemben dejavnik tveganja za vse kronične bolezni, tako tudi za nastanek krčnih žil. Preiskovanci obeh skupin s klinično pomembnimi krčnimi žilami (stadij 3, 4, 5 in 6) imajo zaplete pogosteje (globoka venska tromboza, težje oblike kroničnega venskega popuščanja) kot preiskovanci s klinično nepomembnimi varicami, tj. varicami, ki sodijo v stadij 1 in 2. Hkrati nismo ugotovili pomembno večjega števila varic in kroničnega venskega popuščanja pri bolnikih s prebolelim AMI in preiskovancih s PAB. Nekateri avtorji so ugotovili večjo prevalenco patoloških stanj venskega obtoka pri bolnikih z aterosklerotičnimi spremembami na arterijah (Empter, Shaper in Alexander, 1990; Grossman in Lauten, 1978). Ti nastanek aterosklerotične venopatije pri PAB razlagajo z zmanjšano oskrbo sosednjih ven s kisikom in hranljivimi snovmi, kar pripelje do tromboze, poškodbe venskega zidu in insuficience venskih zaklopk. Zaradi arterijske stenoze in širjenja kolateralnega krvotoka in venul hkrati slabi mehanizem zmanjšanja arterijsko-venske razlike (*vis a tergo*) in zaradi ishemije mišic goleni slabi učinek mišične črpalke. V resnici pa ta hipotetična povezava ni dokazana. To potrjujejo tudi naši rezultati. Gre za naključna opažanja posameznih avtorjev, pri katerih so na prisotnost ali odsotnost varic poleg PAB pomembno vplivali še drugi dejavniki, kot so dednost, starost, spol, ortostaza, tromboza in tromboflebitis. Aterosklerotična venopatija, tj. varica povzročena z aterosklerotično stenozo arterije, je relativno redka. Drugi dejavniki tveganja za nastanek varic pri testni in kontrolni skupini, ki so veliko pogostejši in bolj vplivni, nadomestijo učinek PAB kot dejavnika tveganja za nastanek varic in kroničnega venskega popuščanja.

5 Zaključek

Bolezni arterij z aterosklerotičnimi zapleti so pri nas in v svetu vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti pri moških in ženskah. Glede na dejstvo, da učinkovitega zdravila za odpravo ateroskleroze ni, lahko pogostost aterosklerotičnih zapletov, kot so srčni infarkt, možganska kap in gangrena udov, zmanjšajo le sistematični dolgoročni preventivni ukrepi, ki temeljijo na odpravljanju in zdravljenju dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Ob tem vedno poudarjamo, da se v primarni preventivi ne usmerjamo le k posameznim dejavnikom tveganja, temveč je za vsakega posameznika potrebno oceniti njegovo skupno srčno - žilno ogroženost in sestaviti načrt preprečevanja zapletov, ki temelji na zdravem življenjskem slogu, izogibanju stresa in redni telesni dejavnosti. Ugotavljanje zgodnjih morfoloških sprememb na notranji plasti arterije, kot so nestabilne aterosklerotične lehe, zadebelitve intime in medije, ter ugotavljanje

funkcionalnih motenj, kot so določanje GI, krčljivosti srčne mišice in meritev hitrosti krvi na posameznih žilnih odsekih, so postopki, ki pripomorejo bolj učinkovitemu preprečevanju zapletov ateroskleroze. Pri osebah z veliko koronarno ogroženostjo, tj. pri pacientih z izraženo klinično sliko ishemične, cerebrovaskularne ali periferne arterijske bolezni je potrebno z nefarmakološkimi ukrepi in zdravili doseči ciljne vrednosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo. Patofiziološka dogajanja pri kroničnem venskem popuščanju so veliko bolj zapletena kot pri periferni arterijski bolezni, ker ob dedno pogojeni dovzetnosti na celotno hemodinamiko v venskem sistemu poleg obratnega pretoka krvi, tj. refluksa krvi, vplivajo stranske kolaterale, kot obvodi, zapora določenih venskih odsekov in funkcionalna sposobnost mišične črpalke. Pri venskih bolezni in zapleti, kot so varice, vnetja kože, golenja venska razjeda in globoka venska tromboza, so poglaviti dejavniki tveganja dedno pogojena šibkost vezivnega tkiva, ženski spolni hormoni in starost. Z oziroma da primarna preventiva ni učinkovita, dolgoročno je za preprečevanje nastanka krčnih žil oziroma varic in poslabšanja bolezenskega stanja, najbolj učinkovita starosti primerna telesna dejavnost in učinkovita kompresija spodnjih udov (elastični povoji in nogavice, kompresijski sistemi).

LITERATURA

1. Choi, S. Y. in Park, J. S. (2015). The comparison of carotid artery intima media thickness and plaque characteristics between patients with ST-elevation myocardial infarction and coronary artery chronic total occlusion. *Biomedical Science Letters*, 21 (4), 198–207.
2. Empter, M., Schaper, C. in Alexander, K. (1990). Koinzidenz von arterieller Verschlusskrankheit und chronischer Veneninsuffizienz. *Phlebologie Proctol*, 19 (3), 215–222.
3. Grossman, K. and Lauten, A. (1978). Zur Koinzidenz von Arteriosclerosis obliterans und der Venenerkrankungen. *Ber Ges Inn Med*, 11 (6), 131–133.
4. Heald, C. L., Fowkes, F. G., Murray, G. D. in Price, J. F. (2006). Ankle Brachial Index Collaboration, Risk of mortality and cardiovascular disease associated with the ankle-brachial index: systematic review. *Atherosclerosis* 189 (1), 61–69.
5. Mlačak, B., Blinc, A., Pohar, M. in Stare, J. (2006). Peripheral arterial disease and ankle-brachial pressure index as predictor of mortality in residents of Metlika county, Slovenia. *Croat Med J*, 47 (2), 327–334.
6. Mlačak, B., Ivka, B. in Ladika, R. (2011). Kronične bolezni povrhnjih ven in kronično vensko popuščanje. *Zdrav Vestn*, 80 (8), 917–932.
7. Mrak, M. in Bunc, M. (2014). Kronične popolne zapore koronarnih arterij: klinični pomen in perkutano zdravljenje. *Med Razgl*, 53 (3), 319–334.
8. Naqvi, T. Z. and Lee, M. S. (2014). Carotid intima-media thickness and plaque in cardiovascular risk assessment. *JACC Cardiovasc Imaging*, 7 (10), 1025–1038.
9. Nicolades, A. N. (2000). Investigation of chronic venous insufficiency. *Circulation*, 102 (1), 1–49.
10. Polak, J. F., Szkio, M. and O'Leary, D. H. (2015). Associations of Coronary Heart Disease with Common Carotid Near and Far Wall Intima-Media Thickness: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Soc Echocardiogr*, 28 (9), 1114–1121.
11. Poredoš, P., Poredoš, P. in Visnovič - Poredoš, A. (2006). Pomen odkrivanja predkliničnih oblik ateroskleroze. *Zdrav Vestn*, 75 (6), 475–481.
12. Wald, D. S. in Bestwick, J. P. (2009). Carotid ultrasound screening for coronary heart disease: results based on a meta-analysis of 16 studies and 44861 subjects. *J Med Screen*, 16 (3), 147–154.

Stopnja osebnostnega razvoja in rasti

UDK 614.253+159.923.2

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena vzgoja, medicinske sestre, samopodoba

POVZETEK - Poudarek na osebnostnem razvoju postaja vedno bolj aktualen med nami in vedno več je delavnic na temo osebne rasti in razvoja. Ljudje želijo biti srečni, živeti v miru in predvsem živeti kakovostno. Večkrat slišimo, kako pomembno je, da smo predvsem duševno zdravi in šele nato telesno, vendar postaja to vedno bolj problematično, kajti vsakodnevno se srečujemo s stresom in psihičnimi zlomi, tudi med zelo izobraženimi ljudmi. Tukaj pa nastopi medicinsko osebje in za to izobraženi ljudje na primarnem nivoju, da preprečijo nastanek problemov, preden se ti pojavijo, z zdravstveno vzgojo in vzgojo za zdravje. Zelo pomembno pa je, da se medicinska sestra najprej pri sebi nauči, kako pomembna je osebnostna rast in da ima željo po napredovanju in vseživljenjskem učenju, kajti šele ko bo to sama osvojila, bo dobra učiteljica in zgled drugim. V prispevku predstavljamo rezultate raziskave, kjer bomo ugotavljali osebnostno in profesionalno rast medicinskih sester in kako ocenjujejo lastno samopodobo. Predstavili bomo nekaj kompetenc medicinskih sester; ki se nanašajo na vzgojo in izobraževanje, in glavne probleme v tej temi ter si zastavili cilje, kako v prihodnje, da nam bo vsem lepše, bolje in lažje v življenju, predvsem pa, kako pristopiti k pacientom ali drugim, ko spoznamo, da imajo nizko samopodobo, da nimajo v življenju nobenih želja, ciljev in motivacije.

UDC 614.253+159.923.2

KEY WORDS: health education, nurse/nursing, self-esteem

ABSTRACT - Currently, personal development is an important topic; many popular workshops and teaching courses emphasise the relevance of personal growth and development. People wish to live a happy and peaceful quality life. We often hear that what is most important is to be mentally healthy and that physical health is secondary, but this is becoming increasingly difficult for we are seeing stress and psychological breakdown even in very competent and educated people. Medical staff and trained personnel at the primary level have the responsibility to try to prevent such events by offering medical advice and health education. It is very important that the nurse first realises the importance of personal development herself, wants to grow and develop new skills as part of her lifelong learning. Only then can she be a good teacher for others to look up to. In this article, we present the study on personal and professional growth in nurses, including their assessment of their own self-esteem. Certain competences of nurses in education and training are also described. We present the main problems in this area and set the goals for achieving a better and more fulfilling life, and most importantly, the way to approach patients with low self-esteem, who are often confused as to what they want or are lacking goals and motivation, so that we can help them more efficiently to our mutual satisfaction.

1 Uvod

V življenju se vedno bolj zavedamo, kaj nam je bolj in manj pomembno, vendar zgotovo pa vsi vemo, da je zdravje na prvem mestu. Kako vrednotimo in cenimo zdravje, je odvisno od naše osebnosti, izkušenj, družine, ki nam je privzgojila pogled na to, družb, a, okolje in še bi lahko naštevali dejavnike. Z gotovostjo lahko trdimo, da ko nas kaj muči in ne moremo reči, da smo zdravi, takrat se še bolj zavedamo mankov. Danes živimo v svetu, v katerem imata vrednoti kakovost življenja in sreča velik pomen. Na to pa vpliva več dejavnikov na katere imamo in nimamo vpliva. Nam vsem je zelo poznana beseda stres. Vse kar se nam dogaja povezujemo z njim. Pogosto, ko zbolimo nam na primer rečejo zboleli ste zaradi stresa ali preveč stresa je prisotnega

v vašem življenju in podobno. Vendar je pomembno tudi to, da vemo kot medicinke sestre kako stresne dejavnike odpraviti, svetovati pacientom, svojcem in navsezadnje pomagati tudi sebi.

Naša osebnost se izoblikuje in raste vse življenje in medicinske sestre se izoblikujemo v najboljše na podlagi znanja, izkušenj in kakšne osebnosti smo. Namen prispevka je predstaviti stopnjo osebnostnega razvoja in rasti, zdravstveno vzgojno delo, naloge medicinske sestre pri vzgoji za osebnostni razvoj, spoznali bomo tudi tehnike in metode učenja, ki pripomorejo k osebnostni rasti. Izvedli bomo tudi raziskavo z anketnim vprašalnikom, kjer bomo ugotavljali o osebnostno in profesionalno rast medicinske sestre in kako ocenjujejo lastno samopodobo. Predstavili bomo nekaj kompetenc medicinskih sester, ki se nanašajo na vzgojo in izobraževanje. Predstavili glavne problematike v tej temi in si zastavili cilje, kako v prihodnje, da nam bo vsem lepše, boljše in lažje v življenju.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Razvoj in osebnostna rast

Osebnostni razvoj je življenjski proces, ki se začne z rojstvom in konča s smrtjo. V tem smislu zdravo osebnost označuje napredujoč in razmeroma nepretrgan proces osebnostne rasti. Osebnost raste in zori iz temeljnih zasnov vzgojenih dispozicij in se pod vplivom okolja in lastne dejavnosti bolj ali manj uspešno približuje najvišjim mejam razvoja. Osebnostni razvoj naj bi se kazal v vsestranskem in nepretrgan razvijanju osebnostnih spretnosti, zmogljivosti ter nagnjenj, skratka v uresničevanju osebnostnih potencialov. Osebnostni razvoj pa se ne kaže le v postopnem uresničevanju danih dispozicij, temveč tudi v samopreseganju (Brečko, 1995).

Jončič (2011) v svojem članku navaja, da je Viktor E. Frankl, zdravnik in psihiater, s svojimi pristopi raziskoval človekove zmožnosti in ugotovil, da človek v vseh okoliščinah najde iskani smisel, kar imenuje »samopreseganje«. Opisuje, da biti človek pomeni biti vedno nekam usmerjen, biti naravnani na nekaj ali na nekoga drugega – na smisel, ki ga mora izpolniti, ali na nalogo, ki jo mora uresničiti, ali na srečanje z nekim človekom, ali na ljubljeno osebo. Zmožnost samopreseganja opredeli kot zmožnost človeka, da pozabi nase in se posveti nečemu, kar ni on sam.

Človek s predanostjo nečemu zunaj sebe preseže okoliščine, v katerih je, ker njegova zavest ni usmerjena na njega samega in na lastne okoliščine. Če ima pred seboj nekaj, kar je zanj na nek način pomembnejše od njegovega trenutnega stanja, to dobi razsežnost smisla. Preseganje lastnih okvirov, strahov in tesnobe človeku daje možnost, da nekaj stori tudi glede okoliščin, s katerimi se sooča, da se spremeni ali da po potrebi spremeni resničnost. Tako človek lahko izrazi lastne potenciale, ki so še skriti tudi njemu samemu.

3 Vzgoja za zdravo osebnostno rast z načeli pozitivne psihologije

Zdravstvena vzgoja je tesno povezana z ohranitvijo in krepitvijo zdravja ter preprečevanja boleznih posameznika. Je kombinacija procesov učenja, ki jih načrtujemo zato, da okrepimo skupinsko in posamično obnašanje, ki vodi k zdravju. Ljudi moramo ozaveščati in spodbujati k temu da se med različnimi možnostmi, ki jih ponuja okolje in družba, odločijo za tiste, ki so naklonjene k zdravju (Petrovčič, b.d.).

Prav tako je vzgoja za zdravje pomemben in nepogrešljiv del promocije zdravja in je definirana kot planiran proces za doseganje znanja in spremembe vedenja povezanega z zdravjem ali boleznijo. Pri tem je seveda potrebno upoštevati njene zakonitosti kot dinamičen proces učenja. Vzgoja za zdravje ni samo širjenje informacij/informiranje, ampak je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socioekonomskih faktorjev. Namen je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje. Vzgoja za zdravje želi povezati vsa prizadevanja za zdravje. Izhaja iz širšega modela razumevanja promocije zdravja (telesni, duševni, duhovni, okoljski in družbenih vidiki) ter poleg medicinskih vključuje tudi najnovejša spoznanja in veščine na kognitivno vedenjskem, psihološkem, pedagoškem, sociološkem, komunikološkem in drugih področjih. Vzgoja za zdravje je proces, ki usposablja ljudi, da imajo večji nadzor nad življenjem, zdravjem - opolnomočenje, krepitev potencialov in močnih točk, usmerjanje v spremembo nezdravega vedenja (Ottawska listina, 1986; Koprivnikar, Pucelj, 2010, v Pucelj, 2011).

Izraz vzgoja za zdravje je sodoben izraz za zdravstveno vzgojo in se ga razume kot nadgradnjo obstoječe zdravstvene vzgoje. Tradicionalna zdravstvena vzgoja je delovala na principih posredovanja informacij o zdravju posamezniku ali skupini in je poudarjala v glavnem telesno zdravje in ni zajela širših vidikov zdravja. Zdravstvena vzgoja je delovala na osnovi zaporednosti, potem ko se je problem že pojavil (Koprivnikar in Pucelj, 2010).

Positivna psihologija je področje psihologije, ki se ukvarja z raziskovanjem človekovih virov in potencialov. Predvsem jo zanimajo pozitivni vidiki življenja. Področje pozitivne psihologije kot novo področje psihologije, ki se v primerjavi s klasično psihologijo osredinja na pozitivne strani ljudi. Namen pozitivne psihologije je obuditi pomen svobodne volje, zato temelji na pojmih moči in kreposti. Zato se pozitivna psihologija prvenstveno zanima za pozitivno čustvovanje, optimizem, za zadovoljstvo z življenjem. Namen pozitivne psihologije je torej narediti paradigmatški premik od preučevanja boleznih, težav, stisk in motenj tudi k proučevanju in razvijanju človeškega potenciala (Cerar, 2015).

S pozitivno psihologijo psihično zdravje dobi pozitivno definicijo, saj ni več definirano kot odsotnost psihičnih boleznih ali motenj, ampak kot prisotnost pozitivnih individualnih spremenljivk. Preučevanje teh spremenljivk je v zadnjih letih postalo predmet načrtnega in obsežnega znanstvenega raziskovanja (Cerar, 2010, v Musek, 2012).

Koncept pozitivnega zdravja je razvila M. Jahoda leta 1958, ki je trdila, da je pozitivno duševno zdravje mogoče obravnavati kot trajne osebne lastnosti, ki so tudi bolj

ali manj odvisne od osebnosti in socialnega stanja. V svoji knjigi *Koncepti pozitivnega duševnega zdravja* je M. Jahoda opredelila šest pristopov k opredelitvi pozitivnega duševnega zdravja, in sicer so to (v Musek, 2002):

- odnos do samega sebe (ang. attitude toward own self);
- rast, razvoj in samoaktualizacija (ang. growth, development, and self-actualization);
- integracija (ang. integration);
- avtonomija (ang. autonomy);
- dojemanje realnosti (ang. perception of reality);
- obvladovanje okolja (ang. environmental mastery).

Verjetno je bila M. Jahoda prva avtorica, ki je v povezavi s preučevanjem pozitivnega psihičnega zdravja analizirala obstoječo znanstveno literaturo o spremenljivkah, povezanih z normalnim, optimalnim psihičnim delovanjem (Musek, 2005, v Cerar 2015).

4 Naloga medicinske sestre pri vzgoji za osebnostni razvoj

4.1 Vzgoja mladostnika za osebnostno rast in razvoj

Zdravstvena vzgoja mora temeljiti na pedagoških metodah, ki spodbujajo sodelovanje. Zgolj informacija o tem, kaj naj bi mladi počeli, verjetno ne bo dovolj. Učence moramo dejavno vključiti v učni proces in jih prepričati, da je učna snov bistvenega pomena za njihove lastne izkušnje (Weare in Gray, 2010).

Razvoj duševnosti in osebnosti bodočega odraslega človeka se v adolescenci strne na pet glavnih področij: iskanje lastne identitete, razvijanje svoje spolne vloge, urejanje odnosa do staršev in drugih odraslih, usmerjanje odnosov z vrstniki in oblikovanje odnosa do dela z razvijanjem ustvarjalnosti. Mladostnik doživlja svet intenzivno z vedno novimi odtenki. To mu omogoča večja sposobnost zaznavanja in opazovanja, ki je otrok nima. Prek vseh nasprotij se išče in spoznava. Pri tem tudi preizkuša svoje okolje in trdnost ter omejitve, ki mu jih to postavlja. Vedeti hoče, kje so meje njegove vzdržljivosti in volje. Opazuje odziv drugih, posebno tistih, ki so mu na kakršenkoli način pomembni. Oceniti želi njihova čustva do sebe, poskuša si jih pridobiti in izziva njihovo potrpežljivost. Psihično življenje adolescentov je zapleteno, dinamično in raznoliko. Ni ga adolescenta, ki si ne bi želel, da bi ga imel kdo rad in ga cenil, se zanimal zanj in ga obdal z nežnostjo. Zato je družina tudi vezni člen med mladostnikom in družbo ter širšim okoljem. Prek nje prenaša družba na mladostnika norme, vedenjske vzorce in vrednostni sistem, veljaven za kulturo tistega časa. Družina lahko rahlja ali krepi pritiske, izvirajoče iz družbe in tako tudi posredno vpliva na razvoj mladostnikove osebnosti (Horvat in Žagar, 2006).

4.2 Vloga medicinske sestre pri oblikovanju mladostnikove samopodobe

Medicinska sestra tudi uči bolnika s svojim znanjem in zgledom. Pomemben je pravi pristop, še posebej pri tako posebni skupini bolnikov, kot so mladostniki. Odgovornost medicinske sestre je zelo velika, saj ima lahko njena zdravstvena vzgoja velik vpliv. Problem pa je, da so običajno mladostniki zaprti vase in ne govorijo radi

o svojih problemih, tako da mora biti medicinska sestra tudi dobra opazovalka. Prvi korak pa je, da ji bolnik začne zaupati in da ve, da se lahko obrne nanjo vsak trenutek, ko jo potrebuje (Hrovat in Žagar, 2006).

Mladostništvo je že tako zelo težavno obdobje, saj imajo mladostniki veliko težav z iskanjem lastne integritete, sami s seboj in v stikih z drugimi ljudmi. Potrebujejo veliko podpore in pogovorov. Za normalno funkcioniranje mladostnika je pomembno, da uspešno obvladuje razvojne naloge, kar vodi do socialnega odobravanja, predstavlja prilagojeno vedenje v družbi, na ravni posameznika pa prispeva k njegovemu subjektivnemu zadovoljstvu in zanj predstavlja ugodno pripravo, oziroma izhodišče za uspešno obvladovanje razvojnih nalog v naslednjem razvojnem obdobju. Neuspešno obvladovanje posamezne ali več razvojnih nalog vodi posameznika k splošnemu nezadovoljstvu s samim seboj, do družbenega neodobravanja njegovega vedenja in povečuje verjetnost, da bo imel v prihodnosti težave tudi pri obvladovanju razvojnih nalog v naslednjih razvojnih obdobjih (Roškar, 2008).

Samopodoba se razvija postopoma. Na njeno oblikovanje vplivajo razvojni dejavniki, naše izkušnje s samim seboj in z okoljem ter predvsem to, kako ocenjujemo, da nas vidijo in vrednotijo drugi ljudje. Psiholog Carl Rogers pravi, da imamo vsi ljudje izraženo potrebo, da bi nas drugi pozitivno vrednotili. Želimo si biti ljubljeni, sprejeti in cenjeni. V otrokovem razvoju je odločilno to, kako ga imajo radi in kako ga cenijo tisti, ki so zanj najpomembnejši. To so najprej starši, nato bratje, sestre, stari starši, sorodniki, vrstniki in seveda vzgojitelji, učitelji ter medicinske sestre, ki so vpete v vzgojo za zdravje (Tacol, 2008).

5 Metodologija

5.1 Namen in cilj raziskave

Namen in cilj raziskave je predstaviti osebnostno in profesionalno rast medicinskih sester, oceniti njihovo lastno samopodobo in ugotoviti vpliv delovne dobe na usklajenost v razmišljanju z delovno organizacijo, katere sestavni člen so. Prav tako smo ugotavljali povezavo med samopodobo medicinske sestre in zadovoljstvom z njenim profesionalnim razvojem.

5.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- Na kakšen način imajo medicinske sestre dobro razvite veščine ali kompetence, ki se nanašajo na izobraževanje in vzgojo?
- Kako dobro imajo medicinske sestre razvito samopodobo in če so zadovoljne s svojim osebnostnim in profesionalnim razvojem?
- Kakšne so razlike med medicinskimi sestrami z manj ali več delovne dobe z mnenji in vrednotami s svojo organizacijo?

5.3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi dela, s katerem smo v teoretičnem delu preučili domačo in tujo literaturo. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani in analizirani primarni ter sekundarni viri. Primarni viri so bili pridobljeni z anonimnim anketnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel. Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi literature. Sekundarni viri so bili zbrani s pomočjo pregleda strokovne literature.

5.4 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik. Vprašalnik je zajemal 7 demografskih vprašanj in 1 sklop vprašanj po Likertovi lestvici stališč in se je nanašal samo na kompetence medicinskih sester o osebnostnem razvoju. Anketirani so odgovarjali na vprašanja, ki so že ponujala odgovore.

5.5 Opis vzorca

Raziskava je bila usmerjena na zdravstvene delavce, natančneje na medicinske sestre, ki se šolajo na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. V raziskavo smo vključili 30 medicinskih sester, od tega jih je 21 vprašalnik vrnilo, 9 jih vprašalnik ni izpolnilo. Medicinske sestre smo izbrali med sošolci, sodelavci in znanci. Anketiranje se je izvajalo v mesecu maju 2016. Anketni vprašalnik je izpolnilo 15 (71 %) oseb ženskega spola in 9 (29 %) moškega spola. Delovna doba zaposlitve je bila med anketiranimi razdeljena na več kot 20 let delovne dobe ima le 1 (10 %) anketirana, 1-2 leti delovne dobe imajo 4 (19 %) anketirani, 3-5 let delovne dobe ima 8 (38 %) anketiranih oseb. 6-10 let, 11-15 let in 16 do 20 let delovne dobe imajo po dva (10 %) sodelujoča v raziskavi.

5.6 Opis obdelave podatkov

Vse anketne vprašalnike smo razdelili osebno in jim zagotovili anonimnost, prav tako možnost zavrnitve izpolnjevanja. Rezultate smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Office Excel ter jih prikazali grafično, numerično in opisno.

5.7 Rezultati

Popolnoma zadovoljne s svojo osebnostno rastjo je 5 (24 %) anketiranih, Popolnoma nezadovoljni so 4 (19 %) anketiranih. Delno zadovoljni, ki si prizadevajo k boljši osebnostni rasti so 4 (19 %) anketiranih. 8 (38 %) anketiranih je odgovorilo, da so delno zadovoljni, vendar jih pomanjkanje časa, težave in tempo ovirajo pri osebnostni rasti.

Graf 1: Zadovoljstvo z osebnostno rastjo



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

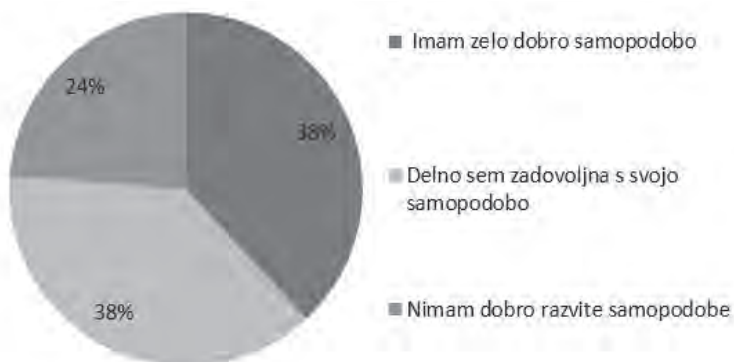
Popolnoma zadovoljni s svojim profesionalnim razvojem je 8 (38 %) oseb. Popolnoma nezadovoljni s svojim profesionalnim razvojem so 3 (14 %) oseb. Delno zadovoljnih, ki si prizadevajo za boljši profesionalni razvoj je 6 (29 %) oseb in delno zadovoljnih, ki čutijo ovire so 4 (19 %) oseb.

Graf 2: Zadovoljstvo s profesionalnim razvojem



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Graf 3: Mnenje o lastni samopodobi



Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

Samopodobo ima zelo dobro razvito 8 (38 %) anketiranih, delno je zadovoljnih s svojo samopodobo 8 (38 %) anketiranih in 5 (24) jih nima dobro razvite samopodobe.

Tabela 1: Razvitost kompetenc

Kompetenca	ni razvita		nekoliko razvita		precej razvita		zelo razvita	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
Poznam mednarodne trende v vzgoji in izobraževanju.	5	23,81	3	14,29	13	61,90	0	0,00
Poznam nacionalno politiko vzgoje in izobraževanja.	5	23,81	5	23,81	8	38,10	3	14,29
Učinkovito načrtujem delo v zdr. ustanovi, kjer delam.	2	9,52	5	23,81	10	47,62	4	19,05
Učinkovito spremljam uresničevanje zastavljenih ciljev.	1	4,76	6	28,57	7	33,33	7	33,33
Ustrezno vključujem sodelavce v proces načrtovanja.	2	9,52	3	14,29	11	52,38	5	23,81
Učinkovito vključujem pacienta in svoje v zdr. vzgojo.	1	4,76	5	23,81	9	42,86	7	33,33
Imam razvit učinkovit sistem uvajanja novo zaposlenih delavcev.	2	9,52	3	14,29	9	42,86	7	33,33
Omogočam profesionalni razvoj zaposlenih.	1	4,76	7	33,33	8	38,10	5	23,81
Spremljam vpliv profesionalnega razvoja zaposlenih na kakovost dela zdr. ustanove.	1	4,76	7	33,33	11	52,38	2	9,52
Spodbujam napredovanje zaposlenih.	2	9,52	1	4,76	12	57,14	6	28,57
Ustrezno rešujem konflikte v zdr. ustanovi.	1	4,76	3	14,29	12	57,14	5	23,81
Imam razvit učinkovit sistem obveščanja zaposlenih.	1	4,76	3	14,29	12	57,14	5	23,81
Znam učinkovito komunicirati z zaposlenimi.	1	4,76	3	14,29	8	38,10	9	42,86

Dobro načrtujem zdravstvene aktivnosti.	1	4,76	1	4,76	13	61,90	6	28,57
Spoštujem sodelavce kot strokovnjake.	1	4,76	0	0,00	10	47,62	10	47,62
Pravično ravnam z vsemi pacienti.	1	4,76	2	9,52	6	28,57	12	57,14
Zagotavljam varnost zaposlenih.	1	4,76	1	4,76	10	47,62	9	42,86
Zagotavljam varno okolje za paciente.	1	4,76	2	9,52	9	42,86	9	42,86
Skrbim za dobro počutje zaposlenih.	1	4,76	2	9,52	12	57,14	6	28,57
Skrbim za dobro počutje pacientov in svojcev.	1	4,76	1	4,76	8	38,10	11	52,38
Znam evalvirati svoje delo.	1	4,76	0	0,00	13	61,90	7	33,33
Znam načrtovati lastni strokovni razvoj.	1	4,76	2	9,52	11	52,38	7	33,33
Prepoznavam priložnosti za lastni strokovni razvoj.	1	4,76	2	9,52	10	47,62	8	38,10
Sistematično razvijam svojo strokovnost (znanje in spretnosti).	1	4,76	3	14,29	8	38,10	9	42,86
Kakšno samopodobo imaš na delovnem mestu?	2	9,52	3	14,29	8	38,10	8	38,10
Misliš, da se mlajše med. sestre bolj udeležujejo izobraževanja kot starejše DMS?	1	4,76	7	33,33	8	38,10	5	23,81
Zadovoljstvo s svojim življenjem dobro vpliva na razvito kompetenco reševanja konfliktov v zdravstveni ustanovi ?	2	9,52	2	9,52	8	38,10	9	42,86

Vir: Anketni vprašalnik, 2016.

6 Razprava

Kompetence medicinske sestre, ki se nanašajo na vzgojo in izobraževanje v naši raziskavi so poznavanje trendov in politike v vzgoji in izobraževanju, vključevanje sodelavcev v proces načrtovanja in vključevanje pacienta in svojce v zdravstveno vzgojo. Najbolj razvito kompetenco predstavlja prav vključevanje pacienta in svojce v zdravstveno vzgojo. V kompetenci poznavanja nacionalne politike, vzgoje in izobraževanja medicinske sestre niti nimajo najbolj razvito oziroma ni zelo razvita. Če te dve kompetence primerjamo z vsemi ostalimi navedenimi v raziskavi, ugotovimo da so prav te dve najmanj razvite od vseh. Predvidevamo lahko, da je vzgoja v povezavi z zdravstvom zadnja leta v velikem razmahu. Pred tem, so vzgojo izvajale medicinske sestre sprotno, nenačrtno in tekom dela, na način da so pacientom svetovale, odgovarjale na vprašanja in jih poučevale v pogovoru. Danes je vzgoja dobila velike razsežnosti, saj poznamo veliko aktivnih programov, ki potekajo v bližini vsakega posameznika.

V raziskavi smo ugotovili, da so medicinske sestre samozavestnejše in bolj zadovoljne s svojo profesionalno rastjo. Polovica anketiranih se je opredelila, da je popolnoma za-

dovoljna, sledi pa ji izjava, da si prizadevajo za profesionalno rast. Podoba medicinske sestre se je v primerjavi s preteklostjo razvila v samozavestno in strokovno dovršeno osebo, ki stoji za svojim delom z vso odgovornostjo. Nobena od medicinskih sester ni popolnoma nezadovoljna z profesionalnim razvojem, saj samozavestna medicinska sestra oziroma vsak posameznik, jasno vidi svoje cilje in si jih vedno prizadeva doseči. Podatki raziskave so zaskrbljujoči, saj medicinske sestre, ki imajo manj delovne dobe odgovarjajo, da jim ni jasno, kakšni so cilji, vrednote in želje organizacije. Če ta podatek primerjamo z odgovorom medicinskih sester, ki imajo več delovne dobe, lahko ugotovimo veliko nezadovoljstvo z organizacijo medicinskih sester z manj delovne dobe. Predvidevamo lahko, da so vzroki različni. Današnja zaposlitvena politika ne omogoča takojšnje stalne zaposlitve, kar lahko za mlajšo medicinsko sestro, ki nastopi s kariero pomeni prekinitev načrtov za prihodnost. Mnoge iz strahu pred izgubo službe, ki jim grozi zaradi porodniške odsotnosti, načrtuje družino kasneje. Prav tako se kasneje osamosvojijo, saj služba za nedoločen čas pomeni tudi finančno nestabilnost. Drugi razlog z nezadovoljstvom, bi lahko bil tudi varčevanje znotraj organizacije. Tekom izobraževanja jih poučijo o standardih, protokolih dela, najnovejših trendih, pa vendar jih potem ne morejo zaradi varčevalnih ukrepov tudi izvajati.

7 Sklep

Zadnja leta se dogajajo velike spremembe na področju dela in življenja. Narava dela se spreminja, negotovost na več področjih, globalizacija, finančna in ekonomska kriza, napredovanje informacijske tehnologije. Vendar v določenih stvareh pa nazadujemo in menimo, da pozabljamo na sebe. Vse te spremembe se odražajo na telesnem in psihičnem zdravju posameznika. Kot posledica psihičnemu neravnovesju se začnejo pojavljati spremembe tudi na človekovem družinskem, družbenem in poklicnem življenju. Na zdravje človeka vpliva več faktorjev, vendar pa je vsakega posameznika dolžnost, da za svoje zdravje v prvi vrsti sam poskrbi. Izrednega pomena je psihično blagostanje v človekovem življenju, čeprav ga pogosto zanemarimo in postavimo na stranski tir. Skrbeti zase pomeni ohranjati in izboljševati svoje zdravje in preprečevati bolezni. Močno jo lahko povežemo s samopodobo in samospoštovanjem, kvaliteto življenja, daljšo življenjsko dobo in poklicno pot.

V članku Lik medicinske sestre (b.d.) so predstavili medicinsko sestro kot njeno poklicno skupino najprej s svojo samopodobo (identiteto), predstavo, ki jo ima o sami sebi; del le te je profesionalna samopodoba, ki se nenehno prilagaja glede na psihološke, sociološke in druge okoliščine. Nič manj pomembno ni predstavljanje s svojo osebnostjo, s prirojenimi in pridobljenimi človeškimi lastnostmi, čustveno zrelostjo in humanostjo. Tretja pomembna postavka je profesionalizem, kjer se izkazuje kot strokovnjakinja s preverjenim teoretičnim in praktičnim znanjem, z vseživljenjskim učenjem, podkrepjenim z znanstvenimi in pedagoškimi osnovami. Skozi vse njeno delovanje je zaznati interes in skrb za posameznika, ki je pred lastnim interesom.

S tem prispevkom smo želeli prikazati kako pomembno bo v prihodnje graditi na osebni in profesionalni rasti. Medicinske sestre se pa moramo tega še toliko bolj zavedati pomen vsega tega, kajti naše znanje moramo podajati tako pacientom, svojcem, svoji družini in navsezadnje tudi sebi. Le dobro razvite kompetence in naše nenehno izobraževanje nas bo odlikovalo v ugledno medicinsko sestro, ki bo tudi navzven kazala svojo dobro samopodobo in bomo ponos sebi, družbi in navsezadnje tudi dober vzgled vsem, ki nas spremljajo.

LITERATURA

1. Brečko, D. (1995). Osebnostni razvoj in učenje odraslih. *Andragoška spoznanja*, 1 (1/2), 10–13.
2. Cerar, J. (2015). Dimenzije osebnosti in psihično blagostanje. *Sodobne teme na področju edukacije III*. Pridobljeno 10. 5. 2016, s http://www.pef.unilj.si/fileadmin/Datoteke/CRSN/PhD/Sodobne teme_na_podroczju_edukacije_III.pdf.
3. Horvat, N. in Žagar, M. (2006). Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo – prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih. V V. Čuk (ur.), *Obravnava mladostnika s psihozo, strokovno srečanje* (str. 22–29). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
4. Jončič, A. (2011). Življenje ima vedno smisel. *Akropola*. Pridobljeno 4. 5. 2016, s <http://www.akropola.org/clanki/clanek.aspx?lit=382>.
5. Koprivnikar, H. in Pucelj, V. (2010). Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno 11. 5. 2016, s <http://www.nijz.si/>.
6. Lik medicinske sestre. (b. d.). Pridobljeno 16. 1. 2019, s <https://www.zbornica-zveza.si/sl/zbornici-zvezi/o-poklicu/zdravstvena-nega>.
7. Musek, J. (2002). Dimenzije in meje osebnosti. *Dialogi*, 38 (9/10), 23–35.
8. Musek, J. (2012). Osebnost in kakovost življenja. *Anthropos*, 44 (1/2), 11–30.
9. Petrovčič, M. (b.d.). Varovanje zdravja in okolja, vzgoja za zdravje. Pridobljeno 12. 5. 2016, s <http://www.odraslih.com/uporabnik/file/2%20VZO%20vzgoja%20za%20zdravje.pdf>.
10. Pucelj, V. (2011). Medicinske sestre so ključne pri izvajanju vzgoje za zdravje pri ohranjanju zdravja otrok in mladostnikov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. V A. Ljubič (ur.), *Zdrav otrok in mladostnik - cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu, zbornik predavanj* (str. 17–20). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
11. Roškar, S. (2008). Uvod v zdrav življenjski slog srednješolcev. V S. Roškar in M. Gabrijelčič Blenkuš in M. Gregorič (ur.), *Zdrav življenjski slog srednješolcev, Izbrana poglavja iz duševnega zdravja* (str. 6–9). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
12. Tacol, A. (2008). Samopodoba med učiteljem in učencem. V S. Roškar, M. Gabrijelčič Blenkuš in M. Gregorič (ur.), *Zdrav življenjski slog srednješolcev* (str. 10–16). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
13. Weare, K. in Gray, G. (2010). Izboljšanje duševnega zdravja v Evropski mreži zdravih šol. Pridobljeno 10. 5. 2016, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izboljsavanje_dusevnega_zdravja_zdrave_sole.pdf.

Debelost in prekomerna telesna teža odraslih Slovencev ter zdravstvena vzgoja

UDK 613.25-053.8:37

KLJUČNE BESEDE: *debelost, odrasli, zdravstvena vzgoja*

POVZETEK - Prekomerna telesna masa in debelost predstavljata resen zdravstveni in družbeni problem razvitega sveta, pa tudi držav v razvoju. Slovenija pri tem ni nobena izjema, saj sodi po deležu debelosti med vodilne države v svetu. Zaskrbljujoč je predvsem velik porast debelosti pri otrocih in mladostnikih, ki je pogosto napovedni dejavnik prekomerne telesne mase in debelosti tudi v odraslem obdobju. Prekomerna telesna masa in debelost zmanjšujeta kakovost življenja, predstavljata visoko tveganje za razvoj obolenj in skrajšujeta življenjsko dobo, zato je pomembno, da se zavedamo njihovih razsežnosti in iščemo prave rešitve za njuno preprečevanje. Analizirali smo raziskavo za leto 2012 po protokolu CINDI. Rezultati so pokazali, da je Slovenija že sredi epidemije čezmerne prehranjenosti in debelosti. Po raziskavi, ki je bila opravljena leta 2012 ima čezmerno telesno težo kar 37,2 % odraslih Slovencev, 17,4 % oseb pa je debelih. Debelost je pogostejša pri moških (45,9 %) kot pri ženskah (20,7 %), najpogostejša je v starostni skupini 55-59 let (21,9 %), ter pri osebah z nižjo stopnjo dosežene izobrazbe (27,2 % pri osebah z nedokončano osnovno šolo). Delež debelih po tej raziskavi je večji v vaškem bivalnem okolju (17,4 %), kot v primestnem (15 %) in mestnem (11,8 %), po zdravstveni regiji pa največji v regijah južne in vzhodne Slovenije (4,5 %).

UDC 613.25-053.8:37

KEY WORDS: *obesity, body weight, adults, health education*

ABSTRACT - Excess body weight and obesity represent a serious health and social problem for the developed world and developing countries. As one of the countries with a high number of overweight people, Slovenia is no exception. One of the greatest concerns is the large increase of obesity in children and adolescents, which is often a predictive factor of excess body weight and obesity in adulthood. Excessive weight and obesity reduce the quality of life, pose a high risk of developing a disease, and shortens the life span, so it is important that we are aware of their magnitude and are looking for the right solutions for their prevention. We analysed the reasearch based on CINDI in 2012. The results showed that Slovenia is already in the midst of an epidemic of over-nutrition and obesity. According to the study, 37.2% of adult Slovenians are overweight and 17.4% are obese. Obesity is more common in men (45.9%) than in women (20.7%), the most frequent in the 55-59 age group (21.9%), and in people with lower-level education (27.2% of people with uncompleted primary school). The share of obese people in this study is higher in the rural living environment (17.4%) than in the suburban (15%) and urban (11.8%), while the health region is the largest in the regions of southern and eastern Slovenia (4.5%).

1 Teoretična izhodišča

Prekomerna telesna masa in debelost predstavljata resen zdravstveni in družbeni problem razvitega sveta, pa tudi držav v razvoju. Slovenija pri tem ni nobena izjema, saj sodi po deležu debelosti med vodilne države v svetu. Zaskrbljujoča je predvsem velika porast debelosti pri otrocih in mladostnikih, ki je pogosto napovedni dejavnik prekomerne telesne mase in debelosti tudi v odraslem obdobju. Prekomerna telesna masa in debelost zmanjšujeta kakovost življenja, predstavljata visoko tveganje za razvoj obolenj in skrajšujeta življenjsko dobo, zato je pomembno, da se zavedamo njihovih razsežnosti in iščemo prave rešitve za njuno preprečevanje. Debelost je kronična ne-

nalezljiva bolezen, ki je opisana kot povečanje maščobne mase, ki se kaže v kombinaciji povečanja že obstoječih in tvorbe novih maščobnih celic (Gove in Fantuzzi, 2010, v Bizjak, 2015).

Prevalenca debelosti se je med 1980 in 1994 letom povečala za več kot 50 %; to dejstvo je leta 1997 pripeljalo Svetovno zdravstveno organizacijo (World Health Organisation - WHO) do odločitve, da opredeli debelost kot samostojno bolezen in razglasi globalno epidemijo (Sentočnik, 2012).

Debelost je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu; povzročajo jo psihološki, socialni in genetski dejavniki (Blažič idr., 2012).

Debelost je namreč hudo nevarna stvar: ni samo preddverje boleznim ali pot k njej, ampak je že bolezen sama, ki je posledica nepravilne izbire hrane, njenega nepravilnega vnosa in škodljivega življenjskega sloga (Amalietti, 2007).

Pretirano hranjenje je vrsta odvisnosti, kot so tudi kajenje tobaka, tabletomanija, alkoholizem in narkomanija. Prevelika telesna masa je za sodobno družbo hujši problem kot vse maloprej naštetih razvade skupaj. Pretirane količine zaužitih nezdravih maščob, obremenijo vse telo, vplivajo na zvišanje krvnega pritiska ter povzročajo sladkorno bolezen (Amalietti, 2007).

Glede na porazdelitev maščevja poznamo dve podvrsti debelosti: centralno ali trebušno in periferno ali gluteofemoralno debelost. Trebušna je povezana z več nevarnimi spremljajočimi boleznimi. Centralna porazdelitev maščevja je značilna za moške, vse pogostejša pa je tudi pri ženskah. Pri periferni obliki debelosti so pogostejše težave, ki so posledica obremenitve sklepov spodnjih okončin in hrbtenice, saj se zaradi prevelike mase hitreje obrabi sklepni hrustanec. Bolniki imajo kronične bolečine, oteženo je tudi gibanje, kar negativno vpliva na kalorično bilanco in otežuje zmanjševanje telesne mase (Sentočnik, 2012).

Debelost ocenjujemo z indeksom telesne mase (ITM), ki ga določa razmerje med telesno maso (kg) in kvadratom višine (m²), izražamo pa v kg/m². Če je ITM manj kot 18,5, govorimo o podhranjenosti. Za normalno telesno težo so meje ITM-ja od 18,5 do 24,9. Čezmerna telesna masa je, ko je ITM od 25,0 do 30,0, debelost pa je, če je ITM od 30,0 do 40,0 (Blažič idr., 2012).

Pri merjenju obsega pasu nevarnost pri moških predstavlja obseg nad 94 cm, pri ženskah pa nad 80 cm. O alarmantnem stanju govorimo, ko je obseg pasu pri moškem nad 102 cm, pri ženski pa nad 88 cm. Pri otrocih in mladostnikih poznamo druge metode ugotavljanja stanja hranjenosti (krivulje), saj so tudi definicije debelosti s računanjem ITM pri njih malce drugačne (številke ITM) (WHO, 2010, v Barbo, 2010).

Debelost razumemo kot kronično, kompleksno in več vzročno bolezen z izrazitim polimorfizmom glede dejavnikov, ki vplivajo na njen nastanek. Gre za nehomogeno skupino bolnikov, v kateri se tisti z morbidno debelostjo v marsičem razlikujejo od tistih z blažjimi oblikami boleznim, kar zahteva individualni in multidisciplinarni pristop v zdravljenju (Sentočnik, 2012).

Na prehranjevanje in stanje hranjenosti imajo pomemben vpliv fiziološki, psihološki, ekonomski in socialni dejavniki. Glavni vzrok debelosti in čezmerne hranjenosti je neravnovesje med energijskim vnosom in porabo. Povečuje se vnos energijsko goste hrane, ki je bogata z maščobami, s soljo, sladkorji ter osiromašena z vitamini, minerali in z drugimi mikrohranili. Zmanjšala se je tudi telesna dejavnost zaradi sedeče narave dela, spremenjenih oblik transporta in večje urbanizacije. V povezavi z debelostjo je močno prisoten socialno-ekonomski vidik, o čemer poročajo številne evropske države. Največ debelosti je prisotne prav med revnimi in slabše izobraženimi. Revščina in neizobraženost sta dokazano največja sovražnika zdravja kar opazamo tudi pri slovenski populaciji. Socialno – ekonomske neenakosti v povezavi z debelostjo se kažejo v različnih prehranjevalni navadah med družbenimi sloji in drugih tveganih vedenjih (npr. telesna nedejavnost) kar največkrat vodi tudi do neenakosti v zdravju (Artnik idr., 2012).

Vzroki za nastanek debelosti so različni, običajno pa gre za posledico zapletenih medsebojnih vplivov med človeškimi navadami, genetsko predispozicijo in okolijskimi dejavniki. Debelost se običajno prične razvijati takrat, ko je energijski vnos višji od porabe energije, vendar pa na njen razvoj vpliva tudi premalo gibanja, velika razpoložljivost hrane z visoko energijsko gostoto ter visoke cene sadja in zelenjave. V eni izmed raziskav so ugotovili, da se je delež debelosti povišal za 2 % za vsako dodatno uro gledanja televizije, prav tako na razvoj debelosti močno vplivajo družina in prijatelji. Raziskave so pokazale, da se tveganje osebe, da postane debela, poviša kar za 57 % v primeru, če je postal debel njen prijatelj, za 40 %, če sta postala debela brat ali sestra, in za 37 %, če je postal debel partner. Poleg okolijskih dejavnikov lahko k razvoju debelosti pripomorejo tudi genetski dejavniki, predvsem mutacije in polimorfizmi posameznih genov (Nguyen in El - Serag, 2010, v Bizjak, 2015).

Poglavitni dejavniki, ki pospešujejo nastanek debelosti, so torej genetski in okolijski. Pri genetsko predisponiranih ljudeh pride ob interakciji z neugodnimi dejavniki okolja do razvoja debelosti. Debelost se enako pogosto pojavlja pri obeh spolih, a jo ženske dojemajo kot pomembno bolj moteč dejavnik v primerjavi z moškimi, s čimer lahko razložimo dejstvo, da je delež žensk, ki poiščejo strokovno pomoč za hujšanje, bistveno večji kot delež moških (Sentočnik, 2012).

Na prehranjevanje in stanje hranjenosti imajo pomemben vpliv fiziološki, psihološki, ekonomski in socialni dejavniki. Glavni vzrok debelosti in čezmerne hranjenosti je neravnovesje med energijskim vnosom in porabo (Blažič idr., 2012).

Delež dednosti v nastanku debelosti je verjetno 20 do 30 %. Genetski vpliv na telesno maso je raznolik; geni lahko delujejo na izbiro hrane in prednostno izbiranje določenih vrst hranil (npr. tistih, ki vsebujejo več maščob), na dolžino časovnih razmikov med obroki in stopnjo energijske kompenzacije po restrikciji hrane ter na individualno sposobnost organizma za izkoristek zaužitih hranil, ter porabo energije s telesno dejavnostjo. Genetske razlike so tudi v potrebi po energiji (Sentočnik, 2012).

Glede na število prizadetih genov poznamo monogenetsko obliko debelosti, pri kateri gre za genetski deficit ali mutacijo posameznega gena, kar je vzrok za hude oblike debelosti, pogostejše pri družinskih članih (Sentočnik, 2012).

Debelost je povezana s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, različnih vrst raka, z nastankom hipertenzije ter boleznimi srca in žilja. Prav tako predstavlja dejavnik tveganja za nastanek jetrnih boleznih, žolčnih kamnov, ortopedskih zapletov, dermatoloških sprememb, nevroloških in hormonskih motenj ter psihosocialnih posledic (Blažič idr., 2012).

Posledice debelosti pa niso le zdravstvene. Nezanemarljiva socialna posledica je stigmatizacija in diskriminacija ljudi z debelostjo, pogosto na račun večje obolevnosti, absentizma in slabše delovne storilnosti pri tistih z zelo visokim ITM. Z debelostjo povezujejo resne psihološke težave in večjo pogostnost psihopatologije, predvsem depresije, anksioznost, motenj hranjenja in osebnostnih motenj (Sentočnik, 2012).

Epidemiološke in eksperimentalne raziskave kažejo, da je debelost v povezavi s preobilno in energijsko gosto hrano ter telesno nedejavnost, vodilni dejavnik tveganja pri nastanku različnih oblik raka, predvsem raka na dojkah v pomenopavzalnem obdobju pri ženskah ter limfoma in levkemije. Debelost predstavlja po podatkih SZO 2-8 % stroškov zdravstvenega sistema in je odgovorna za 10-13 % smrti v različnih območjih evropske regije (Blažič idr., 2012).

2 Metode

V raziskavi smo pregledali literaturo na področju debelosti odraslih v Sloveniji. Leta 2001, 2004, 2008 in 2012 je bila v Sloveniji izvedena raziskava od prekomerni teži in debelosti odraslih Slovencev. Za izračun ITM so bili anketiranci v raziskavi vprašani o njihovi telesni masi in višini (Determinante zdravja - dejavniki tveganja, 2015).

Pri ocenjevanju čezmerne hranjenosti in debelosti so uporabili ITM, ki predstavlja razmerje med telesno maso in kvadrantom višine. Čeprav ITM ne odraža dejanskega deleža telesne maščobe, se pogosto uporablja za prepoznavanje premajhne ali prevelike telesne mase (Artnik idr., 2012).

Stanje hranjenosti glede na ITM je bilo razvrščeno v naslednje kategorije:

- do 18,4 – podhranjenost
- 18,5-24,9 – normalna hranjenost
- 25,0-29,9 – čezmerna hranjenost
- 30,0-34,9 – debelost 1. stopnje
- 35,0-39,9 . debelost 2. stopnje
- 40 in več izredna debelost (debelost 3. stopnje) (Artnik idr., 2012).

Izbrane spremenljivke so bile analizirane glede na spol, starostne skupine (25-39 let, 40-54 let, 55-64 let), izobrazbo (osnovna šola ali manj, poklicna šola, srednja šola, višja šola in več), samoocenjeni družbeni sloj (čisto spodnji in delavski, srednji, višji srednji in zgornji), bivalno okolje (mesto, primestno, vaško), geografsko območje (zahodna, osrednja in vzhodna Slovenija), ter glede na zdravstveno regijo (Celje, Nova Gorica, Koper, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Novo mesto, Ravne na Koroškem) (Determinante zdravja-dejavniki tveganja, 2015).

3 Rezultati

Po raziskavi, ki je bila opravljena leta 2012 (Preglednica 1) ima čezmerno telesno težo kar 37,2 % odraslih Slovencev, 17,4 % oseb pa je debelih. Debelost je pogostejše pri moških (45,9 %) kot pri ženskah (20,7 %), najpogostejša je v starostni skupini 55-59 let (21,9 %), ter pri osebah z nižjo stopnjo dosežene izobrazbe (27,2 % pri osebah z nedokončano osnovno šolo). Delež debelih po tej raziskavi je večji v vaškem bivalnem okolju (17,4 %), kot v primestnem (15 %) in mestnem (11,8 %), po zdravstveni regiji pa največji v regijah južne in vzhodne Slovenije (4,5 %). Rezultati kažejo, da je delež čezmerno hranjenih višji pri moških kot pri ženskah.

Glede starostnih skupin je delež čezmerno hranjenih najvišji v najstarejši starostni skupini (55-64 let) (> 40 %). Delež debelih anketirancev je najvišji pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe-z osnovno šolo ali manj in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje. Značilen trend naraščanja debelosti je opazen le pri osebah s poklicno in srednjo izobrazbo.

Tabela 1: Stanje prehranjenosti v Sloveniji v letu 2001, 2004, 2008 in 2012

	Normalna hranjenost ¹⁾				Čezmerna hranjenost ²⁾				Debelost ³⁾				%
	2001	2004	2008	2012	2001	2004	2008	2012	2001	2004	2008	2012	
Spol													
Moški	33,7	34,1	32,9	33,0	49,8	49,5	48,4	45,9	16,2	16,0	18,4	20,7	
Ženske	53,5	55,1	52,7	54,8	30,5	29,1	32,5	28,1	13,8	13,2	13,9	14,0	
SKUPAJ	43,5	44,4	42,5	43,7	40,3	39,4	40,7	37,2	15,0	14,6	16,2	17,4	
Starostna skupina													
25-39 let	57,5	58,6	56,5	55,2	32,0	31,0	32,8	30,8	8,3	7,6	9,7	10,9	
40-54	36,4	39,2	37,1	41,0	44,2	42,5	44,6	39,4	18,9	17,6	18,0	18,6	
55-64	28,6	26,6	26,7	29,7	49,6	50,3	48,1	43,8	21,3	22,8	25,0	26,0	
Izobrazba													
Osnovna šola ali manj	31,9	32,2	27,6	28,4	44,8	44,3	46,5	43,1	22,5	22,8	25,9	27,8	
Poklicna šola	37,3	36,0	33,8	32,3	45,1	45,3	45,1	42,7	16,9	17,9	20,8	23,9	
Srednja šola	49,6	50,6	46,1	43,9	37,1	36,6	38,8	38,6	12,2	11,1	14,6	16,0	
Višja šola ali več	56,9	57,5	55,7	56,4	32,6	31,8	35,3	29,8	7,9	7,9	7,8	11,0	
Bivalno okolje													
Mestno	48,8	48,9	44,5	...	37,9	36,3	39,9	...	11,8	12,8	14,8	...	
Primestno	44,7	47,0	45,2	...	38,8	38,2	39,7	...	15,0	13,3	14,4	...	
Vaško	38,7	39,8	39,6	...	43,0	42,3	42,0	...	17,4	16,8	17,9	...	

V tabeli ni prikazana podhranjenost (ITM do 18,4).

¹⁾ ITM znaša med 18,5 in 24,9.

²⁾ ITM znaša med 25 in 29,9.

³⁾ ITM znaša 30 ali več.

Vir: Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije, Trendi v raziskavi CINDI 2001–2004–2008–2012. Pridobljeno: 1. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/3.2_cezmerne_hranjenost_in_debelost_2015_0.pdf.

Delež čezmerno hranjenih je najvišji pri anketirancih z osnovno in poklicno šolo ter se z višanjem izobrazbe zmanjšuje vseh treh letih anketiranja. Delež debelih anketirancev je najvišji pri osebah z najnižjo stopnjo izobrazbe – z osnovno šolo ali manj – in se z višanjem izobrazbe zmanjšuje. Značilen trend naraščanja debelosti opazamo je opazen le pri osebah z poklicno in srednjo šolo.

V mestnem okolju je delež čezmerno hranjenih najnižji v vseh treh letih anketiranja, razen v letu 2008, ko je skoraj enka deležu v primestnem okolju. V vaškem okolju je

delež čezmerno hranjenih najvišji. Prav tako je v vaškem okolju nakazan trend porasta debelih ljudi.

Delež čezmerno hranjenih je najvišji v vzhodnem in osrednjem delu Slovenije. V letu 2001 je bil delež čezmerno hranjenih sicer najnižji v osrednjem delu Slovenije, vendar se je do leta 2008 precej povečal in je zdaj najvišji. Delež čezmerno hranjenih je bil leta 2001 najnižji v ljubljanski regiji, vendar se je do leta 2008 povečal z značilnim trendom rasti. Najmanj čezmerno hranjenih je v koprski regiji, največ pa v celjski. Delež debelih je najvišji v murskosoboški in ravenski regiji, najnižji pa v novogoriški regiji.

4 Razprava

Debelost je danes v svetu zelo pomembna težava, katere prevalenca še kar narašča. Ne vzpodbudno je to, da se mnogi ljudje z prekomerno telesno težo ali debelostjo kmalu sprijaznijo, če jim na začetku ne uspe znižati telesne teže, torej prehitro obupajo. Pomembno je, da bi znali poiskati pravo pomoč zase in se začeli zavedati, da debelost ni problem samo zaradi zunanjšega izgleda, pač pa tudi, ker povzroča številne težave in bolezni.

Raziskava kaže na povečanje debelosti kot ključen javnozdravstveni problem v slovenskem prostoru, povezanega z nezdravim življenjskim slogom, nezdravim načinom prehranjevanja in z nezadostno telesno aktivnostjo.

Elementi nezdravega prehranjevanja so izrazitejši pri osebah z nizko izobrazbo, osebah iz nižjih družbenih slojev in iz vzhodnega dela Slovenije.

Debelost ima velik vpliv na stroške, ki obremenjujejo zdravstveni, socialni in gospodarski sistem. Neposredni stroški zdravljenja debelosti so povezani s preventivnimi in diagnostičnimi pregledi ter zdravljenjem obolenj, ki so povezana s prekomerno telesno maso ali debelostjo. Stroški, povezani z zdravljenjem debelosti v evropskih državah, predstavljajo 0,09–0,61 % bruto domačega proizvoda, kar v nekaterih državah predstavlja do 10,4 milijard evrov veliko breme. Številke so veliko višje za Združene države Amerike, kjer naj bi za zdravljenje prekomerne teže ali debelosti porabili kar 70–99 milijard USD (Muller - Riemenschneider, 2008, v Bizjak, 2015).

LITERATURA

1. Amaliotti, P. (2007). Na zdravje. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana.
2. Artnik, B., Bajt, M., Bilban, M., Barobničar, A., Brguljan, H., Djomba, K. idr. (2012). Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije.
3. Barbo, H., Bevec, K., Bizjak, D., Budimlić, I., Ivančič, M., Jovič, S. idr. (2010). Debelost – javno zdravstveni problem (Seminarska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
4. Bizjak, M., Bizjak Černelič, M., Jenko Pražnikar, Z., Jurdana, M. in Pterelin, A. (2015). Razumeti debelost. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
5. Blažič, M., Starc, J., Longar, K., Špan, I., Zakrajšek, T., Blagojevič, Z. in Ruperčič, K. (2012). E-zdravstvene rešitve za osebe s prekomerno težo (Raziskovalno poročilo). Novo mesto: Visoka šola za upravljanje in poslovanje Novo mesto.

6. NIJZ (b.d.). Determinante zdravja- dejavniki tveganja. Pridobljeno: 1. 10. 2018, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/3.2_cezurna_hranjenost_in_debelost_2015_0.pdf.
7. Sentočnik, T. (2012). Debelost in motnje hranjenja. V K. Serbec (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 81–98). Ljubljana: Psihiatrična klinika.
8. Stanič - Stefan, N., Bulc, M., Mauček - Zakotnik, J., Čakš, T., Kovač - Blaž, M., Jež, M. idr. (1996). *Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, CINDI Slovenija.

Exploring the Impact of Music on Speech Rate Modification in Persons Who Stutter

UDC 616.89-008.434:784

KEY WORDS: stuttering, adolescence, music, speech rate modification

ABSTRACT - The paper examines the impact of music on stuttering in two different speech conditions. Two experiments have been conducted - the first one exploring the impact of music on stuttering without increasing the speech rate and the second one with speech rate modification. One participant (adolescent, female, 18 years old) has taken part in both experiments and 6 children's songs (three known and three unknown songs) have been used as the material. The results of the first experiment have shown an absence of stuttering in known songs (either when reading or singing the text from well-known songs) and presence of stuttering in unknown songs, but only when reading the text of these songs. The results of the second experiment indicate that there is a greater likelihood of stuttering when speech rate is increased, particularly if the participant is experiencing a stressful situation. Furthermore, the results of the second experiment have confirmed the impact of music on lowering the frequency of stuttering while singing an unknown text, even when speech rate is increased.

UDK 616.89-008.434:784

KLJUČNE BESEDE: jecljanje, adolescenti, glasba, tempo govorjenja

POVZETEK - V članku je prikazan vpliv petja na jecljanje pri različnem tempu izgovarjanja besedila pesmi. Izvedena sta bila dva eksperimenta, in sicer prvi, v katerem se je ugotavljalo jecljanje pri branju in petju istega besedila treh znanih in treh neznanih otroških pesmi (brez spreminjanja tempa), in drugi, v katerem se je ugotavljalo, ali frekvenca jecljanja narašča ob spreminjanju tempa pri branju in petju istega besedila v treh znanih in treh neznanih otroških pesmih. V obeh eksperimentih je sodelovala ista udeleženka, stara 18 let. Rezultati iz prvega eksperimenta so pokazali odsotnost jecljanja pri branju in petju znanih pesmi, medtem ko je jecljanje ostalo prisotno samo pri branju besedil neznanih pesmi. Rezultati iz drugega eksperimenta so pokazali, da obstaja večja verjetnost naraščanja frekvence jecljanja ob pospešenem tempu govora neznanega besedila, da pa frekvenca jecljanja upada pri petju neznanega besedila ne glede na pospešeni tempo petja.

1 Introduction

I wonder who can hear my voi

I wonder where my "I" belongs

Pull my sleeve, hold me back

Whenever chatter incessantly is something, you don't lack

(Verses: Marija Nemanič; English translation: Marjanca Pogačnik)

In this paper, stuttering has been examined in a female student enrolled in the program for preschool education in School center Novo mesto. As the program consists of several vocational subjects dealing with language skills, stuttering was noticed in this student while reading several texts but not while singing songs during vocational subjects dealing with music.

Several studies outline the impact of music as a therapeutic tool. Especially singing, which is considered as an universal form of musical expression, natural as speaking, seems to exhibit a more intensely impact on the brain than other music making activities such as instrumental playing (e.g., Bangert et al., 2006; Kleber et al., 2010).

The motivation of this research lies in the exploring of stuttering in a self-paced reading and singing task as also in exploring the impact of singing on stuttering, when speech rate is modified, from slow, normal to fast rate, using familiar and unfamiliar children songs.

2 Background

Stuttering is defined as a developmental condition affecting the fluency of speech, characterized by the repetition of words (or parts of words) and by the prolongations of speech sounds as well, resulting in disruptions in the normal flow of speech (Wan et al., 2010). This condition affects mostly young children, during their development of speech and language skills, between 2 to 5 years of age, reaching the highest peak at around four years (Craig et al., 2002).

According to studies, most children throughout their school years become aware of their stuttering and are more or less involved in treatment. In adolescence, there is a lack of motivation for such treatment, which seems to be related to experiencing the stuttering as a not sufficient reason to seek for help (Hearne et al., 2008), although adolescence, is (clinically) considered to be the last chance to arrest this disorder before it becomes chronic in adulthood (Hearne et al., 2008). When, and if seeking for help, then it is mostly due to the decision to go to the university or to find a work (Howell, 2007).

The treatment of stuttering, which can vary because of the individual needs and issues, may include different approaches (sometimes combined), for example, treatment based on rhythmical speech (Andrews et al., 2012; Trajkovski et al., 2009), cognitive behavioral therapy (Andrews and Ingham, 1972; Menzies et al., 2009), parent-child interaction (Millard et al., 2007; Millard et al., 2009).

Music, particularly singing, has been identified and confirmed as an important therapeutic tool in the decreasing of stuttering in different studies (e.g., Healey, Mallard, and Adams, 1976; Andrews et al., 1982; Davidow, 2009 ...). The benefit of singing lies in the facts that with singing, speech abnormalities can be treated, as musical sounds are produced with the voice, stimulating the musculature associated with resonance, respiration, phonation and articulation (Wan et al., 2010). Furthermore, singing has shown to be useful also in reducing the rate of speech (Howell and Sackin, 2010; Costa et al., 2017).

However, as little is known about the impact of singing on stuttering when rate of speech is modified, especially when lyrics is used with a high level of prosody in familiar and unfamiliar songs, this study is exploring these conditions in two experiments, which have been conducted in June 2018.

3 Experiment I

3.1 Participant

In the Experiment I, only one student, female, aged 18 years has participated. The student has been involved for four years in formal musical education in a state music school and studied as main subject singing. The stuttering in this student has been noticed already at preschool age. The student has been enrolled in several speech therapies, more intensively from 9-12 years of age and less in a repeated therapy at the age of 14. The student is currently not enrolled in any speech therapy and is still stuttering in reading conditions.

3.2 Procedure

Three familiar and three unfamiliar songs were used in a reading and singing condition. The songs were recorded with Portable handy Recorder H4n with built-in stereo microphones in a quiet room. All the recorded data of the reading and singing has been analyzed with the program Audacity. The reading and singing task were by the student self-paced and the student could create its own melody for the unfamiliar three songs, as these three songs has only lyrics but not an official melody. In measuring the stuttering, syllables have been used as the unit for measure and labeled, the occurrence of stuttering in a syllable with label "1" and the absence of stuttering with label "0".

3.3 Stimuli

Three familiar Slovenian children folk songs (Ringa, ringa, raja, Čuk se je oženil, Sijaj sijaj, sončece), and three unfamiliar songs from Niko Grafenauer (Vrtnar, Sklanjanje, Mali Pedenjped) were used to test the stuttering in a self-paced reading and singing condition.

3.4 Results and discussion

In all the three familiar songs, no stuttering was noticed, neither in reading, nor in singing condition, confirming the findings from other studies (Wan et al., 2010; Baumann and Palasik, 2017), that stuttering is less frequent in reading tasks where familiar text (or lyrics of songs) is used.

In the reading task of unfamiliar songs, stuttering has been discovered in all the three songs but not in the singing task. Paired t-test was conducted to compare the difference between the reading and singing task in all the three unfamiliar song. There was a significant difference in the scores for reading and singing task:

- Song Vrtnar: reading task (M = 0.0714, SD = 0.259), singing task (M = 0., SD = 0.); $t(83) = 2.5268$, $p = 0.0134$
- Song Sklanjanje: reading task (M = 0.109, SD = 0.315), singing task (M = 0., SD = 0.); $t(45) = 2.343$, $p = 0.0236$
- Song Mali Pedenjped: reading task (M = 0.0556, SD = 0.230), singing task (M = 0., SD = 0.); $t(89) = 2.2881$, $p = 0.0245$

The results suggest that the stuttering is absent when same lyrics of songs are used in the singing task.

4 Experiment II

4.1 Participant

The same student has participated in the Experiment II.

4.2 Procedure

The same three familiar and three unfamiliar songs have been used in the reading and singing condition and recorded with the Portable handy Recorder H4n. All the recorded data of the reading and singing has been analyzed with the program Audacity.

In the reading and singing task, three different speech rates were used: slow, medium and fast. In defining the speech rates, the idea from Howell and Sackin (2010) was followed only in the part of how many syllables to use in 1 second. In this experiment, the decision was to use two syllables for “slow”, four syllables for “medium” and six syllables for “fast” speech rates. The same method for measuring the stuttering (syllables, as the unit for measure and labeled with “1” – stuttering, and “0” – no stuttering) has been used in the Experiment II.

4.3 Results and discussion

Paired t-test was used to compare the difference between reading tasks with different speech rates (2 and 6 syllables) as also between the reading and singing task (Table 1-3).

Table 1: Song Vrtnar

<i>task</i>	<i>2-syll.</i>	<i>4-syll.</i>	<i>6-syll.</i>
<i>reading</i>	M = 0.476, SD = 0.214	M = 0.476, SD = 0.214	M = 0.0714, SD = 0.259
<i>singing</i>	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.
	t(83) = 2.0372 p = 0.04482	t(83) = 2.0372 p = 0.04482	t(83) = 2.5268 p = 0.01341
<i>reading task – compared 2-syll. and 6-syll.</i>			
	<i>2-syll.</i>	<i>6-syll.</i>	
	M = 0.476, SD = 0.214	M = 0.0714, SD = 0.259	t(83) = -0.8148 p = 0.4175

Table 2: Song Sklanjanje

task	2-syll.	4-syll.	6-syll.
reading	M = 0., SD = 0.	M = 0.0435, SD = 0.206	M = 0.130, SD = 0.341
singing	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.
	t(45) = NaN p = NA	t(45) = 1.4302 p = 0.01596	t(45) = 2.5981 p = 0.01263
<i>reading task – compared 2-syll. and 6-syll.</i>			
	2-syll.	6-syll.	
	M = 0., SD = 0.	M = 0.130, SD = 0.341	t(45) = -2.5981 p = 0.01263

Table 3: Song Mali Pedenjped

task	2-syll.	4-syll.	6-syll.
reading	M = 0.0444, SD = 0.207	M = 0.0556, SD = 0.230	M = 0.0111, SD = 0.105
singing	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.	M = 0., SD = 0.
	t(89) = 2.0346 p = 0.04487	t(89) = 2.2881 p = 0.0245	t(89) = 1 p = 0.32
<i>reading task – compared 2-syll. And 6-syll.</i>			
	2-syll.	6-syll.	
	M = 0.0444, SD = 0.207	M = 0.0111, SD = 0.105	t(89) = 1.3477 p = 0.1812

As we can see from the results in Table 1-3, no stuttering was found in the singing task in any of the modified singing rates. In the reading task, the increase of stuttering is (in general), related to the modified and increased speech rate, confirming the findings of Glover et al. (1996) and Howell and Sackin (2010).

A very peculiar result has been found in the reading task (2-syllables reading task compared to 6-syllables task) in the song Vrtnar (Table 1) and in the song Mali Pedenjped (Table 3), where stuttering was to be found very low when the speech rate was increased to 6 syllables in 1 second (compared reading and singing task, and 2-syllables reading task compared to 6-syllables task).

In the after-experiment discussion with the participant, it was told that the participant managed sometimes to “induce” (before starting the reading task with 6 syllables), an “imaginary” metronome, to have the feeling of a constant and regular pulse.

According to the findings of Wieland et al. (2015), persons who are stuttering (compared to those who are not stuttering), are described to have a rhythm perception deficit, which seems to have an impact on the existence of stuttering.

Studies reports also a decrease in stuttering when tapping with the foot or clapping with hands is used while reading/speaking, as a regular rhythmic movement (pulse) is synchronized with speech, probably affecting neural pathways (Sabado, Donald and Fuller, 2008).

5 Discussion and conclusions

The research has shown that singing is affecting the stuttering, as differences has been found in reading and singing the same unfamiliar songs. In the singing task, even when singing unfamiliar songs, no stuttering has been evidenced, suggesting that the pulsation (beat/meter) and rhythm while singing a song are having an impact on the decrease of stuttering.

In the Experiment I, when the reading and singing task were self-paced, higher differences between the reading and singing task were found in unfamiliar songs, indicating that no special pulsation (speediness) was given, which could help the participant in establishing the feeling of a synchronization between the speech/reading and the rhythm of the lyrics.

In the Experiment II, the findings have confirmed the outputs of several studies, that stuttering is absent (or lower) in singing condition and present (higher in frequency) in reading condition, increasing when speech rate is modified, but only in unfamiliar texts (songs).

As only one participant has been involved in this research, a larger group of participants would certainly contribute to a deeper understanding of the examined and discussed topics. In addition, an extended approach of this research, examining the relation between the prosody in a song and verbal material could contribute to the obtained findings.

LITERATURE

1. Andrews, C., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A. & Menzies, R. (2012). Syllable-timed speech treatment for school-age children. *Language, Speech and Hearing Services in School*, 43 (3), 359–369.
2. Andrews, G. & Ingham, R. J. (1972). An approach to the evaluation of stuttering therapy. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 15, 296–302.
3. Andrews, G., Howie, P. M., Dozsa, M. & Guitar, B. E. (1982). Stuttering: speech pattern characteristics under fluency-inducing conditions. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25 (2), 208–216.
4. Bangert, M., Peschel, T., Schlaug, G., Rotte, M., Drescher, D. & Hinrichs, H. (2006). The brain of opera singers: Experience-dependent changes in functional activation. *Neuroimage Cortex*, 30, 917–926.
5. Baumann, N. and Palasik, S. (2017). The effects of music therapy on stuttering. Retrieved from https://ideaexchange.uakron.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.si/&httpsredir=1&article=1448&context=honors_research_projects.
6. Costa, J. B., Ritto, A. P., Starobole Juste, F. & Furquim de Andrade, C. R. (2016). Comparison between the speech performance of fluent speakers and individuals who stutter. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/codas/v29n2/en_2317-1782-codas-2317-178220172016136.pdf.
7. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45 (6), 1097–1105.

8. Davidow, J. H., Bothe, A. K., Andreatta, R. D. & Ye, J. (2009). Measurement of phonated intervals during four fluency-inducing conditions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52 (1), 188–205.
9. Glover, H., Kalinowski, J., Rastatter, M. & Stuart, A. (1996). Effect of instruction to sing on stuttering frequency at normal and fast rates. *Perceptual and Motor Skills*, 83 (2), 511–522.
10. Healey, E. C., Mallard, A. R. & Adams, M. R. (1976). Factors contributing to the reduction of stuttering during singing. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 19 (3), 475–480.
11. Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. & Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of fluency disorders*, 33, 81–98.
12. Howell, P. & Sackin, S. (2000). Speech rate modification and its effects on fluency reversal in fluent speakers and people who stutter. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 12 (4), 291–315.
13. Howell, P. (2007). Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clinical Psychology Review*, 27 (3), 287–306.
14. Kleber, B., Veit, R., Birbaumer, N., Gruzelier, J. & Lotze, M. (2010). The brain of opera singers: Experience-dependent changes in functional activation. *Cerebral Cortex*, 20 (5), 1144–1152.
15. Littlejohn, S. & Foss, K. (2008). *Theories of human communication* (9. izdaja). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
16. Loewy, J. (2004). Integrating music, language and the voice in music therapy. *Voices*, 4 (1).
17. Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A. & O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: a tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorder*, 34 (3), 187–200.
18. Millard, S. K., Edwards, S. & Cook, F. M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11 (1), 61–76.
19. Millard, S. K., Nicholas, A. & Cook, F. M. (2007). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(3), 636–650.
20. Sabado, J. J., Donald, W. A. & Fuller, R. (2008). A preliminary study of the effects of interactive metronome training on the language skills of an adolescent female with a language learning disorder. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 35, 65–71.
21. Trajkovski, N., Andrews, C., Onslow, M., Packman, A., O'Brain, S. & Menzies, R. (2009). Using syllable-timed speech to treat preschool children who stutter: A multiple baseline experiment. *Journal of fluency disorders*, 34 (1), 1–10.
22. Wan, C. Y., Rüber, T., Hohmann, A. & Schlaug, G. (2010). The therapeutic effects of singing in neurological disorders. *Music Perception*, 27 (4), 287–295.
23. Wieland, E. A., McAuley, J. D., Dilley, L. C. & Chang, S-E. (2015). Evidence for a rhythm perception deficit in children who stutter. *Brain and Language*, 144, 26–34.

Zadovoljstvo životom osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji

UDK 316.728-053.88

KLJUČNE RIJEČI: kvaliteta života, zadovoljstvo životom, osobe starije životne dobi, skrb za osobe starije životne dobi

POVZETEK - S obzirom na demografski trend starenja stanovništva, raste i potreba za boljom zdravstvenom skrbi starijih osoba. Osim neformalne skrbi o starijim osobama, postoji sve veća potreba i za institucionalnim oblicima skrbi. Sukladno tome povećava se i zanimanje u istraživanju kvalitete skrbi kao i kvalitete života starijih osoba smještenih u institucije. Cilj ovog rada je ispitati razinu zadovoljstva životom, kao i razlike u pojedinim segmentima zadovoljstva životom osoba starije životne dobi na području Varaždinske županije. Ispitivanje je provedeno na uzorku od 107 ispitanika pomoću anketnog upitnika. Analizirala se procjena zadovoljstva i važnosti pojedinih segmenata u životu kao što su: materijalno blagostanje, zdravlje, odnosi s obitelji i drugim osobama, sigurnost, emocionalno blagostanje i osjećaj sreće. Dobiveni rezultati prikazuju da sudionici istraživanja procjenjuju ukupnu kvalitetu života prilično dobro. Ljudi koji borave u domovima za starije i nemoćne lošije procjenjuju svoje zdravlje, nego oni koji žive u vlastitim kućanstvima. Ispitanici su generalno najzadovoljniji osjećajem sigurnosti i zadovoljstva u domu. Potrebno je uložiti veće napore u istraživanju kvalitete i zadovoljstva životom, kako bi se unaprijedila skrb za osobe starije životne dobi i udovoljili zahtjevima društva za »kvalitetnim životom«.

UDC 316.728-053.88

KEY WORDS: quality of life, life satisfaction, elderly people, elderly care

ABSTRACT - Considering the demographic trend of the ageing of population, the number of elderly people will increase along with the need for a better healthcare. In addition to informal care for the elderly, there is a growing need for institutional forms of care as well. The interest in research and measurement of the quality of life in the elderly is increasing accordingly. The aim of this paper is to examine both the level of life satisfaction and the differences in certain segments of life satisfaction of elderly people in the Varaždin County. The survey was conducted using a questionnaire on a sample of 107 respondents from the Varaždin County. The assessment of life satisfaction as well as the importance of certain segments of life (material well-being, health, family and other relationships, safety, emotional well-being and the feeling of happiness) was analysed. The obtained results show that elderly people estimate the overall quality of life as sufficiently good. People residing in retirement homes are more likely to assess their health more poorly than the people living in their own homes. The participants are generally most satisfied with the feeling of safety and contentment at home. Seeing that we are facing a society with even greater demands for a "good life", greater efforts are necessary in the research of quality of life and life satisfaction to improve the overall care for the elderly.

1 Uvod

Jedan od najznačajnijih procesa koji obilježava svjetsko stanovništvo, pogotovo stanovništvo razvijenih zemalja i zemalja u razvoju je demografsko starenje. Prema kriterijima Ujedinjenih naroda i Svjetske zdravstvene organizacije, narodi s udjelom osoba starijih od 65. godina u ukupnom stanovništvu većim od 10 % smatraju se vrlo starim narodima (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014). Tako je u Hrvatskoj taj udio 2013. godine dosegao 18 %, a projekcije za 2060. godinu govore u prilog povećanja tog udjela na oko 30 % ukupnog stanovništva (Puljiz, 2015). Varaždinska županija prema posljednjem popisu stanovništva iz 2011. godine, ima udio osoba sta-

rije životne dobi od 16,8 % (Povjerenstvo za umirovljenike i starije osobe, 2014), a Hrvatska, s udjelom osoba starije životne dobi, prati prosjek zemalja Europske unije. Kronološko produljivanje trajanja života podrazumijeva sve veći broj ljudi kojima treba pomoć – bilo u zadovoljavanju primarnih potreba ili u aktivnom doprinosu vlastitoj dobrobiti (Žganec, Rusac i Laklija, 2008). Stoga, kvaliteta starenja i samim time kvaliteta života, postaju važna društvena pitanja. Uz kvalitetu života, često se spominje i subjektivno zadovoljstvo životom. Ono se odnosi na evaluacijski proces u kojem osoba ocjenjuje kvalitetu svoga života prema vlastitim kriterijima (Pavot i Diener, 2009). Tijekom života, na čovjeka djeluju mnogi pozitivni i negativni čimbenici (vanjski i unutrašnji).

Negativni čimbenici ugrožavaju i smanjuju subjektivnu kvalitetu života odnosno zadovoljstvo životom. Dok pozitivni čimbenici, kao što su socijalna potpora, briga za vlastito zdravlje, razvijanje novih interesa i kontakata, održavaju i unapređuju subjektivno zadovoljstvo životom tijekom starenja (Vuletić, 2016). Planiranje zdravstvene skrbi za osobe starije životne dobi treba biti dovoljno fleksibilno da prepoznae ključna društvena kretanja i razvojne procese te da im se prilagođava kako bi moglo adekvatno udovoljiti zdravstvenim potrebama starijih (Džakula, Vončina, Puljak i Šogorić, 2005). Skrb za starije ne ističe se samo kao specifičan oblik skrbi za ljude koji trebaju svakodnevnu praktičnu pomoć i emocionalnu podršku, već posredno obuhvaća i oblike potpore poput mogućnosti povjeravanja, savjetovanja, razumijevanja, kako bi na što cjelovitiji način pružila određenu mogućnost prevladavanja poteškoća s kojima se starije osobe svakodnevno susreću (Tomečak, Štambuk i Rusac, 2014).

Posebnu važnost u multidisciplinarnom pristupu zdravlju starijih ima razvoj izvaninstitucionalne skrbi (Džakula idr., 2005). Iako je cilj izvaninstitucionalnih oblika skrbi omogućavanje starijim osobama da žive u svojim domovima, to nikako ne znači njihovu socijalnu izolaciju i osiromašenje sadržaja života. Primjeri izvaninstitucionalnih oblika skrbi su gerontološki centri i smještaj u udomiteljsku obitelj. Uvođenje lokalnih izvaninstitucionalnih oblika skrbi u kojima će sam stariji čovjek, njegova obitelj i uža socijalna sredina imati aktivnu i važnu ulogu, jedan je od načina omogućavanja starijima da sami odlučuju o svojoj sudbini. Zbog toga se politika skrbi u europskim zemljama sve više usmjerava k pružanju pomoći u kući, nastojeći starije osobe zadržati u njihovom domu te odgađajući, koliko je to moguće, smještaj u institucije (Žganec idr., 2008).

Domovi socijalne skrbi za obavljanje institucionalnog zbrinjavanja odraslih osoba dijele se na domove za odrasle tjelesno ili mentalno oštećene osobe, domove za starije i nemoćne osobe i domove za psihički bolesne odrasle osobe. U Hrvatskoj djeluje 46 domova za starije i nemoćne čiji su osnivači jedinice regionalne samouprave te oko 70-ak domova čiji su osnivači privatne osobe, nevladine ili religijske organizacije ili domaće i strane pravne osobe (Žganec idr., 2008). Glavni prigovor institucionalizacije je izdvajanje osobe iz njene fizičke i socijalne sredine, što doprinosi pojačanom stresu i nezadovoljstvu životom. Za stariju osobu je promjena mjesta boravišta često praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećajem da se nekome nameće ili da joj se netko nameće. Da bi osoba donekle ublažila stres zbog preseljenja u novu

sredinu i bila zadovoljna nastavkom života u domu potreban je njen dobrovoljni pristanak (Despot Lučanin, 2003).

Kvaliteta života predmet je zanimanja različitih znanstvenih disciplina. S obzirom na slojevitost i brojnost perspektiva kroz koje se o tom konceptu promišlja, gotovo ga je nemoguće jednoznačno definirati (Slavuj, 2012). Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao individualnu percepciju osobne pozicije u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem pojedinci žive i u odnosu na ciljeve, očekivane vrijednosti i želje, uključujući tjelesno zdravlje, psihološko stanje, razinu samostalnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja i sl. (Radman, 2015).

Best, Cummins i Lo (2000) kvalitetu života definiraju kao multidimenzionalni koncept, navodeći da ona podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna kvaliteta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja. Autori Krizmanić i Kolesarić (1989) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva. Preduvjeti za kvalitetan život su puno i aktivno sudjelovanje u interakcijskim i komunikacijskim procesima, kao i razmjena u okviru fizičkoga i društvenog okruženja.

Zadovoljstvo životom u posljednjih nekoliko desetljeća izaziva pojačano zanimanje znanstvenika koji se bave širim područjem kvalitete života (Brajković, 2010). Zadovoljstvo životom se odnosi na proces individualnog pristupa svojoj kvaliteti života prema jedinstvenim kriterijima. Osobe starije životne dobi su osjetljivije na njihovo zadovoljstvo i zdravstvene uvjete, što je dodatno pod utjecajem socioekonomskih situacija i ograničenog radnog doprinosa u toj dobi (Shin i Johnson, 1978; Lee i Jeon, 2005). Prediktori zadovoljstva životom u osoba starije životne dobi su: zdravlje, osjećaj osobne kontrole, dobri socijalni odnosi te svrhovite dnevne aktivnosti koje osoba rado obavlja (Berk, 2008).

Postavlja se pitanje zašto je uopće važno ispitivati percepcije građana, osobito njihov osjećaj sreće i životnog zadovoljstva. Novija istraživanja pokazuju da sretni i zadovoljni ljudi bolje funkcioniraju u različitim životnim područjima. Sretni i zadovoljni ljudi su zdraviji, žive duže, ostvaruju više prihode, produktivniji su i ostvaruju bolje socijalne odnose. Glavni oslonac za ispitivanje zadovoljstva životom čine upitnici i subjektivni iskazi, pri čemu se uglavnom koriste metodom samoprocjene (Brajković, 2010). Standardi i kriteriji na temelju kojih se procjenjuje zadovoljstvo životom zajednički su za većinu ljudi u većini kultura, a obavezno uključuju životni standard, odnose s drugim ljudima, zdravlje i sigurnost (Kaliterna - Lipovčan i Brajša - Žganec, 2017).

Cilj ovog istraživanja je ispitati razinu zadovoljstva životom kao i razlike u pojedinim segmentima zadovoljstva životom osoba starije životne dobi na području Varaždinske županije.

2 Metode

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 107 ispitanika. Ispitanici su osobe starije životne dobi s područja Varaždinske županije, koji žive u instituciji za starije i nemoćne (N = 53) te oni koji žive u vlastitom domu (N = 54). Istraživanje je provedeno u razdoblju od 14. do 22. lipnja 2018. godine. Odobreno je od strane Etičkog povjerenstva doma za starije i nemoćne kojemu je upućena Zamolba za provođenje istraživanja, izdana od strane fakulteta. Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je anketni upitnik koji se sastoji od 3 djela. Prvi dio je ispitivao sociodemografske podatke ispitanika (spol, dob, stručnu spremu, žive li u domu za starije ili nemoćne ili vlastitom domu te, ukoliko žive u domu, koliko dugo žive tamo). Drugi dio upitnika sačinjavale su tvrdnje preuzete iz upitnika OPQOL-35, autora A. Bowlinga. Upitnik se sastojao od 26 tvrdnji kod kojih su sudionici procjenjivali koliko se slažu s pojedinom tvrdnjom na Likertovoj skali od 1 do 5 (uopće se ne slažem do u potpunosti se slažem). Neke čestice su naknadno rekodirane tako da veće slaganje s tvrdnjom ukazuje na veće zadovoljstvo po pojedinoj tvrdnji. Unutar upitnika se nalazilo 8 subskala (procjena zadovoljstva života općenito, zdravljem, socijalnim odnosima, financijskog stanja, kontrole nad svojim životom, sigurnosti i doma, emocionalne dobrobiti i slobodnog vremena i aktivnosti). U posljednjem djelu upitnika ispitanici su ocjenom od 1-5 mogli iskazati zadovoljstvo ukupnim životom. Ispitanicima je bilo naglašeno da je sudjelovanje dobrovoljno i anonimno te im je objašnjena svrha istraživanja.

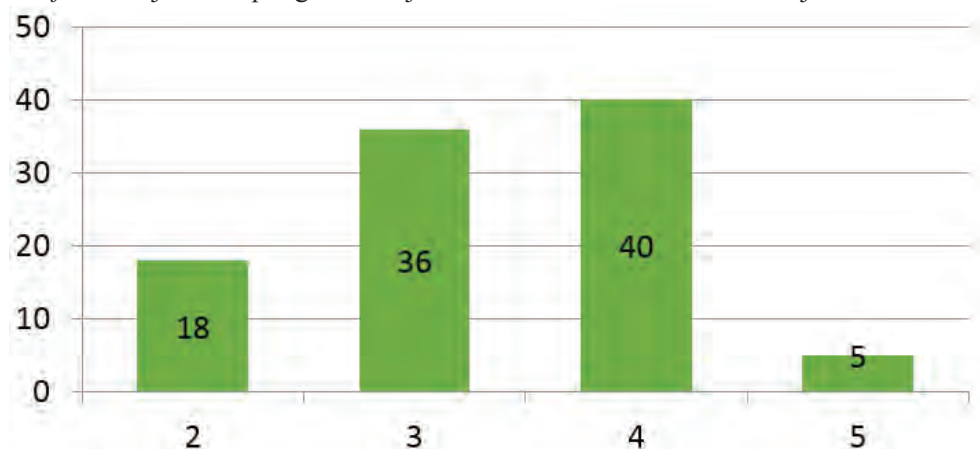
Prikupljeni podatci analizirani su u IBM SPSS 23 paketu za statističku obradu. U radu su navedeni sljedeći deskriptivni podatci: frekvencija odgovora, aritmetička sredina i standardna devijacija, raspon rezultata (minimalni i maksimalni rezultat) i Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije za pouzdanost. Provjera hipoteza uključivala je t-testove za nezavisne uzorke te analize varijance.

3 Rezultati

Anketu su ispunila 43 muška ispitanika te 64 ženske ispitanice. Najveći broj ispitanika spada u dobnu skupinu od 60 do 70 godina, a najmanji broj ispitanika u dobnu skupinu iznad 90 godina. Podjednak broj sudionika istraživanja živi u domu za starije i nemoćne (N = 53) i u vlastitom domu (N = 54).

Odgovori na pitanje koliko su općenito zadovoljni životom ukupno nalaze se na grafu 1. Ispitanici (N = 9) su odgovore označavali na skali od 1 do 5.

Graf 1: Procjena ukupnog zadovoljstva životom sudionika istraživanja



Tvrđnje vezane uz određene aspekte kvalitete i zadovoljstva života, ispitanici su procjenjivali na skali od 1 do 5 (1 – u potpunosti se ne slažem, 2 – djelomično se ne slažem, 3 – niti se ne slažem, niti se slažem, 4 – djelomično se slažem, 5 – u potpunosti se slažem). Frekvencije odgovora po pojedinoj čestici (tvrđnji) nalaze se u tablici 1.

Tablica 1: Frekvencije odgovora vezanih uz pojedine tvrdnje o aspektima kvalitete i zadovoljstva životom

Tvrđnja	1	2	3	4	5
Uživam u životu.	8	15	32	33	19
Osjećam se sretno većinu vremena.	13	12	37	31	14
Veselim se nekim događajima.	5	4	11	41	46
Život me rastužuje.	26	23	26	14	18
Imam puno fizičke energije.	26	12	27	17	25
Na moje funkcioniranje utječe bol.	22	10	15	15	45
Zdravstveno stanje me ograničava u brizi za sebe.	24	8	23	17	35
Zadovoljan/na sam svojim zdravstvenim stanjem.	26	14	19	26	22
Neovisan/na sam o tuđoj pomoći.	21	16	26	11	33
Dostupne su usluge zdravstvene skrbi – liječnik, zdravstvena njega i fizikalna terapija.	0	0	5	8	94
Obitelj, prijatelji i susjedi pomažu mi kada mi je to potrebno.	10	3	12	12	70
Želio/la bi se više družiti s drugim ljudima.	10	5	18	27	47
Imam nekoga tko mi pruža ljubav i pažnju.	10	7	12	21	57
Moja djeca su mi u blizini.	38	1	16	7	45
Mirovina/dohodak dovoljna je za moje potrebe.	26	2	9	13	57

Imam dovoljno novaca za podmirivanje troškova stanovanja.	22	6	7	13	59
Imam dovoljno novaca da si priuštim stvari koje želim.	47	13	13	7	27
Imam kontrolu nad važnim stvarima u životu.	6	9	27	17	48
Osjećam se sigurno na mjestu u kojem živim.	1	1	6	16	83
Osjećam se zadovoljno u svom domu.	6	12	10	9	70
Osjećam se sretno u odnosu na druge ljude.	17	8	20	27	35
Pokušavam gledati pozitivno na život.	7	6	28	20	46
U slobodno vrijeme bavim se svojim hobijem.	31	10	14	15	37
Obaveze prema drugima sprečavaju me u provođenju slobodnih aktivnosti.	74	14	7	5	7
Vjera je važan dio mog života.	13	7	13	11	63
Volim prisustvovati kulturnim/vjerskim događajima. (sajmovi, festivali, proštenja ...).	18	7	16	17	49

Što je veći rezultat na skalama to je veće zadovoljstvo, ili ukupno ili na pojedinim subskalama. Pouzdanost je navedena samo za one subskele koje su korištene pri provjeri hipoteza. Deskriptivni podatci se nalaze u tablici 2.

Tablica 2: Deskriptivni podatci (aritmetička sredina (\bar{x}), standardna devijacija (SD), raspon rezultat i koeficijent pouzdanosti (α)) za ukupan rezultat i subskele Upitnika o kvaliteti života

	\bar{x}	SD	Min	Max	α
Upitnik o kvaliteti života ukupni rezultat	93,75	16,78	49	124	0,86
Zadovoljstvo životom općenito	13,92	3,70	4	20	
Zadovoljstvo zdravljem	11,30	4,95	4	20	0,83
Zadovoljstvo socijalnim odnosima	23,31	4,19	13	30	0,44*
Zadovoljstvo financijskim stanjem	10,01	4,31	3	15	
Zadovoljstvo kontrole nad svojim životom	3,86	1,24	1	5	
Zadovoljstvo sigurnosti i doma	8,84	1,83	2	10	
Zadovoljstvo emocionalnom dobrobiti	7,37	2,44	2	10	
Zadovoljstvo slobodnim vremenom i aktivnostima	15,14	3,24	6	20	

Napomena *pouzdanost subskele Zadovoljstvo socijalnim odnosima je jako niska te bi se trebalo oprezno koristiti zaključcima vezanima uz tu subskalu

Minimalan mogući rezultat koji je mogao biti ostvaren na ukupnoj skali zadovoljstva je iznosio 26, a maksimalan mogući 130. Minimalan ostvareni rezultat u ovom istraživanju je 49, a maksimalan 124, prosječno su ispitanici zadovoljni 93,75 +/- 16,78. Pouzdanost je iznosila 0,86, što je zadovoljavajuće. Može se reći da su u prosjeku sudionici istraživanja zadovoljni svojim životom. Od pojedinih aspekata najzadovoljniji su zapravo sa sigurnošću i domom (8,84 od 10). Najmanje su zadovoljni zdravljem.

Hipoteza 1 »Osobe koje žive u vlastitom domu procjenjuju svoje zadovoljstvo životom većim nego li osobe koje žive u domu za starije i nemoćne« testirana je t-testom za nezavisne uzorke. Dobivena je statistički značajna razlika. One osobe koje žive u vlastitom domu iskazuju veće zadovoljstvo od osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe. Time je hipoteza potvrđena. Svi podatci se nalaze u tablici 3.

Tablica 3: Razlika u ukupnom zadovoljstvu između osoba koje žive u domu za starije i nemoćne i osoba koje žive u vlastitom domu

	Gdje žive	\bar{x}	SD	T	df	p
Ukupno zadovoljstvo	U domu za starije i nemoćne	89,47	16,46	-2,69	105	0,01**
	U vlastitom domu	97,94	16,15			

Napomena **p < 0,01

Hipoteza 2 »Osobe starije životne dobi koje žive u vlastitom domu procjenjuju svoje društvene odnose boljima« provjerena je t-testom za nezavisne uzorke. Dobivena je statistički značajna razlika. One osobe koje žive u vlastitom domu iskazuju veće zadovoljstvo od osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe. Time je i druga hipoteza potvrđena. Svi podatci se nalaze u tablici 4.

Tablica 4: Razlika u zadovoljstvu socijalnim odnosima između osoba koje žive u domu za starije i nemoćne i osoba koje žive u vlastitom domu

	Gdje žive	\bar{x}	SD	T	df	p
Zadovoljstvo socijalnim odnosima	U domu za starije i nemoćne	21,72	3,85	-4,19	105	0,01**
	U vlastitom domu	24,87	3,94			

Napomena **p = 0,01

Hipoteza 3 »S duljim boravkom u institucionalnoj skrbi za starije i nemoćne, osobe pokazuju niže zadovoljstvo životom« provjerena je analizom varijance. Zadovoljen je uvjet homogenosti varijance (Levenov test nije bio značajan) te je bilo opravdano koristiti taj test. Dobivena je statistički značajna razlika između onih ljudi koji žive u domu za starije i nemoćne manje od godinu dana te onih koji žive između 1 i 5 godina. Ne postoji razlika između onih koji žive u domu do jedne godine te iznad 6 godina na dalje. Najmanje su zadovoljni oni koji žive u domu za starije i nemoćne više od 10 godina, nakon toga najmanje zadovoljstvo pokazuju oni koji žive od 6 do 10 godina, zatim onih koji žive manje od godinu dana, a najzadovoljniji su oni koji žive između 1 i 5 godina u domu za starije i nemoćne. Može se reći da je hipoteza djelomično potvrđena. Podatci se nalaze u tablici 5.

Tablica 5: Razlika u ukupnom zadovoljstvu osoba koje žive u domu za starije i nemoćne ovisno o tome koliko žive u domu

	<i>Vrijeme življenja u domu za starije i nemoćne</i>	<i>Levenov test</i>	<i>p</i>	\bar{x}	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df1 i df2</i>	<i>p</i>
Ukupno zadovoljstvo	Manje od 1 godine	0,56	0,64	85,38	19,94	3,85	3,49	0,02*
	Od 1 do 5 godina			97,13	22,95			
	Od 6 do 10 godina			81,36	27,19			
	Više od 10 godina			81,20	7,95			

Napomena * $p < 0,05$

Hipoteza 4 »Osobe koje žive u vlastitom domu iskazuju veće zadovoljstvo zdravljem, nego li osobe koje žive u institucionalnoj skrbi za starije i nemoćne« provjerena je t-testom za nezavisne uzorke. Dobivena je statistički značajna razlika u zadovoljstvu zdravljem. One osobe koje žive u vlastitom domu iskazuju veće zadovoljstvo zdravljem od osoba koje žive u domu za starije i nemoćne. Time je hipoteza potvrđena. Podatci se nalaze u tablici 6.

Tablica 6: Razlika u zadovoljstvu zdravljem između osoba koje žive u domu za starije i nemoćne i osoba koje žive u vlastitom domu

	Gdje žive	\bar{x}	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Zadovoljstvo zdravljem	U domu za starije i nemoćne	10,26	4,53	-2,18	105	0,03*
	U vlastitom domu	12,31	5,16			

Napomena * $p < 0,05$

4 Rasprava

Mjerenje životnog zadovoljstva, kao i kvalitete života, poseban je izazov jer postoji mnogo različitih skala, ljestvica i modela. S obzirom da je u pitanju subjektivna procjena pojedinca, veliku ulogu ima sustav njegovih vrijednosti. Najčešće se ipak procjenjuje zadovoljstvo pojedinim domenama života, a to su: zdravlje, socijalni odnosi, financijsko stanje, kontrola nad svojim životom, sigurnost i dom, emocionalna dobrobit i slobodno vrijeme i aktivnosti. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da osobe starije životne dobi s područja Varaždinske županije koje borave u domovima za starije i nemoćne lošije procjenjuju svoj zdravstveni status nego oni koji žive u vlastitim kućanstvima. No, činjenica ne čudi, jer je upravo jedan od češćih razloga odlaska u dom i taj što je pojedinac lošijeg zdravlja. Brajković (2010) podsjeća da su razlog i stereotipi u društvu o tome da u domove odlaze isključivo nemoćne osobe

koje ne mogu brinuti za sebe te im je i kvaliteta života, a sukladno tome i zadovoljstvo životom narušeno. Rezultati autora Mares, Cigler i Vachkova (2016) pokazuju kako sa sve većom starošću i brojem zdravstvenih poteškoća, zadovoljstvo osoba starije životne dobi opada na svim domenama. Prema istraživanju autora Bilotta, Bowling i Nicolini (2012) osobe starije životne dobi koje žive same pokazuju lošije rezultate u dvije specifične domene – domena socijalnih odnosa i domena koja se odnosi na dom i susjedstvo. Analizom podataka ovog istraživanja utvrđeno je da su ispitanici s područja Varaždinske županije najzadovoljniji upravo sa sigurnošću i domom.

Rezultati pokazuju da se 82 ispitanika, što čini 76,64 %, djelomično ili u potpunosti slaže s tvrdnjom o dobivenoj pomoći od strane obitelji, prijatelja i susjeda. Iako se ispitanici slažu s tvrdnjama o postojanju osoba koje im pružaju ljubav i pažnju, 69,16 % ispitanika djelomično se ili u potpunosti slaže sa tvrdnjom da bi se željeli više družiti. Mreže obitelji i prijatelja izvor su podrške i obično su povezane s iskazivanjem viših vrijednosti zadovoljstva životom među starijim odraslim osobama. S druge strane, starije odrasle osobe koje su zadovoljne životom sposobnije su razvijati i održavati širu društvenu mrežu (Tomini idr., 2016). Dakle, obitelj je primarni izvor socijalne podrške, a bračni odnos ključni element te podrške (Brajković, 2010). Stoga, ni ne čudi podatak iz istraživanja da su slobodne, oženjene i osobe s partnerom sretnije od osoba koje su izgubile bračnog partnera (Mares idr. 2016). Analizom podataka ovog istraživanja utvrđeno je da osobe koje žive u vlastitom domu iskazuju veće ukupno zadovoljstvo životom od osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe. Rezultati istraživanja Brajković (2010) provedenog u Zagrebu, ukazuju na malu, ali ipak statistički značajnu razliku u zadovoljstvu životom u korist osoba koje žive u domu umirovljenika (t -test = 2,08; $p < 0,05$). Kao razlog ovakvog rezultata, autorica spominje noviji dom, čije je okruženje maksimalno prilagođeno osobama starije životne dobi. Slično istraživanje, provedeno u Zagrebu, autora Lovreković i Leutar (2010) pokazuje da osobe smještene u domovima, svoje zadovoljstvo životom procjenjuju prilično dobro ($M = 3,58$; $SD = ,93$). Čak 60 % ispitanika ističe da je zadovoljno ili jako zadovoljno svojim životom, dok je 12,8 % ispitanih starih osoba jako nezadovoljno svojim životom. S duljim boravkom u institucionalnoj skrbi za starije i nemoćne, osobe pokazuju niže zadovoljstvo životom. Najmanje su zadovoljni oni koji žive u domu za starije i nemoćne više od 10 godina, a najzadovoljniji su oni koji žive između 1 i 5 godina u domu za starije i nemoćne. Istraživanjem iz 6 domova u Zagrebu, utvrđeno je da osobe starije životne dobi koje žive u domu duže od 3 godine iskazuju slabije zadovoljstvo nego li osobe koje su tamo kraće od 6 mjeseci (Štambuk, 1999). Warner, Sherry i Willis (2001) ističu da se zadovoljstvo korisnika domova, kao i njihova dobrobit može poboljšati dopuštajući im više osobne kontrole nad vlastitim životom odnosno dopuštanje da sami odrede svoj dnevni raspored aktivnosti.

Medicinska sestra je vrlo važna u podršci osobama starije životne dobi. Osim što je s njima u najbližem kontaktu kroz posjete patronažne službe i službe za njegu u kući gdje prva može uočiti aktualne i potencijalne probleme, važna je i u institucionalnoj skrbi gdje najprije pomaže osobama u psihičkoj i fizičkoj adaptaciji na novu okolinu. Osim odnosa povjerenja, nužnog za ostvarivanje suradnje, stručnosti i komunikacijske

vještine, medicinske sestre uvelike mogu pridonijeti lakšoj prilagodbi korisnika na život u domu, kao i njihovom zadovoljstvu i kvaliteti života u domu.

LITERATURA

1. Berk, L. E. (2008). Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Best, C. J., Cummins, R. A. i Lo, S. K. (2000). The Quality of Rural and Metropolitan Life. *Australian Journal of Psychology*, 52 (2), 69–74.
3. Bilotta, C., Bowling, A. i Nicolini, P. (2012). Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health & Social Care in the Community*, 20 (1), 32–41.
4. Brajković, L. (2010). Pokazatelji zadovoljstva u trećoj životnoj dobi (Doktorska disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet.
5. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Džakula, A., Vončina, L., Puljak, A. i Šogorić, S. (2005). Zdravstveni menadžment u skrbi za starije osobe. *Medicus*, 14 (2), 287–290.
7. Kaliterna - Lipovčan, Lj. i Brajša - Žganec, A. (2017). Kvaliteta življenja, sreća i životno zadovoljstvo u Hrvatskoj i zemljama EU, te usporedbe sjeverozapadne i ostalih dijelova Hrvatske. U: V. Huzjan i Z. Damjanović (ur.), *Radovi Zavoda za znanstveni rad Varaždin* (str. 139–153). Varaždin, Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Pridobljeno 16. 10. 2018, s <http://doi.org/10.21857/mwo1vc5r3y>.
8. Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma »kvaliteta života«. *Primijenjena psihologija*, 10 (3), 179–184.
9. Lee, S. G. i Jeon, S. Y. (2005). The relations of socioeconomic status to health status, health behaviours in the elderly. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 38 (2), 154–162.
10. Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010) Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 19 (1), 55–79.
11. Mares, J., Cigler, H. i Vachkova E. (2016). Czech version of OPQOL-35 questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14 (13), 14–93.
12. Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. do 2016. Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2014. Pridobljeno 3. 10. 2018, s [https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14\[1\].pdf](https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14[1].pdf).
13. Pavot, W. i Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164–172.
14. Povjerenstvo za umirovljenike i starije osobe (2014). Izvješće o položaju umirovljenika i osoba starije dobi na području grada Varaždina. Pridobljeno 3. 10. 2018, s <http://varazdin.hr/upload/cms-repository/file/c38.pdf>.
15. Puljiz, V. (2015). Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 23 (1), 81–98.
16. Radman, A. (2015). Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe (Diplomski rad). Split: Filozofski fakultet.
17. Shin, D. C. i Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5 (1–4), 475–492.
18. Slavuj, L. (2012). Objective and subjective indicators in the research of the quality of life concept. *Geoadria*, 17 (1), 73–92.
19. Štambuk, A. (1999). Povezanost sociodemografskih i psihičkih obilježja kod prilagodbe na život u domu umirovljenika (Magistarski rad). Zagreb: Medicinski fakultet Zagreb.
20. Tomečak, M., Štambuk, A. i Rusac, S. (2014). Promišljanje starenja i starosti-predrasude, mitovi i novi pogledi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 50 (1), 36–53.

21. Tomini, F., Tomini S. M. i Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people. *BMC Geriatrics*, 16 (1), 203. Pridobijeno 16. 10. 2018, s <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7>.
22. United Nations (n.d.). Pridobijeno 3. 10. 2018, s <http://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>.
23. United Nations Population Fund (13. 10. 2015). Pridobijeno 1. 10. 2018, s <https://www.unfpa.org/ageing>.
24. Vuletić, G. (2016). Kvaliteta života i doživljaj starenja. U S. Schiller (ur.), *Zbornik radova Svečani sabor u povodu obilježavanja 60. obljetnice djelovanja Hrvatskog društva farmaceutskih tehničara* (str. 9–16). Zagreb: Hrvatsko društvo farmaceutskih tehničara.
25. Warner, K., Sherry, S. i Willis, L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
26. Žganec, N., Rusac, S i Laklija M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku* 15 (2), 171–188.

Kako na čim lažji in varen način premestiti po postelji nepomično in delno pomično osebo

UDK 331.101.1:616-083

KLJUČNE BESEDE: fizične obremenitve, ergonomija, bolečine v križu, zdravstvena nega

POVZETEK - Pomoč pri gibanju nepomičnim in delno pomičnim osebam je fizično zelo naporna za člane zdravstvenonegovalnega tima. Stalne prevelike obremenitve lahko privedejo do poškodb lokomotornega aparata, ki se najpogosteje kažejo z bolečinami v hrbtenici. V prispevku bodo predstavljeni različni načini praktične uporabe drseče podloge, s pomočjo katere bi si lahko člani zdravstveno-negovalne službe močno zmanjšali fizične obremenitve. Drseča podloga je pripomoček, namenjen premeščanju nepomičnih ali delno pomičnih oseb. Narejena je iz umetnega materiala, ki ima zelo veliko drsnost, kar pri premiku močno zmanjša trenje. Zato potrebujemo veliko manjšo silo in manj moči, kot pri premeščanju z navadno podlogo ali obračalko. Uporablja se tako, da se namesti pod bolnika, ki se ga z njo brez napora premika po postelji v različne smeri. Po opravljenem premiku jo je treba odstraniti. Z redno uporabo te podloge bi lahko preprečili oz. zmanjšali mišično-skeletne bolečine pri negovalnemu osebju.

UDC 331.101.1:616-083

KEY WORDS: physical load, ergonomy, back pain, nursing care

ABSTRACT - Movement assistance to immobile and partially mobile people is physically very strenuous for the nursing team. Persistent oversized loads can lead to damage to the locomotor apparatus, which is most commonly seen as back pain. The article presents various ways of a practical use of a sliding fabric, with which the nursing team can greatly reduce physical burdens. The sliding fabric is a tool designed for moving immobile and partially mobile persons, made of artificial material with very high slipperiness, which greatly reduces friction. This means that much less force and power is required to move the person. The sliding fabric is placed under the person who can then be moved effortlessly across the bed in different directions. After the person has been moved, the sliding fabric must be removed. With regular use, the fabric can prevent and reduce musculoskeletal pain of the nursing staff.

1 Uvod

Vsakodnevno večkratno premeščanje nepomičnih in delno pomičnih osebam je fizično zelo naporno za člane zdravstveno-negovalnega tima, saj je te osebe pri premiku potrebno dvigovati. Nekateri uporabniki imajo veliko telesno maso, kar predstavlja za zdravstveno-negovalno osebje še večji napor. Če ima uporabnik na primer 80 kg in ga dvigujeta dve osebi, dvigne vsaka 40 kg. Če premik pri vsakem nepomičnem v eni izmeni ponovimo 4-krat, skrbimo pa na primer za 6 oseb, v eni izmeni dvignemo breme 960 kg, kar pa je za našo hrbtenico zelo obremenjujoče. Stalne prevelike obremenitve lahko privedejo do poškodb lokomotornega aparata, ki se najpogosteje kažejo z bolečinami v hrbtenici.

Premik pa lahko izvedemo tudi brez dvigovanja. Na čim lažji in varen način lahko premestimo po postelji nepomično ali delno pomično osebo s pomočjo različnih pripomočkov, ki imajo veliko drsnost, saj pri tem premiku uporabnika ne dvigujemo,

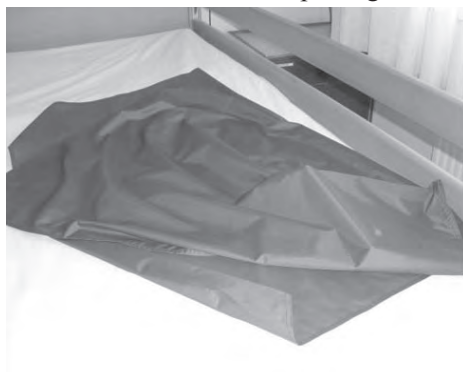
temveč ga po postelji prestavljamo z drsenjem. Velika drsnost pripomočka pri premiku močno zmanjša trenje, zato potrebujemo pri premiku veliko manjšo silo in manj moči kot pri premeščanju z navadno podlogo ali obračalko. Uporaba teh pripomočkov je zelo nežna, humana, varna in prijetna za uporabnike, saj se pri izvedbi premika uporabnika ne dotikamo in mu ne povzročamo strahu in dodatnih bolečin. Premik izvedemo tako, da vlečemo za drseče pripomočke, na katerih uporabnik leži.

Z redno uporabo teh pripomočkov bi si lahko člani zdravstveno-negovalne službe močno zmanjšali fizične obremenitve, obenem pa v zadovoljstvo pacientov poskrbeli za bolj humano in kvalitetno zdravstveno nego.

2 Drseča podloga

Eden od pripomočkov z veliko drsnostjo je drseča podloga.

Slika 1 in slika 2: Drseča podloga – ravna in v obliki roloja



Drseča podloga je tkanina iz umetnega materiala, ki ima zelo veliko drsnost. Namenjena je premeščanju nepomičnih ali delno pomičnih oseb. Deluje po principu drsenja sama po sebi. Uporablja se tako, da se namesti neposredno pod uporabnika ali pod obračalko, ki jo ima uporabnik že v postelji. Z njeno pomočjo premikamo uporabnika brez napora po postelji v različne smeri. Po opravljenem premiku jo je potrebno odstraniti, sicer se uporabnik pri dvigu vzglavja popelje navzdol po postelji.

Podlogo lahko namestimo pod različne dele telesa, najpogosteje pod najtežje dele – npr. pod trup. Pripomoček je zelo preprost, enostaven za vzdrževanje in ima dolgo življenjsko dobo. Tudi cenovno je dostopen večini uporabnikov. Drsečo podlogo lahko peremo pri 80° C, sušimo v sušilnem stroju in razkužujemo z alkoholnimi razkužili. Ne smemo pa uporabljati belil in mehčalca. Vsekakor moramo pri vzdrževanju upoštevati navodila proizvajalca, saj se lahko materiali spreminjajo (Par, 2011; Par, 2016). Lahko je ravna in jo moramo prepogniti na polovico, lahko pa je v obliki roloja. Drсна ploskev je lahko na obeh straneh ali samo na eni strani. Če drsi na eni strani, jo moramo prepogniti na polovico tako, da je drseča površina na sredini.

Lahko jo uporabljamo pri enem uporabniku ali z njo hodimo od uporabnika do uporabnika. V tem primeru je potrebno vmesno razkuževanje.

Slovensko tržišče omogoča tudi uporabo drsečih podlog, ki so namenjene enemu uporabniku. Ideja proizvajalca je bila, da nepomični ali težko pomični pacient ob sprejemu v bolnišnico dobi svojo drsečo podlogo v vrečki, na katero zapišemo njegove podatke. Ta podloga pacienta spremlja ves čas hospitalizacije. Pacient jo ima pri sebi v nočni omarici ali na postelji, da jo pri izvajanju zdravstvene nege lahko uporabljajo vsi člani zdravstveno-negovalnega tima. Po odpustu podlogo lahko odnese domov ali jo zavrže.

Slika 3: Drseča podloga za enega uporabnika



Tak način uporabe je tudi zelo praktičen, varen za pacienta in varčen za ustanovo. Ker podlogo uporabljamo samo pri enem pacientu, vmesno razkuževanje ni potrebno. S tem prihranimo sredstva, namenjena razkuževanju, obenem pa je onemogočen prenos okužbe. Ker ima pacient podlogo ves čas pri sebi, je ves čas na razpolago članom zdravstveno-negovalnega tima in je ni potrebno iskati po oddelku. Te podloge so bolj enostavne, zato so tudi cenovno bolj dostopne uporabnikom.

3 Pozitivni razlogi za uporabo drseče podloge za uporabnike in zaposlene

Pozitivni razlogi za uporabo drseče podloge za uporabnike in zaposlene:

- Material, iz katerega je narejena, ima zelo majhno trenje, zato lahko z njeno uporabo izvedemo premik uporabnika brez večjega napora. Naša hrbtenica je manj fizično obremenjena in zato se bomo posledično tudi manj utrudili pri svojem delu (Križanec, Par in Pavrič - Konušek, 2008; Par, 2016).

- Pri uporabi drseče podloge potrebujemo veliko manjšo silo in manj moči kot pri premeščanju z navadno podlogo ali obračalko. Pri uporabi drseče podloge namreč uporabnika, ki leži na drseči podlogi, premikamo po postelji v različne smeri, odvisno od namena premika. Pri uporabi navadne podloge ali obračalke moramo uporabnika dvigniti, za kar potrebujemo veliko moč in silo. Pri dvigu je premik zelo sunkovit, naporen in obremenjujoč tudi za našo hrbtenico. Z uporabo drseče podloge bi se preprečile oz. zmanjšale mišično–skeletne bolečine in travme pri negovalnemu osebju.
- Prav tako sunkovit premik pri dvigu pri uporabnikih povzroči strah in nelagoden občutek. Z uporabo drseče podloge pa premik ni sunkovit, je kontroliran in gladek.

Zaradi vseh naštetih lastnosti bi lahko bilo pri redni uporabi tega pripomočka manj odsotnosti z dela zaradi težav z bolečinami v hrbtenici. Ob vsaki bolniški odsotnosti, se povečajo naporji drugih udeležencev v delovnem procesu, saj morajo ostali opraviti delo, ki bi ga sicer opravila oseba, ki ostane na bolniškem dopustu. Tako obstaja nevarnost, da bo zaradi prevelikih fizičnih naporov še kdo drug dobil bolečine v hrbtenici. Bolečine v hrbtenici predstavljajo za zaposlene velik zdravstveni problem, saj prinašajo veliko osebnega trpljenja zaradi fizičnih bolečin. So tudi socialni problem, saj je zaradi bolniške odsotnosti z dela manjši osebni dohodek in s tem nižji družinski proračun (Par, 2017).

Zaradi oslABLJENE kadrovske zasedbe pa je lahko slabša tudi kvaliteta zdravstvene nege in oskrbe uporabnikov.

Mišično–skeletne bolečine predstavljajo tudi velik gospodarski problem, kajti:

- otežujejo in onemogočajo normalen potek delovnega procesa,
- delodajalcem povzročajo manjšo poslovno učinkovitost,
- višajo stroške podjetjem.

4 Vsestranska uporaba drseče podloge

Drsečo podlogo lahko uporabljamo:

- pri premeščanju delno pomične in nepomične osebe po postelji navzgor,
- pri obračanju na bok,
- pri premeščanju iz postelje na drugo posteljo ali kopalni ali transportni voziček,
- pri premeščanju na invalidski voziček in nazaj v posteljo.

Lahko jo uporablja samo en član zdravstveno-negovalnega tima ali pa pri premiku sodelujeta dva. S pomočjo drseče podloge lahko delno pomična oseba premik izvede tudi sama. V tem primeru mora oseba, ki pomaga pri gibanju, drsečo podlogo samo pravilno namestiti (Par, 2016).

5 Premeščanje nepomičnih in delno pomičnih oseb s pomočjo drseče podloge

5.1 Priprava postelje na premik

Pred vsakim premikom moramo na to najprej psihično pripraviti uporabnika. Nato sledi priprava postelje:

- posteljo dvignemo na delovno višino,
- spustimo vzglavje,
- zablokiramo kolesa,
- če uporabnik pomaga pri premiku, posteljo odmaknemo od stene.

Sliki 4: Ustrezna delovna višina – od drsenja dlani po postelji do iztegnjene roke, stisnjene v pest



5.2 Priprava uporabnika

Pri uporabi drseče podloge je najpomembnejša pravilna priprava uporabnika. Če uporabnik ni pravilno pripravljen, premik ne bo potekal, kot želimo.

Pred vsakim premikom uporabniku:

- pokrčimo noge v kolnih ali ga prosimo, da to naredi sam,
- prekržamo roke na prsnem košu ali ga prosimo, da se prime za trapez,
- namestimo mu blazino pod lopatice.

Slika 5: Pravilna namestitev blazine pod lopaticami - blazina sega od temena glave do spodnjega roba lopatic



5.3 Pomoč pri premeščanju delno pomične osebe po postelji navzgor – uporabnik se dvigne v križu

Najprej ugotovimo, katera stran podloge je drseča, da jo pravilno prepolovimo. Drseči del mora biti v sredini. Drsečo podlogo, ki je z listi obrnjena navzgor, namestimo pod blazino. Pod blazino lahko namestimo tudi drsečo podlogo v obliki roloja. Tudi uporabnikova blazina je pripomoček, s pomočjo katerega lahko obračamo osebo levo in desno in si z njo pomagamo pri premikih. Držimo samo blazino, s katero osebo potegnemo po postelji navzgor. Uporabnika se ne dotikamo.

Slike 6: Uporaba drseče podloge za premik po postelji navzgor, če se uporabnik lahko dvigne v križu



Uporabnik se pri premiku dvigne v križu. Ob tem se lahko odrine ali pa ga negovalca potegneta po postelji navzgor s pomočjo blazine. Pri premiku se pacientu noge iztegnejo.

5.4 Pomoč pri premeščanju nepomične osebe po postelji navzgor s pomočjo dveh oseb

Najprej pripravimo uporabnikove noge, roke in namestimo blazino pod lopatice. Namestimo drsečo podlogo, ki je z listi obrnjena navzgor ali rolo drsečo podlogo tako, da uporabnik s celim trupom leži na podlogi.

Sliki 7: Uporaba drseče podloge za premik nepomične osebe po postelji navzgor s pomočjo dveh oseb



5.5 Premikanje nepomične osebe po postelji navzgor s pomočjo drseče podloge in obračalke

Drsečo podlogo lahko namestimo tudi pod obračalko. Lahko uporabimo tudi drsečo podlogo v obliki role. Pri premiku navzgor držimo samo obračalko. Pri tem bolnika ne smemo dvigniti, ampak ga moramo potegniti po postelji navzgor.

Sliki 8: Uporaba drseče podloge in obračalke za premik nepomične osebe po postelji navzgor s pomočjo dveh oseb



5.6 Premikanje nepomičnega uporabnika po postelji navzgor s pomočjo ene osebe

Sliki 9: Uporaba drseče podloge za premik nepomične osebe po postelji navzgor s pomočjo ene osebe



Sliki 10: Uporaba drseče podloge v obliki roloja za premik nepomične osebe po postelji navzgor – zgoraj držimo za blazino, medenico potegnemo navzgor s pomočjo brisače



5.7 Obračanje nepomičnega uporabnika na bok s pomočjo drseče podloge

Pripravimo uporabnika in mu namestimo na polovico prepognjeno drsečo podlogo pod najtežje dele telesa, tako da so listi podloge obrnjeni proti vodji. Vodja prime za zgornji list v višini bolnikovih ramen in kolkov ter bolnika potegne k sebi na rob postelje, asistent mu pomaga tako, da bolnika odrine od sebe.

Sliki 11: Uporaba drseče podloge pri obračanju pacienta na bok



S pomočjo podloge pacienta obrneta na bok in ga namestita v stabilni bočni položaj. Vodja odstrani drsečo podlogo tako, da jo potegne za spodnji list, da podloga drsi sama po sebi, ne po pacientu.

5.8 Uporaba drseče podloge pri prestavljanju na kopalni voziček ali na drugo posteljo

Bolnika standardno pripravimo in pod rjuho ali podlogo namestimo drsečo podlogo tako, da so listi podloge obrnjeni v vodji. Najprej na rob postelje prestavimo noge, nato pacienta po že znanem postopku s pomočjo rjuhe potegnemo na rob postelje. Vodja nato izroči pomočniku rjuho s svoje strani, da pomočnik drži pacienta, da le-ta ne bi padel s postelje. Šele sedaj vodja pripelje kopalni oz. transportni voziček, ga postavi ob posteljo in ga zavre. Tudi postelja mora biti zablokirana.

Sliki 12: Prestavljanje na kopalni voziček ali na drugo posteljo



Nato pomočnik prime pacientova stopala, vodja pa rjuho v višini pacientovih kolkov. Pacienta diagonalno potegneta na kopalni voziček. Nato se prestavita višje in potegneta k sebi še zgornji del telesa, pomočnik kolke in vodja z blazino pacientovo glavo.

Lahko pa asistent ostane na svojem mestu in odrine uporabnika od sebe, ko ga vodja potegne k sebi.

6 Zaključek

Uporaba drseče podloge in drugih drsečih pripomočkov za premeščanje, izboljša kvaliteto življenja nepomičnih in delno pomičnih oseb. Pomagajo zdravstvenim delavcem pri izvajanju varne in pacientu prijazne zdravstvene nege. Z njihovo redno uporabo, bi se zmanjšali tudi rizični faktorji za nastanek poškodb in bolezni lokomotornega aparata zaposlenih v negovalnem timu. To pomeni manj okvar hrbtenice, manj bolečin in posledično manj odsotnosti z dela.

Naloga zaposlenih v zdravstveno-negovalni službi je, da tudi sami poskrbijo za svoje zdravje in se naučijo pravilne uporabe pripomočkov, ki jih imajo na razpolago. Z njihovo redno uporabo pri svojem delu s pacienti bi pokazali, da želijo poskrbeti za svoje zdravje, ki je pogoj za izvajanje kvalitetne in varne zdravstvene nege v večje zadovoljstvo pacientov. Zelo pomembna je naša pozitivna naravnost do novosti, ki nam olajšajo delo. Če so na razpolago, bi lahko razmislili, pri katerih uporabnikih bi jo bilo smiselno uporabiti, da bi bilo vsem udeleženi pri premiku čim lažje. Če nimamo drseče podloge, lahko kot alternativo uporabljamo tudi veliko PVC vrečko. Tudi njena uporaba zmanjša trenje, da premike lažje izvedemo.

Diplomirana medicinska sestra bi lahko že ob sprejemu na oddelek ugotovila tudi potrebo po uporabi drseče podloge in jo vnesla v načrt zdravstvene nege.

Na žalost zaposleni niso najbolj navdušeni nad uvajanjem novosti. Vzrok tega sta strah in neznanje. Ko pa si znanje pridobimo, tudi strah izgine. Z vztrajno uporabo pripomočka bi si pridobili potrebne izkušnje, da bi drsečo podlogo z veseljem uporabljali.

Prav bi bilo, da bi zdravstveni delavci poznali najrazličnejše pripomočke, ki olajšajo delo z osebami, ki se težko gibljejo, da jim lahko svetujejo, kje jih lahko dobijo in kam naj se obrnejo po pomoč.

LITERATURA

1. Križanec, S., Par L. in Pavrič - Konušek, K. (2008). Ergonomija v zdravstveni negi. Pridobljeno 3. 10. 2018, s <http://www.zdravstvena-nega.mddsz.gov.si>.
2. Par, L. (2011) Pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov za pomoč pri gibanju delno pomičnih in nepomičnih oseb. V Zbornik prispevkov z recenzijo. 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije (str. 377–381). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške zveze Slovenije.
3. Par, L. (2016). Uporaba drseče podloge v praksi. V Plank, D. (ur.), Združimo znanja za večjo kakovost storitev in zadovoljstvo pacientov (str. 95–108). Celje: Splošna bolnišnica Celje
4. Par, L. (2017) Delovne obremenitve zdravstvenih delavcev in bolečine v hrbtenici. V Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške zveze Slovenije.

Kampanja zgodnje prepoznave revmatičnih bolezni

UDK 616-002.77(497.4)

KLJUČNE BESEDE: revmatične bolezni, kampanje, informacije

POVZETEK - Vnetne revmatične bolezni potrebujejo zgodnjo prepoznavo, da bi se preprečile nepovratne in trajne spremembe, ki se kažejo v slabši kakovosti življenja in vplivajo na fizične zmožnosti bolnika. Zaradi zgodnje prepoznave revmatičnih bolezni je krovna evropska organizacija (EULAR), ki jo predstavljajo bolniki, zdravstveni delavci in raziskovalci, v letu 2017 pričela izvajati kampanjo »Don't Delay Connect Today«. V Sloveniji se je Slovensko združenje zdravstvenih (so)delavcev v revmatologiji, skupaj z Društvom revmatikov Slovenije, pridružilo kampanji, ki poteka pod sloganom »Ne odlašaj, poveži se že danes«. Kampanja se izvaja od januarja 2018 s predavanji in deljenjem izobraževalnih materialov splošni javnosti in zdravstvenim strokovnjakom. Informacije se delijo preko spletnih medijev FB in Twitterja ter preko spletne strani društva (www.revma-slo.si). Prvi vtisi, ki so jih podkrepili odgovori na kratka anketna vprašanja, kažejo, da je v slovenskem prostoru velika potreba po informacijah o revmatičnih boleznih in njihovem zdravljenju, tako farmakološkem kot ne-farmakološkem. Kampanja se bo izvajala tudi v naslednjem letu.

UDC 616-002.77(497.4)

KEY WORDS: inflammatory rheumatic diseases, campaign, information

ABSTRACT - Rheumatic diseases are often diagnosed with a delay or not at all. Early diagnosis of rheumatic disease is key to preventing further damage, otherwise it can reduce the patient's quality of life and affect their physical abilities. The European League against Rheumatism (EULAR) is an organisation represented by patients, health professionals and scientific societies of rheumatology of all European nations. The Slovenian Health Professional Association joined the campaign in January 2018. The campaign activities were organized for the general public and health care providers with lectures and promotional materials. All campaign activities are shared on social media, such as Facebook and Twitter, and on the Association's website. The first impressions supported by responses to short survey questions show that there is a great need in Slovenia for information on rheumatic diseases and their pharmacological and non-pharmacological treatment. The campaign will continue in the next year.

1 Uvod

Za vnetnimi revmatičnimi boleznimi trpi od 40.000 do 60.000 ljudi, za hujšimi oblikami bolezni pa okrog tri odstotke prebivalcev. Nekatere so pogostejše pri ženskah, druge pri moških, pojavijo pa se v vseh življenjskih obdobjih, tudi pri majhnih otrocih. Vnetne revmatične bolezni predstavljajo veliko breme za bolnike in za družbo nasploh. Etiologija večine teh bolezni še ni povsem pojasnjena. Skupna značilnost vseh je neustrezen odziv imunskega sistema, ki se lahko izraža z zelo raznoliko klinično sliko in lahko prizadene vse organske sisteme (Ješe in Tomšič, 2013). Za uspešno zdravljenje je najpomembnejša čim prejšnja prepoznavna bolezni in ustrezno zdravljenje. V prispevku opisujemo akcije, ki se odvijajo na mednarodnem in v slovenskem prostoru z namenom zgodnje prepoznave in zdravljenja revmatičnih bolezni.

2 Zgodnje zdravljenje vnetnih revmatičnih bolezni

Številne klinične raziskave so potrdile pomembnost zgodnje napotitve bolnikov k revmatologom. Retrospektivna študija izvedena na oddelku za revmatologijo KC Ljubljana, v kateri so bile pregledane vse napotitve bolnikov v letih 2014 in 2015, ki so pozneje imeli postavljeno diagnozo revmatoidni artritis (RA) je pokazala, da je bila večina zamud pri zdravljenju posledica časa, ki je pretekel med pojavom simptomov in napotitvijo k revmatologu (Ješe, Ambrožič, Gašperšič idr., 2018).

Diagnostične zamude izhajajo iz ravni ozaveščenosti pacientov (ignoriranja zgodnjih simptomov) in nepravilnega delovanja sistema zdravstvenega varstva. V primeru sistema zdravstvenega varstva vir zamud niso le »čakalne vrste za revmatologe«, pač pa tudi napotitve bolnikov k drugim specialistom (Raciborski, Klak idr., 2017).

Zgodnja postavitev diagnoze je povezana z odsotnostjo funkcionalne invalidnosti, zlasti pri bolnikih s krajšim trajanjem bolezni (Kim, Choi idr., 2017).

Obnovljene smernice obravnave vnetnih revmatičnih bolezni poudarjajo zgodnje, agresivnejše zdravljenje, redno ter pogosto spremljanje bolnikov, zaradi spremljanja aktivnosti bolezni in delovanja zdravil, izogibanje škodljivim okoljskim dejavnikom, kot je kajenje (Combe, Landeve idr., 2017).

3 Kampanja »Don't delay connect today«

Na vsakoletnem kongresu evropske lige za boj proti revmatizmu (EULAR) je bila leta 2017 s strani zdravnikov, raziskovalcev, ostalih zdravstvenih strokovnjakov in bolnikov sprožena kampanja zgodnje prepoznavne in ozaveščanja o mišično skeletnih boleznih.

Številni strokovnjaki s področja revmatologije so podali z argumenti podprte razloge, zakaj je takšna kampanja nujno potrebna (Conolly idr., 2015).

Na svetovni ravni se ugotavlja, da bolniki zamujajo s postavitvijo diagnoze spondiloartitisa približno sedem let, pri treh bolniki od petih z diagnozo fibromilagije preteče v povprečju pet let do postavitve diagnoze (Eular, 2018).

Kampanja spodbuja bolnike, da pri opažanju simptomov obiščejo zdravnika, hkrati pa nagovarja strokovnjake, poleg zdravnikov, medicinske sestre, fizioterapevte, delovne terapevte, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki, ki imajo simptome revmatičnih bolezni, da jih spodbudijo k obisku zdravnika revmatologa (Lacy, 2018).

4 Izvajanje kampanje v Sloveniji

Novoustanovljeno Združenje zdravstvenih so/delavcev v revmatologiji se je decembra 2017 prijavilo na razpis za sofinanciranje in vključitev v vseevropsko kampanjo. Na razpisu je bil program slovenske kampanje izbran ter v začetku januarja se je

pričela izvedba kampanje v slovenskem prostoru. Kampanji se je pridružilo Društvo revmatikov Slovenije, slovenski slogan kampanje je »Ne odlašaj, poveži se že danes«. Kampanja je načrtovana po korakih. Prvi korak kampanje je bil informiranje in izobraževanje zdravstvenih delavcev in zdravnikov na primarni ravni. Izobraževalne strategije vključujejo predavanja, plakate in letake z vsemi potrebnimi podatki o kampanji. Drugi korak vključuje javne dogodke, katerih ciljno občinstvo so pacienti in tudi drugi državljani. Predstavitve z izobraževalnimi vsebinami se izvajajo na sejmih in javnih dogodkih kulturnega značaja. Za potrebe javnih dogodkov se je Slovensko združenje zdravstvenih so/delavcev (SZZS) v revmatologijo povežalo z drugimi organizacijami, predvsem z Društvom revmatikov Slovenije, ki je partnerska organizacija pri izvedbi kampanje, ter z Društvom psoriaticov Slovenije ter Društvom za fibromialgijo. Tretji korak kampanje vsebuje uporabo socialnih medijev za namene kampanjskega programa. Dogodki se objavljajo na Facebooku, Twitterju in spletni strani SZZS. Zaključek kampanje za leto 2018 je načrtovan na svetovni dan revmatikov; 12. oktobra z izvedbo informacijskih točk po bolnišnicah v Sloveniji.

5 Izvedene aktivnosti kampanje

V januarju je bila postavljena stojnica z izobraževalnim materialom kampanje v avlo Interne klinike UKC Maribor. Na kratka vprašanja je odgovorilo 33 ljudi, ki so se ustavili na stojnici. Obiskovalci so iskali informacije o revmatičnih boleznih, večina (73 %) je prejela odgovor na svoje vprašanje, 33 % je želelo pridobiti še dodatne informacije o svoji težavi. Na stojnici so sodelovale diplomirane medicinske sestre zaposlene na revmatologiji.

Naslednji večji dogodek se je odvijal na Celjskem sejmu, kjer so obiskovalci prišli poslušati predavanje o vnetnih revmatičnih boleznih. Stojnica je bila postavljena oba dneva ter je bila na razpolago obiskovalcem z informacijskimi materiali ter možnostjo svetovanja. Kratko anketo je izpolnilo 52 obiskovalcev, od tega je 15 % imelo težave z bolečinami v sklepih, 13 % je že imelo postavljeno diagnozo osteoartroze, 6% je imelo postavljeno diagnozo vnetne revmatične bolezni.

Na Pomurskem sejmu so bili obiskovalci seznanjeni z možnostmi samopomoči pri težavah s sklepi ter načini varovanja sklepov, predavanje je izvedla delovna terapevtka. Na naša vprašanja je odgovorilo 27 obiskovalcev; 35 % je obiskalo našo stojnico zaradi bolečin v sklepih, 11 % zato, ker so želeli izvedeti še kaj več o svoji diagnozi.

V aprilu je bil posnet dogodek, predavanje na temo revmatičnih bolezni v Ljubljanski knjigarni Konzorcij. Posnetek je namenjen izobraževanju ter je objavljen na spletni strani društva.

Kampanja je bila predstavljena marca na Schrottovih dnevih, kjer imajo specialisti splošne medicine vsakoletno strokovno srečanje. Tekom sodelovanja na njihovem dogodku s stojnico, skupaj z društvom revmatikov Slovenije je bila med 31 specialisti

družinske medicine izvedena krajša anketa. Zanimalo nas je kje zdravniki pridobivajo največ informacij o vnetnih revmatičnih boleznih, kaj svetujejo svojim bolnikom, ter v kolikšni meri se poslužujejo društev bolnikov. Zdravniki iščejo v največji meri informacije o revmatičnih boleznih preko spleta (77 %), 55 % vprašanih uporablja v ta namen knjige in članke, 45 % se jih udeležuje redno strokovnih srečanj. Le 23 % se poslužuje vsega naštetega. Bolnikom najpogosteje svetujejo naj poiščejo informacije pri društvih bolnikov (58 %), v 35 % jim svetujejo naj poiščejo informacijo na spletu ter v 23 % naj se poslužujejo knjig. Sami menijo, da bolniki potrebujejo jasno napisane informacije v obliki zloženke, ali lista A4 format s krajšimi izročki ter navodili.

6 Zaključek

Kampanja je v slovenskem prostoru prisotna kratek čas, vendar so ljudje, ki potrebujejo nasvete ter iščejo informacije o revmatičnih boleznih zadovoljni, da se imajo možnost posvetovati s strokovnjaki, ki delajo na teh področjih. Predavanja, so bila dobro obiskana, zlasti zadnje na Festivalu za tretje življenjsko obdobje. Pridobili smo povratne informacije od 136 udeležencev. Obiskovalci stojnic so bili v veliki meri zadovoljni z odgovori, ki so jih prejeli (80 %), nekateri bi želeli dodatne informacije (33 %). Glede na interes javnosti, tako strokovne kot laične, ter novih podatkov, ki jih imamo o prepoznavi določenih skupin revmatičnih bolezni, se bo kampanja izvajala tudi naslednje leto, tako v Sloveniji kot tudi v Evropi. Kampanja se je v letošnjem letu zaključila z dogodki 12. oktobra na svetovni dan revmatikov.

LITERATURA

1. Combe, B., Landewe, R., Daien, C. I., Hua, C., Aletaha, D. idr. (2017). 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Annals of rheumatic disease* 77 (10).
2. Connolly, D. idr. (2015). Impact of Fatigue in Rheumatic Diseases in the Work Environment: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (11), 13807–13822.
3. European League Against Rheumatism. Questions and answers on rheumatic diseases. EULAR. Pridobljeno, s <https://www.eular.org/myUploadData/files/Q-and-A-on-RMDs.pdf>.
4. Ješe, R. in Tomšič, M. (2013). Vnetne revmatične bolezni. *Farm Vestn*, 64, 267–272.
5. Ješe, R., Ambrožič, A., Gašperšič, N., Hočevar, A., Perdan Pirkmajer, K., Lestan, B., Pavič Nikolič, M. idr. (2018). The incidence rate and the management of early rheumatoid arthritis in a single centre interventional clinic. *Annals of rheumatic disease* 77 (2).
6. Kim, D., Choi, C. B., Lee, J., Cho, S. K., Won, S. idr. (2017). Impact of early diagnosis on functional disability in rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med*, 32 (4), 738–746.
7. Lacy (2018). »Don't Delay Connect Today« campaign begins its second year, Annual European Congress of Rheumatology news, 9.
8. Raciborski, F., Kłak, A., Kwiatkowska, B., Batko, B., Sochocka - Bykowska, M. idr. (2017). Diagnostic delays in rheumatic diseases with associated arthritis. *Reumatologia*, 55 (4), 169–176.

Mentalno zdravje in etično vedenje - temelja dobrega počutja

UDK 331.4+613.86:614.2

KLJUČNE BESEDE: dobro počutje, delovno okolje, etika, mentalno zdravje

POVZETEK - Prispevek obravnava vpliv mentalnega zdravja in etike v zdravstvu na dobro počutje v delovnem okolju, kar je temelj tudi za kakovostno oskrbo pacientov. Raziskave potrjujejo dejstvo, da družba, v kateri živimo in delujemo, zahteva od vsakega posameznika aktivno in odgovorno skrb za zdravje in dobro počutje. Gre za izjemno kompleksno področje, ki je sestavljeno iz bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov, ki močno vplivajo na človekovo zdravstveno stanje. Svetovna zdravstvena organizacija življenjski stil definira kot način življenja, mišljenja in delovanja v sociokulturnem okolju. Smernice, ki so jih strokovnjaki oblikovali na podlagi opravljene raziskave, potrjujejo močno povezavo med posameznikovim mentalnim zdravjem in dobrim počutjem. Empirična raziskava bo temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, pri čemer bo uporabljen evalvacijski vprašalnik, ki bo poleg splošnih podatkov vseboval trditve Likertovega tipa. Obravnavali bomo tri ključna raziskovalna področja, ki se nanašajo na: mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu, etiko v zdravstvu ter korelacijo vpliva mentalnega zdravja in etike v zdravstvu na dobro počutje v delovnem okolju. Analizo raziskovalnih vprašanj bomo opravili na podlagi prejšnjih dveh raziskav, ki smo ju naredili na tem področju. Raziskavo bomo podkrepili in nadgradili s hipotezami, ki bodo nazorno predstavljene v prispevku.

UDC 331.4+613.86:614.2

KEY WORDS: well-being, work environment, ethics, mental health

ABSTRACT - The article discusses the influence of mental health and ethics in health care on the well-being in the work environment based on quality patient care. Researches confirm the fact that the postmodern society we live and work in requires from each individual an active and responsible care for health and well-being. This is an extremely complex field consisting of biological, psychological and social elements which have a great impact on health. The World Health Organization (WHO) defines lifestyle as a manner of living, thinking and acting in the sociocultural sphere (Lee and Trost, 2006). Guidelines, prepared by experts based on research (Sallis, Bull, Guthold et al, 2016), confirm a strong connection between the individual's mental health and well-being. The empirical research will be based on a quantitative research approach where an evaluative questionnaire will be used, which, in addition to common data, will include Likert type theses. We will discuss three key research fields relating to the mental health of employees in health care, ethics in health care and the correlation of the influence of mental health and ethics in health care on well-being in the work environment. The analysis of the research questions will be done on the basis of two former researches made in the field of mental health and ethics in health care. The research will be substantiated and upgraded with hypotheses which will be explicitly presented in the article.

1 Teoretična izhodišča

Temelj kakovostnega življenja in delovanja je mentalno zdravje vsakega posameznika. Kdo so mentalno zdrave osebe? Kot navajajo številni avtorji (Kessler, Chiu, Demler, idr., 2005), so mentalno zdrave osebe produktivne v svojem delovnem okolju, zadovoljne s seboj, znajo stopati v interakcijo z drugimi, sposobne so se soočiti z življenjskimi izzivi in znajo skrbeti za sebe, svoje zdravje in dobro počutje.

Kapacitete posameznika (varnost, optimizem, samospoštovanje, aktivnosti, v katere verjamemo) in prilagajanje v okolju, so danes v krogih stroke zelo pomembni dejav-

niki, ki vplivajo na posameznikovo dobro zdravje ter mentalno in etično moč (Ross, Loup, Nelson, idr., 2010). Mentalna moč posameznika se odraža tako na individualni ravni kot tudi pri aktivnostih, katerih cilj je kakovostno in učinkovito življenje ter delo (Happell in Roper, 2003). Na področju biomedicinske etike in etike, ki temelji na psihološki strukturi, se v zadnjem desetletju veliko dela na tem, da se to področje zakonsko in pravno uredi in destigmatizira (Oransky, Fisher, Mahadevan, idr., 2009). Raziskave kažejo, da se mentalne bolezni pri prebivalcih EU naglo povečujejo. Razlogov za to naj bi bilo veliko, nekateri od njih so: družbene spremembe, spremembe v vlogi in strukturi družine, vpliv tehnologije (Wagner, Martinez in Joiner, 2006).

WHO je leta 1946 zdravje opredelila »kot stanje popolnega telesnega, duhovnega in družbenega dobrega počutja in ne zgolj kot odsotnost bolezni ali hib«. Med 21 cilji WHO v viziji Zdravje za vse v 21. stoletju je v 6. cilju zapisano: »... do leta 2020 naj se poveča psihično zdravje prebivalstva, osebam s psihičnimi problemi pa naj bodo dostopnejše celovite storitve« (Žižek, Dunkl, Eibel, idr., 2013, str. 3).

Delovne razmere so poglavitni in ključni element, ki zagotavlja tako kakovostno in strokovno opravljanje dela kot tudi posameznikovo počutje v delovnem kolektivu. Žižek (2013) navaja, da je zelo veliko dejavnikov, ki vplivajo na kakovost in počutje v delovnem okolju. V postmoderni dobi se pogosto srečujemo s prav vsemi negativnimi dejavniki, kot so stres, nasilje na delovnem mestu, hrup, pomanjkanje svetlobe, vibracije, pa tudi z motečimi dejavniki, ki prihajajo izven delovnega okolja.

Mnogi dejavniki, ki izvirajo zunaj delovnega okolja, povzročajo pri človeku stres. Lahko jih uvrstimo v dve skupini – prvo skupino tvorijo stresni življenjski dogodki, drugo pa napor vsakodnevnega življenja (Žižek, Dunkl, Eibel, idr., 2013).

Ravno napor dnevnega življenja so eden izmed ključnih dejavnikov, ki ne le posredno, temveč tudi neposredno vplivajo tudi na mentalno zdravje posameznika. Pozorni moramo biti na opredelitev dobrega počutja.

Dobro počutje »ni odsotnost psihopatologije, temveč je polje pozitivnih aspektov funkcioniranja, ki se promovirajo skozi močno navezana razmerja, pridobitev starosti primernega dojemanja, medosebnih sposobnosti in sposobnosti obvladovanja ter izpostavljenost različnim okoljem, ki krepijo človeka« (Cowen 1991 v Žižek, 2014).

Musek (2005) navaja, da se pozitivna psihologija ukvarja tudi s človeškim doživljanjem, kar je seveda tudi predmet posameznikovega delovanja in počutja, ter s spodbujanjem dejavnikov, ki pozitivno delujejo tudi na počutje na delovnem mestu. Avtorja Felce in Perry (1995) pravita, da dobro počutje »vključuje objektivne deskriptorje kakor tudi subjektivne ocene fizičnega, materialnega, socialnega in čustvenega dobrega počutja, skupaj z obsegom osebnega razvoja in namensko dejavnostjo, vse tehtano z nizom vrednot« (Felce, Perry, 1995 v Žižek, 2014, str. 14).

Psihologe zanimata celovita rast in celosten razvoj posameznika. Maslow je imel psihološko sprejemljivo osnovo za obrazložitev, kako je višji človeški motiv, kot je npr. želja po lepoti, prav tako osnoven in vgrajen v človeško naravo, kot je potreba po hrani, čeprav se ta redno in močno izraža samo pri relativno majhnem deležu človeške

vrste. To pojasnilo je razširil in vanj vključil še ljubezen, pravico, prijaznost ter vse druge elemente, ki bi jih želel naštet med višjimi človeškimi motivi (Maslow, 1968).

Med vse naštete motive o celostnem razvoju posameznika sodi tudi »motiv« o kakovosti življenja ter njegovega splošnega dobrega počutja. Oba motiva sta vezana tudi na okolje, v katerem ustvarjamo in hkrati gradimo našo profesionalno samopodobo.

Raziskava o kakovosti življenja je multidisciplinarna, kar preprosto povedano pomeni, da se številne znanstvene discipline in področja zanimajo za kakovost življenja in njegovo preučevanje. Sociologija, psihologija, medicina, ekonomija, načrtovalne veje ter ne nazadnje geografija predstavljajo tiste discipline, v katerih lahko najdemo študije, ki so največkrat usmerjene v kakovost življenja. Različne znanstvene discipline kot tudi individualne veje ali koncepti torej lahko v raziskavi o kakovosti življenja uporabljajo različno terminologijo, teoretične osnove ali metode (Andraško, 2013).

Različne pristope h kakovosti življenja je možno videti ne samo med individualnimi disciplinami, temveč tudi v samih disciplinah. Vprašanje o kakovosti življenja je možno razumeti v okviru dveh osnovnih kategorij – znanstveni ter aplikacijski. S tem povezanim konceptom lahko smatramo, da je zanimanje za kakovost življenja tako staro, kot je samo človeštvo (Andraško, 2013). Tudi Musek (1993) ugotavlja, da so motivacijski cilji in vrednote, ki jih lahko tolmačimo kot splošna prepričanja o življenjskih vodilih, pomemben del psihološkega konteksta. Ta vpliva na posameznikovo splošno dobro počutje. Ko človek občuti, da deluje v skladu z lastnimi vrednotami in dosega zelene cilje, to pozitivno vpliva na njegovo splošno dobro počutje. Iz tega sledi, da zadovoljstvo, sreča in dobro počutje ne temeljijo le na hedonizmu. Musek (2005) opredeli, kaj pomeni biti srečen. Pravi, da to pomeni »delovati za pomembne cilje in v skladu z lastnimi vrednotami, kulturami, etiko in normami« (Musek, 2005, str. 185).

Ivan Andraško (2013) postavi vprašanje, kaj je pravzaprav kakovost življenja. Ni nujno ključje, da smo namenili kratek in jednat pregled značilnostim koncepta o kakovosti življenja. Bralec, ki se seznanja s to informacijo, zagotovo razume, zakaj ne obstaja nedvoumen, običajno ne samo veljaven, temveč tudi natančen ter zadovoljujoč odgovor, oziroma zakaj je na postavljeno vprašanje možno dati številne bolj ali manj različne odgovore. Dejstvo je, da je kakovost življenja sestavljena besedna zveza, namreč pojem, ki je sestavljen iz besed kakovost ter življenje, enostavno predstavlja kakovostno (kvalitativno) stališče o človeškem življenju (Andraško, 2013).

Namen prispevka je poudariti pomen mentalnega zdravja in njegov vpliv pri izvajanju tako etičnega kot tudi strokovnega dela pri obravnavi pacienta. Proučevali bomo vpliv omenjenih dejavnikov na dobro počutje v delovnem okolju. Obravnavali bomo tri ključna raziskovalna področja: mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu, etiko v zdravstvu ter korelacijo vpliva mentalnega zdravja in etike v zdravstvu.

V namen prispevka smo si postavili sledeče raziskovalne cilje: proučiti, ali je dobro počutje povezano z mentalnim zdravjem ter etičnimi načeli v delovnem okolju; ugotoviti, ali stopnja izobrazbe in starost anketiranca vplivata na njegovo dobro počutje pri opravljanju dela; ter preučiti, kako delovno okolje ustvarja pogoje za dobro počutje pri izvajanju zdravstvenih storitev.

Raziskovalna vprašanja, ki jih bomo preučevali in analizirali na podlagi pridobljenih odgovorov so:

- *Raziskovalno vprašanje 1:* Ali spol in starost kot demografska podatka vplivata na dobro počutje v delovnem okolju?
- *Raziskovalno vprašanje 2:* Ali obstaja povezava med mentalnim zdravjem in dobrim počutjem v delovnem okolju?
- *Raziskovalno vprašanje 3:* Ali obstaja povezava med etiko ter dobrim počutjem v delovnem okolju?

2 Metoda

Uporabili smo kvantitativni pristop, tehniko anketiranja.

Anketni vprašalnik je sestavljen iz odprtih in zaprtih vprašanj. Vprašalnik smo pripravili v slovenščini in s pomočjo spletnega portala <https://www.lka.si/>. Anketiranje je potekalo od 10. septembra do 10. decembra 2018. Anketni vprašalnik, ki je vseboval devet vprašanj, pri čemer smo skupno ocenjevali 27 spremenljivk, je izpolnilo 44 oseb.

Ocenjevanje je potekalo tudi na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice. Ciljna skupina so bili zdravstveni delavci. Za analizo podatkov smo uporabili splošno deskriptivno opisno statistiko in frekvenčni prikaz podatkov. Pri testiranju postavljenih hipotez smo uporabili analizo T-testa, analizo variance (ANOVA) in frekvenčno analizo. Analize so bile izvedene v statističnem programu SPSS.

Podatke smo preverjali na podlagi Cronbachovega testa, ki je koeficient zanesljivosti preučevanih spremenljivk. Koeficient v našem primeru za 26 preučevanih spremenljivk znaša 0,818, kar pomeni, da imajo preučevane spremenljivke visoko notranjo konsistenco.

3 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate pridobljene na podlagi anketnega vprašalnika.

Raziskovalno vprašanje 1: Ali spol in starost kot demografska podatka vplivata na dobro počutje v delovnem okolju?

Hipoteza 1: Starost anketiranca vpliva na dobro počutje pri opravljanju dela.

Hipoteza 2: Spol anketiranca vpliva na dobro počutje pri opravljanju dela.

V raziskavi je sodelovalo 13,6 % anketirancev moškega spola in 84,1 % ženskega spola. 2,3 % anketirancev ni odgovorilo na demografsko vprašanje. Starostna skupina anketirancev, starih od 21 do 40 let, je predstavljala 38,6 % vseh. Anketirancev, starih od 41 do 60 let, je bilo 56,8 %, 2,3 % pa je bilo starih 61 let in več. 2,3 % anketirancev ni podalo podatka o starosti. Glede statusne strukture je 11,4 % anketirancev odgovorilo, da so še šolajoči, 72,7 %, da so aktivni, 6,8 % jih je odgovorilo, da so neaktivni,

ravno tako je bilo 6,8 % tudi brezposelnih. Odgovora ni podalo 2,3 % anketirancev. Po izobrazbi se jih je 18,2 % opredelilo za končano splošno gimnazijo ali štiriletno strokovno šolo. 2-letno višjo (strokovno) šolo je končalo 2,3 % anketirancev, visoko šolo ali fakulteto 59,1 %, magisterij pa 18,2 % anketirancev. Odgovora glede izobrazbe ni podalo 2,3 % anketirancev.

Pri preverjanju hipoteze 1 oz. preučevanju, ali starost anketiranca vpliva na postavljene trditve o dobrem počutju pri opravljanju svojega dela, smo za analizo uporabili analizo variance (ANOVA). Če je $Sig. \leq 0,05$, lahko podamo sklep, da ima izbrana spremenljivka (starost anketiranca) statistično značilen vpliv. Iz spodnje tabele lahko razberemo, da spremenljivka »starost« statistično ne vpliva na vse postavljene trditve, saj znaša $Sig.$ vrednost $\geq 0,05$. Pri nekaterih trditvah v tabeli 1 zasledimo, da spremenljivka »starost« statistično značilno vpliva samo na trditve, da »dobro počutje posameznika v delovnem okolju vpliva na etična načela«, kjer znaša vrednost $Sig.$ 0,033. Hipotezo 1 zavrnamo.

Tabela 1: Analiza variance

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Za dobro počutje je pomembno mentalno zdravje.	Between Groups	0,164	2	0,082	0,091	0,913
	Within Groups	35,882	40	0,897		
	Total	36,047	42			
Vpliv zunanjih dejavnikov vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	Between Groups	1,187	2	0,593	1,843	0,173
	Within Groups	11,913	37	0,322		
	Total	13,1	39			
Osebna naravnost (optimizem/pesimizem) vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	Between Groups	0,484	2	0,242	1,132	0,333
	Within Groups	7,916	37	0,214		
	Total	8,4	39			
Dobro počutje posameznika v delovnem okolju vpliva na etična načela.	Between Groups	4,915	2	2,458	3,76	0,033
	Within Groups	24,185	37	0,654		
	Total	29,1	39			
Delovno okolje mi omogoča, da izrazim svoje počutje.	Between Groups	2,01	2	1,005	0,758	0,476
	Within Groups	49,09	37	1,327		
	Total	51,1	39			

Dobro počutje mi omogoča visoko stopnjo produktivnosti.	Between Groups	0,835	2	0,418	1,238	0,302
	Within Groups	12,139	36	0,337		
	Total	12,974	38			
Moje delovno okolje me podpira pri tem, da se dobro počutim na svojem delovnem mestu.	Between Groups	6,511	2	3,255	1,839	0,173
	Within Groups	65,489	37	1,77		
	Total	72	39			
Če bi zaznal/a kakšne težave pri počutju, bi o tem upal/a spregovoriti v delovnem okolju.	Between Groups	3,897	2	1,948	2,032	0,145
	Within Groups	35,478	37	0,959		
	Total	39,375	39			
Javno zdravstveni sistem bi moral nameniti več pozornosti za dobro počutje v delovnem okolju in razviti nove programe delovanja in izobraževanja na tem področju.	Between Groups	0,533	2	0,266	1,414	0,256
	Within Groups	6,967	37	0,188		
	Total	7,5	39			
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembna samokontrola.	Between Groups	1,506	2	0,753	1,036	0,365
	Within Groups	26,894	37	0,727		
	Total	28,4	39			
Ali menite, da mentalno zdravje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?	Between Groups	0,151	2	0,075	0,65	0,528
	Within Groups	4,64	40	0,116		
	Total	4,791	42			
Ali menite, da etično vedenje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?	Between Groups	3,186	2	1,593	2,861	0,07
	Within Groups	20,045	36	0,557		
	Total	23,231	38			
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembno upoštevanje etičnih načel v zdravstvu.	Between Groups	5,442	2	2,721	2,221	0,123
	Within Groups	45,333	37	1,225		
	Total	50,775	39			
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembna izobrazba posameznika na področju etike.	Between Groups	3,999	2	1,999	1,632	0,21
	Within Groups	42,87	35	1,225		
	Total	46,868	37			

Pomen etike v zdravstvu in družbi vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	Between Groups	0,406	2	0,203	0,185	0,832
	Within Groups	38,357	35	1,096		
	Total	38,763	37			
Osebna naravnost (optimizem/pesimizem) vpliva na etiko v zdravstvu.	Between Groups	0,902	1	0,902	0,787	0,381
	Within Groups	38,987	34	1,147		
	Total	39,889	35			
Dobro počutje posameznika v delovnem okolju vpliva na etična načela.	Between Groups	3,156	1	3,156	3,166	0,085
	Within Groups	30,905	31	0,997		
	Total	34,061	32			
Dobro počutje v delovnem okolju mi omogoča, da izrazim svoje stališče o etiki v zdravstvu.	Between Groups	1,475	1	1,475	1,147	0,292
	Within Groups	41,143	32	1,286		
	Total	42,618	33			
Dobro počutje mi omogoča visoko stopnjo etičnosti.	Between Groups	1,906	1	1,906	1,261	0,27
	Within Groups	48,359	32	1,511		
	Total	50,265	33			
Varno počutje v delovnem okolju, mi omogoča, da se etično vedem v odnosih.	Between Groups	0,073	1	0,073	0,06	0,808
	Within Groups	37,442	31	1,208		
	Total	37,515	32			
Če bi zaznal/a kakšne težave pri počutju, ki bi posledično vplivalo etično delovanje, bi o tem »upal/a« spregovoriti v delovnem okolju.	Between Groups	1,28	1	1,28	1,133	0,295
	Within Groups	36,161	32	1,13		
	Total	37,441	33			
Javno zdravstveni sistem bi moral nameniti več pozornosti dobremu počutju v delovnem okolju, saj le to posledično vpliva na etiko v zdravstvu, in razviti nove programe delovanja in izobraževanja na tem področju.	Between Groups	0,028	1	0,028	0,037	0,849
	Within Groups	23,19	30	0,773		
	Total	23,219	31			

Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

V nadaljevanju preučevanja raziskovalnega vprašanja bomo podali odgovore na hipotezo 2, ki preučuje, ali spol anketiranca vpliva na dobro počutje pri opravljanju svojega dela. Podatke bomo analizirali na podlagi analize T-testa. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da od skupno 22 postavljenih trditev le štiri statistično značilno vplivajo na spremenljivko spol (Sig. $\leq 0,05$), zato lahko le za naslednje trditve rečemo, da so v

povezavi s spolom: »Za dobro počutje je pomembno mentalno zdravje«, »Vpliv zunanjih dejavnikov vpliva na dobro počutje v delovnem okolju«, »Ali menite, da etično vedenje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?« in trditev »Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembna izobrazba posameznika na področju etike«. Na podlagi rezultatov hipotezo 2 prav tako zavrnemo.

Raziskovalno vprašanje 2: Ali obstaja povezava med mentalnim zdravjem in dobrim počutjem v delovnem okolju?

Hipoteza 3: Dobro počutje je povezano z mentalnim zdravjem.

V nadaljevanju prikazujemo rezultate odgovorov anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi. Glede na zastavljeno anketno vprašanje o pomembnosti v povezavi med mentalnim zdravjem in dobrim počutjem se je 79,5 % anketirancev opredelilo, da povezava popolnoma drži, 13,6 %, da delno drži, 4,5 % anketirancev se ni strinjalo s povezavo in 2,3 % anketirancev se za odgovor ni opredelilo. S trditvijo, da zunanji dejavniki vplivajo na dobro počutje v delovnem okolju, se je 50,0 % anketirancev delno strinjalo, 38,6 % se jih je popolnoma strinjalo, 4,5 % je bilo neopredeljenih in 6,8 % anketirancev ni podalo odgovora. Na postavljeno vprašanje o osebni naravnosti in povezavi te v delovnem okolju se je 65,9 % anketirancev strinjalo s povezavo, 27,3 % jih je odgovorilo, da trditev delno drži, in 6,8 % anketirancev ni podalo odgovora.

S trditvijo, ki pravi, da delovno okolje posameznika podpira pri tem, da se dobro počuti na svojem delovnem mestu, se je 27,3 % anketirancev delno strinjalo, 25,0 % se jih je z njo popolnoma strinjalo, neopredeljenih pa je bilo 22,7 %. Z njo se ni strinjalo 13,6 % anketirancev, odgovora pa ni podalo 6,8 % anketirancev. S trditvijo, ki pravi, da bi anketiranci, če bi začutili težave pri počutju, upali o njih spregovoriti v delovnem okolju, se je 40,9 % anketirancev odločilo, da trditev delno drži. Neopredeljenih je bilo 27,3 % anketirancev, z njo se je delno strinjalo 4,5 % anketirancev, 6,8 % pa v povezavi z njo ni podalo odgovora. S trditvijo, da bi moral javnozdravstveni sistem nameniti več pozornosti dobremu počutju v delovnem okolju ter razviti nove programe na področju izobraževanja, se je strinjalo kar 70,5 % anketirancev, 22,7 % se jih je z njo delno strinjalo, 6,8 % pa ni podalo odgovora.

Naslednje trditve se nanašajo na postavljeno hipotezo 3. S trditvijo, da delovno okolje omogoča izražanje svojega počutja, se je delno strinjalo 36,4 % anketirancev, neopredeljenih je bilo 25,0 %, z njo se je delno strinjalo 11,4 %, medtem ko se je 9,1 % anketirancev odločilo, da trditev sploh ne drži. 6,8 % anketirancev glede trditve ni podalo nobenega odgovora. 63,6 % anketirancev se je popolnoma strinjalo s trditvijo, da dobro počutje omogoča visoko stopnjo produktivnosti, 9,1 % jih v povezavi z njo ni podalo odgovora, neopredeljenih je bilo 4,5 %, medtem ko se jih je 22,7 % z njo delno strinjalo. Glede tega, ali je za dobro počutje pomembna samokontrola, 40,9 % anketirancev meni, da ta trditev delno drži, 38,6 % jih meni, da popolnoma drži, 6,8 % jih ni podalo mnenja, 2,3 % pa se jih z navedeno trditvijo ni strinjalo.

Anketirance smo povprašali o tem, ali menijo, da mentalno zdravje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju. 95,5 % anketirancev je odgovorilo pritrdilno, 2,3 % pa nikalno, medtem ko se glede vprašanja ni opredelilo 2,3 % vseh vprašanih. Povprečna

vrednost odgovorov znaša 1,07 s standardnim odklonom 0,334. Na podlagi rezultatov hipotezo 3 potrdimo.

Raziskovalno vprašanje 3: Ali obstaja povezava med etiko ter dobrim počutjem v delovnem okolju.

Hipoteza 4: Dobro počutje na delovnem mestu je povezano z etiko.

V nadaljevanju prikazujemo analizo odgovorov anketirancev glede posameznih trditvev v anketnem vprašalniku. Glede etičnih načel ter njihovega upoštevanja v zdravstvu v smislu povezanosti z dobrim počutjem v delovnem okolju se je 40,9 % anketirancev odločilo, da trditvev popolnoma drži, 36,4 % jih je odgovorilo, da delno drži, 6,8 % se jih je opredelilo, da trditvev ne drži, enak odstotek anketirancev pa se glede te trditve ni opredelil. Delno ne drži trditvev za 2,3 % anketirancev. S trditvijo, ki pravi, da pomen etike v zdravstvu in družbi vpliva na dobro počutje v delovnem okolju, se je 40,9 % anketirancev delno strinjalo, 34,1 % se jih je popolnoma strinjalo, 11,4 % ni podalo odgovora, 4,5 % anketirancev se s trditvijo ni strinjalo, 2,3 % pa jih je menilo, da delno drži. 6,8 % je bilo neopredeljenih. S trditvijo, da vpliva osebnostna naravnost (optimizem/pesimizem) posameznika na etiko v zdravstvu, se je delno strinjalo 40,9 % anketirancev, 27,3 % se jih je z njo popolnoma strinjalo, 4,5 % se jih z njo ni strinjalo, enako število pa jih je menilo, da delno drži. Neopredeljenih je bilo 6,8 % anketirancev, 15,9 % pa jih ni podalo odgovora. Pri trditvi, da dobro počutje posameznika v delovnem okolju vpliva na etična načela, se je 43,2 % anketirancev opredelilo, da delno drži, 4,5 % anketirancev je podalo mnenje, da sploh ne drži, enak odstotek jih je menil, da delno drži. Neopredeljenih je bilo 9,1 %, medtem ko jih 22,7 % ni podalo mnenja. S trditvijo, da posameznikovo dobro počutje v delovnem okolju omogoča, da izrazi stališče o etiki v zdravstvu, se je 36,4 % anketirancev delno strinjalo, 20,5 % se jih je popolnoma strinjalo, 6,8 % pa se jih z njo ni strinjalo, 2,3 % se jih je delno strinjalo in kar 20,5 % glede nje ni podalo odgovora. Pri trditvi, ki pravi, da dobro počutje omogoča visoko stopnjo etičnosti, se je 31,8 % anketirancev opredelilo, da popolnoma drži, 20,5 % jih ni podalo odgovora, neopredeljenih je bilo 9,1 %, ravno tako pa se jih je 9,1 % opredelilo, da trditvev delno ne drži. 25,0 % anketirancev se je s trditvijo delno strinjalo. 31,8 % anketirancev se je strinjalo s trditvijo, da dobro počutje v delovnem okolju posameznika podpira pri tem, da izvaja kakovostno etiko v zdravstvu, 20,5 % se jih je s to trditvijo popolnoma strinjalo, neopredeljenih je bilo 18,2 % anketirancev, z njo se sploh ni strinjalo 4,5 % anketirancev, 2,3 % pa je menilo, da delno drži. Glede trditve, ki pravi, da bi anketiranec, če bi zaznal kakšne težave pri počutju, ki bi posledično vplivale na etiko v zdravstvu, o tem »upal« spregovoriti v delovnem okolju, se je 38,6 % anketirancev odločilo, da trditvev delno drži, 20,5 % jih ni podalo odgovora, z njo se je popolnoma strinjalo 15,9 % anketirancev, neopredeljenih je bilo 18,2 %, s trditvijo pa se sploh ni strinjalo 6,8 % anketirancev. Nadalje se je s trditvijo, da bi moral javnozdravstveni sistem nameniti več pozornosti dobremu počutju v delovnem okolju, saj to posledično vpliva na etiko v zdravstvu, in razviti nove programe delovanja in izobraževanja na tem področju, popolnoma strinjalo 38,6 % anketirancev, 25,0 % jih ni odgovorilo, 29,5 % jih je menilo, da delno drži, neopredeljenih je bilo 4,5 %, medtem ko jih je 2,3 % menilo, da trditvev sploh ne drži.

S trditvijo, da je za dobro počutje v delovnem okolju pomembna izobrazba na področju etike, se je 38,6 % anketirancev delno strinjalo, 25,0 % se jih je z njo popolnoma strinjalo, 9,1 % jih je menilo, da delno drži, 4,5 % se jih z njo ni strinjalo, medtem ko jih je 11,4 % ostalo neopredeljenih in enako število anketirancev ni podalo odgovora.

Anketirance smo vprašali, ali menijo, da etično vedenje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju. 72,7 % jih je odgovorilo pritrdilno in 2,3 % negativno. Glede tega se ni opredelilo 15,9 % anketirancev, mnenja pa ni podalo 9,1 % anketirancev. Povprečna vrednost odgovorov znaša 1,38, standardni odklon je 0,774, torej hipotezo 4 potrdimo.

4 Razprava

V prispevku smo posebno pozornost namenili počutju zdravstvenih delavcev v delovnem okolju. Kljub dejstvu, da igra dobro počutje eno najpomembnejših vlog pri opravljanju zdravstvenih storitev, hkrati pa vpliva na posameznikovo psihično počutje, nam na zastavljeno raziskovalno vprašanje o pomenu dobrega počutja v delovnem okolju kar 34,1 % anketirancev ni podalo mnenja na zastavljeno vprašanje. O želji po delovnem mestu brez stresa se jih je opredelilo 2,3 %, ravno toliko jih je opredelilo pojem »dobrega počutja v delovnem okolju« kot delovno okolje brez pritiska nadrejenih ali sodelavcev in z urejenim delovnim okoljem, v katerem bi imeli dovolj sredstev za izvajanje kakovostnega dela. Za brezskrbnost, nesebično pomoč pri delu ter dober odnos do samega sebe in drugih, spoštovanje ter sprejemanje drugačnosti posameznikov se jih je ravno tako opredelilo 2,3 %. V enakem deležu (2,3 %) so anketiranci izrazili tudi pomembnost dobre komunikacije, možnost izražanja, produktivno naravnano okolje ter profesionalizem vseh, tudi vodstva, saj le tako anketiranci, zajeti v raziskavo, vidijo kakovostno delo zdravstvene nege, pri čemer se spoštuje delavec v zdravstvu kot človek s svojim lastnim oz. zasebnim življenjem. Ravno tako je 2,3 % anketirancev navedlo kot element »boljšega počutja v delovnem okolju« boljše plačilo v smislu možne stimulacije za boljše počutje ter kakovostnejše izvajanje zdravstvenih storitev.

Etika opredeljuje priporočljive koncepte delovanja v različnih situacijah, pri čemer upošteva, ali je ravnanje dobro ali slabo. Predstavlja norme in vrednote tudi na področju skrbi za dobro mentalno zdravje, ki je povezano tudi z iskrenostjo, poštenostjo in dobronamernostjo do sebe ter drugih. V vsakdanjem življenju jo pogosto povezujemo z občutkom sreče in notranjega zadovoljstva.

Musek (2005a, str. 173 v Žižek, 2014) navaja, »da je že Aristotel srečo opredelil kot najvišji cilj človekove eksistence. Aristotelovo prepričanje je, da je človekov najvišji cilj sreča (eudaimonija), najvišja dobrina, ki je edino dobro, ki si ga ljudje želijo izključno zaradi njega samega, in da je sreča odvisna od človeka, od »umne in vrle dejavnosti duše« (Vorländer, 1977, str. 131, v Musek 2005, str. 173, v Žižek, 2014).

LITERATURA

1. Andraško, I (2013). *Quality of Life: An Introduction to the Concept*. Brno: Masarykova Univerzita.
2. Cowen, E. L. (1991). In pursuit of wellness. *American Psychology*, 46, 404–408.
3. Felce, D. in Parry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51–74.
4. Happell, B. in Roper, C. (2003). The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: The students' evaluation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, PubMed, 10 (3), 343–350.
5. Kessler, R C., Chiu, W. T., Demler, O. in Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). US National Library of Medicine. National Institutes of Health, *Arch Gen Psychiatry*, 62 (6), 617–627.
6. Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand.
7. Musek, J. (1993). *Osebnost pod drobnogledom*. Maribor: Založba Obzorja.
8. Musek, J. (2005). Psihološke in kognitivne študije osebnosti. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
9. Musek, J. (2005a). Psihološke in kognitivne študije osebnosti. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
10. Oransky, M., Fischer, B.C., Mahadevan, M. in Singer, M. (2009). Barriers and Opportunities for Recruitment for Nonintervention Studies on HIV Risk: Perspectives of Street Drug Users. US National Library of Medicine. National Institutes of Health, 44 (11), 1642–1659.
11. Research. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16 (3), 298–307.
12. Ross, L. F., Loup, A., Nelson, R. M. idr. (2010). The Challenges of Collaboration for Academic and Community Partners in a Research Partnership: Points to Consider. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 5 (1), 19–31.
13. Sallis, J. F., Bull, F., Guthold, R., Heath, G. W., Inoue, S., Kelly, P. idr. (2016). Progress in physical activity over the Olympic Quadrennium. US National Library of Medicine. National Institutes of Health.
14. Trost, S. G. (2007). State of the Art Reviews: Measurement of Physical Activity in Children and Adolescents. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1 (4), 299–314.
15. Vorländer, K. (1977). *Zgodovina filozofije I*. Ljubljana: Slovenska Matica.
16. Žižek, S. in Traven, S. (2015). *Psihično dobro počutje zaposlenih*. Maribor: IRDO, Inštitut za razvoj družbene odgovornosti.
17. Žižek Šarotar, S., Dunkl, A., Eibel, K., Hofer, C., Ivanovič, B., Jimenez, P. idr. (2013). *Premagovanje stresa kot sredstvo za zagotavljanje dobrega počutja*. Univerza v Mariboru: EPF Maribor.
18. Wagner, K. D., Martinez, M. in Joiner, T. (2006). Youths' and Their Parents' Attitudes and Experiences About Participation in Psychopharmacology Treatment.

Evalvacija znanja študentov zdravstvene nege ob epileptičnem napadu

UDK 616.853:378-052

KLJUČNE BESEDE: študenti, zdravstvena nega, epilepsija, ukrepi

POVZETEK - Epilepsija je nevrološka motnja, katere vzrok so motnje pri prevajanju živčnih impulzov med nevroni. Akutni bolezenski znaki se odražajo v obliki nepredvidljivih izbruhov bolezni v obliki epileptičnih napadov, ki so lahko blažji, še pogosteje pa so bolj intenzivni. Bolnik ob akutnem napadu po večini izgubi zavest, zato lahko pride do poškodb skeleta in glave, ob tem pa se lahko pojavijo resne motnje dihanja in prehodnosti dihalne poti. Z raziskavo med študenti 1. in 2. letnika zdravstvene nege smo želeli pridobiti vpogled v njihovo poznavanje bolezni in poznavanje ukrepov ob akutnem zagonu bolezni. Študentom smo posredovali anketni vprašalnik v elektronski obliki preko portala EnKlik. Za analizo podatkov smo upoštevali 40 ustrezno izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Pri pregledu rezultatov smo ugotovili, da večina študentov ustrezno prepozna znake akutnega zagona bolezni. Številni znajo tudi ukrepati. Zaskrbljujoče pa je, da bi nekateri še vedno ukrepali napačno in na ta način nehotе škodovali bolnikom. Sodelujoči v raziskavi soglašajo, da je treba pri izobraževanju izpostaviti tudi vsebine o pravilnem ukrepanju ob epileptičnem napadu.

UDK 616.853:378-052

KEY WORDS: students, nursing care, epilepsy, measures

ABSTRACT - Epilepsy is a neurological disorder caused by interference in the translation of nerve impulses between neurons. Acute disease signs manifest in the form of unpredictable outbreaks of the disease or epileptic seizures that may be mild, but more frequently intense. In the event of an acute attack, the patient loses consciousness, which may cause damage to the skeleton and head, and serious respiratory disorders and respiratory blockage may occur. With a study among the first and second year nursing students, we wanted to gain insight into their knowledge of the disease and the knowledge of the measures in the event of an acute disease. For the purpose of the research, we sent the students a questionnaire in electronic form via the EnKlik portal. In the data analysis, 40 fully completed questionnaires were taken into account. When examining the results, we found that most students adequately identify the signs of acute disease. Also, many of them know how to take action. It is worrying that some would still respond incorrectly and thus unintentionally harm the patient. The study participants agree that a particular emphasis should be put in the course of their study on the content on providing proper measures in the event of an epileptic seizure.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Oblike epileptičnih napadov

Epilepsija prizadene ljudi po svetu ne glede na njihov kraj, poreklo ali raso. Je kronična motnja v delovanju možganov za katero so značilni ciklični napadi, ki se odražajo kot kratke epizode nehotenih gibov, ki lahko zajamejo del telesa ali celotno telo, ki jih poimenujemo generalizirani epileptični napadi. Možen je pojav izgube zavesti in kontrole nad defekacijo in uriniranjem (WHO, 2017). Klinično definicijo bolezni je opredelila Mednarodna liga proti epilepsiji (ILAE, 2014) s trditvijo, da je epilepsija bolezen možganov, definirana glede na eno od sledečih stanj:

- pojav najmanj dveh refleksnih ali z ničemer izzvanih napadov, ki se pojavita v razmaku več kot 24 ur narazen;

- pojav enega refleksnega napada ali z ničemer izzvanega z vsaj 60 % verjetnostjo ponovitve napada po dveh predhodnih neizzvanih napadih, kateri se lahko ponovijo v nadaljnjih 10 letih;
- klinično potrjena diagnoza epileptičnega sindroma.

Raznolikost parcialnih ali psihomotoričnih napadov je zapletena. Blagi napadi se najpogosteje kažejo v obliki zožene zavesti, pri osebi zaznavamo zmedenost. Izrazitejši napadi se odražajo pri osebi kot omračeno stanje, v katerem se izkazuje notranja dezorientiranost ter dezorientiranost v času in prostoru. Opaziti je raznovrstne motorične avtomatizme, kot so zapustitev prostora, odpiranje vrat in oken, mlaskanje, gibi slačenja in oblačenja, nerazumen odhod ter nemir, včasih tudi jezo in agresivnost. Ta oblika parcialnih napadov najpogosteje preide v veliki epileptični napad (Steblovnik, 2014). Veliki ali generalizirani napad (fr. grand mal) je sestavljen iz dveh faz, ki jih opredelimo kot tonično in klonično fazo. V tonični fazi, ki traja med 10 in 20 sekund, se najprej pojavi izguba zavesti s spremljajočimi krči mišic, kar povzroči nenapovedan padec osebe na tla. Napadu kmalu sledi klonična faza, ki se odraža z ritmični krči telesa, kateri običajno trajajo eno do dve minuti (Grand mal seizure, 2017). Steblovnik (2014), opredeljuje enostavne napade kot fokalne, ki ne prizadenejo celega telesa, temveč le polovico, oziroma posamezne dele telesa, ki so na nasproti strani dela možganov, kjer nastanejo motnje v njihovem delovanju. Pri takem napadu oseba običajno ne izgubi zavesti, pogosto je moten govor. Strokovnjaki so opredelili še krajše oblike epileptičnih napadov, ki se odražajo kot kratke motnje zavesti, ki jih lahko osebe izzovejo tudi same s pospešenim dihanjem ob zaprtih očeh. Poimenovali so jih »absence« (fr. petit mal) in so značilni za otroško populacijo, redkeje se pojavljajo pri odraslih. Ti napadi se običajno odrazijo kot nekaj sekundno strmenje v določeno točko s pavzo dihanja. Po kratkem času prične oseba normalno dihati in nadaljuje z opravljanjem svojih funkcij tik pred napadom, dogajanja med napadom se ne spomni. Napadi lahko sčasoma preidejo v druge oblike bolezni ali povsem izginejo v puberteti (Steblovnik, 2014).

Atonične in mioklonične oblike epileptičnih napadov Steblovnik (2014), opisuje kot nenadno izgubo mišične moči s posledičnim padcem osebe in kot nehotne trzaje telesa pri mioklonični obliki. V slednji lahko pri osebi opazimo nehotne trzaje glave ali očesnih vek, lahko pa drgetajo mišice celotnega telesa.

Aktivnosti epileptičnega napada, ki trajajo več kot 30 minut opredelimo kot epileptični status pri katerem že nastopijo okvare možganskih celic. Glede na znanstvene dokaze, da pride ob občutnem zmanjšanju dotoka kisika do okvar možganov že nekaj minutah, želijo strokovnjaki opredeliti epileptični status kot stanje, ko trajajo neprekinjeni epileptični napadi dlje kot 5 minut. Tovrstni napadi se redkeje samodejno prekinejo. Epileptični status prizadene letno od 5 do 10 oseb na 100.000 prebivalcev (Milivojevič, 2014).

1.2 Vzroki za nastanek bolezni

Poznamo več vzrokov za nastanek epilepsije. Kot najpogostejši so stanja po poškodbah glave, prirojene in pridobljene motnje osrednjega živčevja, degenerativne bolezni, motnje presnove, lahko pa vzrok ni znan (Liga proti epilepsiji, 2019).

Kaspar, McMahon in Larsen (2013), so izpostavili možne vzroke za sprožitev epileptičnih napadov. Napade lahko sprožijo: odtegnitev spanja, ponavljajoče se utripanje luči z določeno frekvenco, okužba ali poškodba centralnega živčnega sistema, metabolične motnje, avtoimune bolezni, odtegnitveni sindrom od določenih substanc, žilno možganski dogodki in tumorji možganovine.

Glede na vzrok nastanka epilepsije so avtorji Appleton, Chappell in Beirne (2011) opredelili tri skupine:

- primarne (idiopatske) - vzroka sicer ne poznamo, možen je dedni vzrok;
- sekundarne (simptomatske) - so posledica drugega obolenja, vzrok je običajno ugotovljiv;
- kriptogene - sumimo na možni vzrok, dokazovanje pa je brez uspeha.

Poljanšek (2009), navaja za nastanek epilepsije najpogostejše vzroke v otroštvu. Za nastanek so lahko vzrok poškodbe (pred, ob porodu in po porodu), motnje v žilnem razvoju možganov, novotvorbe in tumorji, okužbe ali pa so opredeljeni kot vzrok prirojene okvare.

1.3 Diagnostika bolezni

Zdravnik, specialist nevrologije, lahko z gotovostjo potrdi diagnozo le na osnovi videoposnetka napada ali posnetega elektroencefalograma (EEG) med samim napadom. Zaradi dokaj zapletene diagnostike so v proces vključeni še ostali zdravstveni strokovnjaki (psiholog, radiološki inženirji in laboratorijski tehniki). Izjemno pomemben del procesa je temeljit pogovor z bolnikom, svojci, oziroma očividci epileptičnega napada. Pri diagnostiki se izvajajo enostavni postopki, ki zajemajo anamnezo ter klinični nevrološko-psihološki pregled. Zahtevnejši postopki zajemajo EEG, magnetno resonanco in računalniško tomografijo (Lorber, 2012). Pregledi psihologa pri obravnavi otrok, osvetlijo vpliv napadov na razvoj možganov, otrokovo obnašanje in učne zmožnosti. Slednje informacije pripomorejo v zdravljenje vključenemu zdravniku in njegovi ekipi pri razumevanju stranskih učinkov zdravil, lokalizaciji krčev in vzpostavljanju optimalne koristi za otroka med tveganji (Comprehensive Epilepsy Center, 2010). Pri postavitvi klinične diagnoze epileptičnega napada je vloga kliničnega pregleda omejena. Po pregledu anamnestičnih podatkov lahko o preteklem epileptičnem napadu sklepamo na podlagi poškodb, ki so značilne za napade. Mednje sodijo ugrizi jezika, poškodbe zgornjih sekalcev. Na primer sledi ugriza na strani jezika, so pogostejše vidne pri epileptičnih napadih, kot pa na primer pri psihogenih neepileptičnih napadih (PNEN) in sinkopah, pri katerih značilen ugriz v konico jezika (Lorber, 2012).

1.4 Ukrepi izven bolnišnice

Oskrba in zdravljenje na terenu mora biti takojšnje. Kot začetne ukrepe ob krčih sodijo zagotavljanje prehodnosti dihalne poti in preskrba s kisikom, spremljanje krvnega pritiska in delovanja srca (Milivojevič, 2014). Pri zgodnejšem stadiju se uporabljajo zdravila za zaustavljanje napadov iz generične skupine benzodiazepini, ki jih odredi zdravnik (Meierkord idr., 2010). Ekipa nujne medicinske pomoči ob prihodu na kraj dogodka najprej preveri varnost ter odstrani nevarne dejavnike. V skladu s strokovni-

mi smernicami (Smernice za oživljanje, 2015) se ravna po logaritmu ABCDE (dihalna pot, dihanje, krvni obtok, nevrološka ocena in razkritje). Ob trajanju epileptičnega status je pomembno, da ugotovimo splošni status, izmerimo telesno temperaturo in krvni pritisk, izmerimo še glukozo v krvi in nasičenost krvi s kisikom, posnamemo delovanje srca (EKG) in opazujemo nevrološke ter meningealne znake (Grmec, 2008). V urgentne centre so običajno pripeljani bolniki pri katerih napadi še trajajo ali se ponavljajo. Pri akutnem epileptičnem napadu v bolnišnici so ukrepi podobni kot na terenu (Magdič in Koželjnik, 2017).

1.5 Prva pomoč pri epileptičnem napadu

Monetti (2017), je v raziskavi ugotavljal napačne reakcije laikov ob pojavu epileptičnega napada. Napačno ukrepanje lahko celo škoduje osebam, ki so v epileptičnem napadu. IRCF (2016), (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), je postavila jasna pravila laikom kako pomagati osebam, ki so v epileptičnem napadu. Osebam med napadom ne smemo ničesar dajati v usta in ne dajati jesti in piti, obvezno zaščititi glavo in odstraniti nevarne predmete v okolici, krčev ne umirjati s silo in osebo čim prej poskušati obrniti na bok. Nekateri bolniki imajo krče kljub terapiji. Če laiki niso prepričani kdaj naj pokličejo reševalce, se je za takojšnje klicanje treba odločiti: če krči trajajo dlje kot 5 minut in se ponovijo, če se oseba po petih minutah ne zave, če ima sladkorno bolezen ali ogrožajoče bolezensko stanje, če so vidne druge poškodbe skeleta in glave. Reševalce se pokliče tudi v primeru, ko je oseba imela epileptični napad prvič.

2 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil predstaviti epilepsijo kot bolezen, osnovne postopke diagnosticiranja in obravnavo epileptičnega napada v prvi pomoči. Cilja raziskave sta bila usmerjena v preverbo znanja študentov o prepoznavi bolezenskih znakov epilepsije in v preverjanje znanja študentov zdravstvene nege pri prepoznavi ter prvi oskrbi epileptičnega napada.

3 Metode dela

Za namen raziskave je bil opravljen sistematični pregled strokovne in znanstvene literature s pomočjo spletnih knjižničnih baz COBISS, CINAHL in spletnih brskalnikov (Google Učenjak ter nekaterih drugih). Izbor pri iskanju virov smo omejili s ključnimi besedami »študenti, zdravstvena nega, epilepsija, ukrepi«. Za namen raziskave in pisanja prispevka, smo izločili vire starejše od 10 let in vire, ki niso bili najdeni s polnim besedilom.

3.1 Opis instrumenta

S pomočjo spletnega portala Ika, smo izdelali anonimni anketni vprašalnik, ki je vseboval 10 vprašanj. Prva tri vprašanja so se nanašala na spol, starost in stopnjo izobrazbe. Ostala vprašanja smo pripravili z uporabo pet stopenjske Likartove lestvice stališč, s pomočjo katere smo vsako trditev ocenili od 1 (se popolnoma ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam).

3.2 Opis vzorca

Vprašalnik smo po elektronski poti posredovali rednim študentom 1. in 2. letnika Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. V popolnosti je na vprašalnik odgovorilo 40 študentov, po 20 iz vsakega letnika. Nepopolne izpolnjene anketne vprašalnike pri obdelavi podatkov nismo upoštevali.

3.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

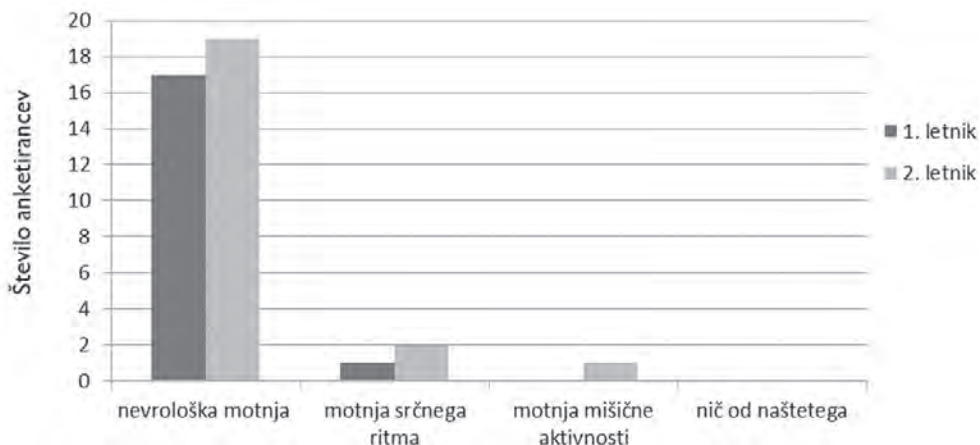
Anketni vprašalnik je bil posredovan študentom na njihov skupni elektronski naslov, ki je bil vzpostavljen za čas trajanja študija. Raziskavo smo izvedli v obdobju od 15. 1. 2018 do 20. 1. 2018. Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo spletnega portala Ika in jih grafično prikazali s pomočjo programov Microsoft Word in Microsoft Excel. Študenti so v raziskavi sodelovali prostovoljno, anonimnost je bila zagotovljena.

4 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 40 študentov v starosti med 18 in 23 let. Zanimala nas je vrsta izobrazbe pred vpisom na študij zdravstvene nege. S primerjavo smo želeli pridobiti podatek ali je znanje študentov z zdravstveno predizobrazbo boljše. Večina anketirancev (75 %) ima končano srednjo zdravstveno šolo. 6 anketirancev (15 %) ima končano gimnazijo, 4 (10 %) pa ima končano drugo srednjo šolo.

V nadaljevanju smo preverjali splošno znanje študentov o epilepsiji. Kar 90 % jih je pravilno potrdilo, da gre za nevrološko motnjo v prevajanju možganske električne aktivnosti (graf 1), le eden se je opredelil za mišično motnjo.

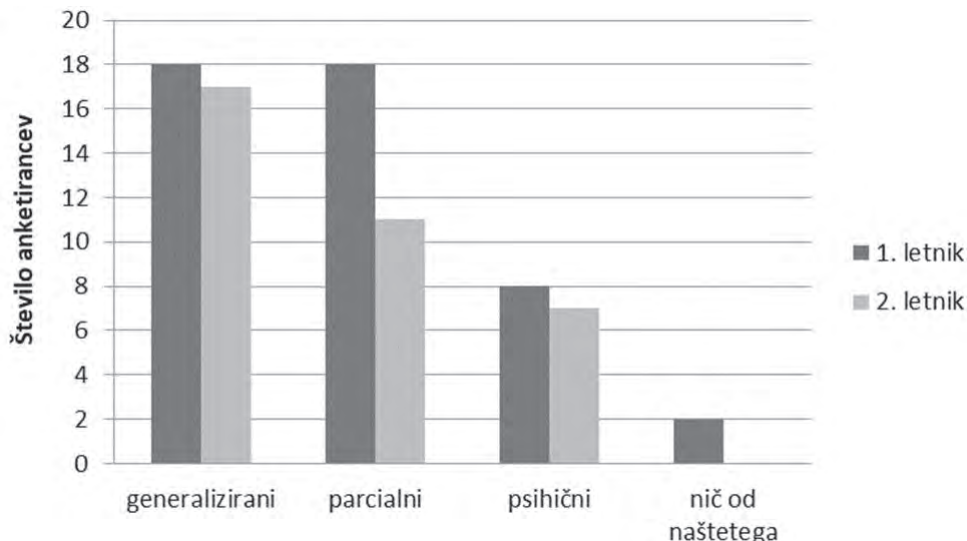
Graf 1: Katera trditev je pravilna za opredelitev epilepsije? (n = 40)



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Zanimalo nas je ali študenti poznajo različne vrste epileptičnih napadov (graf 2). Iz grafa je razvidno, da študenti poznajo generalizirane in parcialne epileptične napade, vendar je kljub temu 8 študentov iz prvega in 7 iz drugega letnika opredelilo psihični napad kot eno od vrst epileptičnega napada, kar ni pravilno.

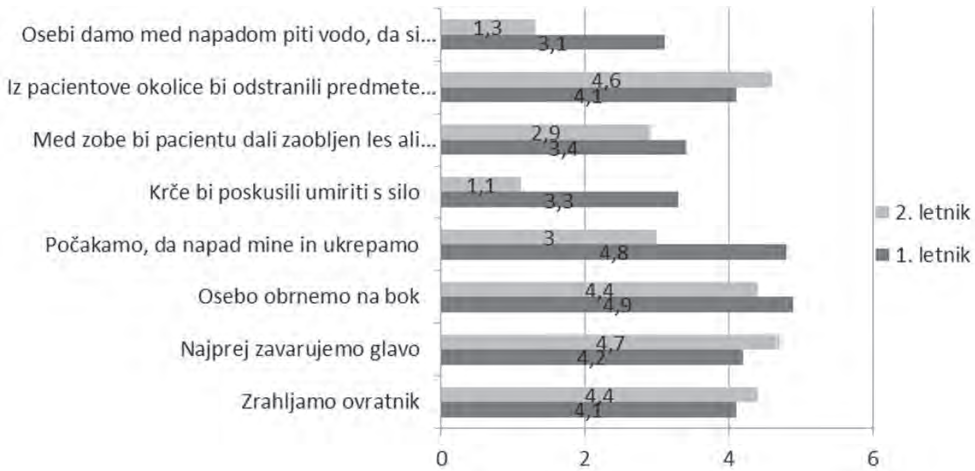
Graf 2: Vrste epileptičnih napadov (n = 40)



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

Preveriti smo želeli kako bi študenti izvedli ukrepe prve pomoči, če bi se soočili z osebo v epileptičnem napadu (graf 3). Pri tem smo uporabili 5 stopenjsko Likartovo lestvico trditvev v kateri so študenti označili svoje strinjanje z naslednjimi trditvami od 1 (se popolnoma ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam).

Graf 3: Ukrepi prve pomoči ob epileptičnem napadu (n = 40)



Vir: Anketni vprašalnik, 2018.

5 Razprava in zaključek

Rezultati raziskave so pokazali, da večina študentov prepozna znake bolezni, čeprav so bila odstopanja pri 37,5 % vprašanih, ki so opredelili psihični napad v eno od vrst epileptičnega napada, kar je napačno.

Skrbno opazovanje in dokumentiranje epileptičnih napadov ter poznavanje in opazovanje bolnikovih vedenjskih reakcij, lahko v kritičnih trenutkih bistveno vpliva na ustreznost pravih prvih ukrepov ob epileptičnem napadu (Tominšek, 2009). Prisotnost medicinske sestre je med samim napadom ključna, saj mora biti pripravljena na hitro ukrepanje ob morebitni zopori dihalne poti in poslabšanju zdravstvenega stanja, posebno ob epizodi napada v tonični fazi, ko lahko pride do zdrsa jezika in posledične zadušitve (Carvalho dos Santos idr., 2015).

Preverjanje poznavanja prvih ukrepov ob epileptičnem napadu je pokazalo, da bi večje število študentov na splošno znalo pravilno ukrepati. Zaskrbljujoč je podatek, da bi kar 25 % študentov prizadetemu med zobe zarinilo zaobljen predmet, kar je v popolnem nasprotju s strokovnimi smernicami. Ravno tako je zaskrbljujoče, da bi kar 22,5 % vprašanih prizadetim dalo piti vodo za izpiranje ustne votline, krče mišic pa bi umirjali s silo. Oboje je strokovno napačno. Temu pritrjujejo britanska strokovna združenja za prvo pomoč (Prva pomoč, 2015), ki v izdani publikaciji odsvetujejo držanje bolnika med napadom za dele telesa, izjema je le varovanje glave. Ravno tako med napadom odsvetujejo dajanje česarkoli v usta.

Pri medsebojni primerjavi trditev študentov prvega in drugega letnika, smo ugotovili, da so se študenti drugega letnika izdatneje opredelili za pravilne trditve v zvezi prvih ukrepov pri epileptičnem napadu. To lahko pripisemo dejstvu, da so skozi študijski

proces v drugem letniku, pridobili več strokovnih znanj iz sklopa strokovnega predmeta »Nujna medicinska pomoč«. Vsi anketirani študenti so izrazili željo, da bi bilo v času študija več poudarka glede prepoznavne bolezni in pravičnega ukrepanja ob epileptičnih napadih.

Poklic diplomirane medicinske sestre, oziroma zdravstvenika je zahteven, saj se morata prilagajati različnim zdravstvenim stanjem pacientov in ob tem morata ustrezno ter pravočasno ukrepati. Zato je še posebno pomembno, da študenti zdravstvene nege v času študija pridobijo številna znanja in veščine, ki jim bodo pripomogle k kakovostnejšemu in profesionalnemu opravljanju poklica v kliničnih okoljih, medicinska sestra in zdravstvenik pa sta dolžna ukrepati ter širiti znanje in veščine v ožjem in širšem okolju.

LITERATURA

1. Appleton, R. E., Chappell, B. in Beirme, M. (2011). *Epilepsija in vaš otrok*. London: Class Publishing Ltd.
2. Carvalho dos Santos, A., Moura, D. A., Sailer, G. C., Cardoso, L., Maia, M. M. in Preto, V. A. (2015). Reflection about the role of nursing to the patient with epilepsy in intra and extra-hospital care. *Journal of Nursing UFPE on line*, (str. 9285–9295). Recife: Federal University of Pernambuco.
3. Comprehensive Epilepsy Center. (2010). *Neuropsychological Testing*. Yale: Yale Eadie, M. J. (2012). Shortcomings in the current treatment of epilepsy. *Expert Rev Neurother*, 12 (12), 1419–1427.
4. Grand mal seizure (2017). Rochester: MayoClinic. Pridobljeno 27. 1. 2018, s <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/grand-mal-seizure/symptoms-causes/syc-20363458>.
5. Grmec, Š. (ur.). (2008). *Nujna stanja*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
6. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2016). *International first aid and resuscitation guidelines*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
7. Kaspar, R., McMahon, J. P. in Larsen, A. A. (2013). Management of Seizure Disorders in the Deployed Environment: A treatment Guide for the Non-Neurologist in Theater. *Military Medicine*, 178 (8), 907–913.
8. Liga proti epilepsiji (2019). *Kaj je epilepsija*. Pridobljeno 12. 1. 2019, s <http://www.epilepsija.org/o-epilepsiji/kaj-je-epilepsija>.
9. Lorber, B. (2012). Epileptični napad. V G. Granda in B. Lorber (ur.), *Mala šola nevrologije Prehodne nevrološke motnje* (str. 30–37). Ljubljana: Center za epilepsijo odraslih, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
10. Magdič, J. in Koželjnik, Ž. (2017). Epileptični napad in epileptični status. V G. Prosen (ur.), *Šole urgence* (str. 24–31). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
11. Meierkord, H., Boom, P., Engelsen, B., Göcke, K., Shorvon, S., Tinuper, P. in Holtkamp, M. (2010). EFNS guideline on the management of status epilepticus in adults. *European Journal of Neurology*, 17 (3), 348–355.
12. Milivojevič, N. (2014). Zdravljenje epileptičnega statusa – nočna mora v urgenci. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – Izbrana poglavja 2014* (str. 53–54). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Monetti, A. (2017). *Poznavanje prve pomoči laične populacije o epileptičnem napadu (Diplomska naloga)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

14. Poljanšek, S. (2009). Zdravstvena nega otroka z epilepsijo. V A. Gregorič (ur.), XIX. srečanje pediatrov in VI. srečanje medicinskih sester (str. 111–114). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.
15. Prva pomoč (2015). V J. Mohun (ur.), izv. First aid manual. (str. 276–277). Ljubljana: Mladinska knjiga.
16. Smernice za oživljanje 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino. Pridobljeno 1. 10. 2018, s <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2015/10/Smernice-o%C5%BEivljanje-2015-SLO.pdf>.
17. Steblovnik, T. (2014). Epilepsija – navodila za bolnike. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije in Zavod za razvoj družinske medicine.
18. Tomišek, M. (2009). Epileptični status. V H. Tušar in M. M. Smrekar (ur.), Zbornik predavanj – Novosti na področju nevrološke zdravstvene nege in rehabilitacije (str. 27–30). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji.
19. WHO. (2017). Epilepsy – fact sheet. Pridobljeno 24. 4. 2017, s <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/>.

Stavovi roditelja o cijepljenju u odnosu na zdravstvenu pismenost

UDK 614.47+316.64-05

KLJUČNE RIJEČI: cijepljenje, djeca, stavovi roditelja, zdravstvena pismenost

POVZETEK - Cilj istraživanja je ispitati zdravstvenu pismenost, te povezanost između zdravstvene pismenosti roditelja i njihovih stavova o cijepljenju. Istraživanje se provodilo u populaciji roditelja djece predškolske dobi. U istraživanje je uključeno 120 ispitanika. Za istraživanje je korišten anketni upitnik koji sadržava demografske podatke i pitanja o stavovima prema cijepljenju te upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti, Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50) u hrvatskom prijevodu. Istraživanje je pokazalo da većina ispitanika ispunjava zakonsku obvezu cijepljenja (95,8 %) i smatra da cijepljenje treba biti obavezno (88,3 %). Najveći izvor zabrinutosti oko cijepljenja je strah od nuspojava, čega se boji skoro svaki drugi ispitanik. Rezultati pokazuju, da većina demografskih i socioekonomskih čimbenika ne utječe na stavove o cijepljenju. Kod ispitivanja razlika s obzirom na stupanj obrazovanja dobivena je značajna razlika u razinama zdravstvene pismenosti. Ispitanici sa višim i visokim obrazovanjem imaju izraženiju zdravstvenu pismenost.

UDC 614.47+316.64-05

KEY WORDS: vaccination, children, parental attitudes, health literacy

ABSTRACT - To examine the attitudes of preschool age children's parents towards vaccination, their health literacy and the link between parents' health literacy and their attitudes towards vaccination. The research was conducted among the parents of preschool children. It included 120 respondents. A survey questionnaire containing the demographic data and questions about attitudes towards vaccination and a questionnaire for assessing health literacy Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLSA-50) in Croatian were used for the study. The research has shown that most respondents meet the legal obligation to vaccinate the child (95.8%) and consider that vaccination should be mandatory (88.3%). The biggest source of vaccine concerns is the fear of side effects which almost every other responder has. The results show that most demographic and socioeconomic factors do not affect attitudes about vaccination. When examining the differences in the level of education, there was a significant difference in the levels of health literacy. Parents with college and university degrees have greater health literacy.

1 Uvod

Cijepljenje spašava milijune života i jedna je od najuspješnijih zdravstvenih intervencija na svijetu. Usprkos tome, u svijetu je još uvijek velik broj necijepljene djece, što ih izlaže velikom riziku obolijevanja od potencijalno fatalnih bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija nastoji potaknuti sve ljude, da se potrudu povećati cijepne obuhvate radi općeg dobra: od vlada koje mogu osigurati cijepljenje do samih pojedinaca i njihovih obitelji koje se trebaju cijepiti (HZJZ, 2018). Program obveznog cijepljenja u Republici Hrvatskoj, kao i Nacionalni programi cijepljenja u drugim zemljama svijeta, imaju u cilju smanjiti pobol, invalidnost i smrtnost od bolesti protiv kojih se provodi cijepljenje, kao što su: tuberkuloza, difterija, tetanus, pertusis, poliomijelitis, morbili, rubeola, parotitis, hepatitis B, infekcija uzrokovanih bakterijom *Haemophilus influenzae* tipa B, primjenom učinkovitih cjepiva uz postizanje visokih cijepnih obuhvata

(Provedbeni program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj, 2015). Imunizacija na hrvatskim prostorima ima dugu povijest. Početkom hrvatske vakcinologije smatra se uradak dr. Hadviga, koji je 1791. godine u Jastrebarskom proveo cijepljenje protiv velikih boginja (Kaic, 2012). Zahvaljujući cijepljenju kao specifičnoj mjeri prevencije od raznih bolesti, u Hrvatskoj su eradicirane velike boginje i dječja paraliza, eliminirana je difterija, novorođenački tetanus, ospice, rubeola i milijarni oblici tuberkuloze kod djece. Neke su bolesti značajno reducirane, kao tetanus, hripavac, zaušnjaci, meningitisi uzrokovani bakterijom *Haemophilus influenzae* tipa B i hepatitis B (Kaic, 2007). Iako je cijepljenje dokazano najuspješniji preventivni program, posljednjih se godina neopravdano dovodi u pitanje. Odbijanje i odgađanje cijepljenja od strane roditelja dovelo je do smanjenja cijepnih obuhvata, što povećava rizik pojave bolesti, koje su bile u fazi eliminacije (Bralić, Barišić, Benjak, Brzović, Čulić in Đurašković, 2017). Na razini Hrvatske cijepni su obuhvati DTP primovakcinacijom i u docjepljivanju zadnjih šest godina u kontinuiranom padu. Obuhvati u primarnom MPR cijepljenju 2017. godine su 89 %, što je nastavak uočenog pada obuhvata. Ovakvi podatci upućuju na realnu opasnost od izbijanja epidemije tih bolesti kod djece predškolske dobi, pogotovo u županijama s najnižim obuhvatima (Dubrovačko-neretvanska, Splitsko-dalmatinska, Primorsko-goranska i Osječko-baranjska). Ako se pod hitno ne zaustavi trend pada cijepnih obuhvata, u skoroj budućnosti možemo očekivati epidemije, ponajprije ospica, rubeole, hripavca i mumpsa (HZJZ, 2017).

Tablica 1: Izvršenje cijepljenja protiv difterije, tetanusa, hripavca, ospica, rubeole i zaušnjaka u 2017. godini u Požeško-slavonskoj županiji

	<i>Predviđeno</i>	<i>Cijepljeno</i>	<i>Obuhvat</i>	<i>%</i>
			<i>PSŽ</i>	<i>RH</i>
Difterija, tetanus, hripavac, primarno-sve tri doze	631	603	95,56	91,89
DTP docjepljivanje	630	595	94,44	86,58
MPR primarno	619	593	95,8	88,97
MPR docjepljivanje	629	621	98,73	95,14

Izvor: Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije.

Prema podacima SZO-a i Europskog centra za sprječavanje i suzbijanje bolesti (ECDC), razvijene zemlje, koje nemaju sustav obveznog cijepljenja, imaju niske cijepne obuhvate i zbog toga znatno višu incidenciju bolesti protiv kojih se cijepi (Nemeth Blažić i Kosanović Ličina, 2016). Međunarodna istraživanja sugeriraju da standardne informativne kampanje nisu jako učinkovite dok su se učinkovitim pokazale intervencije zasnovane na razgovoru i savjetovanju na relaciji zdravstveni djelatnik-pacijent, posebno kada pacijent ima povjerenje u liječnika i zdravstvenog djelatnika (Nemeth Blažić i Kosanović Ličina, 2016). Percepcija roditelja o cijepljenju najčešće je osobna i usmjerena na dobrobit vlastitog djeteta. Za njih su najvažniji sigurnost cjepiva i mogućnost nuspojava kod cijepljenja njihovog djeteta (Larson, Cooper, Eskola, Katz i Ratzan, 2011). Zbog globalne i transportne povezanosti u suvremenom svijetu, te migracija stanovništva uz pad obuhvata cijepljenja povećava se rizik obolijevanja svakog necijepljenog djeteta (Siddiqui, Salmon i Omer, 2013). Pismenost je u užem

smislu definirana kao sposobnost čitanja i pisanja. Kako su se kanali obavijesti širili izvan tiskane riječi, tako se i pojam pismenosti nije više ograničavao na sposobnost čitanja i pisanja. Sadržaje pismenosti sve više proširuju i raznovrsna područja struke i znanosti pa se govori o akademskoj pismenosti, zdravstvenoj pismenosti, pismenosti bez granica (poznavanje jezika), pravnoj pismenosti i slično (Hrvatska enciklopedija). Unatoč značajnom poboljšanju razine pismenosti na globalnoj razini, danas još uvijek postoji 750 milijuna odraslih i 126 milijuna mladih koji ne mogu čitati ni napisati jednostavnu rečenicu, s time da od ukupnog broja nepismenih na svjetskoj razini dvije trećine čine žene (UIS.UNESCO.ORG, 2014). U Republici Hrvatskoj, prema zadnjem popisu stanovništva iz 2011. godine ima 32.302 (0,8 %) osoba starijih od deset godina koje su nepismene, a osobe starije od 75 godina čine 50 % ukupnog broja nepismenih u Hrvatskoj. Razina obrazovanja stanovništva Republike Hrvatske, prema posljednjem popisu iz 2011., bila je raspoređena na sljedeći način: osnovno ili manje obrazovanje imalo je 30,8 % stanovništva, srednje obrazovanje 52,6 %, a visoko obrazovanje 16,4 % stanovništva Hrvatske (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2012). Zdravstvena pismenost jasno ovisi o razinama temeljne pismenosti i povezanom kognitivnom razvoju. Pojedinci s nerazvijenim vještinama čitanja i pisanja, lošije će iskoristiti primljene medicinske informacije. Strategije za promicanje zdravstvene pismenosti moraju biti povezane s općenitim strategijama za promicanje pismenosti (Nutbeam, 2000). U kontekstu odluke roditelja o cijepljenju, zdravstvena pismenost može se proučavati u smislu znanja o cijepljenju, sposobnosti procjene i korištenja informacija koje su im dostupne. Naime, roditelji su često izloženi različitim netočnim informacijama (Fadda, Depping i Schulz, 2015).

2 Cilj istraživanja

Opći je cilj istraživanja ispitati stavove roditelja o cijepljenju djece. Specifični ciljevi su: ispitati povezanost demografskih i socioekonomskih obilježja roditelja i njihovih stavova o cijepljenju, ispitati zdravstvenu pismenosti roditelja djece predškolske dobi, ispitati povezanost između zdravstvene pismenosti roditelja i njihovih stavova o cijepljenju.

3 Ispitanici i metode

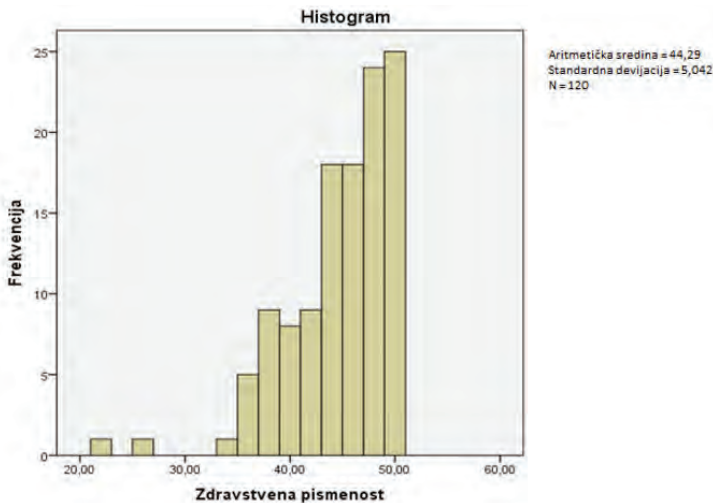
Provedeno je presječno istraživanje. Istraživanje se provodilo u populaciji roditelja djece predškolske dobi koji posjećuju pedijatrijsku ambulantu i koji su u skrbi patronažne sestre na području Požege i Pleternice. U istraživanje je uključeno ukupno 120 ispitanika. Svi su bili upoznati sa svrhom istraživanja pismenim i usmenim putem. Sudjelovanje u anketi bilo je dobrovoljno. Istraživanje je provedeno tijekom mjeseca svibnja 2018. godine. Ispitanici su podvrgnuti anketi o stavovima roditelja o cijepljenju djece i upitniku za procjenu zdravstvene pismenosti. Prije samog uključeni-

vanya u istraživanje ispitanicama je usmeno objašnjeno što se od njih očekuje i koji je cilj istraživanja. Kao instrument istraživanja korišten je anketni upitnik koji sadržava demografske podatke, pitanja o stavovima o cijepljenju, te anketni upitnik Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults (SAHLISA-50) u hrvatskom prijevodu. Upitnik SAHLISA-50 u hrvatskom prijevodu sastoji se od pedeset različitih pojmova (matičnih riječi). Svakoj matičnoj riječi pridružena su dva pojma, a zadatak je ispitanika odabrati pridruženi pojam koji, po njegovom mišljenju, bolje odgovara matičnoj riječi (ispitanik je mogao odabrati opciju ne znam koja je u zbrajanju bodova tretirana kao i netočan odgovor). Ako je rezultat točnih pridruživanja pojmova s matičnom riječi bio < 37 bodova, smatra se da je ispitanik zdravstveno nepismen.

4 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 120 ispitanika, 93 ženskog i 27 muškog spola. Najveći broj ispitanika je životne dobi 25 do 36 godina, njih 87, najviše ih je sa srednjom stručnom spremom, a prema mjestu stanovanja 74 živi u selu i 46 u gradu. Prema broju djece u obitelji, najviše ih je s dvoje djece, njih 41, s troje 36, te 15 s četvero i više djece. Jedno dijete ima 28 ispitanika.

Slika 1: Prikaz broja ispitanika s obzirom na rezultat na testu zdravstvene pismenosti



Izvor: Anketni upitnik, 2018.

U istraživanju dobiveni rezultati ukazuju, da nema razlika između muškaraca i žena u: ispunjavanju zakonske obaveze cijepljenja ($\chi^2(2) = 2,06$, $p = 0,05$), mišljenju o tome treba li cijepljenje biti obavezno ($\chi^2(2) = 0,47$, $p = 0,05$), namjeri ka cijepljenju djece i da ono nije obavezno ($\chi^2(3) = 3,53$, $p = 0,05$), mišljenju da su cjepiva opasna ($\chi^2(3) = 1,70$, $p = 0,05$), dosadašnjim iskustvima s cijepljenjem djece ($\chi^2(2) = 0,91$, $p = 0,05$), u razlozima odbijanja cijepljenja ($\chi^2(4) = 1,66$, $p = 0,05$), zadovoljstvu

dobivenim informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika i/ili medicinske sestre ($\chi^2(2) = 0,4$, $p = 0.05$), upoznatosti s pokretom protiv cijepljenja ($\chi^2(1) = 0,06$, $p = 0.05$) te mišljenju o takvim pokretima ($\chi^2(3) = 1,77$, $p = 0.05$).

Prije testiranja razlika u dobi, ta je varijabla rekodirana u dvije kategorije zbog toga što u pojedinim kategorijama ima nedovoljno ispitanika. Prva se kategorija odnosi na ispitanike mlađe od 36, a druga na starije od 36. Rezultati su pokazali, da nema dobnih razlika u: ispunjavanju zakonske obaveze cijepljenja ($\chi^2(2) = 1,24$, $p = 0.05$), mišljenju o tome treba li cijepljenje biti obavezno ($\chi^2(2) = 0,28$, $p = 0.05$), namjeri k cijepljenju djece i da ono nije obavezno ($\chi^2(3) = 2,95$, $p = 0.05$), mišljenju da su cjepiva opasna ($\chi^2(3) = 0,54$, $p = 0.05$), dosadašnjim iskustvima s cijepljenjem djece ($\chi^2(2) = 3,45$, $p = 0.05$), u razlozima odbijanja cijepljenja ($\chi^2(4) = 5,98$, $p = 0.05$), zadovoljstvu dobivenim informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika i/ili medicinske sestre ($\chi^2(2) = 2,03$, $p = 0.05$), upoznatosti s pokretom protiv cijepljenja ($\chi^2(1) = 0,99$, $p = 0.05$) te mišljenju o takvim pokretima ($\chi^2(3) = 7,32$, $p = 0.05$). Prije testiranja razlika s obzirom na stupanj obrazovanja, ta je varijabla također rekodirana u dvije kategorije. Prva se odnosi na ispitanike koji su završili osnovnu i srednju školu, a druga na one koji su završili višu ili visoku školu. Rezultati su pokazali da nema razlika s obzirom na stupanj obrazovanja u: ispunjavanju zakonske obaveze cijepljenja ($\chi^2(2) = 0,35$, $p = 0.05$), mišljenju o tome treba li cijepljenje biti obavezno ($\chi^2(2) = 2,68$, $p = 0.05$), namjeri k cijepljenju djece i da ono nije obavezno ($\chi^2(3) = 0,74$, $p = 0.05$), mišljenju da su cjepiva opasna ($\chi^2(3) = 4,07$, $p = 0.05$), dosadašnjim iskustvima s cijepljenjem djece ($\chi^2(2) = 0,79$, $p = 0.05$), u razlozima odbijanja cijepljenja ($\chi^2(4) = 5,11$, $p = 0.05$), zadovoljstvu dobivenim informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika i/ili medicinske sestre ($\chi^2(2) = 3,33$, $p = 0.05$), upoznatosti s pokretom protiv cijepljenja ($\chi^2(1) = 0,65$, $p = 0.05$) te mišljenju o takvim pokretima ($\chi^2(3) = 0,17$, $p = 0.05$). Kako bi ispitali postoje li razlike u stavovima i mišljenjima prema cijepljenju s obzirom na mjesto stanovanja, također je proveden hi kvadrat test. Rezultati su pokazali da nema razlika u: ispunjavanju zakonske obaveze cijepljenja ($\chi^2(2) = 0,85$, $p = 0.05$), mišljenju o tome treba li cijepljenje biti obavezno ($\chi^2(2) = 2,15$, $p = 0.05$), namjeri k cijepljenju djece i da ono nije obavezno ($\chi^2(3) = 3,36$, $p = 0.05$), mišljenju da su cjepiva opasna ($\chi^2(3) = 0,37$, $p = 0.05$), dosadašnjim iskustvima s cijepljenjem djece ($\chi^2(2) = 1,82$, $p = 0.05$), u razlozima odbijanja cijepljenja ($\chi^2(4) = 8,37$, $p = 0.05$), zadovoljstvu dobivenim informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika i/ili medicinske sestre ($\chi^2(2) = 1,22$, $p = 0.05$), upoznatosti s pokretom protiv cijepljenja ($\chi^2(1) = 0,13$, $p = 0.05$) te mišljenju o takvim pokretima ($\chi^2(3) = 0,26$, $p = 0.05$). Kako bi ispitali postoje li razlike u stavovima i mišljenjima prema cijepljenju s obzirom na broj djece u obitelji, proveden je hi kvadrat test. Prije provođenja varijabla broja djece je rekodirana tako da prva grupa predstavlja ispitanike koji imaju do dvoje djece, a druga kategorija predstavlja ispitanike koji imaju troje ili više djece. Rezultati su pokazali da nema razlika u: ispunjavanju zakonske obaveze cijepljenja ($\chi^2(2) = 1,28$, $p = 0.05$), mišljenju o tome treba li cijepljenje biti obavezno ($\chi^2(2) = 1,36$, $p = 0.05$), namjeri k cijepljenju djece i da ono nije obavezno ($\chi^2(3) = 5,77$, $p = 0.05$), mišljenju da su cjepiva opasna ($\chi^2(3) = 0,75$, $p = 0.05$), dosadašnjim iskustvima s cijepljenjem djece ($\chi^2(2) = 2,76$,

$p = 0.05$), u razlozima odbijanja cijepljenja ($\chi^2 (4) = 3,70, p = 0.05$), zadovoljstvu dobivenim informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika i/ili medicinske sestre ($\chi^2 (2) = 0,83, p = 0.05$) te upoznatosti s pokretom protiv cijepljenja ($\chi^2 (1) = 2,22, p = 0.05$). Međutim, dobivena je značajna razlika za varijablu koja ispituje mišljenja o pokretima protiv cijepljenja ($\chi^2 (3) = 10,17, p = 0.05$). Značajno više ispitanika koji imaju troje ili više djece podržava takve pokrete, a značajno manje ih djelomično podržava ili nisu sigurni u odnosu na ispitanike koji imaju jedno ili dvoje djece. Dobiveno je da nema spolnih razlika u procjeni informiranosti i znanja o cijepljenju ($t(118) = 0,29; p = 0,05$), zdravstvenoj pismenosti ($t(117) = -0,99; p = 0,05$) i stavovima o cijepljenju ($t(118) = -0,11; p = 0,05$). Razlika nema ni s obzirom na dob ispitanika u procjeni informiranosti i znanja o cijepljenju ($t(118) = -1,32; p = 0,05$), zdravstvenoj pismenosti ($t(117) = -0,73; p = 0,05$) i stavovima o cijepljenju ($t(118) = -1,85; p = 0,05$). Kod ispitivanja razlika s obzirom na stupanj obrazovanja, dobiveno je da nema razlika u procjeni informiranosti i znanja o cijepljenju ($t(118) = 0,62; p = 0,05$) i stavovima o cijepljenju ($t(118) = 0,23; p = 0,05$). Međutim, dobivena je značajna razlika u razinama zdravstvene pismenosti. Ispitanici koji imaju višu ili visoku stručnu spremu imaju izraženiju zdravstvenu pismenost ($t(117) = -4,49; p = 0,01$).

5 Rasprava

Istraživanje je pokazalo da većina ispitanika ispunjava zakonsku obvezu cijepljenja (95,8 %) i smatra da cijepljenje treba biti obavezno (88,3 %). Većina bi cijepila svoje dijete čak i da cijepljenje nije obavezno (76,7 %). Rezultati istraživanja Filozofskog fakulteta u Zagrebu 2015. godine bitno se razlikuju i pokazali su da oko 40 % roditelja cijepi djecu samo zato što je to obavezno, odnosno da izbjegnu sankcije (Repalust, Šević, Rihtar, Štulhofer, 2017). Iako veći broj ispitanika smatra da cjepljiva nisu opasna, svaki treći smatra da su ona ponekad opasna, a svaki četvrti nije siguran. Bez obzira na zabrinutost nekih ispitanika, većina ipak nikada nije imala negativno iskustvo s cijepljenjem. Najveći izvor zabrinutosti oko cjepljiva je strah od nuspojava, čega se boji skoro svaki drugi ispitanik. Slične rezultate pokazalo je istraživanje u Engleskoj, gdje većina roditelja izražava strah od nuspojava cijepljenja, a negativne stavove povezuju s nedostatkom informacija (Raithatha, Holland, Gerrard, Harvey, 2003). U našem istraživanju većina je ispitanika zadovoljna informacijama o cijepljenju koje su dobili od nadležnog liječnika ili medicinske sestre. Najveći broj ispitanika navodi da im je liječnik glavni izvor informacija o cijepljenju, a svaki četvrti dobije informacije od medicinske sestre i elektroničkih medija. Prema istraživanju Freed i suradnika navodi se da roditelji najviše vjeruju informacijama koje dobiju od pedijatra svoga djeteta (Freed, Clark, Buchar, Singer, Davis, 2011). Na kraju, većina ispitanika je upoznata s pokretima protiv cijepljenja, ali tek ih svaki deseti roditelj podržava, dok je svaki drugi nesiguran ili takvim pokretima pruža djelomičnu podršku. Ispitanici imaju razmjerno pozitivne stavove prema cijepljenju, iako postoji širok varijabilitet odgovora, tj. postoji manji broj ispitanika koji su izrazito protiv cijepljenja. Ispitanici uglavnom smatraju da imaju dobru razinu informiranosti i znanja o cijepljenju te su prosječnog socioe-

konoskog statusa. Istraživanje na Siciliji u Italiji o stavovima i ponašanju roditelja govori o visokoj procijepljenosti djece preporučenim cjepivima. Istraživanje naglašava potrebu informiranja roditelja o procesu imunizacije s naglaskom na prednosti cijepljenja kako bi se smanjili strahovi od nuspojava cijepljenja (Coniglio, Platania, Privitera, Giammanco, Pignato, 2011). Prvi cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost demografskih i socioekonomskih obilježja roditelja i njihovih stavova o cijepljenju. Rezultati pokazuju da većina demografskih i socioekonomskih čimbenika ne utječe na stavove o cijepljenju. Nema razlika s obzirom na dob, spol, mjesto stanovanja i broj djece u obitelji u procjeni informiranosti i znanja o cijepljenju, zdravstvenoj pismenosti i stavovima o cijepljenju. Kod ispitivanja razlika s obzirom na stupanj obrazovanja dobivena je značajna razlika u razinama zdravstvene pismenosti. Ispitanici sa višim i visokim obrazovanjem imaju izraženiju zdravstvenu pismenost ($p < 0.01$). Međutim, dobivena je značajna razlika za varijablu koja ispituje mišljenja o pokretima protiv cijepljenja. Značajno više ispitanika koji imaju troje ili više djece podržava takve pokrete, a značajno manje ih djelomično podržava ili nisu sigurni u odnosu na ispitanike koji imaju jedno ili dvoje djece. Drugi cilj ovog istraživanja bio je ispitati razine zdravstvene pismenosti, a pokazalo se da većina ispitanika postiže visoke rezultate, što upućuje na izraženu zdravstvenu pismenost. Rezultati zdravstvene pismenosti su visoki jer u ispitivanoj populaciji imamo samo 5,8 % ispitanika sa završenom osnovnom školom, 68,3 % ih je sa završenom srednjom školom i 25,8 % populacije ima više ili visoko obrazovanje. Istraživanje provedeno u Nizozemskoj potvrđuje i rezultat našeg istraživanja o povezanosti više razine obrazovanja i više razine zdravstvene pismenosti (Heide, Rademakers, Schipper, Droomers, Sørensen i Uiters, 2013). Isto tako u prilog rezultatu našeg istraživanja o visini zdravstvene pismenosti idu i rezultati istraživanja provedenog u Americi gdje je funkcionalna zdravstvena pismenost bila znatno niža među starijim dobnim skupinama (Baker, Gazmararian, Sudanoa, Pattersond, 2000). U našoj ispitivanoj populaciji najviše ispitanika je u dobi od 25 do 36 godina.

Na kraju, treći cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost zdravstvene pismenosti i stavova prema cijepljenju. Na temelju rezultata može se zaključiti da nema povezanosti socioekonomskog statusa s jedne strane i zdravstvene pismenosti te stavova o cijepljenju s druge strane. Također nije dobivena niti povezanost zdravstvene pismenosti i stavova o cijepljenju. Na nepostojanje povezanosti zdravstvene pismenosti s preostalim varijablama svakako je mogla utjecati smanjena varijabilnost odgovora na testu zdravstvene pismenosti. U istraživanju provedenom u Izraelu dobiveni su rezultati da roditelji s visokom funkcionalnom i kritičkom zdravstvenom pismenošću više riskiraju da ne cijepi svoju djecu, što je suprotno očekivanjima da osobe s visokom zdravstvenom pismenošću bolje usvajaju pozitivna zdravstvena ponašanja (Amit Aharon, Nehana, Rishpon, Baron - Epel, 2017).

Ovo je istraživanje pokazalo da većina ispitanika redovito cijepi svoju djecu i ima pozitivne stavove o cijepljenju, što se moglo i očekivati zbog poznatih pokazatelja o dobroj procijepljenosti djece u Požeško-slavonskoj županiji. Rezultate procijepljenosti treba nastaviti pratiti jer nije sigurno da se ovaj trend neće mijenjati. Istovremeno treba raditi na edukaciji zdravstvenih djelatnika općenito, a napose onih koji su uključeni

u provedbu cijepljenja. Oni moraju znati odgovor na svaki upit zabrinutih roditelja o cjepivima, važnosti cijepljenja, mogućim nuspojavama. Edukacija roditelja o dobrobiti cijepljenja nameće se kao stalna potreba u borbi protiv neistina koje ugrožavaju javno zdravlje i utječu na pogrešnu percepciju javnosti o cjepivima i cijepljenju (Bralić, Barišić, Benjak, Brzović, Čulić, Đurašković, 2007). Ovo istraživanje je pokazalo da roditelji imaju najviše povjerenja u informacije dobivene od struke. To povjerenje treba opravdati i raditi na edukaciji, ne samo roditelja djece, nego i šire javnosti zbog zanimanja za ovo područje. U području edukacije važna je uloga medicinskih sestara, napose visokoobrazovanih sestara koje imaju kompetencije za ulogu edukatora. Na to nas upućuje činjenica da u patronažnoj djelatnosti imamo sve više visokoobrazovanih sestara, koje u svom svakodnevnom radu u posjetima obitelji i djelovanju u lokalnoj zajednici imaju priliku za dijeljenje korisnih informacija o cijepljenju. Rad patronažne sestre može biti djelotvoran i kroz javnozdravstvene akcije, javne tribine o cijepljenju, preventivne i promotivne akcije usmjerene na djecu, mlade i njihove roditelje, s ciljem povećanja obuhvata cijepljenja. Kroz predmet Zdravstveni odgoj moglo bi se učenike u osnovnim i srednjim školama upoznavati s važnošću cijepljenja i rizicima ne cijepljenja kako bi stvarali pozitivne stavove.

LITERATURA

1. Amit Aharon, A., Nehana, H., Rishpon, S. in Baron - Epel, O. (2017). Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. In *Patient Education and Counseling*, 100 (4), 768–775.
2. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J. in Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci.*, 55 (6), S368–374.
3. Bralić, I., Barišić, V., Benjak, V., Brzović, M., Čulić, S., Đurašković, N. i sur. (2017). Cijepljenje i cjepiva. Zagreb: Medicinska naklada.
4. Coniglio, M. A., Platania, M., Privitera, D., Giammanco, G. in Pignato, S. (2011). Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. *BMC Public Health.*, 11, 305.
5. Fadda, M., Depping, M. and Schulz, P. (2015). Addressing issues of vaccination literacy and psychological empowerment in the measles-mumps-rubella (MMR) vaccination decision-making: a qualitative study. *BMC Public Health.*, 15, 836.
6. Freed, G. L., Clark, S. J., Buchart, A. T., Singer, D. C. in Davis, M. M. (2011). Sources and perceived credibility of vaccine-safety information for parents. *Pediatrics*, 127 (1), 107–112.
7. Heide, I., Rademakers, J. M., Droomers, M., Sørensen, K. in Uiters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health.*, 13, 179.
8. Hrvatski zavod za javno zdravlje. Izvješće o provedbi cijepljenja u 2017. godini. Pridobljeno 6. 5. 2018, s <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/04/Izvještaj-cijepljenje-2017.-god.pdf>.
9. Hrvatski zavod za javno zdravlje. Svjetski tjedan cijepljenja. Pridobljeno 7. 5. 2018, s adresi <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/svjetski-tjedan-cijepljenja/>.
10. IS.UNESCO.ORG.Education&Literacy. Pridobljeno 1. 6. 2018, s <http://www.uis.unesco.org/literacy/Pages/literacy-day-2014.aspx>.
11. Kaic, B. (2012). Impact of vaccination on vaccine-preventable disease burden in Croatia. *Period. Biol.*, 114 (2), 141–147.
12. Kaic, B., Gjenero - Margan, I., Brzovic, M. i sur. (2007). Vaccine regulations in Croatia. *Coll. Antropol.*, 31 (2), 117–120.
13. Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L. in Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine

- confidence gap. *Lancet.*, 378 (9790), 526–535.
14. Nemeth Blažić T. i Kosanović Ličina, M. L. (2016). Hrvatska lani imala najveću stopu incidencije ospica u EU. *Liječničke novine*, 148.
 15. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.*, 15 (3), 259–267.
 16. Raithatha, N., Holland, R., Gerrard, S. in Harvey, I. (2003). A qualitative investigation of vaccine risk perception amongst parents who immunize their children: a matter of public health concern. *J Public Health Med.*, 25 (2), 161–164.
 17. Repalust, A., Šević, S., Rihtar, S. in Štulhofer, A. (2017). Childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Croatia: insights from a population-based study. *Psychol Health Med.*, 22 (9), 1045–1055.
 18. Republika Hrvatska. Ministarstvo zdravlja. Provedbeni program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj u 2015. godini.

Mjerenje razine kortizola kao biomarkera stresa

UDK 613.86+612.453

KLJUČNE BESEDE: biomarker stresa, kortizol, laboratorijsko mjerenje

POVZETEK - Organizam na prijetnju vlastitom integritetu reagira stresom koji se očituje promjenama u psihološkim, ponašajnim i fiziološkim aspektima. Obzirom na složenost pojave i utjecaja na zdravlje pojedinca, proučavanje stresa zahtijeva interdisciplinarni pristup istraživanju. Fiziološka reakcija na stres uključuje aktivaciju osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda pri čemu dolazi do oslobađanja steroidnog hormona stresa, kortizola. Trenutna koncentracija kortizola može se odrediti u urinu, krvi i slini, dok se kumulativna količina određuje u uzorcima kose ili urina tijekom dužeg vremenskog perioda. Postupci uzorkovanja su jednostavni, kao i postupci obrade uzoraka i mjerenja. Za kvantifikaciju kortizola u biološkim uzorcima najčešće se koristi ELISA tehnika. Cjelovitim pristupom proučavanju pojavnosti stresa koji uključuje koreliranje količine kortizola kao biomarkera stresa s psihološkim pokazateljima doprinosi se boljem razumijevanju učinka stresa na zdravlje i posljedično uvođenju mjera za povećanje kvalitete života.

UDC 613.86+612.453

KEY WORDS: cortisol, stress biomarker, laboratory measurement

ABSTRACT - Stress is the organism's response to a threat to its integrity, reflected in psychological, behavioral and physiological changes. An interdisciplinary approach in stress studies should be used due to the complexity of stress appearance and its impact on health. The physiological stress response involves the activation of the hypothalamus-pituitary-adrenal gland axis which initializes releasing of stress steroid hormone, cortisol. The real-time cortisol levels can be determined in urine, blood and saliva, while the overall long-term cortisol in hair or urine samples. Sampling procedures as well as sample processing and measurement methods are simple. ELISA techniques are commonly used for the quantification of cortisol in a biological sample. An integrative approach to the stress research which involves a correlation of cortisol amounts with psychological stress indicators will contribute to a better understanding of the impact of stress on health and consequently to the development of measures that will lead to a higher quality of life.

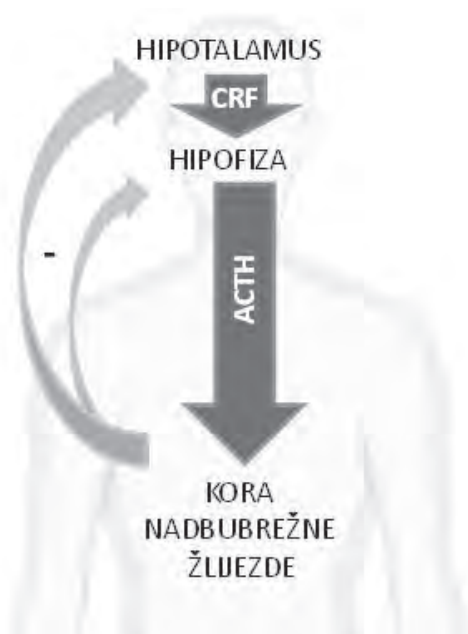
1 Stres

Stres je individualna reakcija obrane organizma na svaki fizički, psihički ili socijalni podražaj, odnosno stresor. Prema Hansu Selyeu stres je nespecifičan tjelesni (fizički i psihološki) odgovor na svaki neuobičajeni zahtjev koji prijeti ravnoteži organizma. Niz nespecifičnih reakcija Selye naziva općim adaptacijskim sindromom te ih dijeli u tri faze; 1. faza alarma, 2. faza otpora, 3. faza iscrpljenja (Cantor i Ramsden, 2014). Fiziološke reakcije na stres manifestiraju se primjerice pojačanim rada srca, pluća, proširenim zjenicama, povećanom mišićnom napetosti, povišenom razinom šećera u krvi i dr. Psihološke reakcije mogu biti emocionalne (osjećaji straha, tjeskobe, bijesa, potištenosti) i kognitivne (promjene pozornosti, koncentracije, rasuđivanja). Ovisno o vremenskom trajanju, stres može biti akutni i kronični. Akutni stres karakteriziraju nagle promjene u organizmu koje se nakon prestanka djelovanja stresora i brzo smiruju. Kod akutnog stresa su obično najuočljivije fiziološke reakcije. Kronični stres

izaziva izloženost pojedinca dužim neugodnim situacijama te se najčešće manifestira promjenama emocija (Šupe idr., 2011).

Biološka reakcija na stres sastavni je dio alostaze čiji su glavni posrednici hormoni i neuroprijenosnici. U fiziološki odgovor na stres uključeni su živčani, endokrini i imunološki sustav (Miller idr., 2007). Stresni podražaj izaziva aktivaciju dva sustava; simpatoadrenalno-medularnu osovinu (SAM, engl. sympatho-adrenal medullary-axis) i hipotalamusno-hipofizno-adrenalnu osovinu (HPA, engl. hypothalamic-pituitary-adrenocortical-axis). Ubrzo po nastupanju stresne reakcije započinje SAM aktivacija, odnosno podraživanje srži nadbubrežne žlijezde simpatičkim živcima što izaziva lučenje kateholamina (adrenalina i noradrenalina) u krvni optok. HPA osovina čine hipotalamus, hipofiza te nadbubrežna žlijezda s pripadajućim hormonima, HPA osovina prikazana je na slici 1 (Miller idr., 2007).

Slika 1: Hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna osovina



U hipotalamusu stvara se kortikotropin-otpustajući peptidni hormon (CRH, engl. corticotropin releasing hormon) koji kontrolira lučenje adrenokortikotropnog hormona (ACTH, engl. adrenocorticotropic hormone). ACTH je peptid koji nastaje u kortikotropnim stanicama hipofize iz prohormona proopiomelanokortina (POMC, engl. Pro-opiomelanocortin). ACTH ostvaruje djelovanje vezajući se na specifične receptore u kori nadbubrežne žlijezde gdje počinje lučenje glukokortikoida, posebno kortizola (Guyton i Hall, 2017). Prilikom prekomjernog lučenja hormona kortizola, kao što je slučaj kod djelovanja stresnog podražaja na organizam, dolazi do pokretanja negativne povratne sprege. Brza negativna povratna sprega aktivira se pri naglom povišenju razine glukokortikoida u plazmi pri čemu glukokortikoidi djeluju na staničnu

membranu sekretornih stanica i ograničavaju otpuštanje CRH i ACTH što rezultira smirivanjem organizma i vraćanjem u prvobitno stanje. Izlaganjem ponavljajućem stresu, odnosno kroničnom stresu, dolazi do poremećaja funkcije HPA osovine koja više ne može kompenzirati nastali stres (Herman idr., 2016).

2 Biomarkeri stresa

Biomarkeri stresa su biološke molekule povezane s pojavom stresa. Njihovom kvantifikacijom može se odrediti razina prisutnog stresa. U tu skupinu ubrajaju se kortizol, α -amilaza, proupalni citokini te kateholamini (Batista idr., 2017).

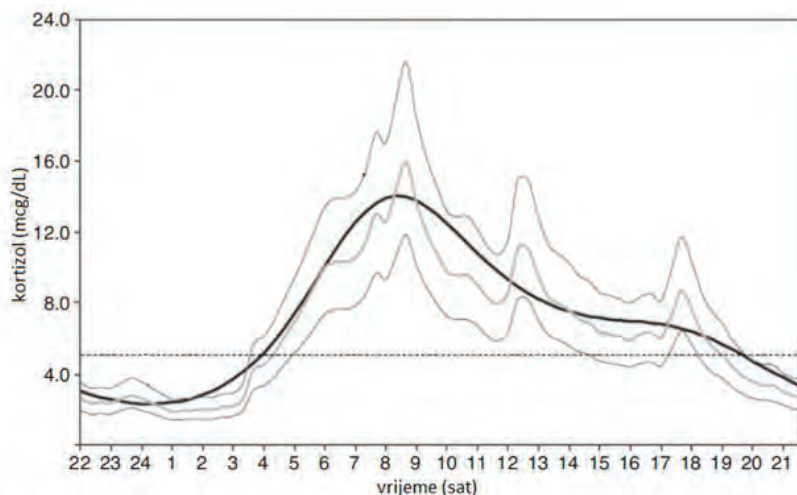
2.1 Kortizol

Kortizol je steroidni hormon koji se biosintetizira iz kolesterola u kori nadbubrežne žlijezde. Većina glukokortikoidne hormonalne aktivnosti kore nadbubrežne žlijezde pripada kortizolu. U plazmi se nešto kortizola nalazi u slobodnom obliku, međutim obzirom da je lipofilan više od 80% kortizola vezano je na transportni protein, uglavnom na globulin koji veže kortikosteroide (CBG, engl. corticosteroid binding globulin) i u manjoj mjeri na serumski albumin.

Metabolizira se u jetri i pritom nastaje prvi metabolički međuprodukt, neaktivan kortizon. Više od 95 % kortizola i kortizona izlučuje se urinom u obliku konjugata s glukuronskom kiselinom. Kortizol osim što sudjeluje pri obrani od stresa, utječe i na metabolizme ugljikohidrata (poticanje glukoneogeneze, smanjeno iskorištavanje glukoze u stanicama, povećanje koncentracije glukoze u krvi i »adrenalni dijabetes«), bjelančevina (smanjenje količine bjelančevina u stanicama, povećanje količine bjelančevina u jetri i u plazmi, utjecaj na koncentracije aminokiselina u krvi i jetrenim stanicama) i masti te sudjeluje u sprječavanju upalnih procesa.

Poremećaji lučenja kore nadbubrežne žlijezde mogu uzrokovati hipokorticismus karakterističan za Addisonovu bolest te hiperkorticismus poznat kao Cushingov sindrom (Guyton i Hall, 2017). Kortizol ima cirkadijalni ritam lučenja obzirom da je sekrecija ACTH pulsna. Tipične promjena koncentracije kortizola u odnosu na doba dana prikazana je na slici 2 (Chan i Debono, 2010). Rano ujutro razina kortizola je najviša, dok je oko ponoći ona najniža. S obzirom na cirkadijalni ritam lučenja kortizola, preporuča se prilikom ponavljanja određivanja koncentracije kortizola uzorke uzimati u približno isto doba dana.

Slika 2: Cirkadijalni ritam lučenja kortizola



Vir: 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.

3 Laboratorijska mjerenja količine kortizola

3.1 Vrste uzoraka za laboratorijske analize

Biološki uzorci koji se koriste za određivanje količine kortizola kao biomarkera stresa u ljudskom organizmu su urin, serum, slina i kosa. Urin, serum i slina koriste se u kliničkim laboratorijskim testiranjima dok se kosa relativno nedavno počela 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). Uzorci krvi uzimaju se dva puta dnevno, ujutro (između 7 i 10 sati) i popodne (između 16 i 18 sati). Prosječna koncentracija kortizola u krvi je $0,3 \mu\text{mol/L}$, s time da je veća u jutarnjem uzorku, a manja u popodnevnom obzirom na cirkadijalni ritam lučenja (Guyton i Hall, 2017). Nedostatak krvi kao biološkog uzorka za mjerenje količine kortizola je sam postupak venepunkcije koji je stresan i neugodan pojedincima, potrebni su posebni uvjeti transporta uzorka te mogućnost prenošenja infektivnih bolesti. Određivanje količine kortizola u uzorku mokraće omogućuje dobru procjenu slobodnog hormona koji ne ovisi o koncentraciji CBG-a te mjerenje koncentracija i njegovih metabolita, ali fiziološki status bubrega uvelike utječe na koncentracije kortizola u mokraći. Slobodni kortizol mjeri se kroz 24-sata u mokraći (uzimaju se uzorci tijekom cijelog dana i noći). Uzorak sline sve se češće koristi kao matriks za analizu hormona stresa. Brojni otopljeni analiti u slini sastojci su i krvi, te se slina zapravo može promatrati i kao ultrafiltrat krvi. U slini se uglavnom nalazi fiziološki aktivan kortizol u slobodnom obliku i na njegovu koncentraciju ne utječe brzina stvaranja sline (El-Farhan idr., 2017). Jednostavno i nein-

vazivno uzimanje uzorka sline povećalo je broj istraživanja vezanih uz aktivnost HHA osovine i lučenje kortizola. Dodatno, uzorkovanje ne izaziva stres poput venepunkcija ili cjelodnevno sakupljanje mokraće (Batista idr., 2017). Prosječne vrijednosti kortizola su 3,5-28,0 nmol/L za jutarnje uzorke i <5 nmol/L u večernjim uzorcima sline (Miller idr., 2016). Koncentracije kortizola u slini dobro koreliraju ($r = 0,87$) s količinama kortizola u krvi (Gunnala idr., 2015). Koncentracija slobodnog kortizola u slini niža je za 10-35 % od krvi jer prilikom prelaska kortizola iz krvi u slinu dolazi do djelomične kemijske transformacije kortizola u kortizon. Korelacija koncentracije ukupnog kortizola u krvi i slini također je visoka (Hellhammer idr., 2009). Koncentracija kortizola u serumu i slini ukazuje na trenutnu količinu biomarkera stresa, dok se kosa pokazala pogodnijim matriksom za određivanje količine kortizola kod kroničnog stresa, kad je prisutno dugoročno izlaganje određenim stresorima. Kosa u prosjeku raste jedan centimetar u mjesec dana stoga se u uzorku kose od jednog centimetara može odrediti količina kortizola produciranog u posljednjih mjesec dana. Uzimanje uzorka nije invazivno (škaricama se odreže kosa blizu tjemena) i uzorak se može skladištiti mjesecima pri sobnoj temperaturi (Russell idr., 2012).

3.2 Metode mjerenja

Prva klinička metoda za određivanje kortizola u serumu temeljila se na prirodnoj fluorescenciji kortizola (El-Farhan idr., 2013). Za mjerenje koncentracija kortizola u biološkim uzorcima (serum, urin, slina, kosa) koriste se prvenstveno imunokemijske i kromatografske metode. Imunokemijske metode temelje se mjerenju količine enzimski, radioizotopno ili fluorescentno obilježenih konjugata kortizola i specifičnih antitijela (Gatti idr., 2009). ELISA tehnike (engl. enzyme-linked immunosorbent assay) u kojima se koriste komercijalno dostupni kitovi osobito su jednostavne, brze i pouzdane metode određivanja kortizola u uzorcima (Russell idr., 2012). Kromatografske metode poput tekućinske kromatografije (HPLC/UV, engl. high pressure liquid chromatography with UV detection) te tekućinske kromatografije s tandemskom masenom spektrometrijom (LC-MS/MS, engl. liquid chromatography with mass spectrometry/mass spectrometry detection) omogućuju odvajanje i kvantifikaciju kortizola u prisutnosti strukturno sličnih steroidnih hormone, a samim time i točnije određivanje koncentracije kortizola u uzorcima. Međutim, kromatografske tehnike za razliku od imunokemijskih testova zahtijevaju veći utrošak vremena za pripremu uzorka i provedbu analize te su znatno skuplje. Stoga se imunokemijske metode zbog veće brzine, prihvatljivije cijene i jednostavnije tehničke izvedbe, usprkos djelomičnih ograničenja, poput osjetljivosti i specifičnosti antitijela prema kortizolu u prisutnosti ostalih strukturno sličnih steroida danas rutinski koriste (El-Farhan idr., 2017).

4 Zaključak

Proučavanje stresa zahtijeva integrirani pristup, zahtijeva proučavanje psiholoških i fizioloških pokazatelja stresa, njihove interakcije i korelacije. Novija interdisciplinarna istraživanja usmjerna su na bihevioralnu i fiziološku stranu stresnog odgovora. Jedan

od segmenata istraživanja fizioloških pokazatelja stresa jest mjerenje količine kortizola kao biomarkera stresa u biološkim uzorcima. Metode određivanja koncentracija kortizola točne su i validirane te se izmjerenim razinama kortizola može jasno dobiti uvid u aktivnost HPA osovine. Za kompletnu sliku fiziološkog odgovora na stres potrebno je također odrediti koncentracije odgovorajućih biomarkera (kateholamina i α -amilaze) i procijeniti aktivnost SAM osovine. Analizom količina izlučenih biomarkera stresa doprinosi se boljem razumijevanju učinka stresa na zdravlje i posljedično uvođenju preporuka za povećanje kvalitete života.

LITERATURA

1. Batista, P., Pereira, A. i Vaz, A. B. (2017). Salivary biomarkers in psychological stress diagnosis, *ARC Journal of Pharmaceutical Sciences*, 3 (2), 9–18.
2. Cantor, D. i Ramsden, E. (2014). *Stress, Shock, and Adaptation in the Twentieth Century*. Rochester: Boydell & Brewer.
3. 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.
4. El-Farhan, N., Pickett, A., Ducroq, D., Bailey, C., Mitchem, K., Morgan, N., Armston, A., Jones, L., Evans, C. i Aled Rees, D. (2013). Method-specific serum cortisol responses to the adrenocorticotrophin test: comparison of gas chromatography-mass spectrometry and five automated immunoassays. *Clinical Endocrinology*, 78, 673–678.
5. El-Farhan, N., Rees, D. A. i Evans, C. (2017). Measuring cortisol in serum, urine and saliva – are our assays good enough?. *Annals of Clinical Biochemistry*, 54 (3), 308–322.
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. Gatti, R., Antonelli, G., Prearo, M., Spinella, P., Cappellin, E. i De Palo E. F. (2009). Cortisol assays and diagnostic laboratory procedures in human biological fluids. *Clinical Biochemistry*, 42 (12), 1205–1217.
8. Gunnala, V., Guo, R., Minutti, C., Durazo - Arvizu, R., Laporte, C., Mathew, H., Kliethermis, S. i Bhatia R. (2015). Measurement of salivatory cortisol level for the diagnosis of critical illness-related corticosteroid insufficiency in children. *Pediatric Critical Care Medicine*, 16 (4), e101–106.
9. Guyton, A. C. i Hall, J. E. (2017). *Medicinska fiziologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
10. Hellhammer, D. H., Wüst, S. i Kudielka, B. M. (2009) Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34 (2), 163–171.
11. Herman, J. P., McKlveen J. M., Ghosal, S., Kopp, B., Wulsin, A., Makinson, R., Scheimann, J. i Myers, B. (2016). Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical stress response. *Comprehensive Physiology*, 6 (2), 603–621.
12. Miller, G. E., Chen E. i Zhou E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133, 25–45.
13. Miller, R., Stalder, T., Jarczok, M., Almeida, D. M., Badrick, E., Bartels, M., Boomsma, D. I., Coe, C. L., Dekker, M. C. J., Donzella, B., Fischer, J. E., Gunnar, M. R., Kumari, M., Lederbogen, F., Oldehinkel, A. J., Power, C., Rosmalen, J. G., Ryff, C. D., Subramanian, S. V., Tiemeier, H., Watanura, S. E. i Kirschbaum, C. (2016). The CIRCORT database: Reference ranges and seasonal changes in diurnal salivary cortisol derived from a meta-dataset comprised of 15 field studies. *Psychoneuroendocrinology*, 73, 16–23.
14. 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.

Obvladovanje krhkosti na ravni posameznika: kje smo, kam gremo?

UDK 364.696-053.9

KLJUČNE BESEDE: krhkost, obvladovanje krhkosti, staranje, projekt Advantage

POVZETEK - Krhkost lahko prepoznamo, upočasnimo in tudi zaustavimo, pri čemer imajo pravočasne in ustrezne intervencije pomembno vlogo. Najpomembnejša področja obvladovanja krhkosti na ravni posameznika so preventiva, klinična obravnava, telesna aktivnost, prehrana, zdravila in informacijsko-komunikacijska tehnologija. V okviru projekta skupnega ukrepanja Advantage je bil izveden obsežen pregled literature s področja obvladovanja krhkosti na ravni posameznika za navedena področja in izvedeno obsežno anketiranje v državah članicah EU glede trenutnega stanja (uporaba orodij, upoštevanje smernic) in morebitnih dobrih praks na teh področjih. Rezultati kažejo na različno razvitost obvladovanja krhkosti med državami članicami EU. Najbolj razvito področje obvladovanja krhkosti na ravni posameznika so intervencije na področju zdravlil. Sledijo intervencije na področju preventive in prehrane ter klinične obravnave in telesne aktivnosti. Intervencije, podprte z informacijsko-komunikacijskimi tehnologijami veljajo za najmanj razvito področje obvladovanja krhkosti. Obstoječe strokovne in znanstvene ugotovitve narekujejo potrebo po strateško usmerjeni podpori nadaljnjemu raziskovanju in implementaciji na področju obvladovanja krhkosti.

UDC 364.696-053.9

KEY WORDS: frailty, frailty management, ageing, Joint Action Advantage

ABSTRACT - Frailty can be identified, delayed and even prevented, where timely executed and appropriate interventions play an important role. The most important areas of frailty management at the individual level that should be addressed are prevention, clinical management, physical activity, nutrition, drugs, and information and communication technologies. In the frame of Joint Action Advantage, a comprehensive literature review on frailty management at the individual level for the areas mentioned above was carried out as well an extensive survey in EU Member States regarding the current state of use of tools and compliance with guidelines and possible good practices in these areas. The results show that the development levels of frailty management vary between EU Member States. The most developed area of frailty management at the individual level are drug related interventions, followed by prevention and nutrition related interventions, and clinical management and physical activity related interventions. Information and communication technology related interventions are considered to be the least developed area of frailty management. Existing professional and scientific findings point to the need for strategically oriented support for further research and implementation in the area of frailty management.

1 Teoretična izhodišča

Soočamo se z demografskim staranjem populacije. Razloge za to lahko iščemo predvsem v povišani pričakovani življenjski dobi in zmanjšanih stopnjah rodnosti (World Health Organization, 2015). Življenjska doba ljudi je daljša, vendar se v starosti mnogi soočajo z odvisnostjo od drugih, starostno krhkostjo, oslABLjenostjo in eno ali več kroničnimi boleznimi. Krhkost, ki jo lahko opredelimo kot »večdimenzionalni sindrom, za katerega je značilno zmanjšanje rezerve in odpornosti na stresorje« (Rodríguez - Mañas idr., 2013), je tako skoraj neizogibna posledica demografskih sprememb v družbi (Kelaiditi, 2016).

Starostna krhkost je zelo razširjena med starejšimi osebami, pri čemer se prevalenca starostne krhkosti giblje med 5 % in več kot 45 %, odvisno od opredelitve in starostne skupine (Veninšek in Gabrovec, 2018). Starostniki vseh starostnih skupin so izpostavljeni največjemu tveganju za pojav krhkosti in funkcionalne nezmožnosti (Rodríguez Mañas idr., 2018). Stanje krhkosti lahko prepoznamo in je v določeni meri reverzibilno (Fried idr., 2001) oziroma jo lahko upočasnimo ali celo zaustavimo. Pri tem imajo pravočasno izvedene ustrezne intervencije pomembno vlogo (Gabrovec in Skela Savič, 2017). Najpomembnejša področja obvladovanja krhkosti na ravni posameznika, ki jih velja naslavlјati, so področja preventive, klinične obravnave, telesne aktivnosti, prehrane, zdravil in informacijsko-komunikacijskih tehnologij (IKT).

Izziv, s katerim se soočamo, poleg podaljševanja življenjske dobe predstavlja tudi doseganje čvrste (ne-krhke), zdrave in samostojne starosti. Tudi Evropska komisija je prepoznala pomembnost te problematike in s financiranjem različnih projektov spodbuja države članice k raziskovanju možnosti za boljše doseganje boljših zdravstvenih izidov prebivalstva. Eden od teh projektov je tudi triletni projekt skupnega ukrepanja Advantage, ki ga v okviru tretjega zdravstvenega programa 2014-2020 sofinancira Evropska komisija in se je začel izvajati januarja 2017 (Joint Action Advantage, 2017). Slovenijo v konzorciju partnerjev projekta zastopa Nacionalni inštitut za javno zdravje, ki vodi delovni sklop obvladovanja krhkosti na ravni posameznika.

Projekt skupnega ukrepanja Advantage predstavlja priložnost za usklajeno delovanje, ki spodbuja učinkovite in uspešne politike preprečevanja in obvladovanja krhkosti v sodelujočih državah članicah. Prvi korak, narejen v to smer, je bila priprava poročila o trenutnem stanju na področju obvladovanja krhkosti, ki omogoča pregled nad dosedanjimi dognanji o tem, kaj na področju preprečevanja in obvladovanja krhkosti deluje in kaj ne, ter se bo odražalo v priporočilih oblikovalcem politik na ravni držav članic, kot končnem rezultatu projekta (Rodríguez Mañas idr., 2018). V okviru delovnega sklopa, ki se osredotoča na obvladovanje krhkosti na ravni posameznika, je bil tako izveden obsežen pregled literature s področja preventive, klinične obravnave, telesne aktivnosti, prehrane, zdravil in informacijsko-komunikacijskih tehnologij ter izvedeno anketiranje držav članic EU glede trenutnega stanja (uporaba orodij, upoštevanje smernic) in morebitnih dobrih praks na navedenih področjih.

2 Metoda

Pregled literature je bil izveden skladno s Prednostnimi poročili za sistematične preglede in meta analizo (PRISMA-P) 2015 (Moher idr., 2015). Iskanje prispevkov je potekalo v naslednjih podatkovnih bazah, in sicer PubMed, Cohanne knjižnica, Embase, UpToDate ter Kumulativni indeks zdravstvene nege in zdravstvene literature (CINAHL); uporabljene so bile različne kombinacije ključnih besed v angleškem jeziku, izbrane iz predloga, ki so ga pripravili vodja projektov in delovne skupine za posamezne delovne naloge v okviru projekta skupnega ukrepanja Advantage (delovno področje obvladovanja krhkosti na ravni posameznika). Upoštevan je bil časovni

kriterij (15-letni časovni okvir); izbrani so bili prispevki, objavljeni v obdobju od leta 2002 do leta 2017. V študijo so bili vključeni prispevki iz recenziranih znanstvenih revij, mednarodni dokumenti, standardi, smernice in raziskovalne študije v Evropski uniji. Izključene so bile informacije iz uredništev, pisma, intervjuji, posterji in članki brez dostopa do celotnega besedila. V študijo so bili vključeni tudi sivi dokumenti, ki so jih opredelili in predlagali vodja delovnih nalog in delovna skupina za IKT. Med sivo literaturo so bile vključene publikacije, ki bodisi niso bile objavljene bodisi jih je sicer težko najti, vključno z raznimi poročili, doktorati, itd.

Dodatno je bilo izvedeno anketiranje držav članic EU glede trenutnega stanja uporabe orodij, upoštevanja smernic in morebitnih dobrih praks, izvedeno v okviru projekta skupnega ukrepanja Advantage. Vprašalnik so pripravile strokovne skupine projekta v okviru delovnih sklopov. Vprašalnik, na katerem temelji pričujoči prispevek, je pripravila delovna skupina šestega delovnega sklopa (obvladovanje krhkosti na ravni posameznika). Vprašalnik je bil pripravljen in testiran v letu 2017 na primeru Grčije in Španije. Potrdil ga je upravni odbor projekta, 18. 12. 2017. Anketiranje držav članic je potekalo od januarja do marca 2018. Vprašalnike so v sodelujočih državah članicah izpolnjevali člani strokovne skupine šestega delovnega sklopa projekta skupnega ukrepanja Advantage v sodelovanju z drugimi strokovnjaki za posamezno področje (preventiva, klinična obravnava, prehrana, telesna aktivnost, zdravila, IKT). V Sloveniji je vprašalnik tako izpolnila delovna skupina Nacionalnega inštituta za javno zdravje, v sodelovanju z zunanjimi strokovnjaki. Navodila za analizo vprašalnikov in klasifikacijo držav članic so pripravili vsi delovni sklopi. Navodila so bila sprejeta na upravnem odboru projekta 19. 4. 2018, analiza vprašalnikov je potekala meseca maja 2018. Analizo zbranih podatkov je izvedla delovna skupina Nacionalnega inštituta za javno zdravje v sodelovanju z vodji navedenih področij znotraj šestega delovnega sklopa ter se pri tem poslužila opisne statistike. Države članice so bile klasificirane v pet razredov oziroma nivojev, glede na implementacijo oziroma trenutno stanje v državah po posameznih navedenih področjih (trajnostni, napredni, dobro razviti, ustrezni in osnovni nivo implementacije).

3 Rezultati

Preventiva krhkosti

Rezultati pregleda literature na področju preventive kažejo (Gabrovec in Skela-Savič, 2018), da imajo zgodnje, ciljno naravnane intervencije pomemben vpliv na preventivo in razvoj krhkosti ter tveganje za neugodne zdravstvene izide. Obvladovanje krhkosti in zgodnje intervencije zahtevajo širok in multidisciplinaren pristop, ki vključuje klinično obravnavo s telesno aktivnostjo (vztrajnostna vadba), prehrano (večji vnos beljakovin in dodajanje vitamin D) in zdravili.

Rezultati anketiranja kažejo, da nobena od sodelujočih držav članic ne dosega najvišjega nivoja implementacije (trajnostna implementacija) glede intervencij na področju preventive krhkosti. Za to stopnjo bi posamezna država članica morala imeti

nacionalno strategijo za preventivo krhkosti, ki zajema vsa področja, ki pripomorejo k preventivi krhkosti (prenehanje kajenja, zmanjšanje uživanja alkohola, povečanje telesne aktivnosti in izboljšanje prehrane za doseganje in vzdrževanje zdrave telesne teže) in ki je bila evalvirana oziroma obstaja dogovorjen načrt za njeno vzdržnost. Približno tretjina sodelujočih držav dosega napredni nivo implementacije, ki zahteva obstoj nacionalne strategije za preventivo krhkosti, ki zajema vsa navedena področja, ki pripomorejo k preventivi krhkosti. Med temi državami so Finska, Francija, Italija, Nizozemska, Španija, Velika Britanija in Poljska. Ostale sodelujoče države pa dosega osnovni in ustrezn nivo implementacije, pri čemer osnovni nivo kaže na to, da država članica nima programov, smernic ali intervencij za preventivo krhkosti, ustrezn nivo implementacije pa da ima država članica razpršene programe, smernice ali intervencije za nekatere od področij, ki pripomorejo k preventivi krhkosti.

Klinična obravnava krhkosti

Rezultati pregleda literature s področja klinične obravnave kažejo, da Friedovi kriteriji in Indeks krhkosti akumuliranih deficitov veljata za najbolj robustni orodji za ocenjevanje krhkosti, ki jih danes uporabljajo kliniki in raziskovalci (Dent, Kowal, & Hoogendijk, 2016). Nadalje rezultati kažejo, da je celovita geriatrična ocena učinkovit način za zmanjševanje stopenj krhkosti, še posebej, če se izvaja v geriatričnih oddelkih ter da so večkomponentna telesna vadba in večdimenzionalne intervencije (telesna vadba, prehrana, dodajanje vitamina D in kognitivno usposabljanje) učinkoviti ukrepi za zmanjšanje krhkosti (Veninšek in Gabrovec, 2018).

Rezultati anketiranja kažejo, da najvišjo stopnjo implementacije (trajnostna) dosega tri države članice Evropske unije, in sicer Velika Britanija, Belgija in Italija. Za to stopnjo mora imeti država članica nacionalno strategijo za obvladovanje krhkosti starostnikov, ki temelji na celoviti geriatrični oceni (ang. comprehensive geriatric assessment) in vseh specifičnih intervencijah, povezanih s krhkostjo (telesna aktivnost, prehrana, zmanjševanje polifarmakoterapije) ter ki je lahko uporabljena tako na primarni ravni kot tudi v bolnišnicah in je evalvirana oziroma zanjo obstaja trajnostni načrt. Temu z naprednim nivojem, za katerega veljajo enaki pogoji kot za trajnostnega (razen evalvacije oziroma trajnostnega načrta za izvajanje strategije) sledita Francija in Irska. V osnovni nivo držav članic, ki nimajo programov, navodil in upravljanje krhkosti starostnikov se uvršča večina držav članic, in sicer Ciper, Grčija, Finska, Hrvaška, Madžarska, Litva, Nizozemska, Poljska, Slovenija, Portugalska in Romunija.

Prehrana

Rezultati pregleda literature s področja prehrane (Gabrovec idr., 2018) kažejo, da je eden glavnih dejavnikov tveganja za razvoj krhkosti lahko neustrezno prehranjevanje. Prehrana in status krhkosti sta povezana, saj podhranjenost ali tveganje za pojav podhranjenosti povečuje tveganje za nastanek krhkosti in njene posledice. Validirano orodje z zadovoljivo občutljivostjo za presejanje in ocenjevanje podhranjenosti ali tveganja za njen razvoj je Mini prehranska ocena (angl. Mini Nutritional Assessment). Krhki bolniki, ki imajo povečano tveganje za padce in zlome, potrebujejo dodatek vi-

tamina D. Priporoča se mediteranska dieta, blagodejen oziroma koristen je vnos beljakovin vsaj 1 do 1,2 g/kg telesne teže na dan. Uspešno popolno obvladovanje krhkosti tako zahteva uravnoteženo, zdravo prehrano v vseh starostnih obdobjih, po možnosti v kombinaciji s telesno aktivnostjo.

Rezultati anketiranja kažejo, da najvišje stopnje implementacije (trajnostna) ne dosega nobena država članica. Za to stopnjo mora imeti država članica nacionalno strategijo za prehrano krhkih starostnikov, ki vključuje vse naslednje intervencije: uporaba mini prehranske ocene, zagotovitev zadostnega vnosa beljakovin, doseganje zmerne izgube teže pri osebah s povečano težo, vnos vitamina D pri osebah s povečanim tveganjem pred padci in zlomi; poleg tega še evalvirano nacionalno strategijo ali jasen načrt vzdrževanja te strategije. Ker evalvacije ali jasnega načrta vzdrževanja nimajo, imajo pa strategijo, ki zajema vse zahtevane kriterije, se v napredni nivo razvrstijo naslednje države članice, in sicer Finska, Francija, Grčija, Poljska in Nemčija, ki nam lahko služijo kot model za izboljšanje strategij prehrane krhkih starostnikov v Sloveniji. Ostale države se uvrščajo v ostale tri, nižje nivoje implementacije na področju prehrane.

Telesna aktivnost

Glede na pregled literature s področja telesne aktivnosti (Strojnik in Gabrovec, 2017) sedeči življenjski stil velja za enega najpomembnejših dejavnikov za razvoj kroničnih bolezni in z njimi povezanimi zdravstvenimi izidi. Telesna aktivnost tako lahko ne le zakasni, ampak tudi prepreči krhkost oziroma obrne trend razvoja krhkosti. Nizko intenzivna telesna aktivnost ni učinkovita za pomembnejšo upočasnitev razvoja krhkosti. Zmerna telesna aktivnost upočasni razvoj krhkosti v nekaterih starostnih skupinah (65 let in več). Intenzivna telesna aktivnost pa upočasni razvoj krhkosti pri vseh starejših osebah. Na povečan učinek vadbe poleg intenzivnosti vpliva tudi njen obseg. Pregled literature kaže, da lahko različne vrste telesne vadbe pri krhkih starejših osebah izboljšajo moč, vzdržujejo ali celo malo povečajo delež nemastne telesne mase ter izboljšajo aerobno moč in ravnotežje. Na tak način vadba izboljša kvaliteto življenja in zmanjša število padcev pri krhkih starejših osebah.

Rezultati anketiranja kažejo, da nobena od sodelujočih držav članic ne dosega najvišje (trajnostne) stopnje implementacije, za katero mora država članica imeti nacionalno strategijo za telesno aktivnost starejših krhkih oseb, ki vključuje strukturirano večkomponentno vadbo ali vaje moči ter je evalvirana oziroma zanjo obstaja trajnostni načrt. Ker evalvacije ali jasnega načrta vzdrževanja nima, ima pa nacionalno strategijo, ki zajema vse zahtevane kriterije, se v napredni nivo razvrsti Finska. V dobro razviti nivo, ki zahteva prisotnost širokega spektra programov, navodil, intervencij z vključenimi omenjenimi elementi, se uvrščajo Francija, Irska, Italija, Malta, Portugalska, Španija in Velika Britanija. V osnovni nivo držav članic, ki nimajo programov, navodil in intervencij za fizično aktivnost starejših krhkih oseb se razvrstijo Bolgarija, Hrvaška, Ciper in Litva. Ostale države pa se uvrščajo v ustrezni in dobro razviti nivo implementacije.

Zdravila

Pregled literature s področja obvladovanja polifarmakoterapije pri starostnikih z multimorbidnostjo kaže, da so z namenom racionaliziranja polifarmakoterapije najširše uporabljani Beersovi kriteriji, STOPP-START in Laroche kriteriji ter da je za oceno polifarmakoterapije pri starejših na voljo veliko orodij, vendar nobeno od njih ne vključuje vseh potrebnih vidikov. Za zagotavljanje učinkovitosti in varnosti bodo morali biti v prihodnje programi, ki urejajo področje predpisovanja zdravil starejšim multidisciplinarni ter usmerjeni na pacienta, ob upoštevanju značilnosti zdravstvenega sistema v državi. Uspešna implementacija zahteva interdisciplinaren pristop in usmerjeno prepoznavanje pacientov, ki potrebujejo celovit pristop predpisovanja in farmacevtske oskrbe.

Rezultati anketiranja kažejo, da se je večina držav glede razvitosti področja obvladovanja polifarmakoterapije pri starejših uvrstila v nižje tri nivoje implementacije (dobro razviti, ustrežni in osnovni nivo implementacije), le pet držav je uvrščenih med napredne na področju obvladovanja polifarmakoterapije pri starejših. Medtem ko nobena od držav ne izpolnjuje kriterijev projekta skupnega ukrepanja Advantage za uvrstitev na nivo zelo razvitih držav glede na obvladovanje polifarmakoterapije pri starejših, za katerega mora imeti država članica nacionalno strategijo za spodbujanje ustreznega predpisovanja, upravljanja polifarmakoterapije in optimiziranja adherence pri starejših, krhkih pacientih, ki je bila evaluirana ali obstaja dogovorjen načrt za njeno vzdrževanje. Med razvitejše države na področju obvladovanja polifarmakoterapije pri starejših oziroma države z naprednim nivojem implementacije, za katerega mora imeti država članica nacionalno strategijo za spodbujanje ustreznega predpisovanja, upravljanja polifarmakoterapije in optimiziranja adherence pri starejših, krhkih pacientih, spadajo Belgija, ki je razvila akcijski plan s cilji, Španija, v kateri imajo regionalne smernice, ki urejajo področje polifarmakoterapije pri starejših ter Finska, Francija in Velika Britanija, ki imajo nacionalne smernice poleg številnih drugih orodij in možnosti izobraževanj ter pomoči predpisovalcem. Ostale države se uvrščajo v nižje nivoje implementacije na področju zdravil.

Informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT)

Aplikacija in uporaba IKT pri krhkih osebah imata več razsežnosti; pomembno vlogo imata predvsem z vidika telesne dejavnosti in vadbe ter zaznave gibanja oziroma preprečevanja padcev ter tudi prehrane, spanja, splošne blaginje, kognitivnih funkcij, socialne interakcije, komunikacije, psihološkega stanja in podpore ostalim vsakodnevnim aktivnostim krhkih starejših oseb. IKT lahko pomembno prispevajo k preprečevanju stanja krhkosti in k podpori kompleksne oskrbe krhkih, starejših oseb z vidika presejanja, ocenjevanja, nadziranja in spremljanja (Kelaiditi, 2016) a growing interest has been directed towards the identification of related conditions that are still amenable to preventive interventions. In this context, frailty has attracted an increasing scientific interest. Frailty is characterized by decreased homeostatic reserves and diminished resistance to stressors. The frail elderly constitutes a complex population in terms of assessment, monitoring, adherence to recommendations, and follow-up. The

use of novel technologies may be considerably helpful for both clinical and research purposes. In particular, technologies may support interventions preventing disability, improving the quality of life, and enhancing the wellbeing of frail people. Traditional assessment instruments can be complemented or replaced by mobile devices measuring and monitoring frailty domains (e.g., physical performance, cognitive function, physical activity, nutritional status). Za najučinkovitejšo intervencijo »teleskbe« (angl. telecare) za krhke, starejše osebe in za bolnike s kroničnimi boleznimi/stanji se je izkazalo avtomatizirano spremljanje vitalnih znakov za zmanjševanje uporabe zdravstvenih storitev (Barlow, Singh, Bayer in Curry, 2007).

Rezultati anketiranja kažejo, da nobena izmed držav ni bila uvrščena v najvišji skupini oziroma kategoriji z najvišjo stopnjo implementacije, t.j. trajnostnim in naprednim nivojem implementacije, kar pomeni, da nobena od sodelujočih držav članic nima (evalvirane) nacionalne strategije in trajnostnega načrta za spodbujanje prevzema določenih IKT/aplikacij/orodij za preprečevanje ali obvladovanje krhkosti. Le štiri države članice imajo dobro razviti nivo implementacije, ki zahteva široko uporabo IKT/aplikacij/orodij za preprečevanje ali obvladovanje krhkosti, večina pa se jih uvršča v nižja dva nivoja implementacije (osnovnega in ustreznega). V skupino držav članic z dobro razvitim področjem preprečevanja in obvladovanja krhkosti s pomočjo IKT so se tako uvrstile Finska, Francija, Italija in Velika Britanija, ki so poročale o prisotni široki uporabi IKT/aplikacij/orodij za preprečevanje ali obvladovanje krhkosti. Ostale države so se uvrstile v ustrezni nivo implementacije, ki zahteva prisotnost občasne uporabe IKT/aplikacij/orodij za preprečevanje ali obvladovanje krhkosti ter v osnovni nivo implementacije, ki ne predvideva tovrstnih intervencij.

4 Razprava

Rezultati kažejo na različno razvitost obvladovanja krhkosti med državami članicami EU in Veliko Britanijo ter Irsko. Najbolj razvito področje obvladovanja krhkosti na ravni posameznika so intervencije na področju zdravil. Sledijo intervencije na področju preventive in prehrane ter klinične obravnave in telesne aktivnosti. Intervencije, podprte z IKT veljajo za najmanj razvito področje obvladovanja krhkosti.

Krhkost lahko potencialno preprečimo in zdravimo, še posebno ob pravočasnem izajanju ustreznih intervencij. Za čim bolj učinkovito načrtovanje in izvedbo slednjih so potrebna bolj obširna in celovita strokovna in znanstvena dognanja s področij, ki veljajo za učinkovita in obetavna pri preprečevanju in klinični obravnavi krhkosti, kamor umeščamo prehrano, telesno aktivnost in vadbo, predpisovanje zdravil in IKT. To vrzel smo z aktivnostmi (pregled literature in anketa), ki potekajo v okviru projekta skupnega ukrepanja Advantage, deloma zapolnili. Rezultati kažejo, da je bil do sedaj razvit širok spekter različnih rešitev, ki lahko odigrajo pomembno vlogo pri obvladovanju krhkosti na ravni posameznika ter pomembno vplivajo na različna področja življenja oziroma posamezne komponente krhkosti. Obstoječe strokovne in znanstve-

ne ugotovitve tako narekujejo potrebo po strateško usmerjeni podpori nadaljnjemu raziskovanju in implementaciji na področju obvladovanja krhkosti.

LITERATURA

1. Barlow, J., Singh, D., Bayer, S. in Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13 (4), 172–179.
2. Dent, E., Kowal, P. in Hoogendijk, E. O. (2016). Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *European Journal of Internal Medicine*, 31, 3–10.
3. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J. idr. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56 (3), M146–156.
4. Gabrovec, B. in Skela - Savič, B. (2018). Management of Frailty at Individual Level – Frailty Prevention: Narrative Literature Review from the perspective of the European Joint Action on frailty – Advantage JA. *Obzornik Zdravstvene Nege*.
5. Gabrovec, B. in Skela Savič, B. (2017). Menedžment krhkosti na individualni ravni: preprečevanje krhkosti. *Isis*, 8–9, 31–32.
6. Gabrovec, B., Veninšek, G., Samaniego, L. L., Carriazo, A. M., Antoniadou, E. in Jelenc, M. (2018). The role of nutrition in ageing: A narrative review from the perspective of the European joint action on frailty – Advantage JA. *European Journal of Internal Medicine*, 56, 26–32.
7. Joint Action Advantage. (2017). A comprehensive approach to promote a disability-free Advanced age in Europe: the Advantage initiative. Pridobljeno 4. 9. 2018, s <http://www.advantageja.eu>.
8. Kelaiditi, E. (2016). Frailty and Novel Technologies - A Step Ahead. V B. Vellas (ur.). *White Book on Frailty* (str. 140–142). Chengdu, China: Center of Gerontology and Geriatrics, West China Hospital, Sichuan University. Pridobljeno, s <http://www.garn-network.org/documents/WHITEBOOKONFRAILTY-USVERSION.pdf>.
9. Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4 (1), 1.
10. Rodríguez - Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko - Zajko, W., ... Vega, E. (2013). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68 (1), 62–67.
11. Rodríguez Mañas, L., García - Sánchez, I., Hendry, A., Bernabei, R., Roller - Wirnsberger, R., Gabrovec, B., ... Telo, M. (2018). Key Messages for a Frailty Prevention and Management Policy in Europe from the Advantage Joint Action Consortium. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22 (8), 892–897.
12. Strojnik, V. in Gabrovec, B. (2017). Projekt skupnega ukrepanja Advantage, obvladovanje krhkosti – vloga telesne aktivnosti. V B. Gabrovec, M. Jelenc, A. Mihor in Š. Selak (ur.), *Obvladovanje krhkosti danes za jutri* (str. 9). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
13. Veninšek, G. in Gabrovec, B. (2018). Management of frailty at individual level - clinical management: systematic literature review. *Zdravstveno Varstvo*, 57 (2), 110–118.
14. World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Pridobljeno, s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.

Uspešnost dojenja po odpustu iz porodnišnice

UDK 618.63»440*6«

KLJUČNE BESEDE: novorojenčki, dojenčki, dojenje
POVZETEK - Po priporočilih SZO in UNICEF – a naj bi bil novorojenček podojen znotraj ene ure po rojstvu, izključno dojen do 6. meseca in nato ob ustrezni dopolnilni hrani do 2. leta starosti. Statistični podatki kažejo, da delež izključno dojenih otrok po odpustu iz porodnišnice upada in dolžina dojenja otrok v Sloveniji ni v skladu s priporočili SZO. Namen raziskave je ugotoviti delež dojenih otrok v prvem, tretjem in šestem mesecu starosti. Želimo tudi ugotoviti, kdo jim nudi pomoč pri težavah ob dojenju in kaj je vzrok, da dojenje opustijo. V raziskavo smo vključili otročnice, ki so rodile v porodnišnici na Jesenicah v juniju in juliju 2018. Za izvajanje raziskave smo oblikovali anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz več sklopov. Zanima nas čas trajanja dojenja po odpustu iz porodnišnice, koliko patronažnih obiskov imajo otročnice po odpustu in koga prosijo za pomoč ob težavah z dojenjem. Rezultati raziskave bodo pokazali, kakšen je delež otrok, ki so dojeni po odpustu iz porodnišnice v različnih starostnih obdobjih, kdo materam nudi pomoč pri dojenju, kaj bi lahko storili zdravstveni delavci, da bi izboljšali informiranost otročnic na področju dojenja. Z raziskavo želimo izpostaviti možnost nudenja pomoči pri dojenju ob odpustu iz porodnišnice v ambulanti za dojenje. Rezultati raziskave bodo pomagali tudi drugim zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z mamicami in dojenjem.

UDC 618.63»440*6«

KEY WORDS: newborn, baby, prevalence of breastfeeding

ABSTRACT - Following the recommendations of the WHO and UNICEF, the newborn breastfed within one hour after birth, should be breastfed exclusively up to 6 months of age, and then with appropriate supplementary food up to 2 years of age. Statistical data show that the percentage of children who are exclusively breastfed after leaving the maternity ward is dropping and the length of breastfeeding in Slovenia is not in line with the recommendations of the WHO. The purpose of the study is to determine the proportion of nursing babies in the first, third and sixth month of age. We also want to find out who provides help with breastfeeding problems and what is the reason why breastfeeding is abandoned. The survey included the children who were born in the maternity hospital in Jesenice in June and July 2018. For the purpose of the research, we created a questionnaire which consists of several parts. We are interested in the length of breastfeeding after leaving the maternity hospital, the number of visits to children after the dismissal and who is asked for help with breastfeeding problems. The results of the study will show the proportion of children who are breastfed after they leave the maternity ward at different ages, who provides the breastfeeding and what health workers could do to improve the information on breastfeeding babies. The study aims to emphasise the need to offer breastfeeding assistance at the maternity ward, in the infirmary for breastfeeding. The results of the research will also help other health professionals who come into contact with mothers and breastfeeding in their work.

1 Teoretična izhodišča

Dojenje je najboljši vir prehrane za dojenčke in materino mleko je popolnoma prilagojeno potrebam otroka. Dojenje ima številne koristi za otroka in mater. Dojenje pozitivno vpliva na mater pri vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom, maternica se hitreje krči, zmanjša se pogostost rakavih obolenj, ženske, ki dojijo hitreje izgubijo odvečne kilograme, varuje proti osteoporozi in obroka ni potrebno pripravljati. Prednosti dojenja za otroka so, da dojeni otroci manj obolevajo, manjša je pogostost pojava

alergičnih bolezni, spodbuja razvoj lastne imunske zaščite pri otroku, manj je nenadne smrti in otrok spoznava svojo mater (Hoyer, 2012).

Po priporočilih SZO in UNICEF-a naj bi bil otrok prvič podojen znotraj ene ure po rojstvu, izključno dojen 6 mesecev in nato ob ustreznih dopolnilnih hrani do 2. leta in dlje (UNICEF, 2013). Poznamo pojma izključno oziroma polno dojenje. Izključno dojenje pomeni, da dojenček uživa le materino mleko in nobene druge tekočine ali čvrste hrane, razen kapljice vitaminov, mineralov ali zdravil, ki jih predpiše zdravnik. Polno dojenje pomeni, da dojenček ob materinem mleku še dobi vodo ali tekočino na vodni osnovi (Sedmak, 2011).

Kljub dokazanim koristim, ki ga ima dojenje za zdravje otroka in mater, mnogo mater preneha z njim pred priporočljivo starostjo otroka (Bartell, Duckles, Ferrarello in More, 2012). Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema IVZ je pri nas v letu 2012 ob odpustu iz porodnišnic dojilo 96,9 % mater, podatek pa zajema polno in delno dojenje. Po odpustu iz porodnišnic pa dojenje upade. Do tretjega meseca dojenčkove starosti se po nekaterih delnih podatkih izključno s pripravljenimi nadomestki hrani že skoraj tretjina vseh dojenčkov (Bigec, Zorman, Frankič, Šrok in Skačej Bigec, 2008).

Leta 2009 so na Inštitutu za varovanje zdravja pričeli s pilotno raziskavo HRAST, Spremljanje dojenja, prehrane dojenčkov in majhnih otrok ter njihovega prehranskega statusa za načrtovanje in evalvacijo ukrepov na tem področju. V raziskavi so sodelovale zdrave matere brez zapletov pri porodu, ki so rodile zdravega novorojenčka. Raziskavo so izvajali oktobra leta 2009 v Ljubljanski porodnišnici. Raziskava je pokazala, da je bilo ob odpustu dojenih 99,4 % novorojenčkov. V tretjem mesecu je dojilo 78,4 % mamic, od tega je bilo samo 48,5 % izključno dojenih otrok. Pri šestih mesecih otrokove starosti je še dojilo 61,5 % mamic, od tega je se je izključno dojilo le še 0,6 % otrok (Fajdiga, 2013).

Glede na raziskavo, ki so jo naredili v Ameriki je bilo ob odpustu leta 2015 dojenih 83,2 % dojenčkov, 57,6 % je bilo dojenih 6 mesecev in več kot tretjina 35,9 % je bilo dojenih 12 mesecev. V primerjavi z letom 2014 se je povečalo število dojenih otrok pri 6 in 12 mesecih (Breastfeeding Report Card, 2018).

Zavedanje, da je materino mleko najboljša hrana za novorojenega otroka, nas je vodilo k raziskovanju, kaj se z dojenjem dogaja po odpustu iz porodnišnice Jesenice. Čeprav že vrsto let iz ankete o zadovoljstvu otročnic lahko razberemo, da je delež izključno dojenih po odpustu iz porodnišnice izredno visok 97 %, nas žalosti dejstvo, da je ob dopolnjenem 6. mesecu starosti dojenih le še peščica otrok.

Kje so razlogi in kakšno je dejansko stanje, in kakšno pomoč poiščejo otročnice, ko naletijo na težavo, nas je vodila, da smo pričeli z raziskovanjem.

Anketni vprašalnik smo vsebinsko prilagodili glede na namen raziskovanja. V raziskovalni vzorec smo vključili otročnice, ki so ob odpustu izključno dojile svoje novorojenčke. Trenutni rezultat ankete je delen in vključuje rezultate do tretjega meseca otrokove starosti.

2 Metoda

V teoretičnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne literature in člankov domačih in tujih avtorjev. Z raziskavo smo pričeli v mesecu juniju 2018. V raziskavo je bilo vključenih 45 otročnic, ki so rodile v porodnišnici na Jesenicah v mesecu juniju in juliju 2018.

Za zbiranje podatkov smo izdelali anketni vprašalnik, ki v prvem delu zajema demografske podatke o otročnici kot so starost, zaporedni porod, stopnja izobrazbe in predhodne izkušnje z dojenjem, v drugem delu ankete se vprašanja nanašajo na dojenje v različnih časovnih obdobjih, trajanje izključnega dojenja, števila patronažnih obiskov in težav pri dojenju. Prav tako se vprašanja nanašajo na oblike pomoči, ki so jih otročnice uporabljale, ko so naletele na težave z dojenjem. Pred izvedbo ankete smo pridobili dovoljenje etične komisije Splošne bolnišnice Jesenice in otročnice smo seznanili z namenom izvedbe. Vse otročnice so se z anketo strinjale. Prvi sklop anketnega vprašalnika je otročnica izpolnila v porodnišnici, naslednje rezultate pa smo po odpustu iz porodnišnice pridobivali s pomočjo telefonskega razgovora.

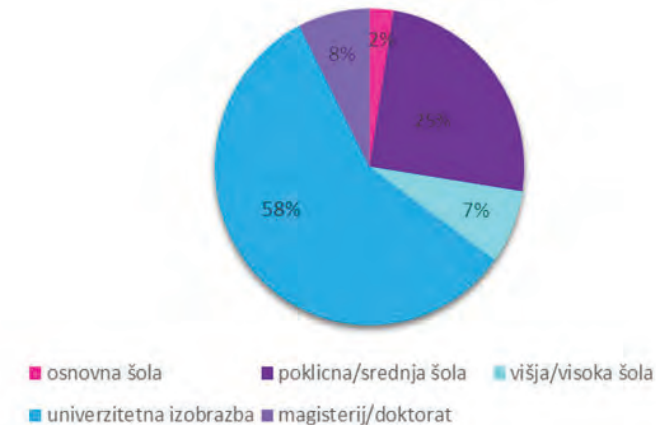
Pridobljene podatke smo statistično obdelali, ter tablično in grafično prikazali s programom Microsoft Excel 2016. Dobljene rezultate smo analizirali in primerjali z ostalimi raziskavami.

3 Rezultati

V spodnjih tabelah in grafih so prikazani statistični podatki pridobljeni iz anketnega vprašalnika.

Povprečna starost otročnic je bila 30,4 let.

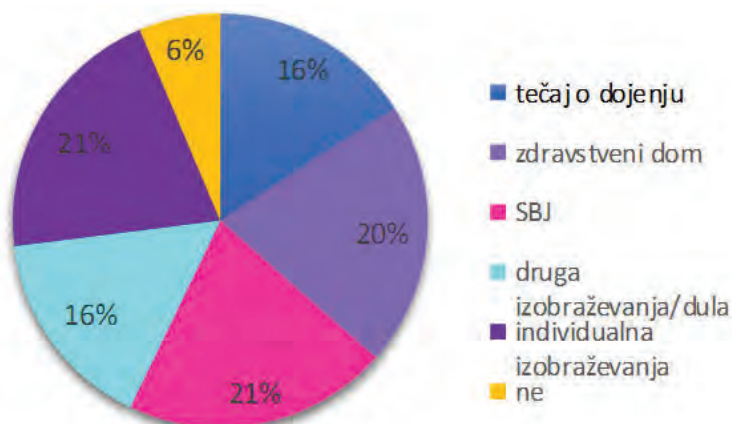
Graf 1: Stopnja izobrazbe otročnic



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Graf prikazuje stopnja izobrazbe anketiranih otročnic. Največ anketirank ima univerzitetno izobrazbo, nato ji sledijo otročnice s poklicno, oziroma srednjo izobrazbo. Ena anketiranka, je imela osnovnošolsko izobrazbo in tri so imele magisterij oziroma doktorat.

Graf 2: Izobraževanje o dojenju



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Iz naslednjega grafa je razvidno, da se otročnice na različne načine pripravljajo na dojenje. Največ otročnic se udeležuje tečajev o dojenju ali individualnih priprav na dojenje. Med anketiranimi je tudi 6 % otročnic, ki se na dojenje niso pripravljale.

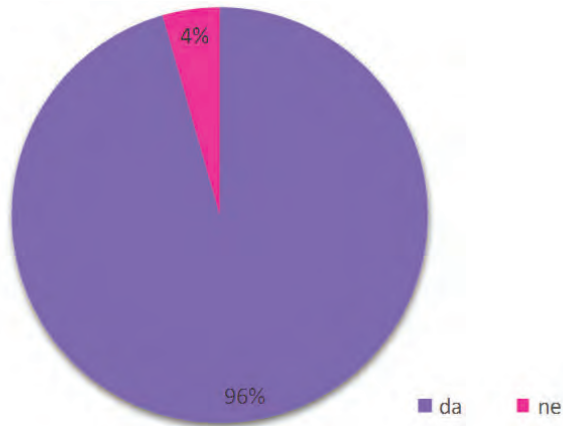
Graf 3: Dojenje ob odpustu



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Ob odpustu iz porodnišnice je polno dojilo 96 % otročnic, tri otročnice so poleg dojenja izvajale še črpanje mleka in z njim dohranjevale novorojenčka, dve otročnici sta poleg dojenja dodajali še adaptirano mleko.

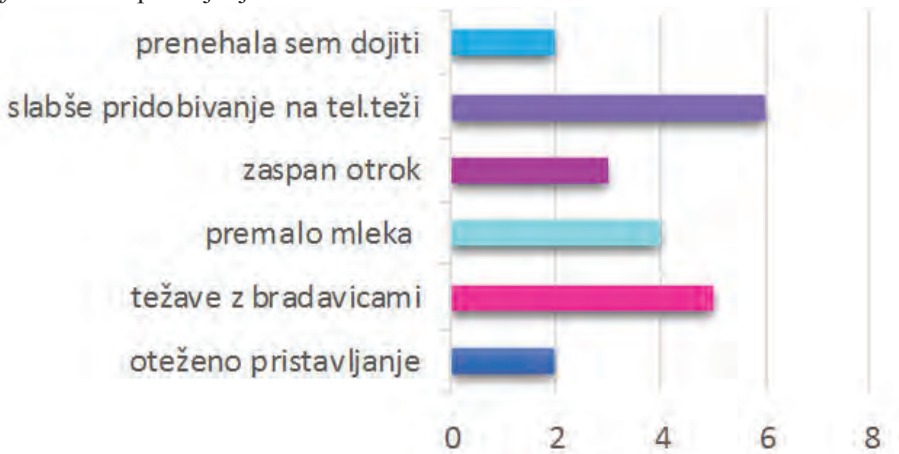
Graf 4: Dojenje po 1. mesecu starosti otroka



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Prvi mesec po odpustu iz porodnišnice doji 96 % otročnic. Dve otročnici sta popolnoma prenehali z dojenjem že po dveh tednih. Kot vzrok sta navedli slabo napredovanje na teži novorojenčka, ena otročnica je kot vzrok navajala premalo mleka. Otročnica, ki je navajala vzrok premalo mleka, je imela zgolj dva patronažna obiska. Patronažna medicinska sestra je opazovala dojenje, ji svetovala črpanje mleka in dodatek adaptiranega mleka.

Graf 5: Težave pri dojenju

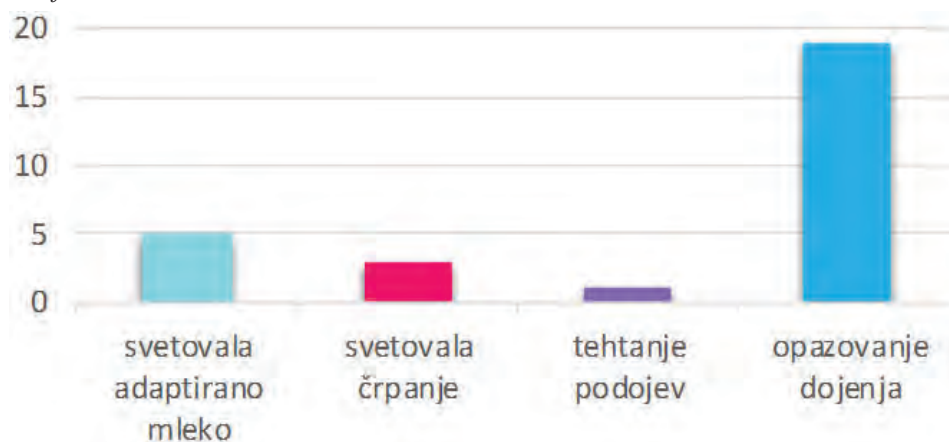


Vir: Anketni vprašalnik, 2018

V anketnem vprašalniku smo otročnice spraševali tudi po najpogostejših težavah pri dojenju.

Največ težav so imele zaradi bolečih ali vdratih bradavic in slabega napredovanje telesne teže novorojenčka. Vsi novorojenčki, ki so slabo pridobivali na telesni teži, so bili bolj zaspani pri dojenju.

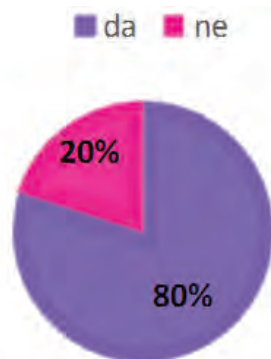
Graf 6: Patronažna medicinska sestra



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Anketirane otročnice so imele povprečno 3,6 patronažnih obiskov. V 18 % jim je patronažna medicinska sestra svetovala adaptirano mleko, v 11 % svetovala črpanje in pri enem patronažnem obisku je svetovala tehtanje podojev. V 68 % je opazovala kako poteka dojenje doma.

Graf 7: Dojenje pri treh mesecih



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Tri mesece po porodu polno doji samo še 80 % otročnic. Šest otročnic je z dojenjem popolnoma prenehalo, dve otročnici občasno otroka še dojita in mu dodajata adaptirano mleko. Ena otročnica si mleko izčrpava in otroka hrani z izčrpanim mlekom.

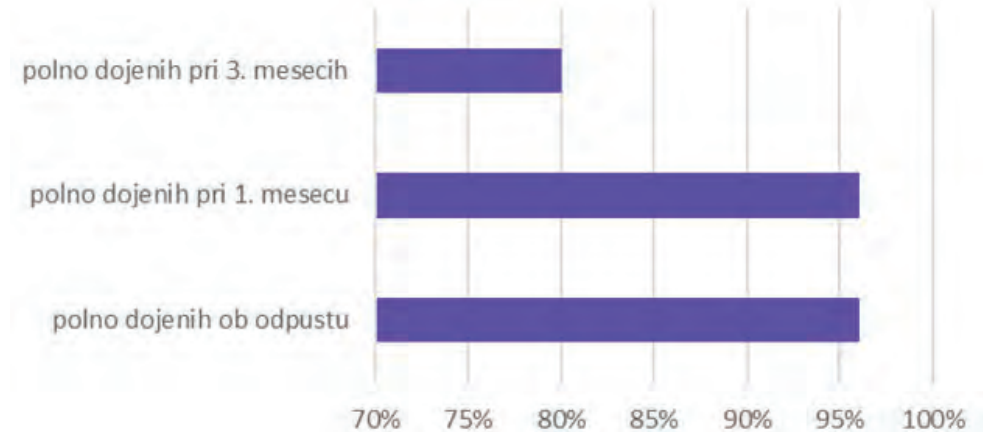
Najpogostejši razlogi za odstavitev dojenja so bili:

- otrok je zavračal dojko,
- slabo napredovanje na telesni teži novorojenčka,
- premalo mleka.

Večina jih je bilo mnenja, da pomoči niso potrebovale in so težave same odpravile. 3 anketirane so se po pomoč obrnile na svetovalko za dojenje, 2 anketirani sta za nasvet

prosili svojo mamo, ena je poklicala prijateljico in ena dulo. Kljub ponujeni pomoči v porodnišnico ni poklicala nobena.

Graf 8: Čas trajanja polnega dojenja pri dojenčku



Vir: Anketni vprašalnik, 2018

Iz zgornjega grafa je razvidno upadanje polnega dojenja pri dojenčkih. Delež dojenja ob odpustu in pri prvem mesecu otrokove starosti je enak, nato pa drastično upada.

4 Razprava

Iz rezultatov je razvidno, da je prvi mesec ob odpustu iz porodnišnice še vedno večina novorojenčkov polno dojenih. Začetne težave premostijo in uspešno dojijo. Visok delež dojenih je verjetno tudi posledica patronažnih obiskov v prvem mesecu po odpustu iz porodnišnice. Med anketiranimi je bilo opravljenih največ 7 patronažnih obiskov, najmanj pa 2 patronažna obiska.

Po zakonu (Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 23/05 – prečiščeno besedilo, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 100/05 – prečiščeno besedilo) patronažna medicinska sestra opravi 6 patronažnih obiskov pri novorojenčku in dojenčku do 12. meseca starosti. Prvi patronažni obisk opravi v 24 urah po odpustu z porodnišnice. Dva patronažna obiska sta opravljena v obdobju od 4-7 meseca starosti dojenčka. Torej so za novorojenčka namenjeni le štirje obiski. Če patronažna medicinska sestra meni, da otročnica potrebuje več obiskov, ji to tudi omogoči.

Dojenčki se z rastjo in razvojem spreminjajo. Pogosto spreminjajo tudi vzorce hranjenja, ob zagonih rasti se poveča potreba po mleku, ki si jo ustvarijo s pogostim dojenjem. Mnoge otročnice se ravno ob teh dogodkih prvič srečajo s težavami. Takrat običajno nimajo več patronažnih obiskov.

Kljub težavam, nas presenetli dejstvo, da se otročnice redko obračajo na pomoč pri dojenju. Le ena otročnica je za nasvet poklicala patronažno medicinsko sestro in ena svetovalko za dojenje (plačljivo), vendar kljub nudeni pomoči, dojenje ni steklo.

Pri ostalih anketiranih dojenje poteka brez težav. Dve otročnici sta imeli zastojno dojko brez mastitisa, vendar sta težavo rešili sami, kot smo jim svetovali ob odpustu iz porodnišnice. Ena otročnica navaja, da se ji otrok občasno odriava od dojke, vendar samo občasno, drugače jima dojenje dobro teče.

Po 3 mesecu ob odpustu postaneta mati in otrok uigrani par. Začetne težave pri dojenju običajno preminejo. Žal pa nekaterim ni uspelo premostiti teh težav. Opaziti je, da se otročnice redko obrnejo po pomoč. Najpogosteje iščejo pomoč na forumih in raznih drugih skupinah preko spleta. Redke poiščejo pomoč strokovnega zdravstvenega osebja (patronažne medicinske sestre ali porodnišnico).

Anketirane smo zato povprašali ali bi poiskale pomoč pri dojenju v specializirani ambulanti za dojenje?

Vse anketiranke so odgovorile da, če bi le to potrebovale. Anketirane, ki so rodile drugič so bile mnenja, da bi takšno pomoč potrebovale posebej pri prvem otroku. Nekatere so bile mnenja, da bi bila uvedba takšnih ambulant dobra, ker bi bile vse deležne strokovne pomoči brezplačno. Tako bi diplomirane babice, ki bi imele dovolj znanja in izkušenj nudile pomoč pri težavah, ki nastanejo pri dojenju.

5 Zaključek

Po treh mesecih je opaziti padanje števila polno dojenih otrok in takrat doji le še 80 % otrok. V prvem mesecu so najpogostejše težave slabo napredovanje otroka, težave s prsnimi bradavicami, premalo mleka in zaspan otrok. Po tretjem mesecu je vzrok za opustitev dojenja ne napredovanje na telesni teži otroka in premalo mleka. Iz ankete je razvidno, da patronažne sestre pri večini opravijo vsaj 3-4 patronažne obiske, oziroma po potrebi tudi več, vendar težava nastane, ko jih patronažna sestra ne obiskuje več.

Ob odpustu iz porodnišnice otročnicam povemo, da se v primeru težav lahko obrnejo na nas, vendar nas redko pokličejo. Diplomirane babice zato razmišljamo, da bi morale doječim otročnicam nuditi pomoč v Ambulantah za dojenje, ki bi bila namenjena ne samo tistim, ki imajo težave, ampak tudi tistim, ki potrebujejo zgolj nasvet ali potrditev, da pri dojenju ravnajo pravilno. Svetovali bi jim lahko tudi o prehrani po 6. mesecu starosti otroka, ali kako vzdrževati dojenje, ko mora otročnica v službo.

LITERATURA

1. Bartell, G., Duckles, J., Ferrarello, D. in More, D. (2012). An innovative model for continuing education for IBCLCs. *Clinical Lactation*, 3 (4), 138–140.
2. Bigec, M., Zorman, A., Frankič, M., Šrok, S. in Skačej Bigec, B. (2008). Prevalenca dojenja v Dojenju prijazni zdravstveni ustanovi – Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor. V Mednarodni simpozij Dojenje v sodobni praksi (str. 233). Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije.
3. Breastfeeding Report Card. (2018). Pridobljeno 10. 10. 2018, s <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>.

4. Fajdiga Turk, V. (2013). Bi lahko povečali delež izključno dojenih šest mesečnikov v Sloveniji? Dojenje: dobrodošlica otroku, dobrodošlica sodobnim informacijam, podpori in pomoči. Pridobljeno 21. 9. 2018, s <http://img.ivz.si/janez/2323-6970.pdf>.
5. Hoyer, S. (2012). Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater. Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF.
6. Sedmak, M. (2011). Nova priporočila za zdravo prehrano dojenčkov v Sloveniji. Dojenje – presegamo omejitve časa in prostora (str. 19–25). Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, UNICEF, Slovenija.
7. UNICEF (2013). Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress. Pridobljeno 11. 9. 2018, s http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/NutritionRepo rt_April2013_Final_29.pdf.

Motivacija za učenje tujega jezika

UDK 81'243:37.091.31

KLJUČNE BESEDE: motivacijske metode, sodelovalno učenje, jezikovne igre

POVZETEK - Motivacija je pomemben pogoj v učnem procesu. Zato je bila v okviru prispevka izvedena analiza učinkovitosti alternativnih pristopov učenja in način zmanjševanja motenj pri učenju nemškega jezika. Ena izmed motivacijskih metod, ki jih učitelj lahko uporabi pri pouku, je sodelovalno učenje. To je učenje, ki je osredotočeno na učenca in ga s tem opogumlja, da prevzame odgovornost za učenje in da tudi sodeluje pri pouku. Druga motivacijska metoda so jezikovne igre. Te so primerne za učenje jezika in za odpravo strahu pri govorjenju v tujem jeziku. Jezikovne igre se ne uporabljajo samo za sproščenost pri pouku, temveč so tudi generator motivacije. V sklopu prispevka je bila izvedena anketa, ki na praktičnemu primeru pokaže, kakšna je učinkovitost inovativnih metod. Anketni vprašalnik je izpolnilo 46 učencev, ki so že pridobili eno izobrazbo in potem še nadaljujejo izobraževanje. Rezultati ankete so pokazali, da: inovativne metode pozitivno vplivajo na rezultate učenja nemščine; imajo različne jezikovne igre pomembno vlogo pri učenju nemščine s tem, da so učenci bolj motivirani; je učni proces z drugačnimi metodami za razliko od klasičnih bolj učinkovit.

UDC 81'243:37.091.31

KEY WORDS: motivational methods, collaborative learning, language game

ABSTRACT - Motivation is an important condition in the learning process. Therefore, an analysis of the effectiveness of alternative learning approaches and the manner of reducing disorders in the learning of the German language was carried out as part of the paper. One of the motivational methods that the teacher can use in teaching is collaborative learning. Collaborative learning focuses on learner-centered learning and encourages the learner to take responsibility for learning and to participate in lessons. Another motivation method is language games. These are suitable for learning the language and for eliminating the fear of speaking in a foreign language. Language games are used not only for relaxation in class but also as a motivation generator. For the purposes of the paper, a survey was conducted, which in practical case demonstrates the effectiveness of innovative methods. The survey questionnaire was completed by 46 pupils who have already received an education and are continuing their education. The results of the survey showed that innovative methods have a positive impact on the outcome of learning German, that various language games have an important role in learning German by making pupils more motivated and that a learning process which uses the methods different from the classic ones has a higher degree of efficiency.

1 Uvod

Pomanjkanje motivacije pri pouku tujega jezika že leta vodi učence ter predvsem učitelje v nezadovoljstvo. Že dolgo časa obstaja upanje, da vodi vnos avdio-lingvalnih in avdio-vizualnih metod pri pouku k spremembi. Stroka ne zanika tudi dejstva, da ima motivacija pri uvajanju tujega jezika pomembno vlogo.

Osnovni cilj prispevka je raziskati in najti učinkovit način za zmanjšanje motenj pri motivaciji učencev pri učenju nemškega jezika in dokazati, da je izvajanje pouka nemškega jezika z uporabo metodologije učenja preko jezikovnih iger ter različnih drugih strategij v primerjavi s klasičnimi metodami poučevanja učinkovitejše in bolj motivirano.

2 Metodologija

2.1 Izhodiščna situacija

Imamo 2 oddelka z 46 nemotiviranimi učenci, ki so že pridobili poklic in so v preteklih treh letih pri pouku nemščine zamenjali tri učitelje. Njihova demotivacija se je kazala na različne načine. Večina od njih ni delala domačih nalog, namesto sodelovanja so se raje ukvarjali z mobilnim telefonom, so imeli velik odpor do nemščine in niso prihajali k pouku. Napredek je bil zelo počasen in tisti učenci, ki so bili željni znanja, so bili tudi zelo nezadovoljni. V razredu so bili fantje zelo glasni, moteči ter so jasno pokazali, da nimajo interesa se učiti tujega jezika. Dekleta so bila manj glasna, ampak tudi one niso bile motivirane za učenje tujega jezika.

Kakšen pristop ubrati: Ali ne bi bilo bolj enostavno uporabiti samo učbenik ter poučevati na klasičen način oziroma s frontalno obliko pouka? Poskušala sem ugotoviti, če je smiselno uporabljati različne strategije za bolj motiviran pouk tujega jezika. Naj raje poučujem samo na tradicionalen način – z uporabo knjige in table? Bi bila sploh kakšna razlika?

2.2 Opis raziskave

Izoblikovala sem vprašalnik glede doseganje motivacije za pouk tujega jezika. Na podlagi rezultatov sem želela prilagoditi pouk tujega jezika za neko časovno obdobje, pri katerem sem upoštevala mnenje učencev. Izvedla sem testno metodo učenja in ob koncu tega obdobja sem izoblikovala nov vprašalnik za te učence, da ugotovim uspešnost drugačne metode učenja.

2.3 Prvi vprašalnik - oktober

Prvi vprašalnik so izpolnili učenci na začetku šolskega leta. Odgovarjali so na vprašanja glede ocen, glede motivacije v prejšnjem šolskem letu, kaj bi radi počeli pri pouku tujega jezika oziroma, kako bi se po njihovem mnenju največ naučili tujega jezika.

3 Rezultati

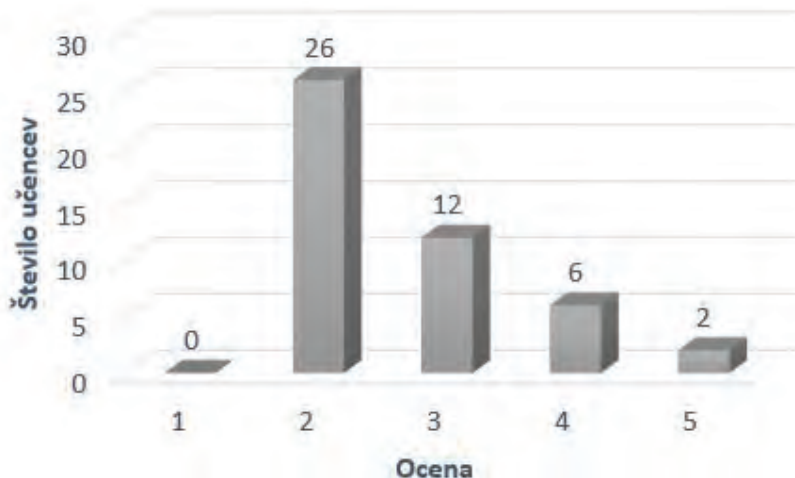
3.1 Analiza prvega vprašalnika

Preverba ocen pri nemškem jeziku v preteklem šolskem letu

Učenci so morali odgovoriti na vprašanje glede ocene pri nemščini v preteklem šolskem letu.

Večina je imela zaključeno oceno 2, 12 učencev je imela zaključeno oceno 3 in samo dva učenca oceno 5.

Graf 1: Dosežena ocena v preteklem letu

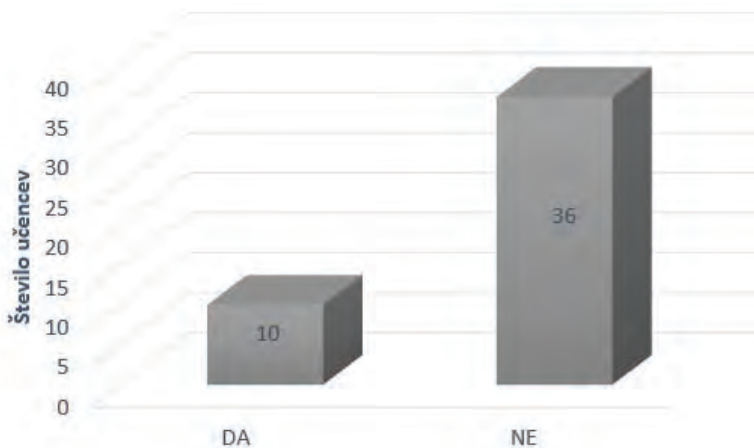


Učenci so pridobili že en poklic in zato jim je bilo vseeno, kakšno oceno bodo imeli zaključeno pri nemščini.

Zadovoljstvo z zaključno oceno pri nemščini

Anketno vprašanje je bilo postavljeno zaprtega tipa z možnostjo odgovora samo DA/NE. Večina učencev je bila z oceno zadovoljna, saj učenju tujega jezika niso posvečali veliko časa in so se raje ukvarjali s tem, kar jih je bolj veselilo. Samo 10 učencev z zaključeno oceno niso bili zadovoljni, saj so veliko časa vložili v učenje, delali domače naloge ampak jim kljub temu ni uspelo pridobiti boljše ocene.

Graf 2: Zadovoljstvo z zaključno oceno

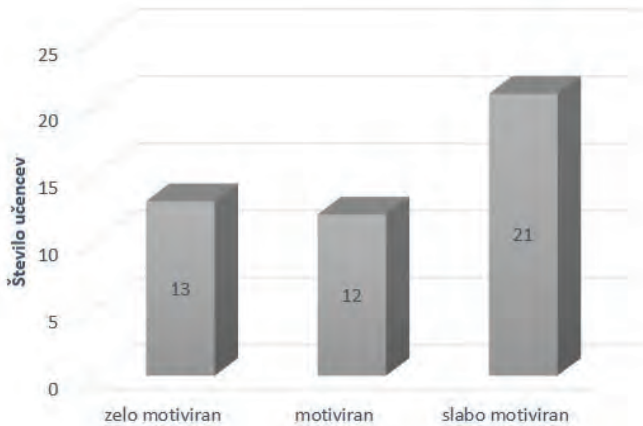


Pri tem vprašanju je bilo ugotovljeno, da je motivacija za učenje tujega jezika zelo povezana z zaključeno oceno.

Motiviranost za pouk nemščine v prejšnjem šolskem letu

Rezultati kažejo, da je 13 vprašanih odgovorilo, da so bili zelo dobro motivirani, 12 vprašanih je odgovorilo, da so bili dobro motivirani, 21 vprašanih je odgovorilo, da so bili slabo oziroma zelo slabo motivirani.

Graf 3: Motiviranost pri pouku

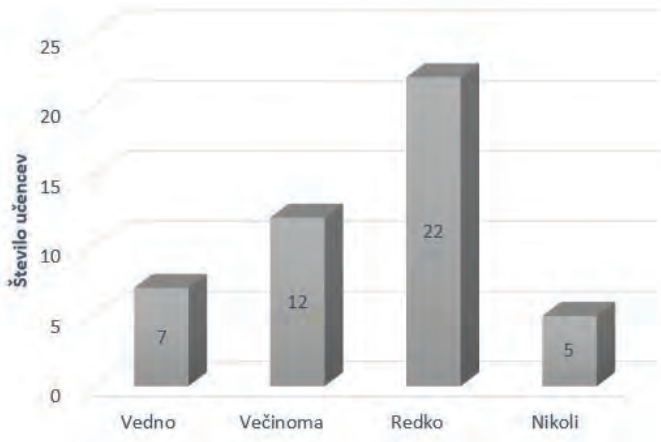


Večina je bila slabo motivirana. Dejstvo je, da so učenci pridobili že eno izobrazbo in zato se niso trudili, da bi svoj nivo znanja povečali.

Interes - privlačnost pouka nemščine v preteklem šolskem letu

27-tim učencem se je zdel pouk nemščine redko oziroma nikoli zanimiv. Samo 19-tim učencem je bil pouk nemščine pogosto ali zelo pogosto zanimiv.

Graf 4: Privlačnost pouka

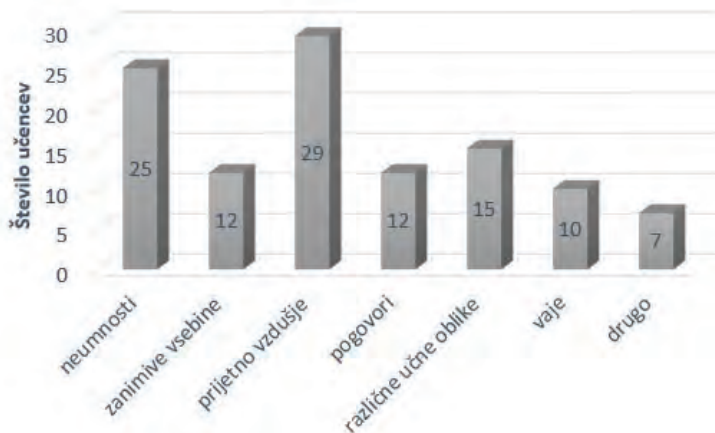


Večini učencem se je zdel pouk nemščine pogosto nezanimiv.

Aktivnosti, ki so pritegnile učence pri nemščini v prejšnjem šolskem letu

Učenci so lahko izbrali več odgovorov. 25 učencev je pritegnilo k pouku, če so lahko delali neumnosti. 41 učencev je pritegnila zanimiva vsebina in prijetno vzdušje v razredu. Samo 15 vprašanih so pritegnile različne oblike pouka in 10 učencev, če so naredili več vaj. 7 učencev je bilo bolj motiviranih, če je ura nemščine odpadla ali, če je bil pouk popestren z izdelavo plakatov.

Graf 5: Motivacijske aktivnosti v preteklosti

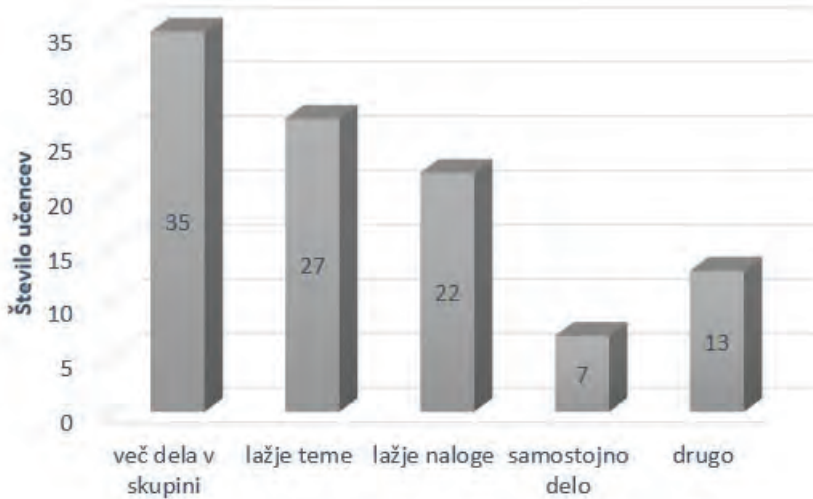


Večina učencev verjetno še ni dovolj dorasla svojim letom. Zanimanje za različne oblike pouka ni tako visoko, kot bi se pričakovalo za to starostno obdobje oziroma bi si učitelj želel. Samo 10 učencev je želelo čim več različnih vaj za nemščino in s tem pokazalo zanimanje za šolo.

Motivatorji za izboljšanje zanimanja za pouk nemščine

Učenci so lahko izbrali več odgovorov. Pogost odgovor učencev (35 učencev) je bil, da bi raje delali v skupini. Želeli so si lažjih tem (27 učencev), lažje naloge (22 učencev). 7 učencev je želelo več samostojnega oziroma individualnega dela. 13 učencev so si zaželeli več dela s plakati, z glasbo in filmi.

Graf 6: Predlogi za izboljšanje motivacije



Iz odgovorov učencev (49) je razvidno, da učenci s pomočjo lažjih nalog in z lažjimi temami ne želijo preveč naprezati in z malo truda želijo pridobiti oceno. Zanimivo dejstvo je, da veliko učencev želi delati v skupinah. Verjetno zato, da bi eden (najboljši v skupini) delal, ostali pa bi imeli prosto zabavo. Na koncu pa bi vsi iz skupine dobili (dobro) oceno.

3.2 Analiza drugega vprašalnika

Za delo je bila izbrana tema Božič. Božič se po svetu različno praznuje. Učenci so bili z žrebom razdeljeni v skupine in z žrebom so jim bile dodeljene države po celem svetu. S pomočjo računalnika so morali predstaviti, kako se Božič praznuje v teh državah. V vsaki skupini je bil vsakemu posameznemu učencu dodeljen del naloge. Če ta delček naloge ni opravil, skupina ni mogla predstaviti njihovega končnega izdelka (kot sestavljanke).

Vsaka skupina se je morala najprej odločiti, na kakšen način bodo predstavili dano temo. Eni so se odločili, da bodo napisali pesem o Božiču in jo tudi zapeli pred razredom, drugi bodo poslali namišljenemu prijatelju elektronsko pošto, v katerem bodo opisali, kako praznujejo Božič v njihovi državi. Tretji so se odločili za kviz. Ena skupina je želela predstaviti tipične božične jedi. Prevedli so tudi recept, naredili plakat in na koncu spekli še božično pecivo.

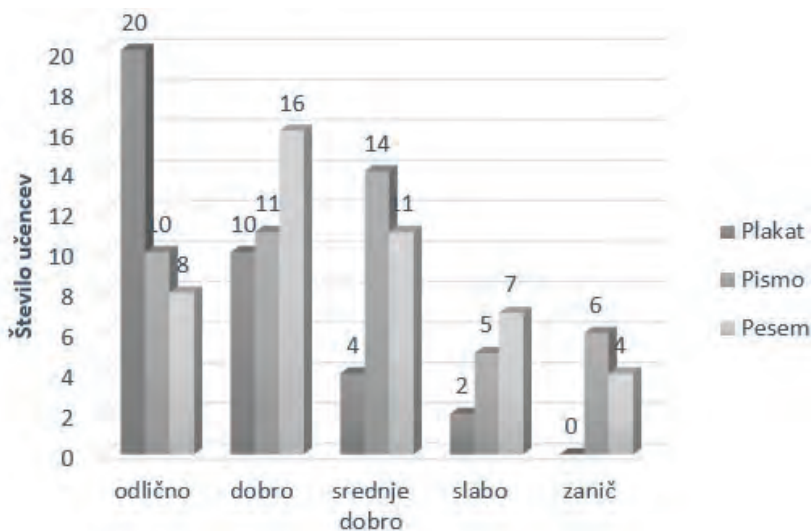
Na koncu je moral vsak učenec po nemško predstaviti njihov izdelek učencem iz drugih skupin. Tako so vsi aktivno sodelovali pri projektu na temo »Božič«.

Preko projekta »Božič« sem opazovala delo učencev s skupinah. Na koncu sem želela dobiti povratno informacijo, kako jim je bilo delo s pesmico, z receptom, elektronsko pošto in s kvizom všeč oziroma kako so bili motivirani pri pouku nemščine. Ponovno je 46 učencev izpolnilo novi vprašalnik.

Uporaba motivatorjev

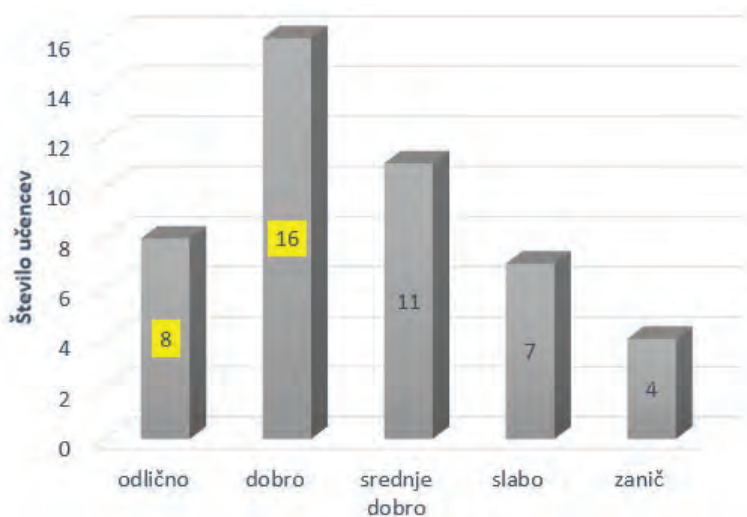
Uporaba predlaganih motivatorjev je prikazana v grafu 7 in 8.

Graf 7: Uporaba predlaganih motivatorjev (delo z računalnikom in različnimi metodami)



25-tim ni bilo všeč, da so morali pisati elektronsko sporočilo v nemščini, 24 je bilo (zelo) všeč, da so se lahko učili nemščine s pomočjo pesmice. Kar 40-tim učencem se je zdelo delo s plakati kot dobro ali zelo dobro.

Graf 8: Uporaba predlaganih motivatorjev (delo v skupini kot sodelovalno delo)



Večini učencem (52 %) je bilo delo v skupini (zelo) všeč (upoštevani odgovori z oceno odlično in dobro).

S temi odgovori bi morala biti kot učitelj tujega jezika zadovoljna. Iz odgovorov je razvidno, da se učencem tako delo zdi zanimivo, napeto in zabavno.

Trenutna motivacija pri pouku nemščine

Večina učencev (29) je bilo mnenja, da so trenutno zelo motivirani za pouk nemščine. Samo 8 učencev (17 %) je bilo slabo motiviranih.

Graf 9: Trenutna motivacija pri pouku nemščine



Graf kaže, da se njihova motiviranost od prvega vprašalnika skoraj ni spremenila. Večina je dobro motivirana. Samo eden učenec, ki je bil prej zelo slabo motiviran, je trenutno dobro motiviran za nemščino.

Žal življenje ni vedno samo zabava in tako tudi ne morejo učenci pričakovati, da se bodo pri pouku samo zabavali. Potrebujemo znanje, ki ga lahko učitelji ne samo s tradicionalnim načinom ampak tudi s pomočjo različnih strategij in metod posredujejo.

4 Zaključek

Na podlagi rezultatov vprašalnika, ki sem ga izvedla v sklopu naloge, ugotavljam, da je lahko izvajanje pouka nemškega jezika s pomočjo uporabe različnih strategij učinkovitejše v primerjavi s klasičnimi metodami. Rezultati vprašalnika kažejo, da učenci raje delajo v skupinah, s plakati ter z inovativnimi metodami kot pa pasivno poslušajo učiteljevo razlago. S pomočjo različnih jezikovnih iger so se počutili tudi bolj sproščene. Sprostitev ima torej tudi pomembno vlogo pri učenju in s tem se učenci učijo bistveno hitreje ter bolje.

Kljub temu, da sem porabila veliko dodatnega časa, da sem pripravila zanimive teme za pouk, mi na koncu le ni uspelo motivirati vseh učencev za pouk. Učenci so v anketi povedali, da je bilo delo z drugačnimi metodami sicer zanimivo, ampak se motivacija pri nekaterih kljub temu ni preveč spremenila. Vedno se bodo v razredu našli učenci, katere učiteljev način dela ne bo motiviral. Vendar učitelji ne smejo obupati in nadaljevati s tradicionalnim načinom poučevanja.

Glede na rezultate odgovorov lahko zaključim, da pouk nemščine vendarle ni le mučno ter nadležno delo, ampak da lahko učenje nemščine predstavlja zabavo. S takšnim načinom lahko učitelji zmanjšajo ovire pri motivaciji učencev pri učenju nemškega jezika ter s časom pritegnejo čim več učencev k zanimivi nemščini.

Pri takšnem izvajanju pouka ima učitelj sicer veliko predpriprav, da najde zanimive teme za učence, s katerimi bodo lahko samostojno prišli do zastavljenih ciljev oz. bodo samostojno predelali zahtevano snov na drugačen način.

LITERATURA

1. Bröhm - Offermann, B. (1994). Suggestopädie, Sanftes Lernen in der Schule. AOL-Verlag: Verlag Die Werksatt.

Izbrana orodja kakovosti na primeru higiensko-tehnične analize živilsko-prehranskega objekta

UDK 614.31:613.2

KLJUČNE BESEDE: orodja kakovosti, higiena živil, higiensko-tehnična analiza, diagram Ishikawa

POVZETEK - Povezovanje sistemov kakovosti in izbranih orodij kakovosti s higiensko-tehnično analizo živilsko-prehranskega objekta je nadgradnja osnovne analize, ki je potrebna za verifikacijo sistema HACCP v živilski branži. Namen prispevka je skozi analizo znanstvenih virov na obravnavanem področju predstaviti različna orodja kakovosti, kot je FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), metodo FTA (Fault Tree Analysis), metodo Poka-Yoke, metodo 5S in diagram Ishikawa ter jih povezati s higiensko-tehnično analizo. Na primeru diagrama Ishikawa smo prikazali vsestranskost uporabe diagrama tako, da smo vanj vključili kriterije za ugotavljanje higiensko-tehnične ustreznosti v živilsko-prehranskih objektih in s tem ustvarili učinkovit pripomoček za natančen pregled nad kriteriji ustreznosti objekta.

UDC 614.31:613.2

KEY WORDS: quality tools, food hygiene, hygienic-technical analysis, Ishikawa diagram

ABSTRACT - The integration of quality systems and selected quality tools with the hygienic-technical analysis of the food processing establishment is an upgrade of the basic analysis needed for the purpose of verifying the HACCP system in the food industry. The aim of this paper is to present the various quality accessing tools, such as FMEA (Failure Mode and Effects Analysis), the FTA (Fault Tree Analysis) method, the Poka-Yoke method, the 5S method in the Ishikawa diagram, and link them with the hygienic-technical analysis through the analysis of scientific resources in the considered area. On the example of the Ishikawa diagram, we demonstrated the versatility of using the diagram by including criteria for the determination of hygienic-technical suitability in the food processing establishment, thus creating an effective tool that enables a detailed overview of the criteria for assessing the suitability of the food establishment.

1 Teoretična izhodišča

Zagotavljanje varnosti živil je pomembno za preprečevanje izbruhov okužb in/ali zastrupitev z živili. Še posebej pomembno je zagotavljanje varne hrane v bolnišničnih ustanovah, kjer jo uživajo občutljive skupine prebivalstva, tj. posamezniki z oslabljenim imunskim sistemom, nosečnice, otroci in starostniki, pri katerih lahko že manjše število patogenih mikroorganizmov povzroči hujša obolenja, kot bi jih enaka količina povzročila zdravemu posamezniku srednjih let (Lawley, Curtis in Davis, 2008). V poročilu, ki ga je pripravila Evropska agencija za varnost hrane (EFSA) (2018) je zabeleženo, da je leta 2017 v skupno 27 evropskih državah prišlo do 5079 izbruhov povezanih s hrano in vodo. 12,7 % teh okužb predstavljajo okužbe povezane s hrano in so v večini primerov povezane z živili živalskega izvora, predvsem z mesom in mesnimi izdelki, sledijo ribe in druga morska hrana, jajca in drugi izdelki iz jajc ter mleko in mlečni izdelki. Delež okužb povezanih s hrano, do katerih je prišlo v bolnišničnem okolju in drugih zdravstvenih ustanovah, za leto 2017 znaša 2,2 % (EFSA, 2018). V primerjavi z letom 2016 se je število prijavljenih okužb in bolezni povezanih

s hrano zmanjšalo, število hospitalizacij in smrtnih izidov povezanih s tovrstnimi okužbami pa nekoliko zvišalo (EFSA 2018). 94,9 % izbruhov se povezuje z bakterijama *Salmonella Enteridis* in *Campylobacter*. Bakterijam (poleg omenjenih še *Listeria monocytogenes*, *E. coli*, *vibrio*, *yersinia*) sledijo bakterijski toksini (shiga-toksini bakterije *E. coli*, botulin), virusi (calicivirus, norovirus, virus hepatitisa A, rotavirus, flavivirus), paraziti (*trichinella*, kriptosporidij) in drugi izvori kontaminacije živil kemijske narave (histamini, lektini, morski biotoksini in biotoksini gob) (EFSA, 2018). Vse te izbruhe povezane s hrano se da učinkovito preprečiti z upoštevanjem dobrih praks in sistema HACCP (angl. Hazard Analysis and Critical Control Points) skozi celotno živilsko/prehransko/oskrbovalno verigo, od pridelave živil do potrošnika. Za pomoč lahko služijo različna orodja kakovosti, ki izhajajo iz različnih področij industrijske proizvodnje, vendar se jih lahko uspešno uporablja tudi v namen zagotavljanja varnosti hrane v verigi od polja do mize in se na ta način tudi uspešno izogne izbruhom okužb/zastrupitev z živili. V nadaljevanju so opisana orodja kakovosti, ki se uporabljajo v procesih zagotavljanja varnih in kakovostnih živil, v izogib tveganjem za zdravje potrošnika.

1.1 FMEA (Failure Mode and Effects Analysis)

Metoda FMEA (angl. Failure Mode and Effects Analysis) se uporablja za odpravljanje napak v procesu še preden se le-te pojavijo (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996, Stamatis, 2003). Idealno se jo uporablja že v fazi načrtovanja izdelka, vendar se jo lahko izvaja tudi v primeru že obstoječih izdelkov/proizvodov. Predhodnico te metode predstavlja metoda FMECA (angl. Failure Mode and Critical Analysis), ki jo je v petdesetih letih prejšnjega stoletja razvila ameriška vojska v okviru vojaškega standarda MIL-P-1629 (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996). Kasneje so jo uporabili in dopolnili v avtomobilski industriji in v Nacionalni zrakoplovni in vesoljski upravi (NASA, angl. National Aeronautics and Space Administration) z namenom povečanja kakovosti in varnosti svojih proizvodov (NASA, 2000). Služila je določevanju kritičnih kontrolnih točk (KKT) procesa in tako predstavlja osnovo, na kateri se je kasneje razvil sistem HACCP. McDermot s sodelavci (1996) opisuje štiri različne podvrste metode FMEA. Prva je sistemska FMEA (angl. system FMEA) za analizo sistemov, interakcij med posameznimi sistemi in podsistemi ter njihovimi elementi. Druga je konstrukcijska FMEA (angl. Design FMEA), ki omogoča podrobnejšo analizo proizvodov še preden so ti dani v izdelavo, za preprečevanje napak povezanih z načrtovanjem proizvodnje. Sledi procesna FMEA (angl. process FMEA), ki služi analizi proizvodnega procesa, zadnja pa je storitvena FMEA (angl. service FMEA), ki se uporablja za analizo storitev preden dosežejo potrošnika. Vse pa so tesno povezane med seboj in večkrat vsaka posamezno neizvedljive brez izvedbe druge (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996). Press (2003) opisuje sedem korakov za izvedbo FMEA metode ne glede na to ali v nadaljevanju želimo na posamezne sestavne enote ločiti sistem, izdelek, proces ali storitev; 1. definiranje elementa, ki bi ga analizirali, 2. definiranje funkcij tega elementa, 3. definiranje potencialnih napak, do katerih lahko pride v povezavi s tem elementom, 4. definiranje vzrokov za te napake, 5. ugotavljanje vpliva posamezne napake, brez upoštevanja trenutnega nadzora, 6. določitev trenut-

nega nadzora za vsako napako in 7. določitev preventivnih ali korektivnih ukrepov, ki temeljijo na analizi tveganja. Analizo tveganja se opravi z izpolnjevanjem preproste tabele, v katero so vneseni podatki o elementu, ki ga želimo analizirati in s podajanjem ocene resnosti posledic napake (S- angl. severity), ocene pojavnosti napake (O- angl. occurrence) in ocene možnosti detekcije napake, preden ta doseže stranke (D- angl. detection). Navedeni elementi se ocenjujejo z ocenami od 1 do 10, pri čemer 1 pomeni nizko, 10 pa visoko stopnjo tveganja. Zmnožek $S \cdot O \cdot D$ nam da ti. prednostno številko tveganja (angl. risk priority number (RPN)), ki predstavlja relativno tveganje. RPN, ki je številka med 1 in 1000 (Scipioni, Saccarola, Centazzo in Arena, 2002), se uporablja pred uvedbo preventivnih ali korektivnih ukrepov in za določanje, kateri ukrep ima prednost pred ostalimi. Pomembno je vedeti, da v primeru, ko je stopnja S med 8 in 10, je potrebo ukrepanje ne glede na RPN vrednost (Press, 2003).

1.2 FTA (*Fault Tree Analysis*)

Metoda FTA (angl. Fault Tree Analysis), ki v prevodu pomeni metodo analize drevesa napak, služi kot pripomoček za analizo kompleksnih dinamičnih sistemov in omogoča prepoznavanje in oceno dogodkov, ki vodijo do neuspeha, neželenih ali nenamernih dogodkov (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996; Ericson, 1999). Razvili so jo v družbi Bell Telephone Company leta 1961, kasneje pa jo je letalska družba Boeing modificirala v takšno obliko, kot jo poznamo danes (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996; Stamatis, 2003). Temelji na risanju diagrama v obliki drevesne strukture, ki prikazuje vzročno-posledične odnose med enim samim neželenim dogodkom (neuspehom) in različnimi vzroki, ki so pripeljali do tega dogodka. Na samem izhodišču drevesnega diagrama se nahaja neželeni dogodek, prve veje, ki v diagramu tega dogodka predstavljajo posamezen način odpovedi dogodka, iz teh pa sledijo možni vzroki zanje. Na skrajnem koncu diagrama pridemo do glavnega oz. začetnega vzroka glavnega problema. Med samimi vejami diagrama pa se uporabljajo Boolovi operatorji AND in/ali OR (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996; Stamatis, 2003; Press, 2003). Ko je začetni vzrok odkrit se lahko uveljavi korektivne ukrepe in s tem odpravi glavni problem. Metoda FTA je tudi dopolnitev metode FMEA in se, tako kot metoda FMEA, uporablja od samega začetka proizvodnje določenega izdelka (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996; Stamatis, 2003). Izvaja se po naslednjih korakih: 1. analiza sistema in določitev možnih neuspehov znotraj tega sistema, pri čemer si lahko pomagamo s hodogramom samega proizvodnega procesa, 2. določitev tistih neuspehov, ki jih želimo analizirati (tu lahko za vsak neželeni dogodek ustvarimo lastno drevesno strukturo), 3. določitev vzrokov za izbran neuspeh in dopolnitev povezav med njimi z Boolovima operatorjema AND (pri dogodkih, ki se morajo sočasno zgoditi, da do problema pride) ali OR (s katerim so ločeni dogodki, ki vsak zase lahko povzročijo napako), 4. identifikacija vseh ostalih dogodkov, ki vodijo do napake, 5. identifikacija glavnega dogodka, ki je v samem začetku odgovoren za napako, 6. določitev sredstev, ki vodijo do napake in 7. dokumentiranje celotnega FTA procesa (McDermott, Mikulak in Beauregard, 1996; Schenkelberg, 2018).

1.3 Poka-Yoke

Metoda Poka-Yoke je orodje kakovosti, namenjeno zgodnjemu odkrivanju neizogibnih človekovih napak v proizvodnih procesih. Metodo je izumil Shigeo Shingo v 70ih letih prejšnjega stoletja kot inženir v družbi Toyota (Fisher, 1999). Ena od pomembnih teoretskih osnov metode je ločevanje napak (angl. mistake) od okvar (angl. defect). Napake so neizogibne saj smo ljudje zmotljivi, pozabljam, naša pozornost niha in navodila lahko napačno razumemo. Okvare pa nastanejo, ko dovolimo, da napake dosežejo stranke in se jih je mogoče v celoti izogniti. Namen Poka-Yoke metode je zasnovati proces na način, da se izognemo napakam oziroma jih dovolj zgodaj odkrijemo in odpravimo. Poka - Yoke procesi se delijo v dve večji kategoriji: preprečevanje in odkrivanje (Shingo in Dillon, 1989; Fisher, 1999). Proces namenjen preprečevanju je zasnovan na način, da je napako nemogoče narediti. V primeru, da do nje pride, se npr. sam proces proizvodnje ustavi do trenutka, ko napaka ni odstranjena. V procesu odkrivanja pa je uporabnik obveščen o tem, da je bila napaka narejena, zaradi česar jo lahko hitro odpravijo. Vendar pa le-ta ne zaustavi procesa proizvodnje in omogoča njeno nadaljevanje, če se zaposleni na dano opozorilo ne odzovejo. Zato bo o tem, katera metoda se bo uporabila, odločala pojavnost napake in možnost njene poprave (Shingo in Dillon, 1989).

1.4 Metoda 5S

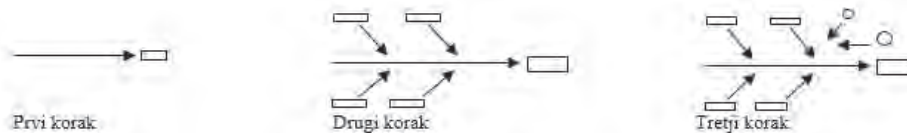
Metoda 5S je standardiziran način za doseganje čistega, pospravljenega in dobro organiziranega delovnega okolja (Michalska in Szewieczek, 2007). Uporaba metode povečuje varnost in produktivnost, saj zmanjšuje količino časa namenjenega za iskanje potrebnih orodij oz. pripomočkov za delo in zmanjšuje potrebo po umikanju ovir na delovnem mestu. Ime metode 5S je akronim petih japonskih besed; seiri (slo. sortiranje), seiton (slo. organiziranje), seiso (slo. čiščenje), seiketsu (slo. standardizacija) in shitsuke (slo. vzdrževanje discipline) (Ho in Cicmil, 1996; Rojasra in Qureshi, 2013). Značilnosti posameznih korakov metode so naslednji (Ho in Cicmil, 1996; Ashraf, Rashid in Rashid, 2017): 1. Seiri- ta korak jasno loči med potrebnimi in nepotrebnimi elementi na delovnem mestu. Običajno se korak izvaja z označevanjem nepotrebnih in neznanih elementov oziroma tistih, ki niso na svojem mestu. Vse označene elemente se zbere in identificira ter odstrani tiste, ki so nepotrebni. 2. Seiton- v tem koraku prej zbrane elemente postavimo na svoje mesto oziroma na mesto, kjer najbolj opravljajo svojo funkcijo. Vsi elementi, potrebni za delo, naj bodo razporejeni tako, da so jasno vidni. V tem koraku se tudi samo delo organizira na način, da je mogoče posamezne napake čim bolj jasno videti. To se lahko doseže z uporabo seznamov, z določitvijo specifičnih mest za posamezno orodje in podobno. 3. Seiso- v tretjem koraku, ko so nepotrebne stvari že odstranjene in ključne stvari urejene, nastopi faza čiščenja. Način čiščenja je odvisen od higienskih zahtev, ki veljajo v posamezni dejavnosti. Poleg samega čiščenja delovnih površin je v tej fazi pomembna tudi identifikacija in odstranitev vzrokov onesnaženja ter identifikacija in sanacija poškodb. 4. Seiketsu - faza standardizacije je namenjena kontroli in ohranjanju konsistentnosti. Cilj te faze je zagotavljanje, da se vzpostavljeni standardi upoštevajo in ohranjajo na vseh

področjih dela. Pomembno je, da se vsak posameznik zaveda svojih zadolžitvev, ter da upoštevanje prvih treh korakov postane del redne delovne rutine. 5. Shitsuke - ta korak je namenjen ohranjanju doseženih standardov, varnosti in učinkovitosti. Pogojen je z nivojem samodiscipline zaposlenih in njihovo implementacijo pravil o čiščenju in pospravljanju. Pomemben del te faze je redno izvajanje nadzora uporabe 5S pravil.

1.5 Ishikava diagram

Kaoru Ishikawa, poznan tudi kot oče kroga nadzora kakovosti (angl. Quality control circle) oz. Demingovega kroga, saj je odgovoren za določene njegove nadgraditve (Sasaki in Hutchins, 1984), je tudi avtor Ishikava diagrama. Pogosto poznan tudi kot diagram ribje kosti ali diagram vzrokov in posledic (angl. cause and effect) je diagram, ki se ga uporablja za ugotavljanje vzrokov za določen dogodek oz. za prikaz odnosov med vzroki in posledicami (Sasaki in Hutchins, 1984). Za nastanek diagrama je najprej potrebno, da identificiramo element, ki nas zanima oz. ga želimo izboljšati in nanj vplivati. Zapišemo ga na skrajno desno stran in dodamo puščico, od leve proti desni strani, ki se konča pri izpostavljenem elementu. V naslednjem koraku poskusimo identificirati glavne dejavnike, ki lahko vplivajo na izpostavljen izid. Prej narisani horizontalni puščici dodamo stranske puščice, na koncu katerih zapišemo ugotovljene dejavnike. Vsakega od njih dodatno razčlenimo, dodamo vejice in na njih možne vplive, ki se povezujejo s posameznim dejavnikom. V takšni smeri nadaljujemo, dokler ne najdemo vzroka za problem, ki ga iščemo. Potek nastanka diagrama je prikazan na Sliki 1. Diagram nam torej pomaga pri identifikaciji vzrokov za problem, od splošnih do vedno bolj specifičnih (Sasaki in Hutchins, 1984; Enarsson, 1998).

Slika 1: Potek nastanka Ishikava diagrama; identifikacija elementa in razčlenitev dejavnikov vpliva



2 Namen

Namen prispevka je prikazati teoretične osnove petih orodij kakovosti, ki se uporabljajo v procesih zagotavljanja varnih in kakovostnih živil in na osnovi diagrama vzrokov in posledic (Ishikava diagram) prikazati uporaben pripomoček za higiensko-tehnično analizo živilsko-prehranskih objektov.

3 Metoda

Analizirali smo znanstvene objave po ključnih besedah: food safety, quality tools implementation, quality assessment, food safety management, food industry, food manu-

facturing, hospitals, v obdobju od 2002 do 2018 v podatkovnih bazah google scholar in DiKUL na področju metod oziroma orodij zagotavljanja varnosti in kakovosti, ki se lahko uporabljajo v živilstvu: FMEA, FTA, Poka-Yoke, 5S in Ishikawa diagram. Prikazali smo njihove značilnosti in uporabnost na področju živilstva. Izdelali smo uporaben pripomoček za higiensko-tehnično analizo vzrokov in posledic (ne)ustreznosti živilsko-prehranskih objektov.

4 Rezultati

Scipioni, Saccarola, Centazzo in Arena (2002) v svoji raziskavi opisujejo implementacijo procesne FMEA v slašičarski dejavnosti na linijo proizvodnje keksov. Izboljšave, pridobljene z izvajanjem priporočenih ukrepov uvedenih po oceni tveganja, so zmanjšale posamezni RPN dela procesa in raven globalnega tveganja sistema. FMEA so nato implementirali v sistem HACCP za vrednotenje kritičnih dejavnikov zadnjega dela proizvodnje tj. analizo vpliva embalaže na kakovost končnega izdelka. Izkazalo se je, da skoraj vsi ugotovljeni dejavniki niso imeli veliko vpliva na končni izdelek, vendar pa bi lahko nekateri od njih povzročili določene pomanjkljivosti, kot so neustrezna kakovost izdelka, nepravilno žigosani podatki na primarni embalaži itd.. Trafialek in Kolanowski (2014) sta metodo FMEA v svoji raziskavi uporabila za verifikacijo sistema HACCP v dveh pekarnah na Poljskem. Ocenjevali so stopnjo implementacije in dejanskega funkcioniranja sistema HACCP. Izsledki raziskave so pokazali, da v obeh pekarnah implementacija in izvajanje HACCP sistema nista zagotavljala varnosti živil, kljub temu, da sta pekarni imeli sam sistem dokaj korektno zastavljen; prva pekarna sicer z večjimi odkloni kot druga. FMEA je bila uporabljena v sklopu verifikacije sistema HACCP in se izkazala za učinkovito orodje kakovosti pri zagotavljanju varnosti živil. Arvanitoyannis in Varzakas (2008) opisujeta implementacijo FMEA metode v produkcijo lososa. Za določitev kritičnih kontrolnih točk (KKT) so uporabili drevesni diagram, za iskanje vzrokov za napake v procesu Ishikawa diagram, s FMEA metodo pa so analizirali tveganje za kontaminacijo končnega izdelka.

Bertolini, Rizzi in Bevilacqua (2007) so metodo drevesa napak (FTA) uporabili za implementacijo prvih dveh točk sistema HACCP, tj. za analizo tveganj, ki zahtevajo določeno ukrepanje, in za ugotavljanje kritičnih kontrolnih točk (KKT). To so naredili tako, da so za vsak korak v delovnem procesu in vse možne napake, do katerih lahko v tem koraku pride (od najočitnejših do manj očitnih), izdelali drevesne diagrame. Metodo so v praksi aplicirali v italijanskem podjetju, ki se ukvarja s proizvodnjo morske hrane. Opisana metoda je po besedah avtorjev le naknadna analiza in sama po sebi v prvi vrsti ne preprečuje nevarnosti, niti ne olajša vzpostavljanja prvih dveh točk sistema HACCP. Uporabna je v smislu nadgradnje v programski sistem, znotraj katerega bi bilo posamezno tveganje lahko direktno povezano s posameznimi sestavinami, koraki v procesu, različnimi parametri itd.. Park in Lee (2009) sta v svoji raziskavi metodo FTA uporabila za namen vzpostavitve sistema varnosti na področju umivanja rok. Za glavni dogodek v diagramu je bila določena napaka pri izvajanju tehnike umi-

vanja rok. Iz tega sledita dogodka, ki sta lahko vzrok temu; tj. napačno umivanje rok ali napačno sušenje rok. Vzroka za napačno umivanje rok sta lahko na ravni posameznika ali pa na ravni opreme. Za napačno sušenje velja enako; torej so lahko vzroki na ravni posameznika ali opreme (brisačk). Ugotovljeni vzroki so lahko v nadaljevanju analize, še bolj natančno razdeljeni. V navedeni raziskavi so z metodo FTA elemente sistema razdelili na 15 osnovnih dogodkov, ki imajo hkrati tudi prioriteto mesto pri nadzoru. S tem so ustvarili praktično orodje za nadzor higiene rok ter omogočili izboljšanje dosedanjega postopka umivanja rok (Park in Lee, 2009). Lindhe, Rosén, Norberg in Bergstedt (2009) so vključili FTA v proces zagotavljanja pitne vode, kjer je bil glavni dogodek drevesne strukture neuspeh pri dostavi pitne vode uporabniku. Analiza je vključevala situacije, ko potrošniku ni dostavljena voda (izpad količine) in okoliščine, v katerih je voda dostavljena, vendar ne ustreza standardom kakovosti vode (izpad kakovosti). Za vsako od teh situacij sta bila določena po dva vzroka. Za izpad količine pitne vode sta bila določena: napaka na ravni določenih komponent vodovodnega sistema in dogodki v zvezi s kakovostjo vode, zaradi katerih je bila začasno prekinjena dostava vode uporabniku. Za izpad količine pitne vode pa sta bila vzroka: ugotovljena neustrezna kakovost vode, vendar ni ukrepanja oz. ni mogoče preprečiti dotoka vode k uporabnikom in neugotovljena neustreznost vode. Takšne drevesne strukture so bile izvedene na treh podsistemih: na nivoju neobdelane surove vode, na nivoju procesa obdelave in na nivoju distribucije pitne vode.

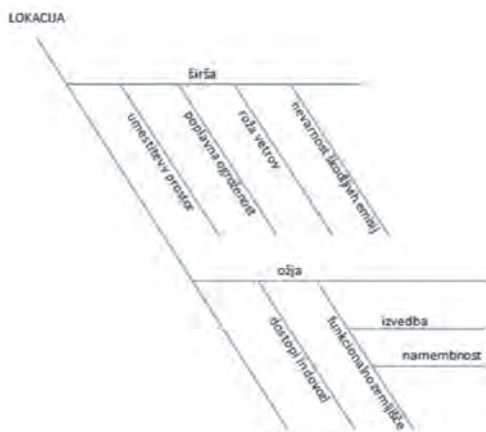
Măgdoi in Oprean (2014) opisujeta uporabnost metode Poka-Yoke na različnih področjih. Med njimi omenjata tudi različne naprave in mehanizme, ki se uporabljajo v gostinstvu, kot je npr. avtomatski izklop mikrovalovne pečice ob njenem odprtju, medtem ko je ta prižgana, grelna plošča, ki sporoča temperaturo tudi po tem, ko jo ugasnemo, različne barve uniform posameznikov, ki delo opravljajo na različnih delovnih območjih oz. glede na njihovo izobrazbo.

Ashraf, Rashid in Rashid (2017) opišejo implementacijo metode 5S na primeru zasebnega podjetja, ki se ukvarja s proizvodnjo hrane in pijače, na primer ustekleničene vode, sokov in lizik. Podjetje se razteza na približno 1500 kvadratnih metrih in ima 20 zaposlenih. Pred implementacijo metode je bilo v podjetju mogoče opaziti probleme s prostorom, produktivnostjo in čistočo delovnih površin. Glavni razlog za te probleme pa je bila odsotnost sistematiziranih postopkov in znanja z opisanih področij. S pomočjo metode so na novo implementirali plan čiščenja in uvedli dokumentacijo za spremljanje izvajanja čiščenja. Izboljšala se je tudi organizacija delovnega prostora. Po implementaciji metode so čez nekaj mesecev opravili nadzor omenjenih postopkov, s katerim so ugotavljali morebitna odstopanja. Rezultati so bili zadovoljivi, saj se je tem času produktivnost podjetja, merjena v količini proizvedenih produktov, povečala za 38,65 %. Radzi, Saidon in Ghani (2016) opisujejo uporabo metode 5S v japonskih prehrabnih podjetjih v Maleziji, kjer so z njeno pomočjo uredili delovno mesto in s tem povečali učinkovitost, organizacijo in standardizirali delovne naloge ter s tem znižali verjetnost nastanka tveganj povezanih s proizvodnjo. Jaca, Viles, Paipa - Galeano, Santos in Mateo (2014) so analizirali stanje v petih različnih obratih v južni Japonski po implementaciji metode 5S. Z njo so dosegli omejevanje gibanja

delavcev in zmanjšanje površine uporabljenega delovnega prostora, večjo učinkovitost pri zmanjšanju vseh vrst odpadnih snovi. Dosegli so večjo higiensko in prostorsko urejenost prostorov ter standardizacijo delovnih procesov, kar jim med drugim omogoča, da lahko hitro odkrijejo morebitne napake in učinkovito ukrepajo.

Arvanitoyannis in Varzakas (2008) opisujeta uporabo Ishikawa diagrama za identifikacijo KKT v proizvodnji lososa in navajata, da je glavna prednost uporabe diagrama ta, da omogoči celovit pregled nad vsemi dejavniki, ki vplivajo na določen kritičen dogodek v procesu. Kumar, Dieveney in Dieveney (2009) so Ishikawa diagram uporabili za analizo vzrokov za vračila farmacevtskih izdelkov. V raziskavi je bila izvedena DMAIC metoda (angl. Define, Measure, Analyze, Improve and Control) reševanja problemov, ki je podrobneje v tem članku nismo opisovali. V sklopu nadaljnjega dela so izvedli tudi Ishikawa diagram, metodo FMEA in na podlagi tega Poka-Yoke rešitve. Avtorji navajajo, da je Ishikawa diagram moč aplicirati tudi na druga področja (npr. prehranska industrija, kjer je še posebej pomembna sledljivost proizvodov na vsaki točki njihove obdelave, saj tu vsako nepravočasno ukrepanje lahko pomeni izbruh obolenj povezanih s hrano). S tem namenom smo izdelali Ishikawa diagram, v katerega smo vstavili kriterije (Bauer idr., 2017) za higiensko-tehnično analizo živilsko-prehranskih objektov za ugotavljanje njihove higiensko-tehnične ustreznosti. Diagram vsebuje kriterije za ocenjevanje higiensko-tehnične ustreznosti za naslednja področja: lokacija, komunalna opremljenost, stavba, prostori, oprema, zaposleni, delovni proces, odpadki, obvladovanje škodljivcev in čiščenje. Del diagrama je prikazan na Sliki 2.

Slika 2: Del Ishikawa diagrama za analizo higiensko-tehnične ustreznosti živilsko-prehranskega objekta



Za lažji pregled nad glavnimi ugotovitvami o implementacijah posameznih metod, njihovimi prednostmi in slabosti, smo ustvarili Tabelo 1.

Tabela 1: Pregled ugotovitev izbranih avtorjev z izpostavljenimi prednostmi in/ali pomanjkljivostmi prikazanih metod kakovosti

<i>Avtor, letnica</i>	<i>Metoda kakovosti</i>	<i>Vrsta živil / proizvodni proces</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>	<i>Prednosti metode</i>	<i>Pomanjkljivosti metode</i>	<i>Opomba</i>
Scipioni, Saccarola, Centazzo in Arena, 2002	FMEA	slašičarska dejavnost (proizvodnja keksov)	S pomočjo metode se je znižala RPN kritičnih delov procesa in raven globalnega tveganja sistema.	Z FMEA določeni preventivni ukrepi se lahko implementirajo v sistem HACCP in s tem izboljšajo kakovost proizvodnje.	/	Pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Trafialek in Kolanowski, 2014		pekarska dejavnost	Metoda predstavlja dobro orodje za verifikacijo sistema HACCP.	Implementacija metode omogoča večjo stopnjo zagotavljanja varnosti živil in je uporabna na vseh področjih prehranske industrije.	/	Pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Arvanitoyannis in Varzakas, 2008		proizvodnja lososa	RPN vrednosti izbranih točk v procesu so se po implementaciji metode znižale.	Metoda omogoča analizo tveganja za preprečevanje kontaminacije končnega proizvoda.	/	Pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Bertolini, Rizzi in Bevilacqua, 2007	FTA	proizvodnja morske hrane	Metoda je uporabna za implementacijo prvih dveh točk sistema HACCP.	Metoda se lahko nadgradi v programsko orodje, ki bi samo izrisalo drevo napak za posamezno točko v procesu.	Metoda je le naknadna analiza in sama po sebi ne preprečuje nevarnosti in ne olajša vzpostavitev sistema HACCP.	/
Park in Lee, 2009		izvajanje umivanja rok	Metoda je uporabna za analizo vzrokov za neustrezno umivanje rok in postavitev kritičnih kontrolnih točk za nadaljnji nadzor procesa.	/	/	Prednosti in pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Lindhe, Rosén, Norberg in Bergstedt, 2009		zagotavljanje pitne vode	Metoda je uporabna za analizo vzrokov za neustrezno dostavo vode uporabniku s strani vodovodnega sistema. S pomočjo metode je možna tudi kvantifikacija stopnje tveganja in dinamike obnašanja sistema.	Prednost metode je, da se poleg ocene tveganja lahko uporablja tudi za ocenjevanje možnosti zmanjšanja tveganja.	Implementacija metode lahko zahteva več časa, podatkov in izobraževanja izvajalcev.	/

Mágoiu in Oprean, 2014	Poka-Yoke	gostinstvo, računalništvo, avtomobilska industrija, gradnja cest	Poka-Yoke je metoda, ki se uporablja v gostinstvu in v drugih dejavnostih.	Metoda na enostaven način preprečuje pojav napak v proizvodnem sistemu in delovnem procesu.	Kljub temu, da se primere Poka-Yoke pogosto sreča v vsakdanjem življenju, se je velikokrat ne prepozna kot tako.	/
Ashraf, Rashid in Rashid, 2017		proizvodnja hrane in pijače	Produktivnost podjetja se je z implementacijo metode povečala za 38,65 %.	Implementacija metode lahko privede do zmanjšanja stroškov, večjega izkoristka delovnega prostora, preprečuje izgubljanje orodij, večja učinkovitost dela, zmanjša časovne izgube med delom in izboljša delovne pogoje.	/	Pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Radzi, Saidon in Ghani, 2016	5S	priprava hrane	Metoda omogoča ureditev delovnega mesta, standardizacijo delovnih nalog, zmanjša verjetnost nastanka napak, poveča učinkovitost in izboljša organizacijo podjetja.	/	/	Prednosti in pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Jaca, Viles, Paipa-Galeano, Santos in Mateo, 2014		proizvodnja avtomobilov, nadzornih plošč, kovinske opreme, emajliranih litin, električne napeljave, vodovodnih pip in vodovodnih materialov	Metoda omogoča večjo učinkovitost pri zmanjševanju vseh vrst odpadnih snovi, ki nastajajo pri proizvodnem procesu, večjo higiensko in prostorsko urejenost prostorov in standardizacijo delovnih procesov ter s tem hitreje odkrivanje možnih napak.	Metoda je učinkovito orodje za spreminjanje navad delavcev v smeri zagotavljanja reda in čistoče na delovnem mestu. Na ta način je lahko tudi podlaga za uspešnejšo implementacijo drugih metod kakovosti.	Osnovni koraki se lahko v različnih državah, zaradi kulturnih razlik, implementirajo v različni meri.	/
Arvanitoyannis in Varzakas, 2008		proizvodnja lososa	Diagram omogoča identifikacijo KKT in pregled nad vsemi dejavniki, ki nanje vplivajo.	/	/	Prednosti in pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.
Kumar, Dieveney in Dieveney, 2009	Ishikawa diagram	farmacevtska industrija	Diagram omogoča analizo vzrokov za odpoklic proizvodov in s tem preprečevanje škodljivih posledic na potrošnika.	Avtorji navajajo, da je metodo moč aplicirati tudi na druga področja in kot dober primer omenjajo prehrabno industrijo.	/	Pomanjkljivosti metode v raziskavi niso omenjene.

5 Razprava

Okužbe in/ali zastrupitve s hrano lahko v bolnišničnem okolju imunsko oslABLJENIM posameznikom, starejšim ljudem, nosečnicam in otrokom povzročijo hujše poslabšanje zdravstvenega stanja kot bi ga sicer pri zdravem posamezniku srednjih let (Lawley, Curtis in Davis, 2008). Namen prispevka je bil pregled obstoječe literature na področju uporabe orodij in metod kakovosti FMEA, FTA, 5S, Poka-Yoke in Ishikawa diagrama v živilsko-prehrabni industriji. Ugotovili smo, da je na proučevanem področju relativno malo raziskav, ki bi izbrane metode kakovosti analizirale skozi tveganja na živilsko-prehranskem področju. S teoretičnega vidika lahko zaključimo, da uporaba obravnavnih metod kakovosti lahko znatno izboljša kakovost izvedbe delovnega procesa in s tem poveča raven zagotavljanja varne hrane v objektih, kjer se le ta pripravlja. V prihodnosti bi bilo smiselno večjo pozornost nameniti empiričnemu preverjanju uporabnosti metod v praksi. Nadaljnji razvoj metod vidimo v njihovem kombiniranju, npr. FMEA za določitev KKT in Ishikawa diagram za širšo analizo dejavnikov tveganja ali FTA metoda za iskanje začetnih vzrokov napak, njihova razčlenitev s pomočjo Ishikawa diagrama in po potrebi implementacija metode 5S za preprečevanje njihovega nadaljnjega pojavljanja. Navedeni način povezovanja kombinacije metod je nakazan v raziskavi Kumar, Dieveney in Dieveney (2009), kjer so za odkrivanje problematičnih področij znotraj dobavne verige v proizvodnji zdravil uporabili Ishikawa diagram, metodo FMEA pa za razumevanje in preprečevanje posameznih napak do katerih v tem proizvodnem procesu lahko pride.

Vključene metode kakovosti imajo tudi svoje prednosti in slabosti. Prednosti metode FMEA so izboljšanje kakovosti proizvodnje (Scipioni, Saccarola, Centazzo in Arena, 2002) in povečanje stopnje zagotavljanja varnosti živil (Trafialek in Kolanowski, 2014). Metoda omogoča tudi analizo tveganja za preprečevanje kontaminacije končnega proizvoda (Arvanitoyannis in Varzakas, 2008). Metoda FTA omogoča oceno tveganja in oceno možnosti zmanjšanja tveganja (Lindhe, Rosén, Norberg in Bergstedt, 2009) in se lahko nadgradi v programsko orodje, ki bi lahko za posamezno točko v procesu izrisalo drevo napak (Bertolini, Rizzi in Bevilacqua, 2007). Vendar pa je le naknadna analiza tveganja in sama po sebi ne preprečuje pojava napak in niti ne olajša vzpostavitve sistema HACCP (Bertolini, Rizzi in Bevilacqua, 2007). Poleg tega je lahko tudi sama implementacija metode dolgotrajnejša in zahtevna (Lindhe, Rosén, Norberg in Bergstedt, 2009). Metoda Poka-Yoke na enostaven način preprečuje pojav napak v samem proizvodnem procesu, a je kljub njeni pogosti uporabi, redko prepoznana pod tem imenom (Măgdoi in Oprean, 2014). Domnevamo, da zato obstaja več literature, kjer se principe Poka-Yoke omenja, kot smo jih zajeli v tem pregledu literature. Implementacija metode 5S lahko zmanjša stroške proizvodnje, poveča izkoristek delovnega prostora, izboljša organizacijo delovnega mesta in delovne pogoje ter zmanjša časovne izgube, do katerih prihaja v proizvodnem procesu (Ashraf, Rashid in Rashid, 2017). S pomočjo metode se lahko usmerja vedenje delavcev v smeri vzdrževanja urejenega delovnega okolja, vendar pa se lahko posamezni koraki metode v različnih državah zaradi nacionalnih razlik implementirajo v različni meri (Jaca,

Viles, Paipa - Galeano, Santos in Mateo, 2014). Ishikawa diagram lahko na živilsko-prehranskem področju izboljša pregled nad posameznimi kritičnimi trenutki procesa, s čimer dosežemo večji nadzor nad delovnim procesom in nad vsemi parametri, ki bi lahko vplivali na varnost in kakovost končnega proizvoda.

Smiselno bi bilo raziskati povezanost učinkovitosti posameznih metod z značilnostmi zaposlenih in značilnostmi posameznega delovnega mesta. To bi služilo za oceno primernosti implementacije posamezne metode, kjer je za izvajanje dela odgovorno osebe in ne le za posamezno metodo usposobljen strokovnjak.

6 Zaključek

Okužbe in/ali zastrupitve s hrano so lahko, še posebej v bolnišničnem okolju, velik problem, vendar jih lahko preprečimo z ustrežno usposobljenimi zaposlenimi in rednim internim nadzorom. Z izbranimi orodji oziroma metodami kakovosti se lahko proces zagotavljanja varnosti in kakovosti živil še olajša in zmanjša pojavnost morebitnih človeških napak. V ta namen so dokazano uporabne metode FMEA, FTA, 5S, Poka-Yoke in Ishikawa diagram oz. diagram vzrokov in posledic, ki jih je mogoče implementirati v različne stopnje in področja poteka procesa priprave živil.

LITERATURA

1. Arvanitoyannis, I. S. and Varzakas, T. H. (2008). Application of ISO 22000 and Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) for industrial processing of salmon: A case study. *Critical reviews in food science and nutrition*, 48 (5), 411–429.
2. Ashraf, S. R. B., Rashid, M. M. in Rashid, A. H. (2017). Implementation of 5S methodology in a food & beverage industry: A case study. *International Research Journal of Engineering and Technology*, 4 (3), 1791–1796.
3. Bauer, M., Bičič, E., Ferfila N., Fink, R., Godič, T. K. in Jevšnik, M., Ovca, A., Sever, D. (2017). *Higiena objektov in procesov* (Univerzitetni učbenik za študente sanitarnega inženirstva). Ljubljana: Ždravstvena fakulteta.
4. Bertolini, M., Rizzi, A. in Bevilacqua, M. (2007). An alternative approach to HACCP system implementation. *Journal of Food Engineering*, 79 (4), 1322–1328.
5. EFSA (2018). The European union summary report on zoonoses, zoonotic agents and food-borne outbreaks 2017. Pridobljeno 24. 1. 2019, s <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2018.5500>.
6. Enarsson, L. (1998). Evaluation of suppliers: how to consider the environment. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 28 (1), 5–17.
7. Ericson, C A (1999). Fault tree analysis. In *System Safety Conference*, Orlando, Florida (pp. 1–9).
8. Fisher, M. (1999). Process improvement by poka-yoke. *Work Study*, 48 (7), 264–266.
9. Ho, S. K. and Cicmil, S. (1996). Japanese 5-S practice. *The TQM magazine*, 8 (1), 45–53.
10. Jaca, C., Viles, E., Paipa - Galeano, L., Santos, J. in Mateo, R. (2014). Learning 5S principles from Japanese best practitioners: case studies of five manufacturing companies. *International Journal of Production Research*, 52 (15), 4574–4586.
11. Kumar, S., Dieveney, E. in Dieveney, A. (2009). Reverse logistic process control measures for the pharmaceutical industry supply chain. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58 (2), 188–204.

12. Lawley, R., Curtis, L. in Davis, J. (2008). The food safety hazard guidebook. Royal Society of Chemistry.
13. Lindhe, A., Rosén, L., Norberg, T. in Bergstedt, O. (2009). Fault tree analysis for integrated and probabilistic risk analysis of drinking water systems. *Water research*, 43 (6), 1641–1653.
14. Măgdoi, A. in Oprean, C. (2014). Broadening the concept of poka yoke beyond automotive industry. *ACTA Universitatis Cibiniensis*, 65 (1), 52–57.
15. McDermott, R., Mikulak, R. J. and Beauregard, M. (1996). The basics of FMEA. SteinerBooks.
16. Michalska, J. in Szewieczek, D. (2007). The 5S methodology as a tool for improving the organization. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, 24 (2), 211–214.
17. NASA (2000). Failure Modes and Effects Analysis (FMEA). A Bibliography. Pridobljeno 16. 9. 2018, s <https://ntrs.nasa.gov/archive/nasa/casi.ntrs.nasa.gov/20000070720.pdf>.
18. Park, A. in Lee, S. J. (2009). Fault tree analysis on handwashing for hygiene management. *Food Control*, 20 (3), 223–229.
19. Press, D. (2003). Guidelines for Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), for Automotive, Aerospace, and General Manufacturing Industries. CRC Press.
20. Radzi, R. M., Saidon, I. M. and Ghani, N. A. (2016). Risk management in food supply chains by Japanese food companies in Malaysia. *International Journal of Business Management & Economic Research*, 7 (6), 778–787.
21. Rojasra, P. M. in Qureshi, M. N. (2013). Performance improvement through 5S in small scale industry: a case study. *International Journal of Modern Engineering Research*, 3 (3), 1654–1660.
22. Sasaki, N. in Hutchins, D. C. (1984). Japanese approach to product quality.: Its applicability to the West.
23. Schenkelberg, F. (2018). Fault Tree Analysis 8 Step Process: Fault tree creation. Pridobljeno 16. 9. 2018, s <https://accendoreliability.com/fault-tree-analysis-8-step-process/#comments>.
24. Scipioni, A., Saccarola, G., Centazzo, A. in Arena, F. (2002). FMEA methodology design, implementation and integration with HACCP system in a food company. *Food control*, 13 (8), 495–501.
25. Shingo, S. in Dillon, A. P. (1989). A study of the Toyota production system: From an Industrial Engineering Viewpoint. CRC Press.
26. Stamatis, D. H. (2003). Failure mode and effect analysis: FMEA from theory to execution. ASQ Quality Press.
27. Trafialek, J. in Kolanowski, W. (2014). Application of failure mode and effect analysis (FMEA) for audit of HACCP system. *Food Control*, 44, 35–44.

Svetovalne storitve v lekarnah: pregled uporabe zdravil in osebna kartica zdravil

UDK 615.1:366.61

KLJUČNE BESEDE: uporaba zdravil, osebna kartica zdravil, kognitivne storitve, neželeni učinki

POVZETEK - Čeprav vse več bolnikov jemlje večje število zdravil, marsikdo ne ve, na kaj vse mora biti pri tem pozoren, prepoznavanje neželenih učinkov pa predstavlja velik izziv za zdravstvene delavce. Zahtevnim razmeram v zdravstvu se poskušamo prilagoditi tudi lekarniški farmacevti, ki smo predvsem strokovnjaki za zdravila, zato smo po zgledu drugih evropskih držav začeli izvajati farmacevtske kognitivne storitve. Storitve, ki jo v tujini poznajo pod imenom »Medicine Use Review«, pri nas pa jo imenujemo pregled uporabe zdravil, izvajajo posebej usposobljeni magistri farmacije. Namenjena je predvsem slabo opolnomočenim bolnikom, ki imajo težave z rednim in pravilnim jemanjem zdravil, ter tistim bolnikom, pri katerih so prisotni znaki, ki nakazujejo možne neželene učinke ali druge težave z zdravili. Z uvedbo novih storitev v lekarno si farmacevti prizadevamo za aktivno sodelovanje pri zdravljenju, želimo izboljšati njegove rezultate, hkrati pa vsaj delno razbremeniti zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene delavce ter zmanjšati stroške zdravstvene oskrbe in količino odpadnih zdravil. V prispevku predstavljamo primer klinične obravnave pacienta s pregledom uporabe zdravil.

UDC 615.1:366.61

KEY WORDS: medicine use review, personal medication list, cognitive service

ABSTRACT - While the use of prescription medications is globally on the rise, not everyone realises the importance of correct medication administration. Moreover, the recognition of undesirable effects poses a great challenge for healthcare workers. In an effort to embrace contemporary healthcare system conditions, community pharmacists as medication experts started implementing pharmaceutical cognitive services, following the example of other European countries. Medicine Use Review consists of accredited pharmacists undertaking structured adherence-centred reviews with patients on multiple medicines, particularly those receiving medicines for long-term conditions, while focusing on undesirable effects and other drug-related problems. Thus, Medicine Use Review implementation shows pharmacists' aim to actively improve treatment results, relieve the workload of doctors, nurses and other healthcare workers and at the same time reduce healthcare costs and waste medicines. In the paper, we present a clinical case of Medicine Use Review.

1 Uvod

S pomočjo zdravil uspešno obvladujemo mnoga zdravstvena stanja, kar prebivalcem sodobnega sveta omogoča višjo kakovost življenja in vse daljšo povprečno življenjsko dobo. Vendar pa strokovnjaki opozarjajo, da souporaba več zdravil privede do medsebojnih vplivov med zdravili, ki se lahko pokažejo kot zmanjšan ali povečan učinek določenega zdravila, kar lahko pripelje do pojava neželenih učinkov. Čeprav veliko bolnikov jemlje več zdravil, marsikdo ne ve, na kaj vse mora biti pri tem pozoren, prepoznavanje neželenih učinkov pa predstavlja velik izziv za zdravstvene delavce. Zahtevnim razmeram v zdravstvu se poskušamo prilagoditi tudi lekarniški farmacevti, ki smo po zgledu drugih evropskih držav začeli izvajati svetovalne oziroma farmacevtske kognitivne storitve, ki so koristne tako za paciente, ki bolje spoznajo pravilen

način uporabe zdravil in s pomočjo farmacevta odkrijejo in razrešijo morebitne neželene učinke, kot tudi za zdravstveni sistem in zdravnike, ki so tako razbremenjeni nepotrebnih obiskov in dodatnih razlag pacientom. (Šetina, 2018; Kos, 2013; Premuš Marušič, 2013)

2 Pregled uporabe zdravil

Pregled uporabe zdravil (v nadaljevanju: PUZ) je po definiciji storitev optimizacije in racionalizacije uporabe zdravil posameznega pacienta s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati pacientovo, z zdravjem povezano kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o uporabljenih zdravilih in informacij, ki jih poda pacient ali skrbnik pacienta, opravi magister farmacije s pridobljenimi ustreznimi kompetencami. Storitve, ki jo v tujini poznajo pod imenom "Medicine Use Review", je konceptualno opredelila delovna skupina, ki jo je leta 2012 ustanovila Lekarniška zbornica Slovenije. Izobraževanje za pridobitev potrebnih kompetenc obsega vstopni izpit, delo z regijskim mentorjem in zaključno preverjanje znanja pred tričlansko komisijo. (Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil, 2018; Kos, 2013)

Kandidati za PUZ so večinoma kronični, pogosto slabo opolnomočeni bolniki, ki imajo težave z jemanjem zdravil, uporabljajo zdravila z zahtevnejšim načinom uporabe (denimo inhalacijska zdravila za zdravljenje astme in drugih pljučnih bolezni), ali pa bolniki, pri katerih so prisotni znaki, ki nakazujejo na možne neželene učinke zdravil. (Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil, 2018; Scott, 2012; Kos, 2013). Cilj je opolnomočenje pacienta z vidika razumevanja in sodelovanja, torej da ga naučimo pravilnega ukrepanja in da ga motiviramo za priporočeno zdravljenje. Storitve PUZ je prioritarno namenjena naslednjim bolnikom:

- predpisovalec zdravil je predlagal oziroma zaprosil za izdelavo PUZ,
- bolniki s polifarmakoterapijo (5 zdravil ali več, z različnimi režimi doziranja),
- starostniki (več kot 65 let),
- kronični bolniki in bolniki, ki imajo več sočasnih obolenj,
- skupine z visokim tveganjem pri uporabi zdravil (otroci, nosečnice, doječe matere ipd.),
- bolniki, ki imajo na novo uvedena zdravila,
- večje spremembe v režimu uporabe zdravil v zadnjih treh mesecih ali več kot štiri spremembe v zadnjih 12 mesecih,
- bolniki z zdravili, ki pogosto vstopajo v interakcije (induktorji ali inhibitorji encimov citokromov P450),
- bolniki z zdravili, ki potrebujejo poseben monitoring (npr. litij),
- zdravljenje z zdravili z visokim tveganjem,
- bolniki, ki uporabljajo zdravila s kompleksnim načinom uporabe (npr. inhalatorji),
- nakazane težave z vodljivostjo in sodelovanjem pacienta (dementni, negotovi, imajo vprašanja povezana z zdravili), ki slabše sodeluje ali ni dovolj motiviran za pravilno izvajanje zdravljenja,

- oskrbovanci domov starejših občanov,
- skrbniki prizadetih,
- osebe z duševnimi motnjami (anksioznost, depresija, demenca), ki imajo težave z zaznavanjem (vid, sluh), ki imajo težave z učenjem in razumevanjem, ali osebe, ki živijo same,
- osebe, ki imajo fizične težave (s požiranjem, z gibanjem),
- osebe s specifičnimi prehranskimi potrebami,
- bolniki, ki jim zdravila predpisuje več različnih zdravnikov,
- bolniki, ki so bili napoteni k specialistu, na zdravstveni poseg ali v bolnišnico oziroma po hospitalizaciji,
- pogoste hospitalizacije,
- visoka incidenca samozdravljenja,
- simptomi, ki nakazujejo na neželene učinke in možne interakcije med zdravili. (Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil, 2018; Polypharmacy Guidance, 2012; Matanović in Vlahović - Palcevski, 2012; Pisk in Ilešič, 2013; Premuš Marušič, 2013)

Magister farmacije z opravljenim izpitom za izvajanje PUZ s pomočjo podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja in ustne pripovedi pacienta, na podlagi njegove pisne privolitve v sodelovanje, pridobi potrebne informacije o uporabljenih zdravilih in prehranskih dopolnilih. Na podlagi teh podatkov se pripravi na srečanje s pacientom, in sicer tako da preveri indikacije zdravil oziroma ali je zdravljenje potrebno in ustrezno, kontraindikacije oziroma ali so določena zdravila zaradi prisotnih bolezenskih stanj odsvetovana, režim jemanja (časovna ustreznost, intervali jemanja, vpliv sočasnega uživanja hrane) in interakcije med zdravili, torej ali se lahko izbrana zdravila uporabljajo sočasno. (Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil, 2018, Pisk idr., 2018; Šetina, 2018)

3 Izvajanje pregleda uporabe zdravil in osebna kartica zdravil

Individualno srečanje s pacientom poteka ob vnaprej določenem terminu v prostoru za svetovanje, ki omogoča zasebnost. V približno polurnem poglobljenem pogovoru magister farmacije pacientu razloži namen in pravilen način uporabe zdravil ter s koristnimi nasveti poskuša zagotoviti, da bolnik bolje spozna svoja zdravila ter jih pravilno uporablja. Posebno pozornost nameni morebitnim neželenim učinkom zdravil, ki jih je včasih možno razrešiti že s spremembo režima zdravljenja z zdravili ali drugimi farmacevtskimi nasveti. Magister farmacije bolniku odgovori tudi na vprašanja povezana z uporabo zdravil brez recepta, prehranskih dopolnil in drugih izdelkov, namenjenih varovanju zdravja. V kolikor zaznane težave presegajo pooblastila farmacevta, pacienta napoti k zdravniku. (Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil, 2018; Šetina, 2018; Pisk in Ilešič, 2013)

Ob koncu pogovora bolnik dobi tudi osebno kartico zdravil (v nadaljevanju: OKZ), ki je namenjena boljšemu pregledu jemanja zdravil. Farmacevt izdelava celovit in podroben zapis bolnikovih zdravil in prehranskih dopolnil z navodili glede odmerjanja, načina

uporabe in drugimi pomembnimi opozorili. Eno takšnih opozoril je na primer, da se ob določenem zdravilu za zniževanje holesterola v krvi ne sme uživati soka grenivke ali čaja šentjanževke. Priporočljivo je, da svojo OKZ bolnik predloži ob zdravniškem pregledu pri osebnem zdravniku ali specialistu, saj tako zdravstvenim delavcem posreduje verodostojno informacijo o zdravilih, ki jih uporablja. Tako se izognemo podvojevanju zdravil z isto učinkovino ali predpisu zdravila, ki ni primerno za bolnika in njegovo zdravstveno stanje. Z OKZ pa si bolnik zagotovi tudi varne nakupe v lekarni, če jo pokaže, kadar kupuje zdravila brez recepta, saj zaposleni v lekarni tako lažje in hitreje ocenijo, kateri izdelek je najbolj primeren za posameznega bolnika. (Izdelava in izdaja Osebne kartice zdravil, 2018; Šetina, 2018)

OKZ z navodili in dodatnimi opozorili si bolnik lahko shrani tudi na svoj mobilni telefon v obliki mobilne izkaznice zdravja. Poleg tega sistem varne e-komunikacije, ki jo omogoča platforma Gospodar zdravja, v okviru katere v naših lekarnah izvajamo omenjene storitve, bolniku omogoča stik z zdravnikom ali s farmacevtom na daljavo. Na ta način lahko bolnik izbranemu zdravniku preko varne e-pošte hitro in enostavno posreduje zdravniške izvide od specialista, prav tako pa mu zdravnik lahko varno posreduje laboratorijske izvide in podobno. (Izdelava in izdaja Osebne kartice zdravil, 2018; Šetina, 2018; <https://www.gospodar-zdravja.si/ePosvet-z-zdravnikom>)

4 Izkušnje v tujini in pri nas

Zakon o lekarniški dejavnosti, ki je stopil v veljavo leta 2017, farmacevtsko skrb opredeljuje kot individualno, celovito, proaktivno, periodično in sistematično obravnavo pacientov za zagotovitev njihovega aktivnega ohranjanja zdravja, preprečevanja nastanka bolezni ali poslabšanja zdravstvenega stanja, pravilne uporabe zdravil in drugih ukrepov za obvladovanje bolezni in pravočasnega vključevanja drugih zdravstvenih delavcev. (Zakon o lekarniški dejavnosti, 2016) Z uvedbo kognitivnih storitev v lekarni si farmacevti želimo v skladu z zakonodajo aktivno sodelovati v procesu zdravljenja naših bolnikov, hkrati pa vsaj delno razbremeniti zdravnike, medicinske sestre in druge zdravstvene delavce. Sodeč po izkušnjah v drugih državah Evropske unije in slovenskih regijah, kjer so omenjene storitve že uvedli, se s pomočjo poglobljene farmacevtske obravnave bolnika močno izboljšajo rezultati zdravljenja, hkrati pa tudi zmanjšajo stroški zdravstvene oskrbe in število odpadnih zdravil. Raziskava, ki so jo leta 2011 izvedli v Španiji, je pokazala, da je zdravstvena blagajna z uvedbo pregleda uporabe zdravil letno prihranila 273 EUR na bolnika. (Scott, Gray, Martin idr. 2012; Malet - Larrea idr., 2012)

Plačilo svetovalnih storitev zaenkrat ostaja v domeni pacienta, vsekakor pa si farmacevti na dolgi rok želimo, po zgledu nekaterih evropskih držav, kot je denimo Velika Britanija, da bi se strošek izvedbe PUZ, na katerega pacienta napoti zdravnik, vsaj deloma kril iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja. (<https://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/murs/>) Storitve velja eno leto, kar pomeni, da jo lahko v tem časovnem obdobju bolniki brezplačno ponovno izkoristijo, v kolikor pride do

spremembe terapije ali novih težav povezanih z zdravili. Ceno PUZ zaenkrat določa vsak zavod posebej, ki pa naj ne bi presegala enotne najvišje cene, ki jo je določila Lekarniška zbornica Slovenije. (Pisk idr. 2018; Šetina, 2018; Pisk in Ilešič, 2013)

Za tovrstno celovito obravnavo so potrebna interdisciplinarna znanja, od farmacevta pa takšen način dela zahteva seveda tudi dodaten čas in večji angažma. Celoten postopek izvedbe PUZ, torej pregled in preverjanje ustreznosti terapije, izvedba pogovora s pacientom, izdelava OKZ in izpolnjevanje potrebne dokumentacije po končanem pogovoru, traja v povprečju vsaj dve uri. Največji izziv še vedno predstavlja organizacija dela v lekarni, ki zaradi pomanjkanja kadra ne omogoča dovolj časa za pripravo na PUZ, ki tako poteka tudi izven delovnega časa. V Dolenjskih lekarnah smo zgolj v letošnjem letu izdelali več kot 40 pregledov uporabe zdravil, večinoma na pobudo samih pacientov in njihovih svojcev. Od samega začetka izvajanja storitve pa smo v naših lekarnah celokupno izvedli že več kot 100 pregledov uporabe zdravil. (Pisk idr. 2018; Šetina, 2018; Pisk in Ilešič, 2013)

5 Zaključek

Farmacevti smo v prvi vrsti strokovnjaki za zdravila in kot člani zdravstvenega tima se zavedamo, da lahko z osebno farmacevtsko obravnavo dodatno pripomoremo k boljšim izidom zdravljenja. Hkrati bolnikom ponujamo možnost, da na vprašanja, za katera doslej ni bilo priložnosti ali časa, dobijo ustrezen odgovor oziroma strokovno informacijo, ki ne temelji na neustreznih ekonomsko motiviranih ukrepih, temveč na preverjenih dejstvih in strokovno utemeljenih farmacevtskih nasvetih.

6 Klinični primer

72-letni pacient se je po predhodnem dogovoru oglasil v lekarni zaradi pregleda uporabe zdravil. Skrbijo ga neželeni učinki zdravil, zato želi zmanjšati število le-teh.

Diagnoze:

- arterijska hipertenzija
- hiperholesterolemija
- benigna hiperplazija prostate
- gastroezofagealna refluksna bolezen
- depresija
- povišan očesni tlak
- artroza kolena

Osebna kartica zdravil:

OSEBNA KARTICA ZDRAVIL					
Evidenčna številka: [REDAKCIJA]					
Pripravljeno po dogovoru s pacientom.					
IME IN PRIIMEK: [REDAKCIJA]	ROJEN/-A: 17.08.1946	Naslov: [REDAKCIJA]		DATUM PRIPRAVE: [REDAKCIJA]	
ZDRAVILO učinkovina	ODMERJANJE			DODATNE INFORMACIJE O UPORABI	NAMEN UPORABE
	ZJUTRAJ	OPOLDNE	ZVEČER		
Aspirin protect 100 mg gastrorezistentne tablete (acetilsalicilna kislina)	1 tableta			Celo tableto zaužiti pol ure pred zajtrkom. Osvetovana souporaba določenih protibolečinskih zdravil iz skupine nesteroidnih antirevmatikov dlje kot 7 dni zapored.	preprečevanje nastanka krvnih strdkov
Prenewel 4 mg/1,25 mg tablete (perindopril in diuretiki)	1 tableta			Pol ure pred hrano.	zniževanje krvnega tlaka
Nolpaza 20 mg gastrorezistentne tablete (pantoprazol)	1 tableta			Celo tableto zaužiti s kozarcem vode vsaj pol ure pred zajtrkom.	zaščita želodca in zmanjšanje nastajanja kisline
Combodart 0,5 mg/0,4 mg trde kapsule (tamsulozin in dutasterid)	1 kapsula			Skupaj s hrano (tik pred jedjo, med jedjo ali po jedi).	zdravljenje težav s prostato
Doreta 75 mg/650 mg filmsko obložene tablete (tramadol, kombinacije)	1 tableta		1 tableta	Neodvisno od hrane. Tableto lahko delite na enaki polovici. Zdravilo lahko povzroča omotico in zaspanost. Preprečev vožnje!	proti bolečinam
COSOPT 20 mg/5 mg v 1 ml kapljice za oko, raztopina (timolol, kombinacije)	1 kapljica		1 kapljica	S čisto roko potegnite spodnjo veko navzdol, da med veko in očesom nastane žepik in kapnite v oko 1 kapljico. Po vkapanju zdravila zaprite oko za najmanj 1 minuto in rahlo s prstom pritisnite v očesni kot ob nosu. Kapljice so uporabne 1 mesec po odprtju.	za očesni tlak
Prenessa 4 mg tablete (perindopril)			1 tableta	Pol ure pred večerjo.	zniževanje krvnega tlaka
Tenox 5 mg tablete (amiodipin)			1 tableta	Skupaj s hrano (tik pred jedjo, med jedjo ali po jedi).	zniževanje krvnega tlaka
Sorvasta 30 mg filmsko obložene tablete (rosuvastatin)			1 tableta	Skupaj s hrano (tik pred jedjo, med jedjo ali po jedi).	uravnavanje maščob v krvi
PAROXAT 20 mg filmsko obložene tablete (paroksetin)			1 tableta	Neodvisno od hrane. Eno uro pred spanjem.	za izboljšanje razpoloženja in spanje

Pregled uporabe zdravil – poročilo:

Po pregledu terapije ugotavljam, da so indikacije za zdravljenje s predpisanimi zdravili ustrezne in da med zdravili ni pomembnih interakcij, tiste ki so prisotne, pa niso klinično izražene. Ob prihodu v lekarno izmerim krvni tlak 156/85 in srčni utrip 69 utripov/min. Po poročanju pacienta je krvni tlak ob merjenju v domačem okolju urejen in v priporočenih mejah, vseeno pa svetujem občasno spremljanje oziroma merjenje krvnega tlaka in zmanjšan vnos soli. Ob tem razložim, kako zdravila delujejo in katera mora redno jemati.

Pacienta opozorim, da ni dobro, da tablete Nolpaza vzame pred tabletami Aspirin in Prenewel, saj zmanjšanje kislosti želodčnega soka lahko poškoduje zaščitno oblogo tablete Aspirin in zmanjša absorpcijo ene izmed učinkovin v Prenewelu. Svetujem, da vsa tri zdravila vzame hkrati, torej pol ure pred zajtrkom. Tudi tablete Prenessa je zaradi vpliva hrane na absorpcijo potrebno zaužiti pred hrano, torej pol ure pred večerjo. Ker tako Prenessa kot Prenewel vsebujeta isto učinkovino, je najbolj optimalno, da se Prenewel in Prenessa jemljeta s presledkom 12 ur.

Pacient ne poroča o neželenih učinkih, ki bi lahko bili posledica jemanja zdravil, pravi pa, da ima občasno težave z zatekanjem nog, kar je možen neželen učinek zdravila Tenox. Ker omenjene težave niso zelo moteče ali izrazite, se strinja, da bo zaradi koristi, ki jo ima zdravilo na njegovo zdravljenje, s terapijo nadaljeval.

Paroxat pacient jemlje od leta 2010, ko je bila postavljena diagnoza depresije; zdravilo mu predpisuje osebni zdravnik. Že dlje časa se dobro počuti, je razpoložen in dobro spi, zato svetujem posvet z zdravnikom o možnosti postopne ukinitve zdravila. Poleg tega ugotovim, da pacient kapljic Cosopt za zniževanje očesnega tlaka ne uporablja pravilno, in sicer samo zvečer namesto dvakrat dnevno. Popravljenemu navodilo zapišem na osebno kartico zdravil.

Pacient meni, da mu tablete Sorvasta povzročajo kratkotrajno nelagodje oziroma bolečine v trebuhu. Tekom pogovora ugotovim, da zvečer običajno ob približno istem času uživa tudi sadje, kar bi ravno tako lahko povzročalo opisane težave. Zaradi težav z želodcem, ki jih obvladuje z zdravilom Nolpaza, svetujem uživanje sadja (namesto zvečer) raje v dopoldanskem času. Najbolj primerna izbira je sadna malica med zajtrkom in kosilom, saj se sadje bogato s celulozo in vlakninami takrat lažje presnovi. Drugih težav s prebavo nima, prav tako kljub rednemu jemanju Dorete ne občuti težav z zaprtjem. Tudi s prostato nima večjih težav; ponoči navadno vstaja na vodo samo enkrat in ima redne kontrole pri urologu.

Ker pacient poroča, da mu za lajšanje bolečin v kolenu zadostuje polovica tablete Doreta v jakosti 75 mg/650 mg, zaradi lažje uporabe zdravila v bodoče predlagam predpisovanje zdravila Doreta v manjši jakosti (37,5 mg/325 mg). Pacientu razložim, da gre za zdravilo z močnim učinkom, ki vpliva na psihofizične sposobnosti, z odvisnostnim potencialom ob dolgotrajni uporabi; sicer pa pacient že sam poskuša zmanjšati uporabo zdravila z občasnim zmanjševanjem in izpuščanjem odmerkov. Če je bolečina v kolenu tekom dneva zadostno obvladana z drugimi ukrepi, lahko pacient Doreto vzame samo zvečer pred spanjem, s čimer se zmanjša verjetnost za pojav težav zaradi povzročanja zaspanosti in vrtoglavice, v nasprotnem velja prepoved vožnje. V izogib preseganju največjega dovoljenega dnevnega odmerka paracetamola, ki se nahaja tako v Doreti, kot tudi v Lekadolu ali Daleronu, večja količina Lekadola ali Dalerona v tej kombinaciji zdravil ni dovoljena (ob rednem jemanju Dorete največ tri do štiri tablete dnevno; proti bolečinam se lahko zaužijeta tudi dve tableti Lekadola oziroma Dalerona naenkrat).

Pacienta opozorim, da protibolečinska zdravila iz skupine nesteroidnih antirevmatikov, ki jih je nekoč že jemal, zanj niso najbolj primerna, ker povečajo izločanje želodčne kisline in s tem povzročajo še več težav z želodcem. Poleg tega zaradi redne terapije z Aspirinom ni priporočljivo jemanje te vrste protibolečinskih zdravil dlje kot 7 dni zapored, saj se v tem primeru poveča nevarnost za krvavitve in hkrati zmanjša zaščitni učinek Aspirina na krvožilje. Dodatno svetujem, naj poskusi z lokalno protibolečinsko terapijo (Voltaren ali Naklofen gel in podobni preparati).

Zaradi redne terapije z Nolpazo lahko pride do pomanjkanja kalcija, magnezija in vitaminov B, zato svetujem primerne pripravke. Razložim, da B-kompleks obstaja tudi v obliki s podaljšanim sproščanjem, ki ima manjši vpliv na povečanje apetita. Ravno tako se zaradi varovalnega učinka na srčno-žilni sistem priporoča vnos nenasičenih omega-3 maščobnih kislin – s prehranskimi dopolnili oziroma z rednim uživanjem morskih rib. Zaradi terapije s statini (Sorvasta) se priporoča tudi nadomeščanje vitamina D (že jemlje tablete D3 5000 I.U.) in dodajanje koencima Q10, ki deluje kot antioksidant in ima varovalen učinek na krvožilje. Spodbujam redno možgansko in telesno aktivnost.

LITERATURA

1. Kos, M. (2013). Farmacevtske kognitivne storitve osnovane na pregledu zdravil. *Farm Vestn*, 64, 151–155.
2. Malet - Larrea, A. idr. (2017). Cost analysis and cost-benefit analysis of a medication review with follow-up service in aged polypharmacy patients. *The European Journal of Health Economics*, 18 (9), 1069–1078.
3. Matanović, S. M. in Vlahovic – Palcevski, V. (2012). Potentially inappropriate medications in the elderly: a comprehensive protocol. *Eur J Clin Pharmacol*, 68, 1123–1138.
4. Pisk, N. idr. (2018). Uvajanje storitve Pregled uporabe zdravil v Sloveniji. *Farm Vestn*, 69, 44–49.
5. Pisk, N. in Ilešič, A. (2013). Farmacevtske kognitivne storitve – pogled farmacevta v lekarni. *Farm Vestn*, 64, 156–160.
6. Premuš Marušič, A. (2013). Farmacevtske kognitivne storitve pri zdravljenju z zdravili – Pogled farmacevta svetovalca v ambulanti. *Farm Vestn*, 64, 165–168.
7. Scott, I. A., Gray, L. C., Martin, J. H. idr. (2012). Effects of a drug minimization guide on prescribing intentions in elderly persons with polypharmacy. *Drugs Aging*, 29 (8), 659–667.
8. Šetina, A. (2018). Nove storitve v lekarni. *Živa*.
9. Zakon o lekarniški dejavnosti (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 77.
10. Zakon o lekarniški dejavnosti (2016). Uradni list Republike Slovenije, št. 85.
11. Izdelava in izdaja Osebne kartice zdravil. SOP 25. Izdaja 1.0. (2018). Dolenjske lekarne.
12. Izvedba storitve Pregled uporabe zdravil. SOP 26. Izdaja 1.0. (2018). Dolenjske lekarne.
13. NHS Scotland. Polypharmacy Guidance October 2012. NHS Scotland; 2012.
14. Pridobljeno 8. 10. 2018, s <https://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/murs/>.
<https://www.gospodar-zdravja.si/ePosvet-z-zdravnikom/>.

Izkušnje medicinskih sester s komunikacijo svojcev

UDK 614.253.5:316.77

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, izkušnje, komunikacijske ovire, svojci

POVZETEK - Svojci so večinoma neveščí negovati starejše osebe v situaciji, ko so te bolne in nezmožne osnovnih vsakodnevnih opravil/življenjskih aktivnosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne so izkušnje medicinskih sester pri komunikaciji s svojci. Uporabili smo kvalitativno metodo raziskovanja, metodo utemeljene teorije. Intervju je bil oblikovan na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature. Raziskavo smo izvedli na neslučajnostem - namenskem vzorcu treh medicinskih sester, ki delajo na področju zdraviliške dejavnosti v januarju 2018. Raziskava je pokazala, da morajo imeti medicinske sestre veliko znanja, izkušenj in strokovnega izpopolnjevanja, da lahko učinkovito in kakovostno komunicirajo s svojci. Ugotavljamo tudi, da medicinska sestra potrebuje čas, znanje in ustrezno mero empatije za kakovostno komunikacijo s svojci. Stanje ni optimistično, ker je bolnih, starejših in njihovih svojcev z neznanjem in neorganizirano stanje v nastali situaciji vedno več, zdravstveno negovalnega osebja, ki bi jim bilo v pomoč, pa premalo.

UDC 614.253.5:316.77

KEY WORDS: communication, experience, communication barriers, relatives

ABSTRACT - Patient's relatives are frequently ineffective in a situation where the elderly person is sick and unable to perform basic daily tasks and activities. With our research, we wanted to gain insight into the nurse's experiences regarding their communication with the relatives. We used a qualitative research method, a method of grounded theory. The interview was designed based on a review of domestic and foreign professional and scientific literature. The research was carried out in a non-probability sample of three nurses working in the field of spa activities in January 2018. The research showed that nurses have to have a lot of knowledge, experience and advanced training in order to efficiently and properly communicate with the relatives of the elderly. We also found out that the nurse needs time, knowledge and enough empathy for quality communication with the relatives. The current situation is not optimistic, because on the one hand, the number of the sick, the elderly and their relatives who have insufficient knowledge and organisation skills is increasing, while on the other, there is not enough medical nursing staff to help them.

1 Teoretična izhodišča

S komunikacijo želimo vplivati na druge v svoji okolici. O učinkovitem komuniciranju govorimo, kadar dosežemo razumevanje sporočila pošiljatelja prejemniku točno tako, kot ga je le ta zasnoval (Gorše Muhič, 2009; Jurišić, 2012). Zelo je pomemben pozitivno naravnani odnos. Zaželjena je potrpežljivost, težave je potrebno reševati ustvarjalno in usmerjeno k danemu cilju (Lorber in Skela Savič, 2011). Hajdinjak in Meglič (2012) sta prepričana, da pri medosebnem odnosu vsekakor gre za obliko interakcije, v proces sta udeleženi najmanj dve osebi, v smislu socialne interakcije. Prav tako ugotavljata, da je empatija v medosebnem odnosu zelo pomembna.

Sorodniki so zelo pomemben člen v smislu kakovosti negovanja in oskrbe starejših ljudi. Svojce starejši najbolj poznajo in lahko zelo dobro in enostavno predstavijo potrebe njihovih najbližjih. Kot dobri opazovalci lahko zelo pripomorejo h kakovosti

ugotavljanja potreb v zdravstveni negi. Zelo dobro je, da so vključeni v zdravstveno nego, v sam proces, da opozarjajo na nepravilnosti in oblikujejo institucionalno življenje z namenom večje samostojnosti stanovalcev in kakovosti življenja. Splošno nihče ne želi živeti v instituciji, hkrati pa nihče ne želi biti breme svoji družini. Večina ljudi si želi poleg starosti in bolezni ostati z družino v dobrih odnosih brez njihove neposredne odvisnosti (Kavčič idr., 2012; Habjanič, 2011). Kamnik in sodelavci (2014) poudarjajo, da so zdravstveni delavci pogosto soočeni s številnimi zapletenimi in neprijetnimi situacijami, zavedajoč se potreb po lajšanju bolečin pacientom, jim na vse možne načine nuditi pomoč in obenem tolažiti tudi njihovo družino. Trobec in sodelavci (2014) so navedli, da imajo medicinske sestre vedno več težav v komunikaciji s sorodniki pacientov, ki jih oskrbujejo. Gre za zelo kompleksne težave. Kladivec in sodelavci (2015) ugotavljajo, da je zelo pomembno vzpostaviti veliko stikov s skrbniki pacientov, zlasti s svojci, oz. skrbniki, ko pacienti odhajajo iz ustanove, kjer so bili obravnavani. Bartlett in Carroll (2011) menita, da je zelo velika odločitev starostnikov izbira med staranjem doma ali v domu starostnikov. Malqueen in Coffey (2017) ugotavljata, da ljudje z demenco pogosto sploh nimajo izbire, kam bodo odšli.

Sorodniki se pogosto pritožujejo nad zdravstveno oskrbo in tudi navajajo pomanjkljivosti glede vodenja dokumentacije. Pritožujejo se glede bilance tekočine in odvajanja stolice, zaradi pomanjkanja kadra, malomarnosti v smislu padcev, neželenih dogodkov (Habjanič, 2011).

Namen prispevka je ugotoviti izkušnje medicinskih sester s komunikacijo svojcev.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanja:

- *Raziskovalno vprašanje 1:* Ugotoviti izkušnje medicinskih sester s komunikacijo s svojci?
- *Raziskovalno vprašanje 2:* S katerimi ovirami se najpogosteje srečujejo medicinske sestre v komunikaciji s svojci?

2 Metoda

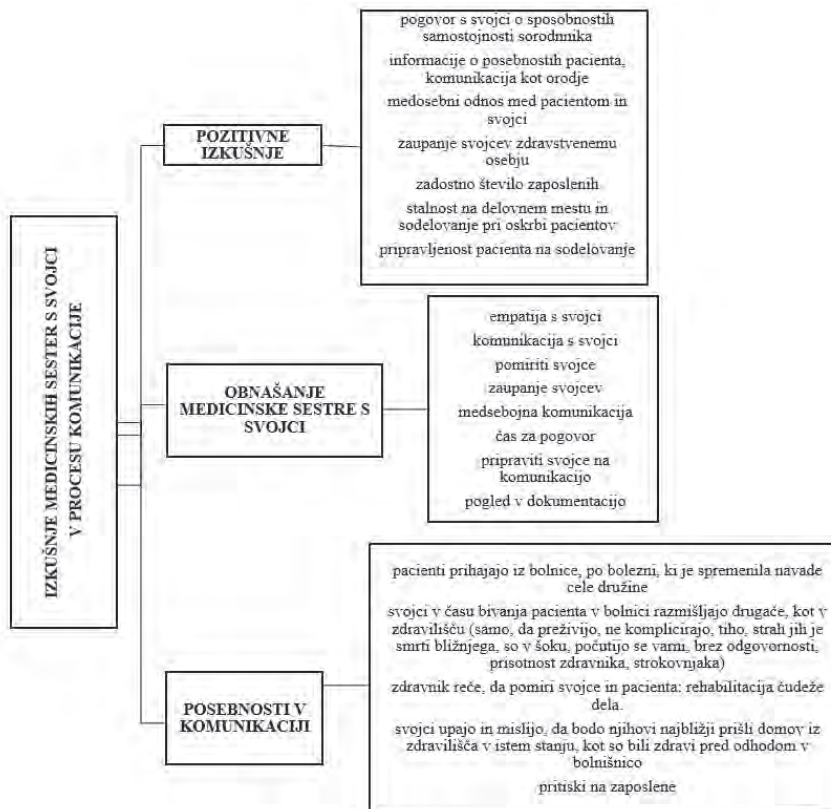
Instrument raziskave je bil vnaprej pripravljen strukturiran intervju z medicinskimi sestrami, ki delajo s svojci. Strukturiran intervju z dodatnimi vprašanji je bil oblikovan na osnovi pregleda literature (Ovijač, 2012; Mimić idr., 2013; Kadivec idr., 2015). Intervju je bil sestavljen iz treh vprašanj odprtega tipa in dodatnih vprašanj. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili tri srednje medicinske sestre, ki delajo na področju zdraviliške dejavnosti in komunicirajo s svojci. V intervjuju so sodelovale medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo, s povprečno starostjo 54 let in s 34 leti delovne dobe. Za izvedbo raziskave smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje z medicinskimi sestrami smo izvedli po predhodnem dogovoru na njihovem domu, ob vnaprej dogovorjenem času. Intervjuvane smo nagovorili s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja. Intervjuvanke so bile že pred začetkom opozrojene, da se bodo pogovori snemali. Podali smo tudi informirani pristanek

za sodelovanje. Za izvedbo posameznih intervjujev smo porabili različno dolgo časa, v povprečju 7 minut. Sledila je analiza, ki se je začela s transkripcijo. Intervjuji so prepisani dobesedno, s tem je zagotovljena večja sledljivost. Analiza besedila je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja – izjave, kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov in oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in oblikovanje končne teoretične formulacije (utemeljene teorije). Tako definirane kategorije smo nato primerjali med seboj in jih povezali v sodbo. Intervjuvanim smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, do samoodločanja, anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 Rezultati

V nadaljevanju sta predstavljeni dve glavni kategoriji in sicer Izkušnje medicinskih sester s svojci v procesu komunikacije (slika 1) in Ovire v komunikaciji (slika 2).

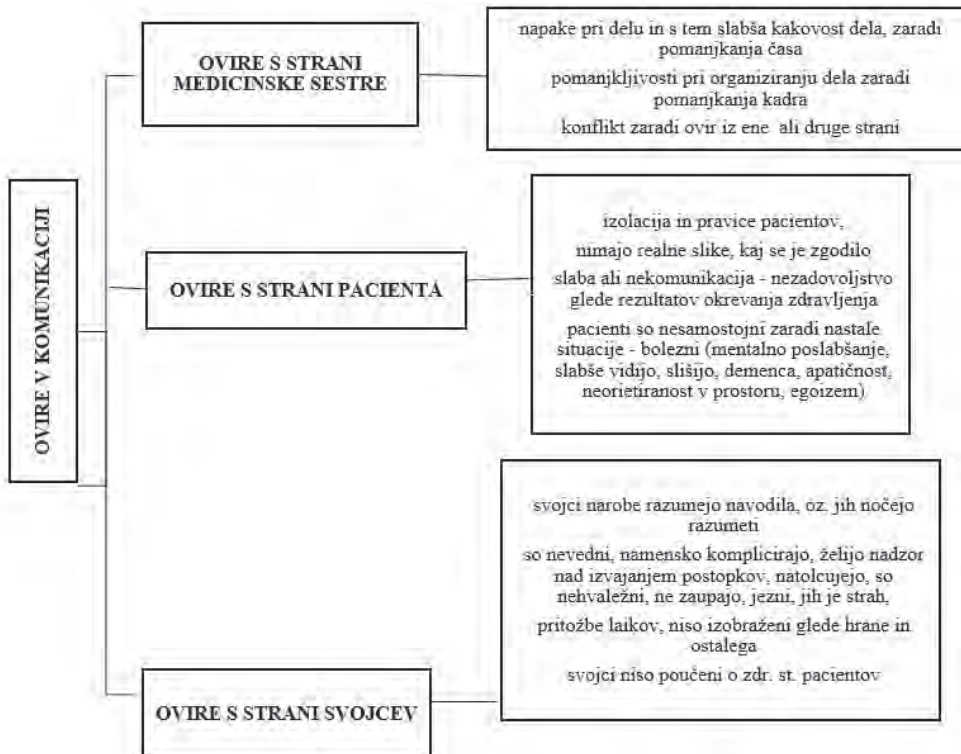
Slika 1: Prikaz kategorije Izkušnje medicinskih sester s svojci v procesu komunikacije



Vir: Intervju, 2018.

Slika 1 prikazuje kategorijo »Izkušnje medicinskih sester s svojci v procesu komunikacije«, sestavljena je iz treh podkategorij »Pozitivne izkušnje«, »Obnašanje medicinske sestre s svojci« in »Posebnosti v komunikaciji«. Ugotovili smo, da so svojci v zdravilišču zahtevnejši v komunikaciji, kot prej v bolnišnici. Zelo pomemben je pogovor s svojci, da jim pojasnimo, koliko je kdo samostojen v dnevnih aktivnostih. Pogovor deluje kot orodje, vprašamo za posebnosti pacienta in izvemo koristne informacije. Intervjuvanka je izpostavila, da je premalo kadra, da bi se lahko pogovarjali s svojci o tem. Veliko se je potrebno pogovoriti glede urejanja patronažnega varstva, domskega varstva in podobno. Profesionalno komunikacijo lahko dosežemo tako, da svojci zaupajo zdravstveno negovalnemu osebju. Medsebojne odnose med svojci in pacienti ocenjujejo kot pomemben element za uspešno komunikacijo. Vse intervjuvane menijo da si mora medicinska sestra vzeti čas za pogovor s svojci, jih znati pomiriti, biti empatična z njimi, na podlagi pogovora si lahko ustvari realno sliko primera. V smislu izboljšav bi vsekakor morali imeti zadostno število zaposlenih, stalnost na delovnem mestu in sodelovanje pri oskrbi pacientov, da je medicinska sestra seznanjena s celotno problematiko. Poleg medicinskih sester morajo biti tudi svojci pripravljene na komunikacijo, medicinska sestra presodi z globoko mero empatije kdaj in na kakšen način.

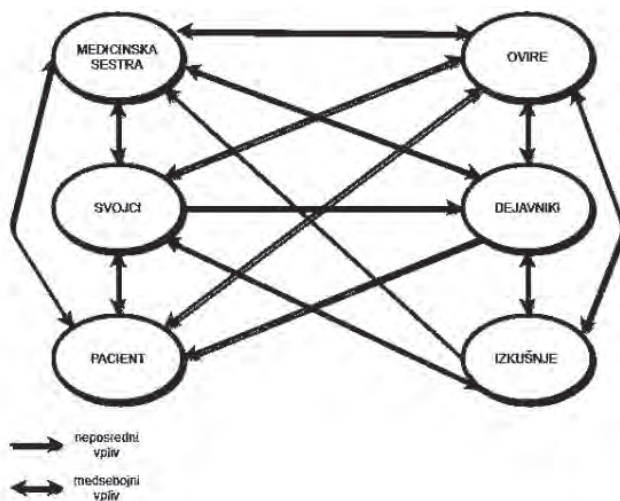
Slika 2: Prikaz kategorije Ovire v komunikaciji



Vir: Intervju, 2018.

Slika 2 prikazuje kategorijo »Ovire v komunikaciji«. Predstavili smo naslednje podkategorije: »Ovire s strani medicinske sestre«, »Ovire s strani pacienta« in »Ovire s strani svojcev«. Glede na izjave medicinskih sester smo ugotovili, da svojci medicinski sestri vzamejo veliko časa, ki ga kadrovski normativi ne priznavajo, medicinske sestre pa so dodatno preobremenjene s telefonskimi klici, potrebovali bi eno osebo za vse komplikacije, konflikte. Medicinske sestre opažajo, da se svojci pogosto neprimerno obnašajo in mislijo, da morajo še več klicati po telefonu. Menijo, da bi morali svojce ozavestiti naj se prepustijo, sprostijo, spočijejo. Svojci niso seznanjeni o realnem zdravstvenem stanju pacientov. Posledično so jezni, jih je strah, so zaskrbljeni in ne vejo, na koga naj se obrnejo. Slaba komunikacija s svojci povzroča nezadovoljstvo glede rezultatov okrevanja zdravljenja. Ena od intervjuvanih opaža, da so zlasti zahtevni izobraženi svojci in tisti, z visoko mero stresa. Kot posebnosti pri ovirah za slabo komunikacijo je nevednost svojcev, namensko kompliciranje, nadzor nad izvajanjem postopkov, nehvaležnost, nezaupanje. Splošno vedno gre za pomanjkanje kadra, časa, pomanjkanje tako medicinskih sester, kot tudi zdravnikov, nepopolno medicinsko dokumentacijo.

Slika 3: Prikaz vzročnih povezav med glavnimi kategorijami in vpliv na komunikacijo medicinskih sester s svojci



Vir: Intervju, 2018.

Izkušnje s svojci neposredno vplivajo na medicinske sestre. Poleg tega se te neprestano izražajo, dopolnjujejo in razvijajo v dobrobit čim boljše komunikacije s svojci. Ti so prizadeti zaradi bolezni njihovih bližnjih. Tako lahko premaguje različne dejavnike, ki medsebojno vplivajo na izkušnje in ovire, da lahko le te, ki prav tako medsebojno vplivajo nanjo ustrezno rešuje. Tudi svojci neposredno vplivajo na dejavnike v smislu reševanja ali oviranja zdravljenja pacientov, ki ga pogosto omejuje laičen pogled na nastalo situacijo. Ti dejavniki medsebojno vplivajo na ovire, te pa na svojce. Zato je vloga medicinske sestre močno vpeta v smislu reševanja težav, le ta naj

bi bila osrednja oseba v komunikaciji s pacienti in njihovimi svojci. Medicinska sestra zaobjema vse ovire in dejavnike, ki vplivajo na dober rezultat vključujoč dragocenih izkušenj, ki si jih je pridobila tekom svojega dela (slika 3).

4 Razprava

V procesu zdravstvene nege je zelo pomembna komunikacija s pacienti in tudi njihovimi svojci. Neozdravljivo bolni so odvisni od njihovih svojcev, oz. skrbnikov, zato je komunikacija z njimi zelo pomembna, saj vpliva na kakovost življenja pacientov. V ta namen smo proučevali, kako lahko medicinska sestra doprinese k dvigu kakovostnejše komunikacije s svojci.

Zanimalo nas je, kakšne so izkušnje medicinskih sester s komunikacijo s svojci. Z raziskavo smo ugotovili, da bi bilo potrebno za celostno obravnavo pacientov več časa, verodostojnih informacij in primerne, prijazne komunikacije. Čas je na oddelku, kjer delajo intervjuvanke, predviden samo za opravljanje postopkov zdravstvene nege, ni ga pa dovolj za informiranje svojcev. Habjanič (2011) ugotavlja, da vsak pacient, posledično tudi svojec pričakuje, da bodo vse aktivnosti, ki so predvidene, izvedene kakovostno in varno. Svojci pričakujejo individualen pristop, zaupnost, prijaznost in sposobnost aktivnega poslušanja.

Želeli smo odgovoriti na vprašanje, s katerimi ovirami se najpogosteje srečujejo medicinske sestre v komunikaciji s svojci. Z raziskavo ugotavljamo da je največ težav zaradi neučinkovite komunikacije. Gorše Muhič (2009) ugotavlja, da je najpomembnejša ovira pri komunikaciji negativni transfer, oz. prenos čustev na nezavedni osnovi, ki je pogosto posledica pomembnih oseb v njihovih življenjih, ta neopredeljena čustva potem prenesejo na medicinsko sestro in nastane konflikt, ki ga naj bi medicinska sestra s svojim znanjem in komunikacijskimi spretnostmi odpravila. Intervjuvane medicinske sestre tožijo po težavah glede pomanjkljivosti pri organiziranju dela zaradi pomanjkanja kadra. Sever in Bregar (2015) menita, da je zdravstveno varstvo izpostavljeno zelo velikim obremenitvam, kot posledica med drugim tudi staranja prebivalstva, zato je potrebnih veliko sprememb v smislu organizacije znotraj sistema.

Izredno pomembno je, da študenti zdravstvene nege pridobijo spretnosti s področja komuniciranja s svojci v času kliničnega usposabljanja. V prihodnje bi bilo potrebno izvesti poglobljeno raziskavo med svojci in preučiti, kako zadovoljni so s komunikacijo zdravstveno – negovalnega osebja.

Opravljen raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in vzorcu.

5 Zaključek

Skozi opravljeno raziskavo ugotavljamo, kako zelo pomembno je, da je medicinska sestra v komunikaciji s svojci empatična, mirna in uglašena s seboj. Dobili smo zelo uporabne podatke, ki jih lahko zelo dobro uporabimo, nadgrajujemo, koristimo in

razvijamo v bodoče za uspešno komunikacijo s svojci. Komunikacija s svojci je zelo pomembna, zlasti, ker vemo, da bo starejših in bolnih vedno več, zato bi bilo potrebno na tem področju v bodoče še veliko raziskovati in nadgrajevati znanje in ugotovljena dejstva. Gre za zelo kompleksno situacijo, ki ji je potrebno nameniti veliko pozornosti. Na ta način bi lahko pridobivali izboljšave za dvig kakovosti komunikacije v zdravstveni negi. Skozi opravljeno raziskavo smo ugotovili, da je bistvena kakovostna komunikacija zdravstveno - negovalnega osebja, tako s svojci kot bolnimi. Na ta način lahko preprečimo veliko neželenih dogodkov v zdravstvu, oz. imamo možnost pravočasnega in najugodnejšega reševanja.

LITERATURA

1. Bartlett, H. in Carroll, M. (2011). Ageing in Place Down Under. *Ifa global ageing*, 7 (2), 25–34.
2. Gorše Muhič, M. (2009). Terapevtska komunikacija. V P. Pregelj, R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 31–39). Ljubljana: Založba Rokus Klett.
3. Habjanič, A. (2011). Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzornik zdravstvene nege*, 45 (1), 39–47.
4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. (184–189). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
5. Jurišič, D. B. (2012). Podporna in nadomestna komunikacija je za nekatere med nami edina možnost. *Naš zbornik*, 45 (2), 3–15.
6. Kamnik, P., Pajnikihar M. in Habjanič, A. (2014). Samozaupanje medicinskih sester in zdravnikov pri praktičnem izvajanju paliativne oskrbe. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (4), 302–309.
7. Kavčič, M., Filipović Hrast, M. in Hlebec, V. (2012). Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno varstvo*, 51 (3), 163–181.
8. 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*, 2014. Pridobljeno 5. 2. 2018, s <http://www.zbornica-zveza.si/sl/kodeks-etike-0>.
9. Kladivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. in Farkaš - Lainščak, J. (2015). Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (3), 195–204.
10. Lorber, M. in Skela Savič, B. (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45 (4), 247–252.
11. Mimić, A., Simonič, A. in Skela Savič, B. (2013). Razumevanje koncepta »umiranja z dostojanstvom« pri medicinskih sestrah v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 47 (4), 325–332.
12. Mulqueen, K. in Coffey, A. (2017). Preferences of residents with dementia for end of life care. *Nursing Older People*.
13. Ovijač, B. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (4), 297–301.
14. Sever, M. in Bregar, B. (2015). Specializacije v zdravstveni negi: pogled študentov. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (1), 26–43.
15. Trobec, I., Čuk, V. in Istenič Starčič, A. (2014). Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48 (4), 310–322.

Klinični učni milje

UDK 373.5.091.33-027.22

KLJUČNE BESEDE: izobraževanje, klinično okolje, praktični pouk, zdravstvena nega

POVZETEK - V prispevku je predstavljen pomen kvalitetnega kliničnega okolja za uspešno vključevanje dijakov srednjega strokovnega izobraževanja v lokalno delovno okolje. Praktični pouk je v današnjem času nadvse pomembna učna strategija, saj dokončno, v procesu vzgoje in izobraževanja, poveže splošno, strokovno in praktično znanje. Pri tem so pomembni vsi deležniki, ki vstopajo v proces – dijaki, njihovi starši, učitelji mentorji, zaposleni in bolniki. Pomemben vidik zadovoljstva in napredka dijaka pri praktičnem pouku je objektivna informiranost o programu, v katerega se vpisuje, ter s tem povezana notranja motivacija. Dijak prvi, zelo osebni stik z zdravstveno nego doživi ravno preko učitelja, ki ga vodi skozi praktični pouk, zato je kvaliteta tega odnosa za dijaka zelo pomembna izkušnja. Prav tako je kvaliteta dela zelo odvisna od organizacijske in kadrovske klime na oddelku. Po bolnišnicah in domovih za starejše je v zadnjem času v različne oblike usposabljanja vključenih veliko število dijakov in študentov. Vsekakor v določenem oziru to negativno vpliva na bolnike in funkcionalnost že tako preobremenjenih oddelkov. Predstavljena je še analiza ankete o izkušnjah dijakov zaključnih letnikov pri praktičnem pouku. Izmed vsega navedenega je zanimivo tudi razmišljanje in ugibanje o tem, kje in kakšne bodo učne baze za dijake zdravstvene nege v prihodnosti.

UDC 373.5.091.33-027.22

KEY WORDS: education, clinical environment, practical class, health care

ABSTRACT - The paper discusses the importance of a quality clinical environment for the successful integration of vocational secondary school students into the local work environment. Practical classes are a very important tool in modern education because they integrate general, technical and practical knowledge acquired in the process of education. In this process, all of the participants have an important role – the students, the parents or guardians, the teachers, the mentors, the employees and the patients. An important aspect of the student's satisfaction and progress in practical class is their being objectively informed about the programme they are about to enroll in and their inner motivation connected to that. Since the student has their first contact with health care precisely through the teacher, the quality of this relationship is very important for the student. The quality of the work also very much relies on the organisation and the relationships in the department. There are a number of high-school and university students working in hospitals and retirement homes lately as part of various forms of internship. We can undeniably say that this negatively affects the patients and the functionality of the already overburdened departments. The analysis of the questionnaire about the experiences concerning practical classes of students in their senior year is discussed as well. Taking into account all obtained information, it is interesting to think and guess about what the teaching environment of health care students will be in the future.

1 Uvod

Pomen, vrednost in dostopnost vključevanja v izobraževalni sistem je imelo v preteklosti različne konotacije. V današnjem času pa ima izobraževanje enoznačno velik pomen zaradi nenehnega napredka in globalnega razvoja. Vrednost izobraževanja je merljiva in se ugotavlja na podlagi uresničevanja zastavljenih ciljev. Vključevanje v izobraževalni sistem v Sloveniji je dostopno širši populaciji, prav tako naš izobraževalni sistem omogoča tako horizontalno kot vertikalno prehodnost med posameznimi izobraževalnimi programi ter nivoji izobraževanja. Za doseg te ciljev so bile potreb-

ne strukturne spremembe v smislu posodobitve in uskladitve z evropskimi standardi. Vedno se iščejo najboljši pristopi k izobraževanju, saj je potrebno stremeti k doseganju najbolj kakovostnih učinkov (Tomšič, 2005). V sistem izobraževanja, poleg izobraževalnih institucij, učiteljev in dijakov, vstopajo tudi starši in lokalno okolje. Če slednje vključujemo načrtno, to pozitivno vpliva na uspeh dijaka (Sheldon in Epstein, 2002). V Sloveniji imamo zelo dobro razvito izobraževanje za različne poklice v zdravstveni negi. Brez kakovostnega izobraževanja ne more biti kontinuiranega in sistematičnega razvoja stroke zdravstvene nege (Kulaš, 2013). Zdravstvena nega se razvija skozi teorijo (Pajnkihar, 2011) in se udejanja v praktičnem delu. Združuje teoretično in praktično znanje in slednjega ne moremo razvijati mimo neposrednega in posrednega uporabnika – pacienta in družbe (Šmitek, 2009).

2 Srednje strokovno izobraževanje za področje zdravstvene nege

Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006) zagotavlja prenovljen, modularno zasnovan izobraževalni program nižjega poklicnega, srednjega poklicnega in srednjega strokovnega programa. Leta 2008 pa je doživel prenavo tudi program srednjega strokovnega izobraževanja, smer zdravstvena nega. S tem se je spremenil dosedanj naziv, ki ga pridobijo dijaki po uspešno opravljeni poklicni maturi, iz tehnice/tehnika zdravstvene nege v srednjo medicinsko sestro/srednjega zdravstvenika (UL RS št. 53/2008). V ospredju ciljev preнове je primerljivost in prenosljivost strokovnih kompetenc z EU (ZPSI-1, 14. člen), medpredmetno povezovanje, razvoj poklicnih kompetenc, povezovanje izobraževalne institucije z delodajalcem, vključitev socialnih partnerjev v vse faze izobraževanja, uspešnejše zaposlovanje ter večja avtonomija šol (20 % odprtega kurikula) v smislu individualne ponudbe v sodelovanju s socialnimi partnerji iz lokalnega okolja (ZPSI-1, 13. člen). Zakon torej podpira partnerstvo med šolo, starši in lokalno skupnostjo, kar je lahko v današnjem času prednost. Hopkins (2007, str. 13) poudarja: »Nihče ne izobražuje drugega, niti se ne izobražujemo sami. Izobražujemo drug drugega v skupnosti, v življenjskem okolju tega sveta«.

2.1 Teoretične vsebine zdravstvene nege

Teoretična spoznanja so največkrat uvod v praktično delo, saj se teorija in praksa neobhodno dopolnjujeta (Rečnik, idr., 2004). Teorija usmerja medicinsko sestro skozi celoten proces zdravstvene nege. S teoretičnim znanjem opiše, razloži, opredeli vsebino in napove rezultate zdravstvene nege, zato mora imeti s tega področja veliko znanja (Pajnkihar, 2011). Dijaki skozi celotno izobraževanje spoznavajo teorijo zdravstvene nege tudi po načelih sistematičnosti in postopnosti. Sistematičnost pomeni obravnavanje učnih vsebin v določenem logičnem pregledu, ki pripelje dijake do stopnje znanstvenega sistema kot logičnega pregleda znanstvenih dejstev in posplošitev. Načelo postopnosti uresničujemo tako, da se vsebine obravnavajo v skladu z duševnimi možnostmi dijakov, torej v postopnem razširjanju in poglobljanju učnih vsebin iz razreda v razred (Terminološki slovar vzgoje in izobraževanja, 2008-2009). V prvem in dru-

gem letniku dijaki usvajajo teorijo splošne zdravstvene nege po temeljnih življenjskih aktivnostih, v tretjem in četrtem letniku pa specialne vsebine zdravstvene nege, kot so zdravstvena nega internističnega bolnika, duševnega bolnika, infekcijskega bolnika, nujna stanja ...

2.2 Praktično izobraževanje

Praktično izobraževanje se v strokovnem izobraževanju izvaja kot praktični pouk in praktično usposabljanje z delom (PUD). Praktični pouk se izvaja v šoli in v kliničnem okolju pod vodstvom učitelja praktičnega pouka, PUD se izvaja v kliničnem okolju, kjer dijaka vodi in usmerja klinični mentor.

2.2.1 Praktično usposabljanje pri delodajalcu

Prenova izobraževalnega programa je uvedla tudi novost na področju pridobivanja praktičnega znanja. Praktično usposabljanje poteka v tretjem in četrtem letniku, vsako leto po 152 ur. Dijaki PUD opravljajo v bližini domačega kraja v različnih zdravstvenih in socialnih ustanovah, že vrsto let pa sodelujemo tudi s socialnimi partnerji iz Nemčije. Delodajalec mora za sklenitev učne pogodbe izpolnjevati pogoje za izvajanje praktičnega usposabljanja z delom. Imeti mora ustrezne delovne prostore in opremo, izvajati mora dejavnosti poklica, za katerega se dijak izobražuje ter imeti ustrezno izobrazbo oz. zaposlenega delavca z ustrezno izobrazbo, ki bo mentor dijaku na praktičnem usposabljanju z delom (ZPSI-1, 31. in 35. člen). Učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj učečega, zato je vloga mentorjev v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna (Lorber in Donik, 2009).

2.2.2 Praktični pouk zdravstvene nege

Praktični pouk (PRA) v prvem, drugem in tretjem letniku poteka na šoli v strokovno opremljenih učilnicah zdravstvene nege. V prvem in tretjem letniku imajo dijaki po 2 uri PRA na teden, v drugem letniku pa 3 ure na teden. Dijaki z metodo praktičnega dela pridobivajo praktično znanje in spretnosti ter hkrati razvijajo mentalne, senzorne in psihomotorične sposobnosti. Spretnosti imenujemo poklicne veščine, ki si jih dijaki pridobijo z večkratnim ponavljanjem delovne operacije (Kubale, 2001).

Praktični pouk, ki ga dijaki opravljajo v kliničnem okolju, ureja Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi za izvajanje praktičnega pouka dijakov srednjih šol in študentov visokošolskih zavodov in za podelitev naziva učni zavod (UL RS, št. 23/2005). Dijaki praktični pouk v kliničnem okolju opravljajo v tretjem in četrtem letniku v trajanju 7 ur na teden celo šolsko leto.

3 Ustvarjalci kliničnega miljeja

3.1 Klinično okolje

Klinično okolje mora zagotavljati dijakom in učiteljem praktičnega pouka ustrezne pogoje za nadaljnji razvoj poklicnih kompetenc dijaka. Učni zavod mora zagotavljati

strokovne enote, ki morajo imeti dovolj strokovnih primerov s področja, ki je predmet praktičnega izobraževanja in usposabljanja dijakov. Enote morajo biti primerno opremljene ter imeti ustrezne prostore za seminarje, garderobe za dijake ter učitelje. Imeti morajo ustrezne medicinske in druge pripomočke, ki omogočajo kvalitetno in strokovno delo ter hkrati zagotavljati varnost v skladu s predpisi s področja varstva pri delu.

Dijakom Srednje zdravstvene šole Celje primerno klinično okolje zagotavlja Splošna bolnišnica Celje. Praktični pouk opravljajo na različnih oddelkih internističnih in kirurških strok. Dijaki se vključujejo tudi v delo sovpadajočih služb (centralna sterilizacija, endoskopski center, sprejemna kopalnica, ortopedska ambulanta, nefrofiziološka ambulanta, ambulanta za splošno in abdominalno kirurgijo), kam bodo šli, pa je odvisno od oddelka, kjer opravljajo praktični pouk. V času praktičnega pouka si natančneje ogledajo organizacijo dela laboratorijske diagnostike in urgentnega centra. Prav tako lahko v času izobraževanja po dogovoru in v spremstvu učiteljev praktičnega pouka obišečejo oddelek za patologijo.

3.1.1 Dijak v kliničnem okolju

Dijak se v času usposabljanja pri praktičnem pouku v kliničnem okolju sooča s prepletenimi odnosi med učiteljem, bolniki, njihovimi svojci, strokovnimi ter ostalimi delavci. Pri svojem delu bo izpostavljen odnosom z bolniki različnih vrednotnih opredelitev, življenjskih stilov, veroizpovedi, zato že v šoli pri različnih vsebinah razvijamo in krepimo tudi kulturne kompetence. Kljub odraščanju je še nepremišljen in nezanesljiv v postavljanju meja (Ščuka, 2008), zato potrebuje vodenje in usmerjanje s strani učitelja praktičnega pouka. Dijak poglobljen in zelo oseben stik z ZN doživi že v šoli preko prvih učiteljev, ki ga vodijo skozi praktični pouk. Odnos, ki se vzpostavi med njim in celotno skupino, je pomemben za učinkovit transfer znanja v prakso (iz strokovnega kabineta v klinično okolje). Učitelji praktičnega pouka opažamo, da so skupine dijakov na PRA zelo povezane, ker jih združujejo novo porajajoča se čustva, občutki in izkušnje. V ospredju je izkustveno učenje, ki dijaku omogoča izkustveno spoznanje resničnosti in konkretne akcije (Marentič Požarnik, 2000).

Število dijakov v skupini se določi na podlagi izračuna, ki ga navaja 39. člen Pravilnika o normativih in standardih za izvajanje izobraževalnih programov za pridobitev poklicne in srednje strokovne izobrazbe. Običajno je v skupinah od deset do dvanajst dijakov, ki opravljajo intervencije zdravstvene nege (IZN) v različnih bolniških sobah. Učitelj praktičnega pouka je za dijaka in njegovo delo odgovoren, zato mora biti navzoč skoraj pri vsaki IZN. Pogosto to predstavlja problem, ker so skupine dijakov številčno prevelike. Dijak po opravljenem praktičnem pouku izpolni Dnevnik praktičnega pouka in napiše individualno poročilo o zdravstveni negi pacienta, ki ga je negoval.

3.1.2 Učitelj praktičnega pouka

Učitelj praktičnega pouka mora imeti končan visokošolski strokovni program zdravstvene nege ter opravljeno pedagoško-andragoško izobrazbo. Od učitelja praktičnega pouka se pričakuje strokovnost in profesionalnost, visoka stopnja profesionalne etike,

izkušnost iz različnih strokovnih področij, jasna poklicna identiteta, stalno strokovno izpopolnjevanje, gradnja osebne rasti ter visoka stopnja prilagodljivosti. Imeti mora organizacijske sposobnosti ter biti avtonomen v svojih odločitvah. Učne priprave so sestavni del učiteljevega dela tudi pri praktičnem pouku, vendar delo ne poteka vedno po načrtih, ker je narava dela v zdravstveni negi pacienta nepredvidljiva. Odgovoren je tudi za ocenjevanje dijakovega znanja na posameznem oddelku, pri čemer si pomaga z ocenjevalnim listom, ki natančno določa posamezna področja in kriterije ocenjevanja. Učitelj mora poskrbeti, da dijaki izvajajo zdravstveno nego holistično in individualno. Od dijakov pričakuje znanje in implementacijo le-tega v praktično delo. Delo je treba uskladiti s strokovnimi standardi ter upoštevati doktrino dela na posameznih oddelkih. Prav tako je potrebno delo prilagoditi organizaciji in ritmu posameznega oddelka, kar dijake, ob hitrih menjavah oddelkov, pogosto zmede. Omenim naj tudi urnik učitelja praktičnega pouka, ki pogosto določa, da učitelj v šolskem letu tudi trikrat na teden zamenja klinično okolje (nevrološki oddelek, oddelek za športne poškodbe in ortopedijo, oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo). Torej je že zgoraj omenjena izkušnost iz različnih strokovnih področij ter visoka stopnja prilagodljivosti nujen pogoj za kvalitetno opravljeno pedagoško delo. Učitelj praktičnega pouka naj z vsemi svojimi dejanji ter z odkrito ljubeznijo do svojega poklica dijaku približa klinično okolje, v katerem se bo nadalje vzgajal, izobraževal in se morda kasneje tudi zaposlil.

3.1.3 Pacient in svojci

Pacienti ob hospitalizaciji podpišejo soglasje o tem, da se strinjajo/se ne strinjajo, da pri njihovi obravnavi sodelujejo dijaki in ostali v procesu vzgoje in izobraževanja. Preden pristopimo, moramo poznati njegove interese ter upoštevati njegovo voljo. Po naših izkušnjah je odklonilen odnos pacienta do dijakov redka izjema. Pacienti so, ravno nasprotno, nad delom z dijaki zelo navdušeni. Radi sodelujejo, ker dijaki v bolniške sobe prinašajo novo energijo in imajo čas za pacienta. Včasih opazimo tudi primere, ko pacienti prevzamejo pobudi in postanejo do dijakov pokroviteljski. To se dogaja običajno takrat, ko je dijak nesiguren v svoje znanje ter pasiven v odločitvah. V nekaterih obdobjih šolskega leta opazimo, da je na oddelkih precej »gneče«. Poleg zaposlenih so prisotni dijaki, ki so na PRA, dijaki, ki so na PUD-u, pripravniki, študentje zdravstvene nege in fizioterapije, veliko je stažistov. Številne intervencije ter »mimohodi strokovnjakov«*»paciente preobremenjujejo.*

Svojci v času praktičnega pouka redko pridejo na obisk, ker le-ta poteka v dopoldanskem času. V primeru obiska pa svojec predstavlja dodatno vez, preko katere se lahko dijak poveže s pacientom.

3.1.4 Strokovni sodelavci in ostali zaposleni

Dobro sodelovanje z negovalnim timom je pogoj za uspešno vključevanje dijakov na oddelek, kjer opravljajo praktični pouk. Pred pričetkom dela dobijo dijaki in učitelj praktičnega pouka poročilo o pacientu ter napotke za nadaljnje delo. Dijaki po opravljeni IZN delo dokumentirajo na ustrezno oddelčno dokumentacijo, ga vrednotijo ter poročajo o morebitnih spremembah sobni medicinski sestri. Preden odidemo iz oddelka,

dijaki prav tako predajo službo v ustni in pisni obliki. Dijaki sodelujejo tudi pri viziti in so tako del širšega zdravstvenega tima. Odnos medicinskih sester in ostalih do dijakov je v večini zelo dober. Vendarle pa včasih učitelji praktičnega pouka opažamo, da nekateri člani v negovalnem timu pričakujejo od dijakov preveč, z ozirom na to, da so le-ti še v procesu izobraževanja. Če so zaposleni zadovoljni z organizacijo dela na oddelku, če ni kadrovske podhranjenosti in so v dobrih medosebnih odnosih, se to odraža tudi v pozitivnem odnosu do dijakov. Za dobro vključevanje dijakov v klinično okolje in sodelovanje s strokovnim timom je vsekakor zelo pomembna pozitivna klima na oddelku.

4 Razprava in zaključek

Napredovanje dijaka v višji, tretji letnik na srednji zdravstveni šoli, brez dvoma predstavlja izredno izkušnjo v njegovem življenju, saj je povezano s praktičnim poukom v različnih kliničnih okoljih. Dijaki so razdeljeni v skupine, zato so njihovi odnosi bolj neposredni, tudi intenzivnejši. V novih, pravzaprav popolnoma realnih življenjskih situacijah s svojim ravnanjem in odzivanjem, velikokrat presenetijo celo sami sebe. Njihova vloga v kliničnem okolju dobi nove dimenzije, saj mora tudi odgovornost najti svoje mesto. V tem procesu doživljajo različne socialne izkušnje, razvijajo komunikacijo, se spodbujajo, si pomagajo, se kontrolirajo in opozarjajo na pomanjkljivosti. Skozi delo svoje znanje nadgrajujejo, pridobivajo si svoje izkušnje, razvijajo psihomotorične sposobnosti, zavzemajo različna stališča. Učijo se tudi na vzgledih in hkrati gradijo oz. izpopolnjujejo svoj vrednostni sistem. Vloga učitelja praktičnega pouka je, da dijake čim bolj spremlja, usmerja ter jim pomaga, da lahko čim več znanja aplicirajo v konkretne življenjske situacije. Tako učitelji kot zaposleni dajemo s svojim vzgledom popotnico, kako pomembno za življenje je znati vzpostaviti empatičen odnos ter tako zaznati in razumeti občutja in razmišljanja druge osebe.

Glede na hitro razvijajoči se tehnološki svet, je zagotovo zanimivo tudi vprašanje, kje in kakšne bodo učne baze za dijake zdravstvene nege v bližnji prihodnosti. Usposabljanje in učenje postopkov zdravstvene nege neposredno na pacientu ni več etično sprejemljivo, saj pacienti pričakujejo, da zdravstveno osebje v celoti obvlada delo na svojem področju (Paver - Eržen idr., 2012). Simulacijsko okolje daje možnosti, da si izkušnje pridobivamo brez tveganja, saj so v realnem okolju odločitve lahko nevarne ali pa celo usodne za zdravje in življenje pacientov (Turk idr., 2005). Simulacijski laboratoriji so tudi pri nas, v nekaterih učnih bazah, realnost že danes. Pogled k naprednejšim družbam razkriva, da le-te razvijajo tehnologijo virtualne resničnosti. Ta bo zamenjala simulacijske laboratorije, plačane igralce in manekene (paciente) z virtualnim kliničnim okoljem. Z virtualnimi pripomočki (slušalke, očala, rokavice) se bodo dijaki in študentje lahko po prostoru gibali in izvajali različne IZN. Človeka bodo lahko spoznavali z drugačne perspektive, povečevali določene dele telesa ali pa jih zmanjševali do molekularne ravni. Razvoj gre še naprej, do efekta Proteus, kar pomeni, da bodo lahko učeči se občutili doživljanje pacienta. Gre torej za razvijanje simulacije empatije pacientov (Gronstedt, 2017).

Do takrat pa se bomo v našem okolju še naprej skupaj trudili ustvarjati čim boljši klinični učni milje, v katerem se bodo lahko naši dijaki nadalje vzgajali, izobraževali in se morda kasneje tudi zaposlili.

LITERATURA

1. Hopkins, D. (2007). Vsak učenec je pomemben – individualizirano učenje. Portorož: Strokovno srečanje ravnateljic in ravnateljev OŠ.
2. How Virtual Reality is Revolutionizing Healthcare? Pridobljeno 29. 9. 2018, s www.td.org/insights/how-virtual-reality-is-revolutionizing-healthcare.
3. Kubale, V. (2001). Metodični priročnik za praktično izobraževanje v šolah in delovnih organizacijah. Celje: samozal.; Maribor: Piko's.
4. Kulaš, F. (2013). Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege (Magistrska naloga). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
5. Lorber, M. in Donik, B. (2009). Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik, D. Klemenc (Ur.). Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Marentič Požarnik, B. (2000) Psihologija učenja in pouka. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
7. Pajnkihar, M. (2011). Teorija v praksi zdravstvene nege. Utrip, 2, 4–5.
8. Paver - Eržen, V., Čosić, B. in Novak Antolič, Ž. (2012). Training in the Medical simulation unit at the University Medical Centre, Ljubljana, during specialisation. Zdravstveno varstvo: Slovenian journal of public health.
9. Pravilnik o normativih in standardih za izvajanje izobraževalnih programov za pridobitev poklicne in srednje strokovne izobrazbe (2003). Uradni list Republike Slovenije, št. 76.
10. Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (2005). Uradni list Republike Slovenije, št. 23.
11. Pravilnik o sprejemu izobraževalnih programov za pridobitev poklicne in srednje strokovne izobrazbe (2008). Uradni list Republike Slovenije št. 53.
12. Rečnik, F., Slivar, B., Dekleva, J., Stavanja, M., Kuntarič - Hribar, I., Šinkovec, I., Kavčič, U. in Kočever, B. (2004). Pedagoško-andragoško usposabljanje: Priročnik za usposabljanje izobraževalcev. Ljubljana, Slovenija: Zavod RS za šolstvo: Center za poslovno usposabljanje.
13. Sheldon, S. B. in Epstein, J. L. (2002). Improving Student Behaviour and School Discipline with Family and Community Involvement. Education and Urban Society.
14. Šmitek, J. (2009). Zdravstvena nega: znanstvena veda, umetnost ali obrt? V S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik in D. Klemenc (ur.), Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
15. Ščuka, V. (2008). Šolar na poti do sebe: oblikovanje osebnosti. Radovljica: Didakta.
16. Terminološki slovar vzgoje in izobraževanja – Projekt »Terminološki slovar vzgoje in izobraževanja«, 2008-2009. Ljubljana: Agencija za raziskovanje Republike Slovenije.
17. Tomšič, S. (2005). Evropski vzgojno-izobraževalni sistemi (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
18. Turk, Z., Križmanić, M. in Mičetič - Turk, D. (2005). Simulacija bolezni – nova oblika edukacije medicinskega kadra. Medicinski mesečnik, 1 (10–11), 35–38.
19. Zakon o poklicnem in strokovnem izobraževanju (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 79.

Uticaj bolničkog odeljenja na realizaciju praktične nastave zdravstvene nege

UDK 37.091.33-027.22:614.2

KLJUČNE REČI: bolničko odeljenje, učenici, nastavnici zdravstvene nege, praktična nastava

POVZETEK - Obrazovanje medicinskih sestara se realizuje kroz teorijsko i praktično učenje. Kliničko obrazovanje je fundamentalni deo obrazovanja u sestrinstvu, ali i put ka ostvarivanju postavljenih ishoda učenja u segmentu sticanja veština i navika. Ono se odvija u složenom okruženju na bolničkom odeljenju. Zbog specifičnosti nastavnog procesa, neophodno je da bolničko odeljenje ispunjava sve uslove za realizaciju praktične nastave zdravstvene nege. Cilj ovog rada je bio sagledati na koji način bolničko odeljenje utiče na realizaciju praktične nastave zdravstvene nege. Ispitanici su bili nastavnici zdravstvene nege i učenici trećeg razreda srednje medicinske škole »Nadežda Petrović« u Beogradu. Rezultati pokazuju postojanje razlika između školskog rada i rada na bolničkom odeljenju, a upravo te razlike značajno utiču na učenike. Dve trećine ispitanih učenika (60%) se trudi da radi onako kako nastavnik to zahteva od njih. Nastavnici takođe primećuju razlike u načinu rada među sestrama na bolničkom odeljenju, ali i u odnosu na ono što se udžbenicima propisuje. Kao razlog, različitih načina rada, navode nepostojanje standarda u izvođenju medicinsko tehničkih procedura. Bolničko odeljenje mora da odgovara zahtevima škole - da ima kvalitetan kadar sestara, odgovarajuću opremu, da nivo zdravstvene nege bolesnika odgovara standardima koji se traže u nastavi.

UDK 37.091.33-027.22:614.2

KEY WORDS: hospital department, students, health care teachers, practical classes

ABSTRACT - Education of nurses is performed through theoretical and practical lessons. Clinical education is a fundamental part of education of nurses and a pathway to achieve the set learning objectives with regard to their practical skills and habits. The education of nurses takes place in a very complex environment of a hospital department. Therefore, the hospital department needs to fulfil all the requirements of practical health care education. The objective of this paper is to elaborate what is the impact of a hospital department on practical health care classes. The research participants were health care teachers and third year students of the secondary medical school "Nadežda Petrović" in Belgrade. The results show that there are differences in performance standards between the school and the hospital which have a significant impact on the students. Two-thirds of the respondents (60%) are putting their efforts in performing in the way teachers require them to perform. The teachers also notice differences in performance among the nurses in the hospital department, but also differences against standards required by the book. Lack of standards for performing technical medical procedures is stated as the reason for these different methods of work. The hospital department needs to meet the requirements of the school - to have a team of nurses with a certain degree of quality performance and adequate equipment, and that the level of health care provided to patients is in line with the standards set in education.

1 Uvod

Obrazovanje medicinskih sestara se realizuje kroz teorijsko i praktično učenje. Kliničko obrazovanje je fundamentalni deo obrazovanja u sestrinstvu (Rahmani, 2011), ali i put ka ostvarivanju postavljenih ishoda učenja u segmentu sticanja veština i navika (Karabuluta, 2015). Kliničko okruženje predstavlja dinamičko i kompleksno okruženje koje deluje kao interaktivna mreža, povezujući učenike i kompletno kliničko okruženje (Baraz, 2015). U savremenoj školi, učionica nije jedini ali je najčešće upotreblja-

vani nastavni objekat, ali pod dejstvom snažnog razvoja nauke i društva, škola se sve šire otvara prema brojnim vrstama rada i različitim delatnostima (Vilotijević, 1999).

Praktična nastava predmeta Zdravstvena nega teče uporedo sa teorijskim delom i zasniva se na primeni usvojenog znanja sa ciljem sticanja veština i navika potrebnih za dalji rad. Nastava se obavlja u kabinetu za zdravstvenu negu, bolnici, domu zdravlja, na terenu i uz postelju bolesnika (kućna nega) (Božić, 2018).

Zbog specifičnosti nastavnog procesa, neophodno je da bolničko odeljenje ispunjava sve uslove za realizaciju praktične nastave zdravstvene nege.

1.1 Bolničko odeljenje kao nastavni objekat

Bolničko odeljenje kao nastavni objekat pripada nastavnim objektima u društvenoj sredini. Medicinske škole, u svrhu stručnog obrazovanja i vaspitanja budućeg kadra koriste zdravstvene ustanove primarne, sekundarne i tercijarne zaštite. Bolničko odeljenje ima dominantno mesto kao nastavni objekat za nastavu zdravstvene nege.

Bolničko odeljenje mora da odgovara zahtevima škole u smislu odgovarajuće opreme, kvalitetnog kadra sestara i da nivo zdravstvene nege bolesnika odgovara standardima koji se traže u nastavi.

Medicinske sestre zaposlene na bolničkom odeljenju koje je nastavna baza imaju značajan vaspitni i obrazovni uticaj na formiranje budućeg kadra. U našoj praksi nisu sve medicinske sestre dovoljno pripremljene za odgovornost koju imaju u tom procesu. Ako je njihov uticaj pozitivan, onda je to neprocenjiva pomoć nastavniku zdravstvene nege, a ako je negativan, on predstavlja praktično nepremostivu prepreku u stvaranju ciljeva i zadataka nastave. Kontinuiranim radom na bolničkom odeljenju, učenici imitacijom i indentifikacijom sa medicinskim sestrama, introjektuju njihove vrednosti u svoju ličnost, što može imati presudan uticaj na formiranje profesionalnog stava i ponašanja. Vaspitni uticaj na učenike se vrši naročito: izgledom, tačnošću, disciplinom, humanim odnosom prema bolesniku, kvalitetom nege koju pružaju bolesnicima, interpersonalnim odnosima sa kolegama, podređenima i rukovodiocima, stručnim radom, odgovornošću, racionalnim korišćenjem vremena.

Oprema, materijal koji se koristi u praktičnoj nastavi pripada inventaru bolničkog odeljenja i služi u nezi bolesnika. Za potrebe nastave, on treba da zadovoljava kvalitetom i količinom.

Metode rada na bolničkom odeljenju koje je nastavni objekat treba da budu identične onima koje učenici uče u školi i da ih se svi zaposleni pridržavaju.

Stručno osposobljavanje medicinske sestre započinje u školskom prostoru, učionici-kabinetu za zdravstvenu negu. Posle jednogodišnje pripreme učenici prelaze u bolnicu gde se realizuje praktična nastava, kroz kontinuirane vežbe. Od prvog dana, učenici u praksi počinju da primenjuju znanje i veštine stečene u školskom kabinetu. Da bi se zadovoljilo načelo povezivanja teorije i prakse, potrebno je pažljivo odabrati bolničko odeljenje koje će biti nastavna baza. (Ranković Vasiljević, Stojanović Jovanović, Terzić Marković, 2015, str. 225).

2 Metod rada

Istraživanje je realizovano po tipu studije preseka. Instrument istraživanja je bio anketni list za nastavnike zdravstvene nege medicinske škole »Nadežda Petrović« u Beogradu. Anketni list je sačinjen od 15 pitanja koja su konstruisana za potrebe ovog rada. Pitanja se odnose na opšte podatke o nastavnicima zdravstvene nege, mišljenje i zadovoljstvo nastavnika o realizaciji vežbi na bolničkom odeljenju. Drugi anketni list je za učenike iste medicinske škole, takođe konstruisan za potrebe ovog rada, sadrži 19 pitanja koja se uz opšte podatke odnose na zapažanja i sugestije učenika u cilju poboljšanja kvaliteta vežbi na bolničkom odeljenju. Ispitanici su bili nastavnici zdravstvene nege i učenici četvrtog razreda srednje medicinske škole »Nadežda Petrović« u Beogradu. Uzorak korišćen za izradu ovog rada čine 25 nastavnika zdravstvene nege i 60 učenika četvrtog razreda medicinske škole. Istraživanje je sprovedeno u junu i julu 2018. godine uz dobrovoljni pristanak ispitanika.

Cilj ovog rada je bio sagledati na koji način bolničko odeljenje utiče na realizaciju praktične nastave zdravstvene nege.

3 Rezultati

U ovom istraživanju je učestvovalo 25 nastavnika zdravstvene nege, 88 % je ženskog pola, a 12 % muškog, najviše je nastavnika sa završenim specijalističkim strukovnim studijama (67 %). Više od trećine (37 %) ispitanih nastavnika ima od 11 – 20 godina radnog staža, od 6 -10 godina rada u školi ima 30 % nastavnika (tabela 1.). Nastavnici najčešće biraju bolničko odeljenje prema nastavnim sadržajima koje treba da obrađuju (48 %), nešto više od petine (22 %) nastavnika bira ono odeljenje gde je radilo pre prelaska na rad u medicinsku školu, 21 % ispitanih misli da je koordinator praktične nastave zadužen za odabir odeljenja za realizaciju vežbi, dok 9 % smatra da je to zakonom regulisano.

Veoma dobru saradnju uz raspodelu poslova sa medicinskim sestrama na bolničkim odeljenjima ima 83% nastavnika, dok 17 % nastavnika zdravstvene nege smatra da je saradnja zadovoljavajuća i da svako radi svoj posao na odeljenju. Slično mišljenje o saradnji medicinskih sestara prema nastavnicima zdravstvene nege imaju i učenici, 73 % učenika misli da sestre imaju dobar odnos prema nastavnicima i da su spremne za saradnju, 24 % učenika misli da odnos medicinskih sestara prema nastavnicima zavisi od glavne sestre, a 3 % učenika smatra da nastavnici nisu poštovani od strane medicinskih sestara.

Tabela 1: Sociodemografske karakteristike nastavnika zdravstvene nege

	<i>Varijable</i>	<i>N (N = 25)</i>	<i>%</i>
Pol	muški	3	12
	ženski	22	88
Nivo obrazovanja nastavnika zdravstvene nege	Viša medicinska škola	3	13
	Visoka strukovna škola	5	20
	Specijalističke strukovne studije	17	67
Godine radnog staža u medicinskoj školi	Do 5 godina	3	13
	Od 6 – 10 godina	8	30
	Od 11 – 20 godina	9	37
	Preko 21 godinu	5	20

Vir: Anketni upitnik, 2018.

Nastavnici su veoma retko osetili neprijatnosti od medicinskih sestara (68 %), 26 % ispitanih nikada nije osetilo neprijatnost, a 7 % nastavnika neprijatnost od strane medicinskih sestara oseća veoma često. Prema navođenju primedbi na rad medicinskih sestara od strane nastavnika zdravstvene nege najviše je zamerki (40 %) na izgovore medicinskih sestara da nemaju vremena da rede školski, 28 % nastavnika ima primedbu na lošu komunikaciju sa učenicima, 24 % ima primedbu na lošu komunikaciju sa pacijentima, a 8 % ima primedbe na ne prihvatanje novina u radu. U odnosu na navedene primedbe, 40 % nastavnika bi promenili organizaciju i metode rada na bolničkom odeljenju, 36 % ispitanih nastavnika bi materijal i opremu za rad učinili kompletnijom za rad sa učenicima, 20 % nastavnika želi manji broj učenika u grupi, a samo 4 % bi promenilo medicinske sestre na odeljenju gde realizuje nastavu.

U uzorku od 60 ispitanih učenika, 80 % je ženskog pola. Više od polovine ispitanih učenika (60 %) misli da odnos medicinskih sestara prema učenicima zavisi od raspoloženja medicinskih sestara, takođe više od dve trećine ispitanih učenika (67 %) se izjasnilo da ih stimuliše na rad dobar odnos medicinskih sestara i učenika. Ovo je važan podatak koji pokazuje koliko su medicinske sestre na bolničkom odeljenju važna karijera u obrazovnom procesu i da ne zavisi sve od nastavnika zdravstvene nege. Većina ispitanih učenika (75 %) smatra da se nastavnici trude da vreme na vežbama iskoriste na pravi način, 15 % učenika smatra da deo vremena na vežbama nije iskorišćen, a 10 % učenika misli da je vreme na vežbama potpuno iskorišćeno. Svi ispitanici su se ponekad osećali suviše na bolničkom odeljenju, ovaj podatak je poražavajuć za zdravstvene ustanove koje imaju obavezu prema obrazovanju zdravstvenih radnika. Medicinske sestre igraju veliku ulogu u profesionalnoj identifikaciji, međutim 67 % učenika smatra da medicinske sestre nisu dobar model za identifikaciju i kao razlog isti broj ispitanih (67 %) navodi da je razlog neprofesionalno ponašanje medicinskih sestara (tabela 2). Nastavnici zdravstvene nege takođe u više od polovine ispitanih (52 %) smatraju da medicinske sestre nisu dobar uzor učenicima, a 48 % smatra da medicinske sestre predstavljaju dobar model profesionalne identifikacije kod učenika.

Učenici su se izjasnili da im nastavnici dozvoljavaju da rade samostalno sa medicinskim sestrama, od toga 77 % ispitanih učenika je saopštilo da im ne smeta kada im

nastavnici dozvoljavaju rad sa medicinskim sestrama, a 23 % ispitanih učenika kaže da im to delimično smeta. Nastavnici zdravstvene nege su se nešto drugačije izjasnili, 57 % ispitanih nastavnika dozvoljava učenicima da samostalno rade sa medicinskim sestrama, a 43 % nastavnika ne dozvoljava učenicima rad sa medicinskim sestrama. Kao prednost rada sa medicinskim sestrama 44 % nastavnika navodi zaposlenost svih učenika u grupi, dok po 28 % nastavnika smatra da učenici u radu sa medicinskim sestrama imaju manju tremu i one ih ne ocenjuju. Nastavnici kao nedostatke rada učenika sa medicinskim sestrama navode pogrešan način rada od strane medicinskih sestara (32 %), učenici ne obavljaju procedure školski (36 %) i 32 % nastavnika smatra da medicinske sestre ubrzavaju učenike pri radu.

Tabela 2: Stavovi učenika prema odnosu medicinskih sestara i učenika

<i>Varijable</i>		<i>N (N = 60)</i>	<i>%</i>
Odnos medicinskih sestara prema učenicima	dobar, spremne za saradnju	14	23
	loš, učenici im smetaju pri radu	10	17
	odnos zavisi od raspoloženja sestara	36	60
Uticaj dobrog odnosa medicinskih sestara i učenika na rad	stimuliše na rad	40	67
	nema uticaja na rad	20	33
	negativno utiče na rad	/	/
Uticaj lošeg odnosa medicinskih sestara i učenika na rad	stimuliše na rad	6	10
	nema uticaja na rad	10	17
	negativno utiče na rad	44	73
Osećaj suvišnosti na bolničkom odeljenju	Da	60	100
	Ne	/	/
medicinske sestre kao model identifikacije	dobar model identifikacije	22	37
	nisu dobar model za identifikaciju	38	63
Razlozi zašto medicinske sestre nisu dobar model za identifikaciju	nestručan rad	20	33
	neprofesionalno ponašanje	40	67

Vir: Anketni upitnik, 2018.

Učenici primećuju razlike u radu na bolničkom odeljenju i teorijskog segmenta zdravstvene nege naučenog u školi, 22 % učenika smatra da postoje razlike u radu između škole i bolničkog odeljenja, 65 % smatra da razlike postoje ali ne utiču na pacijente i njihovo zdravlje, dok 13 % učenika smatra da su teorija i praksa usaglašeni. Uočene razlike u radu imaju veliki uticaj na učenike, 25 % učenika je izjavilo da im smetaju različitosti u radu ali ne mogu ništa da promene, 60 % ispitanih učenika radi onako kako nastavnik zahteva od njih, 8 % učenika radi školski i ne obraća pažnju na različitosti i 7 % učenika postojanje razlika u radu veoma zbunjuje. Nastavnici zdravstvene nege razloge za postojanje različitosti u radu navode nepostojanje standarda za sve medicinsko tehničke procedure i tako objašnjavaju učenicima postojanje razlika u radu, 32 % nastavnika učenicima govori da medicinske sestre ne prate redosled radnji ali da time ne ugrožavaju život pacijenata, 16 % nastavnika kaže učenicima da to što sestre rade nije ispravno i da učenici ne rade tako, dok 4 % ispitanika govori učenicima da ne obraćaju pažnju na rad medicinskih sestara. Nastavnici zdravstvene nege

takođe uočavaju razlike i procenjuju koliko medicinske sestre rade lege artis, 60 % nastavnika misli da medicinske sestre rade stručno ali ne po propisanoj proceduri, 20 % ispitanih nastavnika misli da sestre rade »lege artis«, a petina ispitanih misli da ne rade stručno.

4 Diskusija

Bolničko odeljenje kao nastavni objekat u društvenoj sredini predstavlja osnovno i najvažnije mesto za sticanje praktičnih znanja, veština i navika (Ranković Vasiljević, Stojanović Jovanović, Terzić Marković, 2015). To pokazuju i rezultati ovog istraživanja. Većina ispitanih učenika smatra da odnos i ponašanje medicinskih sestara prema učenicima najviše zavisi od raspoloženja medicinskih sestara, kao i da taj odnos utiče na učenike i njihov rad. Kaphagawani (2013) navodi kako loš odnos medicinskih sestara prema učenicima može dovesti do frustracija i demotivacije, što dalje ima uticaj na sticanje znanja i veština potrebnih za adekvatne kompetencije budućih medicinskih sestara. Rahmani (2011) takođe u svom istraživanju navodi nezadovoljstvo studenata osobljem i njihovom uticaju na dalje interesovanje studenata za strukom, što zaključuje potrebom uspostavljanja boljeg odnosa zaposlenih na bolničkom odeljenju prema studentima i većom podrškom kliničkog osoblja onima koji se nalaze na kliničkoj nastavi. Medicinske sestre sa bolničkih odeljenja služe kao model u procesu učenja učenika putem komunikacije zasnovane na poštovanju, integritetu i međusobnoj interakciji sa učenicima (Baraz, 2015). Naše istraživanje pokazuje da medicinske sestre nisu dobar model za profesionalnu identifikaciju upravo zbog neprofesionalnog ponašanja. Autor Baraz (2015) u svom istraživanju iz oblasti pripreme za kliničko učenje, nadzora učenika kao i komunikacije i karakteristika psihosocijalnog okruženja na bolničkom odeljenju, takođe navodi da pored nastavnika, medicinske sestre imaju ključnu ulogu u razvijanju i obrazovanju odgovornih medicinskih sestara. Istraživanje pokazuje da postoje razlike između školskog rada i rada na bolničkom odeljenju, što saopštavaju i učenici i nastavnici. Dokazi iz literature navode da postoji »jaz« u integraciji teorijskih znanja u praksu (Sharif i Masoumi, 2005). Studenti postaju anksiozni i zbunjeni ako nešto vežbaju drugačije od onog što su naučili u učionici ili kabinetu, laboratoriji (Sharif i Masoumi, 2005). Većina učenika u našem istraživanju smatra da različitosti koje postoje kada je u pitanju rad u školi i rad na odeljenju rešavaju tako što rade onako kako od njih nastavnik zahteva, ali svakako razlike utiču na učenike. Učenici često rade samostalno sa medicinskom sestrom i većini to ne smeta, dok nastavnici smatraju da to može pozitivno delovati tako što su svi učenici zauzeti i imaju manju tremu od sestara, do negativnog sagledavanja jer učenici mogu pogrešno usvojiti znanje i veštine od sestara. U studiji Carlson Elisabeth se opisuju tri nivoa rada nastavnika na kliničkoj nastavi. Prvi koji predstavlja potpunu kontrolu rada učenika. Drugi nivo se naziva »nevidljivo prisustvo« kada je učeniku dozvoljeno da samostalno radi, ali je nastavnik u neposrednoj blizini. Treći nivo zahteva samostalnost u radu, ali sa napomenom da ga je poželjno primenjivati na kraju školovanja i realizacije kliničke nastave uz uspostavljenu dobru vezu sa puno poverenja između učenika i nastavnika (Carlson, 2009).

5 Zaključak

Naše istraživanje je pokazalo i pozitivne i negativne strane kliničkog učenja odnosno boravka učenika na bolničkom odeljenju i otvorilo mnoga nova pitanja za dalja istraživanja. U cilju poboljšanja uslova kliničkog obrazovanja, mišljenja smo, da je neophodno uvođenje standarda i normativa zdravstvene nege koji će obezbediti da svaki bolesnik od strane medicinskih sestara dobije zdravstvenu negu određenog kvaliteta, a učenicima, nastavnicima omogućiti lakšu realizaciju nastave. Potrebno je uvesti zakonsku regulativu odabira bolničkog odeljenja kao nastavnog objekta (prema nastavnom sadržaju, da na odeljenju radi kvalitetan kadar sestara i da materijal i oprema zadovoljavaju kvalitetom), i ne samo odeljenja, već cele zdravstvene ustanove koja treba da bude nastavna baza. Potrebno je organizovati sastanke sa glavnom medicinskom sestrom o organizaciji nastave na odeljenju i učešću medicinskih sestara u radu sa učenicima. Organizovati edukaciju medicinskih sestara o elementarnom pristupu prema učenicima. Nastavnike pripravnike pripremiti za kliničku nastavu i objasniti im kako funkcioniše rad na odeljenjima na kojima će realizovati nastavu. Smanjiti broj učenika u grupi sa kojom nastavnik radi na odeljenju i na adekvatan način pripremiti učenike za kliničku nastavu.

LITERATURA

1. Baraz, S., Memarian, R. in Vanaki, Z. (2015). Learning challenges of nursing students in clinical environments: A qualitative study in Iran. *J Educ Health Promot.* Pridobljeno, s <https://doi.org/10.4103/2277-9531.162345>.
2. Božić, S. (2018). Bolničko odeljenje kao nastavni objekat u realizaciji nastave zdravstvene nege (Specijalistički rad). Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu.
3. Carlson, E., Wann - Hansson, C. in Pilhammar, E. (2009). Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Education Today*, 29, 522–526.
4. Kaphagawani, N. C. in Useh, U. (2013). Analysis of Nursing Students Learning Experiences in Clinical Practice: Literature Review. *Ethno Med*, 7 (3), 181–185.
5. KarabulutluYeşim, N., Aktaşb Dilek, Y. in Alemdarc, K. (2015). The relationship of clinical learning environment to nursing students' academic motivation. Pridobljeno 9. 9. 2018, s <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2015.01.003>.
6. Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Abdullah - Zadeh, F., Lotfi, M., Bani, S. in Hassanpour, S. (2011). Clinical learning environment in viewpoint of nursing students in Tabriz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.*, 16 (3), 253–256.
7. Ranković Vasiljević, R., Stojanović Jovanović, B. in Terzić Marković, D. (2015). Metodika i organizacija zdravstvene nege. Beograd: VZŠ
8. Sharif, F. in Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing students' experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4, 4–6.
9. Vilotijević, M. (1996). Didaktika – organizacija nastave. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

Intimnost i seksualnost oboljelih od multiple skleroze

UDK 616.832-004+613.88

KLJUČNE RIJEČI: multipla skleroza, intimnost, seksualnost

POVZETEK - Multipla skleroza se manifestira neurološkim simptomima i znacima, vrlo je promjenljivog tijeka, te direktno ili indirektno utječe na sve aspekte života. Da bi se istražilo kakav je utjecaj bolesti na intimnost i seksualnost napravljena je epidemiološka analiza postojanja seksualne disfunkcije kod oboljelih od multiple skleroze. Istraživanje je provedeno u suradnji sa Hrvatskim Savezom oboljelih od multiple skleroze, u formi ankete. Analizirano je ukupno 106 oboljelih, 23 % ispitanika muškog spola i 77 % ispitanika ženskog spola. Analiza pokazuje da je seksualna disfunkcija određenog stupnja prisutna kod svih ispitanika, te da su jednako zastupljene primarna, sekundarna i tercijarna seksualna disfunkcija. Seksualna disfunkcija je vrlo učestala kod oboljelih od multiple skleroze, ali oboljeli nerado pričaju o svojoj intimnosti i seksualnosti. Pored toga, u organizaciji zdravstvenog sustava ne postoji razvijena strategija da bi se pomoglo oboljelima u rješavanju tog zdravstvenog problema.

UDC 616.832-004+613.88

KEY WORDS: multiple sclerosis, intimacy, sexuality

ABSTRACT - Multiple sclerosis occurs with neurological symptoms and signs, has a highly variable clinical progress, and directly or indirectly affects all life processes. Epidemiological analysis of the sexual dysfunction tests conducted on subjects suffering from multiple sclerosis was performed. The study was conducted in cooperation with the Croatian association of patients with multiple sclerosis in the form of a questionnaire. A total of 106 patients, 24 male (23%) and 82 female (77%) responded. The study showed that all patients with MS experience sexual dysfunction of a certain level, and that there is no difference between incidence of primary, secondary and tertiary sexual dysfunction. Sexual dysfunction is highly prevalent in patients with multiple sclerosis, but patients find it very difficult to speak of their intimacy and sexuality, and there is no developed strategy that would help patients deal with these health problems.

1 Uvod

Multipla skleroza je jedna od najčešćih neuroloških bolesti današnjice. Kroničnog je tijeka i praćena je fizičkim onesposobljenostima različitog stupnja, a utječe i na psihičku stabilnost oboljeloga. Budući da je seksualna funkcija kod ljudi pod kontrolom živčanog sustava, neminovan je utjecaj bolesti koja pogađa kralježničku moždinu i mozak i na ljudsku seksualnost.

1.1 Obilježja bolesti multiple skleroze

Multipla skleroza (MS) je kronična demijetilizirajuća bolest koja napada mozak i kralježničku moždinu. Pogađa dugačke produžetke neurona i to dijelove mijelinske ovojnice koji potom upalno reagiraju i propadaju. Budući da je mijelinska ovojnica građena od tvari čija je funkcija električno provođenje impulsa, propadanjem mijelina poruka koju živac prenosi do ciljnih organa dolazi usporeno, s greškama ili uopće ne stiže. Upalno promjenjene strukture nakon nekog vremena otvrdnu, skleroziraju, a

zahvaćeno je više lokacija središnjeg živčanog sustava, i zato je bolest nazvana multipla skleroza.

Bolest ima nestabilan tijek. Kao posljedica upale, mijelinska ovojnica gubi svoju funkciju što se manifestira pojavom simptoma i pogoršanjem kliničke slike. No međutim, oštećena mijelinska ovojnica ima sposobnost regeneracije što vodi poboljšanju stanja. Zato multipla skleroza ima najčešće relapsno - remitirajući tijek: izmjene kratkotrajnih pogoršanja (relapsi, šubovi) i duljih mirovanja (remisija) bolesti (White idr., 2008). Sposobnost regeneracije mijelinske ovojnice s trajanjem bolesti slabi, tj. slabi funkcija obnavljanja oštećenog mijelina, te tijekom vremena dolazi do težih ispada, relapsi su teže kliničke slike.

Multipla skleroza se manifestira fizičkim onesposobljenostima u različitom stupnju. Simptomatologija ovisi o zahvaćenom djelu mozga i leđne moždine. Najčešće bolest započinje utrnulostima udova, poremećajima osjeta lica i nogu, poremećajima vida, pojavom vrtoglavice i motoričkom slabosti nogu, a javljaju se i drugi simptomi kao što su poremećaj ravnoteže, glavobolja, poremećaji urogenitalnog sustava (Bašić - Kes idr., 2012). S vremenom su izraženije kognitivne poteškoće i duševne boli. Umor prati bolest od početka (Bašić - Kes idr., 2012).

1.2 Seksualna disfunkcija u oboljelih od multiple skleroze

Prevalencija seksualnih problema kod oboljelih od multiple skleroze kreće se između 40 i 80 %, puno češće nego u općoj populaciji. Prvotno se smatralo da je spolna disfunkcija posljedica lokalizacije i dužine lezija kralježničke moždine. Današnja saznanja su da je seksualna disfunkcija u ovoj populaciji posljedica, ne samo neuroloških faktora, nego i psiholoških faktora, a uz to i nuspojava lijekova te drugih simptoma poput umora, slabosti mišića, promjena u menstrualnom ciklusu kod žena.

Foley i Werner izradili su podjelu seksualne disfunkcije u oboljelih od MS-a u tri kategorije, obzirom na uzrok nastanka disfunkcije:

- primarna
- sekundarna
- tercijarna (Foley, 2004).

Primarna seksualna disfunkcija kod osoba oboljelih uzorkovana je oštećenjem živaca. Signali iz mozga radi oštećenja ne mogu više »putovati« do dijelova tijela koji su involvirani u seksualnu aktivnost. Klasični primjer primarne disfunkcije je genitalna neosjetljivost.

Primjeri sekundarne disfunkcije su problemi vezani za mokraćni mjehur (inkontinencija) i problemi vezani za završno crijevo (proljevi, opstipacija), spasticitet, tremor ruku, odnosno sve ono što indirektno komplicira intimnost.

Tercijarna disfunkcija je uzrokovana emocionalnim aspektima MS-a, psihosocijalnim ili kulturalnim pitanjima koja mogu imati utjecaj na osjećaje osobe vezano za seksualnost i intimnost. Pojam o vlastitom tijelu, promjena raspoloženja, samopoštovanje, a također i promjena dinamike u vezi može značajno utjecati na pojavu i opsežnost tercijarne seksualne disfunkcije.

Većina žena koje boluju od MS-a pate od nekog oblika seksualne disfunkcije. Abnormalnosti u cirkulaciji, hormonalnom statusu, funkciji živaca, kao i poremećaji mentalnog stanja utječu na pojavu seksualnih disfunkcija u žena.

Tijekom seksualne aktivnosti kod žena dva su osnova fizička procesa zadužena za seksualno odgovor: vazokongestija i mionija (Foley, 2004). Vazokongestija se odnosi na koncentraciju krvi u krvnim žilama i tkivu genitalija i dojki, što kod žena uzrokuje povećanje klitorisa, »otok« (nabreknuce) velikih i malih labija, te vaginalno vlaženje. Mionija (neuromuskularna napetost) se odnosi na povećanje energije u živcima i mišićima. Tijekom seksualne aktivnosti mionija se javlja kroz tijelo ne samo u genitalnom području već kroz cijeli središnji dio tijela osobito u dojka i prsnoj koži. Vazokongestija vaginalnih zidova potiče vaginalnu sekreciju koja je bitna za unutarnje vlaženje vagine. »Otok« klitorisa i labija također se pojavljuje kao odgovor na vazokongestiju tijekom faze uzbuđenja.

Lezije na mozgu mogu utjecati na interpretaciju seksualnog stimuliranja i uzbuđenja dok lezije na kralježničnoj moždini mogu utjecati na prijenos signala uzbuđenja do genitalija. Lezije u sakralnom dijelu leđne moždine mogu izazvati sekundarnu seksualnu disfunkciju inhibiranjem ili preveniranjem vazokongestije što rezultira smanjenim ili odsutnim »otokom« klitorisa i/ili vaginalne lubrikacije. Kod primarne seksualne disfunkcije lezije u leđnoj moždini mogu dovesti i do teškoća kod zadržavanja klitoralne i vaginalne »nabubrenosti« tijekom plateau faze (faze između uzbuđenja i orgazma). Također senzorne promjene u genitalijama mogu prekinuti ili smanjiti živčane signale koji iniciraju i/ili održavaju vazokongestiju kako u leđnoj moždini tako i u cerebralnom korteksu. Čak 80 % žena sa dijagnozom MS-a iskusi neki oblik seksualne disfunkcije u tijeku bolesti, zbog čega neke žene jednostavno prestanu sa upuštanjem u seksualne odnose, dok ostale, procjena je oko 40 %, izjavljuje da je seksualni odnos izrazito nezadovoljavajući. Najčešće se žale na smanjenje genitalne osjetljivosti (48 % žena), smanjenje vaginalne lubrikacije i poteškoće s postizanjem seksualnog uzbuđenja (35 % žena), poteškoće i/ili nemogućnost postizanja orgazma je prisutna kod 72 % oboljelih. Bol tijekom odnosa također je čest simptom kod žena koje boluju od MS-a, a uzrokuju ga slaba ili nikakva vaginalna lubrikacija, spascitet ili pojačana osjetljivost (Foley, 2004).

Gubitak libida također je učestali simptom među ženama koje boluju od MS-a. Gubitak seksualnog odgovora bilo u genitalijama ili gornjim dijelovima tijela predstavlja problem koji mnogim ženama stvara neugodnosti.

Seksualna aktivnost za muškarca obično znači koordinaciju uzbuđenja, erekciju penisa i orgazam koji uključuje ejakulaciju, zajedno sa ostalim emocionalnim i za vezu značajnim komponentama koje su važne za postizanje zadovoljstva.

Eretilna disfunkcija kao takva ima veliki utjecaj na samopoštovanje, vezu i opće poimanje.

Kod muškaraca oboljelih od MS-a lezije u leđnoj moždini onemogućavaju prolaz živčanih impulsa iz mozga i na taj način mogu uzrokovati eretilnu disfunkciju. Mali broj istraživanja koja su provedena kod muškaraca oboljelih od MS-a indiciraju da

je erektilna disfunkcija čest simptom koji često pogađa mlade muškarce, te ponekad uzrokuje smanjenu mogućnost za oplodnju.

Ejakulacijska disfunkcija također je poremećaj uzrokovan oštećenjem živčanih puteva, a očituje se preuranjenom ejakulacijom, odgođenom ejakulacijom ili potpunim izostankom ejakulacije, što u konačnici dovodi do nemogućnosti postizanja orgazma. Antidepresivi koji se koriste u terapiji MS-a također mogu izazvati ejakulacijsku disfunkciju kao posljedicu nuspojave lijeka. Prerana ejakulacija dovodi se u vezu sa anksioznošću vezanom za MS. Slabi libido uzrokovan je pomanjkanjem testosterona koji se dovodi u vezu sa depresijom i debljinom koje svakako mogu biti povezane sa MS-om. Najčešće se libido dovodi u vezu sa psihološkim faktorima umorom i slabosti koji također igraju veliku ulogu.

2 Cilj rada

Unatoč visokoj učestalosti seksualna disfunkcija i njen utjecaj na kvalitetu života relativno je malo istražena u odnosu na druge simptome bolesti.

Cilj rada bio je napraviti epidemiološku analizu i prikazati rezultate ispitivanja o postojanju seksualne disfunkcije kod oboljelih od multiple skleroze.

3 Metode i ispitanici

Istraživanje je provedeno u suradnji sa Hrvatskim Savezom oboljelih od multiple skleroze, u formi upitnika. U istraživanje su bili uključeni svi oboljeli članovi Hrvatskog Saveza.

Kao upitnik korišten je MSISQ 19 – Upitnik »Intimnost i seksualnost oboljelih od Multiple skleroze«, preveden na hrvatski jezik. Upitnici su putem elektroničke pošte poslani na adrese 500 članova Saveza. Upitnik je sastavljen je od 19 pitanja koja su postavljena sa ciljem utvrđivanja simptoma koji direktno ili indirektno interferiraju sa njihovim seksualnim zadovoljenjem ili aktivnosti u posljednjih 6 mjeseci.

Na sva pitanja/ tvrdnje ispitanicima je ponuđena mogućnost da svoje slaganje iskažu ocjenama od 1-5 na Likertovoj skali. Ocjena jedan se slaže sa tvrdnjom da oboljeli nije nikada imao problema sa navedenom poteškoćom, ocjena dva podrazumijeva da se problem nije javio gotovo nikada, tri povremeno, četiri često i pet uvijek. Ako je bilo koji odgovor ocijenjen sa »4« ili »5« preporuča se obratiti se stručnim osobama ili liječniku.

Svi podaci su deskriptivno i tabelarno objašnjeni grafikonima izrađenim u MS Office 2010. Nominalna obilježja prikazana su kao broj i postotak.

4 Rezultati

Na upitnik koji je putem mrežne stranice bio dostupan svim članovima saveza oboljelih od multiple skleroze odgovorilo je ukupno 106, tj. 21 %, od ukupnog broja od 500 članova. Sedam ispitanika (7 %) je vratilo nepotpuno ispunjene upitnika, tako da nisu ušli u daljnju analizu.

Tabela 1: Demografski podaci o ispitanicima

<i>Svi ispitanici (n=99)</i>	
<i>Starost ispitanika (godine)</i>	<i>Broj (%)</i>
<30	15 (15)
31-50	70 (70)
>50	14 (14)
<i>Spol ispitanika</i>	<i>Broj (%)</i>
muški	23 (23)
ženski	76 (76)

Od 99 ispitanika 23 (23 %) ih je bilo muškog spola i 76 (76 %) ženskog spola. Raspon godina ispitanika iznosio je od 20–do 63 godine. Najveći broj ispitanika nalazi se u skupini od 31-50 godina, njih 70 (70 %). Ispitanika mlađih od 30 godina bilo je 15 (15 %), a starijih od 50 godina bilo je 14 (14 %) ispitanih.

Tabela 2: Odgovori na pitanja o utvrđivanju simptoma seksualne disfunkcije

<i>MSISQ 19 upitnik</i>	<i>Ocjene / broj (%) ispitanika</i>				
	<i>1 Nikada</i>	<i>2 Gotovo nikada</i>	<i>3 Povre-meno</i>	<i>4 Često</i>	<i>5 Uvijek</i>
<i>U posljednjih šest mjeseci, slijedeći simptomi utjecali su na moju seksualnu aktivnost i/ili zadovoljstvo:</i>					
Osjetila/o sam grčenje mišića ili ukočenost u rukama, nogama ili cijelom tijelu	16 (16)	20 (20)	35 (35)	21 (21)	7 (7)
Osjetila/o sam poteškoće s mjehurom i/ili urinarnim traktom	15 (15)	16 (16)	24 (24)	33 (33)	11 (11)
Osjetila/o sam poteškoće sa crijevima?	25 (25)	23 (23)	24 (24)	22 (22)	5 (5)
Osjetila/o sam osjećaj zavisnosti zbog MS	30 (30)	18 (18)	27 (27)	17 (17)	7 (7)
Osjetila/o sam podrhtavanje u rukama i/ili tijelu zbog MS	18 (18)	25 (25)	27 (27)	21 (21)	8 (8)
Osjetila/o sam bol, peckanje ili nelagodu u tijelu	23 (23)	21 (21)	18 (18)	19 (19)	8 (8)
Imam osjećaj da sam manje privlačna/an	32 (32)	17 (17)	23 (23)	14 (14)	13 (13)
Osjetila/o sam problem izmjenjivanja različitih željenih poza tijekom seksualnog odnosa	17 (17)	13 (13)	28 (28)	23 (23)	18 (18)

Osjećam se manje muževno/ ženstveno zbog MS	34 (34)	16 (16)	24 (24)	14 (14)	11 (11)
Osjetila/o sam probleme sa koncentracijom, pamćenjem i razmišljanjem	7 (7)	14 (14)	28 (28)	32 (32)	18 (18)
Osjetila/o sam vidno pogoršanje moje bolesti	26 (26)	31 (31)	20 (20)	18 (18)	4 (4)
Imam slabiji osjet i/ ili utrnulost na području genitalija	26 (26)	27 (27)	22 (22)	20 (20)	4 (4)
Osjećam strah od odbijanja zbog MS	36 (36)	16 (16)	20 (20)	11 (11)	16 (16)
Brinem da li sam seksualno zadovoljila/o partnera/ partnericu	26 (26)	19 (19)	23 (23)	12 (12)	19 (19)
Osjećam nižu razinu samopouzdanja na području seksualnosti zbog MS	23 (23)	22 (22)	12 (12)	28 (28)	14 (14)
Osjećam nedostatak interesa i želje za seksualnim odnosom	20 (20)	16 (16)	28 (28)	21 (21)	14 (14)
Orgazam/vrhunac je smanjenog intenziteta	27 (27)	16 (16)	31 (31)	16 (16)	9 (9)
Trebam puno više vremena kako bi postigla/o orgazam/ vrhunac	15 (15)	21 (21)	23 (23)	18 (18)	20 (20)
Neadekvatna vlažnost ili lubrikacija vaginalnog područja (žene)/poteškoće sa postizanjem i održavanjem erekcije (muškarci)	20 (20)	20 (20)	29 (29)	16 (16)	14 (14)
<i>Ukupni odgovori na pitanja</i>	<i>22,9 (23)</i>	<i>19,5 (20)</i>	<i>24,5 (24)</i>	<i>20,4 (20)</i>	<i>11,56(12)</i>
<i>Rezultati:</i>					
<i>Primarna seksualna disfunkcija = pitanja 12, 16, 17, 18, 19</i>					
<i>Sekundarna seksualna disfunkcija = pitanja 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11</i>					
<i>Tercijarna seksualna disfunkcija = 7, 9, 13, 14, 15</i>					
<i>Ako je bilo koji odgovor »4« ili »5« potrebno je obratiti se stručnim osobama ili liječniku.</i>					

Probleme vezane za seksualnu disfunkciju nije imalo nikada 22,8 % ispitanika, gotovo nikada 19,5 % ispitanih, povremeno 24,5 %, često 20,4 %, te uvijek 11,6 % ispitanika.

Prisutnost primarne seksualne disfunkcije prikazana je kroz odgovore na pitanja o postojanju želje/ interesa za odnos, intenzitetu i vremenu za postizanje orgazma, te problemima sa lubrikacijom kod žena ili problemima sa postizanjem i održavanjem erekcije kod muškaraca, tj. pitanja pod rednim brojevima 12, 16, 17, 18 i 19. Odgovori su prikazani u tablici 2. Od ukupno 99 ispitanika 22 % je izjavilo da nikada ne doživljava probleme koji su vezani uz primarnu seksualnu disfunkciju, 20 % gotovo nikada, 27 % povremeno, 18 % često, 12 % ispitanika uvijek.

Na pitanje o postojanju teškoća koje ukazuju na prisutnost sekundarne seksualne disfunkcije (pitanja pod rednim brojem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 i 11) odgovori su prikazani u tablici 2. Pristigli odgovori ukazuju da 20 % ispitanih nikada ne osjeća tegobe koje ukazuju na postojanje sekundarne seksualne disfunkcije, 20 % gotovo nikada, 26 % povremeno, 24 % često, a 9 % uvijek.

Na postavljena pitanja (pitanje iz upitnika pod brojem 7, 9, 13, 14 i 15) o postojanju tercijarne seksualne disfunkcije ispitanici su odgovorili da poteškoće nemaju nikada njih 30 %, gotovo nikada 18 %, povremeno 20 %, često 16 % i uvijek 15 % ispitanika.

Tabela 3: Usporedba zastupljenosti pojedine kategorije seksualne disfunkcije

<i>n = 99</i>	<i>primarna</i>	<i>sekundarna</i>	<i>tercijarna</i>
primarna		0,59*	0,5*
sekundarna	0,59*		0,53*
tercijarna	0,5*	0,53*	
*Spearmanov koeficijent korelacije rangova			

Nije pronađena statistički značajna razlika između pojavnosti pojedine kategorije seksualne disfunkcije kod ukupnog broja ispitanika.

5 Rasprava

Pravi uzrok nastanka multiple skleroze još uvijek je nepoznat, a ne zna se niti kada zapravo počinje. Analizom povijesti bolesti oboljelih nađu se simptomi koje oboljeli zanemaruju (utrulost udova, vrtoglavice) sve dok se ne pojavi ozbiljni šub bolesti, i tada se otkrivaju i demijelinizirajuća žarišta. Taj početak manifestacije bolesti uglavnom je vezan za mlađu populaciju, najviše za kraj trećeg desetljeća života.

Rana je odrasla dob produktivno razdoblje obilježeno maksimalnim kapacitetom radne sposobnosti i formiranjem obiteljskih veza. Zbog svoje simptomatologije, multipla skleroza utječe na sve segmente života, a pogađa osobe u najproduktivnijim godinama.

Raspon godina ispitanika ($n = 99$) koje su odgovorili na upitnik dostupan članovima Hrvatskog saveza oboljelih od multiple skleroze iznosio je od 20 do 63 godine. Najveći broj ispitanika iz provedenog istraživanja spadao je u starosnu skupinu 31-50 godina, njih 70 %. Budući da se radi o osobama u godinama u kojima bi trebali biti najproduktivniji u smislu izgradnje obiteljskih odnosa, obolijevanje od multiple skleroze u tom životnom razdoblju predstavlja težak izazov za održavanje kvalitete života.

Seksualna ekspresija je jedna od osnovnih ljudskih potreba koja egzistira, unatoč nesposobnosti ili bolesti (Maslow, 1954). Za većinu ljudi seksualnost i seksualne ekspresije su prirodna i vrlo važna komponenta samopoimanja, emocionalne dobrobiti i prije svega dobre kvalitete života. Seksualna funkcija utječe na kvalitetu života moduliranjem samopouzdanja, samopoštovanja, te na koncu i međuljudskih odnosa. Problemi u spolnom životu mogu imati dubok utjecaj na psihu osobe te mogu dovesti do frustracija, depresije, osjećaja gubitka te gubitka samopouzdanja sto utječe na cjelokupan život pojedinca. Oboljeli mogu prestati doživljavati sebe kao seksualne osobe, sto smanjuje njihovu želju i uživanje u intimnim odnosima. Kod nekih ljudi radi se o povremenim epizodama ovakvih emocija, ali kod nekih je taj osjećaj stalan i predstavlja velik problem u seksualnom životu pojedinca.

Prevalencija seksualnih problema kod oboljelih od multiple skleroze kreće se između 40 i 80 %, puno češće nego u općoj populaciji. Epidemiološkom analizom prisutnosti

seksualne disfunkcije kod članova Hrvatskog saveza oboljelih od multiple skleroze, ustanovljeno je da su problemi seksualne disfunkcije prisutni kod više od 73 % ispitanika. Samo 22,8 (23 %) ispitanih izjavilo je da probleme nema nikada. Visoka je stopa zastupljenosti tvrdnji da je problem prisutan često (ocjena 4), kod dvadeset jednog (21 %) ispitanika i uvijek (ocjena 5), kod 11,6 (11 %) ispitanih, što po sugestijama stručnjaka predstavlja ozbiljan problem i zahtijeva stručnu pomoć.

Prvobitno se smatralo da je jedini uzrok nastanka seksualne disfunkcije oštećenje živčanih puteva u mozgu i leđnoj moždini kojima se procesiraju seksualni podražaji, osjećaji i odgovor. Današnja saznanja su da je seksualna disfunkcija u ovoj populaciji posljedica, ne samo neuroloških faktora, nego i psiholoških faktora, a uz to i nuspojava lijekova te drugih simptoma poput umora, slabosti mišića, promjena u menstrualnom ciklusu kod žena.

Analizom zastupljenosti pojedine forme seksualne disfunkcije kod ukupnog broja ispitanika nije pronađena razlika. Jednako su prisutni problemi koji nastaju zbog prekida živčanih puteva usljed oštećenja živaca uzrokovanog patofiziološkim procesima kod oboljelih, problemi vezani za mokraćni, završno crijevo (proljevi, opstipacija), spastičnost, tremor ruku, odnosno sve ono što indirektno komplicira intimnost, kao i emocionalni aspekti (pojam o vlastitom tijelu, promjena raspoloženja, samopoštovanje).

Kako su problemi u spolnom životu svojevrsna tabu tema, osobe često ne vole pričati o njima, te ih zanemaruju ili nauče živjeti s njima.

Unatoč velikoj zastupljenosti kod oboljelih od multiple skleroze, seksualna disfunkcija i njen utjecaj na kvalitetu života relativno je malo istražen u odnosu na druge probleme koje bolest nosi. Cijeli fokus je koncentriran na ostale probleme koji su vezani na osnovnu bolest. O tom problemu oboljeli rijetko progovaraju, a osjećaj neugode javlja se i kod liječnika pri razgovoru o toj temi pa je taj segment gotovo najčešće zanemaran. Prema rezultatima studije koju su proveli Hulter i suradnici (Hulter i sur., 1995) 94 % pacijenata liječnici nikada nisu upitali postoje li određene smetnje seksualne funkcije.

Odaziv malog broja ispitanika na istraživanje provedeno na uzorku od 500 oboljelih od multiple skleroze u Hrvatskoj može značiti da mali broj oboljelih (svega 21 %) ima problema, ili ipak znači da velika većina oboljelih (79 %) zapravo ne želi iznositi svoje poteškoće koje imaju veze sa seksualnošću i intimnošću. Znači da možda ipak u populaciji oboljelih od multiple skleroze seksualnost i intimnost nisu teme o kojima se otvoreno govori.

Da bi trebalo biti drugačije, potvrđuju rijetka istraživanja. U istraživanju utjecaja seksualne disfunkcije na ukupnu kvalitetu života na uzorku od 6183 oboljelih od multiple skleroze, autori zaključuju da seksualna disfunkcija u usporedbi sa fizičkom disfunkcijom ima puno veći štetni učinak na mentalni status oboljelih (Schairer i idr., 2013).

Multipla skleroza je bolest kroničnog tijeka i neminovno utječe na kvalitetu života. Oboljeli žive s tom bolešću tijekom mnogo godina, suočavaju se s stalnim remisijama i relapsima, što može uzrokovati nestabilnosti u radnom i društvenom funkcioniranju.

Unatoč velikoj pojavnosti i važnosti seksualnosti u ljudskom životu jer spada u prvu razinu ljudskih potreba uz ostale fiziološke potrebe, intimnosti i seksualnosti se pridaje mali ili gotovo nikakav prioritet iz razloga što je cijeli fokus koncentriran na ostale probleme koji su vezani na druge fizičke komponente bolesti.

Bilo da je osoba u intimnoj vezi ili ne, veliki je izazov održati seksualni identitet i voditi brigu o svom seksualnom samopouzdanju dok se istovremeno mora suočavati sa kroničnom bolesti kao što je multipla skleroza.

LITERATURA

1. Bašić - Kes idr. (2012). Medical Association; Croatian Society of Neurology of Croatian Medical Association; Referral Center for Demyelinating Diseases of the CNS. Recommendations for diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Clinica Croatica*, 51 (1), 117–135.
2. Foley, F. W. (2004). Intimacy and sexuality with multiple sclerosis: Part II. Ft. Lauderdale, Florida: Multiple Sclerosis Foundation (Booklet for patients). Pridobljeno, s http://www.msfocus.org/publication_booklets.php.
3. Hulter, B. M. in Lundberg, P. O. (1995). Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 59, 83–86.
4. Kessler, T. M. idr. (2009). Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 341–350.
5. Kisić Tepavčević, D., Pekmezović, T. in Drulović, J. (2009). Ispitivanje kvaliteta života bolesnika sa multiplom sklerozom. *Vojnosanitetski pregled*, 66 (8), 645 – 650.
6. Marck, C. H. idr. (2016). Sexual function in multiple sclerosis and associations with demographic, disease and lifestyle characteristics: an international cross-sectional study. *BMC Neurology*, 16, 210
7. Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
8. Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality. Questionnaire (MSISQ-19). Pridobljeno 22. 2. 2018, s <https://www.med-iq.com>.
9. Orasanu, B., Frasure, H., Wyman, A. in Mahajan, S. T. (2013). Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2 (2), 117–123.
10. Savez Društava Multiple Skleroze Hrvatske. Pridobljeno, s <https://sdmsh.hr>.
11. Schairer, L.C. idr. (2013). The impact of sexual dysfunction on health – related quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 20 (5), 610–616.
12. Tešija Kuna, A., Topić, E., Primorac, D. in Janković, S. (2004). *Medicinsko biokemijska dijagnostika u kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska Naklada.
13. White C., White M. in Russell C. S. (2008). Invisible and visible symptoms of multiple sclerosis: which are more predictive of health distress. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40, 85–95.

Namjera odlaska u inozemstvo učenika završnih razreda srednje škole

UDK 373.5-052:331.55

KLJUČNE RIJEČI: odlazak mladih, iseljavanje mladih, migracije

POVZETEK - Vijesti o iseljavanju mladih postale su svakodnevnica, a broj onih koji su napustili Hrvatsku u potrazi za boljim životom teško je točno odrediti. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove i motive učenika povezane s namjerom odlaska u inozemstvo te utvrditi postoje li statistički značajne razlike u namjerama s obzirom na socioekonomske aspekte života. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 83 učenika završnih razreda Srednje škole u Pakracu. Prema dobivenim rezultatima djevojke imaju negativniji stav prema odlasku mladih u inozemstvo u odnosu na mladiće ($p = 0,02$). Građ. tehn. i med. sestre/tehn. smatraju da će lakše pronaći posao u odnosu na gimnazijalce i fizioterapeute ($p = 0,00$). Med. sestre/tehn. i fizioterapeuti su skloniji vidjeti svoju budućnost u radu u struci ($p = 0,01$) te su zadovoljniji odabirom srednjoškolskog usmjerenja u odnosu na gimnazijalce i građevinsko usmjerenje ($p = 0,00$). Ispitanici bi općenito ili otišli iz Hrvatske bez dvojbe ili bi otišli ukoliko bi im prilika garantirala izvjesnu budućnost. Niska plaća ($p = 0,03$), nemogućnost napredovanja ($p = 0,04$) te opći osjećaj beznađa u društvu ($p = 0,02$) izraženiji su faktori odlaska kod ispitanika koji imaju nekoga tko se već odselio iz Hrvatske. Potrebno stvoriti preduvjete koji će poticati mlade da svoju egzistenciju, status, stečena znanja, vrijednosti i potencijale ostvaruju u vlastitoj domovini.

UDC 373.5-052:331.55

KEY WORDS: departure of young people, emigration of young people, migrations

ABSTRACT - News about the emigration of young adults has become a part of everyday life, and the number of those who have left the Republic of Croatia in their quest for a better life is difficult to determine. The aim of this research was to define the attitudes and motives related to the intention of emigration abroad and to define if there are any statistically significant differences in intentions according to socioeconomic life aspects. 83 students of High School Pakrac participated in this research. According to the obtained results, girls have a more negative attitude regarding the emigration of young adults abroad, compared to boys ($p = 0.02$). Construction technicians and medical nurses assume that they will find a job more easily than gymnasium students and physiotherapists ($p = 0.00$). Medical nurses and physiotherapists are more prone to see their future finding a job in their own occupation ($p = 0.01$) and are more satisfied with the choice of their high school orientation when compared to gymnasium students and construction technicians ($p = 0.00$). Examinees generally would either leave Croatia without any doubt or would leave in case the opportunity would guarantee them a certain future. Low salary ($p = 0.03$), inability of promotion ($p = 0.04$), overall feeling of hopelessness in society ($p = 0.02$) are more expressed factors of emigrations with examinees who have someone who has already left the Republic of Croatia. It is necessary to create conditions that will encourage young people to pursue their future, status, acquired knowledge, values and potentials in their own homeland.

1 Uvod

Republika Hrvatska, kao ekonomski i populacijski slabije razvijena zemlja, u globalizacijskim je procesima više izložena moćnim migracijskim silnicama nego što na njih može utjecati, a ulaskom u EU, čija je temeljna vrijednost mobilnost radne snage, njena je pozicija u tome još više oslabjela (Jurić, 2017). U posljednjih desetak godina uočljiv je trend povećanog iseljavanja hrvatskih državljana, ali i stranaca iz

Hrvatske, naročito od razdoblja ulaska Hrvatske u Europsku uniju (Župarić - Iljić, 2016). Dvije trećine mladih razmišlja o preseljenju u inozemstvo na dulje vrijeme ili zauvijek ukoliko ne uspiju u ostvarenju svojih privatnih i profesionalnih ciljeva u Hrvatskoj (Potočnik i Adamović, 2018). Najveći dio mladih emigrira iz želje za stjecanjem novih iskustava i obrazovanjem na inozemnim institucijama (Potočnik i Adamović, 2018). Mladima emigriranje iz Hrvatske nije primarna želja; mladi koji u matičnoj zemlji uspiju pronaći stabilno zaposlenje i uvjete za kvalitetan život biraju ostanak u zemlji (Potočnik i Adamović, 2018). Mladi koji se odluče potražiti »bolji život« u inozemstvu već samim odlaskom iz matične zemlje pristaju na niz kompromisa koji znače izlazak iz zone ugodnosti i barem djelomičan raskid s dosadašnjim načinom života i obiteljskim i prijateljskim mrežama (Potočnik i Adamović, 2018). Vijesti o iseljavanju mladih iz Hrvatske postala je svakodnevica, a broj onih koji su napustili domovinu u potrazi za boljim životom teško je točno odrediti (Anušić, 2018). Hrvatska je u razdoblju od travnja 2011. do ožujka 2018. samo prirodnim putem izgubila 91.750 stanovnika, otprilike stanovništvo jednog grada veličine Osijeka. Podaci Državnog zavoda za statistiku ukazuju na porast iseljenih od gotovo 18 tisuća u 2016. u odnosu na prethodnu godinu. Njemačka u kojoj se tada nalazilo oko 330 tisuća hrvatskih državljana, govori o broju od oko 35 tisuća ljudi više nego u 2015. Broj Hrvata koji danas žive u Njemačkoj, pretežno na jugu, veći je od broja Hrvata u Bosni i Hercegovini, a prema procjenama, u idućih deset godina Hrvatska bi mogla ostati bez čak milijun stanovnika (Jurić 2017). U Irskoj se pak bilježi porast broja Hrvata od čak 431 % u periodu od 2011. do 2016., što smješta Hrvatsku na sam vrh po broju stranog stanovništva u toj zemlji (Rajković Iveta i Horvatin, 2017). Na drugom mjestu se našla Venezuela s 250 %, a slijede Afganistan s 212 % te Sirija sa 199 %. Od svih Hrvata iseljenih u Irsku, čak 35 posto njih dolazi iz istočne Hrvatske, a taj udio je vrlo sličan i u ukupnom broju onih koji su otišli u Njemačku i Austriju. Rekord je definitivno Požeško-slavonska županija te 2016. bilježi čak 990 odseljenih na 100 doseljenih stanovnika. Pri odlasku su presudni niska plaća, nemogućnost dobivanja stalnijeg zaposlenja, ali i loši radni uvjeti (Anušić, 2018).

2 Cilj

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi stavove i motive učenika povezane s namjerom odlaska u inozemstvo te utvrditi postoje li statistički značajne razlike u namjerama s obzirom na socioekonomske aspekte života.

3 Materijali i metode

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 83 učenika ($n = 83$) Srednje škole Pakrac u Pakracu. Istraživanje je provedeno u vremenskom razdoblju od 16. 4. 2018. do 27. 4. 2018. godine. Obuhvaćeni su učenici završnih razreda gimnazije, medicinskih

sestara/tehničara opće njege, fizioterapeutskih tehničara, građevinskih tehničara te nekoliko učenika ostalih trogodišnjih strukovnih zanimanja. Za potrebe ovog istraživanja kreiran je anketni upitnik koji se sastoji od dvije cjeline. U prvoj cjelini nalazi se 14 pitanja socioekonomskog karaktera kao i opći podaci dok drugi dio ankete sadrži 8 pitanja s odgovorima na skali Likertovog tipa. Obrada podataka izvršena je sa SPSS statističkim programom te prikazana kroz distribuciju frekvencija, deskriptivnu statistiku. Normalnost distribucije testirana je Kolmogorov Smirnovim testom, razlike u kontinuiranim varijablama testirane su Mann Whitney, Kruskal Wallis i Hi kvadrat testom.

4 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 83 učenika/ce, 29,3 % (24) mladića i 70,7 % (58) djevojaka. Učenici/ce stari su između 17 i 20 godina. 64,6 % (53) učenika/ce završilo je prethodni razred sa vrlo dobrim uspjehom. S obzirom na smjer srednje škole anketirano je 13,3 % (11) učenika/ca gimnazije, 54,2 % (45) medicinskih sestara/tehničara opće njege, 26,5 % (22) fizioterapeutska tehničara, 6 % (5) građevinskih tehničara. 51,8 % (43) ispitanika živi u gradu, a 48,2 % (40) živi na selu. Kod 89 % (73) učenika/ca roditelji žive zajedno, a u 11 % (9) roditelji ne žive zajedno. Gledajući obrazovni status roditelja, očevi i majke u visokom su postotku došli do srednjoškolske razine obrazovanja (očevi 73,5 % (61), majke 75,9 % (63)). 18,1 % očeva je visokoobrazovano u odnosu na majke kojih je samo 12 % visokoobrazovanih. S obzirom na mjesečne financijske prihode 64,6 % ispitanika navodi kako su ona između 5.000 i 10.000kn. 15,9 % obitelji imaju primanja veća od 10.000kn, a zabrinjava podatak o 19,5 % obitelji s ukupnim primanjima manjim od 5.000kn. 43,9 % učenika/ca navodi kako im je željeni stupanj obrazovanja prvostupništvo. Vrlo nizak postotak 9,8 % želi ostati na srednjoškolskoj razini obrazovanja. 29,3 % želi završiti magisterij, a njih 17,1 % doktorat. Unutar socioekonomskog dijela ankete pitali smo učenike/ce jesu li u određenom razdoblju u životu živjeli izvan granica Republike Hrvatske te smo utvrdili da niti jedan učenik nije do sada bio duže od 6mj. u inozemstvu. Također smo pitali imaju li u bližoj obitelji nekog tko je u zadnjih godinu dana napustio Hrvatsku zbog potrage za poslom na što smo dobili rezultat od 48,2 % ispitanika koji imaju takvu osobu ili više njih. 51,2 % ispitanika izjasnilo se kako imaju želju po završenom srednjoškolskom obrazovanju nastaviti školovanje te istodobno tražiti posao.

Kako bi provjerili normalnost distribucije kontinuiranih varijabli, proveden je Kolmogorov Smirnov test. Dobiveno je da sve kontinuirane varijable iz »Ankete 2« odstupaju značajno od normalne distribucije. Zbog toga će se u daljnjim analizama koristiti neparametrijske zamjene. Kako bi ispitali postoje li razlike po spolu između korištenih kontinuiranih varijabli iz »ankete 2«, provedeni su Mann Whitney U testovi.

Mladići procjenjuju da će pronaći posao lakše nego djevojke, dok djevojke imaju negativniji stav prema odlasku mladih u inozemstvo u odnosu na mladiće. Od različitih razloga zbog kojih bi ispitanici mogli napustiti Hrvatsku, djevojke procjenjuju

nemogućnost daljnjeg školovanja, dugove, neriješeno stambeno pitanje u Hrvatskoj, mogućnost školovanja u inozemstvu i želju za upoznavanjem svijeta važnijima u odnosu na mladiće. U preostalim varijablama nisu dobivene značajne razlike.

Potom je ispitano postoje li razlike između mladića i djevojaka u namjerama po završetku srednje škole a rezultati su prikazani u tablici 1.

Tabela 1: Prikaz rezultata Hi-kvadrat testa

		X^2	p	<i>Spol</i>	
				<i>M</i>	<i>Ž</i>
Po završetku srednje škole namjera ti je	Nastaviti obrazovanje	14,95	0,01	6 (26,1%)	23(39,7%)
	Tražiti posao			8 (34,8%)	2 (3,4%)
	Oboje			9 (39,1%)	33 (56,9%)
Nakon završetka obrazovanja smatraš da ćeš posao pronaći:	Unutar županije	8,69	0,03	7 (29,2%)	5 (8,65%)
	U Hrvatskoj			10 (41,7%)	30 (51,7%)
	U Europskoj uniji			6 (25%)	23 (39,7%)
	Izvan granica Europske unije			1 (4,2%)	0 (0%)
Kada bi dobio/la priliku napustiti Hrvatsku i šansu da se školuješ ili radiš u inozemstvu, da li bi je iskoristio/la?	Da, otišao/la bih iz Hrvatske bez dvojbe	10,19	0,01	6 (25%)	14 (24,1%)
	Ne bih otišao/la ni po koju cijenu			8 (33,3%)	4 (6,9%)
	Otišao/la bih samo ukoliko bi mi prilika garantirala izvjesnu budućnost			10 (41,7%)	40 (69%)

Rezultati prikazuju da značajno veći udio djevojaka ima namjeru nastaviti obrazovanje ili i nastaviti obrazovanje i tražiti posao u odnosu na mladiće, kod kojih značajno veći udio ima namjeru tražiti posao. Mladići i djevojke podjednako smatraju da će pronaći posao u Hrvatskoj, dok značajno veći udio djevojaka smatra da će pronaći posao u Europskoj uniji, a značajno veći udio mladića smatra da će pronaći posao unutar županije u kojoj živi. Na kraju značajno veći udio djevojaka bi otišli u inozemstvo ako bi dobivena prilika garantirala izvjesnu budućnost u odnosu na mladiće, dok veći udio mladića ne bi otišao ni pod koju cijenu. Podjednak omjer djevojaka i mladića bi otišao bez dvojbe.

Potom je ispitano postoje li razlike u rezultati na prethodno korištenim kontinuiranim varijablama između različitih usmjerenja srednje škole. Stoga su provedeni Kruskal Wallis testovi. Rezultati su prikazani u Tablici 2.

Tabela 2: Prikaz rezultata ispitivanja razlika s obzirom na smjer srednje škole

<i>Srednjoškolsko usmjerenje</i>						
	\bar{X}	<i>p</i> vrijednost	<i>Gimnazija</i>	<i>Medicinska sestra /tehničar</i>	<i>Fizioterapeut</i>	<i>Građevinar</i>
Koliko misliš da ćeš lako pronaći posao po završetku obrazovanja	13,70	0,00	36,32	46,54	28,88	60,5
Tvoj stav o odlasku mladih u inozemstvo je	0,91	0,82	44,95	40,58	44,57	37,00
Nemogućnost zapošljavanja	3,65	0,30	51,55	39,67	41,98	31,88
Nemogućnost daljnjeg školovanja	16,87	0,00	64,36	38,32	39,26	16,00
Dugovi	2,46	0,48	48,27	42,54	38,05	30,13
Niska plaća	1,84	0,61	49,14	39,94	42,18	34,25
Nezadovoljstvo političkom situacijom	12,47	0,01	43,18	48,03	32,16	14,75
Neučinkovito pravosuđe	8,91	0,03	43,27	46,79	34,23	17,13
Stanje ljudskih prava u Hrvatskoj	4,32	0,23	43,5	43,16	41,32	18,38
Neriješeno stambeno pitanje u Hrvatskoj	3,15	0,37	51,1	38,82	40,75	31,13
Nemogućnost napredovanja u karijeri	4,85	0,18	53,68	41,53	37,43	30
Mogućnost školovanja u inozemstvu	8,63	0,04	57,77	41,84	35,18	27,63
Želja za upoznavanjem svijeta	9,54	0,02	55,86	43,48	32,64	28,5
Potreba za dokazivanjem	6,68	0,08	50,77	43,22	34,98	22,88
Mogućnost veće zarade	3,01	0,39	42,73	43,6	39,84	23,63
Nepoticajna okolina	5,93	0,12	47,86	42,89	37,83	17,5
Djeci će biti lakše u životu ukoliko odrastaju u inozemstvu	2,33	0,51	43,86	44,12	35,23	40
Opći osjećaj beznađa u društvu	4,71	0,20	49,64	43	35,09	27,75
Svoju budućnost vidim u radu u struci	11,56	0,01	30,68	46,23	44,86	16,2
Jesi li generalno zadovoljan/a odabirom svog srednjoškolskog usmjerenja	13,50	0,00	26,41	43,6	51,18	21,5

Građevinski tehničari i medicinske sestre/tehničari smatraju da će lakše pronaći posao u odnosu na gimnazijalce i fizioterapeute. Gimnazijalcima je nemogućnost daljnjeg

školovanja najistaknutiji razlog zbog kojeg bi možda napustili Hrvatsku. Građevinskim tehničarima je najmanje istaknut razlog nezadovoljstva političkom situacijom i neučinkovito pravosuđe u odnosu na preostale razrede, dok su ti razlozi istaknutiji kod gimnazijalaca i medicinskih sestara/tehničara. Gimnazijalcima je najistaknutiji razlog mogućnosti školovanja u inozemstvu, želja za upoznavanjem svijeta te potreba za dokazivanjem u odnosu na preostale učenike. Medicinske sestre/tehničari i fizioterapeuti su skloniji vidjeti svoju budućnost u radu u struci te su zadovoljniji odabirom srednjoškolskog usmjerenja u odnosu na gimnazijalce i građevinsko usmjerenje.

Potom je ispitano postoje li razlike između usmjerenja u namjerama po završetku srednje škole.

Značajno veći udio gimnazijalaca, medicinskih sestara/tehničara te fizioterapeutskih tehničara namjerava ili nastaviti obrazovanje ili oboje, dok značajno veći udio građevinskih tehničara ima namjeru tražiti posao. Nadalje, značajno veći udio gimnazijalaca, medicinskih sestara/tehničara, fizioterapeutskih tehničara te građevinara ima namjeru tražiti posao u Hrvatskoj ili u EU u odnosu na ostanak unutar županije u kojoj žive ili rad izvan granica EU. Na kraju, nema značajnih razlika u udjelu ispitanika koji bi prihvatili priliku za napuštanjem Hrvatske s obzirom na srednjoškolsko usmjerenje. Ispitanici bi općenito ili otišli iz Hrvatske bez dvojbe ili bi otišli ukoliko bi im prilika garantirala izvjesnu budućnost.

Potom su ispitane razlike u prethodno korištenim varijablama s obzirom na to imaju li ispitanici u bližoj obitelji nekoga tko je unazad godinu dana napustio Hrvatsku u potrazi za poslom. Rezultati su prikazani u tablici 3.

Niska plaća, nemogućnost napredovanja te opći osjećaj beznađa u društvu izraženiji su faktori odlaska kod ispitanika koji imaju nekoga tko se već odselio iz RH. Takvi ispitanici također svoju budućnost vide u radu u struci u odnosu na one kojima se nitko nije odselio iz RH.

Na kraju je ispitano postoje li razlike između ispitanika koji imaju tj. nemaju nekoga van RH u namjerama po završetku srednje škole. Nema značajnih razlika u udjelu ispitanika u njihovim namjerama nakon završetka srednje škole s obzirom na to je li im netko iz bliže obitelji u zadnjih godinu dana emigrirao van RH.

Tabela 3: Prikaz rezultata ispitivanja razlika u tome imaju li ispitanici u bližoj obitelji nekoga tko je unazad godinu dana napustio Hrvatsku

	<i>Je li netko u bližnoj obitelji napustio RH u potrazi za poslom</i>			
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>Da</i>	<i>Ne</i>
Koliko misliš da ćeš lako pronaći posao po završetku obrazovanja	657,5	0,07	46,06	37,15
Tvoj stav o odlasku mladih u inozemstvo je	766,5	0,36	44,34	39,83
Nemogućnost zapošljavanja	810,5	0,77	42,22	40,85
Nemogućnost daljnjeg školovanja	655,5	0,11	45,19	37,11
Dugovi	834,5	0,97	41,40	41,59
Niska plaća	609,5	0,03	47,37	36,17
Nezadovoljstvo političkom situacijom	687	0,15	45,38	37,98
Neučinkovito pravosuđe	676,5	0,12	45,65	37,73
Stanje ljudskih prava u Hrvatskoj	721	0,26	44,51	38,77
Neriješeno stambeno pitanje u Hrvatskoj	670	0,20	43,87	37,45
Nemogućnost napredovanja u karijeri	620,5	0,04	47,09	36,43
Mogućnost školovanja u inozemstvu	663,5	0,09	45,99	37,43
Želja za upoznavanjem svijeta	717,5	0,24	44,60	38,69
Potreba za dokazivanjem	679,5	0,17	44,62	37,80
Mogućnost veće zarade	781,5	0,58	42,96	40,17
Nepoticajna okolina	695	0,24	44,21	38,16
Djeca će biti lakše u životu ukoliko odrastaju u inozemstvu	708	0,21	44,85	38,47
Opći osjećaj beznađa u društvu	581	0,02	47,21	35,51
Svoju budućnost vidim u radu u struci	655	0,04	47,13	37,23
Jesi li generalno zadovoljan/a odabirom svog srednjoškolskog usmjerenja	690,5	0,10	46,24	38,06

5 Zaključak i rasprava

Ispitanici bi općenito ili otišli iz Hrvatske bez dvojbe ili bi otišli ukoliko bi im prilika garantirala izvjesnu budućnost. Niska plaća, nemogućnost napredovanja te opći osjećaj beznađa u društvu izraženiji su faktori odlaska kod ispitanika koji imaju nekoga tko se već odselio iz Hrvatske. Prema rezultatima istraživanja (Relja, Reić i Čerenić, 2015) koje je provedeno na studentima iz Splita i Sarajeva, studenti su iskazali umjereni pozitivan stav prema odlasku mladih, kao i prema vlastitoj mogućnosti odlaska iz zemlje pri čemu je to najvjerojatnije nakon završenog obrazovanja u svrhu traženja zaposlenja. U istom istraživanju navode se najčešći razlozi mogućeg odlaska kao što su nemogućnost zapošljavanja u matičnoj zemlji, nedostatak perspektive za budućnost te nedostatak plaća i neriješeno stambeno pitanje.

10 (41,7 %) mladića i 30 (51,7 %) djevojaka smatraju da će nakon završenog školovanja posao pronaći unutar granica Republike Hrvatske. S navedenim podacima ne možemo biti zadovoljni s obzirom da 6 (25%) mladića i 23 (39,7 %) djevojaka smatra

da će posao pronaći izvan granica Republike Hrvatske u nekoj od zemalja Europske unije. Rezultati istraživanja u Splitu i Sarajevu (Relja, Reić i Čerenić, 2015) ukazuju na relativno stabilan trend spremnosti mladih za odlazak u inozemstvo. Ustanovljeno je da studenti, iako načelno imaju pozitivan stav prema odlasku mladih u inozemstvo na školovanje ili rad, na osobnoj razini njih svega trećina iznosi želju za odlaskom. Sličan rezultat dobiven je u istraživanju provedenom u 4 najveća hrvatska grada gdje nešto manje od polovine učenika namjerava ostati živjeti u Hrvatskoj (45,9 %), a ostali razmišljaju o odlasku (Lajić, Malnar i Mišetić, 2018). Istim istraživanjem dobiven je rezultat da maturantice iskazuju znatno veću želju za ostankom i nastavkom obrazovanja u urbanoj sredini gdje i žive. Dobiveni rezultati slažu se sa rezultatima dobivenim ovim istraživanjem.

Mladi u Hrvatskoj čine specifičnu populaciju koja u adolescenciji prolazi kroz intenzivne i dinamične promjene (Brajša - Žganec, 2007; Kuzman, 2009) i prema različitim istraživanja procesi globalizacije, informatizacija, razvoj tehnologije, promjene u obiteljskoj strukturi i ekonomska neravnopravnost na njih znatno utječu (Larson, 2002; Blossfeld i Hofmeister, 2005).

Bez obzira na prigodan uzorak i mali broj ispitanika dobili smo rezultate slične onima u literaturi. Izazov istraživanja ove teme svakako je bio podatak da je Požeško-slavonska županija jedna od vodećih prema broju mladih koji odlaze u inozemstvo. Isto tako motiv je bio i empirijski podatak da velik broj učenika medicinskih zanimanja odmah po završetku škole odlazi na rad u inozemstvo. U Republici Hrvatskoj potrebno je stvoriti preduvjete koji će poticati mlade da svoja stečena znanja, vrijednosti i potencijale ostvaruju u vlastitoj domovini. Potrebno je razviti mjere kojima bi mladi osigurali egzistenciju, status, te ostvarivanje životnih vrijednosti što bi ih spriječilo u namjeri napuštanja domovine.

LITERATURA

1. Anušić, I. (2018). Nove brojke pokazuju razmjere kataklizme iseljavanja: Hrvata je više u Njemačkoj nego u BiH! Pridobljeno, 15. 9. 2018, s <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/infografika-nove-brojke-pokazuju-razmjere-katakizme-iseljavanja-hrvata-je-vise-u-njemackoj-nego-u-bih-foto-20180411/print>.
2. Blossfeld, H. P. in Hofmeister, H. (2005). *Global life: Life Courses in the Globalization Process*, Bamberg: University of Bamberg.
3. Brajša - Žganec, A. (2007). Croatia. V J. J. Arnett (ur.), *International Encyclopedia of Adolescence: a Historical and Cultural Survey of Young People Around the World* (str. 195–204). New York: Routledge.
4. Jurić, T. (2017). Suvremeno iseljavanje Hrvata u Njemačku: karakteristike i motivi. *Migracijske i etničke teme*, 33 (3), 337–371.
5. Kuzman, M. (2009). Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. *Medicus*, 18 (2), 155–172.
6. Lajić, I., Malnar, A. in Mišetić, R. (2018). Predmigracijsko raspoloženje maturanata četiriju najvećih hrvatskih gradova. *Croatian Geographical Bulletin*, 80 (1).
7. Larson, R. (2002). Globalization, societal change and new technologies: what they mean for the future of adolescence, *Journal of Research on Adolescence* 12 (1), 1–30.
8. Potočnik, D. in Adamović, M. (2018). Migratory experiences and plans for leaving Croatia.

9. Rajković Iveta, M. in Horvatin, T. (2017). Suvremeno iseljavanje iz Hrvatske u Irsku s posebnim osvrtom na mlade iz Slavonije. *Migracijske i etničke teme*, 33 (3), 247–274.
10. Relja, R., Reić, I. in Čerenić, V. (2015). Potrebe, mogućnosti i namjera odlaska u inozemstvo: analiza stavova studenata iz Splita (RH) i Sarajeva (BIH). *Andragoški glasnik*, 19 (34), 1–21.
11. Župarić - Iljić, D. (2016). *Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju*. Zagreb: Friedrich Ebert Stiftung, Pridobljeno, 3. 9. 2018, s http://www.fes-croatia.org/fileadmin/user_upload/FES_Iseljavanje_web.pdf.

Zdravstvena vzgoja pacientov v antikoagulacijski ambulanti Sevnica

UDK 613:37+616.1-052

KLJUČNE BESEDE: antikoagulacijsko zdravljenje, medicinske sestre, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Z antikoagulacijskim zdravljenjem zmanjšujemo sposobnost strjevanja krvi. Zdravila se uvedejo pacientom, ki imajo večje tveganje za nastajanje strdkov v srcu in žilah. Ugotoviti smo želeli, kakšna je osveščenost pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju. V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili paciente, ki prejemajo izključno kumarine in se vodijo v Antikoagulacijski ambulanti Sevnica. Razdeljenih je bilo 100 anketnih vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 76%. Pacienti so dobro osveščeni o jemanju zdravil. 71 (93 %) anketiranih pravilno jemlje odmerke in 70 (92 %) ga nikoli ne pozabi vzeti. Anketirani imajo deficit znanja: o prehrani, uživanju alkoholnih pijač, o ukrepih v primeru jemanja antibiotične terapije in o varnem jemanju protibolečinske terapije. 35 (46 %) anketiranih ne pozna najpogostejših zapletov, 64 (84 %) je zelo zadovoljnih z zdravstvenovzgojnim delom medicinske sestre v ambulanti in 54 (71 %) pacientov bi se udeležilo organiziranega skupinskega predavanja. Ugotovili smo, da pacienti delno upoštevajo priporočila in nasvete medicinske sestre, slabo prepoznajo možne zaplete, znajo pa pravilno ukrepati. Za učinkovitejšo in varnejšo obravnavo pacientov bodo potrebna organizirana predavanja za opolnomočenje pacientov, razvit merski instrument za preverjanje osveščenosti pacientov ter dokumentiranje in vrednotenje zdravstvene vzgoje.

UDC 613:37+616.1-052

KEY WORDS: anticoagulation treatment, nurse, health education

ABSTRACT - Anticoagulation treatment reduces coagulation of blood. Medication is prescribed to patients who have a higher risk of developing clots in the heart and veins. Our purpose was to determine patients' awareness of the anticoagulation therapy. Patients treated in the Sevnica Anticoagulation Department who are receiving exclusively coumarin were included in a non-probability, purposive sample. There were 100 questionnaires distributed among patients, the realisation of the sample was 76%. Patients are well-informed about taking the medicine. 71 respondents (93%) take doses correctly and 70 (92%) never forget to take the dose. The respondents have a lack of knowledge on diet, consumption of alcoholic beverages, measures in case of taking antibiotic therapy and safe taking of pain treatment. 35 respondents (46%) do not know the most common complications, 64 (84%) are very satisfied with the health care work of the nurse at the outpatient clinic, and 54 patients (71%) would attend an organised group lecture. We discovered that patients partially follow recommendations and advice of the nurse, poorly recognise potential complications, but they can take proper action. For more efficient and safer treatment of patients, organised lectures for patient empowerment should be implemented, a measurement instrument for patient awareness should be developed and we should begin with documentation and evaluation of health education.

1 Uvod

Antikoagulacijsko zdravljenje (AKZ) s kumarini se uporablja pri zdravljenju in preprečevanju različnih trombemboličnih zapletov, kot so venska tromboza, pljučna embolija; pri pacientih, ki imajo kronično atrijsko fibrilacijo in umetne srčne zaklopke (Nutescu, 2013). Skoraj tri četrtine pacientov prejema AKZ zaradi atrijske fibrilacije in ena četrtina zaradi venskih trombembolizmov, umetnih srčnih zaklopk in drugih indikacij (Mavri, 2014).

Antikoagulacijska (AK) zdravila zavirajo normalno strjevanje krvi in preprečujejo nastajanje strdkov v žilah in srcu. Zdravljenje s kumarini spremljamo in nadzorujemo z rednim merjenjem protrombinskega časa (PTČ), rezultat izrazimo kot INR (International Normalised Ratio – mednarodno umerjeno razmerje) (Shaha in Robinskon, 2011). AK zdravilo je varno in učinkovito, kadar je INR v ciljnem območju. Da dosežemo in vzdržujemo ciljno območje INR so potrebni redni kontrolni pregledi. Za večino pacientov je to območje med 2,0 in 3,0. Kadar je INR pod 2,0 se poveča tveganje za nastanek strdkov v žilah ali srcu, ob INR nad 3,0 pa je večja možnost za nastanek krvavitev (Mavri, 2012).

Več desetletij so bili kumarini edina peroralna AK zdravila, med njimi najpogosteje uporabljen varfarin (Marevan[®], Sintrom[®]) (Mavri, 2012). Zdravljenje z varfarinom je sicer učinkovito, ima pa številne pomanjkljivosti, kot so: ozko terapevtsko okno, dolga razpolovna doba, interakcije s številnimi zdravili in s hrano, nujno redno laboratorijsko spremljanje INR (Vene, 2014). Po več desetletjih AKZ s kumarini pa so se uveljavila nova AK zdravila (NOAK), ki prinašajo pomembne spremembe pri vodenju AKZ (Mavri, 2016).

Naloge medicinske sestre v antikoagulacijski ambulanti so večplastne. Njeno najpomembnejše delo je zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev, katerim mora nuditi vse potrebne informacije in navodila ter jim odgovoriti na vsa vprašanja (Zalar, 2010). Z dobro informiranostjo in primerno osveščenostjo, lahko pričakujemo, da bo pacient pravilno ukrepal v primeru morebitnih zapletov, posledično pa bomo dosegli varnost in učinkovitost AKZ (Žontar, 2014).

Zaradi naraščanja števila pacientov, ki potrebujejo AKZ, obravnave starejših pacientov, ki jim moramo nameniti še posebno pozornost in čas, je medicinska sestra omejena pri izvajanju zdravstveno vzgojnega dela. Ugotavljamo, da nam pri rednem delu pogosto zmanjkuje časa za skupinsko obliko edukacije; zato medicinska sestra izvaja običajno individualno kontinuirano zdravstveno vzgojo (Hrovat Bukovšek, 2015b). Žontar in Jošt (2011) menita, da je za varno in kakovostno AKZ zelo pomembno, da so pacienti deležni kakovostne obravnave, kjer ima poleg zdravnika medicinska sestra zelo veliko in pomembno vlogo. Ena izmed njenih prednostnih nalog je ravno zdravstveno vzgojno delo kot temelj za opolnomočenje pacienta.

Antikoagulacijska ambulanta Sevnica deluje trikrat tedensko po štiri ure. Zdravstvena vzgoja poteka individualno in kontinuirano; ob uvedbi AKZ in ob kontrolnih pregledih. Zdravnik se z vsakim pacientom pogovori, medicinska sestra opravi odvzem krvi za določitev INR in poleg pisnih navodil, seznanji pacienta in svojce z nasveti in priporočili. Še posebej se posveti pacientu, če je INR izven ciljnega območja. Posebno pozornost nameni tudi skupnemu pregledu vzorca, sheme in objasni pomisleke in dileme. Pri zdravstveno vzgojnem delu nam manjka začetna in končna evalvacija oz. vrednotenje opravljene edukacije. Baker, Pierce in Ryals (2011) predlagajo, da bi pacienti izpolnili vprašalnik, katerega bi medicinska sestra pregledala in mu tako obrazložila napake in pomanjkljivosti. Vprašalnik bi tako uporabljali pri individualni zdravstveni vzgoji, za preverjanje osveščenosti pacienta o AKZ.

2 Zdravstvena vzgoja pacientov

Zdravstvena vzgoja je samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo: cilji, vsebine, načela, metode, sredstva, organizacija, kadri in raziskovalno delo. Je ena od poddisciplin, ki se tesno povezuje z drugimi znanostmi (andragogika, didaktika, statistika, teorija vzgoje, komunikologija sociologija, itd.) in uporablja njihova spoznanja. Zdravstveno vzgojno delo je timsko delo, pri katerem ima medicinska sestra ključno vlogo, saj se vključuje kot predavateljica, demonstratorica, svetovalka in uporablja različne metode in oblike dela. Metode dela so v zdravstveni vzgoji najuspešnejše poti, po katerih dosegamo zastavljene cilje glede pridobivanja znanja, spretnosti, navad, vzorcev obnašanja, odgovornosti in motivacije za zdravje (Hoyer, 2005). Sussex, Herne in Scourfield (2008) pravijo, da zdravstvena vzgoja pomaga pacientom, da razvijejo znanja in spretnosti, ki jih potrebujejo, da učinkovito ohranjajo zdravje in preprečujejo bolezni, kar imenujemo opolnomočenje pacienta za življenje s kroničnim obolenjem. Hoyer (2005) metode dela v zdravstveno vzgojnem delu deli na učne (verbalno besedilne metode, ilustrativno demonstracijska metoda, metoda laboratorijskih ali praktičnih del, metoda izkustvenega učenja) in vzgojne metode (metoda prepričevanja, metoda vedenja in navajanja, metoda spodbujanja, metoda preprečevanja). Vzgojne in učne metode se prepletajo in dopolnjujejo.

Zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre se odvija individualno ali skupinsko, načrtovano ali nenačrtovano (Štemberger Kolnik, 2011). Skupinska oblika dela ima določene prednosti za uspešno učenje, Kobaltova (2009) pravi, da skupina opredeli socialno mrežo v kateri se posameznik udejanja kot socialno bitje. V zdravstvu se vedno bolj uveljavlja skupinska oblika dela. Demir, Ozsaker in Ozcan (2008) priporočajo, da naj medicinska sestra vsakega pacienta v zdravstveno vzgojnem procesu obravnava individualno in celostno, saj s tem lažje vzpostavi spoštljiv in zaupen odnos, pacient se počuti sprejetega in slišanelega, medicinska sestra pa se mu lahko bolj posveti. Pacienta je potrebno motivirati, da aktivno sodeluje v procesu opolnomočenja, s katerim pridobiva nova znanja in spretnosti za obvladovanje bolezni ter povrnitev in krepitev zdravja.

Medicinska sestra v antikoagulacijski ambulanti mora dobro poznati patofiziologijo bolezni, pravilno doziranje, stranske učinke, možne zaplete, slediti mora novostim in spremembam v AKZ. Skozi proces zdravstvene vzgoje paciente in njihove svojce pripravi na spremenjen način življenja, nudi vse potrebne informacije, mu posredovati navodila, mu svetovati, na njemu razumljiv način (Zalar, 2010). Samo poučeni pacienti, nam bodo zaupali, redno in pravilno bodo jemali predpisana zdravila, rezultati pa se bodo odražali tudi na kakovosti njihovega življenja (Žontar, 2014). V procesu opolnomočenja ima pacient svobodno izbiro, da sprejme odgovornost za svoja dejanja. Še posebej se je potrebno posvetiti pacientu, ki potrebuje več časa, da razume navodila (Zalar, 2010). Bohinc in Gradišar (2007) navajata, da nemočni posamezniki pogosto občutijo pomanjkanje kontrole nad seboj ter svojo usodo, saj so pravzaprav odvisni od tistih, ki imajo moč.

Ključnega pomena za urejenost AKZ je pacientovo sodelovanje. Paciente je potrebno naučiti, kako kakovostno živeti z boleznijo, educiramo jih o: pravilnem in rednem jemanju AK zdravil, s pravilnim načinom prehranjevanja, pitja alkoholnih pijač, z stranskimi učinki, zapleti in kdaj je potreben takojšnji obisk pri zdravniku. Vse to naučimo paciente z zdravstveno vzgojo (Tratnik in Kvas, 2014).

2.1 Zdravstvena vzgoja pacientov in svojcev ob uvedbi kumarinov

Pacienti dobijo ob prvem obisku v Antikoagulacijski ambulanti, ob uvedbi kumarinov pisna in ustna navodila. Prejmejo knjižico z navodili in specifična navodila glede na vrsto AK zdravila. Pravilno je, da vsakemu pacientu medicinska sestra razloži in poudari pomen rednega jemanja zdravil, način jemanja, ukrepe v primeru, da pozabi vzeti zdravilo, da ga seznanimo z možnimi zapleti, ukrepi ob krvavitvah in ukrepi pred predvidenimi posegi. Pacientu pove, da je dosegljivo dodatno gradivo o AKZ na spletni strani (www.trombo.net) (Vižintin Cuderman, 2013; Mavri, 2014). Zdravstvena vzgoja mora biti pacientu na voljo ves čas zdravljenja. Pacienta ob vsaki obravnavi povprašamo po počutju, jemanju zdravil, možnih stranskih učinkih in komplikacijah, preverimo, če je razumel nasvete in priporočila ter mu posredujemo individualna navodila (Vižintin Cuderman, 2013; Mavri, 2015). Kot zelo pozitivno se je izkazalo, da k sodelovanju povabimo svojce, ki mu lahko nudijo pomoč in oporo pri zdravljenju (Žontar, 2014).

Pacienta opozorimo, da se ne sme zgoditi, da bi mu zdravil zmanjkalo in mu odsvetujemo, da samovoljno spreminja odmerke AK zdravila, saj s tem ogroža svoje življenje (Mavri, 2015). Razložimo ukrepe, v primeru izpuščenega oz. pozabljenega odmerka (Vižintin Cuderman, 2013; Mavri, 2015). Pacienti morajo vedeti zakaj je pomembno redno obiskovanje ambulante, kaj pomeni izmerjena vrednost INR in kakšne so njihove ciljne vrednosti (Žontar in Jošt, 2011). Na kontrolne preglede jih naročimo glede na vrednost INR oz. glede na urejenost AKZ. Predčasne kontrole omogočimo pacientom, ki jim je potrebno zaradi različnih posegov ali zapletov prilagoditi zdravljenje, ga začasno ali trajno prekiniti ali zamenjati z drugim zdravilom (Mavri, 2014). Na delovanje kumarinov vplivajo različna zdravila. Odsvetujemo jemanje nesteroidnih antirevmatikov, kot analgetik lahko uporablja paracetamol (Lekadol®). Pacient naj ne prejema zdravil, ki vsebujejo acetilsalicilno kislino (npr. Aspirin®), razen, če mu je predpisal zdravnik. Dajanje injekcij v mišice ali sklepe odsvetujemo, zaradi nevarnosti krvavitev. Podkožne injekcije (insulin, cepljenje proti gripi) lahko prejema (Mavri, 2015). Pacientom, ki prejemajo kumarine svetujemo, da se izogibajo večjim spremembam v prehrani. Dnevni vnos sadja in zelenjave mora biti čez celo leto čim bolj enakomeren. Premajhen ali neenakomeren vnos zelene zelenjave ruši ravnovesje in povzroči velika nihanja INR. Prav tako jim odsvetujemo jemanje vitaminskih in drugih prehranskih dopolnil (Koencim10, Omega3, Omega6, ...). Uživanje alkohola je odsvetovano oz. omejeno na 1 dcl vina dnevno (Zalar, 2010). Pred vsakim posegom/preiskavo je potrebna prilagoditev AKZ. Pacientu svetujemo, da predhodno pridobi datum za poseg in pet dni pred naročenim posegom/preiskavo pride na predčasni pregled. Priprava na poseg in ponovno uvajanje zdravil po posegu poteka izključno v AK ambulanti (Žontar, 2014; Mavri, 2015). V primeru pojava manjših krvavitev (krvavi-

tev iz nosu, dlesni, v očesno veznico, ...), če se pojavijo težave (bruhanje, driska, dehidracija, poslabšanje ledvične, jetrne funkcije) in če prične z jemanjem antibiotične in antimikotične terapije, je potrebno, da opravi predčasno kontrolo. V primeru pojava večjih krvavitev (krvavitev iz sečil, iz prebavil, rodil ...), pa je potreben takojšen obisk pri izbranem oz. dežurnem zdravniku (Mavri, 2015).

3 Metodologija

Namen raziskave je ugotoviti osveščenost pacientov o antikoagulacijskem zdravljenju, vodenih v Antikoagulacijski ambulanti Sevnica.

Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja in tri hipoteze:

- 1. *Raziskovalno vprašanje*: Koliko so pacienti osveščeni o jemanju AK zdravila?
- 2. *Raziskovalno vprašanje*: Kateri dejavniki vplivajo na urejenost AKZ in v kolikšni meri pacienti upoštevajo priporočila in nasvete medicinske sestre?
- 3. *Raziskovalno vprašanje*: Katere zaplete AKZ prepoznajo pacienti in kako ukrepajo v primeru zapletov?
- 4. *Raziskovalno vprašanje*: Kakšno je zadovoljstvo pacientov z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v antikoagulacijski ambulanti?
- *Hipoteza 1*: Moški so bolj osveščeni o jemanju AK zdravila kot ženske. AK zdravilo moški jemljejo bolj redno in pravilno kot žensk.
- *Hipoteza 2*: Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo, zaradi umetnih srčnih zaklopk, v večji meri upoštevajo priporočila in nasvete medicinske sestre, kot pacienti, ki prejemajo AK zdravilo zaradi atrijske fibrilacije.
- *Hipoteza 3*: Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo 2 leti ali manj so bolj zadovoljni z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v AK ambulanti, kot pacienti ki so na AKZ več kot 4 leta.

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za izdelavo raziskave smo uporabili kvantitativno paradigmo raziskovanja. Za raziskovalno metodo smo uporabili metodo deskripcije. Pridobivanje podatkov je potekalo z tehniko anketiranja. Primarni viri podatkov so bili pridobljeni s pomočjo znanstvenih monografij, strokovnih in znanstvenih člankov, zbornikov znanstvenih konferenc. Uporabili smo bibliografske baze podatkov (COBISS, CINAHL, MEDLINE, PubMed) pri čemer smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: koagulacija, antikoagulacijska terapija, varfarin, vitamin K, zdravstvena vzgoja in v angleškem jeziku: anticoagulant therapy, complication of oral anticoagulants, health education.

3.2 Opis instrumentarija

Za izdelavo raziskave smo uporabili strukturni instrument v obliki anketnega vprašalnika. Vprašalnik je vseboval 26 vprašanj. Uporabljena so bila vprašanja zaprtega tipa ter kombinirana vprašanja; vprašanja z eno ali več možnostmi odgovora. Oblikovali

smo ga na osnovi obdelane literature (Hrovat Bukovšek, 2015a; Mavri, 2015; Tratnik in Kvas, 2014; Žontar, 2014; Zalar, 2010) in je sestavljen iz petih sklopov. Prvi sklop vprašanj se nanaša na demografska vprašanja, drugi na osveščenost pacientov o jemanju kumarinov, tretji na upoštevanje nasvetov in priporočil za varno in učinkovito AKZ, četrti na poznavanje zapletov in ukrepov ob zapletih in peti na zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre. Pacienti so anketo izpolnili sami, predviden čas za izpolnitev le-te je bil 20 min.

3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v raziskavo so bili vključeni pacienti, ki prejemajo izključno kumarine. Vprašalnike so pacienti prejeli, ko so prišli na kontrolo v Antikoagulacijsko ambulanto Sevnica. Razdelili smo 100 vprašalnikov. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 76, kar predstavlja 76 % realizacijo vzorca.

Tabela 1: Opis vzorca za anketni vprašalnik

	št. odgovorov = 100	%
<i>spol</i>		
Moški	36	47 %
Ženski	40	53 %
<i>starost</i>		
do 40 let	0	0 %
41–50 let	1	1 %
51–60 let	4	5 %
61–70 let	18	24 %
71–80 let	33	43 %
81 - 90 let	19	25 %
91 let in več	1	1 %
<i>izobrazba</i>		
osnovna šola	31	41 %
poklicna šola	20	26 %
srednja šola	21	28 %
višja šola	4	5 %
visoka šola	0	0 %
univerzitetna dodiplomska izobrazba	0	0 %
magistrski ali doktorski študij	0	0 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za anketiranje je bilo pridobljeno pisno soglasje vodstva Zdravstvenega doma Sevnica ter soglasja anketirancev. Anketiranje smo izvedli v Antikoagulacijski ambulanti Sevnica. Anketne vprašalnike je medicinska sestra razdelila pacientom, ne glede na spol in starost, pa tudi ne glede na indikacijo za uvedbo in trajanje AKZ. Anketirane smo za sodelovanje v raziskavi, nagovorili preko kratkega uvodnega nagovora, ki je bil naveden na anketnem vprašalniku. Na vprašanja so odgovarjali med čakanjem na pregled. Na voljo jim je bila strokovna razlaga vprašanj. Izpolnjeno anketo so paci-

enti oddali v namensko škatlo, ki je bila nameščena v čakalnici Antikoagulacijske ambulante. Raziskava je potekala od 9. 3. do 21. 3. 2017. Podatke, pridobljene iz izpolnjenih vprašalnikov, smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel in SPSS. Rezultate smo prikazani v obliki tabel ter grafov. Uporabljena je statistična metoda analize podatkov iz vprašalnikov. Z deskriptivno oz. opisno statistično metodo smo pri merjenih spremenljivkah prikazali deleže in odstotke in izračunali hi kvadrat test.

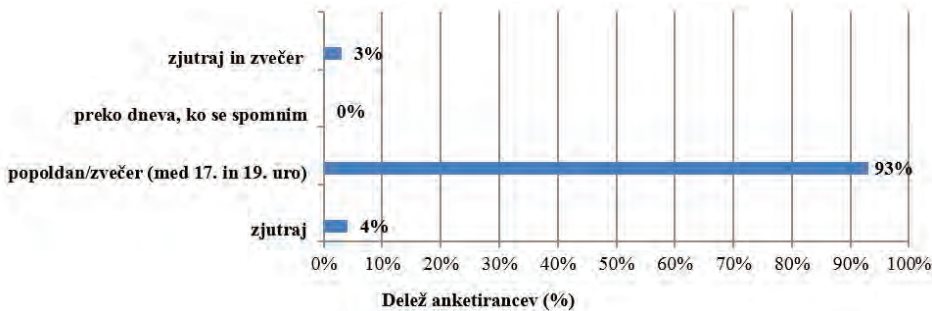
3.5 Etični vidiki raziskovanja

Pri izvajanju raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Anketa je bila anonimna. Vsi podatki so varovani in uporabljeni izključno za namen raziskave. Anketirancem smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, neškodovanja, samoodločbe, zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

4 Rezultati

67 (88 %) anketiranih prejema Marevan, 4 (5 %) prejema Sintrom, 5 (7 %) jih prejema drugo AK zdravilo. 41 (54 %) anketiranih prejema AKZ zaradi atrijske fibrilacije, 11 (15 %) zaradi umetne srčne zaklopke, 9 (12 %) zaradi globoke venske tromboze, 4 (5 %) zaradi pljučne embolije, drugo je navedlo 8 (11 %) anketiranih in 2 (3 %) anketiranih ne pozna vzroka.

Graf 1: Najprimernejši čas jemanja AK zdravila

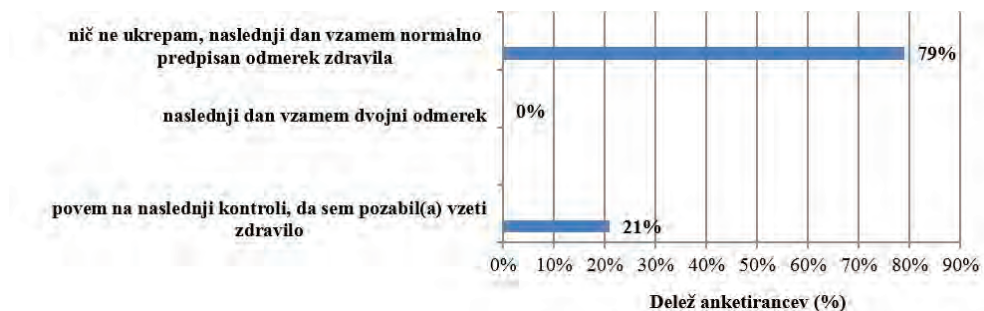


Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

Iz grafa 1 je razvidno, da 71 (93 %) anketiranih meni, da je najprimernejši čas jemanja AK zdravila popoldan/zvečer (med 17. in 19. uro).

70 (93 %) anketiranih nikoli ne pozabi vzeti odmerka zdravila med dvema kontrolama. 4 (5 %) pozabi vzeti odmerek zdravila med dvema kontrolama enkrat in samo 1 (1 %) je takšnih, ki odmerek zdravila pozabijo vzeti večkrat.

Graf 2: Ukrepi v primeru jemanja antibiotične terapije ob AKZ



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

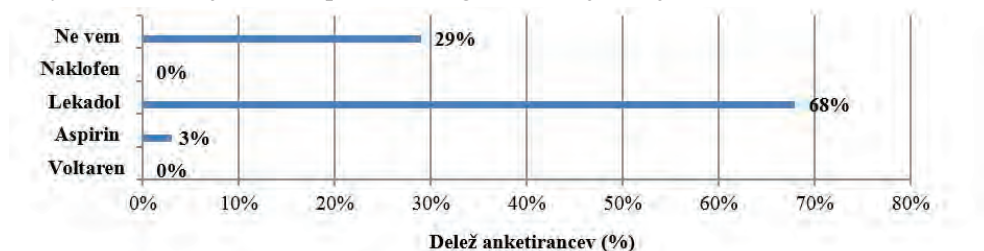
Graf 2 prikazuje, da 59 (79 %) anketiranih ne ukrepa ob pozabljenem odmerku zdravila in naslednji dan vzame normalno predpisan odmerek zdravila, 16 (21 %) pa na naslednji kontroli pove, da so pozabili vzeti odmerek zdravila.

48 (63 %) anketiranih meni, da vitamin K vsebujeta brokoli in zelje, 39 (51 %) zelena solata in špinacea, 15 (20 %), peteršilj, 5 (7 %), da se nahaja v čebuli ter ravno toliko, da se nahaja v melisi, metinem čaju. 22 (29 %) anketiranih ne ve, katera živila vsebujejo vitamin K.

21 (28 %) anketiranih popije 1 dl alkohola dnevno, 15 (20 %) 2 dl alkohola dnevno, 3 (4 %) 3 – 5 dl alkohola dnevno. 1 (1 %) anketiranih popije več kot 0,5 l alkohola dnevno in 36 (47 %) ne popije nič alkohola.

47 (62 %) anketiranih bi ob pričetku jemanja antibiotikov opravilo predčasno kontrolo v ambulanti in opozorili, da prejema antibiotik, 29 (38 %) pa ne bi storilo nič posebnega, kontrolo bi opravili, kot so naročeni.

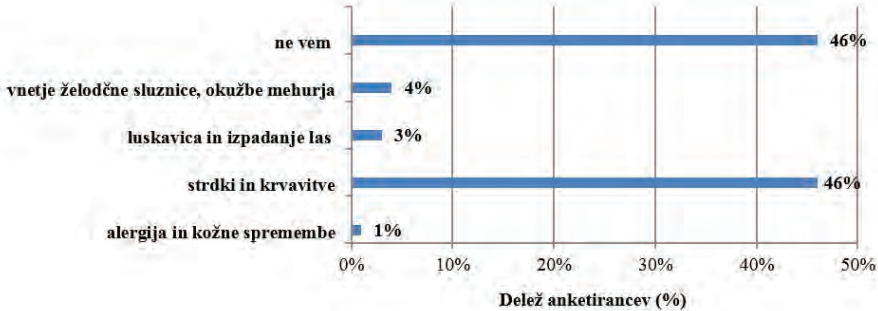
Graf 3: Poznavanje varne uporabe analgetikov ob jemanju AK zdravila



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

52 (68 %) anketiranih meni, da je najbolj varno zdravilo – analgetik ob jemanju kumarinov Lekadol, 2 (3 %), da je to Aspirin. 22 (29 %) ne ve, kateri analgetik je najvarneje uporabiti ob jemanju kumarinov (graf 3).

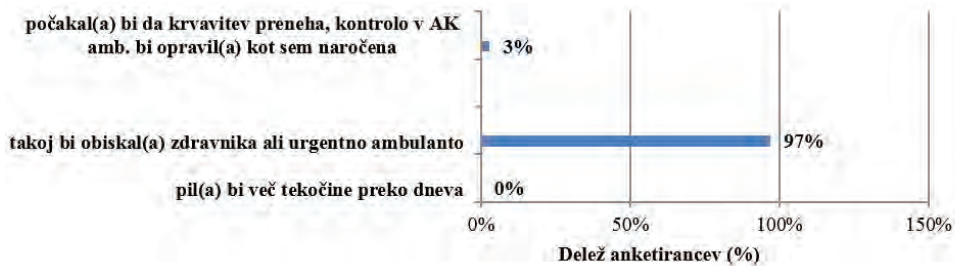
Graf 4: Osveščenost z najpogostejšimi zapleti ob AKZ



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

35 (46 %) anketiranih odgovarja, da sta najpogostejša zapleta pri zdravljenju s kumarini strdki in krvavitve, kar 35 (46 %) ne pozna najpogostejših zapletov ob zdravljenju s kumarini (graf 4).

Graf 5: Ukrepi ob pojavu hematurije



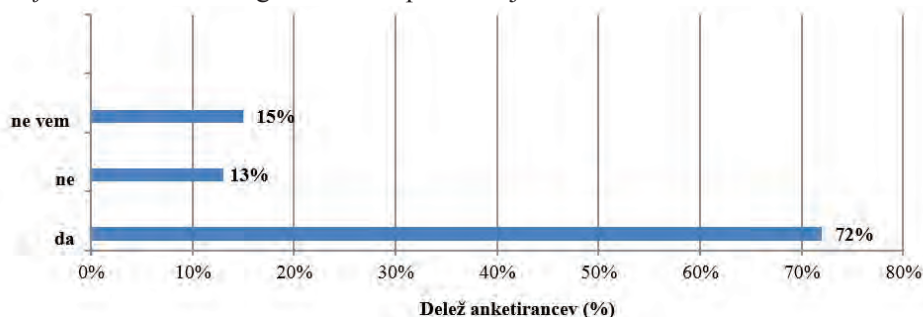
Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

74 (97 %) anketiranih bi ob pojavu krvavega urina takoj obiskalo zdravnika ali urgentno ambulanto, 2 (3%) bi počakalo, da krvavitev preneha, kontrolo v ambulanti bi opravilo kot so naročeni (graf 5).

57 (75 %) anketiranih meni, da prejema v AK ambulanti Sevnica dovolj navodil o pravilnem jemanju terapije, prehrane in možnih zapletih. 16 (21 %) meni, da dobijo nekaj (delno) navodil in 3 (4 %) meni, da dobi premalo navodil.

64 (84 %) anketiranih je zelo zadovoljnih, 12 (16 %) pa delno, s priporočili in nasveti medicinske sestre o AKZ.

Graf 6: Udeležba na organiziranem predavanju o AKZ



Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

54 (72 %) anketiranih bi se udeležilo organiziranega predavanja o AKZ, če bi jim medicinska sestra izročila vabilo (graf 6).

Postavili smo tri hipoteze in jih preverili s pomočjo Hi- kvadrat testa. Za vsako hipotezo smo izdelali križne tabele in primerjave med spremenljivkami, ter končni p izračun. P izračun je narejen za celotno primerjavo med spremenljivkami.

Hipoteza 1: Moški so bolj osveščeni o jemanju AK zdravila kot ženske. AK zdravilo moški jemljejo bolj redno in pravilno kot ženske. *Hipotezo zavrnamo.*

Med moškimi in ženskami pri nobeni spremenljivki ne ugotavljamo statistično značilnih razlik, glede osveščenosti o jemanju AK zdravil ($p^1 = 0,051$; $p^2 = 0,388$; $p^3 = 0,589$; $p^4 = 0,940$).

Ker je vrednost $p > 0,05$ pri vseh spremenljivkah; hipoteze 1 ne moremo potrditi.

Hipoteza 2: Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo, zaradi umetnih srčnih zaklopk, v večji meri upoštevajo priporočila in nasvete medicinske sestre, kot pacienti, ki prejemajo AK zdravilo zaradi atrijske fibrilacije. *Hipotezo delno potrdimo.*

Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo zaradi umetnih srčnih zaklopk, v večji meri upoštevajo priporočila in nasvete medicinske sestre kot pacienti z atrijsko fibrilacijo, lahko le delno potrdimo. Vrednost $p > 0,05$ smo dobili pri štirih spremenljivkah: ($p^1 = 0,881$; $p^3 = 0,288$; $p^4 = 0,731$; $p^5 = 0,861$); kar pomeni da ni statistično pomembnih razlik. Pri eni spremenljivki pa smo dobili vrednost $p^2 = 0,001$; kar pomeni da gre za statistično pomembno razliko ($p < 0,05$).

Hipoteza 3: Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo 2 leti ali manj so bolj zadovoljni z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre v AK ambulanti, kot pacienti ki so na AK več kot štiri leta. *Hipotezo delno potrdimo.*

Pacienti, ki prejemajo AK zdravilo 2 leti in manj so bolj zadovoljni z zdravstveno vzgojnim delom medicinske sestre kot pacienti, ki so na AKZ 4 leta, lahko le delno potrdimo.

Pri treh spremenljivkah smo dobili: ($p^1 = 0,895$; $p^2 = 0,5$; $p^4 = 0,747$), v teh primerih je $p > 0,05$ in ni statistično pomembnih razlik. Pri eni spremenljivki pa smo dobili vrednost $p^3 = 0,004$, kar pomeni da gre za statistično pomembno razliko ($p < 0,05$).

5 Razprava

V raziskavi je sodelovalo največ 33 (43 %) anketiranih iz starostne skupine od 71 do 80 let, 31 (41 %) ima končano samo osnovno šolo. Polovica 41 (54 %) anketiranih prejema AK zdravilo zaradi atrijske fibrilacije, 46 (61 %) je na AKZ že več kot 4 leta. Večina 67 (88 %) anketiranih prejema od kumarinov – Marevan.

Manj kot polovica anketiranih je navedla, da se pri INR nad 3,0 zveča nevarnost za krvavitve, tretjina, da se zmanjša nevarnost za strdke in tretjina, da se zveča nevarnost za strdke oz. niso vedeli pravega odgovora. Ugotavljamo, da so pacienti slabo osveščeni o nevarnostih ob zvišanih vrednostih INR. Spodbudno je, da je večina anketiranih osveščenih, da je najboljši čas za jemanje AK terapije zvečer oz. pozno popoldan med 17. in 19. uro. Samo dva sta navedla, da jemljeta kumarine 2 x na dan (zjutraj in zvečer), kar ni pravilno.

Raziskava je pokazala, da anketirani redno jemljejo AK zdravilo, 92 % jih nikoli ne pozabi vzeti zdravila, samo pet jih pozabi občasno. Prav tako znajo pravilno ukrepati v primeru pozabljenega odmerka, kajti nihče ne vzame dvojnega odmerka. Zadovoljni smo, ker pacienti jemljejo odmerke po predpisani shemi, samo dva pacienta občasno spreminjata, si prilagajata odmerke. Ugotovili smo, da med moškimi in ženskami ni statistično značilnih razlik v osveščenosti o jemanju AK zdravil.

Žontar (2014) ugotavlja, da ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo, saj s priporočili in nasveti, seznanji pacienta s pomenom in načinom pravilnega jemanja predpisanih AK zdravil. Pri tem se moramo zavedati, da bo le opolnomočen pacient, ki je sprejel svojo bolezen, z njo tudi kvalitetno živel. Draganič (2014) meni, da je za paciente zelo pomembno poznavanje delovanja zdravil in da se zavedajo, kako pomembno je redno jemanje AK terapije. Pomembno bi bilo še doseči takšno miselnost, da ni dovolj, da pacienti poznajo svojo bolezen, temveč da morajo dana navodila tudi striktno upoštevati in izvajati. Še posebej to velja za paciente, ki imajo trajno-doživetljensko AK terapijo.

Raziskava je pokazala, da pacienti vedo, da na urejenost AKZ vplivajo: način prehranjevanja, sočasno jemanje drugih zdravil in pitje alkoholnih pijač. Prav tako, jih je večina (86 %) navedla, da je potrebno enakomerno uživati zelenjavo in sadje čez celo leto. Tratnik in Kvas (2014) navajata, da pacientu svetujemo uravnoteženo in zdravo prehrano, se pa v zadnjem času bolj poudarja, da je uživanje sadja in zelenjave neomejeno, le dnevni vnos mora biti čez celo leto čim bolj enakomeren.

Dve tretjini anketiranih je znala naštetati nekaj živil, ki vsebujejo vitamin K (zelje, brokoli, zelena solata, špinača, peteršilj), ena tretjina pa ni vedela, katera živila vsebujejo vitamin K.

Polovica anketiranih (47 %) ne uživa nič alkohola, polovica pa jih dnevno popije 1 dcl, (kar je še dopustno) oz. 2 dcl alkohola, kar pa se pacientu popolnoma odsvetuje. Hrovat Bukovšek (2010) je na osnovi kvantitativne raziskavi na vzorcu 200 pacientov, ki so obiskovali AK ambulanto v Splošni bolnišnici Celje, ugotovila, da (77 %) pacientov prejme v AK ambulanti dovolj navodil o pravilnem jemanju AKT. Več kot

polovica (63 %) je upoštevalo navodila o prehranjevanju, uravnotežen vnos prehrane bogate z vitaminom K in C. 93 % vprašanih ob jemanju AK terapije ni uživalo nobenih alkoholnih pijač.

Deficit znanja ugotavljamo pri pacientih glede ukrepov, ko pričnejo z jemanjem antibiotične terapije in varne uporabe analgetične terapije. Malo več kot polovica anketiranih bi prišla na predčasno kontrolo, če bi pričeli z jemanjem antibiotika; kar je pravilno, ostalih (38 %) pa bi prišli na kontrolo šele ko so naročeni. Dve tretjini anketiranih vedo, da je Lekadol najvarnejši analgetik ob uporabi AKZ, ena tretjina pa varnega analgetika sploh ni znala opredeliti. Tratnik in Kvas (2014) ugotavljata, da je pri AKZ pomembno, katero protibolečinsko zdravilo pacient prejema, da ne pride posledično do spremembe rezultata INR, kar lahko težave.

Draganič (2014) v raziskavi na vzorcu 100 pacientov ugotavlja, da so pacienti dobro seznanjeni z AKZ in da upoštevajo dana navodila. Večina pacientov ve, da je ob jemanju AK terapije potrebno uživati uravnoteženo prehrano (80 %) in da se je potrebno pred vsakim manjšim ali večjim posegom predhodno posvetovati z zdravnikom v AK ambulanti (73 %).

Anketirani so navedli, da so seznanjeni oz. delno seznanjeni z možnimi zapleti ob jemanju AK zdravil. Dobili smo zaskrbljujoče rezultate; samo polovica jih je kot zapleta pravilno navedla strdke in krvavitve in kar polovica zapletov sploh ni znala navesti. Pojavi se dilema, ali pacienti resnično ne poznajo možnih zapletov ali pa jih je zmedlo vprašanje, in niso razumeli pomena besede »kumarini«. Mavri in Vene (2009) ugotavljata, da AKZ uspešno zmanjšuje verjetnost trombemboličnih zapletov. Da bi preprečili eno možgansko kap, moramo eno leto zdraviti 32 pacientov z AF.

Pri odločanju o uvedbi AKZ vedno tehtamo med tveganjem za trombembolične zaplete na eni in tveganjem za krvavitve na drugi strani (Bele, 2016). Večina možganskih kapi nastopi ob opustitvi zdravljenja ali ob nizki vrednosti INR pri zdravljenju z kumarini. Mavri (2014) navaja, da zdravljenje s kumarini tveganje za možgansko kap zniža za okoli 70 % in da ustrezna zdravstvena vzgoja pacientu omogoči razumevanje zdravljenja in je pomembna v preprečevanju zapletov zdravljenja trombemboličnih dogodkov in krvavitev. Mavri (2016) navaja, da so najpogostejši zaplet AKZ so krvavitve. Veliko krvavitev utrpi 3-5 % bolnikov.

Ugotavljamo, da so pacienti zelo dobro poučeni o ukrepih v primeru zapletov. Ob pojavu krvavitve iz nosu, bi večina pacientov izvedlo najprej prvo pomoč, nato pa bi obiskali zdravnika ali opravili čimprej pregled v AK ambulanti. Ob pojavu velike krvavitve (hematurije) pa bi (97 %) anketiranih, takoj obiskalo zdravnika oz. urgentno ambulanto.

Na osnovi pregleda dokumentacije opažamo, da so pacienti, ki so zadostno poučeni, sprejemljivi za nasvete, kompliantni, prejemajo zdravila pod nadzorom svojcev, navajajo bistveno manj nepravilnosti in težav ob AKZ, prav tako opažamo pri njih statistično manj pomembnih zapletov in redkeje prihajajo na predčasne kontrole (Hrovat Bukovšek, 2015b). Raziskava je pokazala, da so pacienti zadovoljni z informiranostjo (priporočili, nasveti) medicinske sestre; nihče ni navedel, da je nezadovoljen. Prav

tako menijo, da prejmejo v AK ambulanti Sevnica dovolj navodil o pravilnem jemanju AK zdravil, prehrani, možnih zapletih; samo trije anketirani menijo, da je teh navodil premalo. Anketiranci, ocenjujejo, da so dobro osveščeni o AKZ in kar dve tretjini anketiranih bi se udeležilo organiziranega predavanja o AKZ, če bi imeli to možnost. Hrovat Bukovšek (2015a) navaja, da v antikoagulacijski ambulanti Splošne bolnišnice Celje, vršijo zdravstveno vzgojo pri vsakem pacientu individualno, štirikrat letno pa organizirajo popoldanska predavanja za paciente in njihove svojce. Predavanja se udeleži po 30-50 udeležencev. Seznanijo jih s priporočili in nasveti za učinkovito jemanje AK zdravil in varno AKZ. Predavanje se zaključi z diskusijo. Ob vsakem kontrolnem pregledu se ponovno preveri pacientova poučenost, razumevanje in glede na ugotovljene potrebe; se vrši kontinuirana zdravstvena vzgoja.

Ključnega pomena, je da paciente in njegove svojce pravilno ter na primeren način poučimo o AKZ, upoštevati moramo razlike med spoloma, pripravljenost za sodelovanje in predznanje. Medicinska sestra v Antikoagulacijski ambulanti zdravstveno vzgojo načrtuje skupaj s pacientom, pacienta je potrebno motivirati, da aktivno sodeluje v učno vzgojnem procesu (Tratnik in Kvas, 2014).

6 Zaključek

V AK ambulanti prihaja medicinska sestra v stik s starejšo populacijo, starejši pacienti težko opustijo določene stare navade, še težje pa sledijo spremembam, novostim. Zdravstveno vzgojo je potrebno prilagoditi, dati jasna navodila, ter na razumljiv način informirati pacienta in svojce. Kontinuirana zdravstvena vzgoja posledično vpliva na večjo kakovost zdravstvene obravnave pacientov, pripomore k boljšemu poznavanju, nadzoru, vodenju in zmanjšanju zapletov AKZ. Na osnovi rezultatov raziskave smo ugotovili, da so pacienti v Antikoagulacijski ambulanti Sevnica na nekaterih področjih dobro poučeni in opolnomočeni, so pa nekatera področja, kjer ugotavljamo slabšo informiranost.

Raziskava je bila izvedena samo v eni od ambulant - AK ambulanti Sevnica; zato ne moremo posploševati pridobljenih rezultatov. Za bolj relevantne rezultate, bi bilo potrebno razširiti raziskavo še na druge AK ambulante, ki so organizirane na primarni, sekundarni in terciarni ravni.

Predvidevamo, da bo v prihodnosti potrebno nameniti še več časa zdravstveni vzgoji, saj število pacientov, ki potrebujejo AKZ narašča; življenjska doba pacientov pa se podaljšuje. Za opolnomočenje pacientov in svojcev so se tako individualna, kontinuirana kot organizirana predavanja izkazala kot učinkovita zdravstvenovzgojna metoda, zato bo potrebno v antikoagulacijski ambulanti Sevnica pričeti z organiziranimi predavanji ter dokumentiranjem in vrednotenjem zdravstvene vzgoje.

LITERATURA

1. Baker, J. W., Pierce, K. L. in Ryals, C. A. (2011). INR goal attainment and oral anticoagulation knowledge of patients enrolled in an Anticoagulation clinic in a Veterans affairs medical center. *Journal of managed care pharmacy*, 17 (2), 133–142.
2. Bele, D. (2016). Atrijska fibrilacija, najpogostejša motnja srčnega ritma. V T. Žontar (ur.), *Atrijska fibrilacija, žensko srce, prirojene srčne napake* (str. 5–14). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
3. Bohinc, M. in Gradišar, M. (2007). *Vloga managerja za izboljšanje delovnega okolja medicinskih sester*. Ustvarjalna organizacija. Kranj: Moderna organizacija.
4. Demir, F., Ozsaker, E. in Ozcan Ilce, A. (2008). The quality and suitability of written education al materials for patients. *Journal of clinical nursing*, 17 (2), 259–265.
5. Draganič, M. (2014). *Osveščenost bolnikov o antikoagulantni terapiji*. (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
7. Hrovat Bukovšek, A. (2010). *Izboljšanje kakovosti upravljanja antikoagulacijske ambulante v Splošni bolnišnici Celje* (Magistrsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
8. Hrovat Bukovšek, A. (2015a). *Vloga medicinske sestre v edukaciji bolnikov in svojcev v antikoagulacijski ambulanti*. V M. Vrabc (ur.), *Priročnik za antikoagulacijsko in antiagregacijsko zdravljenje* (str. 60–64). Ljubljana: Slovensko društvo za antikoagulacijsko in antiagregacijsko medicino.
9. Hrovat Bukovšek, A. (2015b). *Priporočila in nasveti medicinske sestre za učinkovito jemanje novejših antikoagulacijskih zdravil in varno antikoagulacijsko zdravljenje*. V T. Žontar (ur.), *Bolnik z miokardnim infarktom* (str. 105–118). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
10. Kobolt, A. (2009). *Skupina kot prostor socialnega učenja*. *Socialna pedagogika*. Ljubljana: Združenje za socialno pedagogiko.
11. Mavri, A. (2012). *Nova peroralna antikoagulacijska zdravila*. V A. Mavri (ur.), *Priročnik za uporabo novih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi* (str. 5–20). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri Združenju za žilne bolezni.
12. Mavri, A. (2014). *Vodenje bolnikov z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili*. V R. Hojs (ur.), *Koagulacija za vsak dan* (str. 141–147). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo.
13. Mavri, A. (2015). *Edukacijabolnikovpredvedbozdravila: Pradaxa, Xarelto, Eliquis*. Pridobljeno 26. 3. 2015, s http://www.trombo.net/index.php?option=com_content&task=view&id=70&Itemid=116
14. Mavri, A. (2016). *Indikacije za antikoagulacijsko zdravljenje in zdravljenje različnih rizičnih skupin*. V M. Bunc (ur.), *Kronična bolezen srca. Atrijska fibrilacija-celovit pristop k zdravljenju atrijske fibrilacije* (str. 47–49). Novo Mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini.
15. Mavri, A. in Vene, N. (2009). *Smernice za vodenje antikoagulacijskega zdravljenja*. 2.izd. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni pri združenju za žilne bolezni.
16. Nutescu, E. A. (2013). *New approaches to reversing oral anticoagulant therapy*. *American journal of health-system pharmacy*, 70 (1), 1–2.
17. Shaha, S. G. in Robinskon, I. (2011). *Patients' perspectives on self-testing of oral anticoagulant therapy: content analysis of patients' internet blogs*. *BMC health services research*, 11 (24), 1–13.
18. Sussex, F., Herne, D. in Scourfield, P. (2008). *Advanced Health and Social Care for NVQ Level 4 and Foundation Degree*. UK: Ashford Colour Press. Ltd.

19. Štemberger Kolnik, T. (2011). Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V A. Kvas (ur.), *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester* (str. 119–227). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov.
20. Tratnik, M. in Kvas, A. (2014). Zdravstvena vzgoja pacientov v Trombotični ambulanti Ajdovščina: V T. Štemberger Kolnik (ur.), *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik prispevkov z recenzijo 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo*, Izola, 31. januar, 2014 (str. 225–233). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
21. Vene, N. (2014). Antikoagulacijsko zdravljenje pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo. V R. Hojs (ur.), *Koagulacija za vsak dan: zbornik prispevkov z recenzijo ob simpoziju Koagulacije za vsak dan*, 24. in 25. januar 2014 (str. 87–92). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo.
22. Vižintin Cuderman, T. (2013). Zdravljenje z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili. V T. Žontar (ur.), *Internistična in kirurška obravnava kardiološkega bolnika z roko v roki* (str. 81–89). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
23. Zalar, M. (2010). Učinkovitost in varnost antikoagulacijskega zdravljenja ter nova antikoagulacijska zdravila. V T. Žontar (ur.), *Novi trendi v zdravstveni oskrbi srčno-žilnih bolnikov* (str. 77–85). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji.
24. Žontar, T. (2014). Zdravstvenovzgojno svetovanje pacientu, ki prejema nova antikoagulacijska zdravila. V A. Prestor (ur.), *Timski pristop k obravnavi pulmološkega pacienta* (str. 58–66). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
25. Žontar, T. in Jošt, M. (2011). Svetovanje bolnikom, ki prejemajo antikoagulacijsko zdravljenje. V A. Mrhar (ur.), *Klinična farmacija; Antikoagulantna terapija Golniški simpozij 2011*, zbornik prispevkov. Pridobljeno 14. 2. 2017, s https://www.google.si/search?q=http://golniski_simpozij_2011_klinicna_farmacija_zbornik_prispevkov.pdf&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox.

Uporaba telemedicine pri spremljanju pacienta s srčnim popuščanjem v domačem okolju

UDK 616.12-052+61:621.39

KLJUČNE BESEDE: telemonitoring, e-zdravje, kronična obolenja, medicinske sestre/zdravstveniki

POVZETEK - Kronično srčno popuščanje je bolezensko stanje, ko srce ne zmore več črpati dovolj krvi brez aktivacije dodatnih mehanizmov. Navzoče je pri 2-5 % populacije. Pri teh pacientih je potrebna sprememba življenjskega sloga in redno jemanje zdravil. Eden izmed načinov vodenja pacienta s srčnim popuščanjem v domačem okolju je telemonitoring, s katerim spremljamo naslednje pacientove parametre: srčni utrip, krvni pritisk, glukozo v krvi, saturacijo. Na osnovi izmerjenih vrednosti lahko zgodaj prepoznamo pojav srčne dekompenzacije pri pacientih, ki jih spremljamo. Namen prispevka je ugotoviti, ali uporaba telemonitoringa izboljša zdravstveno stanje pacienta. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature, ki smo jo iskali s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, Medline, ERIC in z iskanjem ustreznih referenčne literature v najdenih virih. V končno analizo smo vključili 7 izvirnih znanstvenih člankov. Pokazalo se je, da je telemonitoring lahko dobra rešitev za spremljanje ljudi s srčnim popuščanjem po odpustu iz bolnišnice, saj zmanjša umrljivost in pogostost hospitalizacij pri nekaterih skupinah pacientov. Vloga medicinske sestre oziroma zdravstvenika še ni natančno določena, vendar bo zagotovo imela svoje mesto pri telemonitoringu pacienta.

UDC 616.12-052+61:621.39

KEY WORDS: telemonitoring, ehealth, chronic disease, nurse

ABSTRACT - Chronic heart failure is a disease in which the heart cannot pump enough blood without the use of compensatory mechanisms. It is present in 2-5% of the population. These patients need to change their lifestyle and take their medicine regularly. One way of managing the patient with heart failure in the home environment is telemonitoring, which monitors the patient's parameters, such as heart rate, blood pressure, glucose levels and saturation. With the information obtained, we can identify the patient's heart function decompensation early. The purpose of the article was to determine whether telemonitoring improves the patient's medical condition. A descriptive work method with a literature review was used. We searched for the literature in the CINAHL, Medline, ERIC databases and by searching for the relevant reference literature in the found sources. 7 original scientific articles were used in the final analysis. It was found that telemonitoring can be a good solution for the heart failure patient after discharge, as it reduces the mortality and frequency of hospitalisation in some patient groups. The role of the nurse is yet to be defined, but will certainly have its place in patient telemonitoring.

1 Teoretična izhodišča

Srčno popuščanje (SP) je stanje, pri katerem je zaradi neustreznega delovanja srca minutni volum kljub normalnemu polnitvenemu tlaku, premajhne za presnovne potrebe tkiv, ali pa to zmore samo s komenzatornimi mehanizmi. Klinično je SP sindrom, ki ga sestavljajo dispnea, utrujenost in zadrževanje tekočine (periferni edemi in zvišan jugularni veski tlak) (Tušek - Bunc, 2014).

Epidemiološko je SP navzoče pri 2–5 % populacije, pri starostnikih pa ta delež presega 10 %. Pogostost iz leta v leto narašča; po nekaterih napovedih naj bi delež starostnikov s SP do leta 2040 presegel 20 % (Voga in Vrtovec, 2011).

Načini zdravljenja so povezani s stopnjo napredovanja bolezni. Pri blagi obliki bolezni so dovolj nefarmakološki ukrepi in zdravljenje z zdravili, pri napredovalem SP pa pridejo v poštev invazivne in kirurške metode zdravljenja. S farmakološkim zdravljenjem poskušamo zmanjšati simptome (in posledično zmanjšati pogostost poslabšanj in hospitalizacij) in podaljšati življenje. Nefarmakološki ukrepi obsegajo omejitve vnosa tekočine in soli na 2-3g dnevno. Priporoča se zmanjšanje telesne teže in prenehanje kajenja. Za koristno se je pokazala tudi telesna vadba, ki lahko izboljša telesno zmogljivost pacientov. Pacientom svetujemo vsakodnevno tehtanje in jih, če je le mogoče naučimo samoodmerjanja diuretikov glede na telesno težo (Voga in Vrtovec, 2011).

Pacienti s SP se soočajo s progresivnim slabšanjem bolezni in spremljajočimi simptomi, ki lahko zahtevajo nujno zdravstveno obravnavo in večkrat vodijo v pogoste hospitalizacije in pogosto potrebo po medicinski pomoči. Oddaljen monitoring (telemonitoring) pacientov s SP lahko omogoči učinkovit način za obravnavo pacientov brez potrebe po osebnem srečanju (Maeng idr., 2014). Izrazi telezdravje, telemedicina in telemonitoring so pogosto uporabljeni kot sinonim v literaturi in klinični praksi. Telemonitoring je oddaljen monitoring pacienta s kronično boleznijo (e.g. kronično srčno popuščanje, kronično pljučno boleznijo, sladkorno boleznijo itd.) z uporabo strukturiranega vprašalnika o zdravstvenem stanju (znakov in simptomih itd.) in spremljanjem vitalnih funkcij (e.g. krvni tlak, pulz, saturacija, telesna teža itd.), ki se elektronsko posredujejo zdravstvenemu delavcu za pregled (Goode, Crundall-Goode in Barrett, 2014). Telemonitoring je obetavna strategija za izboljšanje kliničnega izida SP, saj omogoča spremljanje pacientovega zdravstvenega stanja na daljavo tako, da lahko zdravstveni delavci zgodaj in pravilno ukrepajo, če ugotovijo prisotnost znakov poslabšanja bolezni (Chaudhry idr., 2010).

Uporabo telemonitoringa omenjajo tudi Smernice Evropskega sveta za kardiologijo (European Society of Cardiology Guidelines, 2016). Pacienti s SP imajo korist pri rednih pregledih in monitoringu zdravstvenega stanja, saj jim to lahko zagotovi odmero varne in optimalne doze zdravil ter se jim pravočasno odkrijejo različne komplikacije ali poslabšanje bolezni, kar lahko zahteva spremembo zdravstvene obravnave (npr. nastanek atrijske fibrilacije ali anemije). Monitoring lahko izvaja pacient doma sam z oddaljenim monitoringom z ali brez vstavljenimi napravami ali s strukturiranim telefonskim pogovorom. Optimalne metode se razlikujejo glede na lokalno organizacijo, vire in razlikujejo se tudi med pacienti (European Society of Cardiology Guidelines, 2016).

Anker, Koehler in Abraham (2011) navajajo nekaj primerov parametrov oziroma meritev, ki jih lahko preko sistema telemedicines pacient izmeri sam in posreduje zdravstvenemu delavcu v zdravstveno ustanovo (Tabela 1).

Tabela 1: Primeri meritev, ki jih lahko pridobimo s sistemom telemedicine (Anker, Koehler in Abraham, 2011)

	<i>Priporočena pogostost ocene</i>	<i>Način meritve</i>
<i>Neinvazivne metode</i>		
Sistolni in diastolni krvni tlak (mmHg)	Dnevno	Pacient sam
Pulz (utripov/minuto)	Dnevno	Pacient sam
3-kanalni EKG	Dnevno	Pacient sam, potrebuje elektrode
Sistolni čas	Dnevno	Pacient sam, prek EKG-ja
Variabilnost utripa	Dnevno	Pacient sam, prek EKG-ja
Telesna teža (kg)	Dnevno	Pacient sam
Glukoza v krvi	Individualno	Pacient sam, s primerno napravo
Plazemska koncentracija natriuremičnih peptidov	Tedensko-mesečno	Pacient sam, s primerno napravo
Saturacija	V primeru slabega zdravstvenega stanja	Pacient sam, s primerno napravo
Postavljena vprašanja	Dnevno-mesečno	Naprava postavi vprašanja pacientu
<i>Invazivne metode</i>		
Pulmonarni arterijski tlak	Dnevno	Avtomatsko
Tlak v levem atriju	Dnevno	Avtomatsko
Impedanca	Dnevno	Avtomatsko
Prepoznavanje ogrožajočih aritmij življenjsko	Dnevno	Avtomatsko

Namen prispevka je proučiti različne metode oddaljenega monitoringa pri pacientih s SP ter vlogo medicinske sestre pri telemonitoringu. Postavili smo si raziskovalno vprašanje: Ali uporaba telemonitoringa pri pacientu s SP po odpustu vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta?

2 Metode dela

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom tuje in domače strokovne in znanstvene literature. Kot osnovna literatura so bile uporabljene smernice Evropskega kardiološkega združenja (2016) ter v njih navedene raziskave ter knjiga Interna medicina iz leta 2011. Iskanje literature je potekalo tudi s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, Medline in ERIC. Vključitveni kriteriji so bili literatura v angleškem jeziku, recenzirani članki in čas objave v obdobju od leta 2010 do leta 2018. Za iskanje literature smo izbrali ključne besede s smiselno uporabo Boolovih operaterjev AND in OR: heart failure, chronic heart failure, telemedicine, telehealth, telenursing, ehealth, nurse, nursing. Pri končni analizi so bili upoštevani samo najdeni članki z randomiziranimi kontroliranimi raziskavami. V končno analizo smo vključili 7 izvornih

znanstvenih člankov. Pregled literature je vseboval tudi iskanje ustrezne referenčne literature v najdenih dokumentacijskih virih.

3 Rezultati

V pregledanih raziskavah so ocenjevali različne metode telemedicine in spremljanja pacienta s SP po odpustu v domačo oskrbo. Zaradi različnih vlog in nalog medicinske sestre je bilo proučevanih več različnih metod telemonitoringa, ki se razlikujejo metodološko in glede na rezultat raziskave. V končno analizo smo vključili samo randomizirane raziskave. Predstavitev analize vključenih raziskav z ugotovitvami je predstavljena v Tabeli 2.

Tabela 2: Analiza randomiziranih raziskav o uporabi telemonitoringa pacientov s kroničnim srčnim popuščanjem

<i>Avtorji</i>	<i>Metodologija</i>	<i>Namen</i>	<i>Oblika telemonitoringa</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>
Boyne idr., 2012	Multicentrična randomizirana raziskava 382 pacientov funkcijskega razreda NYHA II-IV.	Ugotoviti, ali telemonitoring zmanjša pogostost hospitalizacij v roku 1 leta.	Pacienti so prejeli napravo z zaslonom in štirimi funkcijskimi gumbi. Naprava je avtomatsko dnevno komunicirala s pacientom, ki je odgovarjal na prednastavljena vprašanja o znanju o SP in simptomih. Odgovori so bili posredovani računalniški postaji s katero je upravljala medicinska sestra s specialnimi znanji.	Dokazane niso bile bistvene razlike, vendar raziskava nakazuje, da bi lahko telemonitoring zmanjšal pogostost ponovnega sprejema in zmanjšal potrebo po kontaktu z medicinskimi sestrami s specialnimi znanji. Avtorji spodbujajo dodatne raziskave.
Chaudhry idr., 2010	Randomizirana raziskava 1653 pacientov.	Oceniti vpliv telemonitoringa na pogostost sprejema oziroma smrti v prvih 180 dneh po začetku raziskave ter hospitalizacij zaradi srčnega popuščanja in števila dni preživetih v bolnišnici.	Pacienti so simptome in telesno težo dnevno sporočali interaktivni avtomatski tajnici, ki je zbirala informacije in jih posredovala zdravniku.	Dokazali niso nobene prednosti pri tej metodi telemedicine vendar avtorji omenijo omejenost takega načina spremljanja pacienta, saj bi lahko izvedena zdravstvena vzgoja, pomoč pri upravljanju z zdravili ali podpora bližnjih izboljšali učinkovitost intervencije.

Inglis, Clark, Dierckx, Prieto-Marino in Cleland, 2015	Pregled 41 recenziranih randomiziranih kontroliranih raziskav.	Oceniti učinkovitost strukturiranega telefonskega pogovora in neinvazivnega telemonitoringa pri pacientih s srčnim popuščanjem.	Strukturiran telefonski pogovor oziroma neinvazivnimi telemonitoring – različni glede na raziskavo.	Neinvazivni telemonitoring in strukturirani telefonski pogovor sta zmanjšala smrtnost in število hospitalizacij zaradi srčnega popuščanja. Intervenciji sta tudi pokazali izboljšanje kakovosti življenja, izboljšanje znanja o srčnem popuščanju in samooskrbi. Večina pacientov, tudi starejši, so se naučili uporabljati tehnologijo.
Angermann idr., 2012	Randomizirana raziskava 715 pacientov.	Oceniti razliko med standardno obravnavo pacienta in telemonitoringom po odpustu. Ocenjevan je bil čas do ponovne hospitalizacije oziroma smrti.	Izvedenih je bilo več intervencij: - medicinska sestra je izvajala zdravstveno vzgojo že v bolnišnici, pred odpustom. Posredovala je tudi učno gradivo in shemo za beleženje vitalnih znakov. - Strukturiran telefonski pogovor z 19 delnim vprašalnikom o srčnem popuščanju, zdravlilih, počutju in zdravju (trajal je 10-15 min). - Učenje titracije zdravil (diuretikov) po potrebi in po konzultaciji zdravnika. - Kontaktiranje zdravnika specialista s strani medicinske sestre (če je bilo to potrebno). - Supervizija in spremljanje ravni znanja medicinskih sester, za zagotavljanje prenosa kakovostnih informacij.	Opazili niso statistično pomembne razlike v številu rehospitalizacij, dokazano pa je bilo zmanjšanje mortalitete. Pacienti so napredovali v NYHA razredu in izboljšali kakovost življenja, ter bili doslednejši pri pravilnem jemanju zdravil.

Koehler idr., 2012	Randomizirana Multicentrična raziskava 710 pacientov funkcijskega razreda NYHA II-III. Razdeljeni so bili dodatno v 12 podskupin glede na leta, spol, NYHA razred, LVEF in druge.	Ocenjevala se je smrtnost ter pogostost hospitalizacij.	Dnevno spremljanje pacientovih parametrov (EKG, krvni tlak, telesna teža) s pomočjo prilagojenih aparaturn in strukturiran telefonski pogovor enkrat mesečno.	Nekatere podskupine pacientov imajo lahko potencialno korist pri uporabi telemonitoringa.
Koehler idr., 2018	Randomizirana Multicentrična raziskava 1571 pacientov funkcijskega razreda NYHA II-III, ki niso kazali simptomov depresije.	Ocenjevala se je smrtnost ter pogostost hospitalizacij.	Dnevno spremljanje telesne teže, krvnega tlaka, pulza, analiza srčnega ritma, saturacije s pomočjo prilagojenih aparaturn in samoocene zdravstvenega stanja (od 1 do 5). Pacienti so imeli na voljo pomoč medicinske sestre s specialnimi znanji in strukturiran telefonski pogovor enkrat mesečno.	Strukturirano oddaljeno spremljanje določenih pacientov lahko zmanjša število hospitalizacij in zmanjša smrtnost.
Lynga idr., 2012	Randomizirana kontrolirana raziskava 344 pacientov.	Ocenjevala se je pogostost rehospitalizacij.	Dnevno tehtanje. Pacient je ob nenadnem povišanju telesne teže več kot 2 kg v 3 dneh kontaktiral zdravstveno pomoč.	Dokazana ni bila nobena razlika v številu hospitalizacij.

4 Razprava

Po pregledu in analizi randomiziranih kontroliranih raziskav ugotovljamo, da spremljanje pacienta v domačem okolju s pomočjo telemonitoringa, vpliva na njihovo zdravstveno stanje, saj lahko medicinska sestra s specialnimi znanji na osnovi prejetih parametrov nudi pacientu takojšnja pomoč in nasvete. V različnih raziskavah, ki so dokazovale učinkovitost uporabe telemonitoringa so bile uporabljene različne metodologije spremljanja pacientovih parametrov, vanjo so bili vključeni pacienti z različnimi stopnjami SP in za pacientovo spremljanje določenih parametrov so bile uporabljene različne naprave. Prav tako smo ugotovili razlike med kompetencami zdravstvenih delavcev in v načinih spremljanja pacientov. Chaudhry idr. (2010) niso ugotovili pozitivnega doprinosu telemonitoringa, in poudarjajo, da je pomembno natančno določiti katera strategija telemonitoringa je bolj učinkovita in pri katerih skupinah pacientov, preden se telemonitoring vključi v širšo uporabo. Ena izmed večjih raziskav, ki je ugotovljala katera skupina pacientov ima največjo korist pri uporabi telemedicine je

bila študija TIM-HF, ki so jo izvedli Koehler idr. (2012). Z raziskavo so ugotovili, da telemonitoring ni bil primeren za depresivne paciente, zato so v nadaljnji TIM-HF2 raziskavi (Koehler idr., 2018) te paciente izključili in posledično dokazali pozitiven rezultat telemonitoringa.

Pomanjkanje kakovostnih dokazov je prisotno tudi na področju različnih intervencij oziroma parametrov, ki jih z uporabo telemedicine spremljamo. Lynga idr. (2012) so preučevali ali merjenje telesne teže trikrat tedensko zmanjša število hospitalizacij in mortaliteto, vendar niso ugotovili pozitivnih rezultatov. V randomizirani raziskavi, ki so jo opravili Boyne idr. (2012) so poskušali izboljšati znanje pacienta o srčnem popuščanju in tako opolnomočiti pacienta pri prepoznavanju simptomov ter izboljšati njegovo samovodenje bolezni. Raziskava ni pokazala statistično pomembnega zmanjšanja števila hospitalizacij v času enega leta, najverjetneje zaradi premajhnega vzorca pacientov. Avtorji poudarijo, da je pomembna redna uporaba sistema, zato mora telemonitoring spodbujati sodelovanje pacientov (Boyne idr. 2012). Drugi avtorji, npr. Angermann idr. (2012) so s pomočjo telemonitoringa izvajali več različnih intervencij, kjer je imela ključno vlogo medicinska sestra kot mentorica, koordinatorka in izvajalka zdravstvene vzgoje. Opazili niso statistično pomembne razlike v številu rehospitalizacij, dokazano pa je bilo zmanjšanje mortalitete. Avtorji so poudarili pomembnost komorbidnosti pri obravnavi pacienta s SP, saj je več kot 80 % pacientov iskalo pomoč tudi zaradi drugih težav, kot so depresija, kognitivni upad, ledvična ali pljučna disfunkcija, diabetes, anemija in različni tipi bolečin.

Podporo telemonitoringa nudijo pacientom s srčnim popuščanjem in pacientom s sladkorno boleznijo tudi v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, vse od leta 2014. Vzpostavili so Center za zdravje na daljavo koroške Regije, ki je do sedaj nudil podporo telemonitoringa okoli 550 pacientom. Podpora je namenjena pacientom v domačem okolju za pomoč pri samovodenju kronične bolezni. Storitve telemonitoringa je pokazala izboljšanje spremljanih parametrov, klinične slike pacientov in upad števila hospitalizacij (Rudl idr., 2016).

5 Zaključek

Za spremljanje zdravstvenega stanja pacientov s SP lahko uporabimo telemonitoring, ki nam omogoča spremljanje določenih pacientovih parametrov kot so vrednost krvnega tlaka, pulza, saturacije, telesne teže, ravni glukoze v krvi itd. Z analizo raziskav v katerih so proučevali prednosti spremljanja pacientov v domačem okolju s pomočjo telemonitoringa, smo ugotovili, da so v nekaterih od teh raziskav ugotovili statistično pomembno razliko glede zmanjšanja števila hospitalizacij, smrtnosti, izvedenih intervencij, kakovosti življenja pacientov, njihovega znanja o bolezni in samovodenja bolezni. Pacienti so izpostavili, da je stalni nadzor nad njihovim zdravstvenim stanjem vplival na njihov občutek varnosti in zavedanja, da bodo dobili pomoč s strani zdravstvenih strokovnjakov takoj, ko jo bodo potrebovali.

Telemonitoring zdravstvenim strokovnjakom omogoča hiter dostop do informacij, hitro in zanesljivo izmenjavo strokovnih mnenj in nudi možnost za kontinuirano spremljanje pacientov na daljavo. Postaja nepogrešljiv element v sistemu zdravstvenega varstva.

LITERATURA

1. Angermann, C. E., Stork, S., Glebrich, G., Faller, H., Jahns, R., Frantz, S. idr. (2012). Mode of action and effects of standardized collaborative disease management on mortality and morbidity in patients with systolic heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 5 (1), 25–35.
2. Anker, D. S., Koehler, F. in Abraham, W. T. (2011). Telemedicine and remote management of patients with heart failure. *Lancet*, 378, 731–739.
3. Atkin, P in Barret, D. (2012). Benefits of telemonitoring in the care of patients with heart failure. *Nursing standard* 27 (4), 44–48.
4. Boyne, J. J. J., Hubertus, V. J. M., Crijns, J. G. M. H., Weerd, D. G., Kragten, J. in Gorgels, P. M. A. (2012). Tailored telemonitoring in patients with heart failure: results of a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of heart failure*, 14, 791–801.
5. Brennan, F. P., Casper, R. G., Burke J. L., Johnson A. K., Brown, R., Valdez S. R. idr. (2010). Technology-enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: Home implementation and evaluation. *Heart & lung*, 39 (6), 34–46.
6. Brewster, L., Mountain, G., Wessels, B., Kelly, C. in Halwey, M. (2013). Factors affecting frontline staff acceptance of telehealth technologies: a mixed method systematic review. *Journal of advanced nursing*, 70 (1), 21–33.
7. Chaudhry, S. I., Mattern, J. A., Curtis, P. J., Spertus, J. A., Herrin, J., Lin Z., idr. (2010). Telemonitoring in patients with heart failure. *New England Journal of Medicine*, 363, 2301–2309.
8. Goode, K. M., Crundall - Goode, A. in Barrett, D. I. (2014). Measuring the effectiveness of home telemonitoring. *British journal of healthcare management*, 20 (4), 165–171.
9. Inglis, C. S., Clark, R. A., Dierckx, R., Prieto - Merino, D. in Cleland, J. G. F. (2015). Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
10. Koehler, F. idr. (2012). Telemedicine in heart failure: Pre-specified and exploratory subgroup analyses from the TIM-HF trial. *International journal of cardiology*, 161, 143–150.
11. Koehler, F. idr. (2018). Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *The Lancet*.
12. Lyngå, P., Persson, H., Hagg - Martinell, A., Hagglund, E., Hagerman, I., Langius - Eklof, A. in Rosenqvist, M. (2012). Weight monitoring in patients with severe heart failure (WISH). A randomized controlled trial. *European journal of Heart Failure*, 14, 438–444.
13. Maeng, D. D., Starr, A. E., Tomcavage, J. F., Sciandra, J., Salek, D. in Griffith, D. (2014). Can telemonitoring reduce hospitalization and cost of care? A health plan's experience in managing patients with heart failure. *Population health management*, 17 (6), 340–344.
14. Messina, W. (2016). Decreasing congestive heart failure readmission rates within 30 days at the Tampa VA. *Nursing administration quarterly*, 40 (2), 149–152.
15. Peate, I. (2013). Technology, health and the home: eHealth and the community nurse. *British journal of community nursing*, 18 (5), 222–227.
16. Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, D. S., Bueno, H., Cleland, G. F. J., Coats, J. S. A. idr. (2016). 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37,(27), 2129–2200. Pridobljeno 26. 7. 2018, s <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>.

17. Rudel, D., Slemenik - Pušnik, C., Epšek - Lenart, M., Pušnik, S., Balorda, B. in Lavre, J. (2016). Telemedicine support to patients with chronic diseases for better long-term control at home. *Zdravniški vestnik*, 85, 676–685.
18. Steckler, E. A., Bishu, K., Wassif, H., Sigurdsson, G., Wagner, J., Jaenicke, C. idr. (2011). Telephone titration of heart failure medications. *Journal of cardiovascular nursing*, 26 (1), 29–36.
19. Tušek - Bunc, K. (2014). Bolnik s koronarno boleznijo in srčnim popuščanjem v ambulantni družinski medicine. V K. Tušek - Bunc (ur.), 8. Mariborski kongres družinske medicine. str. 21–29. Maribor: Zavod za razvoj družinske medicine.
20. Voga, G. in Vrtovec, B. (2011). Srčno popuščanje. V D. Štajer (ur.) in M. Koželj (ur.), *Interna medicina* (str. 171–185). Ljubljana: Littera Picta: Slovensko medicinsko društvo.
21. Wagner, J. A. (2010). Phone triage for the heart failure patient. *The journal for nurse practitioners*, 6 (10), 794–798.
22. Williams, C. in Wan, T. H. T. (2016). The influence of remote monitoring on clinical decision making: A pilot study. *Home health care management & practice*, 28 (2), 86–93.

Brez komunikacije ne gre

UDK 616-083:316.77

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, terapevtski odnosi, relacijske potrebe, kompetentnost

POVZETEK - Celostna obravnava pacienta je tema, ki jo vedno znova poudarjamo, hkrati pa ob konkretni izpostavitvi te vsebine pogosto naletimo na relativizacijo in poenostavljanje. Kadar se soočamo s kompleksnimi negovalnimi problemi, ki vključujejo tudi potrebo po vzpostavljanju terapevtskega odnosa in obvladovanju komunikacijskih veščin, se pogosto dogaja, da smo v zadregi zaradi nezadostne komunikacijske kompetentnosti. Prispevek predstavi značilnosti odnosnega komuniciranja in temeljne značilnosti terapevtske komunikacije. Osredotoči se na zadovoljevanje relacijskih potreb in terapevtsko uglašenost kot pogoj za uspešno zdravljenje. Avtorica, ki izhaja iz svoje psihoterapevtske izkušnje, v empiričnem delu predstavi analizo intervjuja z izkušeno medicinsko sestro, ki je svoje znanje nadgradila z univerzitetnim študijem. Raziskava, ki je del širše kvalitativne raziskave s področja doživljanja kompetentnosti, kaže, da je nadgrajevanje na področju učenja komunikacijskih veščin in osebne rasti nujno za profesionalno kompetentnost.

UDC 616-083:316.77

KEY WORDS: communication, therapeutic relationship, relational needs, competence

ABSTRACT - The article deals with the patient's comprehensive treatment, a topic that is repeatedly emphasised, but at the same time the concept itself is simplified. When faced with the patient's complex health care needs, which include the need to establish a therapeutic relationship and management of communication skills, there is often an embarrassment present due to insufficient experience or communication competence. The article presents the characteristics of the nurse-patient communication and the basic characteristics of therapeutic communication. It focuses on meeting relational needs and therapeutic attunement as a condition for successful treatment. The author, deriving from her psychotherapeutic experience, presents (as a part of the empirical work) the analysis of the interview with the experienced clinical nurse, who upgraded and theoretically supported her knowledge with university studies. The research, a part of a wider qualitative research in the field of experiencing communication skills competence, shows that professionally competent experience needs upgrading in the field of communication skills and personal growth.

1 Uvod

Kot medicinska sestra, socialna pedagoginja in integrativna psihoterapevtka se vedno znova srečujem s pomenom vzpostavljanja komunikacije, na kateri temelji uspešnost celotnega procesa in vzajemnega odnosa med pacientom oziroma klientom ter medicinsko sestro oziroma svetovalcem in terapevtom, kajti »niti dva človeka na tem planetu nimata enakih predstav ali razumevanja za iste besede. Vsaka beseda v človeku sproži prepleteno mrežo slik, glasov in občutkov. Vse te slike, glasovi in občutki nas spreminjajo (...) in edinstveno usmerjajo k sebi in k drugim« ... (Green, 1991, str. 11).

Komuniciranje je življenjski element, v katerega se rojevamo kot kulturna bitja, v katerem živimo, ustvarjamo, se realiziramo, skratka, je neizogiben in univerzalen del našega bivanja in bistva (Ule, 2005, str 9). Naše dobro počutje je pomembno odvisno od sposobnosti, da konstruktivno in učinkovito upravljamo s komuniciranjem in odnosi. To seveda ni enostavno, saj komuniciranje ni prirojena sposobnost. Komunikacije se

učimo vse življenje in je nikoli ne obvladamo dovolj dobro v smislu, da bi lahko v danem trenutku odnehali izpopolnjevati lastne veščine komuniciranja. Komuniciranje je zelo širok pojem, ki vsebuje tako procese med ljudmi kot procese v nas samih in to še posebej velja za terapevtsko komunikacijo.

2 Teoretična izhodišča

2.1 Odnosno komuniciranje

Če govorimo o komuniciranju kot procesu, potem bi radi s tem poudarili povezave dogodkov, socialno interakcijo med udeleženci. Komuniciranje se večkratno in na več ravneh prepleta z odnosi med ljudmi, tako da v komunikacijski situaciji praktično ni mogoče razlikovati komuniciranja od odnosov. Zato izraz odnosno komuniciranje zajema mnogo oblik, načinov in ravni komuniciranja, predvsem pa se nanaša na proces komuniciranja v medosebnih odnosih, na socialne interakcije med ljudmi (Ule, 2005, str. 264). Vsakdo nenehno sodeluje v komunikacijski dejavnosti. S tem spreminja elemente v procesu komuniciranja in ustvari povsem drugačen komunikacijski dogodek. Vsak komunikacijski proces poteka na ozadju socialnih odnosov, to pomeni socialnih interakcij in njihovega simbolnega pomena. Socialni odnosi »potekajo« in ne le »obstajajo«. Potekajo kot komunikacijsko dogajanje, v katerem udeleženci dogajanja drug drugemu predstavijo sebe, svoja videnja in odnose med njimi. Pravzaprav lahko govorimo kar o transakcijski naravi komuniciranja: komuniciranje je socialni proces, v katerem se dogaja nenehen medsebojni vpliv komunikacijskih partnerjev (Müller, 2002, v: Ule, 2005). Transakcijski pogled na komuniciranje poudarja pomen konteksta. Ne opazujemo le nenehnega medsebojnega vplivanja, ampak učinke socialnega konteksta. Transakcijska narava komuniciranja pomeni, da je vsako komuniciranje do neke mere edinstveno. Komunikacijska situacija nastopi z določenimi ljudmi, v določenih situacijah in se nenehno spreminja, četudi udeleženci ostajajo isti. Dogodki in procesi se dogajajo v času, vendar je bistvo procesa prav v tem, da nakazuje niz dogodkov, ki nimajo dokončnih meja. Gre za nikoli dokončan proces medsebojnega »definiranja« udeležencev komuniciranja. Od nekdanje izrazito hierarhične družbe prehajamo na horizontalna razmerja in na vsestransko sodelovanje ob polnem upoštevanju dostojanstva vsakogar. Razviti svet spoznava, da je nadaljnji napredek človeštva odvisen bolj od sodelovanja kakor od pritiskov formalnih avtoritet oz. tako imenovane direktivnega vodenja (Trček, 1998, str. 118).

2.2 Temeljne značilnosti terapevtske komunikacije

Sprejemanje je temelj terapevtskega in hkrati kateregakoli dobrega odnosa. Drugi v odnosu z menoj namreč nikoli ni povsem tak, kot bi si ga želela, ampak drugačen v vsej svoji edinstvenosti. Drugačnost pa je vedno bogastvo in bolečina hkrati. Drugačnosti ne moremo pritrjevati, lahko jo le sprejmemo, brez kakršnekoli tendence po spreminjanju. Sprejeti drugega takega, kot je in ne takega, kot bi si ga želeli, je umetnost odnosa. To je toliko bolj značilno za terapevtski odnos, zato je zelo pomembno,

da se ob posredovanih vsebinah ne spuščamo v vrednostne sodbe, ampak jih sprejmemo kot dejstvo ter se odpravimo vsakemu manipuliranju oziroma zasledovanju lastnih in ne klientovih/pacientovih ter skupnih ciljev. Brezpogojno sprejemanje je tisto, ki človeka prepriča, da je osebi vredno zaupati.

Spoštovanje je prav tako bistveni temelj terapevtskega odnosa, ki človeku vrača dostojanstvo in ponovno vero v lastno vrednost. Človek je tem bolj oseba, čim močnejše v svoji človeški dvojnosti uveljavlja jaz temeljne besede jaz-ti (Buber, 1982, str. 48). Vsak dialog mora temeljiti na spoštovanju osebnosti.

Empatija je med vsemi terapevtskimi sposobnostmi med klienti/pacienti najbolj prepoznavna. Oseba preprosto začuti terapevtovo empatijo v smislu indijskega pregovora, naj nikogar ne sodimo, dokler nismo prehodili dveh milj poti v njegovih mokasinah. Najpomembnejša je vsekakor terapevtova trajna in nespremenljiva usmerjenost v iskanje vpogleda v katerikoli klientov material. Iskanje vpogleda je pri terapevtu prizadevanje, da bi celostno začutil doživljanje. Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj. To pomeni, da drugega razumemo in z njim sočustvujemo. Empatija je sposobnost, da se postavimo na stališče drugega in analiziramo svet iz njegove perspektive. Empatija v terapevtskem odnosu pa ne predstavlja le odnos, ampak tudi etično normo.

Zaupnost je temeljna v smislu zagotovila diskretnosti, ki omogoča zaupanje v medsebojnem odnosu. Lahko bi rekli, da brez zaupnosti ni zaupanja in obratno: brez zagotovila, da bodo izrečene vsebine ostale varne v medsebojnem terapevtskem odnosu, bo terapija ostajala na površju oz. bo obstajala zgolj na nivoju konverzacije.

Samorazkrivanje je osnova terapevtske komunikacije. Ne gre zgolj za razkrivanje klienta/pacienta, ampak tudi terapevta, ko le-ta odpira svoje odzive na terapevtski proces. Po klasičnih analitičnih principih naj bi terapevt ohranjal nevtralnost in bi skrbno nadzoroval in odklanjal vsako eventualno osebno vpletenost v terapevtski proces. Novejše tehnike (tudi integrativna psihoterapevtska modaliteta) pa poudarjajo, kako pomembno je iz lastnih reakcij in misli kreirati proces in ga nadgrajevati. Po integrativni tehniki so poleg povpraševanja (ang. inquiry) prav uglašenost (ang. attunement) in udeleženosť (ang. involvement) bistvene prvine terapevtskega procesa (Erskine in Moursund, 1988).

2.3 Zadovoljevanje relacijskih potreb kot pogoj uspešnosti terapije

Zelo zgodaj v življenju posameznika se začne dogajati, da pomanjkanje odnosov z drugimi vodi v pomanjkljiv razvoj in hiranje in to ne zgolj v psihičnem smislu, ko lahko pride do popolnega socialnega umika, ampak tudi telesno. Zadovoljevanje relacijskih potreb je torej temeljnega pomena, ne le v običajnih odnosih, ampak še posebej v terapevtskem odnosu.

Z bazičnimi potrebami (Maslow, 1970; v: Erskine, Moursund, Trautmann, 1999) se ujema relacijska potreba po varnosti (ang. security). V osebni odnosu potrebujemo možnost preživetja in varnost. Pri tem je pomembno vedeti, če smo v nekem odnosu lahko zares to, »kar smo« in to brez strahu, da bi izgubili spoštovanje in naklonjenost

druge osebe. Tudi v psihoterapevtskem odnosu je pomembno zagotoviti varno sprejemanje ranljivosti.

Potreba biti cenjen in pozitivno vrednoten je bistveni del vsakega odnosa. Zato si ne želimo biti v odnosu z nekom, ki nas ne ceni in ne spoštuje. Vrednotenje (ang. *valuing*) kot odnosa potreba presega neko splošno skrb za drugega, saj gre za razumevanje in pozitivno vrednotenje tega, kar je že sprejeto (Basch, 1988; v: Erskine, Moursund, Trautmann, 1999). Terapevtovo pozitivno vrednotenje klientove/pacientove osebnosti izkušnje pripomore k redefiniciji notranje izkušnje in k osebni rasti.

Potrebo po sprejemanju (ang. *acceptance*) je pravzaprav težko definirati, saj ni opredeljiva z enim samim pojmom. Sprejemanje vključuje več vidikov: biti ljubljen, spoštovan, nekomu potreben. Marsikdo je v medosebnih odnosih v preteklosti vse to pogrešal, zato je pomembno, da je v novem odnosu deležen stabilnosti in zaščite. To pomeni, da mora biti terapevt zanesljiv, da spoštuje dogovore in da je pripravljen brez vznemirjenja poslušati. Bistveno je, da klient ve, da ga terapevt z ničemer ne želi raniti.

Potreba po vzajemnosti (ang. *mutuality*) je potreba po nekom, ki je sposoben hoditi v tvojih čevljih in deliti tvojo izkušnjo. Sprašujemo se, koliko je to v resnici mogoče, saj gre za novo interpretacijo nekega doživljanja. Vsaka delitev izkušnje torej vodi v novo izkušnjo, drugačno od prejšnje. V kontekstu terapevtskega odnosa je potreba po vzajemnosti potreba biti s terapevtom, ki v empatičnem odnosu prepoznava klientove/pacientove misli, čustva. To pomeni, da terapevt v spoštovanju klientove/pacientove perspektive vpliva nanj tudi v kognitivnem smislu in ga z veliko mero občutljivosti vzpodbuja. Včasih je občutek vzajemnosti edina pot, da v procesu pridemo skupaj, še zlasti, kadar delamo z žrtvami nasilja. Potreba po vzajemnosti in sprejetosti sta povezani in medsebojno prepeleteni.

Potreba po samopotrjevanju (ang. *self definition*) je potreba po izkušnji in izražanju edinstvenosti in hkrati potreba, da imaš osebo, ki to edinstvenost poudarja in spoštuje. To je na nek način zrcalna slika potrebe po vzajemnosti. Izražanje potrebe po samopotrjevanju je tvegano, saj lahko naleti na odobravanje, lahko pa tudi na odklonitev. Še posebej so tega lahko deležni otroci, kadar odrasli ne odobravajo njihovih teženj po neodvisnosti in adolescenti, ki morajo brezpogojno slediti pravila skupine. Vzpodbujanje samopotrjevanja še posebej pomaga tistim, ki so bili v preteklosti ovirani v svobodnem izražanju. (Wolf, 1988; v: Erskine, Moursund in Trautmann, 1999).

Pomemben sestavni del in potreba vsakega dobrega odnosa je sovplovanje (ang. *making impact*). To pomeni sposobnost, da si drugega pridobiš tako, da morda kdaj pod tvojim vplivom celo spremeni svoje mnenje. Gre tudi za moč, da v drugem izzoveš emocionalne odgovore. V odprtem in svobodnem kontaktu se odnos hrani in raste. Proces samoaktualizacije, kakor ga je izpostavil Rogers (1951; v Erskine in Moursund Trautmann, 1999), izhaja pravzaprav iz odnosa z drugimi in to preko lastne učinkovitosti in sposobnosti pritegniti pozornost tako, da se drugi tudi vedenjsko in čustveno prilagodi.

Med relacijske potrebe uvrščamo tudi pobudo druge osebe (ang. having other initiate). Brez tega je odnos nezadovoljiv. Terapevt sicer mora biti pozoren na vse klientove/pacientove besede, hkrati pa mora prevzeti tudi odgovornost za dogajanje in spremembe v procesu. Njegova iniciativa in pomoč bosta dobrodošli samo, če bo zares pozoren na to, kdaj klient/pacient potrebuje njegovo pobudo. Postopno prevzemanje iniciative v pravem trenutku bo odnos obogatilo in poglobilo. Vpletenost naj bo pristna in iskrena in povezana s profesionalnimi kompetencami.

Bližnji odnosi vključujejo skrb, čustvovanje, spoštovanje drug do drugega. Izražanje teh občutij je relacijska potreba po izražanju ljubezni (ang. to express love). Če bežimo od te notranje izkušnje, lahko izgubimo samobitnost odnosa. Kdo sem, v odnosu z nekom, izražam s tem, kar čutim do njega. Terapija kontakta v odnosu ustvarja eno najtesnejših intimnih vezi. Čeprav so nekatera čustva lahko v osnovi transferna in v povezavi s pomembnimi osebami iz preteklosti, se v odnosu »tukaj in zdaj« ponovijo in lahko pripeljejo do notranje osvoboditve in avtonomije. Metaforično bi lahko rekli, da je ljubezen nevidna nit, ki povezuje in integrira človeka, ki se vrača k sebi, da bi se lahko vrnil k drugim (Erskine, Moursund in Trautmann, 1999).

2.4 Uglašenosť v terapevtskem odnosu

Uglašenosť (ang. attunement) je proces povezanosti in enotnosti v medsebojnem odnosu. Začne se z empatijo, občutljivostjo in poistovetenjem z občutenji druge osebe, z njenimi potrebami in čustvi. Vključuje pa tudi komunikacijo te občutljivosti drugi osebi. Je več kot zgolj razumevanje. Uglašenosť je kinestetični in čustveni občutek ritma, čustev, izkušnje drugega, v metaforičnem bivanju v njegovi koži in v bivanju onkraj empatije. Uglašenosť ustvarja izkušnjo dveh oseb v nezlomljivi čustveni navezi, s predvidevanjem vzajemnih čustev in sozvočnih odgovorov (Erskine in Moursund, 1988). Želja po tem, da bi bili razumljeni, resnično in globoko, je univerzalno hrepenenje. Kadar nismo razumljeni, se potegnemo vase in sami sebe ščitimo, se blokiramo in celo ustavimo. Ko pa doživljamo uglašenosť v odnosu, smo odprti in hrepenimo po še večji povezanosti. Občutek razumljenosti v odnosu vključuje več od logično razumskega sprejemanja pomena naših besed. Uglašenosť zajema občutja ob besedah, ki jih izražamo. To pomeni, da občutimo, da odmeva v drugem to, kar sami doživljamo in izražamo. Uglašena druga oseba tako občuti, zakaj so izrečene besede za nas pomembne. Uglašenosť se prične z empatijo. Gre za kvaliteto, znotraj katere se oblikuje odnos. In gre onkraj empatije, ker vključuje globok osebni odgovor poslušalca, ki se prilagodi namenu tistega, ki govori. Uglašenosť lahko primerjamo z usklajenostjo med konjem in jezdecem, ko samo zaupanje in medsebojno občutenje omogoča lahkotno ježo. Človek vodi in vleče konja. Zato morata začutiti drug drugega in biti v medsebojni harmoniji, se gibati v ritmu drug drugega (Evans, 1995; v: Erskine, Moursund in Trautmann, 1999). Takšna naj bi bila tudi uglašenosť terapevta in klienta/pacienta, ki pogloblja odnos in omogoča predelavo travmatske izkušnje.

Temeljna karakteristika terapije, ki temelji na odnosu je ta, da se neugodne oziroma nefunkcionalne izkušnje iz preteklosti ponovno izpostavijo v novi varni odnosni izkušnji, kar je zelo pomemben del terapije. Terapevt klienta/pacienta spremlja senzibilno

in si prizadeva, da le-ta odkriva, kako je biti z nekom, ki je pozoren na njegove potrebe in čustva in je občutljiv za stvari, o katerih se je pogosto celo sam bal razmišljati.

3 Raziskovalna metoda

Raziskava predstavi, kako praktično delo odraža teoretično kompetentnost, doživljanje osebne učinkovitosti in uspešnosti oziroma poklicno zadovoljstvo socialnih pedagogov ter morebitno potrebo po nadaljnjem izobraževanju. V raziskavi, ki sem jo izvedla s kvalitativno metodologijo, sem primerjala doživljanje kompetentnosti socialnih pedagoginj zaposlenih na področju šolstva, socialnega varstva in zdravstva. Raziskavo sem izvedla s pomočjo nestandardiziranih in delno strukturiranih intervjujev. Iz prvih intervjujev sem oblikovala potek profesionalne zgodovine v raziskavi udeleženih oseb. V nadaljevanju raziskave sem s polstrukturiranim vprašalnikom preverjala doživljanje kompetentnosti. S področja zdravstva sem intervjuvala medicinsko sestro, ki je svoje poklicne kompetence nadgradila s študijem socialne pedagogike. Intervjuvana medicinska sestra se je za nadaljevanje študija odločila, ker ji je pri delu primanjkovalo znanja za svetovalno delo. Kritična področja v negovalnem procesu, ki jih je izpostavila, so vezana na spremljanje neželenih dogodkov (odkloni, padci, razjede, napake pri aplikaciji zdravil, slaba komunikacija, konflikti, pritožbe pacientov). Poudarila je potrebo po refleksiji in superviziji v zdravstvu in dodala, da »človek ni le sklop organov, ki mu moraš nekaj dodati, odstraniti ali spremeniti. Vsakdo, ki dela s človekom potrebuje komunikacijske sposobnosti. Ne gre za to, da bi pacient moral biti poslušen in ubogljiv, ampak da se mu pristopa na način, da bo to zanj sprejemljivo in da se bo lahko tudi sam odločal za spremembo. Tudi pri psihiatričnih bolnikih, kjer bi človek pričakoval, da bodo vsaj oni razumljeni, tudi njih zaposleni v kurativi ne razumejo dovolj. Za kurativce je bolan samo tisti, ki mu nekaj organsko manjka«.

Interpretacijo sem izvajala po postopku šestih korakov: (1) urejanje gradiva, (2) določitev enot kodiranja, (3) odprto kodiranje, (4) izbor in definiranje relevantnih pojmov in kategorij, (5) odnosno kodiranje in (6) oblikovanje končne teoretične formulacije. Omenjeni postopek sem povzela po Glaserju in Straussu (1967) oziroma po Straussu in Corbinovi (1990, v: Mesec, 1998).

4 Rezultati

V zdravstvu še vedno vladata hierarhija in posploševanje, vsak opravi le svoje in premalo sodeluje z drugimi. Akreditacija bolnišnic, ki vključuje evropske standarde presoje kakovosti zdravstvene ustanove, potek obravnave, zdravljenja, sledljivost bolnika in kliničnih poti, prijavo odklonov, razumljivost komunikacije itd. je prinesla izboljšave, ki pospešujejo potrebno sodelovanje in iskanje najboljših možnosti za kvalitetno kurativo. Upoštevanje akreditacije, vključevanje pacientov v načrtovanje zdravstvene obravnave in upoštevanje zakona o pacientovih pravicah s strani zdravstvenih delav-

cev nakazujejo proces zdravstvene obravnave v smer večjega dialoga med strokovnimi delavci in pacienti. Medicinske sestre še vedno prevečkrat uveljavljajo svojo moč in izkoriščajo nemoč pacienta ter s tem kršijo osnovne pravice, dolžnost empatije, spoštovanje zasebnosti, spoštovanje telesa, pacientovega intimnega prostora itd. Intervjuvana oseba se na delovnem mestu počuti kompetentna, manjka pa ji timski kolega, da bi z njim predelala strokovne dileme, ker vidi preveč slabih stvari, ki se zgodijo v timu, rešujejo se pa ločeno in je preveč prikrivanja in prelaganja odgovornosti s strani zdravnikov na medicinske sestre. Kompetence v zdravstvu niso jasno razmejene, nekateri presegajo svoje kompetence, ne prevzemajo pa odgovornosti. Preveč je prikrivanja in premalo odkrite komunikacije. Želeni nivo strokovne kompetentnosti intervjuvana oseba vzdržuje s tem, da se sama preverja, zapisuje, evalvira delo. Če to opravlja dobro, pa ne ve, ker nima timskega sogovornika s podobno izobrazbo, s katerim bi lahko predelala svoje dileme. Dejavnike, ki posebej vplivajo na izkušnjo strokovne kompetentnosti, vidi v teoretični podpori vodstva, v zadnjem času tudi v zvezi z upravljanjem kakovosti in akreditacijo in to ne le na papirju, ampak v ugotavljanju potrebe medsebojnega sodelovanja. Zadovoljstvo pacientov in zaposlenih je kazalec kakovosti. Tudi skupna medicinska dokumentacija je pomemben kazalec kakovosti in to so elementi, ki jih moramo preverjati. Glavni dejavnik izkušnje kompetentnosti so po njenem konkretni delovni izzivi, saj so v bolnišnici dvignili nivo strokovnosti in preverili delovne procese, analizirali, preverili sodelovanje, protokole in standarde. V določenem segmentu se počuti poklicno uspešna in zadovoljna, ne pa v celoti. Pozitivno je, da v zdravstvu odpirajo vprašanje pomena empatije in zavedanje, da je delo medicinske sestre v sprejemanju pacientovih potreb. Bistveni dejavnik, ki vpliva na izkušnjo kompetentnosti je odziv sodelavcev in odziv pacientov, ko je klima prijetna in so pacienti zadovoljni. Posebej je pomembna empatija, poslušanje, vzpostavljanje bližine. Intervjuvana medicinska sestra vidi perspektivo profesionalnega razvoja v možnosti supervizije in refleksije na delo v posameznih poklicnih skupinah. Meni, da je nujno, da se strokovno izobražuješ. Najustreznejše oblike izobraževanja so zanjo delavnice in delo na sebi in to, kar lahko v praksi poveže s teorijo in preveri. Dodaja, da bi morali biti bolj usmerjeni v empatičnost in komunikacijsko odprtost.

5 Razprava

Udeleženske v raziskavi poudarjajo velik pomen poznavanja sebe, svojih čustvenih odzivov in obrambnih reakcij in opozarjajo, kako pomembno je »delo na sebi« v okviru študijskega programa ter dodajajo, da je to vedno nedokončan proces, ki ga je potrebno neprestano nadaljevati. Vzdrževati morajo svojo osebno, mentalno, socialno in duhovno kondicijo ter biti svobodne v sprejemanju in posredovanju informacij, v sodelovanju in odločanju. Zato se stalno strokovno izpopolnjujejo in dopolnjujejo svojo osebno izkušnjo na različnih strokovnih delavnicah. Kompetentne osebe se rade učijo in razvijajo.

Zelo pomemben dejavnik v izkušnji kompetentnosti so sodelavci, ki jih podpirajo in vodstvo, ki je na njihovi strani. Tim je živ medosebni sistem in medosebna pripadnost članov tima vključuje medsebojno sodelovanje, odnose, komunikacijo, prilagajanje in doživljanje. Pripadnost timu je pogojena z načinom medsebojne povezanosti, obveščenosti in organiziranosti. Demokratični tim označuje optimalna povezanost, krožna medsebojna obveščenost in dogovorna soorganiziranost članov (Brajša, 1995, str. 97).

Medsebojno soustvarjanje procesa pomeni pomemben premik v doktrini poklicev pomoči, saj izhodiščna aktivnost ni zasledovanje želenega cilja, ampak gre za spontano porajanje, ki ga imenujemo sinergetični model samoorganiziranja. Za sinergetike je nesprejemljivo stališče, da je mogoče enosmerno spreminjati druge ljudi in njihovo vedenje, mišljenje, čustvovanje, čeprav je prav to stališče dolga desetletja krojilo usodo ljudi v najrazličnejših vlogah (...). Sinergetiki se nimajo za vedoče avtoritete, ampak odgovore iščejo skupaj z uporabniki samimi in se odpovedujejo linearnemu vplivanju na uporabnike. Pojem samoorganiziranje oz. samouravnavanje predpostavlja, da smo ljudje sistemi, ki sami organiziramo, nadziramo oziroma uravnavamo svoje vedenje v smeri zastavljenih ciljev. Sinergetična vloga svetovalnih delavcev pa je, da (so)ustvarjajo okolje, kontekst, pogoje, v katerih se bodo uporabniki lahko spontano začeli spreminjati in ki bodo zanje dovolj spodbudni, da bodo lahko tvegali premik v neznano in soustvarjali novo okolje in nove odnose (Šugman Bohinc, 2011, str. 41).

Glede na področje dela je opazna razlika predvsem v zdravstvu, kjer kaže, da socialni pedagog nima utrjene strokovne pozicije. Intervjuvana socialna pedagoginja poudari, kako težko uvaja spremembe, za katere ve, da so potrebne, še zlasti v odnosu do pacienta, ki še vedno ni enakovreden partner v procesu zdravljenja, ampak je prepogosto obravnavan kot objekt, ki potrebuje strokovne posege. Zato si prizadeva, da bi na sistemskem nivoju vzpodbudila spremembe, preko katerih bo komunikacija med osebjem samim ter med osebjem in pacienti postala bolj spoštljiva in soustvarjalna. Zaveda se, da je za uvedbo zelenih sprememb sama prešibka in da potrebuje strokovno zaledje in podporo vodstva, predvsem pa premike v mentaliteti utrjenih struktur.

Delo v timu je smiselno, kadar delovna naloga presega meje ene same stroke. A odločitev za delo v timu ni dovolj. Tim je potrebno iz delovne skupine šele razviti. Lep zgled najdemo v zdravstvu. V normativih so zapisali: zdravnik, višja medicinska sestra, srednja medicinska sestra in administratorica, a s tem še niso razvili dela v timu. Organizirali so le delovno skupino po načelu subordinacije oziroma po avtokratskem principu – po navpičnici. Dejansko pa strokovni tim deluje le v vodoravnih odnosih – po načelu osebne svobode in odgovornosti (Praper, 2001).

Socialna pedagoginja zaposlena v zdravstvu je povedala, da kompetence v zdravstvu niso jasno razmejene, da nekateri zaposleni presegajo svoje kompetence, ne prevzemajo pa odgovornosti za opravljeno delo. Izrazila je potrebo po tem, da se odnosi v zdravstveni hierarhija prevrednotijo, saj je preveč prikrivanja in premalo odkrite komunikacije. Žal se njen opis stanja v zdravstveni praksi, ko čakamo na zdravstveno obravnavo ali smo vanjo že vključeni, prevečkrat izkaže še kako resničen in komunikacija neustrezna. Zato bi bilo potrebno problem odpreti in obravnavati širše in kompleksno.

Intervizija in redni timski sestanki so prav tako nepogrešljivi del vzdrževanja kompetentnosti. Intervizija je vrsta supervizije in metoda učenja, ki ima določene značilnosti. V intervizijskih skupinah se najpogosteje srečujejo strokovnjaki, ki delajo na istem področju dejavnosti. Zelo pomembno je vzdušje v skupini. Člani intervizijske skupine lahko zelo uspešno sodelujejo, če drug drugemu dovolj zaupajo. K sproščnemu delovnemu vzdušju v skupini prispeva tudi to, da so člani (praviloma) izenačeni glede na status, znanje in izkušnje. Prednost intervizije je ravno v tem, da nikoli ne pride do koncentracije moči in avtoritete pri enem samem članu skupine (Milošević Arnold, 2004, str. 2–3).

V praksi se kaže izrazita potreba po uvajanju takih oblik strokovne pomoči ter prevzemanje odgovornosti za lasten poklicni razvoj in motiviranost za supervizijske in intervizijske oblike dela.

6 Sklep

Strokovna distanca, ki jo pogosto napačno razumemo kot način za vzpostavljanje in ohranjanje notranjega ravnovesja, nikakor ne pomeni odmikanja od pacientov in obvladovanje čustev na račun izogibanja osebni vpletenosti, vključenosti v situacije, ki nas v stroki doletijo. Tisti, ki meni, da je bolj strokoven, če se odmika od ljudi, se moti. Tisti, ki obvladuje svoj strah pred neizkušnostjo z odmikanjem od odnosov, je ubral napačno strategijo za vzdrževanje osebnega ravnovesja. Komunikacije, uglašenosti in empatije se lahko učimo le v konkretnih odnosih. Dovoliti si čutiti z drugim je včasih zelo težko. To seveda velja tudi za odnose s pacientom. Ustvarjati odnose se učimo vse življenje. Vsi si želimo humano zdravstvo, bodisi v vlogi strokovnega delavca, ali v vlogi pacienta. Ne bojmo se biti človek človeku, če si želimo bolj humano zdravstvo in prijaznejši svet. Resnično brez komunikacije ne gre.

LITERATURA

1. Brajša, P. (1995). Sedem skrivnosti uspešne šole. Maribor: Doba.
2. Buber, M. (1982). Princip dialoga. V P. Kovačič (ur.), *Posebna številka Časnika 2000*. Ljubljana: Društvo izdajateljev časnika 2000.
3. Erskine, R. G. in Moursund, J. P. (1988). *Integrative Psychotherapy in Action*. A publication of the gestalt journal press. New York: Highland.
4. Erskine, R. G., Moursund, J. P. in Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Brunner, Mazel
5. Green, R. H. (1991). *Nov način komunikacije*. Ljubljana: Samozaložba, M. Hafner.
6. Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
7. Milošević A. V. (2004). *Priročnik za intervizijo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
8. Praper, P. (2001). *Timsko delo in skupinski proces*. Pridobljeno 8. 6. 2014, s <https://www.google.si/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=timsko%20delo>.

9. Šugman Bohinc, L. (2011). Sinergetika soustvarjanja učenja in pomoči v šoli. V B. Akerman, K. Bregar, G. Čačinovič Vogrinčič, A. Jagrič, T. Kodele (ur.) I. Kvaternik, K. Kustec, N. Mešl (ur.) L. Rihter in L. Šugman Bohinc (ur.), *Izvorni delovni projekt pomoči* (str. 36–79). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
10. Trček, J. (1998). *Medosebno komuniciranje – Kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona Plus.
11. Ule, M. (2005). *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
12. Vodnik, M. (2015). *Doživljanje kompetentnosti socialnih pedagogov* (Magistrsko delo). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Preddializna šola – ključ do kakovostnejšega zdravljenja dializnih bolnikov

UDK 616.61-78+613:37

KLJUČNE BESEDE: hemodializa, preddializno izobraževanje, prehrana, telesna aktivnost

POVZETEK - Preddializno izobraževanje je neprekinjeni in načrtovani proces zdravstveno vzgojnega dela in je najboljši način priprave pacienta s kroničnim ledvičnim obolenjem na nadomestno zdravljenje z dializo. Z raziskavo smo ugotavljali vključenost pacientov s kroničnim ledvičnim obolenjem v program preddializne šole ter kakovost prejetih informacij o nadomestnem zdravljenju, pomenu fizičnih aktivnosti in priporočeni prehrani. Kvantitativno raziskavo z uporabo anketnega vprašalnika smo izvedli na hemodializnem odseku Splošne bolnišnice Novo mesto, anketirali pa le tiste dializne paciente ($n = 21$), ki so lahko sami rešili anketni vprašalnik in tudi sicer nimajo težav z izvajanjem življenjskih aktivnosti. Rezultati so pokazali, da je bila velika večina vključena v program preddializne šole ($n = 18$; 86%), da imajo največ znanja na področju izbire in priprave hrane, nekaj manj pa na področju telesne aktivnosti. Povprečno s 4,9 anketiranci ocenjujejo, da s prehranskim svetovanjem pridobijo znanje o priporočilih za izbor in pripravo hrane ter o količini, ki je zanje najbolj primerna. Poudarjajo ($\bar{x} = 4,8$), da to pozitivno vpliva tako na njihovo bolezen kot tudi na počutje in kakovost življenja. Za naš vzorec lahko trdimo, da vsak pacient drugače sprejema svojo bolezen, zato je za kakovostnejše zdravljenje preddializna šola zanje in za njihove svojce zelo pomembna.

UDC 616.61-78+613:37

KEY WORDS: hemodialysis, predialysis education, nutrition, physical activity

ABSTRACT - Predialysis education is a continuous and planned process of health education and the best way to prepare the patient with chronic kidney disease for a substitute dialysis treatment. The study examined the inclusion of patients with chronic kidney disease in the predialysis education program and the quality of information received on substitution treatment, the importance of physical activity and recommended nutrition. A quantitative study using a survey questionnaire was carried out at the Novo mesto General Hospital's hemodialysis department, and only those dialysis patients ($n = 21$) were interviewed who were able to solve the survey questionnaire themselves and did not have any problems with the implementation of life activities. The results showed that the vast majority of them were included in the predialysis education program ($n = 18$; 86%), had the most knowledge in the field of food selection and preparation, and a little less in the field of physical activity. With an average score of 4.9 respondents, they estimate that, with nutrition advice, they gain knowledge about the recommendations for selection and preparation of food and the quantity that is most suitable for them. They emphasize ($\bar{x} = 4.8$) that this has a positive effect on both their illness and the well-being and quality of life. For our sample, we can say that every patient accepts their disease differently, therefore, for better quality treatment, predialysis education is very important, both for them and for their relatives.

1 Kronična ledvična odpoved

Ne le v Sloveniji, ampak tudi v svetu narašča število pacientov s kronično ledvično boleznijo. Najpogostejši vzroki, ki privedejo do kronične ledvične odpovedi, so hipertenzija, debelost in sladkorna bolezen. Okvara glomerulne, tubulne in endokrine funkcije ledvic vodi v zmanjšano izločanje presnovnih in razgradnih snovi. Pri zmanjšanju delovanja ledvic, proteinuriji, zmanjšanju glomerulne filtracije in drugih dejavnikih tveganja se poveča možnost za srčno žilne bolezni pri teh pacientih. Dobro vodenje

pacientov s kronično ledvično boleznijo ter zdravljenjem in obravnavo na več ravneh prinese pacientom kakovostno življenje in manj strahu pred nadaljnjim življenjem (Dovč - Dimec, 2011).

Pacienti, ki imajo kronično ledvično odpoved in se zdravijo s pomočjo dialize, lahko živijo še veliko let, saj jim sodobne metode zdravljenja omogočajo kakovostnejše življenje. Kako pa bo samo zdravljenje vplivalo na pacienta, je odvisno od njega samega in njegovega načina življenja. Zdrav življenjski slog, primerna telesna teža, zdrav način prehranjevanja, telesna aktivnost in primeren vnos tekočine so ključnega pomena pri zdravljenju pacienta na dializi, saj bo njegovo počutje med dializo in po njej bistveno boljše.

Vsakodnevna naloga ledvic je čiščenje krvi, v kateri so prisotni presnovki (sečnina, kreatinin) in odpadne snovi, uravnavanje količine mineralov (kalija, kalcija, natrija, fosfatov), kislin ter izločanje odvečne vode. Ledvice uravnavajo tudi krvni tlak, nastajanje eritrocitov in presnovo kosti. Če zaradi okvare ne morejo več normalno delovati, govorimo o ledvični bolezni (Lindič, 2010). Poznamo akutno ledvično odpoved, kronično ledvično odpoved in končno ledvično odpoved.

Ko se kronična ledvična bolezen razvije do zadnje stopnje, končne ledvične odpovedi, pacienti potrebujejo nadomestno zdravljenje. Obstajajo tri metode nadomestnega zdravljenja: hemodializa, peritonealna dializa in transplantacija ledvic (Plazar, 2011).

2 Preddializna šola in njen pomen

Preddializno izobraževanje pacientov je neprekinjen, načrtovan proces zdravstveno-vzgojnega dela, ki ima jasne cilje, načrt in ocenjevanje rezultatov. V sam proces izobraževanja je vključen celoten multidisciplinarni tim, v katerem sodelujejo zdravnik nefrolog, medicinska sestra, dietetik, psiholog in socialni delavec. Pomembno je, da so v samo izobraževanje vključeni tudi svojci pacientov, ki se bodo zdravili z nadomestnim zdravljenjem. Cilj preddializnega izobraževanja je, da pri pacientu dosežemo sodelovanje pri zdravstveno vzgojnem delu, sprejemanje podane vsebine in skupaj z zdravstvenim timom izbiro zanj najprimernejše metode nadomestnega zdravljenja (Pirnat, 2011).

Preddializno izobraževanje je sestavljeno iz petih srečanj v popoldanskem času. Prve podatke o pacientu pridobi medicinska sestra od zdravnika nefrologa, ki spremlja zdravljenje v nefrološki ambulanti. Medicinska sestra povabi pacienta in svojce na preddializno izobraževanje s pisnim vabilom (Parapot in Blagojevič - Štemberger, 2009).

Na prvem srečanju ugotavljamo način pacientovega življenja pred boleznijo, trenutno znanje o bolezni ter pretekle izkušnje, pričakovanja od programa zdravstvene vzgoje, pacientove osebnostne lastnosti, ki vplivajo na potek zdravstvene vzgoje in zdravljenja (Parapot in Blagojevič Štemberger, 2009).

Drugo srečanje vodi medicinska sestra, ki se ukvarja s prehranskim svetovanjem pacientov na dializi. Pacienti dobijo osnovna navodila o prehrani v preddializnem obdobju. Paciente se seznanijo z naslednjimi pojmi:

- urejenost Ca in fosfata (pravilno jemanje fosfatih vezalcev-princip delovanja),
- pomen K (primeren vnos),
- primeren vnos beljakovin (preprečevanje podhranjenosti),
- primeren vnos tekočin (edemi, težko dihanje),
- redno merjenje krvnega tlaka in telesne teže. (Parapot in Blagojevič Štemberger, 2009).

Tretje srečanje je individualno, namenjeno vsakemu pacientu posebej. Pacient in njegovi svojci lahko medicinski sestri zastavljajo dodatna vprašanja, ki jih med pogovorom razrešujejo. Medicinska sestra predstavi dializni center in mu da možnost pogovora s pacienti, ki so že na nadomestnem zdravljenju. Pri zdravstveni vzgoji bolnih so varovanci s svojimi izkušnjami in že usvojenim znanjem zelo pomemben vir znanja in izkušenj (Parapot in Blagojevič - Štemberger, 2009).

Četrto srečanje je namenjeno ogledu dializnega oddelka in poglobljenemu spoznavanju vseh treh vrst nadomestnega zdravljenja peritonealni dializi, hemodializi in transplantaciji ledvic (Parapot in Blagojevič - Štemberger, 2009).

Peto srečanje je namenjeno pacientovi odločitvi o nadomestnem zdravljenju in razjasnitvi morebitnih dilem (Parapot in Blagojevič - Štemberger, 2009).

Za predstavitve v preddializnem izobraževanju uporabljajo knjižice, brošure, diapozitive in video posnetke, saj si s tem pacient lažje predstavlja svojo bolezen, gradivo pa mu je v pomoč tudi med zdravljenjem.

Kakovostno in srečno življenje je za paciente, ki se zdravijo z dializo, zelo pomembno, vendar pa imajo pri tem določne prehranske omejitve. Ko se pacient navadi na dializno zdravljenje in ga vgradi v svoj življenjski bioritem, pa obstaja velika nevarnost, da ob predpisani dieti pride do slabše prehranjenosti. To lahko privede do podhranjenosti, zaradi katere se lahko poveča možnost okužbe, počasnejše je tudi okrevanje po poškodbah ali operativnih posegih (Lipičnik, 2013).

Dietoterapija ima pomembno vlogo pri zdravljenju dializnih pacientov in lahko bistveno prispeva k počasnejšemu napredovanju bolezni. Sodelovanje pacienta je zelo pomembno pri dietnem zdravljenju, saj mora biti ta dobro poučen in prepričan o nujnosti in koristnosti priporočene prehrane (Angelovska, Poklar - Vatovec in Rebec, 2011).

Pri kronični ledvični bolezni je uravnotežena prehrana zelo pomembna, saj zaznamuje ustrezno razmerje med posameznimi hranili, ki so nosilci energije. Podhranjenost je pri pacientih s končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo s hemodializo in peritonealno dializo, pogosta. Dializna podhranjenost je v številnih primerih posledica neustreznega hranjenja v preddializnem obdobju. Zato se posebna pozornost nameni: količini beljakovin, ogljikovih hidratov in maščob. Neprestano moramo spremljati energijsko vrednost hrane (Knap in Lavrinec, 2012), pomemben pa je tudi pravilen vnos elektrolitov in mineralov (Obrovnik, 2010).

Povezava med kakovostjo življenja in aktivnim načinom življenja je še posebej izrazita pri starejših in ljudeh s kroničnim obolenjem. Aktivna rehabilitacija je za paciente z nadomestnim zdravljenjem končne ledvične odpovedi zelo pomembna, saj so prizadeti na več področjih. Za izboljšanje kakovosti življenja in zmanjšanje zapletov, ki so posledica zdravljenja, je pomembno dobro sodelovanje z zdravstvenim osebjem in aktiven pristop k rehabilitaciji. Mnogo je razlogov za redno vadbo, zato pacientom priporočamo redno telesno aktivnost že na začetni stopnji ledvičnega odpovedovanja. Neželeni učinki pri sami telesni vadbi so redki (Knap, 2010).

Pacientom s končno odpovedjo ledvic se priporoča aerobna vadba, kot je kolesarjenje, hoja, ples, plavanje, vrtnarjenje (Laznik in Predovič, 2015).

Zdravstvena vzgoja je procesni del zdravstvene nege, medicinska sestra pa je njena nosilka. Pri zdravljenju pacienta sodeluje s preostalim delom zdravstvenega tima in iz tukaj izhaja tudi njena odgovornost. Medicinska sestra nudi pomoč tako bolnemu kot zdravemu človeku pri aktivnostih, ki prispevajo k boljšemu zdravju in počutju.

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri izobraževanju pacienta, saj je od nje odvisno, kako bo pacient sprejel bolezen, nadaljeval zdravljenje z dializo in kako kakovostno bo samo zdravljenje. Pomembno vlogo ima tudi pri pacientih, ki se odločijo za nadomestno zdravljenje s hemodializo, saj mora za uspešno zdravljenje vzpostaviti žilni pristop. Obstajajo tri vrste žilnih pristopov in zdravnik se na podlagi izvidov in pregleda odloči, katera vrsta je najboljša za posameznika. Pacient lahko za dober žilni pristop veliko naredi sam, seveda pa je pomoč medicinske sestre zelo dobrodošla za pravilno izvajanje vaj.

Ko pacient dobi žilni pristop, ga mora medicinska sestra naučiti, kako ravnati z njim. Za izvedbo dializnega zdravljenja se lahko uporabi več vrst pristopov: AVF, AVG in CVK. Medicinska sestra mora poznati vsakega, pacienta pa mora naučiti o oskrbi in higieni ter njegovem varovanju.

3 Metoda

Namen raziskave je ugotoviti poznavanje pomena in vpliva preddializne šole na kakovost življenja dializnih pacientov ter opredeliti vlogo medicinske sestre v preddializni šoli.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti, poučenost dializnih pacientov o možnih oblikah nadomestnega zdravljenja,
- ugotoviti, poučenost dializnih pacientov o pravilni prehrani,
- ugotoviti, ali pacienti dovolj dobro razumejo pomen telesne aktivnosti za njihovo zdravstveno stanje,
- ugotoviti, ali so pacienti dobili dovolj znanja o svoji bolezni, zdravljenju in zapletih zaradi neupoštevanja navodil v preddializni šoli,
- ugotoviti, ali so pacienti zadovoljni z izobraževanjem s strani medicinske sestre.

Za potrebe raziskave smo postavili štiri raziskovalna vprašanja in sicer:

1. V kolikšni meri se dializni pacienti zavedajo pomena preddializne šole?
2. Kako dobro dializni pacienti poznajo možnosti nadomestnega zdravljenja?
3. Kako dializni pacienti upoštevajo priporočila za kakovostno življenje, ki jih dobijo v preddializni šoli?
4. Kako dializni pacienti ocenjujejo, da je medicinska sestra uspešna pri podajanju vsebin v preddializni šoli?

Raziskava je narejena s kvantitativno metodo raziskovanja, uporabljena pa je bila deskriptivna metoda dela. Primarne podatke smo za potrebe empiričnega dela naloge pridobili z uporabo anketnega vprašalnika, za teoretični del diplomske naloge pa uporabili primarne in sekundarne vire, ki so bili zbrani s pregledom domače in tuje strokovne literature v knjižnici fakultete in ostalih knjižnicah ter v bibliografskih bazah cinahl, cobiss in medline.

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik. V prvem delu vprašalnika smo ugotavljali sociodemografske značilnosti naših anketirancev, v drugem pa znanje, ki ga je pacient pridobil v preddializni šoli. S tem smo ugotavljali tudi kakovost načina podajanja informacij s strani medicinske sestre ter kakovost predstavljenih vsebin v preddializni šoli. Vprašalnik smo razvili na podlagi pregleda literature in raziskovalnih vprašanj, za osnovo pa uporabili vprašalnik, ki sta ga za potrebe raziskovalne naloge pripravila Laznik in Predovič (2015).

Raziskava je potekala na odseku za dializo internega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto. Vzorec je bil nenaključni in namenski. Znano je, da se z leti dializnega zdravljenja slabša tudi splošno zdravstveno stanje in samostojnost pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. V začetku aprila 2018 je bilo v dializnem centru Novo mesto na rednem razporedu za hemodializno zdravljenje skupaj 75 pacientov. Kot izključitvene kriterije smo si zadali, da bomo med pacienti izbrali samo tiste, ki lahko sami rešijo anketni vprašalnik in tudi sicer nimajo težav pri izvajanju življenjskih aktivnosti. S temi izključitvenimi kriteriji smo tako prišli do vzorca 21 pacientov, ki so v celoti izpolnili in vrnili anketni vprašalnik.

Anketiranje je potekalo aprila 2018. Ankete smo razdelili pacientom, ki so ustrezali našim kriterijem, v pisni obliki in od vsakega pridobili tudi pisno soglasje. Zagotovljena jim je bila anonimnost, izpolnjene ankete so oddali v za to pripravljeno škatlo. Izpolnjevanje vprašalnika je bilo prostovoljno, anketiranci pa so bili seznanjeni, da bodo pridobljeni podatki uporabljeni za izdelavo diplomske naloge in morebitne kasnejše strokovne objave. Za izvedbo raziskave smo pridobili tudi pisno dovoljenje Splošne bolnišnice Novo mesto. Z glavno sestro dializnega odseka je bilo dogovorjeno, da bodo pacienti izpolnili anketo neposredno po zaključku terapije, vendar smo anketiranje po predhodnem dogovoru s pacienti izvedli v zadnji uri dializnega zdravljenja. Pisno izpolnjene ankete smo računalniško obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel. Podatke smo za prispevek obdelali z opisno statistiko, natančneje pa so rezultati predstavljeni v diplomski nalogi Klare Willewaldt, kjer so prikazani še v obliki tabel in grafov.

4 Rezultati

V anketnem vprašalnik je sodelovalo 21 anketirancev od tega 13 (62 %) moških in 8 (38 %) žensk. Anketirance smo povprašali koliko let se že zdravijo z nadomestnim zdravljenjem – hemodializo. Skoraj vsi ($n = 19$; 90 %) se z hemodializo zdravijo manj kot 10 let, en anketiranec 11 do 20 let in en 31 let in več. Najbolj pomembno vprašanje, ki se navezuje na vse je bilo ali so bili pacienti vključeni v program preddializne šole in 18 (86 %) jih je bilo ter 3 (14 %), ki niso bili vključeni. Kljub temu, da med samim zdravljenjem sodeluje celoten zdravstveni tim je bilo vseeno iz vprašanja kdo je bil izvajalec preddializne šole razvidno, da v 71 % to izvaja diplomirana medicinska sestra in v 10% to izvajata tako zdravnik kot medicinska sestra. Po mnenju anketirancev je medicinska sestra v 81% dobro podala vse potrebne informacije o nadomestnem zdravljenju. Da je bilo izobraževanje individualno, je odgovorilo največ anketirancev ($n = 12$; 57 %), predavanja v preddializni šoli pa se je največ anketirancev ($n = 9$; 43 %) udeležilo dvakrat.

Izpostavljamo še pomen vključitve svojcev v sam proces preddializne šole. Anketiranci so poudarili njihov pomen, saj tudi oni pripomorejo k kakovostnejšemu zdravljenju in posledično zmanjševanju številu zapletov.

5 Razprava

Za potrebe raziskave smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja. S prvim raziskovalnim vprašanjem v kolikšni meri se dializni pacienti zavedajo pomena preddializne šole, je na vprašanje v anketnem vprašalniku ali ste bili vključeni v program preddializne šole, je 18 (86 %) anketirancev odgovorilo pritrdilno.

Rezultati raziskave (Pirnat, 2011) na dializnih odsekih v splošnih bolnišnicah po Sloveniji so pokazali, da se veliko pacientov ne udeleži preddializne šole, čeprav je ta organizirana. Udeležujejo se je večinoma individualno in to največ enkrat na teden, kar je slabo, saj tako do naslednjega srečanja preddializne šole pacienti določene informacije pozabijo.

Z raziskavo, ki je bila sedem let kasneje narejena v Splošni bolnišnici Novo mesto smo ugotovili, da se pacienti na dializnem zdravljenju bolj zavedajo pomena predializne šole, saj so se jo je udeležilo 86 % vseh anketiranih oziroma trije (14 %) pa ne. Znanje so pridobivali individualno, skupaj s svojci ali skupinsko. Pri skupinskem izobraževanju pacient naenkrat pridobi preveč informacij, kar zanj ni dobro, saj zaradi svoje bolezni tega ne sprejema in ne razume. Večina pacientov je namreč starejših v starostni skupini več kot 60 let ($n = 19$; 90 %), njihova izobrazba pa nekoliko nižja. Zato je pomembno, da je poudarek na individualnem izobraževanju, saj tako medicinska sestra celostno obravnava pacienta, se z njim bolje spozna in vzpostavi z njim več zaupanja, kar pomeni tudi uspešnejše izobraževanje. Rezultati iz raziskave nam pokažejo, da je večini ($n = 20$; 95 %) anketirancev ustrezal način izvedbe preddializne šole.

Kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje lahko za naš vzorec trdimo, da se pomena udeležbe na predializni šoli zavedajo.

Ko se pacient sooči z diagnozo končna ledvična odpoved, mu morata medicinska sestra in zdravnik nefrolog predstaviti oblike nadomestnega zdravljenja. Pacient lahko glede na zdravstveno stanje izbira med tremi vrstami zdravljenja: peritonealna dializa, hemodializa in transplantacija ledvic. Naloga zdravstvenega osebja pa je, da pacienta in svojce izobrazijo in informira do te mere, da se bodo lahko na podlagi pridobljenih informacij pravilno odločili. Vse tri oblike imajo tako prednosti kot slabosti, o katerih se mora pacient seznaniti že v predializnem obdobju.

Na drugo raziskovalno vprašanje, kako dobro dializni pacienti poznajo možnosti nadomestnega zdravljenja pa lahko zapišemo, da je 95 % ($n = 20$) anketiranih dobro seznanjeno z vrstami in izborom nadomestnih zdravljenj, eden pa se ni mogel opredeliti.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju, kako dializni pacienti upoštevajo priporočila za kakovostno življenje, ki jih dobijo v predializni šoli.

Aerobna telesna vadba je za paciente s kronično ledvično odpovedjo najbolj primerna, zato smo anketirance povprašali, katera vrsta aktivnosti sodi v to skupino. Med ponujenimi odgovori je vseh 21 (100 %) anketirancev izbralo odgovor hoja, nekaj manj ($n = 17$; 80 %) pa vrtnarjenje. Vodilo za izvajanje telesne dejavnosti je pri 17 (81 %) anketirancih njihovo počutje, zato je upoštevanje priporočil za kakovostno življenje še kako pomembno, saj je od tega odvisno tudi počutje pacienta. 14 (67 %) anketirancev ima težave pri omejitvi vnosa tekočine, prehranska priporočila jih deset (48 %) zavestno krši odvisno od dneva in družbe, od priporočil pa približno polovica ne odstopa pri vnosu tekočine in pri telesnih aktivnostih.

Glede na rezultate ankete lahko za naš vzorec trdimo, da o prehrani, ki je za njih ključna vedo veliko. Poznajo količino dnevnega vnosa K, Na, Ca in P in posledice prekomernega vnosa v telo, saj so se v 90 % ($n = 19$) popolnoma strinjali z v anketnem vprašalniku navedenimi trditvami. V anketi smo tudi ugotavljali, kako dobro pacienti poznajo prisotnost K, Na, Ca in P v določenih vrstah živil. Rezultate smo primerjali z raziskavo, ki sta jo izvedla Laznik in Predovič (2015) v Splošni bolnišnici Novo mesto na odseku za hemodializo.

V obeh raziskavah so si rezultati zelo podobni tako pri omejitvah vnosa tekočine kot pri primernosti aerobne telesne vadbe za ledvične paciente. Zelo podobni rezultati so bili tudi v poznavanju vsebnosti K in P v živilih. Vsi pacienti se zavedajo, da banana in krompir vsebujeta visoko vsebnost K, zato je bil rezultat pričakovan, prav tako se zavedajo, da imajo mleko, rjavi fižol in gobe (suhi jurčki) visoko vsebnost P, saj je 18 (86 %) anketirancev izbralo ta odgovor. Največja razlika pri obeh raziskavah pa je bila pri vprašanju o zavestnem kršenju prehranskih priporočil in kršenju pri vnosu tekočine.

V raziskavi Laznik in Predovič (2015) je rezultat pokazal, da kar 93 % anketirancev kljub zavedanju težav zavestno in stalno preizkuša mejo dopustnega, v naši raziskavi pa je rezultat popolnoma drugačen, saj pri vnosu tekočine 48 % anketirancev nikoli ne odstopa od priporočil, pri kršenju v prehrani pa je pri 48 % anketirancev to odvisno samo od dneva in družbe, sicer pa se priporočil držijo.

Iz pridobljenih rezultatov lahko sklepamo, da se je stanje nekoliko popravilo in da se pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi držijo priporočil, saj vedo, kaj je za njihovo telo, zdravje in splošno počutje najboljše, in se zavedajo, da bo zdravljenje z upoštevanjem priporočil boljše in učinkovitejše. Vsak pacient si želi, da bi dializno zdravljenje potekalo brez zapletov, da bi bilo čim bolj uspešno in kakovostno.

Pri zadnjem, četrtem raziskovalnem vprašanju, smo paciente povprašali, kako dializni pacienti ocenjujejo, da je medicinska sestra uspešna pri podajanju vsebin v preddializni šoli.

Medicinska sestra v vlogi predavateljice je za paciente z ledvičnim obolenjem in za paciente, ki se pripravljajo na zdravljenje z dializo zelo pomembna, saj je od nje odvisna kakovost življenja teh pacientov. Zelo pomembno je treba poudariti pomen prehrane in vnos živil za te paciente.

Iz rezultatov lahko za naš vzorec trdimo, da je medicinska sestra na tem področju opravila zelo dobro delo, saj se vsi anketirani pacienti zavedajo katera živila so za njih priporočljiva, katera jim škodijo in kakšni so znaki, če je le teh preveč. Zavedajo se pomena omejenega vnosa tekočine, kar je nekaterim na začetku predstavljalo težavo, ki pa so jo sčasoma sprejeli.

LITERATURA

1. Angelovska, S., Poklar - Vatove, T. in Rebec, D. (2011). Prehrana starostnika z ledvičnimi obolenji. V M. Jurdana (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja* (str. 119–131). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
2. Dovč - Dimec, R. (2011). Ambulantno vodenje bolnika s kronično ledvično boleznijo. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji* (str. 41–48). Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic.
3. Knap, B. in Lavrinec, J. (2012). *Prehrana pri kronični ledvični bolezni*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije
4. Laznik, G. in Predovič, P. (2015). Vzgoja pacientov na dializi o pravilni prehrani in pomenu dobre telesne kondicije (Projektna naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
5. Laznik, G., Predovič, P. in Železnik, D. (2015). Vzgoja pacientov na dializi o pravilni prehrani in pomenu dobre telesne kondicije. V D. Železnik in U. Železnik (ur.), *Vrednote posameznika - Ogledalo družbe* (str. 87–94). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvo Slovenj Gradec.
6. Lindič, J. (2010). Kaj je ledvična bolezen. V J. Lindič in D. Kovač (ur.), *Za dobro ledvic. Izobraževalni program o ledvični bolezni* (str. 1–8). Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo.
7. Lipičnik, S. (2013). Metode za ugotavljanje prehranjenosti dializnih pacientov. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Prehransko rizični pacienti na dializi* (str. 13–22). Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic.
8. Obrovnik, M. (2010). Prehrana bolnika s kronično ledvično boleznijo. V J. Lindič in D. Kovač (ur.), *Za dobro ledvic. Izobraževalni program o ledvični bolezni* (str. 1–10). Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo Slovensko nefrološko društvo.
9. Parapot, M. in Blagojevič - Štemberger, S. (2009). Predstavitve preddializne edukacije v centru za dializo v Splošni bolnišnici Novo mesto. V M. Berkopec (ur.), *Primeri dobre prakse v zdravstveni negi* (str. 111–117). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo Novo mesto.

10. Pirnat, P. (2011). Poučevanje bolnikov s kronično ledvično boleznijo pred pričetkom nadomestnega zdravljenja (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Pirnat, P. (2011). Rezultati raziskave o poteku predializnega izobraževanja bolnikov s končno ledvično odpovedjo v dializnih centrih Slovenije. V M. Rep in B. Rabuza (ur.), *Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji* (str. 59–62). Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic.
12. Plazar, N. (2011). Raziskovanje hiperhomocisteinemije pri pacientih s končno ledvično odpovedjo. V M. Jurdana (ur.), *Razsežnosti kakovostnega staranja* (str. 103–117). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.

Celostno ocenjevanje uporabnikov - starostnikov

UDK 614.253.89-053.9

KLJUČNE BESEDE: uporabniki, starostniki, enotno ocenjevanje, enovitost, medresorsko povezovanje

POVZETEK - Potrebno je enotno ocenjevalno orodje, ki bo na celosten način predstavilo uporabnika oz. starostnika in njegove sposobnosti. Ugotovitev, da se dolgih poročil, ocen ali mnenj ne bere, zato se ne ve, kakšno je stanje uporabnika. Enotno ocenjevalno orodje predstavlja uporabnika z vseh vidikov življenja in njegove samostojnosti. Pregledano ocenjevalno orodje v nemškem konceptu dolgotrajne oskrbe in analiza ocenjevanja uporabnikov oz. starostnikov, ki poteka v Sloveniji, je posnetek trenutnega stanja. Analiza ocenjevanja stanja v Sloveniji in ocenjevalnega orodja v Nemčiji kaže, da bo ocenjevalno orodje doprineslo k primerljivemu, dostopnemu ocenjevalnemu sistemu. Rezultati kažejo na dobro možnost in dostopnost ter enakopravnost za vse uporabnike. Ocenjevanje različnih strokovnih delavcev v zdravstvu in socialnem varstvu povzroča različen sistem ocenjevanja tako v metodološkem smislu kot v smislu rezultatov in interpretacije le-teh. Novo ocenjevalno orodje pa ponuja informacijo z vseh področij uporabnikovega življenja na enem mestu in tako omogoča skupni imenovalac za znanstveno raziskovanje.

UDC 614.253.89-053.9

KEY WORDS: users, elderly people, uniform assessment, uniformity, connection between different departments

ABSTRACT - A single assessment tool is needed which will allow a complete evaluation of the user or the elderly person and their abilities. It was found that long reports, reviews or opinions are not read at all, therefore the user's condition cannot be determined. The single assessment tool integrates all areas of the user's life and their autonomy. The reviewed assessment tool used in the German context of a long-term care and the analysis of the assessment of users, i.e. the elderly, taking place in Slovenia represents a snapshot of the current situation. The assessment analysis of the situation in Slovenia and the analysis of the assessment tool in Germany show that the assessment tool will contribute to a comparable, accessible evaluation system. The results reveal good prospects, accessibility and equality for all users. The evaluation of various health professionals and social care experts creates a different evaluation system in methodological terms and in terms of results and their interpretations. The new evaluation tool provides information from all areas of the user's life in one place, and allows a common denominator for scientific research.

1 Teoretična izhodišča

Družba postaja dolgoživa, pričakovano trajanje življenja se podaljšuje, delež starejših od 65 hitro narašča (UMAR, 2017). Demografske spremembe in starostna struktura prebivalstva se zelo hitro spreminjata tako v Evropi kot v Sloveniji. Povečanje populacije starostnikov in njihovih potreb ter potreb po oskrbi, je povzročilo v razvitih Evropskih državah nacionalni interes o temi, problematiki in hkrati skrbi za starostnike (Jakovljevič idr., 2012; European Pillar of Social Right, 2017). Stanje starostnikov in njihove potrebe se hitro spreminjajo, kolesja državnih ustanov so prepočasna in prezaposlenost njihovih svojcev in sorodnikov je izredno velika, kar ugotavljajo tudi na ravni Evropske Unije (v nadaljevanju EU). Članice EU ugotavljajo, da področje dolgotrajne oskrbe ni enotno urejeno, zato se uveljavljajo različni sistemi podpore

uporabnikom oz. starostnikom. Le ti bi morali temeljiti na splošni dostopnosti, visoki kakovosti in dolgoročni finančni vzdržnosti financiranja iz javnih sredstev (De la Maissonneuve in Oliveira Martins, 2013; European Pillar of Social Right, 2017). Zaradi izgube ali odsotnosti telesnih, duševnih ali intelektualnih sposobnosti oz. samostojnosti potrebujejo različne oblike pomoči pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih in življenjskih aktivnostih. Prav zaradi tega, podatki nakazujejo potrebo po celostni in enotni oceni stanja funkcijskih in drugih sposobnosti ter zmogljivosti starostnikov, tudi v Sloveniji.

Kakšno je funkcijsko stanje starostnikov nam pokaže nekaj raziskav: 40 % starostnikov starih 70 let in več je poročalo o omejitvah pri običajnih aktivnosti; 16 % starostnikov starih 65 let in več ima težave pri osnovnih aktivnostih gibanja (npr. hoja na kratke razdalje) in 12 % jih ima težave pri osnovnih aktivnostih samooskrbe; 5-8 % oseb starih nad 65 let, ki živijo v domačem okolju, potrebujejo pomoč pri eni od dnevnih aktivnosti. Krhkost, ki se omenja v zadnjem času, še dodatno povečuje tveganje za razvoj škodljivih vplivov in izidov na upad telesnih in duševnih funkcij, akutnih bolezni in poškodb, padcev, ponavljajočih hospitalizacij in zvišane stopnje umrljivosti (Pozvek, 2012; Gabrovec, 2017). Nezmožnost in nezmogljivost se povezuje s slabo kakovostjo življenja, z odvisnostjo od izvajalcev formalne kot tudi neformalne oskrbe in s tem povezanih stroškov zdravstvenih, negovalnih in socialnih storitev.

Ocena ali ocenjevanje stanja starejših oseb je ključna pri določitvi upravičenosti in kategorije za prejemek finančne pomoči. Težava vseh strokovnih delavcev je, kako oceniti, kaj oceniti in kje oceniti njihovo stanje. Glede na zgoraj omenjene težave, ki pestijo starostnike je tudi vprašanje kaj vse oceniti in ali ima posamezni strokovni delavec kompetence za ocenjevanje širšega okvira. Prav zaradi širokega obsega težav se strokovni delavci držijo le svojega dela ocenjevanja, kar vodi v razdrobljenost informacije o starostniku, njegovih sposobnostih in spretnostih ter njegovih pomanjkljivostih in obolenjih. Izkušnje kažejo, da se zaradi strokovno zelo dobrega in poglobljenega ocenjevanja izgubi celoten »pogled« na starostnik, njegov izgled in njegove potrebe. Ali je samostojen v osnovnih dnevnih opravilih? Ali lahko opravi tudi podporna dnevna opravila? Ali so osnovna dnevna opravila vezana na storitve oskrbe ali na storitve zdravstvene nege, preventive ali rehabilitacije? Prav tako se veže pomoč na podporna dnevna opravila predvsem z pomočjo v gospodinjstvu. V kakšnem stanju strokovni delavci dobijo starostnika v obravnavo se pogosto ne ve. Osnovna dnevna opravila so zlasti: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje, gibanje, priprava na spanje in počitek (Colombo idr., 2011). Podporna dnevna opravila so zlasti: pomoč pri hišnih opravilih, pomoč pri nakupu živil in življenjskih potrebščin, prinašanje, priprava in postrežba obrokov, spremstvo (Colombo idr., 2011). Preveč je dokumentacije ali pa je sploh ni, zato je namen prispevka analizirati obstoječe ocenjevanje starostnikov v Sloveniji in predstaviti celostno ocenjevalno orodje, ki ga že 20 let uporabljajo v Nemčiji (MDS, 2016).

2 Metode

Uporabljena je bila baza podatkov COBISS in spletne strani združenj oz. zbornic v Sloveniji, ker gre za pregled ocenjevanja starostnikov v slovenskem prostoru z javno dostopnimi podatki o ocenjevalnih orodjih. Za pregled in analizo obstoječega ocenjevanja v Sloveniji se je opravil pregled pisnih elektronskih virov. Ključne besede, ki so se pri iskanju uporabljale so bile ocena starostnika - 155, socialna ocena starostnikov - 23 in ocenjevanje starostnikov - 72. Pri analizi podatkov so bili izločeni dvojniki. Vključitveni kriteriji so bili vsi članki ali povzetki, ki v praksi podpirajo splošno oceno stanja starostnika, kakršnokoli ocenjevanje starostnikov, ki se je izvajalo v Sloveniji. V nemških smernicah (MDS, 2016) je bil narejen pregled ocenjevalnega orodja, ki so ga posodobili leta 2016. Pred tem so ga spreminjali, preoblikovali in dopolnjevali skoraj dvajset let.

3 Rezultati

Po pregledu elektronsko dostopne literature je bilo ugotovljeno, da v Sloveniji ne obstaja ocenjevalno orodje za celostno ocenjevanje starostnikov. V shemi 1 so prikazani vsi zadetki in nato izbor le tistih člankov, ki so bili primerni za obdelovanje in so ustrezali vključitvenim kriterijem. Izločeni so bili vsi članki ali povzetki, ki so se podvajali.

Shema 1: Povzetek zadetkov in izbor člankov ali povzetkov



Iz tabele dva je razvidno, da strokovni delavci uporabnike oz. starostnike ocenjujejo le v posameznih segmentih. V tabeli 1 je prikazano ocenjevanje po posameznih vsebinah, ki jih ocenjujejo strokovni delavci. Zaskrbljujoča je ugotovitev, da je v kar nekaj diplomskih in magistrskih nalogah predlagan integriran koncept ocenjevanja, tako zdravstveni kot socialni, ki pa žal ostaja le v nalogah. V tabeli 1 je delitev oce-

njevalnih vsebin razporejena na enake sklope kot v nemškem modelu, zaradi boljše preglednosti.

Tabela 1: Ocenjevanje starostnikov v slovenskem prostoru

<i>naslov</i>	<i>vsebina</i>	<i>kdo ocenjuje?</i>
gibanje	Ocena premičnosti (1), telesna pripravljenost (4), aerobna zmogljivost (2), mišična zmogljivost (3), gibljivost (3), ocena tveganja za padce (6), ravnotežje (4), pripomočki za hojo in ravnotežje (1), prijem roke (1), vzdržljivost (3), koordinacijo (3)	fizioterapevti, kineziologi, zdravniki
kognitivne in komunikacijske sposobnosti	Klinično psihološki pregled (1), komunikacija in kakovost odnosov (1), senzorična integracija (1)	klinični psiholog, zdravstvena nega, delovni terapevt
vedenje in duševno zdravje	Ocena dementnosti (1), osebne lastnosti povezane s čustvenostjo (1), žalost (1), ocena realne moči (3), alkohol med starostniki (1)	klinični psiholog, farmacevti, zdravstvena nega, socialni delavec
samooskrba	Prehrana (7), funkcionalna zmogljivost (3), motnje požiranja (1), tekočinsko ravnovesje (1)	zdravniki, zdravstvena nega, fizioterapevti, farmacevt
bolezen, poškodba ali po operacijah	Po zlomu kolka (3), bolečine (4), po zlomu zapestja (1), po kapi (4), bolečina v trebuhu (1), zdravje (9), kronične rane (1)	zdravniki, zdravstvena nega, fizioterapevti, delovni terapevti
vsakdanje življenje in socialni stiki	Ocena življenjskih aktivnosti (1), upad delazmožnosti (1), varnost (2), prilagoditev notranje opreme (1),	delovni terapevti, pravnik,
aktivnosti izven domačega okolja	Neodvisnost (1)	zdravstvena nega,
gospodinjska opravila	/	/

V tabeli 2 so prikazani moduli in vsebine, ki se ocenjujejo po posameznih modulih v Nemškem konceptu ocenjevalnega orodja, ki se imenuje NBA orodje (MDS, 2016).

Tabela 2: Nemški koncept ocenjevalnega orodja – NBA

<i>modul</i>	<i>naslov</i>	<i>vsebina ocenjevanja</i>
1.	gibanje	Položaj v postelji, sedeč položaj, presedanje, gibanje po prostoru in po stopnicah
2.	kognitivne in komunikacijske sposobnosti	Prepoznavanje bližnjih, orientacija v prostoru in času, spomin, izvajanje vsakodnevnih opravil, sprejemanje odločitev, razumevanje informacij in navodil, prepoznavanje nevarnosti, izražanje osnovnih potreb in sodelovanje v pogovoru
3.	vedenje in duševno zdravje	Motorične motnje, nočni nemir, samopoškodovanje, agresivno vedenje do oseb in predmetov, besedna agresija in druge glasovne posebnosti, zavračanje pomoči, prividi, blodnje in strahovi, pomanjkanje motivacije zaradi depresije in družbeno nesprejemljivo vedenje
4.	samooskrba	Umivanje telesa, tuširanje, kopanje, oblačenje in slačenje, priprava enostavnih obrokov in pijače ter hranjenje in pitje, uporaba stranišča ali toaletnega stola, obvladovanje inkontinence urina in blata oz. oskrba stome ter hranjenje parenteralno ali po sondi
5.	sposobnost spoprijemanja z boleznijo in z zdravljenjem povezanih zahtev in obremenitev	Jemanje zdravil, dajanje injekcij, oskrba žilnih katetrov, aspiracije in terapija s kisikom, hladno – tople obloge, merjenje telesnih parametrov in razumevanje le teh, uporaba drobnih telesnih pripomočkov (slušni aparat, očala, ...), oskrba rane, stome, redna katetrizacija in drugi predpisani terapevtski ukrepi v domačem okolju, obiski zdravnikov in zdravstvenih ustanov, upoštevanje diet, navodil in terapevtskih ukrepov
6.	vsakdanje življenje in socialni stiki	Potek dneva in prilagajanje spremembam, počitek in spanje, samozaposlitev, načrtovanje prihodnosti, neposredni stiki z ljudmi v ožji in širši okolici
7.	aktivnosti izven domačega okolja	Odhod iz stanovanja, gibanje zunaj doma, uporaba javnih prevoznih sredstev, prevoz v osebнем avtomobilu, udeležba na prireditvah, sodelovanje v drugih dejavnostih in z drugimi ljudmi
8.	gospodinjska opravila	Nakupovanje, priprava preprostih obrokov, lažja in zahtevnejša opravila pri pospravljanju in čiščenju, ravnanje s perilom, organizacija življenja in uporaba različnih storitev (telefon, IKT), ravnanje in urejanje finančnih sredstev in urejanje uradnih zadev

4 Razprava

Za dobro ocenjevanje uporabnikov je potrebno poznavanje psihometričnih pojmov (zbiranje podatkov, ocenjevanje, merjenje, zmogljivost, vrednotenje), ki podajajo razumevanje in uporabo ocenjevalnih postopkov. Ocenjevalni postopki morajo biti dovolj občutljivi, zanesljivi in veljavni (Vidmar in Jakovljevič, 2016) ter kakovostni (Puh idr., 2015). Ocenjevanje človekovega oz. uporabnikovega stanja (fizičnega, psihičnega, idr.) je zelo občutljiva tema in hkrati zelo zahtevna. Posamezne strokovne službe v Sloveniji ponujajo, zbirajo in posodablajo ocenjevalne metode in opozarjajo na nujnost, da se uporabljajo standardizirana merilna orodja (Zupančič in Horvat, 2009; Pihlar, 2013; Klemenčič, 2016; Oberč in Mravinec Sinur, 2016; Petkovšek - Gregorin idr. 2016; Puh idr., 2016; Švajger idr., 2016). Standardizirana merilna – oce-

njevalna orodja preverjeno zagotavljajo občutljivost, transparentnost in možnost, da se na podlagi ocenjevalnega orodja izvedejo strokovne raziskave kot tudi znanstvene raziskave z možnostjo metodološke primerljivosti. Ta ugotovitev se potrjuje z rezultati pregleda ocenjevalnih orodij v slovenskem prostoru. Vsak strokovni delavec zagovarja, da mora biti ocenjevanje podrobno, natančno, temeljito kar privede do večjega števila daljših poročil o stanju uporabnika. Premalokrat se zavedajo, da bo poročilo bral nekdo, ki potrebuje celostni pogled na človeka, ne le določenega človekovega segmenta, zato je potrebno imeti osredotočenost na celostni pogled ne na ocenjevanje posameznega dela. Starostniki so za ocenjevanje še veliko bolj občutljivi. Njihovo stanje zajema ocenjevanje na zdravstvenem in duševnem področju, kognitivnih sposobnostih, samostojnosti in socialne mreže v ožji in širši okolici. Rezultati kažejo, da je veliko različnih in dobrih ocenjevanj stanja uporabnikov oz. starostnikov, vendar redko katero ocenjevanje zajema celostni pogled. Da bi se na področju ocenjevanja starostnikov morali združiti opozarja tako Šabovič (2004) v celovitem geriatričnem pregledu kot Klemenčič (2016) v socialnem delu s starostniki.

Nemško ocenjevalno orodje ponuja celostno oceno starostnika in kompleksno možnost vpogleda v vsa področja življenja. Zajema gibanje, kognitivnost in komunikacijske sposobnosti, duševno zdravje, skrb za samega sebe, bolezni, ki jih ima in kako se z njimi spoprijema, preživljanje vsakdanjosti, socialno mrežo, aktivnosti izven doma in vsakodnevna gospodinjstva opravila. S tako širokim pogledom na starostnika in njegove sposobnosti bodo vsi, ki se vključujejo v delo z njim dobili primeren vpogled in širino, ki je potrebna pri ocenjevanju, prilagajanju ali rokovanju z njim.

Dolgo življenje, je želja vseh, biti v starosti zdrav, aktiven in sposoben skrbeti sami zase in po možnosti še za druge (Pozvek, 2012). Toda starost prinaša tako veselje in radost, kot skrbi in tegobe, ki pestijo mnoge starostnike. Kako najbolje poskrbeti za starostnike daje uvid, da je potrebno natančno in temeljito ocenjevanje na vseh področjih življenja. Kompleksno, celostno in strokovno ocenjevanje na enem mestu daje poglobljen vpogled tako na stanje kot na potrebe starostnika, ki jih je prav zaradi ocenjevalnega orodja moč zagotoviti.

Nemško orodje ocenjevanja še ni bilo preizkušeno na populaciji v Sloveniji, kar je omejitev preglednega članka. Priporočilo je, da bi v prihodnosti bilo potrebno nemško ocenjevalno orodje testirati pri uporabnikih oz. starostnikih, pripraviti analizo ocenjevanja starostnikov, analizo celostnega pogleda na različna področja življenja in zadovoljstvo strokovnih delavcev s celostno oceno. Ocenjevalno orodje mora povezati strokovne delavce in preseganje stereotipov pomembnosti posameznih strokovnjakov. S tem bodo odprte možnosti strokovnega in znanstvenega raziskovanja k doprinosu za kakovostno življenje v tretjem življenjskem obdobju. Prednost celostnega ocenjevalnega orodja je, da prinaša povezanost ocenjevanja z različnih področij življenja uporabnika oz. starostnika in pričakuje se, da bodo tudi medresorska sodelovanja postala sodelovanja v praksi, kjer že sedaj mnogo strokovnih delavcev sodeluje med seboj za dobrobit starostnikov.

LITERATURA

1. Colombo, F., Liena - Nozal, A., Mercier, J. in Tjades, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
2. De la Maisonneuve, C. in Oliveira Martins, J. (2013). *A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures*. Paris: OECD, Economics Department Working Papers.
3. Gabrovec, B. (2017). Projekt skupnega ukrepanja preprečevanja krhkosti – Joint Action ADVANTAGE. *Perspektive Javno zdravje*, 1 (1), 92–123.
4. Jakovljevič, M., Rugelj, D., Hlebš, S., Kacin, A., Sevšek, F., Dremelj, K., Špoljar, J. in Leskošek, B. (2006). Skupina testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti starostnikov. V D. Rugelj (ur.), *Zbornik predavanj: Celostna obravnava starostnikov* (str. 49–58). Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
5. Klemenčič, S. (2016). Socialno delo s starostniki v SB Novo mesto. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu* (str. 197–204). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
6. MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes bund der Krankenkassen / Smernice nemškega krovnega združenja za zdravstveno zavarovanje za ugotavljanje potreb po oskrbi. (2016). (Interno gradivo). Ljubljana: Prevod Ministrstvo za zdravje, 68–85.
7. Oberč, A. in Mravinec Sinur, K. (2016). Starostnik s kronično rano. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: Starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. (str. 297–304). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Petkovšek - Gregorin, R., Mali, B. in Hočevnar Posavec, B. (2016). Ocenjevanje funkcioniranja oseb v zdravstveni negi. *Rehabilitacija*, 15 (1), 12–20.
9. Pihlar, Z. (2013). Nove metode v delovni terapiji. *Rehabilitacija*, 12 (1), 121–128.
10. Pozvek, M. (2012). *Samostojnost in odvisnost v življenju starostnika* (Diplomsko delo). Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice.
11. Puh, U., Kacin, A., Rugelj, D., Hlebš, S. in Jakovljevič, M. (2016). Ocenjevanje v fizioterapiji. *Rehabilitacija*, letnik 15 (1), 21–32.
12. Puh, U., Zupanc, A. in Hlebš, S. (2015). Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso – merila pričakovane kakovosti. *Rehabilitacija* 14 (1), 25–32.
13. Šabovič, M. (2004). Celovit geriatrični pregled – nov sistematični pristop v obravnavanju geriatričnih bolnikov. *Medicinski razgledi*, 43, 255–260.
14. Švajger, A., Pihlar, Z. in Šuc, L. (2016). Ocenjevanje v delovni terapiji: metode na ravni dejavnosti in sodelovanja ter vpliva okolja v rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 15 (1), 33–43.
15. Tajani, A., Ratas, J. in Juncker, J. C. (2017). *European Pillar of Social Rights*. Bruselj: European Parliament.
16. UMAR – Urad RS za makroekonomske analize in razvoj (2017). *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; Urad RS za makroekonomske analize in razvoj.
17. Vidmar, G. in Jakovljevič, M. (2016). Psihometrične lastnosti ocenjevalnih instrumentov. *Rehabilitacija* 15 (1), 7–15.
18. Zupančič, M. in Horvat, M. (2009). Profil velikih petih osebnostnih potez pri starostnikih: predstave o starejših osebah in njihove opažene značilnosti. *Anthropos*, 3–4 (216–216), 11–29.

Nove kompetence zdravstvene nege - obravnava pacienta na neinvazivni mehanični ventilaciji

UDK 616.857:159.922.2

KLJUČNE BESEDE: neinvazivna mehanična ventilacija, ventilacijska podpora, maske za ventilacijo, zdravstvena nega, kompetence medicinskih sester

POVZETEK - Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) je metoda zdravljenja, pri kateri s pomočjo različnih ventilatorjev in različnih mask oziroma tako imenovanih čelad vplivamo na predihnost pacientov. Je novejša oblika zdravljenja in se uporablja predvsem za zdravljenje pacientov z akutno respiratorno insuficienco in s poslabšano kronično dihalno odpovedjo. V zadnjih letih je zdravljenje z NIMV zelo napredovalo, saj so raziskave pokazale, da je zelo učinkovito in varno. Pomembno vlogo pri zdravljenju pacientov na NIMV imajo izvajalci zdravstvene nege, saj morajo za dodatne kompetence na novo pridobiti ustrezno praktično in teoretično znanje, le tako lahko namreč zagotovijo kakovostno in varno zdravstveno nego. Bistvena je pravilna izbira ventilacije in maske. Za uspešno NIMV je potreben kontinuiran nadzor pacienta in ventilatorja, posebno v prvih urah zdravljenja, da lahko ocenimo, ali je predihavanje uspešno ali ne. Medicinska sestra hemodinamsko in respiratorno nadzoruje pacienta, opazuje njegovo počutje in telesni videz, premikanje prsnega koša in uporabo pomožne dihalne miškulature. Za izvajanje postopka NIMV so potrebne nove kompetence, ki jih medicinska sestra pridobi v klinični praksi.

UDC 616.857:159.922.2

KEY WORDS: non-invasive mechanical ventilation, ventilation support, non-invasive mechanical ventilation masks, healthcare, competencies of the nurse

ABSTRACT - Non-invasive mechanical ventilation (NIMV) is a method of treatment where patients receive breathing support with the help of various different masks or helmets connected to a mechanical ventilator. This method is a newer form of treatment primarily used on patients with acute respiratory insufficiency and chronic respiratory failure. A lot of progress has been made in recent years as research has shown it is very safe and effective. Health care practitioners play a very important role in the treatment of patients with NIMV. It is extremely important that healthcare practitioners acquire new competencies and have sufficient practical and theoretical knowledge in order to ensure proper quality of health care. The correct choice of ventilation and masks is also essential. For successful NIMV, the patient and the ventilator are constantly monitored, especially during the first hours of treatment, so we can evaluate the efficiency of the patient's ventilation. The nurse must always monitor the patient hemodynamically and respiratorily, their chest movements, use of accessory muscles of respiration, body appearance and overall body condition, which are all very important. In order to carry out this treatment, new competencies acquired by the nurse in clinical practice are needed.

1 Uvod

Neinvazivna mehanična ventilacija (NIMV) je oblika ventilacijske podpore pacientu, ki zajema vse podporne mehanske oblike dihanja, pri katerih pacient diha brez umetne dihalne poti (endotrahealni tubus, trahealna kanila). Izvaja se s pomočjo različnih mask in novejših, tako imenovanih čelad (Kobilica, 2016). NIMV pomeni napredek v zdravljenju akutne in kronične respiratorne odpovedi, ker se z njo lahko izognemo endotrahealni intubaciji ali traheostomi (Ziherl, 2017). V primerjavi z invazivno mehansko ventilacijo je prijaznejša do pacienta (Kobilica, 2016). NIMV se izvaja s pozitivnim inspiratornim tlakom in izboljša alveolno ventilacijo, omogoča odpiranje prej

zaprtih pljučnih mešičkov, zmanjša dihalno delo in s tem utrujenost mišic, izboljša zasičenost s kisikom in poveča možnost izločanja izmečka (Cabrini in Zangrillo 2011).

2 Metoda dela

Za izdelavo prispevka je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, ki temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku s področja neinvazivne mehanične ventilacije. Do literature smo dostopali preko naslednjih podatkovnih baz: Cobiss, Medline, PubMed in CINAHL. Iskanje literature je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: neinvazivna mehanična ventilacija, ventilacijska podpora, maske za neinvazivno mehanično ventilacijo, zdravstvena nega, kompetence medicinske sestre, itd. Kriteriji izbora so bili pregled literature od leta 2007 do 2018 in prosta dostopnost do celotnega besedila. Prispevek zajema tudi literaturo, ki je starejša od desetih let, še vedno pa velja za aktualno in relevantno. Vsa literatura je natančno pregledana in kritično ovrednotena.

3 Neinvazivna mehanična ventilacija

Uporaba NIMV se je v zadnjem času zelo povečala tako v enotah intenzivne terapije, na kliničnih oddelkih, kot tudi v domačem okolju. Postala je sestavni del zdravljenja akutnih in kroničnih dihalnih zapletov (Brill, 2014). Njena uporaba je odvisna od prakse v bolnišnicah, primerne opreme, znanja, izkušenj ter zadostnega števila zdravstvenega osebja (Prestor, 2011). Za izvajanje NIMV je prav tako nujno razumevanje in poznavanje načinov ventilacije (Škr gat Kristan, 2007).

3.1 Indikacije in kontraindikacije za neinvazivno mehanično ventilacijo

Indikacije za NIMV so akutna dihalna stiska, kardiogeni pljučni edem, akutno poslabšanje kronično obstruktivne pljučne bolezni in odvajanje od ventilatorja (Benedičič Katona in Špik, 2017). Simptomi, ki nakazujejo potrebo po NIMV, so utrujenost, dispneja in glavobol (Gabrijelčič, 2010). Uporaba NIMV je kontraindicirana pri pacientih, ki iz različnih vzrokov potrebujejo urgentno intubacijo, imajo zastoj dihanja, zastoj srca, motnje zavesti, nestabilno angino pectoris in miokarditis ali pa so hemodinamsko nestabilni. Prav tako je kontraindicirana uporaba NIMV pri pacientih, ki nesodelujejo, imajo poškodbo obraza ali obstrukcijo zgornjih dihalnih poti, jim je slabo in bruhamo, imajo obilno sekrecijo iz pljuč, oslavljen refleks kašlja, so imeli nedavni operativni poseg na požiralniku ali želodcu, krvavijo iz nosu ali iz zgornjih dihalnih poti, imajo aktivno, nezdravljeno tuberkulozo, emfizem ali klavstrofobijo (Režonja, 2014).

3.2 Prednosti in slabosti neinvazivne mehanične ventilacije

NIMV zniža potrebo po endotrahealni intubaciji in z njo povezane zaplete, prav tako skrajša bolnišnično ležalno dobo in zniža stroške zdravljenja ter izboljša preživetje pa-

cientov (Kobilica 2016). Sedacija pacienta ni potrebna, pacienti na NIMV so budni in lahko govorijo, dihajo spontano in imajo ohranjene proste dihalne poti. Pacientu omogoča prehranjevanje, pitje, izkašljevanje in tako večje udobje (Prestor, 2011). NIMV izboljša alveolno ventilacijo in s tem izmenjavo plinov, odpira zaprte alveole, poveča se rezidualna kapaciteta pljuč, zmanjša se obseg kolabiranih pljuč in prepreči nastanek novih atelektaz (Kobilica, 2016). Obrambni mehanizmi dihal so neokrnjeni, vdihani zrak se lahko v nosu navlaži in ogreje, izboljša se tudi zasičenost s kisikom (Prestor, 2011). Prednost NIMV je prav tako ta, da se jo lahko uporablja na polintenzivnih enotah, prehospitalno, med transportom in med posegi ter tudi kot zdravljenje na domu. Uporaba in odstranjevanje maske je enostavno, postopek ventiliranja je možno tudi prekiniti, tako da lahko pacient vmes inhalira zdravila, izkašljeje in izvaja respiratorno fizioterapijo. Prednost je tudi ta, da je nevarnost okužb spodnjih dihalnih poti manjša kot pri invazivnih oblikah predihavanja (Kobilica, 2016).

Slabost NIMV je, da ne zagotavlja zaščite dihalnih poti in lahko pride do aspiracije (aspiracijske pljučnice). Prav tako lahko pride do napihovanja želodca zaradi povečanih pritiskov in slabosti oz. bruhanja po obrokih. S trajanjem pri uporabi NIMV lahko prepozno preidemo na invazivne oblike ventilacije. Slaba stran NIMV je neudobje zaradi pritiska maske in občutek utenjenosti (klavstrofobija), nezadostno tesnjenje maske ali čelade, draženje in vnetje očesne veznice, ki ga povzroča uhajanje zraka, otečena ali izsušena nosna in ustna sluznica, neujemanje pacienta z ventilatorjem, bolečine v ušesih in obnosnih votlinah, padec krvnega tlaka in pnevmotoraks. Zaradi tesnenja obrazne maske lahko na mestih stika s kožo nastanejo razjede zaradi pritiska. Slabost je tudi, da pri NIMV ni direktnega pristopa do sapnika (v primeru povečane sekrecije iz pljuč so potrebne pogostejše aspiracije) (Kobilica, 2016).

3.3 Pravilna izbira maske

Ključni element za uspešno NIMV je ustrezna izbira maske (Ziherl, 2013). Na voljo je več vrst mask, ki so narejene za različne oblike obrazov, so iz različnih materialov, tako, da se za skoraj vsakega pacienta že najde maska, ki mu ustreza. Kljub temu, da je za medicinske sestre včasih težko najti primerno masko, je to ključnega pomena. Če se pacient z masko ne bo dobro počutil, ne bo dobro sodeloval in zdravljenje bo neuspešno. Pomembno je najti tudi pravo velikost maske, pozorni pa moramo biti tudi, da trakovi za pritrditev niso preveč zategnjeni. Tiščanje maske ali trakov lahko namreč povzroči razjede zaradi pritiska (Brill, 2014).

Maske lahko v osnovi razdelimo na nosne maske, nosno-ustne maske (full face), ce-loobrazne maske (total face), ustne maske, maske z nosnim nastavkom (nasal pillow), ter čelade (helmet). Pri akutni respiratorni odpovedi praviloma izberemo ustno-nosno masko, ko pacienta stabiliziramo pa lahko preidemo na nosno masko (Ziherl, 2013).

Prva znaka, da maska ni ustrezna sta puščanje oziroma uhajanje zraka ob maski in pretirano zategovanje trakov maske. Problem je v tem, da zaplete kot so, rdečina na koži, razjeda zaradi pritiska na nosnem korenu in draženje oči, opazimo šele kasneje, ko so ti že prisotni, zato je pomembno, da te zaplete predvidimo že ob prvih znakih in takoj pomislimo na zamenjavo maske, navaja Ziherl, 2013. Uhajanje zraka ob maski je

nelagodno za pacienta, ker povzroča hrup, prav tako po določenem času začne dražiti oči, predvsem pa vpliva tudi na učinkovitost predihavanja pacienta. Da se izognemo draženju kože je pomembno, da je maska čista in suha ves čas predihavanja (Brill, 2014).

3.4 Nadzor pacienta in vloga medicinske sestre pri neinvazivni mehanični ventilaciji

Za uspešno ventilacijo je potrebno pacienta najprej psihično pripraviti in seznaniti s postopkom izvajanja NIMV. S tem pridobimo sodelovanje pacienta, ki nam zaupa in se z ventilacijo strinja. Medicinska sestra pripravi ventilator, ga opremi z enocevnim ali dvocevnim dihalnim sistemom, zaščiti z baktericidnim filtrom, vlažilno posodo napolni z destilirano vodo ter ventilator testira, da je pripravljen za uporabo (Benedičič Katona in Špik, 2017). Zdravnik v bolnišnici pacientu razloži namen NIMV, ga seznanj o možnih zapletih ventilacije, izbere ustrezen aparat, določi vrsto ventilacije in nastavitve aparata ter morebitno dodajanje vira kisika med ventilacijo (Benedičič Katona in Špik, 2017). Ko je pacient pripravljen, ga medicinska sestra namesti v sedeči ali polležeči položaj (kot nad 30°), pripravi ventilator in izbere ustrezno velikost ventilacijske maske. S pravilno izbiro maske medicinska sestra zagotovi minimalno puščanje zraka (Prestor, 2011). Med uvajanjem pacienta na NIMV sta v prvi uri ob pacientu stalno prisotna zdravnik in medicinska sestra (Garpestad, 2007). Pacienta je potrebno ves čas spodbujati in mu nuditi psihično podporo. Večkrat ga povprašamo tudi po počutju. Poučimo ga, da nas o kakršnihkoli spremembah, ki jih občuti med ventiliranjem takoj obvesti (Trinka, 2009). Medicinska sestra izvaja hemodinamski nadzor z merjenjem krvnega tlaka, temperature, pulza, diureze ter respiratorni nadzor, ki vključuje merjenje srčnega utripa, frekvenco dihanja, nasičenost krvi s kisikom in gibanje prsnega koša. Ob tem spremlja tudi stanje zavesti, siljenje na bruhanje, morebitno cianozo, vlažnost kože, potrebo po izkašljevanju, uporabo pomožne dihalne miškulature, gibanje prsnega koša, morebitno prenapetost želodca, skladnost pacientovega dihanja z ventilatorjem, parametre predihavanja (tlaki, dihalni volumni, puščanje - tesnenje maske), položaj maske, pritisk na kožo ter po potrebi prilagaja fiksacijo maske (Šarc, 2017). Uspešnost ventilacije medicinska sestra preverja s plinsko analizo arterijske krvi, ki jo naroči zdravnik. Na uspešno ventilacijo kažejo frekvenca dihanja pod 30 vdihov/min, izboljšanje pH arterijske krvi, izboljšanje oksigenacije in zmanjšanje pCO₂. Ventilacijo prekinjamo za obroke, dajanje zdravil, izkašljevanje, fizioterapijo in regeneracijo kože pod masko (Benedičič Katona, Špik, 2017). Dosežene parametre, vitalne znake in vsa odstopanja beležimo na list ventilacije (Prestor, 2011). Trajanje ventilacije je odvisno od izboljšanja pacientovega zdravstvenega stanja. V prvih dveh urah je obremenitev zdravstvenega osebja največja, saj pacient ne sme biti nikoli sam. Če se stanje pacienta izboljšuje je dobro, da se ventilira čim več časa, tudi po nekaj ur skupaj (Prestor, 2011).

Vloga izvajalcev zdravstvene nege se začne takoj po znani indikaciji za NIMV. Potrebno je strokovno znanje, spretnosti (razumevanje načinov predihavanja, pravilna izbira in namestitve maske ali čelade) in sodelovanje vseh članov zdravstvenega tima

(pacient, zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt). Medicinska sestra nudi pacientu delno ali popolno pomoč pri izvajanju vseh življenjskih aktivnostih (Kobilica, 2016). Za uspešno NIMV je potreben kontinuiran in učinkovit nadzor pacienta in ventilatorja, predvsem v prvih urah po pričetku NIMV saj nam to pokaže ali je ventilacija uspešna ali ne (Trinkaus, 2009). Medicinska sestra mora biti dovolj usposobljena, prepoznati mora težave in vzroke za slabšanje stanja ter o vseh pomembnih odstopanjih takoj obvestiti zdravnika, ki nato spremeni pogoje ventilacije, predpiše ustrezno terapijo, naroči laboratorijske preiskave ali odredi prehod na invazivno ventilacijo. Zelo pomembno je, da ob slabšanju respiratornega stanja ne odlašamo z endotrahealno intubacijo (Trinkaus, 2009).

3.5 Kompetence medicinske sestre pri neinvazivni mehanični ventilaciji

V zadnjih letih je zdravljenje z NIMV zelo napredovalo, saj so raziskave pokazale, da je zelo učinkovito in varno. Pomembno vlogo pri zdravljenju pacientov na NIMV imajo izvajalci zdravstvene nege, saj morajo za dodatne kompetence pridobiti nova ustrezna praktična in teoretična znanja, le tako lahko namreč zagotovijo kakovostno in varno zdravstveno nego. Akutna NIMV se izvaja na intenzivnih enotah in specializiranih enotah za NIMV. Glavnega pomena je zadostno število članov negovalnega tima in njihova zadostna usposobljenost, če le tega ni, je lahko to pomemben vzrok neuspeha NIMV (Dwarakanath in Elliott, 2013). Za izvajanje NIMV je prav tako nujno razumevanje in poznavanje načinov ventilacije (Škrgat Kristan, 2007).

Kompleksnost sodobnega časa, za zagotovitev optimalne zdravstvene nege, zahteva pregled in nadgradnjo obstoječih znanj in kompetenc zdravstvenih delavcev. Zdravstvena nega mora temeljiti na primerih najboljše prakse in izsledkih raziskav ter biti usmerjena v pacientove potrebe (Skela Savič, 2017). Kompetence, ki jih potrebuje zdravstveno osebje za optimalno zdravstveno nego pacienta na NIMV, dobi medicinska sestra v klinični praksi. Tam tekom dela in s pomočjo internih izobraževanj pridobi dodatno znanje za izvajanje zdravstvene nege pri pacientih na NIMV. Le-te so nujno potrebne, saj lahko v nasprotnem primeru, pacientu nevede škodimo, ko ne prepoznamo neučinkovitega predihavanja z NIMV. Medicinska sestra mora biti dovolj usposobljena, da prepozna težave in vzroke za slabšanje stanja ter o vseh pomembnih odstopanjih takoj obvesti zdravnika (Trinkaus, 2009). Nova dodatna znanja, ki jih medicinska sestra potrebuje so pravilna priprava in testiranje ventilatorja, razumevanje delovanja ventilatorja, poznavanje in delovanje različnih vrst ventilacij, spretnost pravilne namestitve mask, prepoznavanje znakov, ki kažejo na neuspešno ventilacijo, beleženje meritev, ki potekajo vsako uro ter poznavanje stvari, na katere moramo biti pozorni pri opazovanju pacienta na NIMV. V ta namen, bi bilo potrebno organizirati še več izobraževanj in učnih delavnic, kjer bi zdravstveni delavci osvežili in nadgradili svoje teoretično in praktično znanje. Vrednote in kompetence medicinskih sester se razvijajo čez celotno poklicno pot in morajo biti tudi odraz potreb na strani razvoja profesije, potreb pacientov in potreb zdravstvenega sistema (Skela Savič, 2017).

4 Zaključek

Namen in vloga zdravstvene nege pacienta na NIMV je vzdrževati in izboljšati pacientovo fizično in psihično ravnoesje, zagotoviti varnost in dobro počutje pacienta, preprečiti nastanek zapletov in doseči čimprejšnje izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta. Na osnovi izkušenj v klinični praksi ocenjujem, da je splošnega znanja o NIMV pri zdravstvenih delavcih premalo, ter da bi bilo smiselno na tem področju organizirati pogostejša izobraževanja in praktične delavnice za osvežitev dosedanjih in pridobitev dodatnih znanj. Nova dodatna znanja, ki jih medicinska sestra potrebuje za kakovostno zdravstveno nego pacienta na NIMV vključujejo poznavanje in razumevanje ventilatorja in načina ventilacij, spretnosti pravilne namestitve mask in prepoznavanje znakov, ki kažejo na neuspešno ventilacijo. Zelo pomembno je, da je medicinska sestra poučena in vešča teh spretnosti, njena vloga je namreč pri nadzoru pacienta na NIMV ključnega pomena, saj je ob njem prisotna ves čas. Nепrekinjen nadzor in opazovanje pacienta na NIMV ter njegovih življenjskih funkcij je ena izmed pomembnejših nalog medicinske sestre. Pri neprekinjenem nadzoru življenjskih funkcij so medicinski sestre v pomoč številni monitorji. Kljub moderni tehniki pa se mora medicinska sestra pri opazovanju pacienta najbolj zanesti na svoja čutila.

LITERATURA

1. Benedičič Katona, D. in Špik, N. (2017). Vloga medicinske sestre pri akutni ventilaciji. V S. Kadivec (ur.), Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe pacienta z boleznijo pljuč. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
2. Brill, A. K. (2014). How to avoid interface problems in acute noninvasive ventilation. Pridobljeno, 5. 7. 2018 s <http://breathe.ersjournals.com/content/10/3/230>.
3. Cabrini, L. in Zangrillo, A. (2011). Non-invasive ventilation after cardiac surgery. Pridobljeno, 5. 7. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3484599/>.
4. Dwarakanath, A. in Elliott, M. W. (2013). Noninvasive ventilation in the management of acute hypercapnic respiratory failure. *Breathe*, 9, 338–348.
5. Gabrijelčič, J. (2010). Presoja o uvedbi kronične NIMV pri pacientu s KOPB. V M. Košnik, (ur.), Golniški simpozij 2010 (str. 3–4). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
6. Garpestad, E., Brennan, J. in Hill, N. S. (2007). Noninvasive Ventilation for Critical Care. *Chest*, 132, 712–720.
7. Kobilica, P. (2016). Zdravstvena nega pacienta na neinvazivni mehanski ventilaciji. (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
8. Prestor, L. (2011). Priprava pacienta na neinvazivno mehanično ventilacijo. V L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), Novi izzivi pri obravnavi pulmološkega pacienta. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
9. Režonja, K. (2014). Sodobne oblike mehanske ventilacije. V I. Šumak (ur.), Zdravstvena nega pri osnovni življenjski aktivnosti – dihanju. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v zgodnji in izobraževanju.
10. Šarc, I. (2017). Vodenje pacienta na akutni neinvazivni ventilaciji. V S. Kadivec (ur.), Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe pacienta z boleznijo pljuč. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

11. Skela Savič, B. (2017). Profesionalne vrednote in kompetence kot dimenzije razvoja v na dokazih podprtega dela v zdravstveni negi. V S. Kadivec (ur.), Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe pacienta z boleznijo pljuč. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
12. Škrbat Kristan, S. (2007). Neinvazivna mehanična ventilacija pri pacientu s kronično obstruktivno pljučno boleznijo. V S. Kadivec (ur.), Zdravstvena obravnava pacienta z obstruktivno boleznijo pljuč in alergijo. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
13. Trinkaus, D. (2009). Pacienti na neinvazivni ventilaciji v hujši respiracijski insuficienci. V S. Kadivec (ur.), Zdravstvena obravnava pacienta z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo (str. 53–56). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
14. Ziherl, K. (2017). Maska pri neinvazivni mehanični ventilaciji je ključna za uspešno ventilacijo. V S. Kadivec (ur.), Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe pacienta z boleznijo pljuč. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.

Častni pokrovitelj konference

*Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*



Sponzorji

Krka, tovarna zdravil, d. d., Novo mesto



Mestna občina Novo mesto



Terme Krka, d.o.o., Novo mesto



TIMO d.o.o. Ajdovščina





Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za **zdravstvene vede** *Faculty of **health sciences***

- visokošolski strokovni študijski program
Zdravstvena nega
- visokošolski strokovni študijski program
Fizioterapija
- magistrski študijski program
Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- magistrski študijski program
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba
- doktorski študijski program
Edukacija in menedžment v zdravstvu

Vabljeni k vpisu!

