



# "Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem"

Kongresni center Brdo – Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017



## Zbornik prispevkov z recenzijo

**Urednice:** Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Kvas

**Recenzenti prispevkov:** Andreja Kvas, Miha Boris Kaučič, Mateja Lorber, Jožica Ramšak Pajk, Tamara Štemberger Kolnik, Mirko Prosen, Klavdija Kobal Straus, Marija Milavec Kapun, Brane Bregar, Sanela Pivač, Andreja Ljubič

## Programsko - organizacijski odbor:

Monika Ažman, Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Kvas, Branko Bregar, Anita Prelec, Gordana Lokajner, Suzana Majcen Dvoršak, Janez Kramar, Jože Prestor, Dejan Doberšek, Gordana Njenjič, Nataša Piletič

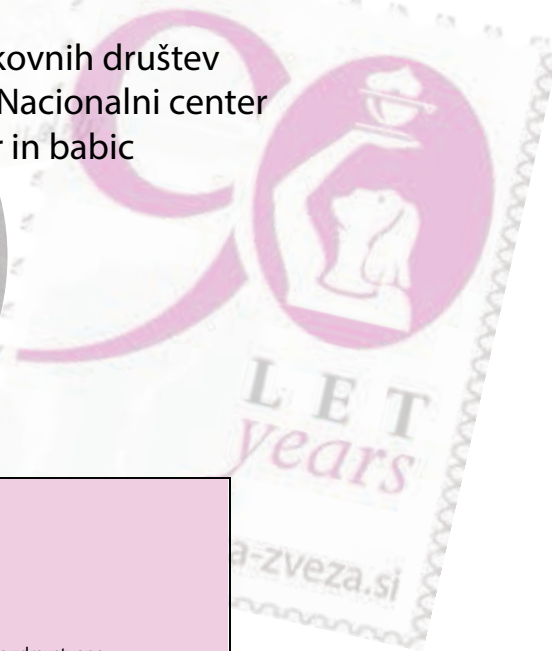
**Grafično oblikovanje:** Pfeifer - Pelicon Sara

## Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic

**Za založnika:** Monika Ažman

Zbornik ni lektoriran.



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

616-083(082)(0.034.2)  
618.2/.6-083(082)(0.034.2)

KONGRES zdravstvene in babiške nege Slovenije (11 ; 2017 ; Predoslje)

Medicinske sestre in babice - ključne za zdravstveni sistem [Elektronski vir] : zbornik prispevkov z recenzijo / 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, [Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017] ; [urednice Suzana Majcen Dvoršak, Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Kvas]. - El. knjiga. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, 2017

ISBN 978-961-273-175-5 (pdf)  
1. Gl. stv. nasl. 2. Majcen Dvoršak, Suzana  
292837632

# KAZALO

## *Vabljena predavanja*

*Paul de Raeve*

**PROUD TO BE AN EU NURSE - THE DIRECTIVE 2013/55/EC,  
THE EFN COMPETENCY FRAMEWORK  
AND WORKFORCE MATRIX 3+1**

**17**

*Annette Kennedy*

**TOGETHER - THE VOICE OF NURSES WORLDWIDE -  
INVISIBLE YET INDISPENSABLE**

**26**

*Marija Milavec Kapun, Rok Drnovšek, Lucija Roblek*

**PROJEKT E-IZOBRAŽEVANJE  
MEDICINSKIH SESTER**

**27**

*Brigita Skela Savič*

**RAZVOJ ELEMENTOV PROFESIONALIZACIJE V SLOVENSKI  
ZDRAVSTVENI NEGI – TEHNIKA SKUPINSKIH INTERVJUJEV**

**34**

*Tamara Štemberger Kolnik, Boštjan Žvanut, Patrik Pucer,  
Katarina Babnik, Majda Šavle*

**V DOMAČEM OKOLJU JE STARANJE BOLJ KAKOVOSTNO  
IN LEPŠE - EVROPSKI PROJEKT CoSENSo**

**49**

# KAZALO

## *Ostali prispevki*

### *Zdravstvena nega v psihiatriji*

Mojca Z. Dernovšek, Alenka Tančič Grum, Nataša Sedlar Kobe

Psihoedukativne delavnice v zdravstvenovzgojnih centrih in Centrih za krepitev zdravja: Podpora pri spoprijemanju z depresijo, anksioznimi motnjami in stresom

**56**

Matejka Pintar Babič, Ekrem Junuzović, Aljoša Lipovec, Maja Drobnič Radobuljac

Izobraževalna in vzgojna funkcija medicinske sestre pri integrirani celostni obravnavi pacientov s samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena

**65**

Jacinta Doberšek Mlakar

Vloga zdravstvene nege v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni

**76**

Damjana Zatkovič, Špela Kink

Odvisnost je zdravljiva bolezen možganov

**86**

Nataša Kopač, Barbara Marcina

Otrok in urejanje alkoholizma pri zasvojenem staršu

**95**

Vesna Zupančič

Pričakovani učinki delovanja nevladnih organizacij  
v mreži za duševno zdravje

**105**

## *Ostali prispevki*

### *Izivi stroke zdravstvene nege*

Bojana Martinčič, Maša Sopotnik, Martin Erak

Namestitev pacienta v neprilagojen položaj za operacijo  
lahko povzroči dodatno bolečino in poškodbo živca

**114**

Blank Pust

Prednosti, ki jih Klinična pot za srčno operacijo prinaša pacientu

**122**

Milena Pavič Nikolič

Revmatološki bolnik v ambulanti, ki jo vodijo  
medicinske sestre: prikaz primera

**130**

Tjaša Tkalec, Ruža Pandel Mikuš, Andreja Kvas

Kaheksija pri srčnem popuščanju in prehranska obravnava

**139**

Nataša Juhart, Miha Boris Kaučič, Nataša Leskovšek

Vpliv dietnega prehranjevanja na kakovost življenja  
pacientov s kronično ledvično boleznijo

**151**

Maja Pozvek, Karmen Romih

Cepljenje proti gripi kot izziv za zaposlene v domu za starejše

**163**

## *Ostali prispevki*

### *Zdravstvena nega otroka*

Barbara Sfligoj, Katja Zupan, Nika Trifoni, Mojca Strgar Ravnikar

Predstavitev dela diplomirane babice, kot avtonomne in  
kompetentne osebe v Splošni bolnišnici Jesenice

**173**

Teja Šircelj, Tita Stanek Zidarič

Občutki neizmerne tesnobe med dojenjem: študija primera

**182**

Janja Gržinič, Majda Oštir, Melita Peršolja

Zdravstvena nega popka novorojenčka: protokol in higiena rok

**190**

Majda Oštir, Urška Krivec

Zdravljenje z visokimi pretoki zraka in kisika  
pri otrocih v akutni dihalni stiski

**203**

Brigita Jeretina, Ruža Pandel Mikuš

Avtizem in vloga prehrane – meta-sinteza znanstvenih študij

**214**

## *Ostali prispevki*

### *Zdravstvena nega skozi zgodovino*

Marjeta Berkopec

Zgodovinski razvoj perioperativne  
zdravstvene nege na Slovenskem

**224**

Helena Olenik, Andreja Mihelič Zajec

Zgodovinski pogled na Suvereni malteški  
viteški red v povezanosti z zdravstveno nego

**234**

Petrischa Robnik

Splošna bolnišnica kot učeča se organizacija

**242**

# Ostali prispevki

## Patronažno varstvo

Martina Horvat

Krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju

**253**

Suzana Zupan

Uporaba NANDA negovalnih diagnoz pri obravnavi starejših oseb v domačem okolju

**264**

Dea Hudarín Kovačič

Vloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti v paliativni obravnavi

**273**

Nataša Kocjan, Cvetka Lorger Rekić

Podpora mamicam pri uvajanju mešane prehrane po smernicah zdravega prehranjevanja dojenčkov

**280**



# Ostali prispevki

## Zdravje na delovnem mestu

Nataša Dernovšček Hafner

Pomen supervizije za zaposlene v zdravstveni in babiški negi

**285**

Jožica Peterka Novak, Branko Bregar, Aljoša Lapanja

Pomen kontinuiranega izobraževanja iz obravnave pacienta z nasilnim vedenjem v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana

**291**

Ljudmila Par

Delovne obremenitve zaposlenih na področju zdravstva in socialnega varstva in bolečine v hrbtenici

**301**

Munira Pejić, Andreja Zupanc

Strategije preprečevanja mobinga – psihičnega nasilja na delovnem mestu v zdravstveni negi

**312**

Matjana Koren Golja, Danijela Milanovič

Nasilje nad izvajalci zdravstvene nege v Enoti intenzivne terapije otrok

**322**

Urban Bole, Aljoša Lapanja

Pojavnost in dejavniki tveganja za nasilje v zdravstveni negi:  
pregled literature

**331**

Marija Milavec Kapun, Andreja Kvas

Povezava med kadilskim statusom študentov  
zdravstvene nege in njihovih staršev

**342**

## *Ostali prispevki*

### *Zdravstvena pismenost*

Klara Peternej, Ajda Cenčič, Gordana Eler, Leonida Colja,  
Patricija Stopar, Zdenka Vihtelič, Damijana Zakrajšek

Reedukacija pacientov s sladkorno boleznijo TIPA 2 v okviru  
projekta »ZMOREM«

**351**

Helena Žulič, Marica Parapot

Prehransko svetovanje bolnikom s kronično ledvično boleznijo na  
Odseku za dializo v Splošni bolnišnici Novo mesto

**362**

Sabina Vidmar, Andreja Kvas

Instrumenti za merjenje zdravstvene pismenosti v ambulanti  
za diagnostiko prebavil

**369**

Tina Razlag Kolar, Miha Boris Kaučič, Tamara Štemberger Kolnik

Povezava med zdravstveno pismenostjo in življenjskim slogom starih ljudi

**381**

Tatjana Dinić

Značaj smeha na mentalno zdravlje

**393**

## *Ostali prispevki*

### *Kakovost in varnost*

Vesna Zupančič, Mateja Radej Bizjak, Bernarda Kociper, Tanja Mate, Ana Medved

Sistem sporočanja in učenja o opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkih v Sloveniji

**398**

Matejka Pintar Babič, Jožica Peterka Novak, Stanislava Blagojević

Interni kazalniki kakovosti kot orodje izboljšav v zdravstveni negi

**408**

Danijela Pušnik, Jožefa Tomažič, Mojca Dobnik

Najpogostejši razlogi za nastanek zapletov pri rokovanju z zdravili in zakaj o njih ne poročamo

**417**

Jana Lavtižar

Projekt higijene rok v Splošni bolnišnici Jesenice

**428**

Rok Drnovšek, Angie Dežman, Andreja Marolt, Andrej Starc

Pregled preventivnih ukrepov za preprečevanje ventilatorske pljučnice

**437**

Maja Klančnik Gruden, Irena Košir, Majda Cotič Anderle,  
Alenka Roš, Urška Hvala

Ogroženost za padce pacientov z internističnimi obolenji

**445**

Suzana Majcen Dvoršak, Miha Boris Kaučič

Vloga enterostomalne terapije v bolnišnici

**454**

## *Ostali prispevki*

### *Vodenje*

Lilijana Leskovic, Boštjan Duh Klmenec

Vpliv vodenja na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege

**463**

Renata Lukančič, Nada Macura Višič, Mojca Rabič

Triaža v urgentnem centru Jesenice

**473**

Lidija Mrak, Nataša Hvala

Spremljanje zadovoljstva uporabnikov storitev  
čiščenja kot del vodenja projekta zunanjega  
izvajanja dejavnosti

**479**

Milena Prosen

Stroškovno učinkovita uporaba razkužil v zdravstvenih ustanovah

**488**

## *Ostali prispevki*

### *Komunikacija in zdravstvena vzgoja*

Blažena Berus, Marinka Cerovšek, Vida Novinec

Sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege

**497**

Mojca Kotnik

Spodbujanje refleksije dijakov zdravstvene nege z izobraževanjem s  
pomočjo filma

**505**

Andreja Prebil, Matejka Gornjak

Senzorično gledališče – pomen simulacijskih okolij  
v zdravstveni negi

**514**

Karmen Petek

Zdravstveno vzgojno delovanje medicinskih sester na  
področju otrok in mladostnikov v Savinjsko Šaleški dolini

**524**

Alenka Slapšak, Majda Šmit, Saša Staparski Dobravec

»Pokončna drža« pri učencih osnovnih šol – pilotni  
projekt Zdravstvenega doma Ljubljana

**532**

## *Ostali prispevki*

### *Poklicna etika*

Nada Macura Višič, Mojca Strgar Ravnik

Povezava med osebnimi in poklicnimi vrednotami medicinskih  
sester in njihov vpliv na profesionalizacijo zdravstvene nege –  
primer Splošne bolnišnice Jesenice

**543**

Andreja Prebil

Sodobno razumevanje človeka in življenja – izzivi za etiko  
v zdravstvenih disciplinah

**554**

Marija Milavec Kapun, Uršula Lipovec Čebren, Tanja Korošec,  
Sara Pistotnik, Simona Jazbinšek, Vesna Homar, Danica Rotar Pavlič,  
Nike K. Pokorn, Tamara Mikolič Južnič, Nataša Hirci, Erika Zelko

Strategije premagovanja jezikovnih ovir med medicinskimi  
sestrami

**564**

## *Ostali prispevki*

### *Paliativna zdravstvena nega*

Janja Gržinič, Melita Peršolja

Evalvacija bolečinske lestvice NIPS pri novorojenčku z  
merjenjem tkivne oksigenacije v somatosenzornem  
predelu možganske skorje

**573**

Nadja Lubajšek

Komplementarni pristopi in izzivi v paliativni oskrbi  
onkoloških pacientov

**583**

Darja Plank

Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah

**592**

Marjana Kugonič, Andreja Zupanc

Hospic in paliativna oskrba

**601**

# *Ostali prispevki*

## *Promocija zdravja*

Nataša Medved, Breda Čuš

Referenčne ambulante družinske medicine –  
preventiva v prvih petih letih delovanja

**613**

Darko Sirar, Andreja Kvas

Vpliv zdravstvene vzgoje na znanje ljudi o možganski kapi

**621**

## *Učne delavnice*

Maša Šteblaj, Jelena Ficzkó, Andreja Mihelič Zajec

Učenje negovalnih diagnoz s pomočjo uporabe  
informacijsko-komunikacijske tehnologije

**634**

Uroš Zafošnik, Tatjana Grmek Martinjaš, Mateja Škufca Sterle

Barvni trak v pediatriji in učenje s simulacijami  
v zdravstvu – za varnejšo zdravstveno nego  
otrok

**641**

Aljoša Lapanja, Urban Bole

Komunikacija s pacienti, ki so v procesu  
zdravstvene obravnave odklonilni

**645**



## PROUD TO BE AN EU NURSE- THE DIRECTIVE 2013/55/EC, THE EFN COMPETENCY FRAMEWORK AND WORKFORCE MATRIX 3+1

**Dr. Paul de Raeve**

Secretary General European Federation of Nurses Associations (EFN)

*The European Federation of Nurses Associations (EFN) was established in 1971 and is the independent voice of the nursing profession. The EFN consists of National Nurses Associations from 36 Member States in the EU and Europe, working for the benefit of 6 million nurses throughout the European Union and Europe. The mission of EFN is to strengthen the status and practice of the profession of nursing for the benefit of the health of the citizens and the interests of nurses in the EU & Europe.*

Dear Colleagues!

It is a great pleasure for me exchanging views with you on the lobby work of EFN towards the EU Institutions: the Council, the European Commission and the European Parliament, and to present how EFN lobby actions strengthens the nursing profession at the European level. We have now the Directive 55 (on mutual recognition of professional qualifications) and the Proportionality Directive to make sure governments do not even think about downgrading nurses' education, creating cheaper 'nurses'.

The European Federation of Nurses Associations (EFN) was established in 1971, when the first version of DIR55 was written, and is today representing 36 National Nurses Associations, and three million nurses in the EU, still making sure nursing education and posts are not downgraded.

The objective of EFN is therefore to ensure that patients and nurses play a central role in the social and health policy at the European as well as the Member State level. The work of EFN is central to policy design, since 75% of the national legislation is determined by EU legislation. The bulk of EU legislation, the ACQUIS, which needs to be transposed into national legislation, implies also the implementation of EU law into the nurses' education curricula. In 2004, the EU underwent an historic enlargement, from 15 to 25 Member States, to include 10 countries from central and eastern Europe and the Mediterranean – and Slovenia was one of them. So, where are we 14 years later? Where is nursing as a profession in Slovenia?

Since the Treaty of Rome (1957) was founded, the EFN established itself as an effective and strong voice for the nursing profession in the European Union, able to inform and influence the policy-making process. The organisation has done so by relying on important principles of good lobbying at the EU level. One of these principles is to stay focused and concentrate on a few policy themes relevant at EU level: education, workforce and quality & safety,

including eHealth services. Other principles to strengthen EFN lobby activities are expertise, the communication of clear message and pragmatism, which is the ability of EFN to relate policy debates to practical and frontline experiences. By bringing policy-makers closer to the reality of what is going on frontline, the EFN ensures that political decisions taken at the Council, Parliament and Commission better reflect the need for change as perceived by nurses. As such, the EFN has become a reliable, trustful and influential stakeholder setting the political agenda at EU level! And we hope that EFN members do the same, by supporting each other, using accurate and comparable data and holding governments accountable for not engaging nurses in policy designs and debates, impacting all Slovenian nurses.

To link influence to policy outcomes, one success relates to the adopted Directive on the prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector (2010/32/EU) after bringing 30 nurses infected with Hepatitis and HIV to the European Parliament to demonstrate that protection can prevent injuries if EU legislation was put in place, transposed and applied frontline. This legislation aims at protecting Europe's healthcare professionals, and workers, from potentially dangerous infections due to injuries with needles and other sharp medical instrument. It comprises clauses which specify in detail the actions to be taken by the Member States on prevention, risk assessments, the elimination of risk exposure as well as protection, information and awareness-raising, training, reporting and response and follow-up. The adoption of the legal text is one thing, implementation is more difficult. Therefore, the EFN decided to make an online survey (EFN, 2013) addressing the healthcare professionals, asking them to evaluate the state of implementation of the Directive in their daily practice. Although overall the respondents felt that there were some measures in place, the survey results also showed that other areas were not covered, such as the education on sharp injuries prevention, providing a better work environment for all nurses in the EU as set out in Directive 2010/32/EU.

Other important lobby activity is the free movement of nurses throughout the EU, a European nursing workforce, their education and training, and the quality and safety of the services, including the eHealth services. The adequate development of a sufficient, motivated and highly qualified nursing workforce is key for EFN, as is the design of a comprehensive workforce composition model, having a positive impact on health outcomes.

The European Commission realised the importance of a workforce strategy by developing in December 2008 a Green Paper on the EU Workforce for Health. The EFN was involved in its design and brought the workforce topic to the European Parliament (2010) leading to a written declaration on the EU Workforce for Health (n° 40/2010). Following this initiative, the European Council re-launched the dossier in 2012 and several policy initiatives on the EU Health Workforce were taken by DG Sante. In 2012, the Commission adopted a Communication "Towards a job rich recovery", including an Action Plan. However, the main challenge relates to the variance in definition of nursing care categories within Europe and to get comparable data. Current data are unreliable. To give an example, Austria reports

only nurses that are working in hospitals, while Germany does not include nurses working with the elderly. And in many Member States, different categories in nursing care are merged into one number, expressing one category: nurses. Therefore, it is important for the EFN to lobby for a coherent EU-wide approach concerning the categories of nursing to design a nursing workforce 'fit for purpose', with skills and competences, including eSkills, that each category has to strengthen growth, mobility and quality and safety. For this reason, the EFN has developed the 'EFN Workforce Matrix 3+1' including the three categories of nursing and future principles for the development of health care assistants (HCA's). The Matrix includes the leading role nurses have in the development and supervision of HCA's and defines the three categories as: general care nurse (RN), specialist nurse and the advanced nurse practitioner.

The first category, the registered nurse, is well protected by the Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU, on the mutual recognition of professional qualifications. The modernisation of the Directive 2005/36/EU has been an extremely intense lobby process with the EFN speaking out loudly for nurses and the nursing profession. The European Commission, the European Parliament, and even the Council, have heard this voice clearly, leading to the development of the article 31 in the Directive, strengthening the existing minimum requirements for nurses' education and training, which are: 10/12 years of general education; 4600 theoretical and clinical hours of education; 1534 hours have to be theoretical and at least 2300 hours practical. The article 31 eight competences that nurses have to acquire during their studies are now legally embedded and strengthen the profession of nursing, putting emphasis on Direct contact with patients, team-work and nurses leading a team! The eight competencies that need to be transposed into national legislation are:

- To independently diagnose the nursing care required using current theoretical and clinical knowledge and to plan, organise and implement nursing care when treating patients;
- To work together effectively with other actors in the health sector, including participation in the practical training of health personnel;
- To empower individuals, families and groups towards healthy lifestyles and self-care on the basis of the knowledge and skills acquired;
- To independently initiate life-preserving measures and to carry out measures in crises and disaster situations;
- To independently give advice to, instruct and support persons needing care and their attachment figures;
- To independently assure quality of and to evaluate nursing care;
- To comprehensively communicate professionally and to cooperate with members of the other professions in the health sector;
- To analyse the care quality to improve the own professional practice as a general care nurse.

An important aspect of Directive 36/55 is that student nurses are expected to be proficient, skilled and confident in leading and organising nursing care. Furthermore, qualified nurses are demanded to have full responsibility over their practice and administration of their work. This constitutes not only a basis for a successful system change, which can be developed much further at the European level, the Directive also attributes important key roles to the nurses within the health and social ecosystem such as coaching, leading and evaluating outcomes.

These EU legislative achievements support the recommendation as set out by the United Nations High Level Commission on Health Employment and Economic Growth: scaling up transformative education for both new nurses and existing staff. Furthermore, the Directive 36/55 and the EFN Workforce Matrix 3+1 support the other recommendations linked to empowering women through institutionalizing their leadership; identifying opportunities through which advanced nursing roles can develop, widening and strengthening health and social care delivery, and advice on the appropriate development of new cadres. It is clear that the EU developments related to nurses and nursing, support the design of clinically effective technologies to improve access to and the quality of health services and as set out in article 31, support the development and promotion of the capabilities of nursing in humanitarian, conflict and disaster settings. Although DG Sante started with the development of workforce planning systems through a Joint Action, more needs to be done to ensure the right numbers of staff with the right skills in the right place at the right time, are in place. The EFN workforce Matrix 3+1 should guide further EU and national developments. The EFN lobby on the EU Directives echoes the UN recommendation on identifying unsafe and unfair working conditions and practices and advocate for and negotiate improvements in working conditions and environments. This all puts nurses, nursing, underpinned by research and innovation, in line with the last recommendation: monitor and lobby for health spending and investment. The last UN recommendation captures the EFN slogan during the 2014 European Parliament elections: 'Invest in Nursing to Save Lives!'

Furthermore, there are severe consequences of non-compliance with EU Directives. As we all know, austerity measures in all EU Member States, but also globally, led and still lead to severe cuts in nursing ratios and nursing education, governments looking at 'crisis' as an opportunity to develop a cheap nursing workforce. And these cuts are anno 2017 still far from over! The EFN guide to transpose Article 31 into national legislation, and consequently in the nursing education curricula of each nursing school is crucial to prevent downgrading nursing. Therefore, those schools and governments deciding that no efforts need to be done to comply (complacency), will face infringement procedures set by the European Court of Justice, initiated by DG Grow. I hope the European Commission holds governments accountable for downgrading nurses and nursing! If compliance is not achieved, those nurses coming out of nursing schools throughout the EU of which nursing curricula do not comply with the modernised Directive 2013/55/EC will not move within the EU based on

mutual recognition of professional qualifications, but will fall under the general system, implying a case by case analysis. Historically, we have observed that these “nurses” falling under the general system, instead of the sectoral system of mutual recognition of professional qualifications, move to other Member States as healthcare assistants, although in their country they are “nurses”. This is a waste of investment and resources.

Therefore, the EFN has focussed in 2017 on the Proportionality Directive, as discussed in the 3 European Institutions: Council, Commission and Parliament. Although EFN members have used Linda Aiken evidence that *“Every 10% decrease in nurses’ bachelor’s degree was associated with 7% increased mortality, implying that nurse staffing cuts to save money has adverse effects on health and patient outcomes”* (Aiken, 2014, The Lancet), national governments are creating new legislation and services with lower level nurses, often called ‘medical assistants’, like before 2004! The EFN has always used the European legislation, in particular the Directive 2005/36/EC (modernised by Directive 2013/55/EU), to strengthen nursing as a profession, but now it seems this DIR55 is insufficient to hold national governments accountable for making bachelor nurses redundant, replacing them with new and cheaper professions. The proposed Proportionality Directive is therefore seen as a new tool for EFN members to protect nursing as a profession.

The engagement of NNAs in the proportionality assessment process can hold national governments back of creating a ‘cheap nurse’, preferably not complying with the DIR55 requirements (4600 hours, 2300 hours practical training), so they cannot benefit from the automatic recognition of their qualifications in another EU Member State. It is within this political and professional context that the EFN finds sound arguments to support the proposed Proportionality Directive.

According to Article 59 of the modernised Directive 55, including the five health professionals, Member States have to: assess the proportionality of existing national measures; within 6 months after adoption, to submit the reasons of proportionality of any new requirements they introduce subsequently; and, every two years, report to the European Commission on requirements which have been removed or made less stringent.

Furthermore, the proposed Proportionality Directive makes it very clear that the regulation of professional services remains a prerogative of the EU Member States, and it is up to each Member State to decide whether there is a need to intervene and impose rules and restrictions for the access to or pursuit of a profession, as long as the principles of non-discrimination and proportionality are respected. It is important for EFN that any regulatory measures should not undermine the key aims of the Directive 2013/55/EU as regards the nursing profession: (i) to enhance the mobility of general care nurses by way of rules on automatic mutual recognition, and (ii) to ensure their appropriate level of knowledge, skills and competences (Article 31).

The introduction of a common EU-wide assessment mechanism, including the health professionals, applied by all Member States in a comparable way, should strengthen the development of nursing as a profession in the EU and Europe. Any new or amended regulation of professions shall be based on proper public interest justifications, such as “public health” or “overriding reasons in the public interest” (including the protection of service recipients, such as recipients of health care services). The proposal makes it very clear that the grounds of regulation that are of purely economic nature or purely administrative reasons cannot be used as justifications by national governments. Therefore, Member States cannot rely on pure “labour market needs” for creating parallel nursing professions or to use other vague arguments for creating ‘cheap nurses’.

Furthermore, article 6.2 in the European Commission proposal strengthens the nursing profession as point (d) the link between the scope of activities covered by a profession or reserved to it and the professional qualification required; point (e) the link between the complexity of the tasks and the necessary possession of specific professional qualifications, in particular as regards the level, the nature and the duration of the training or experience required, as well as the existence of different routes to obtain the professional qualification; point (f) the scope of the professional activities reserved to holders of a particular professional qualification, namely whether and why the activities reserved to certain professions can or cannot be shared with other professions; and point (g) the degree of autonomy in exercising a regulated profession and the impact of organisational and supervision arrangements on the attainment of the objective pursued, in particular where the activities relating to a regulated profession are pursued under the control and responsibility of a duly qualified professional, are key for the implementation of the EU Workforce Matrix 3+1.

Delivery of hands-on care for patients, coordination of the care process to achieve better health outcomes implies a highly-qualified workforce. Therefore, Article 6.2 provides a guarantee that a proportionality assessment of the new legislation changing the current situation in nursing would contain a proper justification for reserving nursing activities also to professions (shared reserves) trained at a lower level. Article 6.2 of the proposal would have a rather positive impact on the nursing profession, especially when applied together with point (i) of Article 6.2 which requires Member States to take into account the impacts of the proposed measures on the quality of services and the free movement of professionals.

Equally important is Article 6.4 of the proposal giving an overview of various regulatory requirements that need to be taken into account while assessing combined effect of the new measure together with the existing requirements (the ‘cumulative effect’). This means that when imposing one or more requirements, together with a newly introduced provision, the Member State should consider whether the accumulation of all those requirements would be proportionate in the light of pursued objectives. Given that nursing is a profession where any mistake or misconduct can have grave consequences for citizens, clients, patients, and

the functioning of the healthcare system in general, those guarantees often need to be cumulatively imposed with the objective to protect public health and patient safety. Therefore, national governments seeking to introduce/modify provisions aimed at creating parallel nursing professions alongside with general care nurses (DIR55) would need to assess and justify how (i) the creation of new type of a nurse qualified at a lower level could be suitable to guarantee the adequate quality of services without compromising patient safety, while taking into account regulation in comparable areas, and (ii) how such measures might affect the free movement of DUR55 nurses, so that Directive 2013/55/EU is not devalued of its main aims.

Furthermore, as key element of the proposal, and essential for nurses and nursing, Article 7 makes it clear that before introducing new regulation, all interested parties, citizens, service recipients, representative associations and relevant stakeholders, other than the members of the profession, would have to be informed and should be given the possibility to express their views. This strengthens citizens and social dialogue. The stakeholder engagement in the proportionality assessment is therefore key for NNAs and EFN to strengthen communication, transparency and 'fit for purpose' policies.

In addition, within 6 months of the adoption of the new measure, the reasons for proportionality would need to be notified via the Regulated Professions Database and would be made publicly available by the Commission (Article 9). All this would bring more transparency in the national regulatory processes. Should Member States' justifications be limited to 'saving money' and 'shortage of nurses', Member States would not comply with the requirements for the proportionality test and might face subsequent enforcement action!

Another topic that EFN is heavily engaged in and which has a significant impact on the nurses' profession is eHealth. eHealth has the potential to provide solutions for dealing with the societal challenges such as the increasing ageing population and chronic diseases, by contributing to an innovative, cost-effective service delivery. Through eHealth it is possible to shift the focus towards person-centred care, enhance patient empowerment, and ensure continuity of care across primary and secondary health and social care sectors. Important in this regard is the ENS4care deliverables on prevention, clinical practice, integrated care, advanced roles and nurse ePrescribing, all from the perspective of e-health services design. The ENS4Care evidence based guidelines for nurses and social workers on the use of eHealth services build on 120 existing and implemented practices on ICT tools used by healthcare professionals throughout the EU and Europe, all aiming at improving communication, clinical outcomes and smooth transformation from the current disruptive health system towards an integrated health and social ecosystem, supporting frontline.

Furthermore, advanced roles are seen as the way forward in order to improve access to care and patient outcomes, contain provider related costs and improve recruitment and

retention rates through enhanced career prospects. Nurses are often assigned the role of care coordinator meaning that nurses mediate between the different health and social care professionals responsible for the patient and the patients themselves or their caring environment. Because of this case manager advanced role, nurses have a better overview for the continuity and coordination of care. Especially in the context of integrated and community care, it is not the doctors anymore being the gatekeepers, but the patient deciding and the nurses coordinating the flow of activities as decided by the patient. The nurse as case-managers and prescriber of the full range of medication can lead to a different health and social ecosystems, leading to better outcomes. The biggest challenge to achieve a sustainable health and social ecosystem is the robust change of mindset of politicians (often doctors), policy-makers (often lawyers), the doctors themselves and the industry which is captured in the old-fashioned medical model based on a disease specific approach. This old model should be left disruptively and immediately by changing the public procurement design.

Connected to the issue of eHealth is the necessity for the nurses to be equipped with the right eSkills. The EFN is active in lobbying for the inclusion of eSkills in the education and the training of the nurses, as well as ensuring that their participation in the Continuous Professional Development is considered as working time. There are different EU initiatives to enhance the eSkills of nurses: the European Commission adopted a Communication on eSkills which was followed by a Council Conclusion on a long term eSkills strategy. Furthermore, the European eHealth Action Plan 2012-2020 highlights the importance of eSkills and digital health literacy. The Action Plan point III.3 Facilitating uptake and ensuring wider deployment of eHealth, the Commission refers to the Competitiveness and Innovation Programme and Horizon 2020 supporting activities aiming at increasing professionals (health and scientific communities) digital skills. Therefore, EFN became involved in the report by the Commission (eHealth stakeholder group) to advance the upscaling of eSkills of all healthcare professionals. The EFN Competency Framework and the EFN Workforce Matrix 3+1 therefore integrate crosscutting e-skills development and deployment.

To conclude, EFN policies as adopted by 36 EFN Members, representing 3 million nurses, is key for the development of nursing as a profession, in the EU and throughout Europe. Austerity should be behind us, but it isn't. The health and social sector is still suffering from cuts and reforms that do not make sense. Safety and quality are compromised and nurses need to do more with less. This makes the Acquis, the DIR55 and the Proportionality Directive even more relevant, so NNAs can hold governments accountable for the policy mistakes they make. The united voice of 3 million nurses is key to drive policies on education, workforce and health outcomes, especially in the current situation of the EU, coping with many political, economic and social issues, rebuilding trust of the EU citizens in politics and the EU Institutions.



Thank you very much for your attention.

## References

ENS4Care, 2015. Grant Agreement 620531 Evidence Based Guidelines for Nurses and Social Care Workers for the deployment of eHealth services. Available at: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2225149.pdf>. [10.11.2017].

European Parliament and of the Council, 2005. European Commission Directive 2005/36/EC - modernised by Directive 2013/55/EU. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>. [10.11.2017].

Evropska komisija. 2016. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta o preskusu sorazmernosti pred sprejetjem nove regulacije poklicev EFN Competency Framework. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016PC0822&from=EN>. [10.11.2017].

EFN, 2016. EFN Workforce Matrix 3+1. Available at: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-3-1-Executive-Summary-09-11-2016.pdf>. [10.11.2017].

EFN, 2013. EFN questionnaire on implementation of Sharp Injuries Directive 2010/32/EU. Available at: <http://www.efnweb.be/?p=4697>. [10.11.2017].

European Parliament, 2010. Written Declaration on the EU Workforce for Health (n° 40/2010), Available at: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=//EP//NONSGML+WDECL+P7-DCL-2010-0040+0+DOC+PDF+V0//EN&language=EN>. [10.11.2017].

De Raeve, P., The Political 'State of the Art' on the Directive on Mutual Recognition of Professional Qualifications

EFN, 2012. Strengthening Nursing Education Saves Lives. Available at: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/09/EFN-Press-Release-Strengthening-Nursing-Education-Saves-Lives-17-10-2012.pdf>. [10.11.2017].

De Raeve, P., 2012. The EU Directive what it is, and what are its implications. Available at: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/05/The-EU-Directive-what-it-is-and-what-are-its-implications-November-2012.pdf>. [10.11.2017].

EFN, 2015. Nursing Legislation and Curricula in compliance with Article 31 of Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. Diplomatic World Magazine.

## **Together - the voice of nurses worldwide - Invisible yet indispensable**

**Annette Kennedy**  
**President**  
**International Council of Nurses**

As largest group of health care workers, nurses are an integral part of the solution to improving patient safety and delivering effective and efficient healthcare. Nurses are the link between health care service providers, patients, carers, family members and the community. At every level, nurses have a significant role to play whether delivering care, accurately assessing needs, designing the clinical or policy response or evaluating outcomes and effectiveness.

However, for many of the major decisions about the delivery of health care, nurses are excluded. It is time now for nurses to raise their voices and become more visible.

Annette Kennedy, President of the International Council of Nurses will address some of the main challenges facing nurses today, such as access to health care, noncommunicable diseases, inequalities in health and demonstrate why it is important for nurses to be part of the policy process.

Social determinants of health have a profound impact on health status and the prevalence of health disparities across the world. Nurses are key to addressing these issues. Nurses are often the only regular providers of health care in remote rural areas and low-income inner cities. There, they may care for workers without work, children without food or education, sick people without medicine, and families doing their best to survive difficult circumstances. In some parts of the world, such as African countries devastated by HIV/AIDS, the work of nurses is all that keeps communities from total collapse.

Ms Kennedy will speak about the need to invest in the health workforce and health care services in order to get a better economic return with healthier more productive populations.

Investment into health care should not be seen as a cost burden. Governments and decision makers should not be questioning the value of their return of investment into the health care sector. Rather investment into health care services should be seen as an investment in the economy. And investing in nurses is a key way to ensure the achievement of the Sustainable Development Goals.

She will address the reasons why today's environment demands that nurses increase their political influence, as individuals and as a profession, and will talk about the many ways nurses can – and are doing just this. The role of the International Council of Nurses in representing the global voice of nursing at the highest policy tables will also be discussed.

## PROJEKT E- IZOBRAŽEVANJE MEDICINSKIH SESTER

### THE E-EDUCATION OF NURSES PROJECT

mag. Marija Milavec Kapun

Rok Drnovšek, dipl. zn.

Lucija Roblek, dipl. m. s.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

[marija.milavec@zf.uni-lj.si](mailto:marija.milavec@zf.uni-lj.si)

#### IZVLEČEK

S hitrim razvojem znanosti in tehnologije se tudi v zdravstveni negi povečuje potreba po kontinuiranem izobraževanju. E-Izobraževanje ponuja možnost kakovostnega vseživljenjskega izobraževanja ter izpopolnjevanja medicinskim sestram in je prilagojeno njihovim poklicnim potrebam, času, lokaciji in intenzivnosti. Projekt e-Izobraževanje medicinskih sester je osnutek za možnosti nadaljnega razvoja vseživljenjskega izobraževanja. Projektne aktivnosti so bile usmerjene v oblikovanje največ treh spletnih učilnic, ki bodo lahko del obveznega in licenčnega izobraževanja medicinskih sester. Z uporabo prosto dostopnega sistema za upravljanje učnih vsebin Moodle so študenti na podlagi strokovne literature oblikovali tri e-učilnice, in sicer s področja prve pomoči, oskrbe ran in higiene rok. S tem ne želimo le omogočati kontinuiranega izobraževanja medicinskih sester, temveč tudi približati tehnološko podprto gradivo, s čimer pripomoremo k razvoju medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije bo tako lahko imela večji vpliv na vseživljenjsko učenje, ki bo medicinskim sestram omogočalo kontinuirano obnavljanje znanja ter dostopnost do učnega gradiva prek spleta. Izobraževanje tako postane fleksibilno, bolj dostopno in predvsem učinkovitejše.

**Ključne besede:** vseživljenjsko učenje, zdravstvo, zdravstvena nega.

#### ABSTRACT

Due to the rapid developments in science and technology continuous education is also required in nursing. E-education offers a valuable platform for lifelong learning as well as a professional development of nurses, since it is tailored to their occupational needs, time availability, location and intensity. The e-Education of Nurses project can thus be considered as a springboard for the development of lifelong education in nursing in the future. Project activities were focused on the design of three e-education modules serving as part of the mandatory licence-renewal training for nurses and other healthcare personnel. Supported by an overview of literature, the students participating in the project set out to develop three e-educational modules on first aid, wound care and hand hygiene by using an open-

source learning management system, Moodle. The project is not limited to enabling continuous education in nursing, as it also seeks to promote the use of the digitally-enhanced education materials for further professional development. Using this approach, the Nurses and Midwives Association of Slovenia will therefore have a stronger impact on lifelong learning in healthcare, which will warrant continuous professional development and accessible web-based educational materials, thus making education more flexible, accessible and efficient.

**Keywords:** lifelong learning, healthcare, nursing.

## UVOD

Informacijska in komunikacijska tehnologija (IKT) s svojim bliskovitim razvojem spreminja ne samo vsakdanje življenje temveč tudi potrebe po vedno večjem obsegu znanja in informacij. Razvijajoča se tehnologija se intenzivno prepleta tudi z zdravstvom in se s tem dotika delovanja medicinskih sester. IKT se vključuje tudi v procese pridobivanja znanja, kjer e-izobraževanje samostojno ali združeno s tradicionalnimi pristopi spreminja naše predstave o učenju in izobraževanju (Abuatiq, et al., 2017). S prodiranjem IKT v vse bolj kompleksne vloge medicinske sestre v sodobni družbi, se ustvarja zunanjo spodbudo za stroko zdravstvene nege (Swenty & Titzer, 2014), ki lahko podpira njen intenzivni razvoj.

Vsakodnevni izzivi pri delu strokovnjakov v zdravstvu so prav gotovo tudi spreminjajoča se vloga uporabnika zdravstvenih storitev in hiter razvoj medicine, zato morajo biti medicinske sestre pri svojem delu kompetentne, imeti morajo sveže znanje ter slediti razvoju in sodobnim smernicam stroke. Uporaba IKT v visokošolskem izobraževanju medicinskih sester postaja vse bolj priljubljeno ali celo potrebno ter vedno bolj pogosta izobraževalna praksa. Učenje uporabe IKT pri delu medicinskih sester v času študija pogosto ni formalizirano (Bembridge, et al., 2011), pridobivanje digitalnih kompetenc pa poteka ob študiju drugih vsebin.

Poleg uporabnosti e-izobraževanja pri pridobivanju formalne izobrazbe lahko prednosti tovrstnega izobraževanja uporabimo tudi za neformalna izobraževanja in poklicna izpopolnjevanja. Z e-izobraževanjem je mogoče medicinske sestre podpirati pri pridobivanju kliničnega znanja, prenašanju teoretičnega znanja v klinično prakso, pridobiti dodatna znanja in veščine, omogočiti zaključek študija ter izboljšati učinkovitost pri delu (Noesgaard & Ørngreen, 2015).

Za prenos znanja lahko uporabimo različne izobraževalne platforme (Saleem, et al., 2016). Object-oriented Dynamic Learning Environment (Moodle) je prosto dostopen sistem za upravljanje učnih vsebin, ki pridobiva na priljubljenosti v visokošolskem izobraževanju na mednarodni ravni (Reis, et al., 2015) in je tudi v Sloveniji najbolj pogosto uporabljena platforma. Njegova kratka zgodovina sega na prelom tisočletja in v nenehnem razvoju širi funkcionalnosti ter s tem mrežo uporabnikov. Tako jih v letu 2017 beleži že 100 milijonov

(Moodle, 2017). Platforma temelji na pedagoškem pristopu, osnovanem na socialnem konstruktivizmu. McKinley (2015) povzema ideje socialnega konstruktivizma od Vigotskega. Utemeljuje, da je človeški razvoj pogojen s socialno sredino. Poudarja, da se učimo v interakcijah z drugimi. Konstruktivistični teoretiki so si enotni, da le tisto, kar ustvarimo na podlagi lastnih izkušenj, oblikuje naš svet.

E-izobraževanje na tem področju vseživljenjskega učenja v zdravstveni negi v Sloveniji še ni vzpostavljeno, vendar obstajajo po njem velike potrebe. Ta oblika izobraževanja omogoča časovno, krajevno in osebno prilagojenost posameznikom. To so pomembne prednosti, še posebej za medicinske sestre, ki so zaradi narave dela (izmensko in nočno delo, pomanjkanje kadra in sredstev za izobraževanje) zelo obremenjene in pogosto v depriviligiranem položaju glede pogojev za izobraževanje.

Namen prispevka je predstaviti projekt, ki je namenjen spodbujanju vseživljenjskega učenja medicinskih sester ter podati nekatere poglede na vizijo nadaljnjega razvoja izobraževanja v virtualnem okolju v zdravstveni negi.

#### Opis projekta

V okviru projekta smo oblikovali tri e-učilnice, namenjene medicinskim sestram, ki zajemajo nekatera pomembna znanja za delo v kliničnem okolju. Poleg kliničnih znanj smo želeli z vzpostavitvijo e-izobraževalnih vsebin vplivati tudi na dvig digitalne in informacijske pismenosti strokovnjakov zdravstvene nege, ki z uveljavljanjem informatike v zdravstveni negi pridobivata na pomenu (Button, et al., 2014). Projektne aktivnosti so usmerjene tudi v promocijo vseživljenjskega izobraževanja kot ključnega elementa kakovosti in varnosti v zdravstveni negi.

V projektu so sodelovali projektni partnerji ERUDIO AKADEMIJA d.o.o. (Erudio), Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) in Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani. Vključenih je bilo sedem študentov 1. in 2. stopnje študija zdravstvene nege ter ena študentka 1. stopnje sanitarnega inženirstva. Študenti so pri oblikovanju posameznih vsebin sodelovali z več pedagoškimi mentorji različnih oddelkov na fakulteti, ki so jih usmerjali pri vsebinskih in metodoloških dilemah ter izzivih.

Glavni namen projekta je bil oblikovanje e-učilnic za najmanj tri tematska področja, ki so del vseživljenjskega izobraževanja medicinskih sester in so pomembna z vidika kakovosti in varnosti intervencij v zdravstveni negi, kakor tudi z vidika varnosti izvajalcev. Tematska področja zajemajo znanja temeljnih postopkov oživljanja, oskrbe ran in higiene rok. Pri načrtovanju in vsebinski zasnovi se je upošteval Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev (2006, 2017).

## Potek projekta

Pred začetkom izdelave e- učilnic so študenti v sodelovanju s pedagoškimi mentorji in delovnimi mentorji iz Zbornice – Zveze raziskali vsebinsko in andragoško zasnovo klasičnih izobraževanj, ki potekajo v okviru Zbornice – Zveze. Pri zasnovi spletnih učilnic, ki smo jih oblikovali v sklopu projekta, smo upoštevali njihove prednosti in slabosti. Nekateri študenti so se udeležili klasičnih izobraževanj z namenom, da ugotovijo vsebinske poudarke in stopnjo zahtevnosti posameznega izobraževanja.

Pri oblikovanju spletnih učilnic so študenti uporabljali slovensko ter tujo strokovno in znanstveno literaturo ter strokovne smernice posameznega področja. Po pregledu relevantne literature je sledila groba vsebinska zasnova spletnih učilnic. Po posvetu z mentorji in po opravljenem izobraževanju o uporabi platforme Moodle, so študenti začeli z izdelavo posameznih testnih spletnih učilnic. Izdelava testnih spletnih učilnic v Moodlu je bila na spletišču Erudia. Pri njihovem oblikovanju se je bilo potrebno soočiti z izzivom, da se učno gradivo uspešno približa bodočim udeležencem e-izobraževanja. Študenti so se pri tem učili novih andragoških pristopov in aktivno prispevali k razvoju novih izobraževalnih e-vsebin.

V vsaki spletni učilnici so podana osnovna navodila za delo udeležencev v posameznem učnem procesu. Oblikovano je bilo tudi spletno preverjanje pridobljenega znanja za izbrane vsebine, kot enega izmed možnih kazalnikov kakovosti (e-)izobraževalnega procesa.

Oblikovane spletne učilnice so najprej testirali v projekt vključeni študenti, ki so preverjali njihovo delovanje in funkcionalnost. Sledila je recenzija e-vsebin priznanih slovenskih strokovnjakov s posameznega strokovnega področja.

V okviru projekta smo oblikovali predlog za spremljanje nekaterih kazalnikov kakovosti e-izobraževanja za zdravstvene delavce, ki je bil osnovan na osnovi teoretičnega znanja mentorjev in podprt s praktičnimi izkušnjami delovnih mentorjev.

Platforma zVem (zdravjeVsenaEnemMestu) vključuje tudi Moodle in je namenjena laični in tudi strokovni javnosti. V dogovoru s predstavniki Centra za informatiko v zdravstvu Nacionalnega inštituta za javno zdravje bodo do teh e-učilnic lahko dostopale medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci. Z vzpostavljeno povezavo s Portalom LICENČNIK se bodo posameznemu udeležencu v posamezni e-učni proces po uspešnem zaključku posamezne učne enote, v skladu s Pravilnikom o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017), evidentirale pridobljene licenčne točke (Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2016).

Spodbujanje vseživljenjskega izobraževanja zdravstvenih delavcev, tudi z udeležbo v spletnih učilnicah, bo lahko pomembno prispevalo h kakovostnejši obravnavi pacienta v zdravstveni

negi. S tem projektom bo lahko Zbornica - Zveza testirala nove pristope k splošnemu, lahko pa tudi obveznemu neformalnemu izobraževanju zaposlenih v zdravstveni negi.

## DISKUSIJA

E-izobraževalna gradiva so bila izdelana s pomočjo spletne platforme Moodle, ki omogoča relativno enostavno izdelavo spletnih virov. Tako so lahko študenti ob minimalni pomoči in nadzoru delovnih mentorjev izdelali spletne učilnice, kljub temu, da sicer niso večji izdelave elektronskih virov ali spletnih strani. V kolikor želimo uporabljati pristop e-izobraževanja, pa morajo pristop sprejeti tudi učeči. Na sprejemanje e-izobraževanja med učečimi vpliva več dejavnikov (kot so učni uspeh, informacijska pismenost, komunikacijske sposobnosti itd.), vendar je med njimi najpomembnejši vtis uporabnosti platforme za doseganje boljših rezultatov (Chung & Ackerman, 2015). Vključevanje učečih v proces izobraževanja je zato v veliki meri odvisno od njihove naravnosti do metode in učnih pristopov izobraževanja, na kar moramo biti pozorni pri izdelavi gradiv v prihodnosti. Pri izdelovanju spletnih učilnic smo se osredotočali predvsem na učeče, saj smo se zavedali, da jim moramo spletna gradiva in didaktični pristop prilagoditi ter približati.

Kot opozarjajo nekateri raziskovalci (Abdelaziz, et al., 2011) je za uspešno učenje, poleg zanimivih in dodelanih učnih vsebin, potrebno med učečimi zagotoviti tudi ustrezno digitalno pismenost, če želimo, da je učenje uspešno in so udeleženci takega načina poučevanja zadovoljni in motivirani za nadgrajevanje znanja. Za boljši prenos računalniškega znanja in s tem tudi vseživljenjskega učenja v virtualnem okolju, moramo spremeniti kulturo v kliničnem okolju, zagotoviti, poleg spodbud iz izobraževalnih ustanov, tudi individualne, organizacijske in kontekstualne pogoje (Bembridge, et al., 2011). Hkrati pa se moramo zavedati, da e-izobraževanje ni primerno za vsakogar in za vsa področja (Bloomfield & Jones, 2013). Zaradi osvojenih digitalnih kompetenc in pozitivnih izkušenj z IKT ustreza predvsem mlajšim medicinskim sestram, ki morajo prav tako v začetku svoje kariere utrditi znanja in jih prenesti v klinično prakso (Bembridge, et al., 2011; Bloomfield & Jones, 2013).

Z oblikovanjem e-izobraževanja, kjer se podpira učenje medicinskih sester v socialnih interakcijah, kar platforma Moodle omogoča, lahko nadgradimo klasična izobraževanja in strokovna srečanja, ki so dobro organizirana v posameznih strokovnih sekcijah in v okviru Zbornice - Zveze. Hkrati bo e-izobraževanje pripomoglo k manjši obremenitvi zaposlenih, ki se bodo izobraževali v njim primernem času in tempu ter na način, ki jim najbolj ustreza. Z ustreznim znanjem bodo izvajalci zdravstvene nege izvajali bolj kakovostne storitve, doživljali manj stresa in bodo posledično lahko bolj zadovoljni s svojim poklicnim delom.

Curtis in sodelavci (2016) navajajo, da medicinske sestre iščejo načine za izboljševanje ter razvoj prakse zdravstvene nege tudi skozi različne oblike izobraževanja. Z e-izobraževanjem tako nudimo predvsem fleksibilnost in kontinuiranost izobraževanja. Koncept celostnega pristopa k izobraževanju medicinskih sester nam omogoča koncizno opredelitev samega e-izobraževalnega področja in njegovih strateških prednosti, ki so predvsem prostorska

neodvisnost pri izpeljavi izobraževalnega procesa, dostopnost in odprtost virov izobraževanja ter prožnost in različnost komunikacije med udeleženci tega procesa.

## ZAKLJUČEK

E-Izobraževanje je lahko dobra priložnost in spodbuda k vseživljenjskemu izobraževanju/učenju medicinskih sester. Pri tem je pomembno dosegati optimalno kakovost dela v zdravstveni negi, prilagoditi izobraževanje glede vsebin, časa in kraja izobraževanja. Izobraževanje v živo pa mora dobiti novo mesto v smislu gradnje profesionalnih povezav in druženja med strokovnjaki ter pristnih človeških odnosov. Zbornica - Zveza bo lahko s promocijo e-izobraževanja pozitivno vplivala tudi na sprejemanje novih oblik vseživljenjskega učenja med medicinskimi sestrami, ki bo zaradi boljše dostopnosti in prilagodljivosti posredovanja znanja najverjetneje pozitivno sprejet.

### Izjava

Prispevek je nastal na osnovi projekta e-Izobraževanje medicinskih sester, ki je bil uspešen na prijavi na Javni razpis projektno delo z gospodarstvom in negospodarstvom v lokalnem in regionalnem okolju - Po kreativni poti do znanja 2016/2017, ki ga financirajo Javni študentski, razvojni in preživitinski sklad Republike Slovenije, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport ter Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada. Projektni partnerji so bili: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Erudio ter Zbornica - Zveza.

### Literatura

Abdelaziz, M., Samer Kamel, S., Karam, O. & Abdelrahman, A., 2011. Evaluation of E-learning program versus traditional lecture instruction for undergraduate nursing students in a faculty of nursing. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(2), pp.50–58.

Abuatiq, A., Fike, G., Davis, C., Boren, D. & Menke, R., 2017. E-learning in Nursing: Literature Review. *International Journal of Nursing Education*, 9(2), p.81.

Bembridge, E., Levett-Jones, T. & Jeong, S.Y.S., 2011. The transferability of information and communication technology skills from university to the workplace: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today*, 31(3), pp.245–252.

Bloomfield, J.G. & Jones, A., 2013. Using e-learning to support clinical skills acquisition: Exploring the experiences and perceptions of graduate first-year pre-registration nursing students - A mixed method study. *Nurse Education Today*, 33(12), pp.1605–1611.

Button, D., Harrington, A. & Belan, I., 2014. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse education today*, 34(10), pp.1311–1323.



Chung, C. & Ackerman, D., 2015. Student Reactions to Classroom Management Technology: Learning Styles and Attitudes Toward Moodle. *Journal of Education for Business*, 90(4), pp.217–223.

Curtis, K., Wiseman, T., Kennedy, B., Kourouche, S. & Goldsmith, H., 2016. Implementation and Evaluation of a Ward-Based eLearning Program for Trauma Patient Management. *Journal of Trauma Nursing*, 23(1), pp.28–35.

McKinley, J., 2015. Critical Argument and Writer Identity: Social Constructivism as a Theoretical Framework for EFL Academic Writing. *Critical Inquiry in Language Studies*, 12(3), pp.184–207.

Moodle, 2017. History - MoodleDocs Available at: <<https://docs.moodle.org/33/en/History>> [10. 9. 2017].

Noesgaard, S.S. & Ørngreen, R., 2015. The effectiveness of e-learning: An explorative and integrative review of the definitions, methodologies and factors that promote e-Learning effectiveness. *Electronic Journal of e-Learning*, 13(4), pp.278–290.

*Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege*, 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 3. *Pravilnik o spremembah Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege*, 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 62.

*Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev*, 2006. Uradni list Republike Slovenije, št. 92. *Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev*, 2017. Uradni list Republike Slovenije, št. 42.

Reis, L.O., Ikari, O., Taha-Neto, K.A., Gugliotta, A. & Denardi, F., 2015. Delivery of a urology online course using moodle versus didactic lectures methods. *International Journal of Medical Informatics*, 84(2), pp.149–154.

Saleem, N.E., Al-Saqri, M.N. & Ahmad, S.E.A., 2016. Acceptance of Moodle as a Teaching/Learning Tool by the Faculty of the Department of Information Studies at Sultan Qaboos University, Oman based on UTAUT. *International Journal of Knowledge Content Development & Technology*, 6(2), pp.5–27.

Swenty, C.L. & Titzer, J.L., 2014. A sense of urgency: Integrating technology and informatics in advance practice nursing education. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(10), pp.e57–e67.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2017. *Pravilnik o licenčnem vrednotenju strokovnih izpopolnjevanj in izobraževanj v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana. Available at: <[http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/pravilnik\\_o\\_licencnem\\_vrednotenju\\_strokovnih\\_izpopolnjevanj\\_in\\_izobrazevanj\\_v\\_dejavnosti\\_zdravstvene\\_in\\_babiske\\_nege.pdf](http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/pravilnik_o_licencnem_vrednotenju_strokovnih_izpopolnjevanj_in_izobrazevanj_v_dejavnosti_zdravstvene_in_babiske_nege.pdf)> [2. 9. 2017].

## RAZVOJ ELEMENTOV PROFESIONALIZACIJE V SLOVENSKI ZDRAVSTVENI NEGI – TEHNIKA SKUPINSKIH INTERVJUJEV

### DEVELOPMENT OF NURSING CARE PROFESSIONALISATION ELEMENTS IN SLOVENIA - GROUP INTERVIEW TECHNIQUE

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič, znanstvena svetnica

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Zbornica – Zveza, Članica Borda direktorjev  
Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)

bskelasavic@fzab.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Stroka postane profesija takrat, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja svoje lastno znanje in ga prenaša v neposredno strokovno delo in strokovnjaki generirajo raziskovalne probleme, ki jih rešujejo skupaj s tistimi, ki imajo kompetence za temeljno raziskovalno delo. Namen prispevka je prikazati stališča strokovnjakov v zdravstveni negi do profesionalizacije in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna paradigma, tehnika skupinskega intervjuja. V dveh sekvencah so bili izvedeni štiri skupinski intervjuji. V prvi sekvenci so udeleženci odgovarjali na 5 in v drugi na 10 odprtih izhodišč/vprašanj. Vzorčenje je bilo namensko, skupine so sestavljali strokovnjaki iz kliničnih okolij vseh ravni, učitelji srednješolskega in visokošolsko izobraževanja in študenti magistrskega in doktorskega študija (n = 61). **Rezultati:** Rezultati prve sekvence dajo 3 tematske ugotovitve, v okviru druge 4 (n= 7). Sinteza spoznanj obeh sekvenc da dve krovni temi. Prva je »Nacionalna odgovornost«, ki vključuje odgovornost managementa zdravstvene nege in visokošolskih zavodov in Zbornice-Zveze za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Druga je »Nacionalni kazalniki uresničevanja nacionalne odgovornosti«, ki vključujejo (1) sistematizacijo delovnih mest za 4 ravni kompetenc v zdravstveni negi, (2) raziskovanje in razvoj kot orodje dela v zdravstveni negi in (3) Nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi. **Razprava:** Raziskava opozori na številne vrzeli na poti profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in opredeli odgovornosti za reševanje le teh, ki so medsektorske, odgovornost nosi management zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih, management visokošolskih zavodov in management Zbornice - Zveze. Pričakuje se uveljavitev kompetenc štirih kategorij izvajalcev zdravstvene nege, posledična sistematizacija delovnih mest, razvojno in raziskovalno delo mora postati orodje za delo v neposredni zdravstveni negi, Nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi pa generator dokazov za strateški razvoj zdravstvene nege in povezovalac raziskovalnega dela v državi.

**Ključne besede:** management, kompetence, raziskovanje, razvoj, zdravstvena nega

## ABSTRACT

**Introduction:** A vocation becomes a profession once it uses a systematic approach to generate its own knowledge and to transfer it directly into professional work while professionals generate research problems that they address in collaboration with those who have the competences for basic research work. The aim of this paper is to show the attitudes of nursing care professionals towards the professionalization of nursing care and its development as a scientific discipline in Slovenia. **Methods:** Within the qualitative paradigm the group interview technique was used. Four group interviews were carried out in two rounds. In the first round, participants responded to 5 open premises/questions; in the second round they responded to 10 open premises/questions. Purposive sampling was used and groups comprised professionals from all levels of clinical environments, secondary and higher education teachers and master's and doctoral degree students (n = 61). **Results:** The results of the first round provided 3 themes and the second round generated 4 themes. The synthesis of findings from both rounds resulted in two overarching themes. The first is "National responsibility" and includes the responsibility of the nursing care management and the management of higher education institutions as well as the responsibility of the Nursing and Midwife Chamber-Association for developing nursing care as a scientific discipline. The second theme is "National indicators of the realization of national responsibility" which include (1) Classification of jobs in nursing care to reflect the 4 levels of nursing care competences, (2) research and development as work tools in nursing care, and (3) national institute for nursing care research. **Discussion:** The study draws attention to the numerous gaps on the journey towards the professionalization of nursing care in Slovenia and defines the responsibilities for addressing gaps that are in the domain of multiple sectors. The responsibility is borne by the management of nursing care in health care institutions, management of higher education institutions and Chamber-Association management. It is expected that the competences of the four categories of nursing care providers will be implemented as well as the resulting job classification. Research and development work must become a tool for working in direct nursing care and the National institute for nursing care research must act as the generator of evidence needed for the strategic development of nursing care and the integrator of research work.

**Keywords:** management, competences, research, development, nursing care

## UVOD

V Sloveniji imajo mnogi, ki se ukvarjajo z raziskovanjem in razvojem zdravstvene nege, občutek, da se profesionalizacija zdravstvene negi razvija prepočasi. Postavi se tudi vprašanje, kako dobro razumemo pojme, povezane s profesionalizacijo, in dejavnike, ki so z njo povezani? Carvalho (2014) navaja, da se zdravstvena nega v razpravah o profesionalizaciji zdravstvenih poklicev pogosto navaja kot »pol« profesija ali »navidezna« profesija.

## Oprelitev pojmov

Koncept profesionalizacije se pojasnjuje v številnih poklicnih skupinah, ima dolgo zgodovino in družbeno socialni kontekst. Posledica tega so številne interpretacije in definicije za različno rabo in potrebe (Demirkasimoğlu, 2010). Že bežen pogled na prosto dostopno enciklopedijo bralcu pove, da je »*Profesionalizacija družbeni proces, v katerem določen poklic pridobi ali pridobiva vse več lastnosti profesije. Razumemo ga tudi kot institucionaliziran način priprave posameznikov na opravljanje poklicno usmerjenih organizacijskih nalog. V procesu profesionalizacije se vzpostavljajo norme in kvalifikacije za predstavnike profesije, skrbi se za vzpostavljanje in prenašanje znanj, potrjevanje sposobnosti, urejanje odnosov med člani profesije in drugimi.*« (Wilensky & Harold, 1994). Slovenski avtor Svetlik (1999) pravi, da je pomembno vedeti, da je proces profesionalizacije določenega poklica »*odvisen od področja, na katerem se pojavi, od potreb, ki jih posameznik lahko zadovoljuje, in od virov, s katerimi upravlja. Ne zgodi se sama od sebe, zanjo sta potrebna samozavedanje in samoorganizacija poklica. Zato se poti profesionalizacije različnih profesij med seboj razlikujejo.*«

## Oprelitev profesionalizacija v zdravstveni negi

Skozi leta je veliko raziskovalcev raziskovalo profesionalizacijo v zdravstveni negi, nastalo je veliko definicij in opisov značilnosti (Adams & Mikker, 2001; Manojlovich & Ketefian, 2002), raziskovalci uporabljajo različne metode in orodja za oceno in evalvacijo le te (Ghadirian et al. 2014). Profesionalizem je več dimenzionalni koncept, ki medicinskim sestram zagotavlja priložnosti za osebno in profesionalno rast. Ta proces zahteva znanje, veščine, razvoj značilnosti poklicne identitete profesije in internacionalizacijo vrednot in norm profesionalne skupine (Alidina, 2013). Profesionalizem se ocenjuje po individualnih značilnostih in obnašanju, odnosih z drugimi posamezniki in konteksti delovanja ter socialnih dimenzijah, kot so družbena odgovornost, morala, politična in ekonomska odgovornost, vključuje tudi spoštovanje standardov in kompetenc (Keeling & Templeman 2013; Fantahun et al. 2014). Koncept profesionalizma sam po sebi pokaže na pripadnost profesiji in od medicinskih sester se pričakuje, da se izobražujejo, publicirajo svoje raziskave, izboljšujejo prakso in teorije zdravstvene nege ter da delujejo avtonomno (Çelik & Hisar, 2012). Pri tem je izjemnega pomena lastna poklicna percepcija in razumevanje pomena zdravstvene nege ter umestitev obojega v socialni kontekst. Oboje ima vpliv na razvoj in rast zdravstvene nege kot znanstvene discipline (Viitanen, 2007). Watkins (2011) profesionalizem kot koncept opiše v obliki treh spremenljivk. Prva je Oblikovanje profesije ki vključuje poklicno skupino, definirana znanja na področju delovanja, vzpostavljeno samoregulacijo, kontinuiran razvoj profesionalnega znanja in veščin za nenehno izboljševanje kakovosti dela. Druga je Priznavanje profesije ki vključuje temeljne komponente, kot so znanje, avtonomija, odgovornost za profesionalno presojo in učinek le tega na učinkovitost kliničnega dela. Tretja spremenljivka je Uspešnost profesije ki je lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora vključevati znanje, pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem, in vključuje strokovno

presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. Watkins (2011) definira, da je izobraževanje na magistrski ravni ključni element, ki spoznanja raziskav o profesionalizaciji postavi v kontekst akcije za doseganje le te, saj se pri diplomantih poveča zaupanje v lastno delo, ki dobi smisel, sposobnosti za odločanje in druge kognitivne sposobnosti pripomorejo k uresničevanju na dokazih podprte prakse in s tem doseganjem profesionalizma. Carvalho (2014) ugotavlja, da znanje, pridobljeno z raziskovalnim delom, najbolj loči profesije v zdravstvu med seboj. Vendar pa nekatere medicinske sestre to novo znanje zaznavajo kot odmik od negovanja in podpirajo lokalni kontekst znanja v praksi.

### Raziskovanje profesionalizacije v Sloveniji

Profesionalizacijo v zdravstveni negi so na ravni izvirnega znanstvenega dela, kot so disertacija, znanstvena monografija, izvirni znanstveni članek raziskovali tudi slovenski avtorji (Cvetek, 1999, Pahor, 1998; Starc, 2009, 2016). Ena od zadnjih raziskav avtorjev Skela Savič et al. (2016, 2017) se osredotoča na profesionalizacijo z vidika profesionalnih vrednot, kompetenc in na dokazih podprtega dela (DPD). Raziskava pokaže, da je mogoče dojemanje vrednot v zdravstveni negi razdeliti na dva vsebinsko ločena konstrukta, to sta »vrednote negovanje, zaupanje in pravičnosti« in »vrednote razvoj, profesionalizem in aktivizem«, pri čemer so kot manj pomembne izkažejo vrednote razvoja, profesionalizma in aktivizma, ki pa pomembno pojasnijo uspešnost na DPD.

Na področju profesionalnih kompetenc raziskava Skela Savič et al. (2016, 2017) pokaže na dva ločena vsebinska konstrukta, »pričakovane kompetence v praksi«, ki zajemajo proces zdravstvene nege, kritično vrednotenje filozofije profesije, etično odločanje, mentoriranje, izboljševanje strokovnih veščin, znanje za klinično delo, sistematično spremljanje izidov, vključevanje rezultatov raziskav, idr. Drugi vsebinski konstrukt so »kompetence razvoja in profesionalizma«, ki zajemajo prenos raziskav v prakso, načrtovano uvajanje novih sodelavcev, prenavljanje smernic in standardov, pripravo raziskovalnih in razvojnih projektov, prijave na razpise, kritične strokovne ekspertize, idr. Znanja in prepričanja o na DPD so prisotna, vendar vključeni v raziskavo niso prepričani, da na DPD poznajo dovolj dobro za implementacijo, kar potrjujejo tudi rezultati implementacije, ki je izjemno nizka in se uporablja izjemoma. Te rezultate pojasnjujejo tudi dejstvo, da se je samo 1/3 raziskovancev v zadnjih petih letih izobraževala iz raziskovanja in DPD. Vzročni neeksperimentalni model pokaže, da je prepričanja in implementacijo na DPD mogoče pojasniti z vrednotami »razvoj, profesionalizem in aktivizem«, kompetencami »razvoja in profesionalizma«, znanjem o raziskovanju in o na DPD, izobraževanjem/usposabljanje o na DPD in dostopom do podatkovnih baz.

### Namen prispevka

Namen prispevka je prikazati stališča strokovnjakov v zdravstveni negi do profesionalizacije in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji.

Prispevek je predstavitev dela rezultatov večjega raziskovalnega projekta »Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju«, ki je bil leta 2015 izbran kot dvoletni Ciljno raziskovalni projekt na ARRS in MIZŠ. Izvedenih je bilo 5 samostojnih raziskav, z ločenimi zajemi podatkov, uporabljeni so bili mešani raziskovalni dizajni. V prispevku predstavljamo eno od izvedenih raziskav.

## METODE

Uporabili smo kvalitativno raziskovalno paradigmo, tehniko skupinskega intervjuja. Skupinski intervju uporabimo, ko želimo dobiti podatke za strateško načrtovanje. Udeleženci med seboj soočajo mnenja na zastavljena izhodiščna vprašanja.

### Opis skupinskega intervjuja in poteka raziskave

Skupinski intervju je potekal v dveh sekvencah, prva je imela naslov »Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi« (oktober 2016), druga sekvenca pa »Nacionalni model razvoja in krepitve zdravstvene nege kot znanstvene discipline« (marec 2017). Sedem dni pred obema srečanjema smo udeležencem poslali izhodiščna vprašanja/stališča. V prvi sekvenci smo pripravili 5 in v drugi 10 odprtih izhodiščnih vprašanj/stališč. Na dan raziskave smo udeležence uvrstili v dve skupini na način, da smo zagotovili enakomerno zastopanost vseh področij v vsaki skupini. Razprava po skupinah je potekala sočasno, po načrtovanem urniku, od 9.30 do 14.25 z dvema odmoroma in uvodno predstavitevijo izhodišč za razpravo. Pred pričetkom dela smo sodelujoče seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov, prostovoljno vključenostjo v raziskavo, sodelujoči v raziskavi so podali pisno strinjanje s snemanjem razprave v obeh skupinah. Skupine so moderirali visokošolski učitelji, ki se znanstveno ukvarjajo z razvojem zdravstvene nege v Sloveniji.

### Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec strokovnjakov na naslednjih področjih: srednješolsko izobraževanje, visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi, zdravstveni zavodi na vseh treh nivojih zdravstva, študenti magistrskega in doktorskega študija ter člani RSKZN in Zbornice - Zveze, Centra za poklicno izobraževanje, idr. Povabljeni so delovali na različnih nivojih odgovornosti v zavodih. Skupaj je v vsaki sekvenci sodelovalo 31 strokovnjakov, 70% strokovnjakov je sodelovalo v obeh sekvencah.

### Obdelava podatkov

Izvedena je bila kvalitativna metoda analize vsebine transkripta razprav v vseh štirih skupinah. Pri obdelavi podatkov smo vse citate oblikovali v žensko slovnično obliko, ker je

bilo razmerje spolov v obeh skupinah v korist žensk, izbrisali smo vse navedbe krajev in ustanov, različnih organov, izbrisali smo vsa »mašila«, ki so jih uporabljali posamezniki, idr. Enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega govorca na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno kodirali ločeno, glede na temo. Kode smo oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega. Le to nam je omogočalo, da smo lahko kategorije, kot nadpomenke kod, ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve razprave, ki smo jih podali v obliki zaključnih tem.

## REZULTATI

**Sekvenca 1: Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi**  
V okviru analize besedila smo oblikovali 49 kod, ki so utemeljene s 150 citati udeležencev skupin konsenza. Vsak citat je uporabljen samo enkrat. Iz 47 kod smo razvili 14 nadpomenskih kategorij, ki tvorijo 3 zaključene teme (tabela 1).

**Sekvenca 2: Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline«**

V okviru analize besedila smo oblikovali 20 kod, ki so utemeljene s 101-im citatom udeležencev. Vsak citat je uporabljen samo enkrat. Razvili smo 7 nadpomenskih kategorij, ki tvorijo 5 zaključenih tem (tabela 2).

V tabeli 3 je prikazana sinteza tem obeh sekvenc, ki pokaže na dejavnike, ki morajo biti upoštevani pri izgradnji nacionalnega pristopa razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline za slovenski prostor.

Tabela 1: Rezultati razprave o izobraževanju v zdravstveni negi (sekvenca 1 )

Kode	Kategorije	Teme
»Širša vključenost« v razpravo o izobraževanju in kompetencah«.	Razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi.	Družbena odgovornost visokega šolstva za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na vseh nivojih
»Uskladitev znotraj akterjev« izobraževanja in uporabnikov«.		
»Strah pred odvzemom kompetenc« med zaposlenimi v zdravstveni negi.		
»Stalna nasprotja glede izobraževanja« v zdravstveni negi«.		
»Slabo razvita sistemska povezanost« med nivoji izobraževanja na		
»Ni sistemske urejenosti izobraževanja na MIZŠ«.		
»Stroka je raskljena, sistemska, zgodovinska«.		
»Srednje strokovno izobraževanje je usposabljanje za poklic«.	Vertikala v zdravstveni negi kot ovira za univerzitetno izobraževanje.	
»Večina študentov je iz srednjih zdravstvenih šol«.		
»Neprekinjena vertikalna prehodnost za dijake«.		
»Za poklic v zdravstveni negi se naj izobraževanje začne na srednješolski stopnji«.	Vstop v Evropsko reguliran poklic je visokošolsko izobraževanje.	
»Srednje šole delajo promocijo za celotno vertikalno«.		
»Pozitivna stran Evropske direktive«.		
»Univerzitetni program v zdravstveni negi«.	Evropska primerljivost kot varuh razvoja zdravstvene nege.	
»Kdo je lahko medicinska sestra(?)«.		
»Programi naj bodo primerljivi razvoju v EU«.	Splošna razgledanost za vstop v visokošolsko izobraževanje.	
»Poseganje v avtonomijo izobraževanja za reguliran poklic«.		
»Visoko-strokovni programi v univerzitetne programe«.		
»Vstop v visokošolsko izobraževanje je splošna razgledanost«.	Pričakovana je samostojna vloga poklica TZN.	
»Na primanjkljaj znanj se naj odziva visokošolski sektor«.		
»Nesprejemljivost naziva zdravstveni asistent«.	Ne sprejemanje dipl. m. s. kot odgovorne nosilke zdravstvene nege.	
»TZN je samostojni izvajalec zdravstvene nege«, je več kot asistent		
»Diplomirane medicinske sestre in administriranje«.		
»Delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre (-)«.	Preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih je na zavedni ravni vseh	
»Preseganje kompetenc TZN«.		
»Prekoračitve kompetenc v srednjih šolah ni«.		
»Tradicionalna klinična okolja dopuščajo prekoračitev kompetenc«.		



»Preseganje kompetenc je za TZN poklicna samopotrditev«.	akterjev.	zdravstvenega varstva na ravni sistematizacije in kadrovskega normativov.
»Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem«.		
»Pomanjkljivo informiranje zaposlenih« v zdravstveni negi o tej tematiki.	Velika odgovornost managementa zdravstvene nege za umeščanje kompetenc izobraževanja in preseganja kompetenc v kliničnih okoljih.	
»Določiti kompetence glede na ravni izobraževanja«.		
»Kolektivna pogodba, sistemizacija in nivoji kompetenc«.		
»Razumevanje vloge magistra zdravstvene nege«.		
»Uravnoteženje interesov stroke in delodajalcev«.		
»Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem«.		
»Odgovornost managementa za preseganje kompetenc TZN«.		
»Vertikalno poimenovanje negovalec, negovalka«.	Ime poklica »negovalec, negovalka« nima statusa.	Definicija TZN kot sodelavca v timu zdravstvene nege na vseh nivojih zdravstva in kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in dolgotrajni oskrbi.
Tradicija poimenovanja »sestra«.		
»Razvoj poklicnega standarda kot sodelovanje različnih deležnikov«.	Nerazumevanje nastajanja srednješolskih programov.	
»Nepoznavanje dejanskih strokovnih naslovov« skozi spremembe		
»Nerazumevanje med nazivom za poklic in poimenovanjem stopnje dosežene izobrazbe«	Pomanjkljiva identiteta poklica TZA v socialno- oskrbovalnih kompetencah.	
Oskrba in sociala kot nesprejeti del imena poklica.		
»Potrebnost socialnih kompetenc«	Nepripravljenost za spremembo v kurikulumu srednjih šol.	
»Poenotiti odrti kurikulum«.		
»Spremembe v odprtem kurikulumu so premalo«.	Nevarnost prekrivanja kompetenc med TZN in bolničarjem.	
»Bolničar kot del vertikale (?)«.		
»Nevarnost pred prekrivanjem kompetenc med bolničarjem in TZN«		

Tabela 2: Rezultati razprave o razvoju in krepitvi zdravstvene nege kot znanstvene discipline (sekvenca 2)

Kode	Kategorije	Teme
Orientiranost managementa v strokovno usposobljenost kadra	Odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline je na managementu zdravstvenih zavodov	Odgovornost za razvoj znanstvene discipline na ravni zavoda imata management zdravstvene nege in management fakultet
Raziskovanje in razvoj podpreti s sistematizacijo delovnih mest		
Težave pri institucionalni organiziranji raziskovanja in razvoja		
Ovire pri prehajanju zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom v okviru 100% zaposlitve		
Management ne prevzema zadostne odgovornosti za raziskovanje in razvoj		
Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom	Zasnova raziskovalnega jedra med zdravstvenim in visokošolskim zavodom	
Vzpostavi se naj skupna raziskovalna entiteta med visokošolskim in zdravstvenim zavodom		
Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana	Smisel raziskovanja je razvoj stroke in orientiranost v pacienta	Raziskovanja in razvoj stroke kot delovna obveza medicinskih sester
Središče razvojno – raziskovalnega dela naj bo pacient		
Nizko lastno zavedanje in interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja	Raziskovanje kot prostočasna aktivnost medicinskih sester	
Raziskovanje in razvoj kot prostočasni aktivnosti medicinskih sester		
Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju		
Potrebno znanje za izgradnjo znanstvene discipline	Neodločenost o vrsti in obsegu znanja za razvoj stroke in znanosti	Uveljaviti že uveljavljene modele ravni znanj in kompetenc v zdravstveni negi za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji
Pomanjkanje izobraževanja za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu		
Neodločenost o obsegu izobraževanja o raziskovanju in razvoju za poklic		
Znanje o raziskovanju »mogoče« potrebno pri spremljanju kakovosti		
Nacionalni raziskovalni inštitut je potreben	Odgovornost za Nacionalni raziskovalni in razvojni inštitut naj prevzame Zbornica-Zveza	Nacionalni raziskovalni inštitut kot formalna povezovalna oblika za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji
Nacionalni raziskovalni inštitut naj bo pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege		
Druge razvojne naloge za Nacionalni raziskovalni inštitut	Vpliv na politiko je možen preko Nacionalnega raziskovalnega inštituta	
Vpliv na politiko preko Nacionalnega raziskovalnega inštituta		

Tabela 3: Sinteza spoznanj sekvenc 1 in 2

Teme	Sinteza tem
Odgovornost za razvoj znanstvene discipline na ravni zavoda imata management zdravstvene nege in management fakultet (1)	<p><b>NACIONALNA ODGOVORNOST</b></p> <p>(1) Management zdravstvene nege,                      (2) management visokega šolstva v zdravstveni negi in                      (3) nacionalno združenje v zdravstveni negi (Zbornica-Zveza) so odgovorni za uveljavitev kompetenčnega modela v praksi in razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline.</p>
Družbena odgovornost visokega šolstva za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na vseh nivojih.	
Uveljaviti že uveljavljene modele ravni znanj in kompetenc v zdravstveni negi za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji (3)	
Raziskovanja in razvoj stroke kot delovna obveza medicinskih sester (2)	<p><b>KAZALNIKI URESNIČEVANJA NACIONALNE ODGOVORNOSTI</b></p> <p>(1) sistematizacija delovnih mest za 4 ravni kompetenc v zdravstveni negi,                      (2) raziskovanje in razvoj kot orodje dela v zdravstveni negi,                      (3) Nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi</p>
Sistemska odgovornost managementa zdravstvene nege in nacionalnega strokovnega združenja v zdravstveni negi za umestitev opredeljenih kategorij izvajalcev v zdravstveni negi (tehnik zdravstvene nege, dipl. m. s., dipl. m. s. spec., mag. zdr. neg.) v sistem zdravstvenega varstva na ravni sistematizacije in kadrovskih normativov. (3)	
Definicija TZN kot sodelavca v timu zdravstvene nege na vseh nivojih zdravstva in kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in dolgotrajni oskrbi. (2)	
Nacionalni raziskovalni inštitut kot formalna povezovalna oblika za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji (4)	

## DISKUSIJA

Rezultati štirih skupinskih intervjujev, izvedenih v dveh sekvencah, nas opozorijo na sedem vsebinskih tem. Kot pomembne se izkažejo odgovornost managementa zdravstvene nege in visokošolskih zavodov za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline in odgovornost Zbornice - Zveze. Le to smo poimenovali »Nacionalna odgovornost« in iz nje izpeljali drugo sintezo tem, »Nacionalni kazalniki uresničevanja nacionalne odgovornosti«. O uresničevanju razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline lahko govorimo takrat, ko bodo v zdravstvenih zavodih »sistematizirana delovna mesta za štiri ravni kompetenc v zdravstveni negi« (raven 1: tehnik zdravstvene nege, raven 2: dipl. m. s., raven 3: dipl. m. s. spec., raven 4: mag. zdr. neg. ali doktorat znanosti) in bodo vse ravni kompetenc vključene v nacionalne kadrovske normative in po plačni ravni v ustrezne tarifne skupine. Raziskava opozori, da mora »razvojno in raziskovalno delo bitiorodje dela v zdravstveni negi« in postati orodje za delo pri uresničevanju na dokazih podprtega dela.

Prizadevanja in uveljavljanje raziskovalnega dela v zdravstveni negi se lahko uveljavi le skozi »Nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi«, katerega ustanoviteljica naj bo Zbornica - Zveza. Inštitut se naj financira iz članarin članov in iz prijav na razpise. Čakanje na druge institucije glede na stanje zdravstvene politike v Sloveniji, da bi zdravstveno nego pri tem podprle, ni realno. Potrebna je investicija virov Zbornice - Zveze. Tako bo dosežen »Vpliv na politiko preko Nacionalnega raziskovalnega inštituta«, le temu lahko v prihodnosti, ko bo inštitut znanstveno uveljavljen, sledi tudi pridobitev javnih sredstev za delovanje inštituta. Inštitut naj sledi povedanemu, »Središče razvojno – raziskovalnega dela naj bo pacient«. Büscher et al. (2009) pravi, da v državah, kjer se medicinske sestre uspejo uveljaviti kot raziskovalke, tudi prispevajo na nivoju države in širše k oblikovanju politik in so uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev.

Poglobljen pogled na rezultate raziskave pokaže pomemben poudarek na visokošolski management z vidika »Družbene odgovornost visokega šolstva za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na vseh nivojih«. Le to je logično pričakovanje, saj je akumulacija znanja o raziskovanju na fakultetah največja, tam mora biti prisotno raziskovalno delo, saj fakulteta lahko kakovostno izvaja in posodoblja študijske programe le, če stroko, na kateri izobražuje, raziskuje in če je s stroko povezana preko kliničnega okolja. Pomembno je vključevanje kliničnega okolja v raziskovalno delo, kar v raziskavi potrdimo tudi z dobljenimi kodami, kot so »Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom, Vzpostavi se naj skupna raziskovalna entiteta med visokošolskim in zdravstvenim zavodom, Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana«. Avtorji raziskovanja v zdravstveni negi (Kelly et al., 2013, Loke et al., 2014) priporočajo večjo integraciji raziskovalne kulture ter paradigme raziskovanja v študijske programe zdravstvene nege.

Management zdravstvene nege mora pri zaposlenih podpreti razvoj znanj iz raziskovanja in na DPD, da se preseže miselnost »Raziskovanje in razvoj kot prostočasni aktivnosti medicinskih sester«, poveča motivacija »Nizko lastno zavedanje in interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja« in zavedanje o pomenu raziskav za kakovostno delo »Nizko spoštovanje znanja o raziskovanju«. Kelly et al. (2013) in Loke et al. (2014) opozorita, da raziskovanje preprosto še ni del profesionalne identitete medicinskih sester, zato se pogosto zgodi, da medicinske sestre tudi ne aplicirajo raziskovalnih izsledkov v vsakdanje praktično delo. Podobno ugotovimo v slovenski raziskavi Skela Savič et al. (2017), ko prepoznamo pomembno manjšo stopnjo tako vrednot in kompetenc, ki bi podpirale razvoj zdravstvene nege. Vrednostni sistem delovanja dipl. m. s. v slovenskih bolnišnicah je bolj usmerjen v uresničevanje dnevni strokovnih nalog in ne razvojnih nalog.

Že samo vpogled v kompetence EU Direktive za regulirane poklice (2013) jasno kaže, da kompetence skupine H »Sposobnost za analizo kakovosti zdravstvene nege in posledično izboljševanje lastnega strokovnega dela medicinskih sester za splošno zdravstveno nego« ni mogoče uresničiti, če izvajalec nima bazičnih znanj o raziskovanju in razvoju in če ne uporablja v praksi na dokazih podprtega koncepta dela. Dejstvo, da morata raziskovanje in razvoj postati del delovne obremenitve dipl. m. s., se logično postavi kot pogoj za

uresničevanje le tega in utrdi dobljeno temo »Uveljaviti že uveljavljene modele ravni znanj in kompetenc v zdravstveni negi za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji«. Ob tem je pa potrebno nenehno pojasnjevati, zakaj je potrebno uvesti ravni kompetenc, ker naša raziskava pokaže, da je med udeleženci prisotna neodločenost o obsegu in ravneh izobraževanja, kar pomeni, da strokovna javnost ravni izobraževanj še ne razume najbolje ali jih težko preslika na realno klinično okolje. V mislih je potrebno imeti tudi spoznanja, da lahko pri razvojnem delu v zdravstveni negi naletimo na številne težave, kot so čas, namenjen raziskovanju, pomanjkljivo znanje za izvajanje raziskovanja, nezadostna podpora s strani vodilnih in zdravnikov, procesi dela in organizacijska kultura ne podpirajo raziskovanja (Kelly et al., 2013, Loke et al., 2014; Yoder et al., 2014), kar pa za področje pomanjkljivega znanja in izobraževanja potrdimo tudi za diplomirane medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah (Skela Savič et al. 2017). Vsa ta spoznanja nas vodijo v premislek, kaj so obvezne vsebine izobraževanja za pridobitev licenc za delo in ali so aktualizirana glede na potrebna znanja za razvoj zdravstvene nege v Sloveniji.

Raziskava opozori tudi na velik prepad med srednjim in visokim šolstvom, kjer so pričakovanja srednjega šolstva v smislu »Neprekinjene vertikalne prehodnost za dijake« zdravstvenih šol, kar pa hkrati onemogoča razvoj univerzitetnega študija, »Vertikala v zdravstveni negi kot ovira za univerzitetno izobraževanje«, s katerim se tudi začne akademizacija zdravstvene nege, saj z njo dosežemo večinsko razumevanje izvajalcev o pomenu profesionalizacije za zdravstveno nego.

Poseben problem predstavlja ugotovitev, da je »Preseganje kompetenc TZN v kliničnih okoljih na zavedni ravni vseh akterjev«, kar pomeni, da po formalni plati izobraževanja TZN v izobraževalnem programu nimajo kompetenc dipl. m. s., vendar to klinično okolje ne zanima. Na zavedni ravni od njih pričakujejo preseganje kompetenc, prav tako je za udeležence iz srednješolskega sektorja moteče »Delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre nad delom TZN«, »Pričakovana je samostojna vloga poklica TZN. Ugotovljeno opozarja na dejstvo, da je potrebno povečano zaposlovanje dipl. m. s. in omogočanje šolanja tistim TZN, ki delajo v kompetencah dipl. m. s. Za preseganje kompetenc TZN pri delu je odgovoren management zdravstvene nege, ki ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. To je neodgovorno ravnanje do pacientov in stroke, na kar je opozorila tudi zadnja raziskava Linde Aiken (2016), ki zelo jasno pove, da če v timu zdravstvene nege, ki skrbi za 25 kirurških pacientov in ga sestavljajo štiri diplomirane medicinske sestre in dva nižje izobražena izvajalca zdravstvene nege, nadomestimo eno diplomirano medicinsko sestro z nižje izobraženim izvajalcem zdravstvene nege, povečamo verjetnost za smrtnost pacientov kar za 21 %. Raziskava je potekala v Belgiji, Angliji, Španiji, Švici in na Finskem. Melnyk et al. (2012) pravi, da so raziskave tiste, ki omogočajo izvajanje na dokazih podprte prakse. Le ta povečuje kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšuje izide zdravstvene obravnave in zmanjšuje variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških.

Zaključimo lahko, da ima profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji težave tudi s poimenovanjem poklica, saj se izkaže, da »Ime poklica negovalec, negovalka nima statusa«

in se ga smatra kot manj vredno in neprimerno poimenovanje za izvajalce za zdravstvene nege. Tudi prepoznavanje novih področij delovanja »*Poklicna identiteta TZA v socialno-oskrbovalnih kompetencah*«, kjer je potrebno delovanje poklica TZN, ni sprejeto na strani predstavnikov srednješolskega sektorja.

Omejitve raziskave so v izboru paradigme, saj ima kvalitativno raziskovanje številne omejitve na področju veljavnosti in zanesljivosti. Le te smo zamejili s predhodno izvedenimi kvantitativnimi raziskavami (Skela Savič et al. 2016a, 2016b, 2016c, 2017), ki so bila izhodišča za izvedbo skupinskih intervjujev, ki pa so spoznanja kvantitativnih raziskav potrdila in še dodatno pojasnila.

## ZAKLJUČEK

Raziskava s pomočjo kvalitativnega pristopa opozori na dejavniki, ki bodo odigrali pomembno vlogo pri razvoju zdravstvene nege v Sloveniji in njen preboj na področju znanstveno raziskovalnega dela. Stroka postane profesija takrat, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja svoje lastno znanje in ga prenaša v neposredno strokovno delo in strokovnjaki generirajo raziskovalne probleme, ki jih rešujejo skupaj s tistimi, ki imajo kompetence za temeljno raziskovalno delo. Orodje delovanja so sistematično raziskovanje, strokovna presoja, razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. Zato je diplomirane medicinske sestre v Sloveniji potrebno opolnomočiti z znanji za razvoj vrednot aktivizma in razvoja, znanji o raziskovanju in o na DPD, saj bomo s tem pomembno vplivali na razvoj profesionalizacije in razvoj zdravstvene nege kot znanosti. Managerji na ključnih položajih zdravstvene nege v vseh sektorjih delovanja morajo biti usposobljeni za razumevanje profesionalizacije in njihovo odgovornost na tem področju. Potrebna je jasna in ambiciozna vizija in strategija razvoja zdravstvene nege, ki naj vključuje nacionalne usmeritve za vseživljenjsko profesionalno izobraževanje za zdravstvene zavode, strokovne sekcije, regijska strokovna društva in management na vseh nivojih zdravstvene nege.

## Literatura

Adams, D. & Miller, B., 2001. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 17(4), pp. 203–210.

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., et al., 2017. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559–568. Available at: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/11/03/bmjqs-2016-005567> [11.10.2017].

Alidina, K., 2013. Professionalism in post-licensure nurses in developed Countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), pp. 128–137.

- Büscher, A., Sivertsen, B. & White, J., 2009. *Nurses and midwives: A force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the member states of the European Region of the World Health Organization*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Carvalho, T., 2014. Changing connections between professionalism and managerialism: a case study of Nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), pp. 176–190.
- Çelik, S. & Hisar, F., 2012. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), pp. 180–187.
- Cvetek, S., 1999. Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(1-2), pp. 19–23.
- Demirkasimoğlu, N., 2010. Defining Teacher Professionalism from different perspectives. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, pp. 2047–2051.
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].
- Fantahun, A., Demessie, A., Gebrekirstos, K., Zemene, A. & Yetayeh, G., 2014. A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia, 2012. *BMC Nursing*, 13(10), pp. 10–17.
- Ghadirian, F., Mahvash, S. & Mohammad Ali, C., 2014. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(1), pp. 1–10.
- Keeling, J. & Templeman, J., 2013. An exploratory study: student nurses' perceptions of professionalism. *Nurse Education in Practice*, 13(1), pp. 18–22.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of nursing administration*, 43(1), pp. 18–23.
- Loke, J.C.F., Laursen, M.C. & Lee, K.W., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse education today*, 34(1), pp. 132–137.
- Manojlovich, M. & Ketefian, S., 2002. The effects of organizational culture on nursing professionalism: Implications for health resources planning. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), pp. 15–34.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L., 2012. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410–417.
- Pahor M., 1998. Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njihove značilnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(1-2), pp. 5–19.
- Skela Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of advanced nursing*, 73(1), pp. 1910–1923.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals : a national survey. *International nursing review*, 63(1), pp. 122–131.

Svetlik, I., 1999. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Knjižnica*, 43(2/3), pp. 7–18.

Starc, A., 2016. Professionalization in healthcare chain. *Journal of applied health sciences*, 2(2), pp. 69–86.

Starc, A., 2009. Nursing professionalism in Slovenia : knowledge, power, and ethics. *Nursing science quarterly*, 22(4), pp. 371–374.

Viitanen, E., Wiili-Peltola, E., Tampsi-Jarvala, T. & Lehto, J., 2007. First-line managers in university hospitals – captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management*, 15(1), pp. 114–122.

Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers D., 2014. Staff Nurses' Use of Research to Facilitate Evidence-Based Practice. *The American journal of nursing*, 114(9), pp. 26–37.

Watkins, D., 2011. The influence of masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605–2614.

Wilensky, H.D., 1994. The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, LXX(2), pp. 137–158.



## V DOMAČEM OKOLJU JE STARANJE BOLJ KAKOVOSTNO IN LEPŠE - EVROPSKI PROJEKT CoSENSo

mag. Tamara Štemberger Kolnik, dipl. m. s.

doc. dr. Katarina Babnik,

izr. prof. dr. Boštjan Žvanut,

doc. dr. Patrik Pucer

doc. dr. Majda Šavle

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

tamara.stemberger@gmail.com

### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** Staranje populacije je ključni dejavnik, ki nas vodi v razmišljanje, da je potrebno celotno strukturo delovanja zdravstvenega in socialnega sistema v državi prilagoditi, da bomo lahko omogočili čim bolj zdravo in kakovostno starost populacije. Institucionalno varstvo predstavlja velik strošek za državo in posameznike, kateri si želijo čim dlje ostati v domačem okolju. Medicinske sestre s preventivnim delovanjem na primarni zdravstveni ravni lahko oblikujejo mrežo usposobljenih strokovnjakov, ki bodo nudili varno podporo in ustvarjali trdno socialno mrežo za celotno populacijo starejših odraslih, ki svojo starost želijo preživeti doma. Namen prispevka je predstaviti nekaj aktivnosti in rezultatov, ki potekajo na projektu CoSENSo, ki še vedno teče v Sloveniji, Italiji, Avstriji in Franciji.

**Metode:** Namen projekta je oblikovanje modela zdravstvene in socialne obravnave za starejše osebe v domačem okolju, s poudarkom na aktivnostih usmerjenih v preprečevanje in pravočasno odkrivanje morebitnih potreb ali problemov starejših odraslih v domačem okolju.

**Rezultati in zaključki:** Dosedanje ugotovitve kažejo, da ne glede na državne strukture in organizacije zdravstveno socialne oskrbe starejših odraslih v posamezni državi, je tovrstna oblika podpore starejšim odraslim v domačem okolju nujno potrebna. Medicinska sestra s specialnimi znanji predstavlja strokovnjakinjo, ki lahko učinkovito prepoznava potencialne in aktualne probleme ter oblikuje strategijo usmerjeno v krepitev zdravja, podporo pri spreminjanju življenjskih navad, podporo družini ter ustvarjanju podporne socialne mreže za kakovostno življenje starejših odraslih v domačem okolju.

**Ključne besede:** starejši odrasli, patronažna medicinska sestra, domače okolje, zdravstveno socialna oskrba

### ABSTRACT

**Theoretical background:** The aging of the population is a key factor that leads us to think, that the whole structure of the functioning of the health and social system in the country needs to be adjusted, so that we can enable the most healthy and quality aging of the population. Institutional care represents a significant cost for the state and the individuals, who want to stay in the home environment for as long as possible. With preventive activities at primary health care level, nurses can form a network of qualified experts who will provide

Celotna ekipa znanstvenikov, ki v okviru UP FVZ sodelujejo na projektu CoSENSo, financiranem iz Evropskega razvojnega sklada preko transnacionalnega programa Interreg Območje Alp: Tamara Štemberger Kolnik, Katarina Babnik, Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Majda Šavle, Suzna Zupan, Katarina Merše Lavrinčević, David Ravnik, Melita Peršolja, Ester Benko, Kristina Maršič, Nataša Kocjan, Cetka Lorger, Ingrid Galžar, Alenka Sukič, Julka Križman, Jolanda Lamot, Tjaša Hrovat, Neli Kovšca in Katja Štajner.

secure support and create a solid social network for the entire population of older adults who want to spend their old age in the home environment. The purpose of this paper is to present some of the activities and results of the ongoing project CoSENSo, which is still running in Slovenia, Italy, Austria and France.

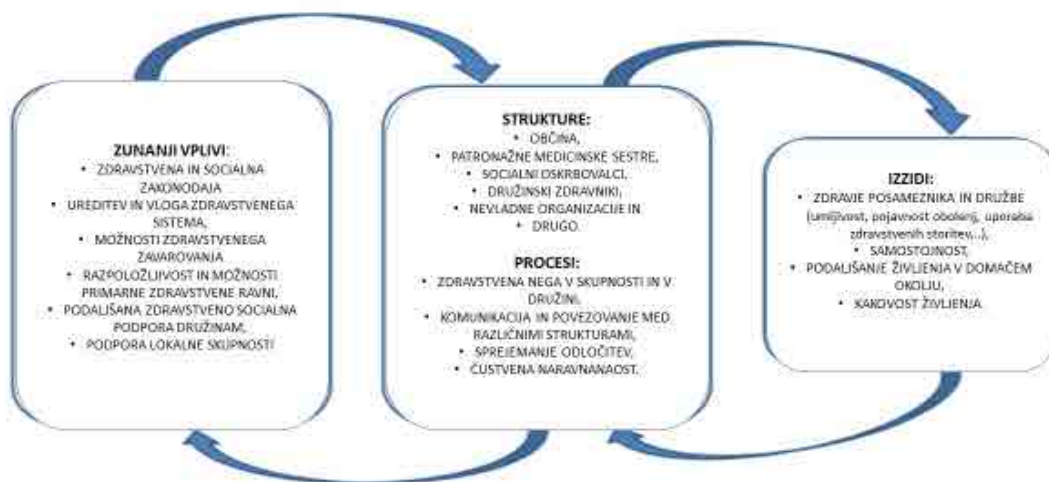
**Methodology:** The aim of the project is to create a model of health and social treatment of the elderly in the home environment, with an emphasis on activities aimed at preventing and timely detection of potential needs or problems of older adults in the home environment.

**Findings and conclusions:** The current findings suggest that this form of support to older adults in the home environment is necessary, regardless of the state structure and the organization of health and social care of older adults in each country. A nurse with special skills is an expert who can efficiently identify potential and current problems and formulate a strategy aimed at strengthening health, supporting changes in life habits, supporting the family and creating a supportive social network for the quality of life of older adults in the home environment.

**Key words:** elderly, family nurse, home care, health and social care

## UVOD

Vizija strategije za doseganje zdravega in kakovostnega staranja, ter preživljanja kakovostne starosti za posameznika znotraj razvijajoče se družbe temelji na starosti prijazni evropski regiji (Strategija in akcijski načrt za zdravo staranje v Evropi 2012-2020, 2012), kjer se staranje obravnava kot priložnost in ne kot breme za družbo. Ta vizija temelji na dejstvu, da lahko starejši odrasli ohranijo svoje zdravje in funkcionalne sposobnosti, se počutijo dobro in živijo dostojno življenje brez diskriminacije, z ustreznimi finančnimi sredstvi. Predvideva tudi varno in podporno okolje, ki omogoča aktivno življenje, socialno vključevanje ter dostop do ustreznih visokokakovostnih zdravstvenih in socialnih storitev (Strategija in akcijski načrt za zdravo staranje v Evropi 2012-2020, 2012). Kaučič in sod. (2016) predlagajo da se ob uresničevanju strategije razvoja zdravstva v smislu kakovosti življenja starejših odraslih v Evropi upošteva ključne ovire s katerimi se soočajo starejši odrasli ob bivanju v domačem okolju, kot so pristop k visokokakovostnim zdravstvenim storitvam in dolgotrajni oskrbi, neustrezne ali nerazumljivo podane informacije ter v visokem deležu stroški, ki jih povzročajo njihovo zdravljenje ali potreba po tuji pomoči v kakršni koli obliki (Ramovš, 2015; Ramovš, 2015). Zato je nujno, da se čim prej in čim hitreje pristopi k sistemskemu reševanju problematike, za katero Zupančič (2012) navaja, da mora biti organiziran sistem dejavnosti usmerjen v integralno oskrbo s temelji na potrebah ljudi z zmanjšano stopnjo samozadostnosti ter ob upoštevanju virov lokalne skupnosti v skladu z nacionalnimi smernicami. Navaja, da tak sistem gradi mrežo različnih ponudnikov in imenuje ključno osebo - koordinatorja, ki bi zagotovila celovito izpolnjevanje pacientovih potreb v njegovem domačem okolju. Hkrati je osebi zagotovljena izbira na vseh ravneh. Sistematična skrb za starejše odrasle, ki živijo doma, mora upoštevati celoten kontekst, v katerem živijo starejši odrasli. Slika 1 prikazuje model patronažne zdravstvene nege (community and family nursing) za obravnavo starejših odraslih, ki živijo v njihovem domačem okolju. Ta temelji na razumevanju življenja starejših odraslih kot odprtega sistema, ki zajema posameznika, njegovo družino, skupnost v kateri živi ter vse strukture in procese na državni ravni, ki kakor koli vplivajo na zdravstveno socialno podporo starejšim odraslim v domačem okolju. (Maurer & Smith, 2013).



*Slika 1: Si stem pristopa medicinskih sester v skupnosti in družinskih medicinskih sester do starejših odraslih v domačem okolju (Maurer & Smith, 2013)*

Svetovna zdravstvena organizacija je oblikovala model »Family health nurse« (v Sloveniji »patronažna medicinska sestra«), ki deluje kot koordinator različnih zdravstvenih in socialnih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu v podpori posamezniku in njegovi družini znotraj skupnosti v kateri le ta živi (Hennessy & Gladin, 2006). Družine ali gospodinjске skupnosti so osnovna enota družbe, v kateri ponudniki zdravstvenih storitev ne morejo več izvajati le kurativnih aktivnosti in intervencij, temveč je nujno pristopiti k obravnavi na podlagi bio-psiho-socio-kulturnega modela zdravja (Findelstein, 2015). Pomembno je, poznavanje okoliščin, v katerih živijo pacienti: njihovo stanovanje, družinske okoliščine, delo in socialno ali fizično okolje, ki lahko pomembno vplivajo na njihovo bolezen (Ljubič, 2015; Ljubič in sod. 2016). Koncept patronažne medicinske sestre temelji na ideji o obravnavi "družinske enote", ki lahko vključuje (Ljubič, 2015; Ljubič in sod. 2016) tako: i.) posameznika, ki je geografsko oddaljen in nima socialne mreže; ii.) posameznika, ki ima prijatelje, ki mu nudijo podobno podporo kot družinski člani ter iii.) posameznika v tradicionalno jedrsko družino, pri kateri so različne generacije geografsko blizu. Prednost dela patronažne medicinske sestre ni v tem, da izvaja kurativne aktivnosti v domačem okolju temveč v tem, da lahko izvaja preventivno aktivnost na temelju posameznikovih in družinskih navad. Kot ključni strokovnjak, skupaj s (družinskim) zdravnikom, patronažna medicinska sestra svetuje o življenjskem slogu in dejavnikih tveganja, družinam pomaga pri zadevah v zvezi z zdravjem in boleznijo ter proaktivno pristopa k spodbujanju zdravja, preprečevanju bolezni in zgodnjem odkrivanju bolezni v družinskem okolju (WHO, 2006). V partnerstvu s starejšim odraslim in njegovo družino deluje kot ključni povezovalac med različnimi strokovnjaki v skupnosti ter olajša sodelovanje med družino, skupnostjo in zdravstvenim sistemom (Hennessy & Gladin, 2006). Patronažna medicinska sestra ima tako pomembno vlogo v celotnem življenju, kritičnih obdobjih in različnih življenjskih dogodkih v družini. Deluje v partnerstvu z družinskim zdravnikom ter predstavljajo ključno točko pacientu in njegovi družini pri uporabi zdravstveno socialnih struktur in storitev (WHO, 2000; Macduff, 2006; WHO, 2012).

Namen prispevka je predstaviti nekaj aktivnosti in rezultatov, ki potekajo na projektu CoSENSo, ki še vedno poteka v Sloveniji, Italiji, Avstriji in Franciji.

## Metode dela

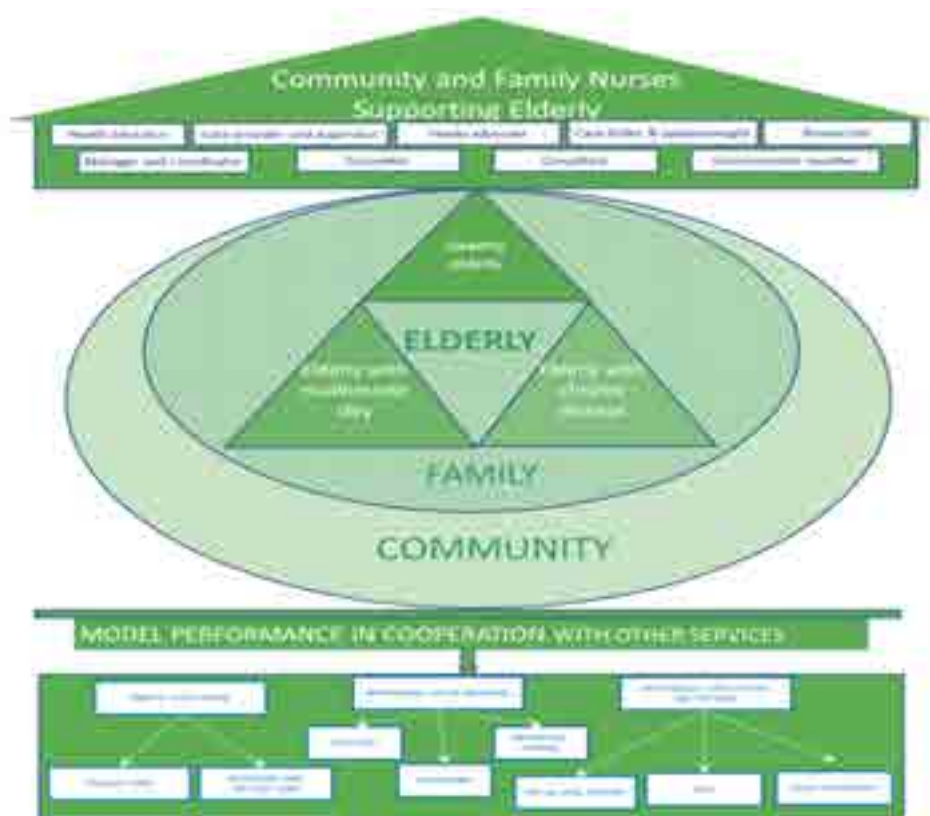
Obravnava starejših odraslih z vidika zdravstvene nege je zanimivo raziskovalno področje, saj starajoča družba prinaša veliko novih pogledov, potreb in problemov, ki jo spremljajo. Za iskanje smiselnih rešitev, predlogov in usmeritev Evropska Unija razpisuje sredstva z namenom implementiranja in raziskovanja na področju starejših odraslih. Interreg za Področje Alp je podprl idejo o implementaciji medicinske sestre na terenu, ki bi skrbel za populacijo starejših odraslih starih 65 let in več. Namen projekta je tako usmerjen v oblikovanje modela, po katerem medicinska sestra skrbi za starejše z namenom pravočasnega odkrivanja potreb in morebitnih problemov na zdravstvenem in socialnem področju ter ustvarja socialno mrežo v podporo starejšemu, da le ta lahko ostane čim dlje v domačem okolju. V projektu sodeluje 5 evropskih regij, ki sodijo v alpski prostor: Slovenija, Francija (področje Var Council), Avstrija (področje Carinthia) ter Italija (področje Ligurija in Piemonte). V Sloveniji smo za testiranje modela izbrali občino Piran, ki se po geografskih značilnostih popolnoma razlikuje od ostalih področij, saj so vsa v področju Alpskega visokogorja. Projektni tim je sestavljen iz strokovnjakov različnih strok iz vseh štirih sodelujočih evropskih držav. V projektu se dotikamo treh ključnih področij: I. oblikovanje skupnega modela podiplomskega izobraževanja medicinskih sester s področja obravnave starejših odraslih v domačem okolju; II. oblikovanje in testiranje modela zdravstveno socialne obravnave starejših odraslih v domačem okolju s poudarkom na preventivni aktivnosti in oblikovanju podporne socialne mreže ter III. oblikovanje računalniškega orodja za podporo patronažni medicinski sestri pri izvedbi obiskov, ugotavljanju negovalnih problemov in načrtovanju dela.

## REZULTATI

Prispevek predstavlja le del uvodnih priprav na izvedbo projekta.

Potek priprave študijskega programa pregledani so bili študijski programi dodiplomskega izobraževanja s področja zdravstvene nege v sodelujočih alpskih regijah; pregledan je bil nabor podiplomskih študijskih programov, ki so dostopni preko spletnih strani in se tematsko povezujejo z obravnavo starejših odraslih ter obravnavo pacienta v skupnosti ali domačem okolju.

Potek priprave modela obravnave starejših odraslih v domačem okolju ter testiranje: Izveden je bil pregled literature na temo kompetenc medicinske sestre v skupnosti ter družinske medicinske sestre. Ključno vodilo je bil model WHO Family Health Nurse (WHO, Hennessy & Gladin), ki smo ga preoblikovali iz modela obravnave vseh družinskih članov v obravnavo starejših odraslih v okvirju družine in skupnosti. Po pregledu zakonodaje v sodelujočih državah ter dostopnih statističnih podatkov smo predvidevali, da se v domačem okolju lahko srečamo s starejšim odraslim, ki: 1) so popolnoma zdravi; 2) imajo dejavnike tveganja ali urejeno kronično obolenje; 3) so potrebni zdravstvene ali socialne pomoči več kot trikrat tedensko (dolgotrajna oskrba) ali so v paliativni oskrbi v domačem okolju. Za vse skupine starejših odraslih je ključno ustvarjanje socialne mreže, tako na nivoju ohranjanja zdravja za daljše samostojno življenje v domačem okolju, kot za počnpotrebne starejšega, ki želi ostati v domačem okolju ali pa ga družbeno socialni problemi privedejo do situacije, ko mora ostati v domačem okolju. Model predstavljamo v sliki 2.



Slika 2: Model zdravstveno socialne obravnave starejšega v domačem okolju

Potek priprave oblikovanja računalniškega orodja za podporo patronažni medicinski sestri pri izvedbi obiskov, ugotavljanju negovalnih problemov in načrtovanju dela je v začetni fazi zahteval pregled literature na podlagi katere smo opredelili nabor podatkov, ki medicinski sestri lahko služijo za oblikovanje obsežnega in učinkovitega individualiziranega načrta dela. Na podlagi ugotovitev je bila oblikovana aplikacija za individualno obravnavo starejših odraslih v domačem okolju. V sliki 3 predstavljamo vstopno stran v aplikacijo.



Slika 3: Vstopna stran aplikacije za vodenje individualnih načrtov obravnave starejših v domačem okolju

## ZAKLJUČEK

Za oblikovanje enotnega modela obravnave starejših odraslih v domačem okolju smo trčili ob različne zakonodajne ureditve zdravstvenega sistema ter v različno že obstoječo organizacijo oskrbe starejših odraslih v domačem okolju v posamezni sodelujoči državi. Slovenija je edina sodelujoča država z izkušnjo patronažnega zdravstvenega varstva, ki zajema tako kurativno kot preventivno obravnavo starejših odraslih. V projektu smo oblikovali model, s katerim medicinska sestra obišče vse starejše odrasle, ki živijo na območju zajetem v projekt. Pri posameznikih opravi preventivni obisk na katerem pridobi obsežen sklop anamnestičnih podatkov iz katerih oblikuje individualni načrt za spremljanje starejših odraslih. Na podlagi načrta svoje delo usmeri v zdravstveno vzgojno delo ali ustvarjanje socialne mreže glede na potrebe starejših odraslih. V zdravstveno socialno mrežo se vključi družino ter vse formalne in neformalne strukture, ki so na razpolago v posamezni državi, kar omogoči kakovostno in daljše bivanje starejših odraslih v domačem okolju.

## Literatura

Hennessy, D. & Gladin, L. 2006. *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kaučič, B.M., Filej, B., & Ovsenik, M., (2016). Ageing – a problem or a challenge for modern society. V B. M. Kaučič, B. Filej, B. Dobrowolska, R. Kane, & B. Boronczyk (ur.), *Multicultural society and Aging – challenges for Nursing in Europe* (str. 58-65), Celje: College of Nursing in Celje.

Ljubič, A. 2015. *Community nursing in Slovenia and Scotland in relation with family nurse*. Magistralska thesis. Koper: University of Primorska. Faculty of Health Sciences.

Ljubič, A., Clark, J. & Štemberger Kolnik, T. 2016. Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland : integrative review. *International Nursing Review*, 64(2), pp. 276-285, doi: 10.1111/inr.12324.

Macduff, C. 2006A follow-up study of professionals' perspectives on the development of family health nursing in Scotland. *International Journal of Nursing Studies*; 43(3), pp. 345-356.

Maurer, F. A. & Smith, C.M. 2013. *Community/public health nursing practice. Health for families and populations*. Elsevier Saunders.

Ramovš, J., 2015. Deinstitutionalizacija dolgotrajne oskrbe. *Kakovostna starost*, 18(3), pp. 3-25.

Ramovš, K., 2015. Razbremenitev družinskih oskrbovalcev z vidika ZDA in nekaterih evropskih držav. *Kakovostna starost*, 18(2), pp. 22-33.

World health organization (WHO). 1999. *HEALTH21: The health for all policy framework for the WHO European Region defines*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe. Available at : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf). [20.08.2017].

World Health Organization. 2006. Fifth Workshop on the WHO Family Health Nurse Multinational Study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. Regional Office for Europe (2011, 20. junij). *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/147729/wd12E\\_NCDs\\_111360\\_revision.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf) [20.08.2017].

World Health Organization. Regional Office for Europe. 2012. *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*. Available at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf). [20.08.2017].

World Health Organization. *The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.

Zupančič, V., 2012. Razsežnosti integralne nege in oskrbe. V B. Filej (ur.), *Znanstveni simpozij z mednarodno udeležbo: Celostna obravnava pacienta – kako daleč smo še do cilja? Pomen integralne nege in integrativne medicine za paciente*, Novo mesto. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Visoka šola za zdravstvo, pp. 330-338.

## PSIHOEDUKATIVNE DELAVNICE V ZDRAVSTVENOVZGOJNIH CENTRIH IN CENTRIH ZA KREPITEV ZDRAVJA: PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO, ANKSIOZNIMI MOTNJAMI IN STRESOM

### PSYCHOEDUCATIONAL WORKSHOPS IN HEALTH EDUCATION CENTRES AND CENTRES FOR HEALTH PROMOTION: COPING WITH DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS

Mojca Z. Dernovšek  
Vzgojni zavod Planina, Slovenija

Alenka Tančič Grum  
Nataša Sedlar Kobe  
Nacionalni inštitut za javno zdravje, Slovenija

natasa.sedlar@nijz.si

#### IZVLEČEK

V okviru mreže zdravstvenovzgojnih centrov in Centrov za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji od leta 2014 oz. 2016 potekajo psihoedukativne delavnice na področju spoprijemanja z depresijo, anksioznimi motnjami in stresom (Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, Spoprijemanje s stresom). Delavnice potekajo v okviru programa Svetovanje za zdravje, financiranega s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, namenjenega promociji zdravega življenjskega sloga ter preventivi in obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni (kamor spadajo duševne motnje ter skrb za najpogostejše duševne motnje) pri prebivalcih Slovenije. Namenjene so edukaciji oseb, ki doživljajo prekomeren stres, bolnikom z depresijo/anksioznimi motnjami oz. obremenjujočimi simptomi depresivnih/anksioznih motenj ter njihovim svojcev. Delavnice obsegajo 4 srečanja skupine po uro in pol, ki se v manjši skupini (do 12 udeležencev) izvajajo enkrat tedensko. Udeleženci delavnice Spoprijemanje s stresom pridobijo znanje in veščine glede vzrokov in osnovnih značilnosti doživljanja stresa, z njim povezanimi duševnimi in telesnimi motnjami ter različnimi načini spoprijemanja s stresom. Na delavnicah Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo se udeleženci seznanijo z osnovnimi značilnostmi depresije oz. anksioznih motenj ter s potekom in načinom njihovega zdravljenja in aktivnega obvladovanja. Obenem vse delavnice omogočajo, da si udeleženci izmenjajo izkušnje ter se medsebojno podprejo. Delavnice izvajajo ustrezno strokovno usposobljeni izvajalci (univ. dipl.



psih./dipl. m. s.), ki so se teoretično usposabljali na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje, nadaljnje praktično usposabljanje pa poteka prek sodelovanja z regijskimi mentorji (večinoma specialisti psihiatri), ki izvajalcem na regijski ravni nudijo dodatno strokovno podporo. Dosedanje izkušnje z izvajanjem delavnic so pozitivne, njihova umestitev v okvir osnovnega zdravstvenega varstva pa omogoča celovitejšo oskrbo oseb na področju duševnega zdravja, njihovo motiviranje in aktiviranje za ohranjanje duševnega zdravja ter zmanjševanje stigme na področju težav v duševnem zdravju.

**Ključne besede:** duševno zdravje, spoprijemanje, psihoedukacija, primarna raven zdravstvenega varstva

#### ABSTRACT

Psychoeducational workshops for depression, anxiety and stress (titled 'Support to cope with depression', 'Support to cope with anxiety', 'Coping with stress') have been established in Health education centres and Centres for health promotion, located in all Community health centres in Slovenia, in 2014 and 2016. Workshops are conducted as a part of the Health counselling programme, financed by The Health Insurance Institute of Slovenia, aiming to promote healthy lifestyle and prevent chronic non-communicable diseases (including most common mental health conditions) among the adult population of Slovenia. The aim of the workshops is to offer psychoeducation and support for people experiencing high levels of stress, patients with depression, anxiety (or burdensome depressive or anxiety symptoms) and their relatives. Workshops consist of four 90-minutes sessions over four weeks, attended by up to 12 participants. The goal of 'Coping with stress' workshop is to teach participants about the causes and symptoms of stress, stress-related mental and physical disorders and stress management strategies. Workshops 'Support to cope with depression' and 'Support to cope with anxiety' on the other hand are designed to educate participants about depression/anxiety, their treatment and relapse prevention strategies. In addition, all workshops allow participants to share their experience and support each other. Workshops are run by health care professionals (medical nurses, psychologists) who have completed basic education coordinated by the National Institute of Public Health, and practical education under the mentorship of psychiatrist, providing additional support in their region. So far, the result are encouraging and the workshops are appreciated by the participants. Moreover, their placement in a primary care setting allows for a more accessible and comprehensive approach to mental health problems that promotes positive mental health and reduces stigma related to mental disorders.

**Keywords:** mental health, coping, psychoeducation, primary health care

## UVOD

Psihoedukacija predstavlja specifično obliko edukacije za bolnike, namenjeno podajanju in razlagi informacij o njihovi bolezni oz. diagnozi. Čeprav je lahko namenjena različnim ciljnim skupinam, so najpogosteje ciljna skupina osebe z duševno motnjo oz. osebe, ki doživljajo psihološki distres. Psihoedukacija lahko poteka samostojno ali v sklopu kompleksnejših psihosocialnih intervencij, njeni izvajalci pa so najpogosteje usposobljeni zdravstveni delavci (medicinske sestre, zdravniki, psihologi, zaposlitveni terapevti) (Lukens & McFarlane, 2004; Donker, et al., 2009).

Najpomembnejši del psihoedukacije predstavlja informiranje udeležencev, pri čemer izvajalec sledi strukturiranemu načrtu izvajanja, znotraj katerega se lahko prilagodi potrebam udeležencev. V okviru psihoedukacije izvajalec udeležencem omogoča čas za predelavo vznemirjajočih ali težko razumljivih informacij in čustev ter pri udeležencih spodbuja učenje strategij za izboljšanje lastnega funkcioniranja in kvalitete življenja. Vse to pa pomembno prispeva k zmanjševanju stigme in bremena bolezni (Lukens, 2015; McFarlane, et al., 2003).

Raziskave kažejo na številne koristi psihoedukacije; boljše razumevanje bolezni omogoča boljše sodelovanje v farmakoterapevtskem zdravljenju ter pomaga pri doseganju bolj pozitivnih izidov zdravljenja (hitrejše okrevanje, manj pogosti relapsi, manj ponovnih sprejetij v bolnišnično obravnavo) in razvoju bolj zdravega življenjskega sloga (Lukens & McFarlane, 2004; Dernovšek & Šprah, 2011). Dodatno pa psihoedukacija, ki poteka v skupini, udeležencem omogoča izmenjavo izkušenj in informacij ter medsebojno podporo (Bäumli, et al., 2006), izkazala pa se je tudi za bolj časovno in finančno ekonomično (Donker, et al., 2009).

V prispevku bomo opisali potek nacionalne implementacije psihoedukativnih delavnic na področju duševnega zdravja v obstoječi program zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) in Centrov za krepitev zdravja (CKZ), financiran s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Predstavili bomo organizacijske in vsebinske vidike delavnic, podatke o številu izvedenih delavnic od njihove vzpostavitve (2014 oz. 2016) do konca leta 2016 ter podatke o zadovoljstvu udeležencev delavnic za leto 2016. Obenem bomo izpostavili prednosti vzpostavitve delavnic na primarni ravni zdravstvenega varstva in izzive za njihovo nadaljnje izvajanje.

### Nacionalna implementacija psihoedukativnih delavnice na področju duševnega zdravja

V Sloveniji se je leta 2002 v okviru Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni na primarni ravni zdravstvenega varstva vzpostavila mreža 61 ZVC-jev. Ti so zasnovani kot samostojne organizacijske enote v zdravstvenih domovih po vsej Sloveniji, v njih pa se izvaja

Program svetovanje za zdravje, financiran s strani ZZS, katerega aktivnosti so usmerjene k spodbujanju zdravega življenjskega sloga pri prebivalcih Slovenije. V zadnjih letih so bili v okviru projekta Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje (2013–2016, sofinanciranje s strani Norveškega finančnega mehanizma) ZVC-ji v 3 zdravstvenih domovih organizacijsko in vsebinsko nadgrajeni v CKZ-je.

V začetku je program ZVC-jev obsegal več delavnic predvsem na področju spodbujanja zdravega življenjskega sloga (npr. zdrava prehrana, telesna dejavnost, hujšanje, opuščanje kajenja). V letu 2014 oz. 2016 pa je večja prepoznavnost pomena ohranjanja duševnega zdravja in zagotavljanja učinkovite obravnave na primarni ravni zdravstvenega varstva pripeljala do možnosti razširitve programa s psihoedukativnimi delavnicami za podporo osebam z depresijo (delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo) oz. osebam z anksioznimi motnjami (delavnica Podpora pri spoprijemanju s tesnobo) in osebam, ki doživljajo prekomeren stres (delavnica Spoprijemanje s stresom).

Nacionalna implementacija delavnic je potekala s pomočjo sodelovanja strokovnjakov iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje in regijskih mentorjev – večinoma specialistov psihiatrov iz sekundarne ravni oz. zdravstvenih delavcev z dolgoletnimi izkušnjami z izvajanjem delavnic. Izvajalci delavnic (diplomirane medicinske sestre/višje medicinske sestre, psihologi) iz ZVC-jev oz. CKZ-jev so se najprej udeležili teoretičnega izobraževanja na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ). V nadaljevanju pa so pod mentorskim vodstvom opravili praktično usposabljanje (v obliki učne delavnice ali prisotnosti mentorja pri njihovem prvem samostojnem izvajanju), v okviru katerega je mentor tudi ocenil njihovo usposobljenost za samostojno delo ter jim na regijski ravni nudil dodatno strokovno podporo pri samostojnem delu (osebno, po telefonu, regijska supervizija).

### Organizacijski vidiki psihoedukativnih delavnice na področju duševnega zdravja

Psihoedukativne delavnice obsegajo štiri srečanja po uro in pol, ki se v manjši skupini (6-10 udeležencev za delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo, 8-12 udeležencev za delavnico Spoprijemanje s stresom) izvajajo enkrat tedensko. Udeleženci se lahko dodatno udeležijo tudi enega individualnega 15-minutnega srečanja.

Delavnici Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo sta namenjeni pacientom z diagnosticirano depresijo oz. anksioznimi motnjami ali obremenjujočimi simptomi depresivnih oz. anksioznih motenj, ki (še) ne dosegajo kriterija za diagnozo, in njihovim svojcem. Za vključitev je potrebna napotitev (interna napotnica ali delovni nalog) osebnega izbranega zdravnika družinske medicine ali psihiatra, ob postavljeni diagnozi depresije oz. anksioznih motenj pa lahko pacienta na delavnico napoti tudi diplomirana medicinska sestra iz referenčne ambulante družinske medicine. Svojci napotitve ne potrebujejo. V delavnico

Spoprijemanje s stresom se lahko vključijo osebe, ki potrebujejo (poglobljeno) pomoč pri spoprijemanju s stresom, pri čemer napotitev ni potrebna.

## Vsebina delavnic psihoedukativnih delavnic na področju duševnega zdravja

V okviru psihoedukativnih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo udeleženci spoznajo osnovne značilnosti bolezni, potek in način zdravljenja ter načine preprečevanja poslabšanj. Poudarek je na vzpostavljanju razumevanja motnje in njenih posledic, zmanjševanju stigme in spodbujanju dejavnosti za ohranjanje zdravja oz. izboljšanje počutja, kar prispeva k opolnomočenju posameznika z depresijo oz. anksioznimi motnjami in njegovih svojcev.

Tudi delavnica Spoprijemanje s stresom, skladno z načeli modela psihoedukacije, udeležencem omogoča pridobivanje znanja in veščin za spoprijemanje s stresom in ohranjanje duševnega zdravja. Udeleženci se seznanijo z osnovnimi značilnostmi doživljanja stresa, z njim povezanimi duševnimi in telesnimi motnjami, ter spoznajo različne načine spoprijemanja s stresom, s katerimi si sami lahko pomagajo izboljšati lastno počutje (npr. tehnike sproščanja, tehnike preusmerjanja misli in čustev, načrtovanje odziva na stresne situacije ipd.).

Izvajalec udeležence vseh delavnic spodbuja k aktivni udeležbi, prepoznavanju lastnih vzorcev vedenja in rednemu izvajanju aktivnosti za izboljšanje lastnega počutja. Obenem vse delavnice udeležencem omogočajo, da spregovorijo o svojih težavah, v kolikor si tega želijo, izmenjajo izkušnje in se medsebojno podprejo.

Za potrebe delavnic smo pripravili priročnike za izvajalce in udeležence delavnic z naslovom Podpora pri spoprijemanju z depresijo (Dernovšek, et al., 2005; Dernovšek & Tavčar, 2005), Spoprijemanje s stresom (Dernovšek, et al., 2017a, 2017b) in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo (Dernovšek, et al., 2017c, 2017d).

## Število izvedenih psihoedukativnih delavnice na področju duševnega zdravja in število udeležencev za obdobje 2014 do 2016

Tabela 1 prikazuje število izvedenih psihoedukativnih delavnic od leta 2014 do 2016. V tem obdobju je bilo izvedenih 269 delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo, ki so skupno vključevale okoli 2000 udeležencev. V letu 2016, ko se je pričela nacionalna implementacija delavnic na področju tesnobe in stresa, je bilo izvedenih 46 delavnic Podpora pri spoprijemanju s tesnobo in 107 delavnic Spoprijemanje s stresom, v katere je bilo vključenih okoli 300 oz. 900 udeležencev. Okoli 75 % udeležencev delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo se je udeležilo vsaj treh srečanj delavnice, medtem ko je bil ta delež pri delavnici Podpora pri spoprijemanju s tesnobo 71 %, pri delavnici Spoprijemanje s stresom pa 67 %.

Tabela 1: Prikaz števila izvedenih psihoedukativnih delavnic in udeležencev za obdobje 2014-2016

	Podpora pri spoprijemanju z depresijo			Podpora pri spoprijemanju s tesnobo	Spoprijemanje s stresom
	2014	2015	2016	2016	2016
OBMOČNE ENOTE (OE)					
OE Celje	8	14	21	8	33
OE Koper	3	8	12	5	6
OE Kranj	4	7	8	1	4
OE Krško	5	8	9	5	10
OE Ljubljana	10	18	32	12	27
OE Maribor	2	8	8	4	6
OE Murska Sobota	4	10	6	4	3
OE Nova Gorica	3	6	7	4	9
OE Novo Mesto	6	11	10	2	4
OE Ravne na Koroškem	5	7	9	1	5
Skupaj	50	97	122	46	107
Ocena števila udeležencev	444	787	766	297	906

Udeleženci so po zaključku delavnice izpolnjevali evalvacijski vprašalnik, v katerem so na lestvici od 1 do 5 ocenili, v kolikšni meri jim je obiskovanje delavnice koristilo pri spoprijemanju z depresijo/tesnobo/stresom (1-sploh ni koristilo, do 5-zelo koristilo) in kako so se počutili v skupini (1-zelo slabo, do 5-zelo dobro). Podatki za leto 2016 kažejo, da so delavnice ocenjevali kot koristne, počutje v skupini pa kot zelo dobro (Tabela 2).

Tabela 2: Ocena udeležencev glede koristnosti psihoedukativne delavnice za spoprijemanje s stresom/tesnobo/depresijo in počutja v skupini za leto 2016

Psihoedukativna delavnica	Ocena koristnosti		Ocena počutja v skupini	
	M±SD	N	M±SD	N
Podpora pri spoprijemanju z depresijo	4,3±0,7	223	4,5±0,6	232
Podpora pri spoprijemanju s tesnobo	4,4±0,8	150	4,7±0,6	153
Spoprijemanje s stresom	3,9±0,7	488	4,6±0,6	491

## DISKUSIJA

Vzpostavitev psihoedukativnih delavnic na področju spoprijemanja z depresijo, anksioznimi motnjami in stresom na nacionalni ravni je naslovila eno pomembnejših problematik na področju duševnega zdravja v primarnem zdravstvenem varstvu. Obstoječe strukture za obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju v Sloveniji namreč težko sledijo potrebam prebivalstva (Švab & Tomori, 2002; Dernovšek, 2008; Novak, et al., 2011), pri čemer so za Slovenijo značilne tudi velike regionalne razlike. Novak in sodelavci (2001) po pregledu nekaterih zdravstvenih in sociodemografskih kazalnikov, povezanih z razvojem težav v duševnem zdravju, ugotavljajo, da je za regije z visoko ogroženostjo značilna najslabša razpoložljivost služb na področju duševnega zdravja, prav tako pa tam poteka najmanj promocijsko preventivnih aktivnosti. Z ozirom na to je prednost psihoedukativnih delavnic v tem, da so razpoložljive v lokalnem okolju in so za uporabnike z urejenim zdravstvenim zavarovanjem brezplačne. Poleg večje fizične dostopnosti storitev uporabnikom, oskrba duševnega zdravja na primarni ravni uporabnikom omogoča tudi bolj kontinuirano in celostno obravnavo, je manj stigmatizirajoča kot obravnavo pri psihiatru ter zmanjšuje pritiske na višje ravni oskrbe (SZO, 2008; Rifel & Kersnik, 2010). Tuje študije (Brown et al., 2000) tudi potrjujejo, da psihoedukativni pristop na področju promocije duševnega zdravja in preventive duševnih motenj prinaša pozitivne rezultate. Lukens in McFarlane (2004) pa izpostavljata, da je psihoedukacija (predvsem v skupinski obliki) časovno in finančno ekonomičen pristop, s katerim bi bilo mogoče z relativno nizkimi stroški (v primerjavi z višjimi ravnmi obravnave) pokriti veliko potreb.

Z vzpostavitvijo psihoedukativnih delavnic na področju spoprijemanja z depresijo, anksioznimi motnjami in stresom je na primarni ravni vzpostavljena psihoedukativna obravnavo ključnih in najpogostejših težav na področju duševnega zdravja pri odrasli populaciji. Delavnice so od vzpostavitve naprej potekale po vseh regijah; od sredine leta 2014 do konca 2016 je bilo izvedenih 269 delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo, v letu 2016 pa 46 delavnic Podpora pri spoprijemanju s tesnobo in 107 delavnic Spoprijemanje s stresom. V delavnice je bilo skupno vključenih več kot 3000 oseb, analiza evalvacijskih vprašalnikov iz leta 2016 pa je pokazala, da udeleženci delavnic vsebine zaznavajo kot koristne.

## ZAKLJUČEK

Dosedanji rezultati izvajanja psihoedukativnih delavnic so spodbudni. V delavnice je bilo od vzpostavitve leta 2014 oz. 2016 vključenih več kot 3000 oseb, s čimer delavnice na širši ravni prispevajo k motiviranju in aktiviranju za ohranjanje duševnega zdravja ter zmanjševanju stigme na področju težav v duševnem zdravju. Najpomembnejši izzivi za prihodnje delo so vezani na poglobljeno evalvacijo (dolgoročne) učinkovitosti delavnic in zagotavljanje ustrezne ravni

strokovne usposobljenosti izvajalcev delavnic. Hkrati pa želimo izvajalce delavnic spodbuditi k povezovanju z viri iz lokalne skupnosti, ki bi omogočalo, da se udeleženci po zaključku delavnice vključijo v skupine za samopomoč ali druge oblike podpore.

## Literatura

Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G., 2006. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), pp. S1–S9.

Dernovšek, M.Z., 2008. *Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa "Konkurenčnost Slovenije 2006-2013"*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU.

Dernovšek, M.Z., Mišček, I., Jeriček, H. & Tavčar, R., 2005. *Skupaj premagajmo depresijo. Priročnik za vodje delavnic in predavatelje*. Ljubljana: IVZ RS.

Dernovšek, M.Z., Sedlar, N. & Tančič Grum, A., 2017a. *Spoprijemanje s stresom: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dernovšek, M.Z., Sedlar, N. & Tančič Grum, A., 2017b. *Spoprijemanje s stresom: priročnik za udeležence delavnice*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dernovšek, M.Z. & Šprah, L., 2011. Psihoedukacija pri bipolarni motnji razpoloženja. In: Kores Plesničar, B., ed. *Sodobni vidiki bipolarni motnje*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 49–58.

Dernovšek, M.Z., Tančič Grum, A. & Sedlar, N., 2017c. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dernovšek, M.Z., Tančič Grum, A. & Sedlar, N., 2017d. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za udeležence delavnice*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dernovšek, M.Z. & Tavčar, R., 2005. *Prepoznavmo in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce*. Ljubljana: IVZ RS.

Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. & Christensen, H., 2009. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BioMed Central Medicine*, 7(79), pp. 1–18.

Lukens, E., 2015. *Psychoeducation*. Oxford Bibliographies in Social Work. Available at: <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195389678/obo-9780195389678-0224.xml> [18. 2. 2017].

Lukens, E.P. & McFarlane, W.R., 2004. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), pp. 205–225.

McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. & Lucksted, A., 2003. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), pp. 223–245.

Novak, T., Šprah, L. & Dernovšek, M.Z., 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije. Analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU, pp. 1–70.

Rifel, J. & Kersnik, J., 2010. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni - kako prepoznati depresivno epizodo. *Zdravniški Vestnik*, 79(7/8), pp. 544–754.

Švab, V. & Tomori, M., 2002. Mental health services in Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), pp. 177–188.

World Health Organization, 2008. *Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization. Available at:

[http://www.who.int/mental\\_health/resources/mentalhealth\\_PHC\\_2008.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf) [19. 2. 2017].



**IZOBRAŽEVALNA IN VZGOJNA FUNKCIJA MEDICINSKE SESTRE PRI  
INTEGRIRANI CELOSTNI OBRAVNAVI PACIENTOV S SAMOPOŠKODOVALNIM  
VEDENJEM BREZ SAMOMORILNEGA NAMENA**

**EDUCATIONAL AND AWARENESS RAISING FUNCTION OF NURSES IN  
INTEGRATING HOLISTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH SELF-HARMING  
BEHAVIOR**

mag. Matejka Pintar Babič, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Ekrem Junuzović, dipl. zn.

Aljoša Lipovec, dipl. m. s.

doc. dr. Maja Drobnič Radobuljac, dr. med., spec. otr. in mlad. psih

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija

[matejka.pintar@psih-klinika.si](mailto:matejka.pintar@psih-klinika.si)

**IZVLEČEK**

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (angl.: non-suicidal self-injury) je namerno povzročanje poškodb lastnega telesa, na način, ki ni družbeno sprejemljiv in nima samomorilnega namena. Najpogostejše je v obdobju mladostništva. Tuji avtorji izpostavljajo pomen poznavanja etiologije ter izvajanje zdravstveno vzgojnega dela. Medicinska sestra ima pri vzgoji in izobraževanju pacienta ključno vlogo. Pacienta motivira, skupaj z njim prepozna dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, oceni transparentnost potreb, izpostavi problem ter z njim išče najugodnejšo rešitev. Deluje kot vezni člen v multidisciplinarnem timu. Izpostavlja aktivno vlogo pacienta, ga obravnava kot enakopravnega člana in motivira za nadaljnje intervencije usmerjene k odpravljanju nezdravih življenjskih navad. Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva posebna znanja ter uporabo prilagojenih intervencij. Prispevek predstavlja uporabo zloženke »Samopoškodovanje in varnostni načrt«, ki je bila izdelana v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana s sodelovanjem angleških kolegov. Zloženka je didaktični pripomoček, ki je v pomoč medicinski sestri, obenem je njen namen povečati osveščenost širše javnosti o problematiki. Ugotovljeno je bilo, da je obravnava pacienta z nesamomorilnim samopoškodovalnim vedenjem uspešnejša, če so v obravnavo vključeni vsi segmenti iz njegovega socialnega okolja, ker je zaradi značilnosti obdobja v katerem se motnja običajno razvije pacient še odvisen od svojih staršev in drugih v razvoju pomembnih oseb. Vključenost vseh udeležencev v proces obravnave je eden izmed ključnih pogojev dobre reintegracije pacienta v socialno okolje po končani hospitalizaciji. Pri vzgoji in izobraževanju je pomembna aktivna vloga pacienta, družine, zdravstvenih delavcev na vseh ravneh zdravstvenega varstva, šolstva in širše skupnosti. Ključnega pomena je dodatno

izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi, predvsem na področju primarnega zdravstvenega varstva (šolski dispanzer) z namenom zgodnjega odkrivanja in izvajanja zdravstveno vzgojnega dela na področju preventive nesamomorilnega samopoškodovalnega vedenja pri mladostnikih.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, samopoškodovanje, zdravstveno vzgojno delo, mladostnik

#### ABSTRACT

Self-harming is the deliberate causing of damage to one's own body in a manner that is not socially acceptable and does not have a suicidal intent. It is most frequent during adolescence. Foreign authors have shown the importance of etiology and awareness raising. Nurses play a key role in educating and raising the awareness of patients. Together with the patient they recognize the risk factors, evaluate the transparency of needs, expose problems and also seek the best solutions. They function as an important link in a multidisciplinary team. They also play an active role with the patient, who is treated as an equal member of the team and whom they can motivate for further interventions directed towards eliminating unhealthy life habits. Raising awareness of a medical issue by healthcare employees requires special knowledge and customized approaches. This paper presents the use of the leaflet »Self-harming and Safety Plan« created by the University Psychiatric Clinic Ljubljana. The leaflet is a didactic aid that helps nurses to raise awareness among the wider public about the problem of self-harming behavior. It is determined that the treatment of patients with self-harming behavior is successful if all segments of their social environment are included during treatment, because, due to the young age at which the disorder usually develops, it is dependent on the parents and other persons who are important during the child's development. The inclusion of all participants in the treatment process is one of the key conditions for a good reintegration of the patient back into the social environment post-hospitalization. During training and education, the active role of the patient, his/her family, healthcare workers on all levels of healthcare, the school, and of the wider community is very important. Of key importance is the additional training of healthcare employees, particularly primary healthcare providers (school dispensary), with the aim of early detection and by raising awareness generally in order to prevent self-harming behavior among adolescents.

**Keywords:** nursing, self-harming, education, adolescent

#### UVOD

Izobraževanje ima vse pomembnejšo vlogo na različnih področjih družbenega delovanja, tudi v zdravstveni dejavnosti katere del predstavlja zdravstvena nega (Lesar, 2011). Kakovostno učenje je tisto, ki pacienta celostno, miselno in čustveno aktivira (Nanut Planinšek & Škorjanc Braico, 2012; Marentič Požarnik, 2014). Medicinske sestre s pomočjo zdravstveno vzgojnega dela vplivajo na posameznike in skupine ter jih učijo krepiti in ohranjati zdravje (Naidoo &

Wills, 2005). S spreminjanjem pacientovih ustaljenih oz. vpeljevanjem novih življenjskih navad tako prispevajo k boljšemu zdravstvenemu stanju, ki je v podporo pri zdravljenju in obvladovanju bolezni (Lesar, 2011). Spreminjanje vedenja je večstopenjski proces, ki je uspešen šele, ko posameznik novo vedenje ohrani in sprejme kot lastnega. Vendar dobra informiranost in znanje brez prave motiviranosti pacienta za spremembo vedenja ter podpornih socialnih okoliščin, ne doprineseta vedenjskih sprememb (Kamin, 2011). Medicinska sestra s svojimi praktičnimi izkušnjami, empatičnim pristopom in odkritostjo predstavlja pozitiven zgled pacientu. V vzgojni in izobraževalni funkciji predstavlja osebo, ki ima ključno vlogo pri spreminjanju škodljivih navad. Izzivi, s katerimi se sooča zahtevajo veliko izkušenj, širok nabor znanja in ustrezne komunikacijske veščine.

Namen prispevka je predstavitev primera zdravstveno vzgojnega dela in izobraževanja pri integrirani celostni obravnavi pacienta s samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena (angl.: non-suicidal self-injury; NSSI) .

## Izobraževalna in vzgojna funkcija medicinske sestre pri integrirani celostni obravnavi

Pomen zdravstvene vzgoje lahko opredelimo kot pristop, pri katerem se preko razvijanja zdravega obnašanja, spreminjanja nezdravega obnašanja v zdravo ter z izobraževanjem in širjenjem informacij o zdravstvenih postopkih, poskuša krepiti zdravje ter preprečevati in zdraviti bolezni ter blažiti njene posledice. Zdravstveno vzgojno delo je sestavni del vsakodnevnega dela zdravstvenih delavcev. Pri tem zdravstveni delavci najpogosteje uporabljajo metode zdravstvene vzgoje kot pomoč pri terapevtskih postopkih in v namen preprečevanja že prisotne bolezni (Zaletel Kragelj, et al., 2007). Bilban (2010) navaja, da je promocija zdravja (katere osnovni del je zdravstvena vzgoja) proces, ki omogoča posamezniku ali skupini, da poveča nadzor nad lastnim zdravjem, ga ohranja in krepi.

Načrtovana in kontinuirana zdravstvena vzgoja pacientov predstavlja integralni del zdravljenja (Đurđa, 2011) pri kateri imajo medicinske sestre ključno vlogo. Ob pacientu namreč preživijo največ časa, kar jim omogoča, da prepoznajo trenutek, ko je sposoben in motiviran za učenje. Gooding in sodelavci (2005) pozivajo naj medicinske sestre v vzgojno izobraževalni proces vključujejo aktivne učne oblike in metode dela ter uporabljajo primerne učne pripomočke. Na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje so v različnih vlogah, ki se med seboj prepletajo, dopolnjujejo in nadgrajujejo. Pacient si želi enakovrednega odnosa, kjer lahko izrazi svoje želje, bojazni in pričakovanja, je slišan, pomirjen in spodbujan, ko ne vidi izhoda (Kvas, 2011). Naidoo in Wills (2005) menita, da medicinska sestra v vlogi zdravstvene vzgojiteljice potrebuje dve kompetenci, in sicer izobraževalno in vzgojno. Prva se nanaša na znanstvena spoznanja, druga na vrednote, obe pa močno pogojuje osebnostna struktura medicinske sestre. Po navedbah Marentič Požarnik (2014) je ena od sestavin te spretnosti izražanje pozornosti, ki vključuje aktivno poslušanje. Pacienta je potrebno razumeti z vidika njegove perspektive, njegovih čustev, skrbi in strahov (empatično

poslušanje). Pristop naj bo skrben in zaupen, hkrati mora posredovati pozitivno sporočilo. Pomembno je vključevanje izkustvenega učenja. Zanj je pomembna vpletenost v izkušnjo in razmišljanje (reflektiranje) o njej (Vukovič & Miglič, 2006 cited in Kvas, 2011). Velik vpliv na učenje novih veščin in sprejemanj zdravstveno vzgojnih priporočil imajo tudi pretekle izkušnje pacientov (Kiger, 2004). Integrirana celostna obravnava izhaja iz potreb posameznika z dolgotrajnimi stanji in mnogovrstnimi spremljajočimi problemi. Obstajajo različni modeli, ki so prilagojeni okolju in potrebam. Izvajalci se glede na potrebe uporabnikov lahko povezujejo: horizontalno (multiprofesionalni tim na eni ravni); vertikalno (povezovanje multiprofesionalnih timov na različnih ravneh – primarni, sekundarni, terciarni) (Zdravstvena. info, 2016). Od zaposlenih v zdravstveni negi takšno povezovanje zahteva posebna znanja ter uporabo prilagojenih intervencij. Ključni del predstavlja izobraževalna in vzgojna funkcija katere glavni cilj je sprememba načina življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja ter pomoč posamezniku, da doseže optimalno zdravstveno stanje. V nadaljevanju je predstavljen primer integrirane celostne obravnave pacienta z NSSI na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana.

## Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena in izdelava varnostnega načrta

V literaturi je najpogosteje navedena definicija, ki samopoškodovalno vedenje opredeljuje kot » namerno povzročene poškodbe lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljiv in nima samomorilnega namena« (Favazza, 2012). Motnja predstavlja »impulzivno« pogosto ponavljajoče reagiranje v subjektivno neznosni situaciji (Favazza, 2012), ki pa nekaterim posameznikom predstavlja strategijo preživetja (Kaliman, et al., 2010). Najpogosteje zabeleženi načini samopoškodovanja so: rezanje kože, žganje in praskanje kože, udarci po telesu, puljenje las oziroma lasanje, udarci v steno z roko, ного, ponovno poškodovanje starih ran ipd. (Volmajer, 2011). Poškodbe se lahko nahajajo kjerkoli na telesu, najpogosteje pa so na rokah, trebuhu in stegnih. Na začetku so površinske, kasneje globlje. Mladostniki, ki se samopoškodujejo, se v več kot 80% do mlade odraslosti prenehajo samopoškodovati sami od sebe (Moran, 2012), pri tistih s pridruženimi duševnimi motnjami, pa se vedenje ponavlja še naprej in pogosto dobi značilnosti odvisnosti, zaradi česar mnogi s tem vedenjem ne morejo sami prenehati (Gonzales & Bergstrom, 2013). Najpogostejši povodi za razvoj samopoškodovalnega vedenja so lahko občutki praznine, težka in njim nevzdržna intenzivna čustva kot so: žalost in občutki krivde; pojavljanje občutkov depersonalizacije in »flash-backov«; podoživljanje travmatičnih preteklih izkušenj z namenom, da bi bili ti občutki bolj znosni (Goodyer, 2011). Auer (2005) navaja, da se vedenje pojavlja pri mladostnikih, ki se v otroštvu niso naučili prepoznavati čustev na ustrezen način. Nekateri mladostniki so preplavljeni z občutki jeze, ki je ne znajo ali ne upajo odkrito izraziti navzven, saj bi s tem izgubili naklonjenost bližnje osebe zato agresivnost usmerijo vase (Poklič, 2006). Mladostniki in mladostnice z NSSI v otroški in mladostniški psihiatriji v slovenskem prostoru niso obravnavani urgentno vendar so v obravnavo vključeni čim prej. V obravnavo so vključeni tako družina kot ožje okolje (npr. šola), saj lahko s svojimi odzivi tudi okolica to vedenje

omejuje ali povečuje. Eden izmed načinov za omejevanje samopoškodovalnega vedenja pri mladostnikih, ki si želijo spremembe, so različni vedenjski ukrepi, pri katerih skupaj z njimi iščemo dejavnike, ki sprožijo takšno vedenje, in načine na katere ga vsak posameznik lahko preloži, omeji ali ustavi - tako imenovane »stop tehnike« (Drobnič Radobuljac, et al., 2014).

## Predstavitev primera integrirane celostne obravnave pacienta s nesamomorilnim samopoškodovalnim vedenjem

Zaradi velikih potreb po didaktičnih pripomočkih pri kliničnem delu z mladostniki in mladostnicami, ki jih v slovenskem prostoru ni na voljo, smo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, na Centru za mentalno zdravje z dovoljenjem kolegov iz ambulantne službe za obravnavo mladostnikov v Londonu priredili zloženko z naslovom » Samopoškodovanje in varnostni načrt«. Na Enoti za adolescentno psihiatrijo, kjer je samopoškodovanj pričakovano največ so v obravnavo pogosto vključeni tudi drugi sektorji, od šolstva do socialnih služb, kar je nujno za mladostnikovo lažjo integracijo v domače okolje po hospitalizaciji. Z uporabnostjo in namenom pripomočka so bili seznanjeni starši, zaposleni v zdravstveni negi in člani multiprofesionalnih timov na različnih ravneh (šola, dijaški dom, zdravstveni dom). Prvi korak je bilo izobraževanje strokovnjakov razumevanja mehanizmov samopoškodovalnega vedenja in občutkov sramu pri pacientu, ki se samopoškoduje.

Prvi del zloženke vsebuje kratek opis NSSI z namenom boljšega razumevanja motnje in sicer: »Na trenutke se je z življenjem težko soočati, še posebej če se nam je v življenju zgodilo kaj hudega. Lahko imamo občutke, da le s poškodovanjem samega sebe izrazimo negativne občutke in dosežemo izboljšanje svojega počutja. Sprva se začne kot povsem intimno dejanje, sčasoma pa samopoškodovanje lahko postane navada, ki povsem uide našemu nadzoru in o katerem je zelo neprijetno spregovoriti. S samopoškodovanjem je podobno kot z drugimi vedenji, ki se jih sramujemo, tudi ljudi, ki se samopoškodujejo je veliko več kot si predstavljamo. Samopoškodovanje lahko daje občutek nadzora, zmanjša neprijetne občutke, napetost in stisko. Vseeno pa to ne pomeni, da oseba, ki se samopoškoduje ne bi mogla uporabiti drugih načinov spopadanja s svojimi težavami.«

V nadaljevanju so naštetih načini, kako se spoprijemajo z neprijetnimi občutki nekateri mladi, ki se samopoškodujejo, tako imenovane stop tehnike (Tabela 1). Seznam ni dokončen, različnim ljudem pomagajo različne stvari. Mogoče pacient že sam uporablja kakšno izmed ne naštetih tehnik, ki mu pomaga pri obvladovanju želje po samopoškodovanju, ostale mu bodo v pomoč.

Tabela 1: Stop tehnike

PREDLAGANE STOP TEHNIKE
Pogovori se z osebo ob kateri se dobro počutiš; če si sam lahko pokličeš prijatelja, domače ali eno od spodaj napisanih telefonskih števil
Počni nekaj kar te veseli; na primer: risanje, pisanje pesmi, pisanje zgodb, ples
Bodi telesno aktiven; pojdi v telovadnico ali na sprehod
Pojdi spat
Poslušaj glasbo, ki ti izboljša razpoloženje ali te sprosti
Pospravi sobo, stanovanje ali hišo
Glej TV ali se drugače zamoti
Potolaži se v objemu ljubljene osebe, pocrklij se z domačim ljubljencekom ali plišasto igračko
Vzemi nekaj ledenih kock, ki naj se ti stopijo v roki dokler ti ta ne odreveni
Tolči v blazino ali vzglavnike, da sprostiš jezo
Piši dnevnik, da se naučiš prepoznati situacije, ki sprožajo željo po samopoškodovanju
Delaj z rokami kaj zahtevnega, da se zamotiš
Pojdi pod mrzel tuš
Uporabi sprostitvene tehnike- v mislih se osredotoči na kaj prijetnega
Večkrat napni in spusti elastiko, ki jo imaš okoli zapestja, ta bolečina zate ni nevarna

Tretji del pacienta poziva k pripravi varnostnega načrta (s pomočjo medicinske sestre ali terapevta), ki mu bo v pomoč kadar se bo boril z mislimi, da bi se samopoškodoval. Poziva ga naj ima varnostni načrt vedno pri sebi, da mu bo v pomoč kadar ga bo potreboval. Hkrati je v pomoč vsem ki pridejo z njim v stik in ne vedo kako pomagati. Na primer svojcem, zdravstvenim strokovnjakom, zaposlenim v šolstvu, zaposlenim v socialnih zavodih (tabela 2).

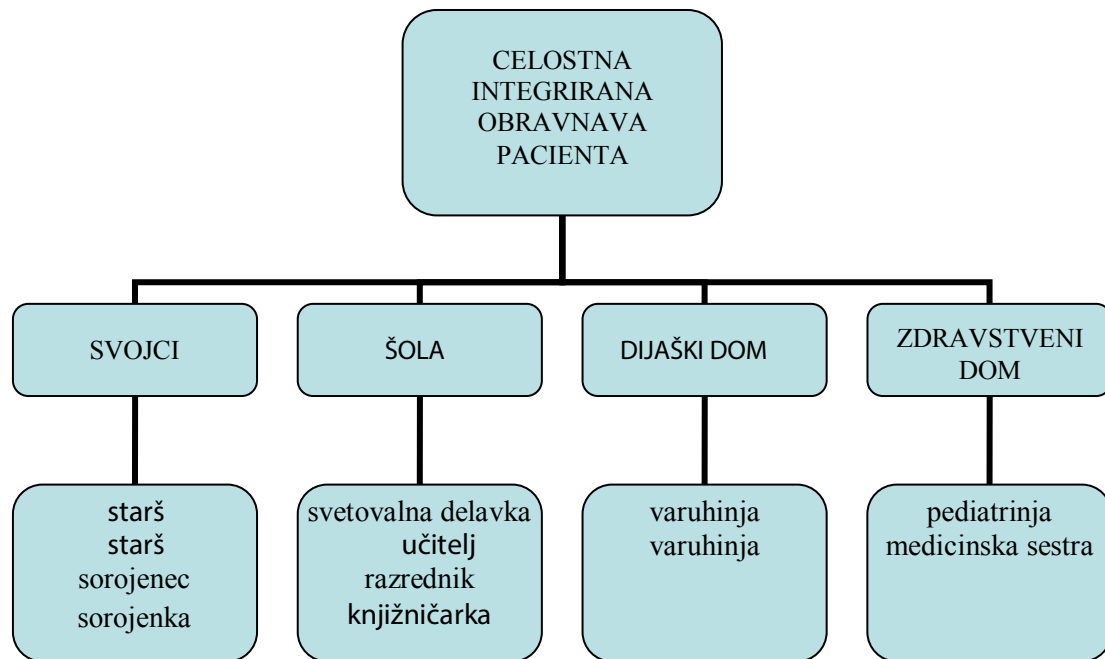
Tabela 2: Varnostni načrt

PREPOZNAVANJE SPROŽILCEV	»Kaj pri meni povzroči željo po samopoškodovanju? To so lahko na primer določeni ljudje, občutki, prostori ali spomini.«
STOP TEHNIKE	Ali obstaja še kaj drugega razen samopoškodovanja, kar bi mi lahko pomagalo, da bi se počutil/-a bolje? Kaj bi sam/-a svetoval/-a svojemu prijatelju, ki bi se tako počutil?
POMOČ DRUGIH	Ali lahko drugi storijo kaj, kar bi mi pomagalo? Kaj?
KONKRETNI INDIVIDUALNI NAČRT	Ko se bom naslednjič želel/-a poškodovati, bom naredil/-a eno od naslednjih stvari:
ORGANIZIRANA POMOČ	Pokličem na TOM (telefon 116 111; vsak dan med 12 in 20 uro; <a href="http://www.e-tom.si">www.e-tom.si</a> )

	Pokličem na telefon Klic v duševni stiski (telefon 01 520 99 00, vsako noč med 19 ih 7 uro) Pokličem na telefon Društva Samarijan (telefon 116 123, 24 ur na dan) Obiščem eno od urgentni služb (zdravstveni domovi, psihiatrične bolnišnice).
PODPIS, DATUM, PODPIS UPORABNIKA, PODPIS TERAPEVTA	

Pacient pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje medicinske sestre. Ko je pacient za prenehanje motiviran, pričnemo s tehnikami, ki jih pacient lahko izvede sam in so manj zahtevne oziroma za njih ne potrebuje pripomočkov ter so izvedljive v kateri koli situaciji (v šoli, med poukom, na avtobusu, v kinu, itd.). Nadaljujemo z bolj zahtevnimi tehnikami, kasneje se odločimo za pomoč drugih, ki so lažje dosegljivi in jim pacient zaupa (npr. svojci, prijatelji) in nazadnje za strokovne službe, ki so težje dosegljive. Prioriteto dajemo samostojnosti pacienta in hitri dosegljivosti pomoči. Izjeme so primeri, ko se pacient toliko pozna in ga določena situacija spravi v stisko za katero ve, da jo sam ne bo mogel obvladati in ga ta ogroža. Tehnike pomoči naj bodo na primer sledeče: zaposli roke (krema, žogice, boksanje v primeru napetosti, kričanje v blazino), uporaba ledenih kock, pojdi v družbo, poišči bližino nekoga, ki mu zaupaš, pojdi se« pazit« (v ambulanto, na oddelek, k prijatelju itd.). Pripomoček se zaključi s podpisom in datumom »sklenitve« varnostnega načrta. Podpis pacienta ima terapevtski namen. Sledi ime in podpis terapevta. Ime terapevta predstavlja ime osebe s pomočjo katere je pacient izdelal varnostni načrt.

Najštevilčnejša vključitev oseb v varnostni načrt ob odpustu mladostnika iz hospitalne obravnave v domače okolje je bilo 12 oseb. Primer celostne integrirane obravnave je prikazan na sliki1.



Slika 1: Prikaz celostne integrirane obravnave pacienta z NSSI

## DISKUSIJA

Medicinska sestra ima pri vzgoji in izobraževanju pacienta ključno vlogo. Skupaj s pacientom izpostavi problem, išče zanj najugodnejšo rešitev, zastavi cilje ter kot vezni člen sodeluje v multidisciplinarnem timu. Izpostavlja aktivno vlogo pacienta. Obravnava ga kot enakopravnega člana in motivira za intervencije usmerjene k iskanju manj škodljivih načinov reševanja stisk (Pintar Babič, et al., 2016). Preveč pogosto se potrebe rešujejo z institucionalno obliko obravnave. Potrebno bo oblikovati integrirano obravnavo, ki vključuje individualno pomoč posamezniku s poudarkom na vključevanje v socialno okolje. Potreb namreč vse pogosteje ne more več zadovoljiti le zdravstvena obravnava (Zajc, 2017). Integrirana celostna obravnava pacienta z NSSI od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva posebna znanja ter uporabo prilagojenih intervencij zdravstvene nege. Ključni del predstavlja izobraževalna in vzgojna funkcija katere glavni cilj predstavlja sprememba načina življenja, izboljšanje zdravstvenega stanja ter pomoč posamezniku, da doseže optimalno zdravstveno stanje. Izvajanje zdravstveno vzgojnega dela je možno le kot nadgradnja pridobljenega zaupanja na podlagi ustreznega terapevtskega odnosa. Za izgradnjo terapevtskega odnosa z ljudmi, ki se sami poškodujejo, potrebujejo čas in sredstva, da lahko ponudijo visoko kakovostno oskrbo za to ranljivo skupino

Za vzpostavitev učinkovitega terapevtskega odnosa mora imeti medicinska sestra na voljo dovolj časa, dobre komunikacijske veščine, spoštljiv in empatičen odnos, obenem pa mora odkrito sprejemati raznolika mnenja in kritična razmišljanja pacienta (Karman, et al., 2017). Izziv v izobraževanju in zdravstveni vzgoji pacientov z NSSI je poiskati različne možnosti in



priložnosti preventivno zdravstveno vzgojnega dela (Hvala, et al., 2012). Pri zagotavljanju varnosti je za medicinsko sestro bistvenega pomena ugotavljanje pacientovih potreb, natančna ocena dejavnikov tveganja in opredelitev aktivnosti zdravstvene nege, ki pripomorejo k preprečevanju nevarnega vedenja.

## ZAKLJUČEK

Na podlagi pregleda strokovne literature avtorji ugotavljajo, da je samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (NSSI) v slovenskem prostoru prezrta problematika. Mladostniki, ki se na ta način samopoškodujejo predstavljajo slabo razumljeno in stigmatizirano populacijo. Takšno stanje predstavlja obremenitev za posameznike in zavira iskanje ustreznih oblik pomoči (Good practice guide, 2012). Z izdelavo in objavo zloženke »Samopoškodovanje in varnostni načrt«, smo želeli vplivati na osveščenost širše javnosti o problematiki NSSI in zagotoviti pripomoček za usmerjanje v integrirani celostni obravnavi. Mladostnik zaradi odvisnosti od svojih staršev in drugih v razvoju pomembnih oseb namreč ne more biti obravnavan individualno. V procesu pomoči morajo biti vpleteni vsi udeleženci v njegovem okolju, saj le tako lahko pričakujemo dobro reintegracijo po končani hospitalizaciji. V procesu vzgoje in izobraževanja je pomembna aktivna vloga pacienta, družine, zdravstvenih delavcev na vseh ravneh zdravstvenega varstva, šolstva in širše skupnosti. Ključnega pomena je dodatno izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi, predvsem na področju primarnega zdravstvenega varstva (šolski dispanzer) z namenom zgodnjega odkrivanja in izvajanja zdravstveno vzgojnega dela na področju preventive NSSI pri mladostnikih.

## Literatura

Auer, V., 2005. *Mejna osebnost: viharost, nihanja razpoloženja, izbruhi besa, strah pred osamljenostjo*. Samozaložba Ibidem, Ljutomer, pp. 15–26.

Bilban, M., 2010. Promocija zdravja v različnih življenjskih obdobjih s poudarkom na zdravem prehranjevanju. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010. Zdrava prehrana in javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 28.

Brent Adolescent Team, 2014. *Self-harm and safety plan* (1.3.2014) London: Central and North West London NHS Foundation Trust. Available at: <http://www.cnwl.nhs.uk/wp-content/uploads/BrentAdolescentTeamSafetyPlan.pdf> [25.10.2016].

DeYoung, S., 2015. *Teaching Strategies for Nurse Educators*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education, pp. 78–85

Drobnič Radobuljac, M., Plemeniti, B. & Pintar, M.B., 2014. Zloženka z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja pri mladostnikih in mladostnicah, ki se samopoškodujejo. In: Novak Šarotar, B. ed., *Viceversa 58*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri slovenskem zdravniškem društvu, pp. 34–36.

- Đurđa, S., 2011. Uvodne misli. In: Kvas, A. ed., *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. IV
- Favazza, A.R., 2012. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11 (3), pp. 21–25.
- Gonzales, A.H. & Bergstrom, L., 2013. Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26 (2), pp. 124–130.
- Good practice guide, 2012. *The role of online and online peer support for young people who self harm*. European Union. Available at: <http://www.institut-utrip.si/doc/Good-Practice-Guide1.pdf> [25.10.2016].
- Gooding, S., Stilwell, B. & Rogers, R., 2005. *Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja*. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, pp. 19–20.
- Hoyer, S., 2003. Učenje in vzgoja bolnikov v psihiatrični zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene nege*. 37(4), 267–272.
- Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, pp. 27–38.
- Hvala, N., Kotar, V., Zoronjić, E., Peterec Kotar, D., Lesar, I., 2012. Mladostnik in samopoškodba: možnosti in priložnosti za izvajanje preventivnega zdravstveno vzgojnega dela. *Obzornik Zdravstvene nege*, 46 (4), pp. 289–296.
- Kaliman, M., Knez, T. & Rode, N., 2010. Samopoškodovanje – telo kot sredstvo sporočanja in premagovanja stisk mladostnikov. *Socialno delo*, 50(6), pp. 389–402.
- Kamin, T., 2011. Promocija zdravja. In: Kvas, A. ed., *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 1–20.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & Meijel, B. 2015. Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*22(1), pp. 65–75.
- Kiger, A.M., 2004. *Teaching for Health*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 101–110.
- Lesar, I., 2011. Meje in pasti vpeljevanja izraza »edukacija«. In: Kvas, A. ed., *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 21–32.
- Marentič Požarnik, B., 2014. *Psihologija učenja in pouka*. Ljubljana: DZS, pp. 12–234.
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J.B, et al., 2012. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379(9812), pp. 236–43.

Naidoo, J. & Wills, J., 2005. *Public health and health promotion: developing practice. 5th ed.* Edinburgh: Baillière Tindall, pp. 159–164.

Nanut Planinšek, Z. & Škorjanc Braico, D., 2012. Umetnost učenja. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. Available at: [http://deepblue.uni-mb.si/lukoper/umetnost\\_ucenja/index.html](http://deepblue.uni-mb.si/lukoper/umetnost_ucenja/index.html) [30.10.2016].

Pintar Babič, M., Žnidaršič, A., Drobnič Radobuljac, M., Bernik, M., 2016. Izboljševanje kakovosti bolnišnične obravnave pacientov s samopoškodovalnimi vedenji z vidika zdravstvene nege. [CD-ROM]. Portorož: Trajnostna organizacija: zbornik 35. Mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti

Poklič, M.B., 2006. Na ostrini noža. Novi tednik, Celje. Available at: [http://www.novitednik.si/ne\\_prezrite.php?id=522&m=9&l=2006](http://www.novitednik.si/ne_prezrite.php?id=522&m=9&l=2006) [25.10.2016].

Volmajer, J., 2011. *Samopoškodovanje otrok in mladostnikov*: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 23; 47–57.

Zajc, T. 2017 Integrirana obravnava mladostnikov z duševnimi motnjami – vzor prihodnosti zdravstvene obravnave. *Medicina danes*.

Zaletel Kragelj, L., Eržen, I., & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta Katedra za javno zdravje, pp. 56.

Zdravstvena.info, 2016. *Novi pristopi v organizaciji celostne obravnave bolnika – integrirana oskrba* (5.4.2016). Available at: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/novi-pristopi-v-organizaciji-celostne-obravnave-bolnika-integrirana-oskrba/> [27.10.2016].

## VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE V TIMU SKUPNOSTNE PSIHIATRIČNE OBRAVNAVE NA PRIMARNI RAVNI

### THE ROLE OF THE HEALTH CARE TEAM IN THE COMMUNITY PSYCHIATRIC TREATMENT AT THE PRIMARY LEVEL

Jacinta Doberšek Mlakar, viš. med. ses., prof. zdr. vzgoje  
Zdravstveni dom Sevnica, Slovenija

[jacinta.mlakar@zd-sevnica.si](mailto:jacinta.mlakar@zd-sevnica.si)

#### IZVLEČEK

Integralni del psihiatrične zdravstvene obravnave oseb z duševno motnjo je tudi skupnostna psihiatrična zdravstvena nega, ki je na primarni ravni zdravstvenega varstva v letu 2013 v slovenskem prostoru pričela oblikovati svojo identiteto. V letu 2013 so v Sloveniji pričeli delovati štiri regijski centri – multidisciplinarni timi skupnostne psihiatrične obravnave na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Gre za specialistično zunaj bolnišnično zdravstveno dejavnost. Nosilci dejavnosti so zdravstveni domovi. Multidisciplinarni tim sestavljajo: dve medicinski sestri, psihiater, delovni terapevt in psiholog. Tim skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje, ki je osnovni generični multidisciplinarni mobilni zdravstveni tim izvaja multidisciplinarne psihiatrične storitve za populacijo 75.000 prebivalcev. Prispevek razloži vlogo medicinske sestre v psihiatriji, ki v domačem okolju, na pacientovem domu ocenjuje, načrtuje, izvaja, spremlja in evalvira pacientovo sposobnost samooskrbe v osnovnih življenjskih aktivnostih, nudi podporo pacientu in družinskim članom ter povezuje mrežo različnih služb in domačih ljudi. Avtorica predstavi pomen vpliva pristopov s področja zdravstvene nege v psihiatriji na izboljšanje sodelovanja pacientov v zdravljenju ter pomen za višjo kakovost življenja pacientov in njihovih pomembnih drugih. Izpostavi, da so strokovna pomoč multidisciplinarnega tima – zdravljenje, zdravstvena nega, delovna terapija in psihološki ukrepi ponujeni tudi tistim osebam z duševno motnjo, ki do pomoči do sedaj niso prišli. Namen prispevka je natančneje predstaviti model in vlogo skupnostne psihiatrične zdravstvene nege na primarni ravni kot del tima skupnostne psihiatrične obravnave za Posavje.

**Ključne besede:** skupnostna psihiatrična zdravstvena nega, medicinska sestra, primarna raven zdravstvenega varstva, multidisciplinarni tim, mreža različnih služb

#### ABSTRACT

An integral part of the psychiatric treatment of people with mental disorders is also community psychiatric nursing care, which began to establish its identity at the primary level of health care in the Slovenian territory in 2013. In 2013, four regional centers -

multidisciplinary teams of community psychiatric treatment at the primary level of health care - started operating in Slovenia. It's a specialist outside the hospital's healthcare area. Operators are health centers. The multidisciplinary team consists of: two nurses, a psychiatrist, a working therapist, and a psychologist. The Community Psychiatric Treatment Team for Posavje, which is the basic generic multidisciplinary mobile health team, performs multidisciplinary psychiatric services for a population of 75,000 inhabitants. The article explains the role of a nurse in psychiatry who evaluates, plans, implements, monitors and evaluates the patient's ability to self-care in basic life activities in the home environment, provides support to the patient and family members and connects the network of various services and domestic people. The author presents the importance of the impact of nursing approaches in psychiatry on improving patient collaboration in treatment and the importance of a higher quality of life for patients and their important others. It establishes that the expert assistance of the multidisciplinary team - treatment, health care, work therapy and psychological measures are also offered to those with mental disorders who have not come to the aid so far. The purpose of the paper is to present the model and role of community psychiatric nursing at the primary level as part of the Community Psychiatric Treatment Team for Posavje.

**Keywords:** community psychiatric nursing, nurse, primary health care, multidisciplinary team, network of different services

## UVOD

Pogosto se v psihiatrični stroki razpravlja, zakaj potrebujemo storitve na področju duševnega zdravja v skupnosti. Za izraženo dilemo obstajajo številna teoretična in praktična izhodišča, ki ugotavljajo koristi in prednosti skupnostnega pristopa.

Skupnostni pristop pomeni način dela, ko multidisciplinarne storitve približamo posamezniku, ki jih potrebuje (Švab, 2002), ob tem pa gre za medsektorsko sodelovanje različnih služb in skupin v lokalnem okolju, kjer človek živi ob osnovnem upoštevanju koristi za posameznika in skupnostne koristi. Skupnostni psihiatrični pristop pomeni način dela, ko psihiatrične zdravstvene storitve približamo osebi z duševno motnjo, ki te storitve potrebuje, saj jih običajno zaradi narave bolezni sam ne zmore poiskati. Gre za vzpostavitev sodelovanja med službami v lokalni okolici glede na potrebe pacienta z namenom celostne in kontinuirane obravnave v vseh dimenzijah njegovega zdravja. Tako se vzpostavlja višja stabilnost in kakovost življenja pacienta in zaradi kontinuiranega spremljanja pravočasna pomoč. Pomembno je tudi dobro sodelovanje s psihiatrično obravnavo na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Različni prispevki (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013) kažejo, da se potrebe oseb z duševno motnjo izražajo večinoma na področju osnovnih življenjskih aktivnosti, torej na področja zdravstvene nege in se po vsebini nanašajo na fizično ter psihosocialno funkcioniranje in kakovost življenja v ožjem domačem in širšem okolju

posameznika. Strokovno najboljši in najracionalnejši izhod za pacienta se zgodi (Skela Savić, 2007) kadar strokovnjaki delajo povezano in tesno sodelujoče, se po tej poti učijo in pridobivajo izkustva, so vključeni v skupno klinično presojo posameznikovih problemov in so na ta način visoko učinkoviti pri uresničevanju napredka v praksi.

Prispevek je namenjen predstavitvi posebnosti zdravstvene nege v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni in vlogi medicinske sestre kot nosilke področja s ciljem izpostaviti posebnosti populacije vključenih pacientov v skupnostno psihiatrično obravnavo za Posavje.

## Primarno – osnovno zdravstveno varstvo

Primarno zdravstveno varstvo izhaja iz deklaracije Svetovne zdravstvene organizacije, sprejete na njeni skupščini v Alma – Ati leta 1987, kjer so bila med drugim sprejeta tudi naslednja temeljna načela primarnega zdravstvenega varstva.

Kramar Zupan (2013) navaja, da primarno zdravstveno varstvo rešuje zdravstvene probleme posameznikov, družin in skupnosti ter se izvaja v lokalni skupnosti, kjer ljudje živijo in delajo. Ista avtorica izpostavi pomembno načelo enotnosti zdravstvenega varstva (integrirano reševanje zdravstvenih problemov s preventivnega, kurativnega in socialnega vidika), ki je mogoče le s pomočjo primarnega zdravstvenega varstva. Gledano širše pa je poudarjen tudi družbeni pomen primarnega zdravstvenega varstva, ki je v uresničevanju izenačevanja pravic oziroma v odpravljanju preprek pri uporabi ljudem približanega zdravstvenega varstva ter prispevku primarnega varstva k splošnemu razvoju skupnosti, spodbujanju izrabe lokalnih možnosti ter humanizaciji dela v medicini in zdravstvu.

V Sloveniji se na področju obravnav duševnih motenj soočamo s številnimi administrativnimi, sistemskimi in finančnimi ovirami. Kudless in White (2007) vidita prednosti zagotavljanja duševnega zdravja v lokalni skupnosti predvsem v deinstitucionalizaciji, destigmatizaciji, normalizaciji življenja v okviru kapacitet pacienta, v izvajanju storitev za tiste, ki jih najbolj potrebujejo in v spodbujanju dobrega duševnega zdravja prebivalstva.

Za kakovost življenja oseb z duševno motnjo v domačem okolju pa je pomembno tudi kakovostno povezovanje in kontinuiranost obravnav med vsemi tremi nivoji zdravstvenega varstva. Skela Savić (2007) navaja, da je ena večjih ovir pri postavitvi kontinuirane obravnave za pacienta na vseh nivojih zdravstvenega varstva široka diferenciacija dela. Vsaka poklicna skupina želi pokazati pomembnost svojega dela in svoje naloge obravnava kot edine pomembne.

## Skupnostna psihiatrična obravnavo na primarni ravni

Skupnostni pristop v splošnem razumemo kot medsektorsko sodelovanje institucij v lokalnem okolju za namen celostne obravnave osebe. Pomeni združevanje znanj in pristopov

različnih profilov strokovnjakov s skupnim ciljem integracije posameznika z duševno motnjo z vsemi njegovimi potrebami v ožje domače in širše socialno okolje. Zelo pomembno je tudi strokovno sodelovanje »po zdravstvenem sistemu navzgor«, torej med primarno – sekundarno – terciarno zdravstveno ravno, kadar bolnik to potrebuje (Marušič, 2003; Jerič & Švab, 2006).

Pojem skupnostne psihiatrične obravnave (SPO) obsega psihiatrično zdravljenje v skupnosti, ki se v večji meri izvaja na pacientovem domu. SPO zajema (Švab, 2012) obravnavo pacientov predvsem s hudimi duševnimi motnjami, ki odklanjajo ambulantno psihiatrično zdravljenje, so opustili zdravljenje, ali so bili v preteklosti večkrat suicidalno in hetero-agresivno ogroženi ter so bili večkrat sprejeti v psihiatrično bolnišnico. SPO sodeluje z ostalimi pomembnimi službami - centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami, ostalimi strokovnjaki in pomembnimi drugimi z namenom vzdrževanja in višanja kakovosti življenja pacienta.

#### Skupnostna psihiatrična obravnava za Posavje

Skupnostni psihiatrični tim sestavljajo: psihiatrinja, diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra – profesorica zdravstvene vzgoje, psihologinja in delovna terapevtka. Vsi profili imajo specialna znanja, pridobljena s področja skupnostne psihiatrične obravnave. Vsaka članica tima se vključuje v obravnavo pacienta po smernicah svoje stroke, celoten tim pa sledi skupnim terapevtskim ciljem, ki se jih definira glede na oceno stanja in potreb pacienta (Zdravstveni dom Sevnica, 2017).

Ključni za sodelovanje pri ugotovljenih potrebah, načrtovanju in izvajanje procesa obravnave je tudi regijski koordinator obravnave v skupnosti in posamezni socialni delavci lokalnih centrov za socialno delo, ki se vključujejo takrat, ko so izražene socialne potrebe bolnika.

SPO tim pokriva geografsko območje 75.000 tisoč prebivalcev in število v obravnavo vključenih oseb s hudo duševno motnjo (Zdravstveni dom Sevnica, 2017) se giblje med 80 – 100 pacientov. Najpogostejša diagnoza vključenih pacientov je paranoidna shizofrenija, sledijo ji neopredeljena neorganska psihoza, huda depresivna epizoda, neopredeljen demenca in blodnjava motnja. Večina obravnav vključenih pacientov temelji na obisku na domu. Proces dela in terapevtski razlogi narekujejo v manjšem deležu tudi obravnave pacientov v ustanovi in v drugih nevtralnih okoljih. Pomembna vsebina dela se opravi tudi z opravljanjem in sprejemanjem daljših telefonskih stikov in po e-pošti, z zbiranjem, zapisovanjem in vodenjem dokumentacije, z razširjenimi timi z zunanji sodelavci in svojci, dnevnim in tedenskim triažiranjem, vizitami tima in načrtovanjem dela za paciente. Struktura pacientov SPO na primarni ravni sestavlja: 63% pacientov, ki so od nekaj mesecev do več let ne-obravnavani in pacienti, kjer se prvič diagnosticira duševna motnja in 37% pacientov predlaganih v vodenje iz psihiatričnih ambulant in bolnišnic, ki so trenutno redno obravnavani, vendar se pričakujejo ali že izražajo težave v funkcioniranju in v osnovnih življenjskih aktivnostih.

Gouzaris (2003) je proučeval vpliv kontinuirane skupnostne psihiatrične obravnave in sklenil, da imajo osebe z dolgotrajajočo hudo duševno motnjo ob poslabšanju bolezni, če so bili predhodno obravnavani v skupnostni psihiatrični obravnavi, manj obsežna in krajša obdobja poslabšanja bolezni oz. krajše hospitalizacije.

Opis modela procesa obravnave pacienta skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni

Model procesa obravnave pacienta SPO na primarni ravni poteka (Zdravstveni dom Sevnica 2013 – 2017) po fazah vključitve, prvih in nadaljnjih obiskov, načrta obravnave, timskih vizit in evalviranja.

Vključitev pacienta v skupnostno psihiatrično obravnavo se lahko prične na naslednje načine:

- predlog iz zdravstvenih procesov, ki obravnavajo ali prihajajo v stik s pacientom,
- predlog s strani centrov za socialno delo, nevladnih organizacij, delovnega okolja pacienta, Zavoda za zaposlovanje,
- predlog s strani svojca, posameznika.

Na podlagi predloga predlagatelja se pripravi oceno stanja in odpre karton pacienta.

Na podlagi ocene stanja SPO tim na timski viziti sprejme odločitev o vključitvi pacienta. Ko tim sprejme odločitev o obravnavi pacienta, se planira prvi obisk tudi ter določi način prvega kontakta s pacientom. V primeru, da se pacienta ne vključi v obravnavo, se pacienta preusmeri v druge ustrezne službe.

Priprava pred prvo SPO obravnavo: Člana SPO tima pred SPO obravnavo pacienta pregledata njegovo zdravstveno in ostalo dokumentacijo. Pred načrtovano obravnavo se pacienta praviloma telefonsko ali pisno obvesti o terminu obiska. Ob prvem kontaktu pacient pisno ali ustno privoli v obravnavo.

Prvo in drugo SPO obravnavo na domu ali v drugi ustanovi vedno opravita dva člana SPO tima in skupaj s pacientom ocenita potrebe. Ocena potreb se izvaja na prvi oz. drugi obravnavi, ob poslabšanju psihofizičnega stanja in na 6 mesecev Med obravnavo člana SPO tima izvajata:

- oceno psihičnega, fizičnega, socialnega in ekonomskega stanja,
- nudita razbremenilni pogovor in podporo pacientu in svojcem,
- sodelujeta z drugimi zdravstvenimi in ostalimi službami,
- ocenita potrebe po psihiatrični in splošni zdravstveni obravnavi, zdravstveno negovalni in zdravstveno vzgojni, psihološki in delovno terapevtski obravnavi.

Po končani obravnavi se člana SPO tima s pacientom dogovorita o predvideni naslednji obravnavi. O tem se vodijo zapisi.

Nadaljnje SPO obravnave se opravljajo glede na potrebe in v dogovoru s pacientom.

Timska vizita: po opravljenem kontaktu s pacientom ali pridobljenih informacijah se poroča in preda vsebino obravnave in ugotovljene potrebe celotnemu SPO timu. Sledi skupna



odločitev vseh strokovnjakov tima in načrt o nadaljnjih SPO obravnavah pacienta. Na timski viziti se sprejemajo tudi odločitve o zaključkih obravnav.

V primeru potrebe po sodelovanju med različnimi zunanjimi multidisciplinarnimi službami in s posamezniki, se na timski viziti sprejme dogovor, na katere načine in na katerih področjih je potrebno sodelovanje, ki bo prispevalo k višji kakovosti življenja pacienta in funkcioniranju v njegovem okolju.

Individualni načrt obravnave vključuje različne aktivnosti in strukturo, ki jih opredelimo glede na oceno stanja in potreb ob upoštevanju kapacitet posameznika, družinskih in kulturoloških posebnosti, utečenih navad in podobno. Načrt vsebuje pomoč pri vključevanju v socialno mrežo (formalna, neformalna), zdravstveno vzgojo, razbremenilno suportivne pogovore, informiranje, svetovanje, skrb za vzpostavljanje čim višje kakovosti življenja v 14 življenjskih aktivnostih, vzpostavljanje sheme ustreznega jemanja medikamentozne terapije, aplikacije depo terapije, podporo, pomoč pri urejanju nastanitve, sodelovanje s pristojnimi strokovnimi službami v lokalni skupnosti (centri za socialno delo, izbrani zdravniki in psihiatri, zavod za zaposlovanje, zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, nevladne organizacije), prostovoljne organizacije (društva upokojencev, umetniška društva, krožki, cerkvene aktivnosti ...), sodelovanje s svojci (podpora, usmerjanje, pomoč), tekoče načrtovanje pomoči glede na aktualno problematiko.

Evalvacija poteka sproti med obravnavami in na vsakih 6 mesecev. Stalno poteka tudi prilagajanje načrta glede na potrebe in stanje pacienta.

### Vloga zdravstvene nege v psihiatriji v timu skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni

Zdravstvena nega v timu skupnostne psihiatrične obravnave je edini sistemski poseg, ki bistveno zmanjša število hospitalizacij, izboljša pacientovo sodelovanje in kakovost pacientovega življenja (Ferfolja, 2002; Avberšek, 2004; Švab & Jerič, 2009) in se nanaša na spremljanje psihofizičnega stanja pacienta, ugotavljanje aktualnih in potencialnih negovalnih problemov, spremljanje stopnje pacientove samostojnosti in neodvisnosti v temeljnih življenjskih aktivnostih, spremljanje in nadzorovanje jemanja medikamentozne terapije ter aplikacijo depo terapije. Medicinska sestra s področja psihiatrije pozna učinke in stranske učinke zdravil ter zvađa zdravstveno vzgojno delo in učenje zdravega življenjskega sloga pacientov, družine in pomembnih drugih. V timu prispeva dodatna znanja kot so ocena psihopatoloških znakov, svetovalno in podporno psihoterapevtsko delo, psiho edukacijo ter elemente vedenjsko kognitivnih ukrepov za reševanje problemov.

Pogosto pomeni, da je psihiatrična zdravstvena nega v skupnosti tudi proces sprejemanja nekritičnega vedenja bolnika v nekontroliranem in ne kliničnem okolju, Vedenje in napredek pacienta nista vedno premočrtna in v skladu s pričakovanji in zastavljenimi cilji.

Specifika psihiatrične zdravstvene nege v skupnosti se kaže predvsem v tem (Kudless & White, 2007), da se nenehno prilagaja pacientovim potrebam in je nujno kontinuirana.

### Medicinska sestra v skupnostni psihiatrični obravnavi na primarni ravni

Za pacienta, njegove bližnje in strokovne sodelavce drugih strok je medicinska sestra pogosto ključna strokovna vez (White & Hall 2006). Medicinske sestre so po raziskavah Whita in Halla (2006) najbolj primerne za ključne delavce, ker je metoda dela zelo podobna procesni metodi dela v zdravstveni negi. Sposobne so razviti terapevtski odnos, ki temelji na dinamični oceni stanja in potreb, saj pacienta vidijo na njegovem domu, v njegovi skupnosti. Tako dobro in lažje razumejo vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkcioniranja in izražanja življenjskih aktivnosti. Aktivnosti medicinske sestre v SPO razdelimo na:

- ocenjevanje stanja in potreb v pacientovem domačem okolju ter načrtovanje pomoči, ki jo pacient potrebuje in zmore na osnovi vsebine 14 življenjskih aktivnosti,
- spremljanje psihofizičnega stanja pacienta in ugotavljanje aktualne in potencialne negovalne problematike,
- spremljanje stopnje pacientove samostojnosti v temeljnih življenjskih aktivnostih,
- spremljanje, motivacija in spodbujanje pacienta pri jemanju predpisane medikamentozne terapije ter prepoznavanje učinkov in stranskih učinkov psihiatričnih zdravil,
- apliciranje depo terapijo,
- nudenje podpore in razbremenitve bolniku in njegovim pomembnim drugim;
- pripravljanje, vodenje dokumentacije,
- zdravstveno vzgojne aktivnosti in učenje zdravega življenjskega sloga pacienta in njegovih bližnjih,
- sodelovanje s koordinatorjem obravnave v skupnosti in socialnimi delavci, s strokovnimi osebami na zavodu za zaposlovanje in drugimi ustanovami, osebjem nevladnih organizacij, s svojci in pomembnimi drugimi;
- samostojno in v paru z drugim članom tima opravlja obiske na domu, kjer se lahko izrazi potreba po kriznih intervencijah in ukrepih in ob tem upošteva in izvaja deeskalacijske tehnike;
- priporoči, po potrebi organizira pregled pacienta pri izbranem zdravniku ali psihiatru ter predlaga sprejem v psihiatrično bolnišnico v nujnih primerih - takrat sodeluje z dežurno urgentno službo posameznih področij regije in z izbranimi osebnimi zdravniki;

Medicinska sestra vzdržuje model kontinuitete obravnav. Z ostalimi člani SPO tima sodeluje dnevno in tedensko na timskih vizitah, kjer predstavi svoja opažanja pri obravnavanih pacientih predstavi aktualno nastale probleme ter skupaj s timom prilagaja načrt nadaljnje obravnave. Pri tem upošteva značilnosti in utečene norme okolja, kjer oseba živi. Posameznega pacienta obišče glede na izražene potrebe večkrat tedensko, tedensko, dvakrat ali enkrat mesečno. Poleg zaupanja je potreben trden odnos med medicinsko sestro in pacientom in stalno opogumljanje za samooskrbo in razumevanje, saj ima pacient pogosto

težave z uvidom v lastno situacijo. V terapevtski odnos medicinska sestra in ostali člani tima vstopajo po načelih »PEST« (Amador, 2013):

- zrcalno poslušanje (kar v pogovoru s pacientom slišiš, odzrcali brez pripomb, brez obrambnega govora ali nasprotovanj),
- empatičnost (pomeni izraziti soobčutenje za blodnjavo prepričanja, za pacientovo željo, da bi dokazal, da ni bolan, za pacientovo željo, da bi se izognil zdravljenju),
- strinjanje (izpostaviti koristne plati, ki jih pacient zaznava, dogovoriti se za »strinjanje v ne-strinjanju«),
- tovarištvo (zastavljati dosegljive cilje, o katerih se s pacientom strinjamo, dogovorimo).

## DISKUSIJA

Predstavljen model skupnostne psihiatrične obravnave na primarni ravni in vloga, ki jo ima medicinska sestra v timu SPO kaže na značilnosti, ki se razlikujejo od standardne vloge medicinske sestre v zdravstvenem sistemu. Svoje aktivnosti v procesu obravnave izvaja kot ključna strokovna oseba, ki odgovarja na potrebe pacienta, njegovih bližnjih in skupnosti. Svoje delo načrtuje in izvaja kot članica multidisciplinarnega tima in se strokovno hierarhično enakovredno skupaj s timom odloča za nadaljnje korake, vodi, koordinira in sodeluje navzven v skupnost.

Medicinska sestra na področju psihiatrije in delovanja v skupnosti se drži načel psihosocialne rehabilitacije. Psihosocialna rehabilitacija je multidisciplinarno področje, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi duševnimi motnjami in je usmerjena k okrevanju in izboljšanju kakovosti življenja. Je usmerjena k družinam in bližnjim osebam. Njeno poslanstvo je povečati posameznikovo samostojnost v skladu z njegovimi potrebami in zmožnostmi (Švab & Jerič, 2004).

Sedlarjeva (2002) je v obsežnem članku razpravljala o konceptu in ciljih Svetovne zdravstvene organizacije na področju duševnega zdravja in bolezni za 21. stoletje. Med drugim navaja področje skupnostne skrbi, ki naj bi se v prihodnje morala razvijati kot protiutež velikim psihiatričnim institucijam. Skupnostna oskrba ima učinkovitejši izid in rezultira boljšo kakovost življenja posameznikov s kroničnimi duševnimi motnjami kot institucionalno zdravljenje. Premestitev bolnikov iz psihiatričnih bolnišnic v skupnostno oskrbo je finančno ugodnejša, omogoča spoštovanje človekovih pravic, zmanjšuje stigmo in omogoča zgodnejše intervencije. Premik k skupnostni oskrbi pa zahteva dostopnost zdravstvenih delavcev in rehabilitacijskih servisov na skupnostni ravni. Zdravstvena nega v psihiatriji je v zadnjih desetletjih razvila svoje strokovne pristope. Medicinske sestre so razvile dokumentacijo, uvedle procesno metodo dela, izdelale filozofijo, normative in standarde ter uvedle raziskovanje. Premik aktivnosti v skupnost, kjer je medicinska sestra dostopna in del skupnosti, je izziv za nadaljnji razvoj področja v Sloveniji in širitev programa v vse regije. Ocenjujem, da je pomembno dejstvo tudi, da vsi profili SPO tima uporabljamo isto dokumentacijo.

V skupnostni psihiatrični zdravstveni obravnavi nas čakajo še nekateri veliki izzivi. Predvsem vzpostaviti boljši sistem sodelovanja med različnimi strokovnjaki in managementom zdravstvenega sistema na različnih ravneh, ki bo rezultiral bolj kakovostno kontinuiranost obravnave bolnika. Pri tem je pomemben tako lasten osebnostni kot strokovni razvoj posameznih izvajalcev storitev ter refleksivna sposobnost. Po Trampuževi (2016) refleksivna sposobnost strokovnjaku pomaga, da prevzame odgovornost za moč, ki jo ima zaradi pozicije in znanja in jo v terapevtskem odnosu uporabi, da krepí moč pacienta in družine.

## ZAKLJUČEK

Vstopanje v domače okolje in osebni prostor, ki ni kontrolirano klinično okolje ni preprosto in zahteva specialna znanja, izkušnje in upoštevanje deeskalacijskih tehnik. Pomembna pozornost pri delu tima SPO in medicinske sestre, ki je vključena v delo polni delovni čas, je tudi stalna skrb za lastno varnost. Razmere, v katerih živijo pacienti so pogosto blizu socialnega dna in rizične za ohranjanje psihofizičnega in socialnega zdravja. Vključevanje v širši socialni svet izven naslova bivanja ovira geografska raznolikost, pomanjkanje sredstev, psihopatologija pacientov, majhna mreža in nedostopnost nevladnih organizacij globlje v lokalna okolja ter drugih rehabilitacijskih služb. Kot spodbudne pozitivne rezultate dela SPO Posavje beležimo daljša obdobja med eno in drugo hospitalizacijo pacienta v psihiatrični ustanovi, intenzivno spremljanje in zdravljenje ob poslabšanju v domačem okolju in ob tem višjo kakovost življenja pacientov. Prednost in strokovna vrednota dela celotnega tima SPO je skrb za visoko kulturo medosebnih odnosov, zaupanje in spoštovanje do posameznih strok sodelavcev multidisciplinarnega tima SPO, kar vzdržujejo tudi redne intervizije in supervizije članov tima. Na pogosto zastavljeno vprašanje v strokovnih psihiatričnih krogih, ki se glasi: »Zakaj potrebujemo storitve na področju duševnega zdravja v skupnosti?« sem želela s prispevkom odgovoriti in predstaviti, da obstajajo številna teoretična in praktična izhodišča, ki ugotavljajo koristi in prednosti.

Temeljna prednost dela medicinske sestre je, da pacienta vidi na njegovem domu, v njegovi skupnosti, kjer je potrebno, da zaživi. Tako dobro in lažje razume vlogo in kapacitete pacienta v kontekstu funkcioniranja in izražanja življenjskih aktivnosti.

## Literatura

Amador, X., 2013. *Nisem bolan, ne potrebujem pomoči!*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.

Avberšek, S., 2004. Vloga patronažne medicinske sestre pri rehabilitaciji psihiatričnega bolnika. In: Švab, V., ur. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 60–64.

Ferfolja, A., 2002. *Vključevanje zdravstvene nege v skupnostno skrb za področje duševnega zdravja na Primorskem*: diplomsko delo Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Gouzaris, A., Mougiakos, T., Ploumpidis, D. & Bethani, E., 2003. Prediktors of treatment discontinuity in outpatient community mental health care. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(Suppl 1), pp. S70.

Kramar Zupan, M., 2013. Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu. In: uredniki, eds. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso: zbornik prispevkov*. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto, pp. 179.

Kudless, M.W. & White, J.H., 2007. Competencies and roles of community mental health nurses. *Journal of Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 45(5) pp. 36–44.

Marušič, A., 2003. Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. In: Romih, J. & Žmitek, A., eds. *Meje psihiatrije*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 45–50.

McCulloch, G.F., & Boxter, J., 1997. *Mental health promotion: policy, practice and partnerships*. London: Bailliere Tindall, pp. 67–70.

Sedlar, T., 2002. Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, pp. 143–151.

Skela Savič, B., 2007. Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, pp. 3–11.

Škerbinek, L., 1998. Pasti psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 23, pp. 181–183.

Švab, V., 2004. Raziskave na področju PSR. In: Švab, V., et al., eds. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 25–31.

Švab, V., 2012. *Skupnostna psihiatrija*. Available at: [http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/word/strokovni\\_članki\\_razni/Skupnostna\\_psihiatrija\\_Vesna\\_Svab.pdf](http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/strokovni_članki_razni/Skupnostna_psihiatrija_Vesna_Svab.pdf), pp. 4.

Švab, V., & Jerič, A., 2009. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. In: Pregelj, P., et al., eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 458–462.

Trampuž, D., 2016. Aktualna strokovna informacija (»state of art«) o sistemski teoriji in praksi v povezavi s temeljnimi koncepti psihoterapije. In: Trampuž, D., et al., eds. *Sistemska družinska terapija: lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja*. Ljubljana: Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo in Medicinska fakulteta, pp.23.

White, P., Hall, M., 2006. *Mapping the literature of case management nursing*. *Journal of Medicine Library Association*, 94 (2), pp. 99–106.

Zdravstveni dom Sevnica, 2014. *Služba skupnostne psihiatrije: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.

Zdravstveni dom Sevnica, 2017. *Služba skupnostne psihiatrije – ISO STANDARD 2017: interno gradivo*. Sevnica: Zdravstveni dom Sevnica.

## ODVISNOST JE ZDRAVLJIVA BOLEZEN MOŽGANOV

### ADDICTION IS A CURABLE BRAIN DISEASE

Damjana Zatković, dipl. m. s., strok. sod.

Špela Kink, dipl. m. s.

Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

damjana.zatkovic@psih-klinika.si

#### IZVLEČEK

V prispevku bo predstavljena odvisnost od dovoljenih psihoaktivnih substanc, ki je z svojimi značilnostmi močno vpeta v našo družbo, posameznika in družino. Ko govorimo o bolezni odvisnosti od psihoaktivnih substanc je pomembno vedeti, da običajno dolgo ni prepoznana in posledično težko dostopna za zdravljenje. Slovenija velja za »mokro deželo« to pomeni, da se nad alkoholom navdušuje in ga veliko porabi. Odnos družbe do posameznikov, ki so odvisni je lahko pretirano toleranten, lahko pa posameznike, ki so odvisni in tiste, ki so se zdravili zaradi odvisnosti močno stigmatizira. Zadnji podatki sledijo večjemu porastu uporabe alkohola in ostalih psihoaktivnih substanc med mladimi do petnajstega leta starosti, vsaj 10 % odrasle populacije pa uživa alkohol na tvegan način. Odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc je kronična bolezen, ki prizadene posameznika in njegove bližnje. Odločitev posameznika za spremembo v življenju je dolgotrajen proces, ki se najpogosteje zgodi ob dovolj močnem bolezenskem pritisku. Bolezenski pritisk lahko pomeni izgubo zdravja, družine, partnerstva, službe. Zanikanje problema in dokazovanje posameznikov, da niso bolni in ne potrebujejo zdravljenja, je ena izmed najznačilnejših karakteristik odvisnosti, ki v okolici pogosto povzroča veliko zamer in jeze. Nova spoznanja stroke govorijo o nevrobioloških spremembah v možganih, ki ovržejo pogosta stereotipna prepričanja družbe, da je »vse v naših glavah« (zgolj v psihološkem smislu). Možgani posameznikov, ki so odvisni, so bolezensko spremenjeni na način, da so ves čas na preži, kdaj bo alkohol ali druga psihoaktivna substanca ponovno na voljo, obenem pa je okvarjena njihova sposobnost presoje in samoobvladovanja. Na pragu odločitve za spremembo se posamezniki srečujejo z močnimi občutki krivde in sramu, ki še dodatno vzdržujejo odvisniško vedenje. Pri nudenju pomoči se je zato namesto moralizirajočega pristopa in konfrontacije kot bolj učinkovit izkazal motivacijski pristop. Le ta je bil v svoji osnovi specifično namenjen obravnavi oseb odvisnih od alkohola, ter se kasneje izkazal kot uporabna strategija za obravnavo tudi ostalih kroničnih obolenj.

**Gljučne besede:** nevrobiologija, motivacija, stigma

## ABSTRACT

Addiction to legal psychoactive substances is presented in this article, the addiction which is with its features strongly involved into our society, individual and family. When talking about the disease of addiction to psychoactive substances, it is important to know that it usually remains undetected for a long time and it is consequently hard to approach with the treatment. Slovenia is considered to be a "wet country" meaning that it is rather enthusiastic about alcohol and the same one is consumed largely. Social relationship towards the addicts can be over-tolerant, it can also stigmatize the addicts and those who have already been treated. Recent data show higher increase of alcohol use and other psychoactive substances among the youth until 15 years of age, and at least 10% of the adults use alcohol in a risky way. The alcohol addiction and the addiction to psychoactive substances is a chronic disease affecting an individual and the significant ones. An addict's decision for a life change is a long-lasting process which happens most often by enough of disease pressure. The disease pressure can mean loss of health, family, partner, job, etc. Problem negation tactics and proving of addicts, not to be ill and not to need treatment, are some of the most significant features of addiction, which in turn causes a lot of resentment and anger in an addict's environment. New professional findings talk about the neurobiological changes in the brain, which refutes common stereotypical social belief claiming "everything is in our head" (merely in psychological meaning of the words). The brains of the addicts are changed by the disease in a way that they are stand-by all the time, whether or not alcohol or some other psychoactive substances is going to be available; at the same time they have damaged ability to assess and control themselves. On the threshold of the decision to change, the addicts face up strong feelings of guilt and shame, which in turn fuel addictive behaviour. Offering help by motivational approach turned out to be more effective than moralistic approach and confrontation. The motivational approach was in its core specifically intended to treat alcohol addicts, and later on it has been proven as efficient strategy to treat other chronic illnesses.

**Keywords:** neurobiology, motivation, stigma

## UVOD

Raba psihoaktivnih substanc (PAS) vpliva na spremembo stanja človekove duševnosti, spremeni se predvsem razpoloženje, zaznavanje in vedenje, sega pa že v davnino človeškega obstoja (Rus Makovec, 2014b). Področje odvisnosti od dovoljenih PAS, kjer prevladuje alkohol in je droga naše kulture je močno vpeto v mrežo naših odnosov, stališč, vrednot, izkušenj in predstavljajo paleto naših osebnih prepričanj, ki pogosto prevladujejo nad strokovnim pristopom.

Odvisnost od dovoljenih PAS pomeni hkrati spremenjeno nevrobiologijo in neprilagojeno vedenje. V svetu se uvršča med najpomembnejše dejavnike tveganja za obolevnost, zmanjšano delovno zmožnost, invalidnost in umrljivost (Nacionalni inštitut za javno zdravje,

2016). Povzročča fizične, psihične in socialne posledice, ob tem pa osebe z odvisnostjo od PAS tako na družbeni ravni, kot na področju duševnih motenj predstavljajo eno najbolj stigmatiziranih skupin (Schomerus, et al., 2011). V splošnem pa gre še posebno pri odvisnosti od dovoljenih PAS za zelo heterogeno motnjo, ki se lahko kaže kot blago izražena, kot srednje ali zelo močno izražena motnja in je heterogena tako v prezentaciji, v poteku in etiologiji (Rus Makovec, 2014a). Podatki kliničnih raziskav kažejo, da je zdravljenje odvisnosti učinkovito, saj je dvanajst mesecev po intenzivnem zdravljenju 40 do 60 % pacientov še vedno treznih, 15 do 30 % pa uporablja manjše količine PAS, zmanjša se socialna problematika in izboljša osebno zdravje. Čas razvoja in zdravljenja odvisnosti se meri v mesecih in letih (Rus Makovec, 2014b). V procesu zdravljenja je namen doseči stabilno abstinenco, ki v nadaljevanju omogoča, da posameznik naredi spremembo na področju čustvovanja, mišljenja in vedenja v smislu večje funkcionalnosti na biološki, psihološki in odnosni ravni.

Namen prispevka je strokovno javnost seznaniti kakšna je povezava med možgani in odvisnostjo, motivacijskimi pristopi, ki so bistveni, da se odvisni od PAS odloči za spremembo vedenja in stigmo, ki je ena od ključnih ovir za zdravljenje. Cilj je spodbuditi razmišljanje zdravstvenih delavcev k oblikovanju manj osebnega in bolj strokovnega pristopa pri obravnavi oseb odvisnih od PAS, ki so pogost uporabnik zdravstvenih storitev, zaradi bolezenskih stanj in poškodb, ki nastanejo kot posledica odvisnosti.

## Nevrobiološki vzroki odvisnosti

Nihče ne prične PAS uživati za to, da bi postal odvisen. Le manjšina je takšnih, ki jih uživa PAS zgolj za zabavo, večina pa jih je pričela uživati, ker pričakujejo, da bodo ugodno vplivale na njihovo neprijetno razpoloženje. Ključno vprašanje je, kaj se dogaja v možganih, da pride do odvisnosti?

Zavestno vedenje ljudi in živali je usmerjeno tako, da se izogiba neugodju in želi ponavljati vedenje, ki mu nudi ugodje. Ugodje, čustva in nezavedno se oblikujejo v osrednjem, limbičnem predelu možganov. Pri odvisnosti tako gre za nezaveden proces, saj se razvija v predelu možganov, kjer ni zavestnih duševnih funkcij. Nevroznanost je z raziskavami na področju kemijskih prenašalcev informacij, genetike in kliničnimi izkušnjami pomagala bolj razjasniti zakaj pri odvisnosti ne gre za »slab značaj« človeka (Rus Makovec, 2014b)

Zaradi dolgo časa trajajočega vnašanja PAS v telo so se povezave med različnimi predeli možganov spremenile. Del teh sprememb se je zgodil v osrednjem živčnem sistemu, na nivoju prenašalcev informacij med živčnimi celicami. Med najpomembnejše nevrottransmitterje (kemična snov, ki jo proizvajajo in sproščajo nevroni) uvrščamo dopamin, ki je najbolj odgovoren za razvoj odvisnosti. Naravno ga je v možganih malo ima pa mogočne učinke. Vpliva na nagrajevalni sistem v možganih, motivacijo in pri razvoju dražljajev iz okolja. Vnos PAS v telo hitreje in močneje stimulirajo sproščanje dopamina, kot naravni ojačevalci (hrana, spolnost,...). Naravno se mora človek za doseg ugodja precej potruditi in



možgani se evolucijsko niso razvili na način, da bi se dolgotrajno in intenzivno sproščale velike količine dopamina. V možganskem jedru (amygdala) se vsak dražljaj preveri, tudi dražljaj za ugodje. Pri ponavljajočem uživanju PAS si amygdala zelo dobro zapomni, kaj prinese ugodje. V možganih se tako oblikuje zelo velika pozornost na dražljaje, ki so povezani z PAS (npr. vonj po alkoholu, tesnoba, ki ji sledi uživanje PAS, intenzivno zaznavanje, kje se nahaja npr. alkohol v trgovini,...). Možgani so tako ves čas na preži za dražljaji, ki jih posameznik zazna kot intenzivno hlepenje/želja po izbrani PAS. (Židanik & Čebašek-Travnik, 2003; Rus Makovec, 2014b).

Drugi del sprememb pri odvisnosti se zgodi v predelu prefrontalnega (čelnega) režnja možganov, ki je odgovoren za zmožnost samoobvladovanja. Pri odvisnosti je tako imenovana zavora, ki jo izvaja čelni režnj okvarjena. Človek, ki je zasvojen ima lahko dober namen, da se odpove uživanju PAS, vendar ga nek že znan dražljaj premami. (Rus Makovec, 2014b, 2016).

Raziskave na področju genetike so pokazale, da ljudje nismo enako občutljivi za razvoj odvisnosti. Dedujemo nagnjenost, ne pa odvisnosti same. Vendar pa genetika hkrati z vplivi okolja prispeva 40 do 60 % ranljivosti za odvisnost. Ob tem je potrebno poudariti, da so posebej občutljiva skupina mladostniki, saj zgodnja raba PAS napoveduje večjo verjetnost težav v odrasli dobi. Ta občutljivost se nanaša na strukturni razvoj možganov, odnosno prefrontalnega režnja, ki dozori najkasneje in je kot smo že omenili bistvenega pomena za ustrezno odločanje in vedenje (Rus Makovec, 2014b).

Zaradi nevrobioloških sprememb v možganih postane problematično tudi vedenje zasvojenega človeka. Spremeni se njihovo čustvovanje, vedno več časa porabijo za uživanje PAS, okrevanje po uživanju, ničesar več jih ne zanima, zanemarjajo tudi življenjsko pomembne obveznosti.

Nevroadaptacija ima pomembno vlogo tako pri razvoju odvisnosti, kot tudi pri zdravljenju. Pomeni sposobnost, da se možgani prilagodijo novo nastali situaciji. Torej pri razvoju odvisnosti so možgani prilagodijo tako, da se ob dolgotrajni izpostavljenosti PAS zvišuje toleranca. To pomeni, da človek za isti učinek potrebuje višji odmerek snovi. Za odvisne je tako značilna zmanjšana zmožnost za doživljanje ugodja ob naravnih nagrajevalcih, kar je pomembno vedeti, ko posameznik vzpostavi abstinenco in je lahko še daljše obdobje potrta in slabo razpoložen (Rus Makovec, 2014b).

Tako kot se zaradi nevroplastičnosti možganska nevrobiologija okvari, se iz istega razloga lahko tudi popravi, seveda ob popolni prekinitvi uživanja PAS. Za vzpostavitev novih, bolj stabilnih in avtomatiziranih povezav v možganih je potrebno določeno vedenje velikokrat ponoviti. Pri tem pomaga čustveno spodbudno okolje z pozitivnimi vplivi, psihoterapija, telesna aktivnost, zdravlila in učenje. Vsaj tri leta so potrebna za oblikovanje stabilne trezne spremembe (Rus Makovec, 2014b). Pomeni, da je tudi po končanem intenzivnem zdravljenju izjemnega pomena nadaljnja podpora terapija, v obliki različnih programov.

## Stigma

Tudi z vključitvijo v zdravljenje se stigma običajno ne zmanjša, temveč se okrepi. Saj vstop v zdravljenje pomeni potrditev, da oseba pripada stigmatizirani skupini. Podeljena stigmatizacija pa ovira, včasih preprečuje zdravljenje tako pacientu, kot njihovim svojcem, ter tudi zdravstvenemu/terapevtskemu osebju. Pri pacientih in svojcih pa je vnešen dodaten nemir, stres in strah zaradi prikrivanja. Stigmatizacija povzroča ohromelost in onemogoča, oziroma daje manjše možnosti odvisnemu, da sprejme zdravljenje, ki bi mu v nadaljevanju omogočalo možnost ponovnega prevzemanja življenjskih vlog in posledične samoaktualizacije. Zanimiv paradoks je, da abstinenca, ki jo vzpostavi pacient pridobi naravo stigme, namesto odobravanje (Rus Makovec, 2013).

## Motivacija

Bolezen odvisnosti je bolezen možganov, prav tako pa tudi bolezen motivacije. Miselnost, da je »vse v glavi« in da se odvisni človek lahko spremeni, če si to le dovolj močno želi, danes z upoštevanjem nevrobiologije odvisnosti ne vzdrži več.

Ljudje se glede na stopnjo motiviranosti za spremembe, ki naj bi jih naredili v življenju razlikujejo. Prochaska in DiClemente sta leta 1992 osnovala transteoretični model spreminjanja vedenja, skozi katerega se posamezniki premikajo skozi različne stopnje. Vsaka stopnja ima svoje značilnosti, ki jih je potrebno upoštevati v obravnavi posameznikov (Boben-Bardutzky, 2004). Tako se tudi težnja po spremembi vedenja spreminja skozi faze. Ko delamo z odvisnimi ljudmi, je pomembno prepoznati na kateri stopnji se oseba nahaja oz. v kateri fazi pripravljenosti za spremembo je posameznik, da jim lahko pomagamo z ustreznimi motivacijskimi postopki.

Koncept motivacijskega intervjuja (MI), ki predstavlja osnovo vseh motivacijskih postopkov, je s pomočjo izkušenj s problematičnimi pivci prvi opisal Miller, kasneje pa sta jih skupaj z Rollnickom izpopolnila in izoblikovala kot bolj natančen opis kliničnih postopkov MI (Rollnick & Miller, 1995 cited in Boben- Bardutzky, 2004).

Prva stopnja spreminjanja vedenja je prekontemplacija; na tej stopnji ljudje še ne razmišljajo o spremembi vedenja, saj jim samo uživanje PAS prinaša še vedno več ugodja kot neugodja. Na tej stopnji ljudje, ki imajo težave z uživanjem PAS, probleme večinoma zanikajo, se o njih tudi ne želijo pogovarjati, ne iščejo informacij o tem, kako bi si pomagali in tudi ne razmišljajo o posledicah škodljivega vedenja. Ljudje v tej fazi morda sploh še niso razmišljali o svoji situaciji ali pa so že vse premislili in so se odločili, da se ne bodo spremenili. V preteklosti so ljudi v tej fazi pogosto opisovali kot nemotivirane, v odporih. Pogosto se je razmišljalo, da mora odvisni človek »doseči dno«, da se bo lahko začel spreminjati, kar predstavlja zelo pasivno držo v nudenju pomoči odvisnemu (Rus Makovec, 2014b).

Druga stopnja je kontemplacija; v tej fazi ljudje že začnejo razmišljati o svojih problemih, saj so doživeli bolezenski pritisk. Za spremembo se še ne morejo odločiti, razmišljajo pa o škodi in koristi njihovega vedenja, kar sproži v njih ambivalenco. Ambivalenca v njih povzroči občutke zmedenosti in občutek pritiska med dvema opcijama. Odvisna oseba v tej fazi potrebuje nevtralnno obravnavo ambivalentnosti in občutek sprejetosti. Ob tem ko človek začne razmišljati, da nekaj ni v redu in da bo nekaj potrebno spremeniti, začne naraščati tudi zavedanje o težavnosti opuščanja določenega vedenja. Razmišljanje da človek, ki »samo govori, da bo nekaj spremenil, tega nikoli ne naredi«, je tako z upoštevanjem značilnosti te faze zmotno.

Tretja stopnja je priprava; v tej fazi so razlogi za spremembo premagali razloge za nespremembo. V tej fazi ljudje načrtujejo spremembo vedenja, gre za odločitev za spremembo. Pri odvisnih ljudeh to konkretno pomeni, da so se posvetovali s strokovnjaki, da so si pridobili informacije, kupili knjige o odvisnosti, ali da so začeli hoditi na skupine. Ljudje na tej stopnji preiščujejo kako bi prekinili staro vedenje in začeli z novim, bolj konstruktivnim vedenjem.

Četrta stopnja je akcija; je faza, v kateri ljudje dejansko začnejo spreminjati svoje vedenje in preizkušajo nove oblike vedenja. Gre za obdobje 6 mesecev, ko so ljudje napravili jasne spremembe življenjskega stila.

Peta stopnja je vzdrževanje; na tej stopnji ljudje spreminjajo način življenja z namenom vzdrževanja spremembe. Za odvisnega človeka je v tej fazi manjše tveganje za recidiv. Prav tako se pri odvisnem človeku v tem obdobju krepi samozaupanje, da je zmožen ostati trezen. V tej fazi je pogost razlog za recidiv lahko ravno nepripravljenost na premagovanje naporov pri vzdrževanju in vztrajanju v abstinenci.

Šesta faza je zaključna faza; v tej fazi ljudje ne čutijo več skušnjave in imajo polno zaupanje vase. Prav tako lahko z novimi strategijami obvladujejo tudi občutke neugodja ali druga negativna razpoloženska stanja (Rus Makovec, 2014c).

## Motivacijski intervju

Motivacijski intervju je direktiven, na posameznika osredotočen svetovalni slog, ki ima namen spodbuditi spremembo vedenja, tako da pomaga pacientu raziskati in razrešiti njegovo ambivalenco (Miller, 1999 cited in Boben- Bardutzky, 2004).

Bolj kot same tehnike MI pri motiviranju zasvojenega človeka k spremembi, pa je pomembna sprememba v filozofiji pristopa k odvisnemu človeku.

V preteklosti je zdravljenje odvisnosti bilo pogosto razumljeno predvsem v smislu siljenja in prepričevanja odvisne osebe v določeno smer spremembe in ne toliko v »proaktivni drži«, ki jo zagovarja MI. V preteklosti se je odvisne osebe pogosto poskušalo motivirati s pretrdo

konfrontacijo, ki pa je samo jačala odpore. Seveda je pri delu s odvisnimi oseba potrebna tudi konfrontacija, ki pomeni soočanje pacienta s realiteto, vendar pa to vsekakor ni moraliziranje, jeza ali »kreganje« s pacientom (Rus Makovec, 2014c).

Direktivnost, kot jo moramo razumeti pri MI, pomeni usmerjanje aktivnosti v spremembo, vendar z upoštevanjem pacientovih virov moči. Sprememba mora biti ravno dovolj velika, ne premajhna, da je nihče ne opazi in ne prevelika, da ne vzbudi preveč odporov.

Motivacijski intervju sloni na empatiji, ki ne pomeni potuhe pacientu, ampak predstavlja sposobnost razumevanja pacientovega načina čustvovanja. MI prav tako pomaga pacientu razumeti razliko med njegovim vedenjem in njegovimi morda že globoko zakritimi vrednotami. Pristop MI izhaja iz predpostavke, da odločitev za spremembo sprejemajo ljudje, saj so njihova avtonomna izbira, terapevti pa naj bi jih spoštovali (Rus Makovec, 2014c).

## DISKUSIJA

Zanimivo je, da, ko človek zboli si želi, da se pozdravi, običajno si poišče pomoč in je pripravljen na vse potrebne intervencije, za povrnitev zdravja. Pri odvisnosti pa žal ni tako. Ljudje z boleznijo odvisnosti se zelo trudijo, da bi dokazali, da nimajo težav in ne potrebujejo zdravljenja. Ob tem pa bolezen zavzema vedno večji delež v življenju odvisne osebe in postane temeljna značilnost življenjskega sloga. Posledice odvisnosti od dovoljenih PAS se kažejo na ravni posameznika, družine, okolice in družbe. Izsledki nevrobioloških raziskav so pokazali, da na sam začetek uživanja PAS bolj vplivajo psihosocialni dejavniki, na način, če sploh, bo človek vztrajal pri uživanju PAS pa ima pomembnejši vpliv genetika (Rus Makovec, 2014b). Raziskave so tudi pokazale, da človek poišče pomoč približno po devetih letih od nastanka bolezni (Radovanović, 2016). Za začetek bolezni s svojimi zakonitostmi se šteje čas, ko se v možganih zgodijo spremembe, ki spremenijo odzive na PAS. Ljudje običajno pri sebi prepoznajo spremembe, vendar se do trenutka, ko so pripravljeni sprejeti pomoč zgodi še marsikaj. Na tem mestu imamo pomembno vlogo zdravstveni delavci na vseh nivojih zdravstvenega varstva, ki lahko z ustreznim poznavanjem zakonitosti in razvoja bolezni odvisnosti pripomoremo k zgodnjemu prepoznavanju, ter motivaciji za spremembe, ki vključujejo različne oblike pomoči. Vendar ima pri tem še vedno ključno vlogo stigma. Različne študije, ki so bile narejene v povezavi s stigmatizacijo so pokazale, da so ljudje s psihičnimi motnjami veliko bolj stigmatizirani od ljudi s telesnimi boleznimi, kot najbolj stigmatizirani pa so ljudje z odvisnostjo od alkohola. Saj jih tako laična, kot zaskrbljujoče tudi strokovna javnost (zdravstveni delavci) doživlja kot povsem odgovorne za svoje stanje, nevarne, se jih bojijo in ob njih doživljajo občutke jeze (Židanik, et al., 2007; Kobentar & Avguštin, 2008; Kuklec, 2010).

Pri pacientu v različnih fazah zdravljenja se poišče najbolj učinkovito kombinacijo psiholoških, socialnih in farmakoloških ukrepov. Ker se bolezen kaže na različnih ravneh človekovega

delovanja so v obravnavo vključeni strokovnjaki različnih poklicev z znanjem, ki jim omogoča psihoterapevtsko in socioterapevtsko delo s pacienti (Rus Makovec, 2004).

Pri motiviranju odvisnih za spremembo je pomemben odnos terapevtov do določenih pacientovih težav, potrebno je identificirati tudi lastna prepričanja o tem kako naj bi se ljudje spreminjali. Če ljudje, ki delajo z odvisnimi tega ne zmorejo oz. ne ozavešajo, potem so v odnosu do pacienta lahko nepotrpežljivi, preveč zahtevni ali preveč zaščitniški.

## ZAKLJUČEK

Odvisnost od dovoljenih PAS je v slovenskem prostoru velik problem, ki ne dovoljuje več »zatiskanja oči«. Razumevanje, prepoznavanje bolezni odvisnosti, ter spoštljiv odnos zdravstvenih delavcev, lahko bistveno pripomore k zmanjšanju stigmatizacije odvisnih. Upanje je tisto, ki je pogosta vstopnica pri odločitvi za zdravljenje. Zaradi narave odvisnosti, ki je bila v prispevku predstavljena, odvisni potrebuje veliko spodbud, podpore, informacij, ki jih zdravstveni delavec, če je ustrezno usposobljen in profesionalen lahko tudi poda. Na ta način lahko pomembno vpliva na pozitiven končni izid zdravljenja.

## Literatura

Boben – Bardutzky, D., 2004. Motivacija in motivacijski postopki v obravnavi odvisnosti od alkohola. In: Čebašek – Travnik, Z. & Rus Makovec, M., eds. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola. Učbenik in smernice za delo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 53–60.

Kobentar, R., Avguštin B., 2008. *Kristalni paravan med družbo in samoto: stigma z vidika laične populacije*. Available at: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres\\_zbn\\_7/pdf/142F.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/142F.pdf) [2.7.2017].

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3), pp. 195–201.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Alkoholna politika v Sloveniji. Priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 9.

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C., 2011. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol Alcohol*, 46(2), pp. 105–112.

Radovanović, M., 2016. Vodič po zdravljenju odvisnosti od alkohola in tablet. In: Rus Makovec, M. & Radovanović, M. eds. *Katero zdravljenje je najbolj primerno za vas*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 26–27.

Rus Makovec, M., 2004. Psihoterapija v procesu zdravljenja odvisnosti od alkohola. In: Čebašek-Travnik, Z. & Rus Makovec, M. eds. *Osnove zdravljenja odvisnosti od alkohola. Učbenik in smernice za delo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 61.

Rus Makovec, M., 2013. Informacije glede nevrobiologije in psihosocialnih kontekstov v zvezi s sindromom odvisnosti od alkohola pomagajo v vsakdanji klinični praksi. In: Klemenc-Ketiš, Z., Drešček, M. eds. *Bolečina in vrtoglavica, sistemsko protivnetno zdravljenje s fitoterapijo, aktualnosti – depresija & ED & BHP, okužbe s pnevmokoki, alkoholizem, BHP, sodelovanje s farmacevti, Ažmanov simpozij, praktične veščine. XIII Kokaljevi dnevi: zbornik predavanj*, Laško 19. in 20. april 2013. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 79–87.

Rus Makovec, M., 2014a. Pogosta vprašanja in odgovori glede odvisnosti: Ali se odvisnost res kaže na različne načine? In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I. & Radovanović, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti. eBesede*. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 23.

Rus Makovec, M., 2014b. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Ali je odvisnost res bolezen? - Je, in to ozdravljiva bolezen možganov. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I. & Radovanović, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti. eBesede*. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 228–241.

Rus Makovec, M., 2014c. Paket znanja: Sodobna dognanja stroke: Kako motivirati odvisne ljudi, ki nimajo upanja, da se lahko spremenijo. In: Furman Bajc, V., Gorše Goli, A., Pišl, A., Purnat, Z., Otorepec, I. & Radovanović, M., et al. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti. eBesede*. Ljubljana: Knjižna zbirka Terapevt, pp. 242–272.

Rus Makovec, M., 2016. Vodič po zdravljenju odvisnosti od alkohola in tablet. In: Rus Makovec, M. & Radovanović, M. eds. *Odvisnost je nenavadna bolezen*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 10.

Rus Makovec, M., 2016a. Vodič po zdravljenju odvisnosti od alkohola in tablet. In: Rus Makovec, M. & Radovanović, M., eds. *Kaj je koristno vedeti o možganih in odvisnosti*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 11 – 13.

Židanik, M., Čebašek-Travnik, Z., 2003. *Sindrom odvisnosti od alkohola. Priročnik za strokovnjake, ki se ukvarjajo z osebami z odvisnostjo, in vse druge bralce, ki jih zanimajo posledice škodljivega uživanja alkohola*. Maribor: Dispanzer za zdravljenje alkoholizma in drugih odvisnosti, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, pp. 18–19.

Židanik, M., Pastirk, S., Mrzleka-Svetel, D., 2007. Socialne predstave o alkoholikih. *Zdravniški Vestnik*, 76, pp. 11–17.

## OTROK IN UREJANJE ALKOHOLIZMA PRI ZASVOJENEM STARŠU

### CHILDREN AND ALCOHOLIC PARENTS IN RECOVERY

Nataša Kopač, dipl. m. s., univ.dipl. soc. del.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za zdravljenje odvisnosti od alkohola

Barbara Marcina, dipl. m. s.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za prolongirano terapijo

natasa.kopac@psih-klinika.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Zaradi velike razširjenosti zasvojenosti z alkoholom in različnih načinov obravnave problema je raziskava namenjena prepoznavanju dejstva ali vključitev v proces okrevanja staršev, ki so zasvojeni z alkoholom, vodi do sprememb v celotnem družinskem sistemu in posebej pri otrocih ter kakšne so morebitne spremembe na različnih področjih kot so: komunikacija, zaupnost, rituali, vloge v družini, socialni stiki, šolanje, prijateljstvo, partnerstvo. **Metode:** Raziskava je kvalitativna. Empirično gradivo je pridobljeno z metodo spraševanja. Merski instrument je vnaprej pripravljen vprašalnik odprtega tipa s podvprašanji. Populacijo predstavljajo otroci, ki so odraščali s staršem zasvojenim z alkoholom, ki je vključen v eno od skupin za pomoč pri vzdrževanju abstinence. Vzorec je priročen in neslučajnostni in je zajel 6 oseb starih med 17 in 29 let. Njihovi starši abstininirajo od 1 do 14 let. Pridobljeni podatki so obdelani z metodo odprtega kodiranja. **Rezultati:** Z analizo je bilo prepoznanih 16 kategorij, od katerih problem najbolj pojasnjuje 5 kategorij. To so pogovor o alkoholizmu, komunikacija, socialni stiki družine, strahovi in potreba po podpori in pomoči. Raziskava je pokazala, da ima vključitev zasvojenega starša v proces okrevanja pozitiven vpliv na večino raziskovanih področij. Več pozitivnih učinkov prinaša sodelovanje obeh staršev. Največji vpliv ima na področje komunikacije v družini, na odprtost glede pogovora o zasvojenosti, na socialne stike ter na prisotnost psihičnega in fizičnega nasilja. Manjši vpliv ima okrevanje staršev na področje zasebnega življenja vprašanih.

**Diskusija in zaključek:** Pokazalo se je, da je pomembno, da se v dolgoletni proces okrevanja vključita oba starša ali partnerja. Otroci izražajo željo po podporni skupini, ki bi jim pomagala v življenju, saj se je izkazalo, da imajo nekateri težave pri urejanju lastnega življenja, kljub večletni abstinenci starša. Predlog je, da se razišče potrebo otrok po podpornih skupinah ter spodbuda vsem, ki delujemo na področju odvisnosti od alkohola k ustanavljanju dodatnih Klubov zdravljenih alkoholikov in drugih podpornih skupin, kar je v zadnjih letih v upadanju.

**Ključne besede:** odvisnost od alkohola, okrevanje staršev, odpornost na stres.

## ABSTRACT

**Introduction:** Due to the high prevalence of alcohol addiction and different ways of dealing with this issue, the aim of this research is to identify the fact whether the involvement of addicted alcohol parents in the recovery process may lead to changes throughout the entire family system, and especially in children, and what are some eventual changes in different areas, such as communication, confidence, rituals, family roles, social contacts, schooling, friendship, partnership. **Methods:** The qualitative research has been chosen. The empirical data is obtained through the survey questions. A pre-prepared questionnaire based on the open-ended questions serves as a measurement instrument. The population is represented by the children who have grown up with an alcohol dependent parent participating in one of the abstinence support groups. Non-random-based convenience sampling involved 6 people aged 17 to 29 years whose parents have abstained from alcohol from 1 to 14 years. The obtained data is processed using the open encoding method. **Results:** Out of 16 categories, which were extracted on the basis of analysis, 5 were found to give the best explanation. The categories are: speaking openly about alcohol addiction, communication, social contacts, fears and the need for support. The qualitative research has shown that the involvement of an addicted parent in the recovery process has a positive impact on the majority of the surveyed areas. The cooperation of both parents leads to more positive effects. It has the greatest impact on communication within the family, speaking openly about the addiction, social contacts, and the presence of psychological and physical violence. The parental addiction recovery has a minor impact on the private life of the respondents. **Discussion and conclusion:** It has been shown that it is important to include both parents or partners in the long-term recovery process. Their children expressed a wish for a support group that would help them in life since it appears that some of them have difficulties in managing their own lives despite their parent's long-term abstinence. We thus suggest that the children's need for support groups should be examined and to encourage everyone working in the field of alcohol addiction to establish additional Clubs of Treated Alcoholics and other support groups, which have been in decline in recent years.

**Keywords:** alcohol addiction, parents recovery, resilience.

## UVOD

Problem odvisnosti od alkohola je v Sloveniji zelo pereč in obsežen problem. Po raziskavah je bilo verjetno že odvisnih od alkohola 11% prebivalstva in sicer vsak peti odrasli moški in vsaka petindvajseta odrasla ženska (Zorko, et al., 2013). Če upoštevamo, da ima vsak problematičen uživalec alkohola ob sebi vsaj štiri osebe, na katere njegova zasvojenost vpliva, ter da imamo poleg tega tudi zasvojenosti od drugih snovi, lahko ugotovimo, da se več kot polovica Slovencev na nek način srečuje z zasvojenostjo in ima zaradi tega neke skrbi (Rus Makovec, 2014).



Družina je najbistvenejši dejavnik v človeškem razvoju, zato je kriza družine hkrati tudi kriza človeškega razvoja posameznika. V družini, kjer vlada alkohol, prihaja do nefunkcionalnega sistema. V nefunkcionalni družini tako vlada zaprt sistem, kjer prevladujejo okorelost, neprožnost in okostenelost. Tudi vloge v družini so strogo določene in v večjem delu nespremenljive. Nihče z nikomer ne deli svojih čustev, spoznanj in mišljenj (Gostečnik, 2011).

Robert Oravec (cited in Auer, 2002) opisuje, da so v družinah z zasvojenim staršem pogosto prisotna občutja krivde, napetosti, negotovosti in strahu. Zaradi vedenjskih problemov otroci zasvojenih staršev prihajajo v stik z različnimi terapevtskimi ali vzgojnimi ustanovami. Probleme, ki se pojavljajo pri teh otrocih, lahko razvrstimo v naslednje kategorije: škodljiva raba, zloraba ali odvisnost od alkohola ali psihoaktivnih snovi; tvegano spolno vedenje; učne in vedenjske težave v šoli; nasilniško vedenje; pogosto si najdejo odvisnega partnerja.

Pomembno je, da po nastopu zdravljenja ali po vzpostavitvi abstinence nastopi daljše, večletno obdobje okrevanja. Lewis in Allen-Byrd (2007) opažata razliko v obdobju nadaljnega okrevanja, pri katerem je zaznati občutno razliko med družinami, kjer sta bila v procesu okrevanja vključena oba partnerja, in med tistimi, kjer je bil v proces vključen le eden od partnerjev. Tam, kjer sta bila vključena oba partnerja, je nadaljnje okrevanje zaznamovano s stabilnostjo, integracijo, poglobljenim zavedanjem, uvidi, duhovnostjo in povečano sposobnostjo najdenja ravnovesja med »jaz« in »mi«. Vse to je plod trdega dela. Tam, kjer je bil v proces okrevanja vključen le eden izmed partnerjev, ostaja partnerski in družinski sistem defenziven, s pogostimi krizami in nenehno čustveno napetostjo.

Obstaja tudi skupina otrok, ki so kljub travmam, ki so jih doživljali v alkoholni družini, razvila rezilientnost ali odpornost na stres. Raziskava, ki jo je opravila psihologinja Jannae Navarro (2014) je pokazala, da je vsaj polovica otrok zasvojenih staršev »odporna«. Izkazalo se je, da so »odporni« odrasli otroci zasvojenih staršev v izkušnjah stresa uporabljali prilagodljive veščine obvladovanja stresa. Večina si pomaga sama z aktivnostmi kot je poslušanje glasbe ali branje, poiščejo si podporo v družini ali pri prijateljih ter uporabljajo sprostivne tehnike. S starši in/ali sorejenci so zelo povezani in ne na distanci. Šolanje je zanje prostor učenja in pridobivanja znanja in zanje pozitivna izkušnja. Imajo svoje hobije in interese, kot so ustvarjalna umetnost (risanje, pisanje, slikanje), branje, telesna vadba, ukvarjanje s tehnologijo. Zadovoljni so s svojo izobrazbo ali zaposlitvijo. Zastavljajo si cilje glede izobraževanja, karierne poti. Sposobni so prepoznavati svoje notranje moči, kar kaže na njihovo pozitivno samopodobo. Mnogi med njimi se doživljajo kot močne, inteligentne in družabne. Večina jih zmore prepoznati vsaj eno osebo, ki ima pozitiven vpliv na njihovo življenje.

#### Namen in cilji

Kot pove Bowlby (1954, cited in Erzar & Kompan Erzar, 2011) se pomoč otrokom prične s pomočjo njihovim staršem. Pomoč staršem je v tem primeru urejanje zasvojenosti bodisi v bolnišničnem okolju bodisi v okviru skupin za samopomoč AA – Anonimni alkoholiki, KZA –

Klubi zdravljenih alkoholikov ali katera koli druga podporna skupina za vzdrževanje abstinence ali psihoterapevtska obravnava. Namen raziskave je bil ugotoviti ali v procesu okrevanja staršev prihaja do sprememb v celotnem družinskem sistemu in pri otrocih ter kakšne so morebitne spremembe na različnih področjih ter razsvetliti morebitne otrokove, upe, strahove ter želje po podpori in pomoči.

## METODE

Raziskava je kvalitativna, pri kateri so bile besedne pripovedi obdelane in analizirane. Gradivo je bilo pridobljeno z metodo spraševanja, s katero sem pridobila podatke iz primarnih virov.

### Opis instrumenta

Za namen zbiranja podatkov sem kot merski instrument uporabila vnaprej pripravljen vprašalnik odprtega tipa, katerega sem sestavila sama. Glede na odprtost in uvid posameznika sem jim pomagala s podvprašanji, ki sem jih oblikovala po potrebi med pogovorom samim. V uvodnem delu so bila zastavljena vprašanja za pridobitev demografskih podatkov. V osrednjem delu so se zvrstila vprašanja povezana z morebitnimi spremembami, ki so se dogodila v povezavi z okrevanjem staršev na različnih področjih življenja znotraj družine (pogovor o alkoholizmu, način komunikacije, zaupanje med člani idr.) ali v zasebnem življenju intervjuvanca (šolanje, šport, prijateljstvo, odnos do samega sebe idr.). Sledila so vprašanja o pozitivnih in negativnih spremembah, o morebitnih strahovih glede prihodnosti in o morebitni potrebi po podpori njim samim.

### Opis vzorca

Populacijo raziskovanja predstavljajo otroci, ki so odraščali v družini s staršem ali staršema, ki sta bila zasvojena z alkoholom in sedaj abstiniirata ter sta v procesu urejanja zasvojenosti ter sta vključena v eno izmed skupin za pomoč pri vzdrževanju abstinence. Vzorec je priročen in neslučajnostni, saj sem se z odraslimi otroci srečala s pomočjo svoje socialne mreže. Vzorec je zajel 6 oseb, starih med 17 in 29 let, katerih starši so člani ene od podpornih skupin in abstiniirajo od 1 do 14 let.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Z intervjuvanci sem se srečevala individualno na lokaciji, ki smo jo skupaj določili. Z njihovim dovoljenjem sem pogovor snemala z diktafonom in ga nato dobesedno prepisala v programu Microsoft Word. Trajali so od 40 do 60 minut. Intervjuvancem sem zagotovila anonimnost, s čimer so se vsi strinjali. Nato sem jih preoblikovala v berljiv jezik in skušala ohraniti čim večjo stopnjo avtentičnosti. Odgovore sem obdelovala z metodo odprtega kodiranja. V prepisanem gradivu sem podčrtala relevantne izjave glede na raziskovalni problem in jih oštevilčila ter vnesla v tabele. Nato sem vsaki relevantni izjavi – enoti kodiranja – pripisala pojme oz. kode.

Sledilo je združevanje sorodnih pojmov v kategorije. Iz velikega števila pojmov in kategorij sem izbrala le tiste, ki so bile pomembne glede na problem raziskave.

## REZULTATI

Z analizo empiričnega gradiva smo dobili 16 kategorij. Izmed teh najbolj pojasnjuje problem, ki smo si ga zastavili naslednjih pet kategorij: pogovor o alkoholizmu, komunikacija, socialni stiki družine, strahovi in potreba po podpori in pomoči. Na vseh omenjenih področjih so bile zaznane pozitivne spremembe, ki so se dogajale v času abstinence staršev in njihovega sodelovanja v podpornih skupinah.

Vsi vprašani so navedli, da so se po zdravljenju starša dogajale spremembe tako v družini, kot v njihovem življenju. Pri petih vprašanih je bil zasvojen oče, le pri enem sta bila zasvojena oba starša. Med intervjuvanimi osebami je pet otrok staršev, ki so skupaj s partnerji vključeni v eno od podpornih skupin (Klub zdravljenih alkoholikov, Žarek upanja). Le oče enega vprašanega se udeležuje srečanj (AA) sam, brez žene.

S pomočjo odprtega kodiranja sem pridobila pomembne kategorije, ki se nanašajo na zastavljen raziskovalni problem: pogovor o alkoholizmu, komunikacija, zaupanje, družinski rituali, socialni stik družine, vloge v družini, šolanje, službene obveznosti, šport, prijateljstvo, partnerstvo, odnos do samega sebe, odgovornost do staršev, pozitivni učinki okrevanja, strahovi, podpora in pomoč, ter negativne izkušnje kot posledica okrevanja. Prikazala bom le nekaj pomembnejših kategorij, kjer je prihajalo do večjih sprememb.

### Kategorija 1: Pogovor o alkoholizmu

Pet od šestih vprašanih poroča o tem, da se sedaj lahko v družini pogovarjajo o odvisnosti, kar v času pitja ni bilo sprejemljivo.

*»Tudi o odvisnosti zdaj lažje govorimo«(1), »Zdej pa v bistvu moram priznat, da je ati ful bolj odprt, kar se pogovora tiče od alkohola«(2), »Glede alkohola smo pa zdej bolj odprti, bolj se pogovarjamo(3)«, »Ni več tabu in se lahko komot pogovarjamo o tem(4)«, »Bil je bolj tak zaprt vase. On ni nikol pred nama s sestro pil al pa pred mami. Tud o alkoholu nismo tkrat kej govoril, zdej pa se tud pohecamo na to temo«(5), »Tud o odvisnosti se pogovarjamo, k smo na te skupine hodl«.(6)*

Le eden od vprašanih pove, da je alkoholizem še vedno, kljub 5 letni abstinenci prepovedana tema: *»O alkoholu nismo govorili. Ko mu je mama kaj očitala, sta se skregala in konec, pol smo se navadili, da o tem ne smemo govorit.«(1)*

Tabela 1: Primer kodiranja

Kategorije	Kode	Izjave
Pogovor o alkoholizmu	Odprtost pogovora	Bil je bolj tak zaprt vase. On ni nikol pred nama s sestro pil al pa pred mami. Tud o alkoholu nismo tkrat kej govoril, zdej pa se tud pohecamo na to temo.
Pogovor o alkoholizmu	Tabuiziranje teme prej	Smo se že prej dost pogovarjal, ampak mogoče ne o alkoholu.
Pogovor o alkoholizmu	Detabuiziranje teme sedaj	Ni več tabu in se lahko komot pogovarjamo o tem
Pogovor o alkoholizmu	Tabuiziranje teme sedaj	O alkoholu nismo govorili. Ko mu je mama, kaj očitala sta se skregala in konec, pol smo se navadili, da o tem ne smemo govorit.
Pogovor o alkoholizmu	Večja odprtost za pogovor sedaj	Zdej pa v bistvu moram priznat, da je ati ful bolj odprt, kar se pogovora tiče od alkohola.

### Kategorija 2: Komunikacija

Vsi vprašani povedo, da se sedaj pogovarjajo več in bolj konstruktivno med seboj.: *»Smo se prej tko horonsko drl pa se pošiljal nekam. Smo se pa zdej začeli ful pogovarjat. Zdej se usedemo k normalni ljudje in pač pogovorimo«(1)* in *»Zdej se tudi skregamo, sam ej ni tega vpitja, teženja, take manjše stvari«(2)* ter *»Pa več se med sabo take navadne stvari pogovarjamo«(3)*, *»Skupi skoz pijemo pa se pogovarjamo, pa se pogovarjamo, pa kaj se nam je kaj novega zgodil pa diskutiramo... Oči skor zmeri počaka, tko da še enga skupi prižgeva al pa tko kej, da se pogovoriva.... Pa mami tudi a ne, da jo vedno ujamem, da se kej pogovorimo.«(4)*

Ena od sogovornic pove, da se še vedno hitro skregajo, vendar se kmalu zadeve uredijo in rešujejo, večjo stabilnost čuti kljub sporom: *»Zdaj se zderemo in je čez 15 minut vse vrede, pa greš naprej, je eno večjo stabilnost čutit.«(5)*

### Kategorija 3: Socialni stiki družine

Štiri sogovornice poročajo, da se sedaj, ko so starši v procesu okrevanja, družina bolj povezuje s prijatelji, svojci: *»Ampak je več z nami in smo več vsi skupi med družinskimi prijatelji«(1)*, *»No zdej je pa drugač in tud drugačen je v družbi, drugač se pogovarja, bolj je vesel, bolj je sproščen«(2)*, *»Odnos s svojci je boljši, mi živimo z očetovimi starši in se nismo pogovarjali, prej se mama in babica nista pogovarjali, zdaj govorita, celo k njej na rojstni dan gremo«(3)*, *»Zdaj, da jaz organiziram, da pride družina mojga fanta k nam na kosilo ali mi tja«(4)*, *»Drugače pa smo zdej velik več časa skupaj, več teh ritualov imamo skupnih in gremo skupaj okrog, prej pa je pogosto ostajal doma, sam da je lahko na samem pil«(5)*, *»Nikoli bilo tko, da bi neki k drugim hodili ... Zdej pa gresta, se pravi zdej je tega druženja več... zdrava družba je pol ratała.«(6)*

Oseba, katere starša sta se tik pred začetkom zdravljenja razšla, poroča, da tega družjenja ni več, ga je pa bilo veliko v preteklosti: *»Tudi družinske prijatelje smo imeli in se z njimi velik družil, tega ni več.«*(1)

Vprašani moški pove, da se nikoli niso s kom obiskovali, le blizu stanujoča teta jih je zaradi kake nujnosti obiskala: *»Domov, da bi kdo k nam hodil, ja mogoče teta, če kej nujnga, ki živi blizu, drugače pa ne, tud mi nismo, da bi se s kom obiskovali, kakšna kosila, da bi mi šli, ne. Tudi zdaj ni tega.«*(1)

#### Kategorija 4: Strahovi

Štirje vprašani poročajo, da je še vedno prisoten strah pred ponovnim pitjem staršev: *»Tko, 99 % me ni, ampak ta 1 % pa obstaja, a ne, da kaj, če se kdaj spet kej zgodi«*(1), *»Ne, prva leta me je bilo malo strah, zdaj je že 5 let in ni niti kaplje alkohola doma, sam nikoli ne veš, nekje zadaj je en tak strah, sam upaš da ne bo«*(2), *»Oče je nežna dušica, se bojim kaj bo, če bi začel piti«*(3) in *»Strah je še vedno odzadi, kaj pa, če spet začne pit, gre se tud za to, da je finančno od njega le naša družina odvisna.«*(4)

Dve osebi navajata, da ju ne skrbi ponovno pitje starša: *»Me niti mal ni strah, da bi oče začel nazaj pit«*(1) in *»Ni me strah, da bi se nazaj vrnil v alkohol, sem začutila, da se ne bo vrnil pit.«*(2)

Ena od njiju navaja strah pred tem, da bi prestopila v zasvojenost, kakor oče: *»Se nekak trudim, da ne bom šla po kakšnih očijevih poteh.«*(1)

#### Kategorija 5: Potreba po podpori in pomoči

Štiri sogovornice menijo, da bi bile skupine za otroke zasvojenih staršev dobrodošle.

Ena od njih vidi možnost skupine izključno za otroke ali da bi bili v skupini skupaj s starši: *»Da bi vsaj tko kot tukaj na društvu imeli tko kot je za starše skupina, da bi tudi otroci lahk bli zraven ali da bi lahko vsaj poslušali. Fajn bi bila tudi kakšna skupina samo za otroke.«*(1)

Druga meni, da je smiselno, da takšne skupine so, v primeru, da bi kdaj začutila potrebo po vključitvi, sicer pa se jih trenutno ne bi udeleževala, ker ne želi podoživljati vsega težkega: *»Nočem podoživljat vsega tega in pač nadaljevat s tem, ker je pretežko, je pa fino, da te stvari obstajajo, da če slučajno pride kdaj do tega, da bi potrebovala, da je tam.«*(2)

Tretja oseba meni, da bi bila skupina dobrodošla v času očetovega pitja, v njenem primeru, ko ji je bilo 12 let: *»Mogoče bi rabila pomoč takrat, ko je oče pil, zdaj ne rabim več, takrat bi mi koristilo.«*(3) Obenem pa bi si sedaj želela pomoč strokovne osebe, ki bi jo razbremenila odgovornosti do staršev: *»Enkrat bom šla na en razgovor, da mi nekdo strokovno pove: »Ej to ni tvoja stvar, to naj onadva rešujeta.«*(4)

Ena od sogovornic vidi morebitno skupino kot pomoč pri osamosvajanju, gradnji lastne družine in premagovanju skrbi pred tem, da ne bi ponavljala vzorcev staršev: *»Ja, če bi bilo možno, bi bila dobrodošla kakšna vodena skupina v smislu družjenja in izmenjave mnenj, izkušenj, morda podpore v primeru kakšne stiske, sploh pri osamosvajanju in gradnji svoje*

*družine, kjer se lahko zatakne zaradi strahu pred tem, da boš tudi ti zamočil, kot tvoji starši.«(5)*

## DISKUSIJA

Raziskava je pokazala, da ima okrevanje staršev največji vpliv na komunikacijo v družini, na odprtost glede pogovora o zasvojenosti z alkoholom, na socialne stike družine. Nekoliko manjši vpliv se je izkazal na zaupanje med člani družine, na družinske rituale ter na vloge v družini.

Manjši vpliv, ki ga sogovorniki zaznavajo, ima okrevanje staršev tudi na področja zasebnega življenja sogovornikov, in sicer na področje šolanja, prisotnost hobijev in ukvarjanja s športom, na njihova prijateljstva, na njihovo samopodobo in na občutja odgovornosti do staršev.

Največji vpliv starševega okrevanja, ki ga navajajo vsi sogovorniki, je sprememba v načinu komunikacije. Raziskava pokaže, da se je način komunikacije pri vseh izboljšal. Več se pogovarjajo in na bolj konstruktiven način rešujejo težave in konflikte v primerjavi s preteklostjo, v povezavi s katero govorijo o verbalnem nasilju, ki so ga izvajali drug nad drugim.

Večina sogovornikov prav tako doživlja spremembo v odprtosti glede pogovora o zasvojenosti z alkoholom, ki je bila v času pitja tabu tema ali tema, ki je sprožala nezadovoljstvo in spore.

Izstopa moški sogovornik. Je edini sogovornik, pri katerem je ostal pogovor o zasvojenosti na nek način prepovedan, kot je to bilo v preteklosti. Prav tako se družina ne povezuje s prijatelji, svojci, ampak ostaja zaprta. Skupnega preživljanja prostega časa in praznovanj ni. Enako tudi ni zaupanja med družinskimi člani, kar kaže na veliko neizgovorjenega. Sogovornik je tudi edini, katerega starša nista skupaj vključena v proces okrevanja, kar potrjuje teorijo, da je za zdravljenje zasvojenosti potrebno sodelovanje obeh partnerjev. To dejstvo potrujeta prav tako Lewis in Allen-Byrd (2007) z ugotovitvijo, da proces okrevanja vodi v večjo stabilnost, povezovanje, večje uvide v tistih družinah, kjer sta bila v proces vključena oba starša skupaj. Sicer govori o možnostih ostajanja čustvenih napetosti in obrambnega vedenja.

Okrevanje staršev ima prav tako velik vpliv na vzpostavljanje in vzdrževanje socialnih stikov družine, saj je druženja s prijatelji in svojci sedaj več, kakor v času pitja. V času pitja, ko družina deluje kot nefunkcionalen sistem, vlada zaprt sistem (Gostečnik, 2011), kjer se družina zapira pred zunanjim svetom, kot opisujeta čas pitja tudi Brown in Lewis (1999). Tak opis je skladen s poročanjem sogovornikov o socialnih stikih družine v času pitja starša, ki je bil zasvojen.

Večina sogovornikov spregovori o tem, da so v preteklosti na različne načine prevzemali vloge staršev, da so morali prevzemati skrb zanje, jih tolažiti, miriti, prevzemati njihove naloge in domača opravila. O takšnem obratu vlog v družini z zasvojenim staršem govori več avtorjev, med njimi Kelley in drugi (2007), ki govori o prevzemanju starševskih vlog ter tako večjih odgovornosti, ter Brown in Lewis (1999), ki opisujeta nejasnosti vlog v družini z zasvojenim staršem, kar vzdržuje njeno nefunkcionalnost in Rus Makovec (2003), ki govori o tem, da postajajo na tak način otroci podporni sistem staršev, namesto da bi bili sami podpora otrokom. V času nadaljnjega okrevanja naj bi starši prevzeli svoje naloge in vloge (Brown in Lewis, 2009), vendar raziskava pokaže, da se je to zgodilo le pri treh sogovornikih. Tri osebe povedo, da še vedno čutijo skrb za starše, da imajo občutek, da morajo zanje skrbeti, da se ne morejo umakniti od doma. Ena oseba je po odselitvi matere prevzela odgovornost za svojega brata.

Le ena od sogovornic je bila ves čas uspešna na področju šolanja, ima daljšo zadovoljujočo partnersko zvezo, goji dolgotrajna prijateljstva in se je odselila od staršev ter tako vzpostavila večjo samostojnost. V svojem okolju prepoznava babico, ki ji je bila v veliko pomoč, šolanje opisuje kot področje, kjer je pridobivala na samozavesti. Oboje potrjuje tudi teorija, ki jo opisuje Rus Makovec (2003), ki pove, da otroci lahko razvijejo »rezilientnost« ali odpornost na stres, če so imeli ob sebi vsaj eno osebo iz svoje socialne mreže, ki jih je podpirala, čeprav te naloge nista opravila starša. Tak odnos doprinaša k večjemu samospoštovanju. V primeru omenjene sogovornice je to nalogo opravila babica, ki je z družino sobivala in svojo vnukinjo spodbujala in ji bila pomembna opora. Omenjena sogovornica je tudi edina, ki se brez zadržkov opiše kot samozavestno.

Večina vprašanih meni, da bi bile zanje dobrodošle skupine. Ena od sogovornic meni, da bi ji bila skupina dobrodošla v času očetovega pitja in ne sedaj. Kljub temu si želi od strokovnjaka slišati, da ni več odgovorna za starše. Ostale sogovornice menijo, da bi bila takšna skupina lahko koristna. O koristnosti edukacijskih skupin za otroke govorita tudi Brown in Lewis (1999). Taki programi naj bi otroke spodbujali k vključevanju v šolanje, v učenje konstruktivnih veščin obvladovanja stresa, v zanimanje za hobije, spodbujanje in krepitev podpirajočih odnosov in prijateljstev in v podporo celotni družini. Vse to se lahko vključuje tako v individualno kot v skupinsko obliko pomoči v že obstoječih podpornih skupinah kot pomembne varovalne dejavnike (Navarro, 2014).

Če bi poleg raziskovane skupine raziskovala tudi primerjalno skupino otrok, katerih starš, ki je bil zasvojen z alkoholom, abstiniira, vendar s partnerjem ni vključen v proces okrevanja, bi lahko raziskava bolje pokazala vpliv in pomen starševega urejanja zasvojenosti na njihove otroke. Na takšen način bi bile bolj razvidne morebitne razlike pri doseganju sprememb na nivoju družine in v zasebnem življenju otroka. Poleg tega bi bili raziskovani skupini bolj homogeni glede dolžine starševe abstinence in okrevanja. Pridobila bi še bolj jasno informacijo o potrebi ali nepotrebi vključitve obeh staršev v proces okrevanja.

Prav tako bi bilo potrebno natančneje raziskati potrebe po ustanavljanju podpornih skupin za otroke, ki živijo z zasvojenim staršem.

## ZAKLJUČEK

Zasvojenost z alkoholom je izrazito razširjen problem, ki ne zahteva le abstinence zasvojenega starša, temveč vključitev obeh partnerjev v proces okrevanja. Na takšen način se dosega več pozitivnih sprememb tudi pri otrocih. Največji vpliv ima okrevanje staršev na način komunikacije, na odprtost članov do pogovora o zasvojenosti ter na vzpostavljanje socialnih stikov družine. Izkazala se je potreba otrok po skupini, ki bi jim nudila podporo in razbremenitev, možnost delitve izkušenj ter pomoč pri urejanju njihovega življenja. Smiselno bi bilo vanje vnašati znanje o varovalnih dejavnikih, ki doprinašajo k večji odpornosti otrok na stres. Kljub večletni abstinenci staršev, je pri večini še vedno prisoten strah pred recidivom.

## Literatura

Auer, V., 2002. *Pretrmast, da bi pil: Alkohol, škodljiva raba in odvisnost*. Ljutomer: Samozaložba Ibidem, pp. 253–255.

Brown, S., Lewis, V., 1999. *The Alcoholic Family in Recovery: A Developmental Model*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc., pp. 156-167.

Erzar, T. & Kompan Erzar, K., 2011. *Teorija navezanosti*. Celje: Mohorjeva družba, pp. 55.

Gostečnik, K., 2011. *Inovativna družinska relacijska terapija*. Ljubljana: Založba brat Frančišek, pp. 146-148.

Kelley, M. L., French, A., Bountress, K., Keefe, H. A., Schroeder, V., Steer K., et al., 2007. Parentification and family responsibility in the family of origin of adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors* 32, pp. 675–685.

Lewis, V. & Allen-Byrd L., 2007. Coping strategies for the stages of family recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, pp. 105–124.

Navarro, J., 2014. *Resilience in Children of Alcoholic Parents: doktorska dizertacija*. Chicago: The Chicago School of Professional Psychology, pp. 65-69. Available at: <http://search.proquest.com/pqdtglobal/docview/1622145848> [20. 7. 2016].

Rus Makovec, M., 2003. *Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske*. Ljubljana: Cankarjeva založba, pp. 69.

Rus Makovec, M., 2014. *Zgodbe upanja: Primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: e Besede, pp. 18.

Zorko, M., Hočevar, T., Tančič Grum, A., Kerstin Petrič, V., Radoš Krnel, S., Lovrečič, M., et al., 2013. *Alkohol v Sloveniji: Trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 11-40.



## PRIČAKOVANI UČINKI DELOVANJA NEVLADNIH ORGANIZACIJ V MREŽI ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

### EXPECTED EFFECTS OF NON-GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN THE NETWORK FOR MENTAL HEALTH

dr. Vesna Zupančič, viš. pred.  
Ministrstvo za zdravje, Slovenija

vesna.zupancic@guest.arnes.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Nevladne organizacije imajo v sistemu skrbi za zdravje specifično, določeno vlogo. Opisana je slovenska situacija delovanja nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. Namen študije je bil osvetliti razlike v pričakovanju učinkov delovanja nevladnih organizacij z vidika različnih deležnikov, kar predstavlja oviro v razvoju skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja v lokalnih skupnostih. **Metode:** V kvantitativni analizi so bili uporabljeni podatki presečne študije o nevladnih organizacijah v podporni mreži na področju duševnega zdravja na primeru dveh slovenskih zdravstvenih regij. Kot ciljna populacija deležnikov so bili vključeni strokovnjaki s področja duševnega zdravja in delovanja nevladnih organizacij (n = 12), izvajalci zdravstvenih in socialnih storitev (n = 94) in pacienti z motnjo v duševnem zdravju (n = 82). **Rezultati:** Deležniki so pri opisu pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja izhajali iz svojih vlog, nalog in odgovornosti, ki jih imajo v sistemu. O pričakovanih učinkih delovanja nevladnih organizacij ne razmišljajo v kontekstu vloge nevladnih organizacij v sistemu skrbi za zdravje v državi oziroma jih ne poznajo v celoti. **Razprava in zaključek:** Potrebno je povečati informiranost in razumevanje deležnikov o vseh razsežnostih pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij v sistemu ter utemeljiti prispevek posameznika v razvoju skupnostni skrbi na področju duševnega zdravja. Napredek v razvoju skupnostne skrbi za zdravje v lokalnih skupnostih je možen ob priznavanju in upoštevanju kvalitativnih razlik med različnimi deležniki ter ob realizaciji lastne vloge vsakega izmed deležnikov v sistemu.

**Ključne besede:** nevladna organizacija, duševno zdravje, lokalna skupnost, skupnostna skrb

#### ABSTRACT

**Introduction:** Non-governmental organizations have a specific role in the health care system. The Slovenian situation of non-governmental organizations in the field of mental health was described. The purpose of the study was to highlight the differences in the expectation of the effects of the work of non-governmental organizations from the perspective of different

stakeholders, which is an obstacle in the development of community care in the field of mental health in local communities. **Methods:** In qualitative analysis were used the data were collected based on the a cross-sectional study on non-governmental organizations in the mental health support network in the case of two Slovenian health regions. As the target population, stakeholders involved mental health professionals and NGOs (n = 12), providers of health and social services (n = 94) and patients with mental health problems (n = 82). **Results:** In describing the expected effects of the work of non-governmental organizations in the field of mental health, the stakeholders derived from their roles, tasks and responsibilities that they have in the system. The expected effects of the work of Non-governmental organizations are not considered in the context of the role of non-governmental organizations in the national health care system, or they are not fully aware of it. **Discussion and conclusion:** It is necessary to increase the information and understanding of stakeholders on all dimensions of the anticipated effects of the functioning of non-governmental organizations in the system and justify the contribution of an individual in the development of community care in the field of mental health. Progress in the development of community health care in local communities is possible with the recognition and consideration of qualitative differences between different stakeholders and the realization of the role of each of the stakeholders in the system.

**Keywords:** non-governmental organization, mental health, local community, community care

## UVOD

Nevladne organizacije so označene kot producentke dobrin in storitev, ki niso zagotovljene s strani javnih neprofitnih organizacij (Kolarič, et al., 2006; Mohammad et al., 2017). Salamon, et al. (2000) so pri ugotavljanju vloge in pričakovanih učinkov nevladnih organizacij v 40 državah, izpostavili pet skupin vlog: vloga storitev, vloga inovativnosti, zagovorniška vloga, ekspresivna in razvojna vloga, vloga graditelja skupnosti in demokracije. Po mednarodni klasifikaciji neprofitnih organizacij (ICNPO) so neprofitne organizacije razdeljene glede na primarna področja dejavnosti. V Sloveniji se uporablja kot nacionalni standard Standardna klasifikacija dejavnosti (SKD). Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – AJ PES (2015) ima v evidenci o delovanju društev ta razvrščena po registriranih skupinah: (1) športna in rekreativna društva, (2) društva za pomoč ljudem, (3) kulturna in umetniška društva, (4) znanstvenoraziskovalna, izobraževalna, strokovna in poklicna društva, (5) društva za varstvo okolja, gojitev živali in rastlin, (6) stanovska društva, (7) društva za razvoj kraja, (8) nacionalna in politična društva, (9) društva za duhovno življenje in (10) ostala društva. Skupno jih je približno 24.000. Pravica državljanov do združevanja v okviru nevladnih organizacij v Sloveniji izhaja iz 42. člena Ustave Republike Slovenije (1991) in se realizira skozi Zakon o društvih (2006). Zakon po priporočilih Sveta Evrope omogoča enostavno ustanavljanje na podlagi sodelovanja dveh ali več oseb, temelječa na članstvu ter določa tri temeljna načela: načelo samostojnosti, načelo nepridobitnosti in načelo javnosti. Na podlagi obstoječe zakonodaje v Sloveniji se med nevladne organizacije tako uvrščajo:

društva, ustanove, fundacije, zasebni, stanovanjski in drugi zavodi ter verske organizacije. Nevladne organizacije se med seboj ločujejo ne samo po področjih delovanja, temveč tudi glede na s strani države priznan status ali posebna pooblastila (Mesec, 2008). Nevladne organizacije s področja pomoči ljudem s svojimi aktivnostmi sodelujejo tudi v prizadevanjih za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Mnoge determinante neenakosti v zdravju so lahko izven dosega zdravstvene oskrbe in sektorja zdravja. V tem delu nevladne organizacije delujejo komplementarno z javnimi organizacijami. So lahko iniciator, zagovornik dela in sprememb v okviru skupnega dela z drugimi sektorji (WHO, 2008). To je v skladu z Evropskim akcijskim planom za področje duševnega zdravja (European Mental Health Action Plan, 2013), ki vključuje štiri glavne cilje:

- vsakdo naj ima enake možnosti za uresničitev dobrega duševnega počutja ne glede na življenjsko obdobje, še posebej tisti, ki so najbolj ranljivi ali ogroženi,
- ljudje z motnjo v duševnem zdravju imajo enako pravico do vrednotenja, varovanja in spodbujanja njihovih pravic kot ostali državljani,
- zdravstvene storitve za področje duševnega zdravja so dostopne in cenovno ugodne, dostopne v skupnosti glede na potrebe,
- pacienti z motnjo v duševnem zdravju imajo pravico do spoštljivega, varnega in učinkovitega zdravljenja,

ter trije medsektorski cilji:

- zdravstveni sistemi zagotavljajo dobro telesno in duševno zdravstveno oskrbo za vse,
- sistemi zagotavljanja duševnega zdravja delujejo v dobro usklajenem partnerstvu z drugimi sektorji,
- upravljanje področja duševnega zdravja temelji in se razvija na dobrih informacijah in znanju.

Pri proučevanju skrbi na področju duševnega zdravja prihaja do potrebe po razmisleku o pojmih, kot so »(skupnostna) skrb«, »(lokalna) skupnost«, »družbena kohezija«, »krepitev moči« in »duševno zdravje«, ki so v Sloveniji že znanstveno obravnavani v drugih kontekstih. Potrebno je zbiranje informacij o potrebni podpori pacientom z motnjo v duševnem zdravju, »da iz pasivnih prejemnikov storitev prevzamejo vlogo aktivnih iskalcev rešitev« (Videmšek 2011, pp. 7). Pri tem se vse več govori o »zgodbi« pacientov z motnjo v duševnem zdravju, o deljenju njihovih osebnih izkušenj (so)pacientom in širši javnosti. Frank (1995) opozarja, da so »bolni ljudje«, več kot le »žrtve bolezni« ali »pacienti medicine«. Pripovedovanje zgodb jim lahko služi za osmišljanje lastne bolečine in ima tako terapevtski učinek. Mathieson in Stam (1995) poudarjata, da deljenje svoje osebne izkušnje pomaga tako tistemu, ki zgodbo pripoveduje, kot tistemu, ki zgodbo posluša, in tako potrjujeta pomen skupin za samopomoč, ki delujejo v nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja. Opozarjata tudi na velik pomen osebnih pripovedi za raziskovalce, saj te nudijo vpogled v osebni svet bolezni, pa tudi na vrednotenje obstoječega sistema skrbi.

V Registru nevladnih organizacij za področje zdravja Slovenske zveze za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo (2017) je trenutno zavedenih samo 132 nevladnih organizacij. Od tega jih približno 15 kakovostno deluje eksplicitno na področju duševnega zdravja (Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobredelnih organizacij in organizacij za samopomoč, 2014; Evidenca društev v javnem interesu na področju socialnega varstva, 2014), kar zagotovo ni zadostna številka glede na situacijo v Sloveniji. Nevladne organizacije s področja duševnega zdravja se vključujejo kot izvajalci obravnave v skupnosti (ZDZdr 2008, 4. čl.). Imajo razvito široko paleto programov in storitev; od dnevnih centrov, stanovanjskih skupin, kriznih centrov do programov promocije duševnega zdravja in destigmatizacije. Nevladne organizacije kot izvajalci v skupnosti izvajajo javne in verificirane socialnovarstvene programe (Zupančič, 2016) V njih pa so praviloma zaposleni izvajalci specializirani za delo z ljudmi, ki imajo dolgotrajne težave v duševnem zdravju in z njihovimi svojci (Oreški, et al., 2013). Doseganje pričakovanih učinkov njihovega delovanja je v soodvisnosti z medsebojnim sodelovanjem vseh izvajalcev v mreži in z zavedanjem, da je sodelovanje nujno za dobrobit pacienta.

#### Namen raziskave in raziskovalno vprašanje

Namen raziskave je bil prepoznati razlike se pojavljajo v razumevanju pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij med različnimi deležniki, ki sodelujejo v skupnostni skrbi na področju duševnega zdravja. Izhodišče raziskave je bilo raziskovalno vprašanje: »Kakšne razlike se pojavljajo v opisu pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja z vidika različnih deležnikov?« Predpostavljamo namreč, da so ugotovitve o pričakovanih učinkih delovanja nevladnih organizacij dobra osnova pri proučevanju delovanja nevladnih organizacij in opredelitvi ter merjenju doseganja pričakovanih učinkov skrbi na področju duševnega zdravja za paciente z motnjo v duševnem zdravju.

#### METODE

Za pridobitev odgovora na raziskovalno vprašanje so bili uporabljeni podatki, zbrani na podlagi metodološkega okvira študije primera v 56 lokalnih skupnostih dveh od devetih slovenskih zdravstvenih regij. Gre za presečno študijo, ki je potekala fazno, s kombinacijo kvantitativnih (anketiranje) in kvalitativnih metod (intervjuji in fokusne skupine) ter z namensko razvitimi instrumenti za zajemanje podatkov s perspektive več skupin udeležencev. Kot ciljna populacija udeležencev so bili vključeni strokovnjaki s področja duševnega zdravja in delovanja nevladnih organizacij (n = 12), izvajalci s področja zdravstvenega in socialnega varstva (n = 94) in paciente z motnjo v duševnem zdravju (n = 82). Vsi sodelujoči so se v raziskavo vključili prostovoljno, na podlagi osebne privolitve. Za kvalitativno analizo so bile uporabljene ključne izjave deležnikov ali njihovi odgovori na odprta vprašanja, ki osvetlujejo razumevanje pričakovanih učinkov delovanja nevladnih

organizacij. Ugotovitve so predstavljene sintetično, na način, da se vsebina sporočila deležnikov ni spremenila, in občasno dodatno podkrepljene s ključno izjavo.

## REZULTATI

Rezultati so predstavljeni v tabeli in opisno. V Tabeli 1 je predstavljen opis pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij z vidika vseh v raziskavo vključenih skupin deležnikov.

Tabela 1: Opis pričakovanih učinkov delovanja NVO z vidika razlinih skupin deležnikov

Deležnik	Pričakovani učinki delovanja	Kode
Strokovnjaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>- spremembe na področju politike nacionalno in v lokalni skupnosti,</li> <li>- spremembe v aktivnostih izvajalcev NVO za prebivalce lokalnih skupnosti, regijsko ali nacionalno, ter za osebe z depresijo,</li> <li>- izboljšano doživljanje zadovoljstva in dobrega počutja oseb z depresijo kot uporabnikov storitev</li> </ul>	vpliv na politiko, aktivnosti izvajalcev, doživljanje pacientov
Izvajalci	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ponudba storitev izvajalcev z nadpovprečnim etičnim potencialom, ki jih podporna mreža ne more,</li> <li>- omogočanje lažje dostopnosti do pomoči, saj so v NVO zaposleni strokovni delavci iz različnih področij,</li> <li>- zagotavljanje kontinuiranosti obravnave, konkretne celostne pomoči in raznolikih strokovnih programov v vsakdanjem življenju,</li> <li>- vpliv na povezovanje izvajalcev in vključevanje prostovoljcev,</li> <li>- pozitiven vpliv na kakovosti obravnave,</li> <li>- vpliv na informiranosti javnosti o možnostih in oblikah podpore.</li> </ul>	ponudba storitev, dostopnost do pomoči, kontinuirana pomoč, kakovost obravnave, informiranost javnosti
Pacienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vpliv na področju kakovosti njihovega življenja,</li> <li>- reševanje kompleksnih problemov in realizacija zastavljenih ciljev: izboljšana vključenost v programe NVO, socialna vključenost v aktivnosti lokalne skupnosti in preživljanje prostega časa,</li> <li>- izboljšano zavedanje odgovornosti za lastno zdravje, pri opravljanju življenjskih vlog in pri upoštevanosti s strani svojcev in drugih, remisija bolezni, vpetost v realnost.</li> <li>- brezplačnost ponudbe ob sočasni kakovosti in odnosu izvajalcev do njih.</li> </ul>	kakovost življenja, reševanje kompleksnih problemov, brezplačnost ponudbe, odnos izvajalcev, odgovornost za lastno zdravje

Strokovnjaki kot učinek delovanja nevladnih organizacij pričakujejo spremembe na področju politike nacionalno in v lokalni skupnosti, v aktivnostih izvajalcev nevladnih organizacij za prebivalce lokalnih skupnosti, regijsko ali nacionalno, ter za osebe z depresijo. Menijo, da so: »nevladne organizacije glas uporabnikov storitev, najmočnejši akter vplivanja na ljudi s specifično kadrovske strukturo, so partner s specifičnim položajem v podporni mreži, katerih delovanje temelji na pravici do združevanja, izbire in odločanja. Odprto področje pa ostajajo inspekcijski nadzori in podeljevanje koncesij, npr. za koordiniranje podporne mreže«.

Izvajalci definirajo pričakovane učinke s specifičnimi storitvami, ki jih izvajajo nadpovprečno motivirani izvajalci. Opozarjajo, da je nevladna organizacija tudi akter, katerega kakovost delovanja je odvisna od zaposlenih in, da včasih deluje »zgolj na papirju«. Med izvajalci je prisotno nezaupanje v smislu razkoraka med besedami in dejanji. Zagotovo od nevladnih organizacij pričakujejo spremembe v lokalnem okolju. Tudi oni jih umeščajo na pozicijo vmesnega člana v podporni mreži za paciente z motnjo v duševnem zdravju, kar naj bi bila sedaj vloga koordinatorja obravnave v skupnosti. Še posebej se med zdravstvenimi delavci kaže nepoznavanje nove situacije v sistemu skrbi. Prisotno je opozarjanje na pomanjkljivo realizacijo aktivnosti iz vidika povezovanja za reševanje kompleksnih problemov pacienta - za razvoj skupnostne skrbi za na področju duševnega zdravja.

Pacienti menijo, da na njihovo predstavo o pričakovanih učinkih delovanja nevladnih organizacij vplivajo: premajhno promoviranje njihovega obstoja, različne informacije o različnih »zlorabah« v nevladnih organizacijah, ter mnenje o slabem nadzoru delovanja izvajalcev v nevladnih organizacijah. Potrjujejo, da je skrb za upoštevanost osebe z motnjo v duševnem zdravju pomemben pričakovani učinek njihovega delovanja. Pričakovane učinke njihovega delovanja vidijo tudi v: »pravilnem definiranju uspeha, realizaciji individualnih ciljev in osebnem občutenju«. Od izvajalcev v nevladnih organizacijah pričakujejo konkretno pomoč (reševanje stanovanjske, finančne problematike). Pričakovane učinke povezujejo z realizacijo individualnih ciljev ob učenju življenja z boleznijo.

## DISKUSIJA

Pri opisu razumevanja pričakovanih učinkov delovanja s perspektive različnih deležnikov, se gledano globalno, pojavljajo tako terminološke kot vsebinske razlike. Preverjanje razumevanja pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij pri posameznih skupinah deležnikov razkrije parcialni pogled na doprinos nevladnih organizacij v podporni mreži na področju duševnega zdravja. Kaže se, da so deležniki pri opisu pričakovanih učinkov in pogojev za njihovo doseganje izhajali iz svojih vlog, nalog in odgovornosti, ki jih imajo v mreži na področju duševnega zdravja in ne iz pričakovane vloge nevladnih organizacij v državi. Mohammad et al (2017) ugotavljajo, da je potrebno vključiti tudi kulturni vidik in dejansko situacijo v okolju. Gre za primanjkljaj znanja o dejanski vlogi nevladnih organizacij v sistemu in za paciente z motnjo v duševnem zdravju. Iz tega sledi ukrep: povečati informiranost in razumevanje deležnikov o vseh razsežnostih pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij v sistemu ter utemeljiti prispevek posameznika v razvoju skupnostni skrbi na področju duševnega zdravja. Med izvajalci je prisotno nerazumevanje nove situacije po implementaciji novih profilov s področja duševnega zdravja, kar ima za posledico pomanjkljivo realizacijo aktivnosti za razvoj skupnostne skrbi za paciente z motnjo v duševnem zdravju. Zaznati je nezaupanje pri nekaterih izvajalcih javnih organizacij v smislu razkoraka med besedami in dejanji. De Vita in Fleming (2001) ugotavljata, da je temeljna razlika med nevladnimi in javnimi organizacijami v petih komponentah: v viziji in poslanstvu

(namen in cilji), v vodstvu (strokovni delavci, člani uprave in prostovoljci), virih (zbiranje sredstev in virov financiranja), dosegom (odnosi z javnostmi, ozaveščanje skupnosti in sodelovanje) in v storitvah, izvidih obravnave. Ravno medsebojno poznavanje in priznavanje razlik med izvajalci v mreži storitev je pomemben element pri celoviti obravnavi pacientov z motnjo v duševnem zdravju ali kakimi drugimi odkloni v zdravju (Zupančič & Pahor, 2016).

Drug pomemben vsebinski vidik pa so razlike v prepoznavanju potreb pacientov z motnjo v duševnem zdravju med strokovnjaki in izvajalci na eni strani in dejanskimi potrebami pacientov na drugi strani. Tudi drugje prihajajo do ugotovitev, da je prisotna potreba po sistematičnem ugotavljanju potreb pacientov z motnjo v duševnem zdravju (Barker, et al., 2014) in pospeševanje vključevanja oseb z motnjo v duševnem zdravju v obravnavo (Andrade et al., 2014). Za paciente z motnjo v duševnem zdravju je, kot kažejo raziskave, prostovoljstvo skozi vključevanje v nevladne organizacije smiselni način, ki jim omogoča, da sodelujejo v družbenem življenju njihovih skupnosti, pozitiven učinek ima pa tudi na njihovo duševno zdravje (Clark, 2003). Za izvajalce zdravstvene nege so prepoznane priložnosti v poznavanju lokalne situacije podporne mreže in njenih izvajalcev, sodelovalnem odnosu med deležniki, zadovoljevanju psiho-socialnih potreb pacientov z motnjo v duševnem zdravju tudi z olajševanjem njihovega dostopa do nevladnih organizacij. Aktualna je pravica pacienta do izbire in odločanja, kar izvajalcem tudi s področja zdravstvene nege narekuje na nujnost zagotavljanja informacij pacientom o delovanju nevladnih organizacij. Za vključevanje nevladnih organizacij v obravnavo pacienta se zdi pomembno poznavanje sedanjega položaja nevladne organizacije v njenem življenjskem ciklusu in v družbeno–kronološkem kontekstu podporne mreže lokalne skupnosti, ter stopnja specializacije storitev (Zupančič & Pahor, 2016).

#### Prednosti in omejitve študije

Predstavljena analiza ima sicer glede svojih ugotovitev vse tiste omejitve, ki so značilne za uporabo podatkov, zbranih na podlagi študije primera s kombinacijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metodologije. Je le ena izmed nizov analiz na poti prizadevanj za celovito obravnavo in razvoj skupnostne skrbi na področju duševnega zdravja.

## ZAKLJUČEK

Pričakovani učinki delovanja nevladnih organizacij v sistemu skrbi na področju duševnega zdravja so predvsem pozitivni. Potrebno je povečati informiranost in razumevanje deležnikov o vseh pričakovanih učinkov delovanja nevladnih organizacij v sistemu ter utemeljiti prispevek posameznika v razvoju skupnostni skrbi na področju duševnega zdravja. Napredek v razvoju skupnostne skrbi za zdravje v lokalnih skupnostih je možen ob priznavanju in upoštevanju kvalitativnih razlik med različnimi deležniki ter ob realizaciji lastne vloge vsakega izmed deležnikov v sistemu, kar velja tudi za izvajalce zdravstvene nege.

## Literatura

- AJPES. 2013. Agencija Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve – AJPES. 2003–2013. Informacije o poslovnem registru Slovenje. Available at: [http://www.ajpes.si/Registri/Poslovni\\_register/Porocila/Arhiv](http://www.ajpes.si/Registri/Poslovni_register/Porocila/Arhiv) [2. januar 2017].
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, E. J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., & et al. 2014. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44, pp. 1303-17.
- Barker, Sue, Vanessa Heaslip, Sonya Chelvanayagam. 2014. Addressing older people's mental health needs in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, 19 (5), pp. 234–8.
- Clark, S. 2003. Voluntary work benefits mental health. *A life Day*, 7 (1), pp. 10–14.
- De Vita, C. J. I. & Fleming, C. 2001. *Building Capacity in Nonprofit Organizations*. The Urban institute. Available at: [http://research.urban.org/UploadedPDF/building\\_capacity.PDF](http://research.urban.org/UploadedPDF/building_capacity.PDF) [3. marec 2017].
- Evidenca društev v javnem interesu na področju socialnega varstva. 2014. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/drustva\\_v\\_javnem\\_interesu/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/drustva_v_javnem_interesu/) [1. 4. 2017].
- Frank, A. W. 1995. *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago:University of Chicago Press.
- Kolarič, Z., Črnak Meglič, A., Rihter L., Boškić R. & Rakar, T. 2006. *Velikost, obseg in vloga zasebnega neprofitnega sektorja v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za proučevanje družbene blaginje.
- Mohammad M., Hannigan, B. & Jones, A. 2017. and Aled Jones Challenges for nurses who work in community mental health centres in the West Bank, Palestine. *International Journal of Mental Health System*, 11, 3.
- Mathieson, C. M. & Henderikus, J. S. 1995. Renegotiating identity: Cancer narratives. *Sociology of Health and Illness*, 17 (3), pp. 383–306.
- Mesec, B. 2008. *Družbeni okvir neprofitnih organizacij*. Ljubljana: Fakulteta za socialo delo.
- Oreški, S., Dernovšek, M. Z., Igor Hrast, I., Serec, M. 2013. *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut.
- Razvid humanitarnih organizacij, splošnih dobrodelnih organizacij in organizacij za samopomoč*. 2014. Available at: [http://www.mddsz.gov.si/si/delovna\\_podrocja/sociala/humanitarne\\_organizacije/](http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/humanitarne_organizacije/) [15. 3. 2017].
- Salamon, L. M., Sokolowski, S. W. & Anheier, K. H. 2000. *Social origins of civil society: An overview, Working Papers of the Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project*. Available at: [http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2011/09/CNP\\_WP38\\_2000.pdf](http://ccss.jhu.edu/wp-content/uploads/downloads/2011/09/CNP_WP38_2000.pdf) 23 [3. 4. 2017].
- Slovenska zveza za javno zdravje, okolje in tobačno kontrolo. 2017. *Register NVO s področja zdravja*. Available at: <http://nvozdravje.si/projekt/register-nvo-na-podrocju-zdravja/> [4. 6. 2017]



The European Mental Health Action Plan. 2013. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf) [4. 6. 2017].

Ustava Republike Slovenije 1991. Available at: [http://www.uradni-list.si/\\_pdf/1991/Ur/u1991033.pdf](http://www.uradni-list.si/_pdf/1991/Ur/u1991033.pdf) [3. 5. 2017].

Videmšek, P. 2011. *Vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravjem na delovanje skupnostnih služb za duševno zdravje v Sloveniji*: doktorska disertacija. Ljubljana: FSD.

WHO, 2008. *Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/9/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_slv.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/9/WHO_IER_CSDH_08.1_slv.pdf) [2. 5. 2017].

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). *Uradni list RS št. 77/ 2008*. Available at: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=88016> [6. 4. 2017].

Zakon o društvih (ZDru-1). *Uradni list RS št. 61/2006*. Dostopno prek: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=73792> [2. 5. 2017].

Zupančič, V. 2016. *Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo*: doktorska disertacija. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Zupančič, V. & Pahor, M. 2016. The role of non governmental organizations in the mental health area: differences in understanding. *Zdravstveno varstvo*, 55(4), pp. 1-8.

## **NAMESTITEV PACIENTA V NEPRILAGOJEN POLOŽAJ ZA OPERACIJO LAHKO POVZROČI DODATNO BOLEČINO IN POŠKODBO ŽIVCA**

### **UNSUITABLE PATIENT POSITIONING FOR THE OPERATION CAN COUSE ADDITIONAL PAIN AND NERVE INJURY**

Bojana MARTINČIČ, dipl. m. s.

Maša SOPOTNIK, dipl. m. s.

Martin ERAK, dipl. zn

Onkološki inštitut Ljubljana

[martin@onko-i.si](mailto:martin@onko-i.si)

#### **IZVLEČEK**

Kakovostna priprava bolnika na operativni poseg je ključnega pomena za nemoten potek dela med operacijo. Del priprave je tudi nameščanje bolnika v primeren položaj za operacijo. Bolnika se namesti v enega izmed štirih osnovnih terapevtskih položajev: hrbtni, litotomijski, bočni ali trebušni. Medicinske sestre pri izvajanju pooperativne zdravstvene nege opažajo, da bolniki doživljajo bolečine v predelih telesa, ki niso neposredno povezani z mestom operativnega posega. Namen prispevka je ugotoviti povezavo med izbranim terapevtskim položajem in doživljanjem nespecifične bolečine v pooperativnem obdobju. V literaturi so opisani štiri položaji; hrbtni, trebušni, bočni ter litotomijski. Prispevek se nanaša na kritične točke pri nameščanju bolnika v litotomijski in hrbtni položaj. Raziskave v tujini so pokazale, da položaj med operacijo lahko povzroči bolečino v sklepih, mišicah, poškodbe živcev in utesnitveni sindrom. Za zmanjšanje pojava bolečine povezane s poškodbo perifernih živcev in drugih po-operativnih zapletov povezanih s položajem bolnika med operacijo je potrebna dobra komunikacija ter sodelovanje med zaposlenimi v operacijskem prostoru, za kar v največji meri poskrbijo medicinske sestre in bolničarji. Pomembna je tudi temeljita anamneza bolnika o omejitvah gibanja, o prisotni predoperativni bolečini, saj je lahko povezana s povečanim tveganjem za bolečino in poškodbo živca po operaciji, ter mu omogočiti, da buden sodeluje pri nameščanju v položaj. Raziskav in z dokazi podprtih podatkov o neprimernih položajih bolnikov in z njimi povezano bolečino je malo, več jih je vezanih na poškodbo perifernega živca, čeprav je bolečina že prvi simptom poškodbe živca, ki kratkotrajno omeji bolnika in poveča koriščenje analgetske terapije. Zdravstveni delavci potrebujejo več znanja in informacij o primernih medoperativnih položajih za zmanjšanje pooperativne bolečine in možnosti komplikacij. Pregled literature je izhodišče za izvedbo raziskave na Onkološkem Inštitutu Ljubljana o preprečevanju pooperativne bolečine zaradi položaja med operacijo in nameščanju bolnika v optimalno lego za operacijo, pri katerem sodeluje celotni zdravstveni tim.

**Ključne besede:** nameščanje za operativni poseg, poškodbe perifernih živcev, pooperativna bolečina zaradi položaja, operativni položaj in posledice

#### ABSTRACT

The quality of a patient preparation for surgery is essential for a smooth work during surgery. A part of the preparation is also positioning the patient in an appropriate position for an operation. The patient is placed in one of the four basic therapeutic positions: supine, lithotomy, lateral or prone. Nurses performing post-operative care have noticed that patients experience pain in body parts that are not directly affected or related to the surgery wound. The purpose of the article is to determine the connection between particular therapeutic position and experiencing nonspecific pain during postoperative period. The literature describes four positions; supine, prone, lateral and lithotomy. In article there will be describe supine and lithotomy position. The research abroad has shown that the position during surgery can cause joint and muscle pain, nerve damage and compartment syndrome. To reduce the pain and other post-operative complications, related to patient's positioning during the operation requires better communication and cooperation between coworkers in the operating room. Careful patients history is very important for patient's movement restrictions, about present preoperative pain, because it can enable the patient to participate in positioning before anesthesia, and can be related with increased pain after surgery. There is not many researches with evidence-based data on patient's inappropriate positioning and associated pain, there is much more researches of periferal nerve injuries caused with positioning. Pain restricted movement is first symptom of nerve injury and a main reason of analgetics overuse. Theatre team members need more knowledge and information about interoperative positions, to reduce post-operative pain, nerve injuries and other complications. Literature overview is the starting point of a research at the Oncology Institute of Ljubljana, related with prevention of postoperative pain caused by positioning and an optimal surgical positioning of a patient, that involves the entire theatre team.

**Keywords:** positioning for surgery, periferal nerve injury, postoperative pain caused by position, surgery position and consequences

#### UVOD

Kakovostna priprava bolnika na operativni poseg je ključnega pomena za nemoten potek dela med operacijo. Del priprave je tudi nameščanje bolnika v primeren položaj za operacijo, ki mora ustrezati mestu operacije, bolnikovim potrebam, njegovim motoričnim posebnostim, izvajalcu operacije in anesteziji. V prispevku sta opisana modificiran hrbtni položaj, pri operacijah ščitnice in litotomijski položaj, saj predstavljata največje tveganje za bolečino povezano s poškodbo katerega od perifernih živcev. Medicinske sestre pri izvajanju pooperativne zdravstvene nege opažajo, da bolniki doživljajo bolečine v predelih telesa, ki

niso neposredno povezani z mestom operativnega posega. Namen prispevka je ugotoviti povezavo med izbranim terapevtskim položajem in doživljanjem nespecifične bolečine v pooperativnem obdobju, katera je prvi simptom poškodbe perifernega živca. Ugotovitve bodo izhodišče za izvedbo raziskave na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

## Nameščanje bolnika v položaj za operacijo

Bolnika nameščamo v fiziološki, terapevtski ali preiskovalni položaj. Za potrebe operacije, se uporablja vsaj eden od štirih terapevtskih položajev: hrbtni, trebušni, bočni ali litotomijski. Optimalni položaj bolnika med operacijo pripomore k preprečevanju poškodb bolnika, ki lahko nastanejo tekom operacije. Varna namestitvev bolnika v operativni položaj predstavlja izziv celotni ekipi, katero predstavljajo kirurg, kirurg asistent, dve operacijski medicinski sestri, anesteziolog, anestezijska medicinska sestra in bolničar. Ključnega pomena je medsebojna komunikacija ter timsko delo, za kar največkrat poskrbijo medicinske sestre in bolničarji (Kidd & Deen, 2015). Poleg tega Green Wan (2015) omenja tudi pomen primernih pripomočkov, ki omogočajo optimalne možnosti za nameščanje bolnika. Zaradi izrabe razbremenilnih pripomočkov, držal in operacijskih miz je namestitev bolnika otežena. Za daljšo življenjsko dobo pripomočkov skrbi operacijsko osebje s pravilnim čiščenjem, uporabo in hrambo le teh.

Vsak položaj je izbran individualno za točno določenega bolnika, za kar zaposleni uporabljajo znanja iz anatomije, fiziologije in biomehanike. Položaj je prilagojen bolnikovim potrebam, zadostni izpostavljenosti in dostopnosti operativnega polja kirurškemu delu ekipe, ter dostopu za vzdrževanje dihalne poti, dovajanje infuzij in monitoring anestezijskemu delu ekipe (Bouyer-Ferullo, 2013). Sørensen s sodelavci (2015) ugotavlja, da sta Timmons in Tanner (2005) z raziskavo potrdila, da je sodelovanje vseh profilov v operacijskih prostorih izjemnega pomena vendar je podcenjen pomen interdisciplinarnega sodelovanja med zaposlenimi v operacijskih prostorih.

Servant s sodelavci (2009) opisuje hrbtni ravni položaj kot najpogosteje uporabljen kirurški položaj. Za hrbtni ravni položaj je miza ravna, bolnik leži na njej na hrbtu. Glava in hrbet sta ravna in v isti horizontalni ravnini. Nogi ležita ravni vzporedno. Kolčna in kolenska sklepa sta v ekstenziji. Roki sta nameščeni vzporedno s trupom in sta vloženi v zankasta nosila okoli podlahti in zavarovanima komolcema ali pa ležita na operacijski mizi zavarovani v kompresi. Lahko sta nameščeni tudi na držalih za roke in adducirani (odročeni) pod kotom manjšim od 90 stopinj od telesa, dlani sta v supinaciji (obrnjeni navzgor) za preprečitev kompresije nervusa (n.) ulnarisa in n. radialisa ter poškodb mehkih tkiv na palmarni strani (Goldman, 2008). Pri operacijah ščitnice se bolnika namesti v modificiran hrbtni položaj, kjer ima bolnik roke v addukciji in podložen valj pod lopaticami v višini ramen. Tako je operativno polje- vrat najbolj dostopno za kirurga.

Servant in sodelavci (2009) navajajo nevarnosti hrbtnega ravnega položaja:

- Hiperekstenzija kolen v primerih, ko se podloži samo pete, hkrati pa je potrebno namestiti varovalni pas preko bolnikovih nog vsaj deset centimetrov nad kolena, da se le ta prepreči.
- Poškodba kože nad predeli, kjer je takoj pod kožo kost: zatilje, torakalna vretenca, lopatici, komolca, križnica, petnici – če niso ustrezno podloženi z gel blazinami.
- Pri namestitvi glave za operacije v vratni regiji, je ta ekstenzirana za približno deset stopinj, med ramena postavljena nizka gel blazina, nogi spuščeni navzdol (antitrendelenburg), obstaja velika možnost hiperekstenzije vratu.
- Izključitev predhodnih poškodb vratu je nujna dokler je bolnik še pri zavesti.
- Pri rokah nameščenih ob telesu, v zankah, izredno visoka možnost poškodbe n. ulnarisa zaradi napačnega nameščanja v položaj roke same. Nepodprt komolec spolzi iz zanke na račun teže roke in pritiska ob okovje mize. Celotna roka mora biti zavarovana tako, da je komolec ovit v kompreso, ki je zatlačena pod bolnika, zanka pa nameščena tako, da onemogoča visenje roke iz zanke (Goldman, 2008).
- Pri rokah nameščenih na nosilcih morajo le-ti biti nameščeni v isti ravnini kot miza za preprečitev prekomernega raztezanja brahialnega pleteža (Dybec, et al., 2013).

V litotomijski položaj se namešča bolnika za vse ginekološke in abdominalne operacije v mali medenici. S tem, ko ima bolnik dvignjene noge, je medenica bolj vidna in izpostavljena, hkrati pa zmanjšuje tenzijo na medenični in sakralni predel. Roke so praviloma v abdukciji (Sørensen, et al., 2015).

Izhodišče položaja je ravni hrbtni položaj, kjer se hkrati dvigneta obe nogi nad ali v nivo bokov – 80 do 100 stopinjska fleksija kolčnih sklepov in se ju abducira 30 do 45 stopinj od sredinske linije, kolena se pokrči, meča se namesti v ustrezna nosila na noge, perineum pa se namesti na skrajni konec operacijske mize. Roki sta lahko odročeni pod kotom manjšim od 90 stopinj ali pa nameščeni vzdolž telesa, zavarovani na namenskih nosilcih za roke. Položaj se pogosto uporablja saj nudi operaterju dober pregled in enostaven fizični dostop da perinealne regije (Dybec, et al., 2013).

Nevarnosti pri nameščanju bolnika v litotomijski položaj (Webster, 2012):

- Pri rokah nameščenih ob telo obstaja povečana možnost poškodbe prstov pri vnovičnem nameščanju na začetku odstranjenega ali dvignjenega nožnega dela operacijske mize na koncu operacije.
- Poškodbe živcev zaradi ekstremne fleksije kolčnih sklepov in s tem povzročenim nategom n. ischiadicusa in n. obturatoriusa ali direktnega pritiska n. femoralisa pod ingvinalnim ligamentom. Na distalnem delu spodnje okončine sta pritisku posebej izpostavljena n. peroneus comunis in n. saphenous, ki se ovijata okoli vratu fibule oziroma medialnega kondila tibije.
- Zaradi kompresije meč je povečana nevarnost za vensko tromboembolijo in kompartment sindrom. Največji faktor nastanka je čas oziroma trajanje posega. Pri vseh bolnikih v

litotomskem položaju v času več kot pet ur, izvajamo kontinuirano invazivno merjenje kompartment tlaka.

## Poškodbe perifernih živcev in dejavniki tveganja

S pravilnim nameščanjem bolnika, podlaganjem in uporabo pripomočkov lahko preprečimo nastanek sile, ki bi povzročila poškodbo živca (O'Connor & Radcliffe, 2015). Kadar pride do poškodbe perifernega živca, bolnik čuti bolečino, mravljinčenje, otrplost, otežkočeno gibanje. Katerikoli od teh simptomov lahko vpliva na opravljanje vsakdanjih življenjskih aktivnosti (Bouyer-Ferullo, 2013).

Webster (2012) v svojem prispevku dejavnike tveganja razdeli na bolnikove, kirurške in anestezijske.

Bolnikovi dejavniki nastanka poškodbe perifernega živca obsegajo njegov indeks telesne mase, starost, žilne bolezni, diabetes, kajenje, moški spol, hipotenzija, hipovolemija, dehidracija, koagulopatija, prisotnost hematoma v bližini živca, infekcija, prisotnost abscesa v bližini živca, od prej prisotna generalizirana neuropatija, strukturne anomalije, kongenitalne nenormalnosti (zožitev torakalnega prehoda oziroma utesnitev vene, arterije, živca na prehodu iz vratne regije v roko, zožitev v kondilarnem žlebu, artritično ožanje sklepnih špranj); hipotermija (visoka incidenca poškodbe živca po inducirani hipotermiji); integriteta kože, obsegi gibov posameznih sklepov, implantanti.

Kirurški dejavniki so verjetno najpomembnejši dejavniki tveganja za nastanek poškodbe perifernega živca. Uporaba kirurških pripomočkov, poškodbe n. ulnarisa so povezane tudi z reborno retrakcijo, ki lahko raztegne brahialni živčni pletež. Disekcija aksilarnih bezgavk lahko vodi do prekomernega vzdolžnega natega n. thoracicus longus in do motoričnega izpada musculus (m.) serratus anterior ter motenega gibanja lopatice. Vsak kirurški položaj, predstavlja možnost za poškodbo živca predvsem, če poseg poteka daljši čas. Bouyer-Ferullo (2013) navaja, da so posebej izpostavljeni pacienti, ki so v določen položaj nameščeni štiri ure ali več.

Anestezijski dejavniki in nameščanje v položaj zajemajo poškodbe povzročene neposredno z iglo pri regionalni anesteziji, nezadostnim podlaganjem in neuporabe ali napačne uporabe materiala za podlaganje, slabim nameščanjem v položaj (Webster, 2012).

O'Connor in Radcliffe (2015) navajata, da je težko opredeliti v kolikšni meri se pojavljajo poškodbe živcev med operacijo povzročene z neprimernim položajem, vendar ocenjujeta, da ne več kot pri 1,4 % bolnikov medtem, ko Bouyer-Ferullo (2013) navaja nastanek poškodbe perifernih živcev pri 0,02 % do 21 % bolnikov in zaradi tega podaljšanje hospitalizacije za 24 ur. Razlike se predvidoma pojavijo tudi zaradi različnih kriterijev pri izvajanju raziskav.

Ne glede na bolnikovo individualno tveganje je težko oceniti v kolikšni meri je bolnik ogrožen za poškodbo katerega od živcev, saj je potrebno upoštevati tudi zunanje dejavnike tveganja za poškodbo. Glede na podatke American Society of Anesthesiologists (ASA) so poškodbe živcev med operacijo s 16 % druge najbolj pogoste poškodbe beležene iz strani anestezije. Najpogosteje se pojavljajo poškodbe n. ulnaris (28 %) in brahialnega pleteža (20 %), sledijo ji veje lumbalnosakralnega živčevja, predvsem n. peroneus (16 %) in hrbtenjače (13 %) (O'Connor & Radcliffe, 2015). Periferni živec se lahko poškoduje že ob 10-15 % raztezanju, da bolnik čuti senzorične spremembe pa je dovolj že 15-30 min dolg poseg v neprimernem položaju (Bouyer-Ferullo, 2013).

Manvell in sodelavci (2015) so se lotili raziskave, v kateri so merili nevrodinamiko radialnega, medialnega in ularnega živca v sedmih različnih položajih. Raziskavo so speljali na kadavrih v manj kot 48 ur po smrti. Na veje izbranih živcev so vpeli napravo, ki je merila napetost živčnega vlakna v različnih položajih. Začetni anatomski položaj je predstavljal položaj ramenskega sklepa v nevtralni legi, komolci pod kotom 90 stopinj in dlan v pronaciji. Najbolj uporaben podatek iz te raziskave je, v katerem položaju so največje razlike v napetosti med živci, saj takšen položaj roke predstavlja največje tveganje za poškodbo živca. V dveh položajih se je izkazala izstopajoča razlika med vsemi tremi napetostmi. Prvi je položaj, kjer se vrši pritisk na lopatico, ramenski sklep je abduciran in rotiran proti telesu, komolec v ekstenziji, zapestje v fleksiji in rotirano na ularno stran in palec na dlani v fleksiji. Drugi položaj je do zapestja enak prejšnjemu, le da zapestje ni rotirano in da je palec na roki v nevtralnem položaju.

Vzroki kompresijske poškodbe in poškodbe z nategom živca so slaba namestitvev okončin v položaj, nezadostno podlaganje okončine z gel podlogami, zažemanje, kirurška oprema (retraktorji, okovje operacijske mize in dodatki), hematomi ter abscesi (Webster, 2012).

Na Danskem je med letoma 1996 in 2002 danska zdravstvena zavarovalnica izplačala prek 1,8 milijona ameriških dolarjev 100 kirurškim bolnikom, ki so utrpeli fizične in psihološke poškodbe zaradi nameščanja v položaj. Ne glede na ekonomski vidik, je nameščanje bolnika v položaj za operacijo pomembna intervencija, ki potrebuje več pozornosti za izboljšanje prakse (Sørensen, et al., 2015).

## DISKUSIJA

Nameščanje bolnika v položaj za operacijo je pomemben del priprave in mora biti prilagojen individualno glede na bolnika in poseg. Association of Surgical Technologists je aprila 2011 sprejel standard prakse za kirurško nameščanje pacientov. Ta vsebuje 12 osnovnih točk, ki služijo kot vodilo dobre prakse. Prva točka poudarja, da ima celotna ekipa skupni cilj in sicer varno in učinkovito nameščanje pacienta za operacijo in druga, da morajo biti vsi člani ekipe informirani o načrtu poteka operacije in specifične fiziološke faktorje pacienta, ki lahko vplivajo na nameščanje za operacijo. Bouyer-Ferullo (2013) navaja, da se periferni živec lahko

poškoduje že ob 10-15 % raztezanju, bolnik pa čuti senzorične spremembe že po 15-30 minut dolgem posegu, kar priča o dejstvu, kako pomembno je položaj bolnika za operacijo v naprej dobro načrtovati. Ker je najdenih malo raziskav vezanih na pooperativno bolečino zaradi neprilagojenega položaja, se na Onkološkem inštitutu Ljubljana pripravlja raziskava, ki bo ponazarjala v kolikšnem deležu se s položajem povzroči pooperativno bolečino in v kolikšni meri le ta vpliva na vsakodnevne življenjske aktivnosti, povečano porabo analgezije in ali se zaradi tega podaljša čas hospitalizacije. O'Connor in Radcliffe (2015) navajata poškodbe perifernega živca pri ne več kot 1,4 % operiranih, vendar v raziskavi upoštevata predvsem dolgotrajne posledice medtem, ko Bouyer-Ferullo (2013) navaja 21 % operiranih s težavami v prvih 24 urah po operaciji, vendar so v raziskavo vključeni tudi operiranci po regionalni anesteziji, pri katerih je lahko prišlo do poškodbe živca zaradi vrste anestezije in ne zaradi položaja.

## ZAKLJUČEK

V prispevku so navedeni rezultati raziskav, ki so uporabni in potrjujejo dejstvo, da je nameščanje pacienta pomembna zdravstveno –negovalna aktivnost, za katero je potrebno skrbno načrtovanje, individualen pristop glede na pacienta in poseg ter zahteva sodelovanje celotne operacijske ekipe. Vendar podatki ne predstavljajo celotnega odgovora na raziskovalna vprašanja, saj je raziskav o pooperativni bolečini malo, rezultati se med seboj zelo razlikujejo in zajemajo kriterije, ki le delno odgovarjajo na prvotna vprašanja. Ker je na Onkološkem inštitutu Ljubljana večkrat opažena bolečina pri operiranih v okončinah po operaciji, se pripravlja raziskava, ki bo povod za izboljšanje prakse nameščanja bolnika v položaj za operacijo. Primer dobre prakse iz tujine je, da bolnika še budnega namestijo v položaj za operacijo, po 15 minutah skupaj s bolnikom analizirajo ustreznost položaja. Premalo je poudarka na bolnikovih motoričnih zmožnostih v budnem stanju, površno se opazuje in spreminja položaj med operacijo po premikih in ob dolgotrajni namestitvi v položaj, ki že v osnovi predstavlja dejavnik tveganja za poškodbo perifernega živca (kot je litotomijski ali modificiran hrbtni).

## Literatura

*AST Standards of Practice for Surgical Positioning*, 2011. Association of Surgical Technologists.

Bouyer-Ferullo, S., 2013. Preventing perioperative peripheral nerve injuries. *AORN Journal*, 97(1), pp. 111–112.

Dybec, R.B., Kneeder, J.A., Pfister, J.I., Winters, K.L. & Adams, T., 2013. *Basic Principles of Patient Positioning*. 1st ed. Denver: Pfiedler Enterprise, pp. 15–16.

Goldman, M.A., 2008. *Pocket guide to the operating room* 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, pp. 21–22.



Green, Wan P.A., 2015. Evaluating safety in the or: tips for the LNC. *The Journal of Legal Nurse Consulting*, 26(4), pp. 7–10.

Kidd, L.R. & Deen, T., 2015. Getting smarter with patient positioning. *Journal of Robotic Surgery*, 9, pp. 171–172.

Manvell, J., Manvell, N., Snodgrass, S. & Reid, S., 2015. Improving the radial nerve neurodynamic test: An observation of tension of the radial nerve, median and ulnar nerves during upper limb positioning. *Manual Therapy*, 20, pp. 790–796.

O' Connor, D. & Radcliffe, J., 2015. Patient positioning in anesthesia. *Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 16(11), pp. 543–547.

Servant, C., Purkiss, S. & Hughes, J., 2009. *Positioning Patients for Surgery. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press*, pp. 157–160.

Sørensen, E., Hoffmann Kusk, K. & Grønkjær, M., 2015. Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25, pp. 690–698.

Webster, K., 2012. Peripheral nerve injuries and positioning for general anaesthesia. *Anaesthesia Tutorial of the Week*, 258, pp. 3–6.

## PREDNOSTI, KI JIH KLINIČNA POT ZA SRČNO OPERACIJO PRINAŠA PACIENTU

### ADVANTAGES, THAT THE CLINICAL WAY FOR HEART SURGERY BRINGS TO THE PATIENT

Blanka Pust, mag. zdr.neg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja

blanka.pust@kclj.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Uvedba in uporaba klinične poti omogoča boljše sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravljenje pacienta. Klinična pot je orodje, ki temelji na uveljavljenem znanju v zdravstvu in opredeljuje standardni način zdravljenja. S tem se prispeva h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Namen: Namen prispevka je prikazati prednosti obravnave pacienta po klinični poti pri operaciji na odprtem srcu.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izvedena je bila analiza domače in tuje literature. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih podatkovnih baz: Medline, CHINAL in ScienceDirect. Opravili smo telefonske intervjuje pacientov, obravnavanih po klinični poti za srčno operacijo. Intervjuje smo opravili s pomočjo sklopov vprašanj iz dokumenta Klinična pot za srčno operacijo. Vneseni podatki so bili obdelani in analizirani s pomočjo statističnega programa SPP 17. **Rezultati:** Z analizo podatkov pridobljenih s pomočjo obravnave po klinični poti za srčno operacijo smo pridobili podatke o starosti, spolu, bolečini po odpustu, operativni rani, zmožnostjo samooskrbe in zadovoljstvu operiranih pacientov. Beležili smo kazalnike kakovosti kot so razjeda zaradi pritiska in zbirali podatke o odklonih. **Diskusija in zaključek:** Z obravnavo pacienta s pomočjo klinične poti zagotovimo dobro organizacijo dela, usklajen potek od sprejema do kontrole po odpustu, ter transparentnost vseh izvedenih aktivnosti vsakega izvajalca. S pomočjo dokumentacije je mogoče preveriti in ovrednotiti potek obravnave, izide in rezultate, kar vodi k odličnosti v medicini in zdravstveni negi.

**Ključne besede:** dokumentiranje v zdravstveni negi, kakovost v zdravstvu, e- zdravje.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The introduction of the clinical way enables a more regular and sure way of collecting, handling and display of data, that is important for the treatment of patients. The clinical way is a tool based on the established knowledge in health care and defines the standard manner of treatment, which contributes to the quality and safety of medical treatment. Purpose: The purpose of the contribution is to show the advantages of the use of the clinical way with open heart surgery. **Methods:** The descriptive method of work was used. An analysis of home and foreign literature was done. The literature was searched for

with the help of the following information bases: Medline, CHINAL and Science Direct. We conducted telephone interviews with the patients, treated with the clinical way for heart surgery. The interviews were conducted with the help of questions from the Clinical Way for Heart Surgery document. The collected data was processed and analyzed with the help of the statistical program SPP 17. **Results:** With the analysis of the data gathered with the help of the clinical way for heart surgery treatment, we received information about age, gender, pain level after discharge, surgery wound, self-care capability and satisfaction of operated patients. We made notes of the indicators of quality, such as pressure ulcers, and collected data about deviations. **Discussion and conclusion:** We ensure a well organized, coordinated work process when treating a patient with the help of the clinical way, from admission to check up after discharge, and a transparency of all the activities performed by each performer. With the help of documentation, we can check and evaluate the course of the treatment and test results, which leads to excellence in medical and health care.

**Keywords:** documenting in nursing care, quality in health care , e-health

## UVOD

Dokumentiranje v zdravstvu in zdravstveni negi je v sodobnem svetu izredno pomembno. Namen dokumentiranja je, da bo vsebina dokumenta dosegljiva, ko jo bomo potrebovali. Na podlagi kliničnih smernic za zdravstveno oskrbo se uvaja in uporabi klinična pot (KP), ki omogoča boljše sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravljenje pacienta. Pri tem morajo sodelovati vsi člani tima.

Klinična pot je orodje, ki temelji na z dokazi podprti medicini, zdravstveni negi, itd. in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni načrt večdisciplinarne zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. Omogoča sledenje odklonom od standardnega postopka, ohranja utemeljeno samostojnost odločitve, poenoti klinično prakso, nenehno izboljšuje kakovost zdravstvene obravnave in spodbuja timsko delo (Berginc et al., 2006). Zdravstvenemu timu omogoča racionalno in varno obravnavo pacienta, ki je v središču procesa zdravljenja. S tem se prispeva h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Odpirajo se nove možnosti sodelovanja v zdravstveno negovalnem timu in spremljanje opravljenega dela.

Robida (2009) je menja, da je uvajanje kakovosti in varnosti v zdravstveni negi integralni del vzpostavitve celovitega sistema upravljanja na področju kakovosti in varnosti celotnega zavoda. Sistem nenehnih izboljšav, ki vključuje standardizacijo delovnih procesov in zdravstvenih storitev, se mora uporabljati za pristop k izboljšanju kakovosti in varnosti. Ob tem je pomembno redno merjenje kazalnikov kakovosti, identifikacijo vzrokov odstopanja, sistemsko in sistematično odpravljanje vzrokov, upravljanje s tveganji. Vse to lahko dosežemo tudi z uvajanjem KP.

Pranjič in Zaletel (2010) sta mnenja, da se z uporabo KP lahko izognemo improvizacijam pri delu, neželenim dogodkom, predvsem pa upoštevamo vsakega posameznika z njegovimi posebnostmi. Zagotovimo dobro organizacijo dela, usklajen potek od sprejema do odpusta ter transparentnost vseh izvedenih aktivnosti vsakega izvajalca. S pomočjo dokumentacije je mogoče preveriti in ovrednotiti potek obravnave, izide in rezultate, kar vodi v odličnost v medicini in zdravstveni negi. Marušič in Simčič (2009) poudarjata, da je KP orodje, ki ga izdelajo izvajalci zdravstvene dejavnosti sami, torej zdravniki, medicinske sestre in drugi člani zdravstvenega tima. Nihče drug jim je ne more vsiliti – ob predpostavki, da vzdrži tudi mednarodno strokovno primerjavo.

Uvedba KP in izvajanje zdravstvene obravnave po njej navadno zmanjša število napak pri zdravljenju, ponuja dobro osnovo za boljše obveščanje pacientov in njihovih sorodnikov o obravnavi. Uporabljajo jo za izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev v številnih državah. V Sloveniji so prve KP začeli razvijati leta 2002, ko so v petih bolnišnicah razvili in preizkusili takšne, ki so ustrezale njihovim razmeram in okoliščinam (Hindle, et al., 2004).

Za kakovostno obravnavo in celosten pristop k spremljanju pacienta je pomembna povezanost dokumentacije zdravstvene nege z drugimi dokumenti. Poleg papirne oblike dokumentacije je potrebno razvijati računalniško podprte rešitve, s katerimi lahko vplivamo na zmanjševanje papirnih evidenc, preprečevanju napak v procesu zdravljenja in zdravstvene nege, optimizacijo procesov ter racionalno razporejanje virov (Priatelj, et al., 2011). S pomočjo računalniško podprto dokumentacijo je lažja analiza in statistična obdelava podatkov, pa naj si gre ob tem za podatke pomembne za zdravstveno nego ali kot rezultate zdravljenja (Pust, 2013).

Več avtorjev je že v preteklosti opisovalo, da dokumentiranje zagotavlja kontinuiteto dela, odraža profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege. Dokumentacija zdravstvene nege je bistven in pisen dokument, ki je odraz dela medicinske sestre. Pomeni osnovo za vrednotenje opravljenega dela in edini instrument, ki zagotavlja pravno zaščito medicinske sestre. Ne glede na to, ali poteka dokumentiranje ročno ali je podprto z informacijsko tehnologijo, je pomembno, da je metoda beleženje informacij in obrazci enotna ter da so upoštevani standardi zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2006). Dokumentacija hkrati omogoča, da stroka postane vidna, ob tem pa postaja e-zdravje pomemben vidik za kakovostne storitve v zdravstvu. S pomočjo in uporabo informacijskih in komunikacijskih tehnologij (IKT) podpiramo zdravstvene storitve ter razvijamo sisteme za implementacijo tudi na področju e-zdravstvene nege (Pust, 2013).

Uporaba klinične poti za srčno operacijo prispeva k poenotenemu pristopu k delu, izboljšanju varnosti pri procesu zdravljenja pacienta, od sprejema do kontrole po odpustu, k transparentnosti in sledljivosti opravljenega dela. Dokument je namenjen kakovostni in učinkoviti obravnavi pacienta, poleg tega pa je zbrane podatke možno statistično analizirati pri različnih raziskavah, povezanih s področji zdravstvene obravnave. Računalniško podprt

model e-dokumentacije je bil prototipno implementiran, preizkušen v praksi in kritično ovrednoten s prednostmi in slabostmi pri obeh načinih dokumentiranja. Implementacija je bila izvedena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja (KOKVK).

## Namen

S prispevkom želimo prikazati rezultate, ki smo jih pridobili s pomočjo računalniško podprte dokumentacije obravnave pacienta po klinični poti pri operaciji na odprtem srcu. Ob tem želimo odgovoriti na raziskovalni vprašanji:

- Kaj je dodana vrednost obravnave pacientov po klinični poti?
- Ali računalniški model lahko služi kot podlaga za statistično obdelavo podatkov, ki jih s pomočjo klinične poti in intervjujev pridobimo?

## METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Opravljena je bila analiza domače in tuje literature. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih podatkovnih baz: Medline, CHINAL in ScienceDirect. Pregledali smo tudi strokovno revijo Obzornik zdravstvene nege in različne strokovne zbornike. Opravili smo telefonske intervjuje pacientov, obravnavanih po klinični poti za srčno operacijo. Intervjuje smo opravili s pomočjo sklopov vprašanj iz dokumenta Klinična pot za srčno operacijo. Dobljene odgovore smo zabeležili v dokumentacijo. Vse zapisano smo kasneje prenesli v e-model KP. S pomočjo Microsoft Office Access 2007 smo oblikovali poizvedbe za statistično obdelavo podatkov, ki so prikazani v spodnjih tabelah. Vneseni podatki so bili obdelani in analizirani s pomočjo statističnega programa SPP 17.

## REZULTATI

Z izdelanim modelom dokumentacije KP za srčno operacijo smo pridobili podatke o pacientovi starosti, spolu, bolečini po odpustu, operativni rani, zmožnostjo samooskrbe in zadovoljstvu. Beležili smo kazalnike kakovosti kot so RZP in zbirali podatke o odklonih.

Od 20.10.2010 do 21.9.2012 smo obravnavali po KP 442 hospitaliziranih pacientov, od tega je bilo 277 moških in 164 žensk (Tabela 1). Od 28.11.2012 pa do 8.12.2014 pa smo obravnavali po KP še 128 hospitaliziranih pacientov. Zanimalo nas je predvsem kako je z bolečino in uporabo analgetika v domačem okolju, ali potrebujejo pomoč svojcev pri svojih dnevnih aktivnostih, kakšen je izgled operativne rane.

Tabela 1: Seznam pacientov po spolu in starosti

Spol	skupaj	Starost	Min	Max
moški	277	66,8	26	90
ženski	164	72,7	33	86

Po klinični poti je bilo obravnavanih več moških kot žensk. Povprečna starost pa je pri moških nižja kot pri ženskah.

Pri vsakodnevni aktivnosti v domačem okolju je pomoč po odpustu iz kliničnega okolja potrebovalo 286 pacientov. Po treh mesecih doma potrebuje pomoč svojca še 83 pacientov.

Bolečina je prisotna pri 234 pacientih, ob naslednjem klicu še pri 149 pacientih, po treh mesecih po odpustu pa bolečino opisujejo še 108 pacientov. Za lajšanje te po operativne bolečine analgetike uporablja 275 pacientov. Ob tem pa nas je tudi zanimalo kako uspešno premagujejo bolečino s predpisanim analgetikom po odpustu domov (Slika 1). Iz zapisanega je moč razbrati, da pri 23ih pacientih predpisan analgetik ni bil učinkovit.



Slika1: Uspešnost analgetika pri lajšanju bolečine

Glede na sprejete smernice za zdravljenje pacientov po srčni operaciji, smo določili odklone, ki smo jih nato spremljali in evidentirali. Spremljali smo odklone kot so: novo nastala RZP, okužba rane, motnja ritma, ipd. Najpogosteje dokumentirani odkloni so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Odkloni

Odklon	Skupaj
Atrijska fibrilacija po operativnem posegu	35
Zmanjšana sposobnost komunikacije	31
Pozitivne mikrobiološke preiskave	28
Spremenjen datum operativnega posega	27
Podaljšano bolnišnično zdravljenje	25
Nezmožnost gibanja oziroma izvajanja vaj	23
Novonastala razjeda zaradi pritiska	14

Eden izmed odklonov, ki smo ga spremljali je tudi spremenjen datum operativnega posega (Slika 2). Vzroki za ta odklon so bili različni.



Slika 2: Odklon: spremenjen datum operativnega posega

Zavedamo se, da je za kakovostno oskrbo pomembno tudi zadovoljstvo pacientov, zato smo jih ob telefonskih klicih povprašali o njihovem zadovoljstvu v času zdravljenja (Tabela 3). Vsekakor so bili kritični in posredovali jasne odgovore, saj je po treh mesecih po odpustu kar 10 pacientov izrazilo svojo nezadovoljstvo nad zdravstveno obravnavo.

Tabela 3: Zadovoljstvo pacientov

Obdobje po odpustu	Zadovoljstvo	Seštevek
po 3 mesecih	delno zadovoljen/na	1
po 3 mesecih	nezadovoljen/na	10
po 3 mesecih	zadovoljen/na	178
po 3 mesecih	zelo zadovoljen/na	125

Z vsemi pridobljenimi podatki lahko ovrednotimo celovito obravnavo pacientove rehabilitacije znotraj 3 mesecev po operativnem posegu, le to pa vodi k kakovostnejši obravnavi pacienta. Zaposlenim pripomore k natančnejši in celoviti dokumentaciji zdravstvene oskrbe. Sistemski pristop omogoča dobro sodelovanje med vsemi zaposlenimi v zdravstvu.

## DISKUSIJA

Dokumentiranje zagotavlja kontinuiteto dela, odraža profesionalnost in daje osnovo za vrednotenje zdravstvene nege. Pomeni zbiranje in zapisovanje vseh podatkov, ki jih medicinska sestra dobi pri pacientu, je zapisovanje vseh aktivnosti zdravstvene nege, tako avtonomnih kot soodvisnih in odvisnih. Natančno beleženje podatkov je pomembno za razvoj same stroke. Uspešna dokumentacija je bistvena sestavina procesne metode dela, ki vključuje ocenjevanje pacientovega zdravstvenega stanja. Je osnova za vrednotenje

opravljenega dela in edini instrument, ki zagotavlja pravno zaščito medicinske sestre, hkrati pa omogoča, da stroka postane vidna. Medicinska sestra je del interdisciplinarnega tima, kjer dokumentiranje omogoča prikaz dela članov negovalnega tima in s tem prispevek zdravstvene nege. Informacija v zdravstveni negi pomeni medicinski sestri predvsem podporo pri odločanju na strokovnem področju zdravstvene nege, kakovostna dokumentacija pa odseva profesionalno in sodobno zdravstveno nego (Abdelhak, et al., 2007; Urquhart, et al., 2009; Rajkovič, 2010; Hajdinjak & Meglič, 2012; Pust, 2013).

Z obravnavo pacientov po klinični poti se zmanjšajo možnosti napak, odklonov. Za organizacijo dela potrebujemo sprotno in zanesljivo zbiranje, obdelavo in prikaz podatkov, ki so pomembni za zdravstveno obravnavo pacienta. Ustrezna elektronska dokumentacija predstavlja ne le izziv ampak konkreten prispevek. Predlagani e-model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo, ki je bil ob tem uporabljen za analizo podatkov, je eden izmed korakov k dvigu kakovosti pri zagotavljanju kontinuirane zdravstvene obravnave.

Omogoča celovito sliko o pacientu, kakršno v procesu zdravljenja potrebujejo vsi deležniki v procesih KP obravnavanega pacienta. Prispeva k poenotenemu pristopu v praksi zdravstvene nege ter omogoča večjo razumljivost navzven, to je drugim zdravstvenim delavcem, pa tudi pacientom in njihovim svojcem. E-dokumentiranje pripomore k poenotenju, primerljivosti in možnosti nadaljnje obdelave dokumentiranih podatkov ter bo tako tudi nov korak na področju na raziskavah temelječi zdravstveni negi (Hammer, et al., 2003; Pust, 2013).

Beležili smo kazalnike kakovosti kot so razjeda zaradi pritiska (RZP) in zbirali podatke o odklonih. S temi podatki pridobimo celovito obravnavo pacientove rehabilitacije znotraj 3 mesecev po operativnem posegu, le-to pa vodi h kakovostnejši obravnavi pacienta.

## ZAKLJUČEK

Z obravnavo pacienta s pomočjo KP zagotovimo dobro organizacijo dela ter transparentnost vseh izvedenih aktivnosti vsakega izvajalca. Sam dokument in elektronsko podprt model prinaša priložnost za izboljšanje varnosti v procesu zdravljenja pacienta. Vsekakor gre za model, ki omogoča hiter in celovit dostop do zapisanih podatkov o pacientu. Odkrivanje in beleženje odklonov pa pomeni korak k izboljšanju v procesu učenja in odpravljanja odklonov, ki lahko pozitivno vpliva na zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe pacienta. S pomočjo dokumentacije je mogoče preveriti in ovrednotiti potek obravnave, izide in rezultate, kar vodi v odličnost v medicini in zdravstveni negi. Zaposlenim pripomore k natančnejši in celoviti dokumentaciji zdravstvene oskrbe. To je sistemski pristop, ki omogoča dobro sodelovanje med vsemi zaposlenimi v zdravstvu in na koncu prinaša dodano vrednost v obravnavi zdravljenja.



## Literatura

- Abdelhak, M., Grostick, S., Hanen, MA. & Jacobs, E, 2007. *Health Informatics Management of a Strategic Resource* (3). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Berginc, Dolenšek, A., Hajnrih, B., Kadivec, S., et al. eds., 2006. *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje: pp.10. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_varstvo/kakovost/prirocniki\\_in\\_publikacije/Prirocnik\\_-\\_Klinicne\\_poti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/prirocniki_in_publikacije/Prirocnik_-_Klinicne_poti.pdf) [22.9.2017].
- Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*: 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Hammer, S.V., Moen, A., Bormark, S.R. & Husby, E.H., 2003. *A hospital wide Approach to intergration of nursing documentation in the electronic patient record*. V: De Fatima Marin, H.M., Marques, E.P., Hovenga, E. & Goossen, W. (ur.) [CD-ROM]. New York: Elsevier. Proceedings of the 8th International Congress in Nursing Informatics.
- Marušič, D. & Simčič, B., 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne\\_poti/prirocnik\\_OBLIKOVANJE\\_KP\\_slo\\_170310.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf) [22.5.2017].
- Pranjič, M. & Zaletel, M., 2010. *Klinična pot zdravstvene obravnave pacienta z diabetesom ob amputaciji noge po nekrozi*. In: Štemberger Kolnik, T. et al. eds.. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic. Koper: Društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic: pp. 89-92.
- Prijatelj, V. & Trenz, Z., & Pavlovič, I., 2011. *Elektronski terapevtsko temperaturni list kot element zagotavljanja varne zdravstvene obravnave*. In: Berkopec M. *Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega / 3. dnevi Marije Tomšič*. Novo mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp.33.
- Pust, B., 2013. *Model e-dokumentacije klinične poti za srčno operacijo: magistrsko delo*. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 38–57.
- Rajkovič, U., 2010. *Sistemi pristop k oblikovanju e – dokumentacije zdravstvene nege*. Doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede. Available at: <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=13827> [22.4.2017].
- Ramšak, Pajk, J., 2006. *Dokumentacija v zdravstveni negi*: Pregled literature. Obzor Zdr N 40:137–42. Available at: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=9ee0255621bb-4d12-8d12-cd1cf4a43c7e](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=9ee0255621bb-4d12-8d12-cd1cf4a43c7e) [22.4.2017].
- Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. & Hardiker, N., 2009. *Nursing record system: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. The Cochrane Collaboration. Available at: <http://summaries.cochrane.org/CD002099/nursing-record-systems-to-improve-nursing-practice-and-health-care> [15.3.2017].

## REVMATOLOŠKI BOLNIK V AMBULANTI, KI JO VODIJO MEDICINSKE SESTRE: PRIKAZ PRIMERA

### RHEUMATOLOGY PATIENT IN A NURSE LED RHEUMATOLOGY CLINIC: CASE REPORT

Milena Pavič Nikolič, mag. zdr. neg., dipl. m. s.

Revmatološka ambulanta, Klinični oddelek za revmatologijo, Univerzitetni klinični center  
Ljubljana

milena.pavic@kclj.si

#### IZVLEČEK

Bolniki z vnetno revmatično boleznijo potrebujejo reden nadzor nad zdravljenjem ter svetovanje pri izvajanju nefarmakoloških ukrepov, ki pomembno vplivajo na njihovo vsakdanje življenje. Namen prispevka je predstaviti primer bolnika s psoriatičnim artritisom, njegovo zdravljenje in težave ter intervencije medicinske sestre. Od septembra 2011 medicinske sestre v revmatološki specialistični ambulanti Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana izvajajo kontrolne preglede nekaterih skupin bolnikov. Bolnike v ambulanto, ki jo vodijo medicinske sestre, naroči revmatolog. Najpogosteje so to bolniki, ki se zdravijo z biološkimi zdravili ter bolniki z novo uvedenim zdravljenjem. Nekateri obiščejo to ambulanto dvakrat letno nekateri večkrat. Medicinske sestre, ki na ta način spremljajo bolnike imajo posebna znanja, ki so jih pridobile na modulu, ki je potekal na kliničnem oddelku za revmatologijo spomladi 2011. Modul je vključeval znanja s področja revmatoidnega artritisa, ankilozirajočega spondiloartritisa in psoriatičnega artritisa.

**Ključne besede:** revmatologija, medicinska sestra, ambulanta, primer bolnika

#### ABSTRACT

Patients with inflammatory rheumatic diseases need a continuous care and consulting about medicine therapy and non-pharmacological treatments, which have important impact on their lives. Nurse-led clinic are established at September 2011 as a complement in the management of common inflammatory rheumatic diseases. The patients have regular appointments in nurse-led clinic, mostly two times a year and some patients more frequent. Nurses have got the special knowledges during the module in spring 2011 at Rheumatology Department Ljubljana. They were acquiring specific knowledge and skills to manage a patient with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. In this article the author was present nurses interventions and management of patient with psoriatic arthritis in nurse-led clinics.

**Key words:** rheumatology, registered nurse, nurse-led clinic, case report

## UVOD

Psoriatični artritis (PsA) je imunsko pogojena vnetna bolezen, ki lahko vpliva na sklepe, kakor tudi na kožo in povezane strukture, kot so kite in vezi. Prizadetost kože, ki se kaže z luskavico, vnetjem kit in vezi vplivajo na zmanjšanje telesne funkcije in znatno poslabšajo kakovost življenja bolnikov (Lee & Kyle, 2011). PsA prizadene ženske in moške enako pogosto, incidenca je 6 bolnikov na 100 000 letno in prevalenca okrog 1–2 na 1000 v splošni populaciji (Haroon, et al., 2013). Bolezen vpliva na bolnikov fizični, psihični in socialni aspekt življenja. Cilji zdravljenja vključujejo zmanjšanje bolečine, okorelosti in otekline, zaviranje napredovanja bolezni, optimizacijo bolnikovega delovanja, zmanjšanje psiholoških učinkov bolezni in pomoč bolniku, na način, da se ohrani kakovost življenja (Candelas, et al., 2016).

Vloga medicinske sestre na področju revmatologije obsega tudi podporo bolniku z vnetno revmatično boleznijo, najpogosteje na področju zdravstvene vzgoje. V specialistični revmatološki ambulanti Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana medicinske sestre vodijo ambulanto, kamor prihajajo tudi bolniki s PsA.

Namen prispevka je predstaviti primer bolnika ter intervencije medicinske sestre. Prvi cilj zdravljenja je izboljšati kakovost življenja, ki je neposredno povezana z boleznijo, na način, da se kontrolirajo simptomi bolezni, preprečujejo okvare sklepov in ostalih struktur. Zdravljenje je usmerjeno v normalizacijo funkcionalnosti bolnika in ponovno vključevanje v socialne aktivnosti. Za doseg vseh naštetega je potrebno nadzorovati vnetje, da bi dosegli remisijo bolezni. Bolnik mora biti deležen rednih kontrol pri specialistu. Pomembno vlogo pri spremljanju bolnika ima zdravstvena vzgoja, ki jo izvaja medicinska sestra.

### Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnika s psoriatičnim artritisom

Pomemben del smernic zdravljenja PsA je zdravstvena vzgoja bolnika, ki jo izvajajo medicinske sestre s specialnimi znanji na področju revmatologije. Zdravstvena vzgoja bolnikov je načrtovan interaktivni proces, ki je usmerjen v podporo bolniku, za lažje soočanje s spremembami, ki jih prinaša bolezen ter optimizacijo zdravja in dobrega počutja. Dobro sodelovanje ter enakopravno odločanje bolnika in zdravstvenega osebja je osnova za bolnikovo učenje (Zangi, et al., 2015).

Hiter napredek medicine na področju zdravljenja ter staranje prebivalstva zahtevata tudi spremembe pri obravnavi bolnikov s kroničnimi boleznimi. Na področju revmatologije so se korenite spremembe pričele dogajati v zadnjih dveh desetletjih, ko se je način zdravljenja začel seliti na ambulantno raven ter s tem še bolj poudaril pomembnost zdravstvene nege v specialističnih ambulantah (Pavič Nikolič, Zaletel, 2011 cited in Ryan, 2006).

Nenehno izobraževanje in tudi raziskovanje z namenom izboljšanja oskrbe bolnikov, narekuje sledenje dobrim praksam. Sodelovanje na mednarodni ravni kot del združenja European league against rheumatism (EULAR)je postalo nuja, če želimo našim bolnikom

zagotoviti zdravstveno vzgojo, ki je sestavni del zdravljenja. Mednarodna priporočila zdravstvene vzgoje bolnikov so minimalni standard za obravnavo bolnikov z vnetno revmatično boleznijo. Narejena so na z dokazi temelječi praksi in obsegajo osem točk:

- zdravstvena vzgoja je del zdravljenja vnetne revmatične bolezni,
- vsi bolniki naj imajo omogočen dostop do osnovnega učenja o bolezni in zdravljenju,
- vsebina učenja in dostop naj bosta individualno prilagojena bolniku,
- zdravstvena vzgoja je lahko individualna ali skupinska, posreduje se v pisni ali ustni obliki, preko multimedijev ali telefona,
- zdravstvena vzgoja ima teoretični okvir oblikovan na podlagi raziskav ter teorije podprte s prakso,
- uspešnost učenja je ocenjena in ovrednotena, pridobljeni podatki uporabljeni v prihodnjem načrtovanju zdravstvene vzgoje bolnikov,
- zdravstveno vzgoja zagotavljajo kompetentne medicinske sestre, če je potrebno multidisciplinarni tim,
- medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno vzgojo bolnikov morajo imeti zagotovljeno redno izobraževanje s področja vnetnih revmatičnih bolezni z namenom nadgrajevanja znanja in veščin (Zangi, et al., 2015).

Koncept zdravstvene vzgoje bolnika se je iz osnovnega, ki vsebuje zbiranje podatkov o bolezni in redne kontrole razširil na vključevanje bolnika ter njegovo prevzemanje odgovornosti za zdravje z namenom opolnomočenja za spoprijemanje z boleznijo in izboljšanje življenja (Loring, et al., 2008). Osnovni koncept procesa zdravstvene vzgoje bolnika vsebuje 5 komponent, ki se v različnih okoliščinah večkrat ponovijo. Sestavni del so:

- zdravstvena vzgoja bolnika ,
- znanje, aplicirano na bolnikovo bolezen,
- sprememba obnašanja,
- izboljšanje zdravstvenega stanja,
- izboljšan izid (kakovost življenja) (Geenen & Finset, 2012).

Primerna komunikacija z bolnikom se odvija tako na verbalni kot tudi neverbalni ravni. Da bi vzpostavili zaupen odnos z bolnikom postavljamo odprta vprašanja, naslovimo njegove skrbi in občutke. Spodbujamo ga k temu, da nas sprašuje. Ne obsojamo, ne vodimo dialoga s pozicije moči, dopustimo, da ima bolnik z nami enakovreden odnos. Medicinska sestra ima znanje o bolezni in zdravljenju, vendar ima bolnik kompleksno izkušnjo bolezni z več vidikov, npr. izguba funkcionalnosti, psihične spremembe, sprememba telesne podobe, izguba osebne identitete in omejitve na socialnem področju (Mun Ling & Marton, 2011).

Pomemben vidik življenja z vnetno revmatično boleznijo je utrujenost, ki povezuje tri dejavnike: bolezenski proces, misli, občutke, čustva in vedenje z osebnim prepričanjem bolnika (Hewlett, et al., 2011). Skozi dialog z bolnikom je potrebno izvedeti kakšen je njegov vsakdan. Katere so njegove aktivnosti, kako se počuti ob tem kar dela, katere dejavnosti ga izčrpavajo, katere mu dajo moč. V obravnavo je potrebno vključiti delovnega terapevta, ki

bolnika nauči kako balansirati med počitkom in dejavnostjo. Bolnika spodbujamo, da sam skozi pogovor poišče primeren odgovor (Wouters, et al., 2012).

## Zdravstvena obravnava bolnika v ambulanti, ki jo vodi medicinska sestra

Delo medicinske sestre v specialistični ambulanti je kompleksno ter obsega več področji, od zdravstvene nege, zdravstvene vzgoje, administrativno-organizacijskega dela v ordinaciji do diagnostično terapevtskih intervencij. S septembrom 2011 je pričela delovati ambulanta, ki jo vodijo medicinske sestre. Na ta način je omogočeno bolj pregledno naročanje bolnikov na določene teste, učenje ter kontrolne preglede bolnikov po uvedbi terapije oz. bolnikov zdravljenih z biološkim zdravilom.

Krovna evropska organizacija EULAR je sprejela 10 priporočil za vlogo medicinske sestre v obravnavi bolnikov z vnetno revmatično boleznijo. Priporočila so razdeljena v glavna področja: zdravstvena vzgoja in preventiva, odmerjanje zdravil glede na razmerja med tveganjem in koristjo, ter spremljanje bolezni (Van Eijk Husting, et al., 2010). Bolniki od medicinskih sester pričakujejo predvsem podajanje informacij o zdravljenju in bolezni, čustveno podporo pri spoprijemanju z boleznijo, učenje tehnik samopomoči in dostopnost (Yvonne van Eijk-Hustings, et al., 2013). V specialistični reumatološki ambulanti v UKC Ljubljana so bolniki vodeni po priporočilih za vnetno revmatično bolezen, poleg rednih laboratorijskih kontrol, so bolniki deležni učenja o bolezni ter napotkov za lajšanje težav. Po potrebi medicinska sestra v obravnavo bolnika vključi širši multidisciplinarni tim, najpogosteje delovnega terapevta ter fizioterapevta.

## Prikaz primera

Bolnik je zbolel v starosti 23 let z otečenimi nožnimi palci. Sprva ni bil pozoren na njih, dokler ni oteklina vztrajala, ter so ga palci pričeli boleti. Mislil je, da si jih je poškodoval med športno dejavnostjo. V naslednji nekaj letih so se simptomi pojavljali bolj pogosto. V različnih časovnih terminih je imel izmenično otečene vse prste na nogi. Ob pregledu pri revmatologu je navajal hude bolečine ter otekline številnih sklepov, ravno tako je bil nenehno utrujen. Imel je pogosta vnetja tetiv, zlasti Ahilove tetive in plantarne aponevroze. Na podlagi krvnih preiskav, rentgenskega slikanja ter kliničnega pregleda je revmatolog postavil diagnozo PsA. Bolnik je bil zaskrbljen oz. je dvomil v pravilnost diagnoze, ker ni imel nobenih znakov luskavice. Tri leta po postavitvi diagnoze, je pri bolniku izbruhnila luskavica, ki je najbolj prizadela roke in predel obraza, kar je zelo vplivalo na njegovo samopodobo, delo s strankami ter prostočasne aktivnosti.

Zdravljenje PsA je pričel po sprejetih smernicah z modulatorji imunskega sistema. Stanje se je počasi izboljšalo. Ni imel več bolečin, utrujenost je vztrajala, ravno tako, je imel ves čas izmenično otečene sklepe. Jemanje zdravila mu je povzročalo slabost in šibkost. V 10 letih zdravljenja, je prišlo do številnih deformacij sklepov, zato je imel 8 operativnih posegov na prstih rok. Zaradi bolezni je bil pogosto zjutraj okorel in utrujen in je potreboval čas, da se je

pripravil za delovni dan. Zaradi napredovanja bolezni ter izčrpanih možnosti zdravljenja s sintetičnimi imunomodulirajočimi zdravili je postal kandidat za biološko zdravljenje. Izpolnjeval je vse kriterije za zdravljenje z biološkimi imunomodulirajočimi zdravili, vendar je nekaj časa odlašal, zaradi pomislekov o bioloških zdravilih in njihovih neželenih učinkih.

Novi list v življenju je obrnil, ko je pričel zdravljenje s podkožno injekcijo biološkega zdravila. Po 20 letih življenja je končno zaživel polno, kakovostno življenje, brez bolečin, brez nenehne utrujenosti. Pričel je z dejavnostmi, ki jih več let ni bil zmožen. Njegovo življenje je sedaj veliko bolj dejavno. Zgodba bolnika je navdihujoča tudi za druge bolnike, ker je ves čas ohranjal pozitiven odnos do življenja, trudil se je kakovostno živeti v okviru nihanja bolezni, kar je bilo vse prej kot lahko.

### Intervencije medicinske sestre s specialnimi znanji

Učenje bolnika o bolezni in zdravljenju; ob postavitvi diagnoze so bolniki pogosto v stanju šoka ali stanju žalovanja. Skozi zanikanje pogosto izkazujejo svoje občutke kot so zanikanje, obup, jezo. Bolnik, ki je v fazi zanikanja ne želi izvedeti več o bolezni. Izrednega pomena je, da medicinska sestra prepozna, če je bolnik šel skozi to fazo, da bi se sodelovanje in podajanje znanja lahko pričelo (Hilberdink & Peters, 2017).

Bolnik, je poleg naštetega imel težavo sprejeti diagnozo, ki se je nanašala na psoriaro, ki je ni imel. Bolnikove strahove je bilo potrebno nasloviti, dovoliti, da jih je izrazil ter jih z veliko razumevanja počasi predelati. Pomemben del učenja o bolezni je bila razlaga klasifikacijskih meril za potrditev bolezni. Klinična slika PsA je lahko raznolika, vendar vključuje daktilitise, ki so bili pri bolniku pogosti in so se kazali s klobasastimi prsti. Ravno tako je bolnik imel vdolbinice na nohtih, ki so kazali na psoriaro, ki pa ni bila manifestirana na koži.

Zdravljenje s sintetičnimi imunomodulatorji, ki delujejo tako, da zavirajo imunski sistem, ki je pri PsA preveč aktiven, ter napada telesu lastne celice. Bolniki so slabše adherentni zaradi neželenih učinkov, ki se kažejo s slabostjo. Zdravstvena vzgoja bolnika je obsegala razlago o zdravilu, ki sodi med najbolj učinkovita in varna zdravila. Za preprečevanje slabost in preprečevanje neželenih učinkov se je pomembno držati navodil za odmerjanje zdravila in sicer 1x tedensko v dveh odmerkih, za preprečevanje zaviralnega učinka na kostni mozeg pa jemanje folata. Bolnik je bil seznanjen o pomenu jemanja zdravila na poln želodec oziroma med jedjo. Bolnik je prejel shemo za reden laboratorijski nadzor pri jemanju zdravila, ter prejel ustno in pisno razlago za izbranega zdravnika, kako ravnati v primeru odklonov. Zdravilo je hepatotoksično, zato je bilo pomembno bolnika poučiti o nevarnosti pitja alkohola.

Zdravilo je teratogeno zato bolnice, ki ga prejemajo ne smejo zanositi (Van Dongen, et al., 2007). Bolnik je informacijo prejel tudi v pisni obliki, v obliki brošure.

Bolniki s PsA imajo pomembno zvečano tveganje za srčno-žilne zaplete. Tveganje znatno povečajo še pridružene bolezni debelost, sladkorna bolezen, hiperlipidemija, arterijska hipertenzija. Poučiti bolnika o pomenu redne zdrave prehrane, telesne dejavnosti ter ostalih vidikov zdravega življenja je cilj, ki preprečuje nastanek naštetih bolezni. Kajenje dokazano poslabša bolezen, na način, da poteka v težji obliki, zato je to informacijo potrebno posredovati bolniku (Peters, et al., 2010).

Bolnik je že sam poiskal rešitev za nekatere težave in sicer s premakljivim delovnim časom. Na mestu je bolniku pomagati najti tehniko s katero se lažje spoprime z bolečino in utrujenostjo. Razložili smo mu katere tehnike je možno uporabiti: meditacijo, tehnike odvratanja pozornosti, načrtovanje dejavnosti, redno vadbo. Za kakovostno vadbo je potrebno bolnika napotiti na fizioterapijo, kjer se nauči primernih vaj ter pravilnega izvajanja. Bolnik je bil napoten na zdraviliško zdravljenje, kjer se je vsega naštetega naučil.

Opis bolnikove bolečine je pomemben, da si lažje oblikujemo celotno sliko. Potrebno je vedeti, kje bolnika boli, kakšna je bolečina, kaj jo poslabša in kaj jo ublaži, kateri sprožilec ima ter kako pogosto se pojavlja, da bi lahko svetovali pravilen način za zmanjševanje bolečine. V pomoč so nam dnevniki bolečine, zato ga bolnik, ki ima težave z bolečino prejme v ambulanti.

Bolnik je po izbruhu psorizae imel težave s samopodobo. Pogovor o nastalih težavah je bolnika razbremenil. Zdravnik mu je predpisal zdravilo, ki je zdravilo tudi psorizao. Bolnik je potreboval spodbudo, da se bo njegovo zdravje izboljšalo, ter motivacijo, za zdravljenje, ki mu ga je predpisal dermatolog in je zahtevalo dolgotrajno in redno mazanje obolelih predelov.

Individualni pristop s katerim pridobimo tudi take informacije, in redno spremljanje bolnika s strani medicinske sestre omogoča boljšo sposobnost obvladovanja bolezni ter vključevanje vseh režimov zdravljenja in s tem multidisciplinarnega tima (Waldron, 2012). Bolnik je zaradi narave dela bi izpostavljen nenehnemu rokovanju, kar mu je delalo velike preglavice zaradi bolečin v malih sklepih rok. Delovni terapevt ga je naučil tehnik rokovanja, ki so preprečevale stiskanje prstov. Pri pogovoru z bolnikom, ki ima težave s spoprijemanjem z boleznijo je potrebno iskati pozitivne aspekte njegovega življenja, ga usmerjati k stvarim, ki ga veselijo. Bolniku moramo dati občutek zaupnosti, razumevanja in podpore (Grønning, 2016). Zaradi številnih operativnih posegov, ki jih je imel na prstih je redno obiskoval fizioterapijo. Pri spodbujanju bolnika je zelo pomemben spodbujati ohranjanje socialne mreže bolnika, vključevanje svojcev in prijateljev. Bolnika spodbujati, da se včlani v društvo bolnikov.

Razvite so številne tehnike za motivacijo bolnika, ena izmed njih je motivacijski intervju. S pristopom osredotočenim na individualne potrebe bolnika, empatijo bolnik dobi spodbudo za lastno spremembo (Georgopoulou, et al., 2016). Bolnik je okleval s pristankom na novo zdravljenje, želel si je več informacij. Poleg ustne razlage je bolnik prejel knjižico v kateri so zbrana najpogostejša vprašanja bolnikov. Dobil je možnost, da se kadarkoli oglasi in dobi

razlago za vsa morebitna vprašanja. Po tehtnem premisleku in vprašanjih se je odločil za zdravljenje. Najbolj mu je pomagal pogovor z bolnikom njegovih let, ki se je že nekaj časa zdravil z biološkim zdravilom.

Bolnik je bil deležen teoretičnega in praktičnega učenja samoaplikacije biološkega zdravila. Prejel je vse informacije ter kontaktno številko v primeru težav. Sedaj prihaja na redne kontrole dvakrat letno v ambulanto, ki jo vodijo medicinske sestre ter dvakrat letno k revmatologu. Z zdravljenjem je izredno zadovoljen, kakovost življenja se mu je pomembno izboljšala.

## DISKUSIJA

PsA je vnetna revmatična bolezen, ki je za bolnike pravi izziv, ker se kaže s številnimi težavami. Bolniki imajo lahko prizadet aksialni skelet, periferne sklepe, daktilitise, entezitise, prizadeto kožo in nohte (Coatec, et al., 2014). Izkušnje z bolniki, ki prihajajo v ambulanto, ki jo vodijo medicinske sestre kažejo, da bolniki želijo skozi pogovor predelati vse težave, ki jih povezujejo z boleznijo. Pogosto se zaradi prisotnosti bolečin ter ostalih težav pojavijo psihične težave, ki se lahko kažejo z depresijo ali tesnobo (Dewing, 2015). Za obvladovanje vsakodnevnih težav je izrednega pomena zdravstvena vzgoja bolnika, ki jo izvaja medicinska sestra (Waldron, 2012). Tekom pregleda pri medicinski sestri dobili bolnik vse potrebne informacije in usmeritve glede svojih težav. Razlago o sami bolezni ter načinih zdravljenja. Določena zdravila zahtevajo od medicinske sestre poglobljeno znanje, ki ga mora pridobivati v skladu s spreminjanjem smernic zdravljenja ter skrbeti za permanentno izobraževanje.

Bolnik, ki je deležen individualnega učenja ima boljši rezultat zdravljenja, kar lahko pripišemo izboljšanju adherence, ker bolnik prihaja na redne pregled k medicinski sestri (Makelainen, et al., 2009). Bolnik voden v ambulanti je kljub težavam, ki jih je imel, ob podpori medicinske sestre, ki je vključila v njegovo obravnavo tudi delovnega terapevta ter fizioterapevta premagoval težave, ter se aktivno vključeval v družbo in opravljal v skrajšanem delovniku svoje delo.

## ZAKLJUČEK

Najpomembnejše načelo, ki ga moramo upoštevati pri delu v odnosu bolnik medicinska sestra sloni na spoštovanju, prijaznostjo, dostojanstvu, sočutju, razumevanju, poštenosti ter spoštovanju pravice bolnika do zaupnosti. Spemembe nam narekujejo novosti na področju zdravljenja ter potrebe bolnikov. Ob tem ne smemo pozabiti pomena rednega raziskovanja ter prenašanja dognanj nazaj v prakso. Če znamo naše delo oceniti ter s primernimi orodji ovrednotiti, lahko iz pridobljenih podatkov pomembno vplivamo na načrtovanje intervencij, zlasti zdravstveno vzgojnega dela. Pri tem ne smemo pozabiti, da je vsak bolnik zgodba zase, ter mu je tako tudi potrebno pristopiti.



## Literatura

Candelas, G., Villaverde, V., García, S., Guerra, M., León, M.J., Cañete, J.D., 2016. Benefit of health education by a training nurse in patients with axial and/or peripheral psoriatic arthritis: A systematic literature review. *Rheumatology International*, 36(11), pp.1493–1506.

Coates, L.C., Kavanaugh, A., Ritchlin, C.T., 2014. Systematic review of treatments for psoriatic arthritis: 2014 update for the GRAPPA. *Journal of Reumatology*, 41(11), pp. 2273–2276.

Dewing, K.A., 2015. Management of patients with psoriatic arthritis. *The Nurse Practitioner*, 40, pp. 40-46.

Geenen, R., Finset, A., 2012. Psycho-social approaches in rheumatic diseases. In: Bijlsma, J.W.J., da Silva, J.A.P., Hachulla, E., Doherty, M., Cope, A., Lioté, F. *EULAR Textbook on rheumatic diseases*. London: BMJ Group, pp. 139–162.

Georgopoulou, S., Prothero, L., Lempp, H., Galloway, J., Sturt, J., 2016. Motivational interviewing: relevance in the treatment of rheumatoid arthritis? *Rheumatology (Oxford)*, 55 (8), pp. 1348–1356.

Grønning, K., Midttun, L., Steinsbekk, A., 2016. Patients' confidence in coping with arthritis after nurse-led education; a qualitative study . *BMC Nursing*, 4(15), pp. 28.

Haroon, M., Kirby, B., Fitzgerald, O., 2013. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72, pp. 736–740.

Hewlett, S., Chalder, T., Choy, E., Cramp, F., Davis, B., Dures, E., Nicholls, C., Kirwan, J., 2011. Fatigue in rheumatoid arthritis: time for a conceptual model. *Rheumatology (Oxford)*, 50(6), pp. 1004–1006.

Hilberdink, S., Peters, G., 2017. Increasing physical activity in people with a chronic disease: examining the effectiveness of a motivational and a planning intervention, their interaction and various potential moderators and mediators. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(2), pp.1485–1486.

Lee, M., Kyle, S., 2011. Management of psoriatic arthritis: evidence or experience? *Medicine Matters Succinct Publishing ISSN*, pp. 1744–5906.

Loring, K.R., Ritter, P.L., Laurent, D.D., Plant, K., 2008. The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 59(7), pp. 1009–1017.

Makelainen, P., Vehvilainen-Julkunen, K., Pietila, A.M., 2009. Rheumatoid arthritis patient education: RA Pa-tients' experience. *Journal of Clinical Nursing*, 18, pp. 2058–2065.

Mun Ling, L., Marton, F., 2011. Towards a science of the art of teaching: using variation theory as a guiding principle of pedagogical design. *International Journal of Lesson and Learning Studies*, 1(1), pp. 7–22.

Pavič Nikolič, M., Zaletel, M., 2011. Zdravstvena nega na področju revmatologije potrebuje spremembe. V: Zbornik prispevkov z recenzijo 8. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Maribor, 12., 13. in 14. maj 2011. Ljubljana. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 316–319.

Peters, M.J., Symmons, D.P., McCarey, D., Dijkmans, A.C., Nicola, P., Kvien, T.K., et al. 2010. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, pp. 325–331.

Ryan, S., 2006. Benchmarking the nurse consultant role in rheumatology. *Nursing Standard*, 20(33), pp. 52–57.

Van Eijk-Hustings, Y., Van Tubergen, A., Boström, C., et al., 2013. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of Rheumatic Diseases*, 71(1), pp. 4–12.

Van Eijk-Hustings, Y., Ammerlaan, J., Voorneveld-Nieuwenhuis, H., Maat, B., et al., 2013. *Patients' needs and expectations with regard to rheumatology nursing care: results of multicentre focus group interviews*, pp. 831–835.

Van Dongen, H., Van Aken, J., Lard, L.R., Visser, K., Roday, H.K., Hulsmans, H.M., et al. 2007. Efficacy of methotrexate treatment in patients with probable rheumatoid arthritis: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis & Rheumatology*, 56(5), pp. 1424–1432.

Waldron, N., 2012. Care and support of patients with psoriatic arthritis. *Nursing Standard*, 26(52), pp. 35–39.

Wouters, E.J., Van Leeuwen, N., Bossema, E.R., Kruize, A.A., Bootsma, H., Bijlsma, J.W., Geenen, R., 2012. Physical activity and physical activity cognitions are potential factors maintaining fatigue in patients with primary Sjogren's syndrome. *Annals of Rheumatic Diseases*, 71, pp. 668–673.

Zangi, H.A., Ndosu, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, et al., 2015. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(6), pp. 954–962.

## KAHEKSIJA PRI SRČNEM POPUŠČANJU IN PREHRANSKA OBRAVNAVA

### CARDIAC CACHEXIA AND NUTRITIONAL ASSESSMENT

Tjaša Tkalec, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za intenzivno interno medicino

viš. pred. dr. Ruža Pandel Mikuš, viš. med. ses., prof. soc. ped., spec. klin. diet.

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za zdravstveno vzgojo

tkalec.tjasa@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Srčno popuščanje je edina bolezen, katere pogostost narašča in je velik zdravstveni problem zahodnih držav. Glavna razloga za to sta staranje prebivalstva in večje preživetje po miokardnem infarktu. V državah razvitega sveta za to boleznijo trpi 1-2 % prebivalstva, v Sloveniji med 20.000 in 40.000. Čeprav se je preživetje povečalo, je smrtnost še vedno zelo visoka. Kaheksija je pogosta posledica kroničnih bolezni, tako malignih kot ne-malignih in je v večini primerov neodvisna od drugih dejavnikov, ki določajo stopnjo osnovne bolezni. Čeprav je kaheksija prepoznana kot stanje, ki je povezano s slabo prognozo, je še vedno malo znanega o dejavnikih, ki lahko nakazujejo slabši izid pri kahektičnih bolnikih. Namen: Namen prispevka je predstaviti srčno popuščanje in kaheksijo kot zaplet, opisati klasično prehransko podporo pri srčnem popuščanju, prehransko podporo v terminalnem stadiju bolezni ter proces in vlogo medicinske sestre pri prehranski obravnavi. **Metode dela:** Uporabljena je opisna oz. deskriptivna metoda. Narejen je pregled domače in tuje literature, s pomočjo podatkovnih bazah CINAHL, Medline, PubMed in Springer link. Vključili smo pregledne znanstvene članke, študije primerov ter poglavja iz knjig. **Razprava in zaključek:** Hipertenzija je najpogostejši vzrok nastanka srčnega popuščanja, za njeno preprečevanje in zdravljenje pa je najpomembnejša sprememba življenjskega sloga. Omejitev vnosa soli in tekočine sta osnovna ne-farmakološka ukrepa pri zdravljenju srčnega popuščanja. Pri upoštevanju takšne diete ima večina bolnikov težave z razumevanjem navodil, kako slediti dieti. Navajajo pomanjkljivo izbiro in način priprave hrane ter imajo premalo razumevanja in znanja, koliko natrija vsebuje hrana. Srčno popuščanje predstavlja za bolnika in njegovo družino veliko breme, saj velikokrat ne vedo, kako se spopasti z boleznijo. Zato je interdisciplinarni pristop ključnega pomena pri zdravljenju srčne kaheksije.

**Ključne besede:** srčna kaheksija, srčno popuščanje, prehranska obravnava.

## ABSTRACT

**Introduction:** Heart failure is major health problem with rising incidence. The reason is the aging of the population and the successful treatment of underlying conditions that cause heart failure. It affects about 1-2 % of the population in the Western world, in Slovenia between 20.000 and 40.000 people. Despite improvements in the management of the disease, the prognosis remains poor. Cachexia is not a unique feature in heart failure, but is also seen in terminal stages of other chronic illnesses. Cardiac cachexia carries a poor prognosis and there is still little known about factors, which predict poor outcome in cachectic patients. **Purpose:** The purpose of the article is to present heart failure and cardiac cachexia as a complication. The aim is to present diet in heart failure, nutritional support in terminal stage and role of nurse in nutritional assessment. **Methods:** Literature review was used. Articles were found in databases CINAHL, Medline, PubMed and Springer link. **Conclusion and discussion:** Hypertension is the most common cause of heart failure. A healthy lifestyle is critical for prevention and treatment of high blood pressure. Non-pharmacological measures such as low sodium diet and fluid restriction are essential in treatment of heart failure. Many patients have problems with understanding of the instructions how to follow the diet, how to prepare their meals and how much sodium does food contain. Heart failure is burden for patients and his family and they often do not know how to deal with a disease. Management of cardiac cachexia includes dietary, pharmacological, and non-pharmacological treatments and works best when done by a multidisciplinary team.

**Keywords:** cardiac cachexia, heart failure, nutritional assessment

## UVOD

Srčno popuščanje je bolezensko stanje, kadar srce pri normalnem tlaku polnjenja ne zmore prečrpati dovolj krvi, da bi zadostilo presnovnim potrebam organizma v vseh fizioloških razmerah (Bresjanac, 2011). Zadosten minutni srčni iztis (MVS) se zgodi, ko pride do hemodinamskih sprememb (Voga & Vrtovec, 2011) in do nevrohormonskega aktiviranja. Zaradi teh kompenzatornih mehanizmov je miokard še sposoben vzdrževati ustrezen minutni srčni iztis, sčasoma pa pride do preoblikovanja levega prekata in poslabšanja črpalne funkcije srca (Georgiopoulou et al., 2012).

Srčno popuščanje je edina bolezen, katere pogostost narašča iz leta v leto in je velik zdravstveni problem razvitih držav. Glavna razloga za to sta staranje prebivalstva in večje preživetje po miokardnem infarktu (Yancy et al., 2013). Natančnih epidemioloških podatkov za Slovenijo nimamo, vendar lahko po tem, da v državah razvitega sveta za to boleznijo trpi 1-2 % prebivalstva, sklepamo, da jih je v Sloveniji med 20.000 in 40.000 (Bresjanac, 2011).

Med najpogostejše vzroke prištevamo koronarno bolezen, arterijsko hipertenzijo ter bolezni srčnih zaklopk (Voga & Vrtovec, 2011). Simptomi, značilni za srčno popuščanje so: dispneja ob naporu, utrujenost, paroksizmalna nočna dispneja, ortopneja, zmanjšana fizična zmogljivost, edemi in nikturija (Vrtovec & Poglajen, 2011). Zaradi nezadostnega minutnega srčnega iztisa so tkiva nezadostno prekrvljena. Tako ugotavljamo cianozo, hladno in potno kožo, lahko pa pride tudi do motnje delovanja organov (oligurija, motene mentalne funkcije), povišani polnilni tlaki pa privedejo do zastojnih oz. kongestivnih znakov (Voga & Vrtovec, 2011). Zdravljenje srčnega popuščanja je odvisno od tega, ali je akutno ali kronično ter od stopnje napredovanja bolezni. Da bi bilo zdravljenje uspešno, je potrebno zdraviti oz. omiliti simptome in sam vzrok srčnega popuščanja. Zdravljenje z zdravili skupaj z ne-farmakološkimi ukrepi kot so omejitev tekočine in vnosa soli, zmanjšanje telesne teže, telesna aktivnost, prenehanje kajenja in uživanja alkohola, zadostuje za blažjo obliko bolezni. Če je bolezen že napredovala, pa so na voljo različne invazivne ne-farmakološke metode (Vrtovec & Poglajen, 2011).

Namen prispevka je predstaviti srčno popuščanje in kaheksijo kot zaplet, opisati klasično prehransko podporo pri srčnem popuščanju, prehransko podporo v terminalnem stadiju bolezni ter proces in vlogo medicinske sestre pri prehranski obravnavi.

### Kaheksija pri srčnem popuščanju

Beseda kaheksija izhaja iz grščine in v dobesednem prevodu pomeni »slabo stanje« (kakós – slab; hexis – stanje). Hipokrat je že pred več kot 2000 leti opisoval ta uničujoči proces: »Meso se porabi in postane voda. Ramena, ključnici, prsni koš in stegna se stopijo. Bolezen je usodna.« Današnja definicija srčne kaheksije je drugačna, mehanizmi nastanka pa še vedno niso v celoti pojasnjeni (Carlson & Dahlin, 2014).

Srčna kaheksija je resen zaplet kroničnega srčnega popuščanja in je pomemben dejavnik manjšega preživetja bolnikov neodvisno od drugih pomembnih spremenljivk kot so starost, iztisni delež levega prekata ter zmožnost opravljanja telesne aktivnosti (Strassburg et al., 2005). Lahko jo definiramo kot nenamerno ne-edematozno izgubo telesne teže za več kot 6 % v časovnem obdobju več kot šestih mesecev, pri tem pa ni prisotno nobeno drugo kahektično obolenje kot je rak, hipotiroza ali huda jetrna bolezen (Carlson & Dahlin, 2014). Zanj je značilno propadanje telesa, ki vpliva na vsa tkiva, kostno, maščobno in mišično. Zaradi prizadetosti skeletnega mišičja so bolniki šibki in hitreje utrujeni (Moughrabi & Evangelista, 2007). Diagnoza srčne kaheksije je težavna, saj prisotnost edemov oteži oceno izgube telesne teže, poleg tega pa ni specifičnih laboratorijskih markerjev, ki bi lahko potrdili diagnozo (Okoshi et al., 2012).

Anoreksija, spremembe v okusu, prehitra sitost, izguba apetita, slabost, šibkost, zaprtje, anemija ter dispneja med hranjenjem so simptomi, ki spremljajo srčno kaheksijo. Četudi pride do povečanega kaloričnega vnosa, je kaheksija ireverzibilna, kar pomeni, da izgubljene mišične mase ne moremo več pridobiti (Carlson & Dahlin, 2014). Zaradi sistemskega

vnetnega procesa in velike izgube telesne teže srčna kaheksija povzroči številne škodljive učinke na vseh organskih sistemih. Spremembe nastanejo v srčni mišici, gastrointestinalnem traktu, oslabiljene so skeletne mišice, pride do anemije, oslabiljen je imunski sistem, pri nepokretnih bolnikih pa je večja možnost za nastanek razjed zaradi pritiska (Okoshi et al., 2012).

Patofiziologija srčne kaheksije še ni povsem razjasnjena, vendar je za izgubo puste telesne mase odgovornih več dejavnikov, ki se odražajo kot metabolne, imunske in nevrohormonske spremembe in so skupaj povezane v kompleksen sistem (Okoshi, et al., 2012). Poleg teh sprememb so v patofiziologiji srčne kaheksije pomembne tudi spremembe v apetitu in posledičnem zmanjšanju zaužite hrane, izguba hranil skozi sečila ali prebavila, malabsorpcija, oslabiljena perfuzija skeletnih mišic in telesna neaktivnost, ki vodijo v spremembe skeletnih mišic in izgubo telesne teže (Witte & Clark, 2002; Strassburg, et al., 2005).

Možnosti za zdravljenje kaheksije so omejene, saj nimamo natančnih smernic. Strokovnjaki predlagajo različne možnosti preventive in zdravljenja, ki bi lahko preprečile oz. zdravile izgubo tkiva. Trenutno je zdravljenje kaheksije usmerjeno v prehranske intervencije, ki jih je potrebno izvesti skupaj s prehransko podporo, spodbujanje k telesni aktivnosti ter lajšanje simptomov, ki vplivajo na kvaliteto življenja (Carlson & Dahlin, 2014; Vincent, 2014). Primarni cilj je doseči in vzdrževati željeno telesno težo, preprečevati nadaljnjo izgubo skeletnega, maščobnega in kostnega tkiva ter popraviti metabolno neravnovesje. Samo hranjenje ne izboljša stanja, prav tako s popolno parenteralno prehrano ni moč doseči zgoraj navedenih ciljev (Evans, et al., 2008). Farmakološko zdravljenje je omejeno. Zdravila, ki se jih uporablja za zdravljenje srčnega popuščanja imajo zaščitno vlogo pri preprečevanju srčne kaheksije (Vincent, 2014), velja pa poudariti, da za samo zdravljenje srčne kaheksije še ni odobreno nobeno zdravilo (Carlson & Dahlin, 2014).

## Prehranska obravnava bolnika s srčno kaheksijo

Prehranska podpora pri popuščanju srca je ključnega pomena, saj je zaradi povečane presnove in slabega teka bolnika pomembno, da je hranilni in kalorični vnos hrane ustrezen (Pandel Mikuš, 2011).

## Klasična podpora pri srčnem popuščanju

Prehranski ukrepi so nujno potrebni pri zdravljenju in preprečevanju kaheksije, njihov glavni cilj pa je doseči in vzdrževati idealno telesno težo ter ohraniti mišično, maščobno in kostno tkivo (Okoshi et al., 2012). Bolnika je potrebno spodbujati, da pogosteje zaužije več manjših obrokov, saj so dolga obdobja stradanja potencialno škodljiva, s tem pa se izogne tudi slabosti (von Haehling et al., 2007). Zaradi zmanjšane vnosa hrane in jemanja diuretikov, pride do pomanjkanja vitaminov, ki so topni v vodi, izčrpane so zaloge kalija in magnezija. Za zmanjševanje vnetnih procesov ter izboljšanje stanja mikroelementov se priporočajo prehranski dodatki tiamina (vitamin B<sub>1</sub>), folne kisline (vitamin B<sub>9</sub>), vitamina C ter dodatki

vitaminov, ki so topni v maščobah (vitamini A, D, E in K) ter ribje olje (Okoshi et al., 2012; Carlson & Dahlin, 2014).

Potrebno je uživati hrano bogato s proteini. Proteini so esencialni za številne življenjske procese. Živalski proteini, ki se nahajajo v jajcih, mleku, mesu in ribah, se smatrajo za bolj kakovostne v primerjavi z rastlinskimi proteini, pri katerih najdemo redkeje esencialne aminokislino (Dimiosthenopoulos et al., 2010). Kljub temu je priporočljivo uživati več proteinov rastlinskega izvora, saj jih naš organizem lažje izkoristi kot tiste iz mesa ali jajc. Bogat vir rastlinskih proteinov predstavljajo stročnice in sojini izdelki (Brown, 2002, cit. po Pandel Mikuš, 2006). Specifičnih priporočil o tem, kakšna naj bi bila kalorična in proteinska preskrba, še ni. Minimalni kalorični vnos naj znaša 2400 kcal/dan, vnos proteinov pa mora biti 1,0 – 1,2 g/kg telesne teže/dan in je lahko večji, če je pri bolniku prisotna črevesna malabsorpcija ali ledvična bolezen (Carlson & Dahlin, 2014).

Dokazano je, da zmanjšanje telesne aktivnosti vodi v utrujenost ter prispeva k mišični oslabelosti (Carlson & Dahlin, 2014), zato je pomembno, da je bolnik redno telesno aktiven, saj s tem ohranja in obnavlja skeletno mišičje in preprečuje periferno hipoksemijo (Okoshi et al., 2012). Vnetni citokini so glavni krivec za sintezo prostih radikalov, ki pa jo lahko zavremo oz. zmanjšamo z antioksidanti in uživanjem vitaminov C in E (Carlson & Dahlin, 2014). Poleg tega v boju proti vnetnim procesom pomaga uživanje sadja in zelenjave, oreščkov, oliv, česna, kurkume, jajc in sončničnih semen (von Haehling et al., 2007).

Maščobe so pomemben del človekove prehrane, močno zaželena pa je uporaba nenasičenih maščobnih kislin, saj pomagajo pri preprečevanju kardiovaskularnih bolezni, nekaterih rakavih obolenjih in so potrebne pri številnih življenjskih funkcijah. Mononenasičene maščobne kisline najdemo v olivnem in arašidovem olju. Uživanje olivnega olja zvišuje HDL (high-density lipoproteins) in znižuje LDL (low-density lipoproteins) holesterol in tako zmanjšuje tveganje za srčne bolezni, poleg tega pa bolj uspešno znižuje raven glukoze v krvi v primerjavi s hrano, ki vsebuje malo maščob. Med polinenasičene maščobne kisline spadata esencialni omega-3 in omega-6 maščobni kislini. Ker ju naše telo ne more samo sintetizirati, ju moramo zaužiti s hrano. Omega-3 maščobne kisline zmanjšujejo tveganje za koronarno bolezen, aritmije, tromboze in nižajo vrednosti trigliceridov. Priporoča se uživanje rib (losos, sveža tuna, skuša, sardine, sardele, rakci) dva do trikrat tedensko ter rastlinskih virov omega-3, ki jih najdemo v olju oljne ogrščice, lanenem olju, oreščkih, zeleni listnati zelenjavi, soji in tofuju. Vir omega-6 maščobnih kislin pa se nahaja v sojinem in sončničnem olju, oreščkih in žitnih semenih (Okoshi, et al., 2012; Carlson & Dahlin, 2014). Živila, kjer pogosto najdemo transmaščobne kisline, so: margarine, piškoti, rogljički, torte, sladoledi, zamrznjen in ocvrt krompirček, vsi produkti hitre hrane, izdelki iz listnatega testa, krekerji, namazi, solatni preliv (Maučec Zakotnik et al., 2012; Filip & Vidrih, 2015). Veliko transmaščobnih kislin vsebujejo še slani prigrizki, slaščičarski izdelki, predelano meso, kosmiči za zajtrk in žitne ploščice, izdelki iz kakava, maslo, industrijski kruh, čips, pripravljene obroki ter mlečni izdelki

(Perez-Farinos, et al., 2016). V večjih količinah jih najdemo tudi v restavracijah s hitro hrano (Derbyshire, 2012).

Januarja 2004 je Danska postala prva država na svetu, ki je zakonsko uredila dovoljeno količino transmaščobnih kislin v izdelkih, ki vsebujejo olje in maščobo. Vsebnost transmaščobnih kislin v oljih in maščobah so omejili na 2 g v 100 g izdelka. V raziskavi, ki so jo na Danskem opravili pred in po tej zakonski uredbi, so ugotovili, da je bilo pred zakonsko določbo letno zaradi kardiovaskularne bolezni 441,5 smrti na 100.000 ljudi. Samo tri leta po tej omejitvi so ugotovili, da je število umrlih zaradi kardiovaskularnih bolezni padlo na samo 14,2 smrti na 100.000 ljudi v enem letu. S tem so potrdili hipotezo, da imajo transmaščobne kisline velik vpliv na zdravje prebivalstva (Restrepo & Rieger, 2016). Za Dansko so podobno odločitev sprejele še Kanada in ZDA, kjer je z zakonom urejeno obvezno označevanje transmaščobnih kislin (Filip & Vidrih, 2015).

Trumbo in Shimakawa (2011) trdita, da vsakršen vnos umetnih transmaščobnih kislin nad 0 % poveča vrednost LDL holesterola. Ob uživanju 2,8–2,9 % transmaščobnih kislin dnevno se glede na energijske potrebe posameznika povečuje tudi možnost obolenja za kardiovaskularno boleznijo. Po skoraj 30-letnem spremljanju ljudi so v ameriški študiji prišli do rezultatov, da se pojav koronarne srčne bolezni bistveno zmanjša ob uživanju večkrat nenasičenih maščobnih kislin in polnovrednih ogljikovih hidratov. Zamenjava 5 % energije iz nasičenih maščobnih kislin s polinenasičenimi maščobnimi kislinami je pomenila za 25 % manjšo možnost razvoja bolezni (Li, et al., 2015).

Dietne vlaknine imajo ugodne fiziološke učinke saj spodbujajo fermentacijo v debelem črevesju, upočasnijo resorpcijo ogljikovih hidratov, znižujejo glikemični indeks, znižujejo vrednosti celokupnega in LDL holesterola, znižujejo postprandialne vrednosti glukoze v krvi ter vrednosti inzulina. Najdemo jih v sadju in zelenjavi, rižu, stročnicah ter različnih žitih (oves, ječmen, rž, pšenica). Nezdostno uživanje dietnih vlaknin prispeva k številnim kroničnim obolenjem, zaprtju, divertikulozam, hemoroidom, diabetesu, debelosti, kardiovaskularnim boleznim, raku debelega črevesja in drugim rakavim obolenjem. Priporočen vnos dietnih vlaknin je 20-35 g/dan, nekateri predlagajo količino glede na energijski vnos, torej 10-13 g/1000 kcal (Dimiosthenopoulos, et al., 2010).

Probiotiki in fermentirana hrana so dober ne-farmakološki ukrep pri preprečevanju bolezni srca in žilja. Probiotiki so živi mikroorganizmi, ki se jih lahko doda živilom (npr. jogurt) ali se jih uživa v kapsuli in imajo zdravilne učinke na gostitelja, če jih le-ta zaužije v zadostnih količinah. Probiotiki koristno vplivajo na nižanje LDL in celotnega holesterola pri osebah, ki imajo povišane, mejno povišane in normalne vrednosti holesterola (DiRienzo, 2014). Prebiotiki so sestavine hrane, ki so neprebavljive in blagodejno vplivajo na zdravje gostitelja s stimulacijo rasti in/ali aktivnosti ene ali več bakterijskih vrst v širokem črevesju. Predstavniki prebiotikov, ki se najpogosteje uporabljajo, so različni oligosaharidi, ki se dodajajo pijačam,



otroški hrani ter mlečnim izdelkom. Naravni viri teh oligosaharidov se nahajajo v sadju in zelenjavi, mleku, medu, pšenici, česnu, čebuli in poru (Pandel Mikuš, 2006).

Žeja je pogost pojav pri bolnikih s srčnim popuščanjem in je pogosto posledica zmanjšane intravaskularnega volumna zaradi diuretikov. Omejitev soli lahko pomaga pri zmanjšanem občutku žeje, bolniku pa lahko usta osvežimo z ledenimi kockami in tako ne pride do prevelikega vnosa tekočin (Yager & Rogers, 2005). Bolniki s hudimi simptomi ali tisti, ki jemljejo visoke odmerke diuretikov, morajo omejiti vnos tekočin na 1,5 l – 2,0 l/dan. Posebno pozornost je potrebno nameniti bolnikom z napredovalo boleznijo, kjer pride do aktivacije centra za žejo in do zadrževanja natrija in vode. Pri teh bolnikih je omejitev tekočin nujna, izrednega pomena pa je tudi vsakodnevno tehtanje, da se lahko prilagaja terapija z diuretiki (von Haehling et al., 2007; Okoshi et al., 2012).

Omejitev vnosa soli velja za vse bolnike s srčnim popuščanjem, bodisi kahektične ali nekahektične. Dovoljen vnos soli je odvisen od funkcionalnega razreda srčnega popuščanja. Bolniki z zmernim srčnim popuščanjem lahko zaužijejo 3-4 g/dan, bolniki s hudim srčnim popuščanjem morajo omejiti vnos na 0,5-2,0 g/dan (Okoshi, et al., 2012).

Hipertenzija je eden najpogostejših vzrokov srčnega popuščanja in drugih kardiovaskularnih obolenj. Za zniževanje povišanega krvnega tlaka je najučinkovitejša DASH dieta (Dietary Approach to Stop Hypertension), ki v prehrani močno omejuje vnos natrija. Osredotoča se na povečan vnos hrane, ki je bogata z minerali, proteini in vlakninami in sledi smernicam, ki zagotavljajo zdravo srce z omejenim vnosom nasičenih maščob, holesterola, sladkorja in rafiniranih ogljikovih hidratov. Oseba, ki uživa DASH dieto, dobi večino dnevnega kaloričnega vnosa iz sadja, zelenjave, žitaric, oreščkov ter mlečnih izdelkov z nizkim deležem maščobe. Namesto rdečega mesa so bolj zaželeni ribe in perutnina. V velikih randomiziranih študijah je prehranjevanje po takšnem režimu znižalo sistolni krvni tlak za 8-14 mm Hg (Kontogianni, 2010).

Prehranska podpora bolnikov v terminalni fazi obolenja

Ko bolniki potrebujejo prehransko podporo, sta oralna in enteralna pot prvi in glavni izbiri prehranjevanja, ki ohranjata funkcijo prebavil še naprej. Najprimernejša je oralna pot. V primeru, ko je tak vnos onemogočen, pa je potrebna dovolj zgodnja vzpostavitev enteralne poti, najpogosteje je to nazogastrična sonda. obroki zaužiti po oralni ali enteralni poti morajo biti pogosti in v manjših količinah (Anker, et al., 2009).

Ko je srčna funkcija močno oslABLJena in je vnos hrane oralno ali enteralno omejen ali nemogoč, je potrebno uvesti parenteralno hranjenje, ki je lahko delno ali popolno (Anker, et al., 2009; Okoshi, et al., 2012). Ker je ponavadi pri bolnikih s srčnim popuščanjem vnos tekočin omejen, se parenteralno hrano uvaja preko osrednjih venskih katetrov, da se lahko vnaša manjši volumen hiperosmolarnih koncentriranih raztopin (Okoshi, et al., 2012). Če postane parenteralno hranjenje glavni način hranjenja, je potrebno upoštevati naslednje

smernice: 35 kcal/kg telesne teže/dan, 1,2 g proteinov/kg telesne teže/dan, razmerje glukoze in lipidov mora biti 70 % : 30 % (von Haehling et al., 2007). Vnos glukoze mora biti prilagojen, saj je pri kritično bolnih potrebno natančno spremljati glikemijo ter vzdrževati vrednosti glukoze <8,3 mmol/l. Vnos maščob naj ne presega 2 g/kg telesne teže/dan. Poudarek je predvsem na omega-3 maščobnih kislinah, ki preprečujejo maligne motnje srčnega ritma, zmanjšujejo sintezo vnetnih prostanooidov in delujejo koristno na trombocite (Jiménez Jiménez et al., 2011).

Hrana je vir energije, za bolnika pa je tudi zdravilo, ki mu pomaga pri okrevanju. Ko bolniki niso sposobni samostojno uživati hrane, je potrebno uvesti prehransko podporo. Tako enteralna kot parenteralna prehranska podpora predstavljata del zdravljenja, zato je potrebno pridobiti bolnikovo dovoljenje, ki pa lahko ta terapevtski poseg odkloni kot katerokoli drugo zdravljenje. Pri sprejemanju odločitev je potrebno upoštevati etične principe: avtonomijo, koristnost, neškodljivost in pravičnost (Pandel Mikuš, 2011).

Do nedavnega je veljalo, da podhranjenost in/ali dehidracija povzročita dodatne bolečine pri umirajočem, zato je bilo uvajanje enteralne ali parenteralne prehrane rutinski postopek. Danes je znano, da manjši vnos tekočin in hranil omili simptome, saj pomanjkanje vode in hranil povečata sproščanje telesu lastnih opioidov, kar zmanjšuje bolečino in neugodje. Intravenozna hidracija ima lahko celo negativne učinke na kvaliteto življenja – lahko pride do krvavitev, slabosti, bruhanja, edemov, poveča se pljučna sekrecija in izločanje urina. Več študij je pokazalo, da vnos tekočin igra majhno vlogo pri udobju teh bolnikov, prav tako jih večina v terminalnem stadiju ne občuti lakote. Občutek suhih ust pa se bolnikom lahko ublaži z ledenimi kockami ali navlaženimi tamponi (Lăcătușu, et al., 2014).

## Vloga medicinske sestre pri prehranski obravnavi

Naloga medicinske sestre je, da bolnika seznaniti s prehrano, ki deluje preventivno in ščiti pred kardiovaskularnimi boleznimi, ter zmanjšuje njihov razvoj (Pandel Mikuš, 2011). Prav tako medicinska sestra sodeluje pri prehranski obravnavi. Le-ta je sestavljena z presejanja in pregleda in predstavlja koristno orodje, s katerim se ugotavlja prehransko stanje bolnika. Presejanje je prvi korak prehranske oskrbe. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) smernice za prehransko presejanje narekujejo, da je prehransko presejanje potrebno izvesti pri vseh bolnikih, ki so sprejeti v bolnišnico. V primeru, da je bolnik ogrožen, je potrebno oblikovati prehranski načrt, organizirati prehransko podporo ter spremljati njene učinke in izide. Če pri prehranskem presejanju identificiramo bolnike, ki niso prehransko ogroženi, je v času hospitalizacije potrebno ponoviti presejanje enkrat tedensko. Pri bolnikih, pri katerih obstaja tveganje za razvoj slabe prehranjenosti, ali pa so že podhranjeni, je potrebno izvesti natančnejšo oceno stanja prehranjenosti (Ministrstvo za zdravje, 2008) ter izvajati zgodnje ukrepe prehranske podpore, s katerimi se lahko še prepreči razvoj podhranjenosti (Yitshal, et al., 2006). ESPEN kot najustreznejšo in preverjeno metodo presejanja v bolnišnicah priporoča Nutritional Risk Screening 2002 (Presejanje

prehranske ogroženosti 2002). Prehranskemu presejanju sledi prehranski pregled, ki je diagnostični postopek in je kompleksnejša ter obsežnejša metoda kot presejanje. Z njim ugotavljamo bolnikovo stopnjo podhranjenosti in tveganje za razvoj zapletov, ki so z njo povezani. Vodi v načrtovanje usmerjene prehranske oskrbe, ki je za vsakega bolnika edinstvena glede na indikacije, možne stranske učinke in včasih tudi tehnike hranjenja. Prehranski pregled je sestavljen iz anamneze, telesnega pregleda, funkcionalnih in laboratorijskih testov ter ocene vnosa hrane. Pomembno je spremljanje uspešnosti prehranskih ukrepov in ponovno vrednotenje terapevtskih postopkov (Ministrstvo za zdravje, 2008).

## DISKUSIJA

Kardiovaskularne bolezni predstavljajo velik zdravstveni problem sodobne družbe in s seboj prinašajo visoko stopnjo umrljivosti. Ena izmed teh bolezni je tudi srčno popuščanje, katerega prevalenca se zaradi staranja prebivalstva, novih diagnostičnih postopkov in uspešnega zdravljenja stanj, ki povzročajo srčno popuščanje, povečuje (Kutzleb & Reiner, 2006). Najpogostejši vzrok nastanka srčnega popuščanja je hipertenzija, za njeno preprečevanje in zdravljenje pa je potrebna sprememba življenjskega sloga. Prenehanje kajenja, zmerno uživanje alkohola, vzdrževanje zdrave telesne teže, telesna aktivnost in dobre prehranske navade kot so zmanjšan vnos soli, uživanje diete bogate s sadjem in zelenjavo, polnozrnatih živil bogatih z vlakninami ter manjše uživanje nasičenih in transmaščob ter holesterola so spremembe, ki nižajo krvni tlak in zmanjšujejo tveganje za bolezni srca in žilja (Kontogianni, 2010). Pri upoštevanju takšne diete ima večina bolnikov težave. Navajajo, da ne razumejo navodil, kako slediti dieti, da je izbira hrane pomanjkljiva, ne vedo, koliko natrija vsebuje hrana ter na kakšen način naj hrano pripravijo. Težave predstavlja tudi uživanje hitre in že pripravljene hrane (Paterna et al., 2008).

Srčno popuščanje predstavlja za bolnika in njegovo družino veliko breme, saj velikokrat ne vedo, kako se spopasti z boleznijo. Medicinska sestra sodeluje pri vseh procesih zdravstvene nege vključno z oceno, zdravljenjem, izobraževanjem in spodbujanjem bolnika. Oceni fizične in psihosocialne učinke, ki jih prinaša izguba telesne teže in igra pomembno vlogo pri podpori bolnika in njegovih svojcev. Zelo pomembno je izobraževanje bolnika, ki ima velikokrat težave z razumevanjem povezave izgube telesne teže in utrujenosti, ter kako najbolje obvladati simptome. Kaheksija predstavlja težave pri hrani in procesu prehranjevanja. Svojci so mnogokrat prizadeti, ker mislijo, da bolniki namerno ne uživajo in zavračajo hrano, ki so jo pripravili zanj. Zato je potrebno, da obe strani razumeta težave, na katere naletijo vsakodnevno (Carlson & Dahlin, 2014).

Ob koncu življenja potrebuje bolnik pomoč pri skoraj vseh temeljnih življenjskih aktivnostih. Ena izmed najpogostejših je prehranjevanje in pitje, pri kateri pride do mnogih etičnih vprašanj in dilem. Etični principi so pogosto nekompatibilni drug z drugim, kar ustvari etične dileme, ki pa jih je težko rešiti. Prehranska podpora postavlja različna etična vprašanja in jo je

potrebno izvajati glede na bolnikove želje, diagnozo, prognozo in cilje zdravljenja. Vsekakor je cilj pri bolniku v terminalni bolezni ohraniti dostojanstvo in ne podaljševati trpljenja. Komunikacija je najpomembnejše sredstvo med bolnikom, njegovo družino in zdravstvenim timom. Odprt in iskren pogovor bo pomagal pri odločitvah, ki so v najboljšem interesu za bolnika. Pri teh odločitvah je najpomembnejša bolnikova avtonomija, ki je temeljna človekova pravica (Lăcătușu et al., 2014).

## ZAKLJUČEK

Srčna kaheksija, kot zaplet srčnega popuščanja, s seboj ne prinaša samo slabe prognoze in zmanjšanega preživetja temveč tudi slabšo kvaliteto življenja. Ker mehanizmi nastanka še vedno niso v celoti pojasnjeni, so tudi možnosti zdravljenja omejene. Poudarek je predvsem na prehranskih intervencijah, kjer ima pomembno vlogo medicinska sestra s svojim zdravstveno-vzgojnim delom. Mnogi bolniki se ne zavedajo, da je prehrana pomemben del zdravljenja ter da so za izraženost simptomov v veliki meri odgovorni sami. Zato je zdravstvena vzgoja osrednjega pomena in le dobro podučen bolnik lahko živi kakovostno življenje kljub bolezni. Pomembna je tudi družina, ki mora bolniku pomagati pri spremembi njegovega načina življenja, ga vzpodbujati in motivirati. Ko je bolnik v terminalni fazi bolezni je nujno, da občuti čim manj bolečin, če ne občuti žeje ali lakote pa ga ne silimo v hranjenje ali pitje.

Pomembno je, da se zavedamo, da zdrav način življenja zmanjša tveganje za kronične bolezni. S takšnim zdravstveno-vzgojnim pristopom bi morali začeti že zelo zgodaj, ko je učenje takšnih vzorcev najenostavnejše, torej v obdobju otroka in mladostnika.

## Literatura

Anker, S. D., Laviano, A., Filippatos, G., et al., 2009. ESPEN Guidelines on parenteral nutrition: on cardiology and pneumology. *Clinical Nutrition*, 28(4), pp. 455-460.

Araújo, J. P., Lourenço, P., Rocha-Gonçalves, F., Ferreira, A. & Bettencourt, P., 2011. Nutritional markers and prognosis in cardiac cachexia. *International Journal of Cardiology*, 146(3), pp. 359-363.

Bresjanac, M., 2011. Srčno popuščanje. In: S. Ribarič, ed. *Temelji patološke fiziologije* 2. izd. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za patološko fiziologijo, pp. 177-182.

Carlson, H. & Dahlin, C. M., 2014. Managing the effects of cardiac cachexia. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(1), pp. 15-20.

Derbyshire, E., 2012. Trans fats: implications for health. *Nursing Standard*, 27(3), pp. 51-56.

Dimosthenopoulos, C., Kontogianni, M. & Manglara, E., 2010. Principles of healthy nutrition. In: N. Katsilambros, et al., eds. *Clinical nutrition in practice* 1st ed. New Delhi: Blackwell, pp. 1-26.

DiRienzo, D. B., 2014. Effects of probiotics on biomarkers of cardiovascular disease: implications for heart-healthy diets. *Nutrition Reviews*, 72(1), pp. 18-29.

Evans, W. J., et al., 2008: Cachexia: a new definition: *Clinical Nutrition ESPEN*, 28(6), pp. 793-799.

Filip, S. & Vidrih, R., 2015. Izzivi v humani prehrani: transmaščobne kisline in njihovo zmanjševanje v pekarskih proizvodih. *Dietetikus*, pp. 20–26.

Georgiopolou, V.V., Kalogeropoulos, A. P. & Butler, J., 2012. Heart failure in hypertension: prevention and treatment. *Drugs*, 72(10), pp. 1373-1398.

von Haehling, S., Doehner, W. & Anker, S. D., 2007. Nutrition, metabolism, and the complex pathophysiology of cachexia in chronic heart failure. *Cardiovascular Research*, 73(2), pp. 298-309.

Jiménez Jiménez, F. J., Cervera Montes, M. & Blesa Malpica, A. L., 2011. Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient. *Consensus SEMICYUC-SENPE: cardiac patient. Nutricion Hospitalaria* 26 (Suppl 2), pp. 76-80.

Katsilambros, N. & Dimosthenopoulos, C., 2010. Diabetes. In: N. Katsilambros, et al., eds. *Clinical nutrition in practice 1st ed.* New Delhi: Blackwell, pp. 61-78.

Kontogianni, M., 2010. Hypertension and cardiovascular diseases. In: N. Katsilambros, et al., eds. *Clinical nutrition in practice 1st ed.* New Delhi: Blackwell, pp. 79-92.

Kutzleb, J. & Reiner, D., 2006. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy Nurse Practitioners*, 18(3), pp. 116-123.

Lăcătușu, C., Cijeveschi-Prelipcea, C., Mihai, C. & Mihai, B., 2014. Ethics of artificial nutrition. *Revista Romana de Bioetica*, 12(1), pp. 44-55.

Li, Y., Hruby, A., Bernstein, A. M., et al., 2015. Saturated fats compared with unsaturated fats and sources of carbohydrates in relation to risk of coronary heart disease. *Journal of American College of Cardiology*, 66(14), pp. 1538–1548. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.07.055>. [8.4.2017]

Maučec Zakotnik, J., Hlastan Ribič, C., Koch, V., Pavčič, M., Hrovatin, B. & Šerona, A., 2012. Manj maščob več sadja in zelenjave. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 22–25.

Ministrstvo za zdravje, 2008. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_09/Priporocila\\_za\\_prehransko\\_obravnavo\\_bolnikov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Priporocila_za_prehransko_obravnavo_bolnikov.pdf) [3.4.2017]

Moughrabi, S. M. & Evangelista, L. S., 2007. Cardiac cachexia at a glance. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 22(2), pp. 101-103.

Okoshi, M. P., Romeiro, F. G., Paiva, S. A. R. & Okoshi, K., 2012. Heart failure-induced cachexia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 100(5), pp. 476-482.

Pandel Mikuš, R., 2006. Prehrana za ohranitev zdravja. In: R. Pandel Mikuš & A. Kvas, eds. *Varovanje zdravja – prehrana, telesna dejavnosti in pozitivna samopodoba: zbornik predavanj, XVII. strokovno srečanje v Radencih, 2. in 3. junij 2006.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiografiji, pp. 9-18.

Pandel Mikuš, R., 2011. Prehranska podpora pri popuščanju srca. In: T. Žontar & A. Kvas, eds. *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika, XXIX. strokovno srečanje v Šmarjeških Toplicah, 11. november 2011.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester,

babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiografiji, pp. 39-48.

Paterna, S., Gaspare, P., Fasullo, S., Sarullo, F. M. & Di Pasquale, P., 2008. Normal-sodium diet compared with low-sodium diet in compensated congestive heart failure: is sodium an old enemy or a new friend? *Clinical Science*, 141(3), pp. 221-230.

Perez-Farinos, N., Angeles Dal Re Saavedra, M., Villar Villalba, C. & Robledo de Dios, T., 2016. Trans-fatty acid content of food products in Spain in 2015. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), pp. 3793–82. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.007>. [16.4.2017]

Phillips, F., 2005. Vegetarian nutrition. *Nutrition Bulletin*, 30(2), pp. 132-167.

Restrepo, B. J. & Rieger, M., 2016. Trans fat and cardiovascular disease mortality: evidence from bans in restaurants in New York. *American Journal of Health Economics*, 45 (2016), pp. 176–196. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.09.005>. [17.4.2017]

Strassburg, S., Springer, J. & Anker, S. D., 2005. Muscle wasting in cardiac cachexia. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, 37(10), pp. 1938-1947.

Trumbo, P. R. & Shimakawa, T., 2011. Tolerable upper intake levels for trans fat, saturated fat, and cholesterol. *Nutrition Reviews*, 69(5), pp. 270–278. Available at: <http://doi:10.1111/j.1753-4887.2011.00389.x>. [20.4.2017]

Vincent, R. P., 2014. Cardiac cachexia remains a clinical challenge. *International Journal of Clinical Practice*, 68(11), pp. 1283-1284.

Voga, G. & Vrtovec, B., 2011. Srčno popuščanje. In: M. Košnik, et al., eds. *Interna medicina* 4. izd. Ljubljana: Littera picta: Slovensko medicinsko društvo, pp. 171-186.

Vrtovec, B. & Poglajen, B., 2011. Sodobni načini zdravljenja srčnega popuščanja. *Zdravniški vestnik*, 80, pp. 302-315.

Yager, J. E. E. & Rogers, J. G., 2005. End of life in patients with heart failure. *Progress in Palliative Care*, 13(3), pp. 139-145.

Yancy, C. W., Jessup, M. & Bozkurt, B. et al., 2013. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure. *Journal of American College of Cardiology*, 62(16), pp. e147-239.

Yitshai, B., Rémy, M., Lubos, S. & Vaisman, N., 2006. Nutritional assessment and techniques. Luxembourg: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism Available at: [http://llnutrition.com/mod\\_III/TOPI3/m31.pdf](http://llnutrition.com/mod_III/TOPI3/m31.pdf). [22.5.2017].

# VPLIV DIETNEGA PREHRANJEVANJA NA KAKOVOST ŽIVLJENJA PACIENTOV S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO<sup>1</sup>

## THE INFLUENCE OF DIETARY NUTRITION ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Nataša Juhart, dipl. m. s. (VS)

Splošna bolnišnica Celje

Visoka zdravstvena šola v Celju, Alumni klub

viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju

Nataša Leskovšek, mag. zdr. nege, strok. sod.

Thermana Laško d.d.

Visoka zdravstvena šola v Celju

[natasa.juhart@gmail.com](mailto:natasa.juhart@gmail.com)

### IZVLEČEK

**Uvod:** Dietno prehranjevanje pri pacientih s kronično ledvično boleznijo vpliva na kakovost njihovega življenja, zato postane del terapije. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako vpliva upoštevanje/neupoštevanje dietnega prehranjevanja na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo. **Metoda:** Raziskava temelji na kvalitativni metodi raziskovanja, metodi utemeljene teorije. Instrument raziskave je bil polstrukturiran intervju s 14 vprašanji. Vprašanja za intervju smo oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabljen je bil neslučajnostni, namenski vzorec. V intervjuju je sodelovalo šest pacientov s kroničnim ledvičnim obolenjem, ki se zdravijo s hemodializo in izpolnjujejo vnaprej postavljene kriterije: so bili starejši od 30 let, niso stanovali v domu starejših občanov in niso boleli za sladkorno boleznijo. Vsi intervjuvani so podali informirano soglasje k sodelovanju v raziskavi. **Rezultati:** Na podlagi kvalitativne analize besedila smo ugotovili, da se je življenje intervjuvanim pacientom, odkar so zboleli zaradi kronične ledvične bolezni, spremenilo. Pacienti se zavedajo, da prehranjevalne navade pomembno vplivajo na potek kronične ledvične bolezni in da lahko z upoštevanjem dietnih priporočil odložijo zdravljenje s

<sup>1</sup> Del rezultatov opravljene raziskave je bil objavljen v članku z naslovom Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo vp livajo na kakovost življenja (2016), v Reviji za zdravstvene vede, 2(3), pp. 50-66. Prispevek temelji na diplomskem delu.

hemodializo, kar vpliva na višjo stopnjo kakovosti njihovega življenja. Štirje od šestih pacientov so imeli zaradi neupoštevanja dietnih priporočil zdravstvene težave zaradi povišanega kalija v krvi, dva od šestih pacientov pa sta navedla zdravstvene težave zaradi zvišane vrednosti fosforja v krvi. **Diskusija:** Upoštevanje dietnega prehranjevanja pomembno vpliva na potek kronične ledvične bolezni, pomeni odlog zdravljenja s hemodializo ter manj zdravstvenih težav in zapletov pri pacientu. Medicinska sestra z zdravstveno vzgojnim delom pomembno prispeva k informiranosti in motiviranosti pacientov o dietnem načinu prehranjevanja.

**Ključne besede:** prehranjevalne navade, kakovost življenja, kronična ledvična bolezen, zdravstveno vzgojno delo, medicinske sestre.

#### ABSTRACT

**Theoretical premises:** Special diet in patients with chronic kidney disease influences the quality of their lives, and therefore it becomes part of the therapy. With our research we wanted to establish how following/not following dietary recommendations influences the lives of patients with chronic kidney disease. **Method:** We used a qualitative research method, the method of grounded theory. The research instrument was a semi-structured interview with 14 questions. The interview questions were formed on the basis of a literature review. A non-random, purposive sample was used. The participants in the study were six patients with chronic kidney disease, who were treated with hemodialysis and fulfilled the preliminary criteria: they were older than 30 years, they did not reside in nursing homes, and did not have diabetes. All of the respondents gave an informed consent to participate in the study. **Results:** On the basis of the qualitative text analysis we established that the lives of the interviewed patients have changed since they fell ill with the chronic kidney disease. From the experience of the patients we can establish that dietary habits significantly influence the course of the chronic kidney disease. All of the patients agree that by following dietary recommendations they can delay treatment with hemodialysis, which positively influences the quality of their lives. Four out of six patients experienced medical problems due to high potassium levels in their blood caused by not following dietary recommendations, whereas two of them reported about medical problems due to high levels of phosphorus in their blood. **Discussion:** Dietary nutrition significantly influence the course of the chronic kidney disease, mean a delay in treatment with hemodialysis and less medical problems and complications in patients. Nurses can through health education work substantially contribute to the patients' knowledge about healthy dietary habits and to their motivation for following a diet plan.

**Keywords:** dietary habits, quality of life, chronic kidney disease, health education work, nurses.



## UVOD

Pacient je po prvem srečanju z diagnozo kronična ledvična bolezen navadno zelo prizadet in se pogosto ne znajde v novo nastali situaciji, zato išče strokovno pomoč. Osnovni vir pomoči je lahko dializna medicinska sestra, ki mora imeti ustrezno strokovno znanje in izkušnje, da lahko pacienta spremlja in mu pomaga na njegovi poti do zdravja oziroma boljše kakovosti življenja (Špalir Kujavec, 2015). Za preprečevanje zapletov kronične ledvične bolezni je izredno pomembno pacientovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju, saj se lahko mnogi zapleti preprečijo, odpravijo ali vsaj ublažijo. Nujno potrebna je sprememba načina življenja in prehranjevanja, redno in pravilno jemanje zdravil ter stalen nadzor nad potekom ledvične bolezni, ob pojavu zapletov pa hitro ukrepanje (Buturović-Ponikvar, et al., 2010). Poleg sodelovanja zdravstvenega tima in pacienta je v procesu spreminjanja načina življenja nujno potrebno sodelovanje njegovih svojcev (Pirnat, 2011). Tudi svojci morajo biti seznanjeni in poučeni o potrebnem dietnem prehranjevanju pacienta in o potrebnih omejitvah pri vnosu tekočine (Podlesnik & Obrovnik 2005).

Na potek kronične ledvične bolezni pomembno vpliva pravilna prehrana, ki lahko upočasni njeno napredovanje (Obrovnik, 2010). Pri pacientu, ki se zdravi s hemodializo, je posebej pomembna uporaba najprimernejših sestavin, njihova energijska vrednost in zastopanost v vsakodnevni prehrani, predvsem zaradi preprečitve nastanka podhranjenosti, kar pomembno vpliva na njihovo življenje in zdravje (Halovanić, 2014). Prehranski cilji so zastavljeni tako, da se s prehrano zmanjša vnos fosfatov, kar pomeni tudi zmanjšan vnos beljakovin. To lahko privede do upada mišične mase, zato bi morala biti del rutinskega zdravljenja tudi skrbno načrtovana telesna dejavnost (Fouque, et al., 2011). Pacient se bo, ob upoštevanju in ravnanju skladno z navodili dobro počutil, izvidi bodo boljši in posledično bo boljša tudi psihofizična priprava na dializno zdravljenje. Pacienta je treba poučiti o pomenu prehrane, ga seznaniti s pomenom kalija, fosforja, tekočine in natrija ter mu dati na razpolago in v vpogled v ta namen pripravljeno literaturo. Izrednega pomena je kontinuirano izobraževanje, nenehno dopolnjevanje znanja in seznanjanje s spremembami in novostmi za zdravstveno osebje, ki dela s kroničnimi ledvičnimi pacienti (Putnik, 2015). Zdravstveno stanje torej vpliva na stopnjo kakovosti življenja.

Svetovna zdravstvena organizacija definira kakovost življenja kot zaznavo posameznikovega položaja v življenju, v okviru kulturnih in vrednostnih sistemov v katerih živijo in v povezavi z njihovimi cilji, pričakovanji, standardi in pomisleki (WHOQOL Group cited in Skevington, et al., 2004) in je širok pojem, na katerega na kompleksen način vpliva telesno zdravje osebe, psihološko stanje, stopnja neodvisnosti in njen odnos do glavnih značilnosti okolja (WHOQOL Group cited in O'Boyle, 1997).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako vpliva upoštevanje/neupoštevanje dietnega prehranjevanja na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo opredelili naslednje raziskovalno vprašanje:

Kako vpliva upoštevanje/neupoštevanje dietnega prehranjevanja na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo?

## METODE

Raziskovalna metoda: Za izvedbo raziskave smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije.

Merski instrument: Instrument raziskave je bil vnaprej pripravljen strukturiran intervju s pacienti, ki se zdravijo s hemodializo. Intervju je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature (Buturovič-Ponikvar, et al., 2010; Lindič, 2014; Paljić, 2015; Putnik, 2015; Simunič, 2013; Obrovnik, 2011; Rabuza, 2011). Intervju je obsegal 14 odprtih vprašanj.

Opis vzorca: uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega smo vključili 6 pacientov s kronično ledvično boleznijo, ki so izpolnjevali vnaprej postavljene kriterije:

- vključeni so bili trije moški in tri ženske, od tega:
  - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo do 1 leta,
  - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 5 do 10 let,
  - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 15 do 20 let,
- nihče od njih ni imel sladkorne bolezni,
- nihče od njih ne živi v domu starejših občanov,
- vsi pacienti so bili starejši od 30 let.

Opis zbiranja in analize podatkov: Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje smo izvedli po predhodnem dogovoru s pacienti na njihovem domu, kjer so prejeli natančne informacije o namenu in poteku raziskave ter uporabi prejetih informacij. S soglasjem intervjuvancev smo intervjuje snemali, na kar so bili intervjuvani opozorjeni pred začetkom intervjuvanja. Izvedba posameznih intervjujev je trajala v povprečju 30 minut. Sledila je analiza, ki se je začela s transkripcijo. Intervjuje smo prepisali dobesedno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost. Intervjuvani so prebrali svoje odgovore in nihče od njih ni ničesar pripomnil ali dodal. Intervjuje smo za nadaljnjo analizo označili z zaporednimi števkami od 1 do 6 (brez osebnih podatkov). 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 tako, da smo jih razporedili v domnevne odnose.

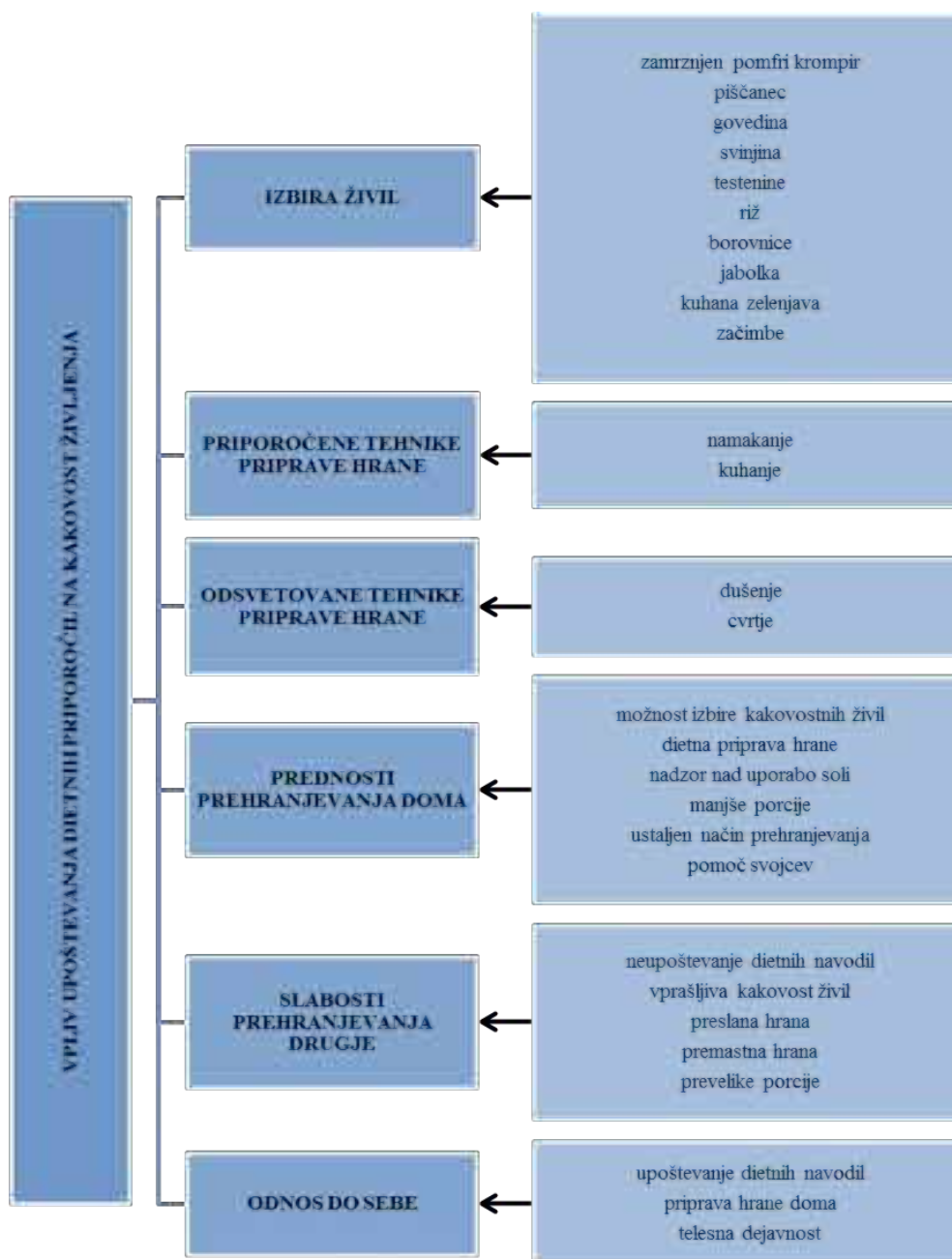
Etični vidik raziskovanja: S strani intervjuvanih pacientov smo pridobili pisna soglasja k raziskovanju. Zagotovili smo jim pravico do polne pojasnitve, do samoodločanja, do anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

## REZULTATI

Izraze (kode) intervjujev smo razvrstili v podkategorije, te pa po pomenu v 8 glavnih kategorij:

1. Prehranjevanje pred boleznijo.
2. Prve informacije o potrebni dieti.
3. Privajanje na dieto.
4. Kakovost življenja pacienta na začetku bolezni.
5. Posebnosti diete pacientov s kronično ledvično boleznijo.
6. Kontinuirano učenje in informiranje pacientov.
7. Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja.
8. Vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja.

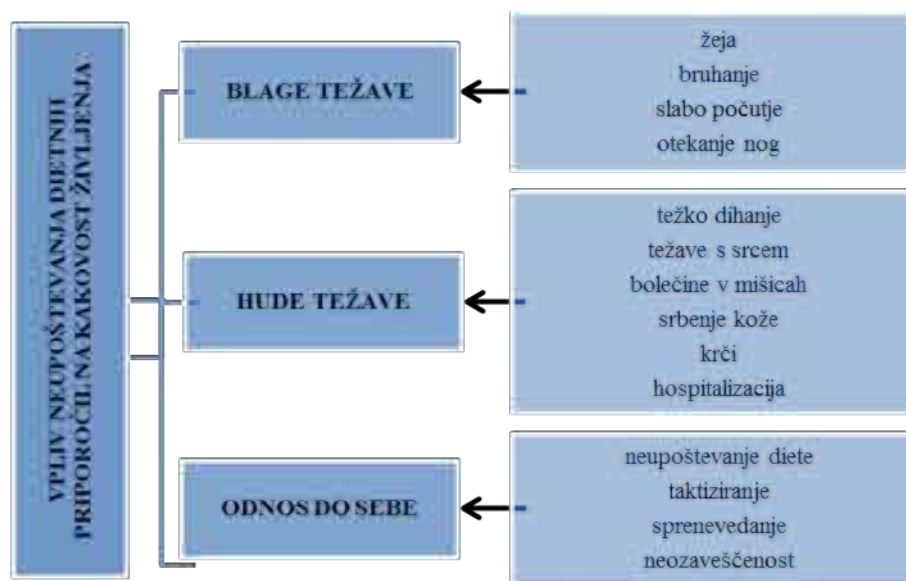
V nadaljevanju bomo predstavili dve od osmih glavnih kategorij in sicer Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja (Slika 1) in Vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja (Slika 2).



Slika 1: Prikaz kategorije Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja

Iz Slike 1 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v šest podkategoriji, in sicer »Izbira živil«, »Priporočene tehnike priprave hrane«, »Odsvetovane tehnike priprave hrane«, »Prednost prehranjevanja doma«, »Slabosti prehranjevanja drugje« in »Odnos do sebe«, te pa povezali v glavno kategorijo »Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov – intervjujev, je razvidno, da je izbira živil pri kronični ledvični bolezni izrednega pomena. Zelo pomembna jim je kakovostna izbira priporočenih živil in upoštevanje priporočenih tehnik priprave hrane, kot so namakanje zelenjave in kuhanje v večji količini vode, česar se vsi intervjuvani pacienti zavedajo in tudi upoštevajo. Zavedajo se tudi, da sta dušenje in cvrtje odsvetovana. Kot pomembno so navedli, da je skoraj pomembnejše uživanje raznovrstne hrane v zmernih,

manjših količinah, kot pa namakanje živil, ki s tem tudi izgubijo na okusu. Navajali so, da je pomembno za polnejši okus jedem namesto soli uporabljati začimbe. Vsem tem pogojem je zadoščeno, kadar gre za prehranjevanje doma, ko pa govorijo o prehrani drugje, na primer v restavracijah, navajajo, da je tam hrana preslana, velikokrat premastna, nimajo zagotovljenih kakovostnih živil in ponavadi so tudi porcije prevelike, kar vpliva na njihovo slabo počutje in takrat komaj čakajo, da pridejo na dializo, kjer se rešijo tegob, ki so povezane z neupoštevanjem dietnih priporočil. S pripravo hrane doma in z upoštevanjem dietnih navodil ter z zmerno telesno dejavnostjo se dobro počutijo kar pozitivno vpliva na kakovost njihovega življenja.

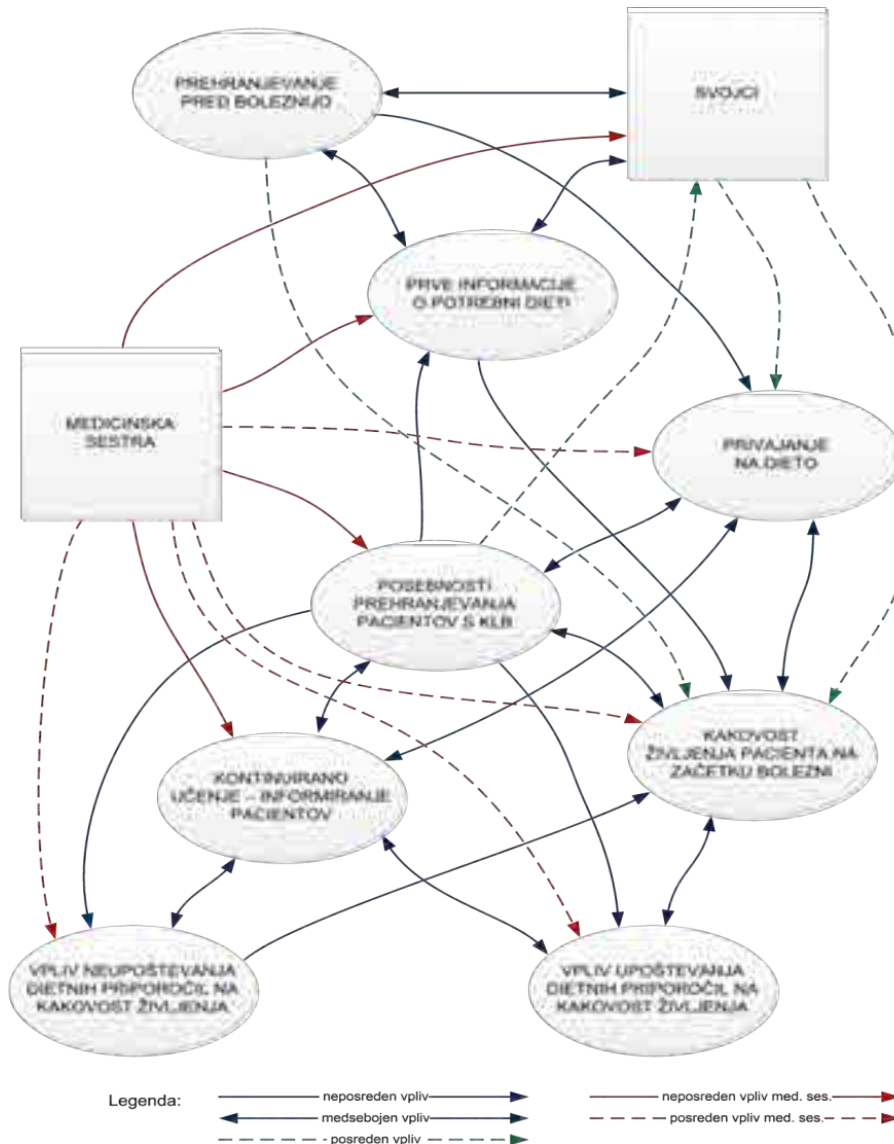


Slika 2: Prikaz kategorije Vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja

Iz Slike 2 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v tri podkategorije, in sicer »Blage težave«, »Hude težave« in »Odnos do sebe«, te pa povezali v glavno kategorijo »Vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov je razvidno, da neupoštevanje dietnih priporočil negativno vpliva na kakovost pacientovega življenja. Navajajo, da se neupoštevanje lahko kaže v obliki blagih ali hudih težav. Kadar jedo preslano hrano, navajajo hudo žejo, kar povzroči prekomerno pitje, to pa lahko privede do zastajanja tekočine v telesu v obliki oteklin. Eden od pacientov navaja, da se mu je tekočina nabrala v pljučih, zaradi česar je celo noč presedel, težko dihal in je mislil, da se bo zadušil. Zaradi tega je bil sprejet v bolnišnico in takoj dializiran, da se mu je odstranila odvečna tekočina. Kot drugo hudo težavo kar trije pacienti navajajo visok kalij zaradi zaužitja preveč paradižnika. Navajajo slabost, bruhanje, bolečine v mišicah in težave s srcem, kar je prav tako zahtevalo takojšnjo hospitalizacijo in dializo. Pri prekomernem vnosu fosforja, predvsem po zaužitju preveč kuhanega fižola v zrnju, ena pacientka navaja nezno srbenje kože po celem telesu. Zastrašujoča je izjava pacienta, ki kaže na prenehanje z nedovoljenimi živili na dan dialize ali dan pred njo, saj meni, da ko pride na dializo, »se mu tako vse sčisti« in se spet dobro počuti. Drugi pacient pove, da ne ve, od kot

toliko tekočine in tako slabi laboratorijski izvidi, saj upošteva dietna navodila. Pacient, ki pa je šele začel z dializnim zdravljenjem, navaja, da še ni bil dovolj ozaveščen o morebitnih zapletih do katerih lahko privede neupoštevanje dietnih priporočil.

V nadaljevanju prikazujemo sodbo (Slika 3), iz katere je razvidno, da prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo vplivajo na kakovost njihovega življenja. Ugotavljamo, da se kategorije med seboj prepletajo in vplivajo ena na drugo.



Slika 3: Prikaz vzročnih povezav med glavnimi kategorijami in njihov vpliv, v smislu prilagajanj in omejitev, na kakovost življenja pacienta s kronično ledvično boleznijo

Iz Slike 3 je razvidno, da upoštevanje/neupoštevanje dietnega prehranjevanja pomembno neposredno vpliva na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo. Na pacientovo kakovost življenja na začetku bolezni posredno vplivajo njegovi svojci pri privajanju na dieto in pri pripravi hrane ter medicinska sestra z zdravstveno vzgojnim delom in svetovanjem. Na posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo ima

neposreden vpliv kontinuirano učenje in informiranje, saj upoštevanje le-teh vpliva na boljšo kakovost življenja. Medicinska sestra ima s svojim strokovnim znanjem neposreden vpliv na kontinuirano učenje in informiranje in posreden vpliv s posredovanjem potrebnih informacij, kadar neupoštevanje posebnosti prehranjevanja slabo vpliva na kakovost pacientovega življenja. Na kakovost življenja vpliva neupoštevanje dietnih priporočil. Da bi povečali stopnjo kakovosti življenja moramo zmanjšati neupoštevanje dietnih priporočil, kar lahko dosežemo s kontinuiranim učenjem in informiranjem. Pri tem je potrebno upoštevati posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo. Pozitiven vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja je odraz neposrednega vpliva in upoštevanja posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo, kontinuiranega učenja in informiranja ter kakovosti pacientovega življenja na začetku bolezni. Ne smemo pozabiti, da ima medicinska sestra posreden vpliv tudi pri upoštevanju dietnih priporočil s tem, da pacienta pohvali in spodbudi, da še naprej upošteva posebnosti prehranjevanja pri kronični ledvični bolezni ter skrbi za kontinuirano informiranje in učenje, kar pripomore k boljši kakovosti njegovega življenja.

## DISKUSIJA

Ugotovili smo, da se pacienti zavedajo, da prehrana, v smislu omejitev in prilagajanj, že na samem začetku kronične ledvične bolezni pomembno vpliva na njihovo počutje. Prekrške v prehrani v večini povezujejo s slabim počutjem, napihnjenostjo in povečanim občutkom žeje. Opažajo tudi ostale simptome, ki so povezani s slabšim delovanjem ledvic, kar menita tudi Vujanovič in Ermut (2015). Rabuza in Mesojedec (2014) navajata, da lahko dializni pacienti zaužijejo toliko tekočine, kot dnevno izločijo urina, anurični pacienti pa od 0,5 do 1 litra tekočine, pri čemer se ne sme pozabiti, da tudi hrana vsebuje tekočino.

Raziskava je pokazala, da so se na dieto morali privaditi tako pacienti kot tudi njihovi svojci. Pacienti so zelo različno sprejeli prehranjevalne spremembe. Posamezniki so se na dieto privadili zelo težko, predvsem na zmanjšano uživanje zelenjave, nekaterim je predstavljala težavo tudi omejitev tekočine. Svojci so se v večini brez težav privadili na pacientov spremenjen način prehranjevanja, ki je postal tudi njihov način prehranjevanja.

Z raziskavo smo tudi ugotovili, da se pacienti zavedajo, da je upoštevanje dietnih navodil zelo pomembno za čim kasnejši začetek dializnega zdravljenja, pomembna je izbira živil in način priprave hrane. Prepoznajo prednost priprave hrane doma, kjer imajo nadzor nad uporabo in kakovostjo živil, količino soli in načinom priprave. Lavrinec (2011) meni, da pri nekaterih tehnikah in vrstah hrane ostane količina kalija vseeno večja zato je treba skleniti kompromis in te hrane količinsko manj pojesti. Namesto soli naj se uporabljajo začimbe, ki dajo jedem bolj poln okus. Neupoštevanje dietnih priporočil lahko privede do blagih ali hudih težav, ki resno vplivajo na zdravstveno stanje pacienta.

Pacienti neupoštevanje dietnega prehranjevanja v večini povezujejo s splošnim slabim počutjem, težkim dihanjem in otekanjem okončin, kar negativno vpliva na kakovost njihovega življenja. Zaradi neupoštevanja dietnih priporočil so se pri nekaterih pacientih pojavile hude težave: visok nivo kalija v krvi in posledična hospitalizacija, bolečine in mravljinčenje v nogah, prav tako zaradi visokega nivoja kalija v krvi, in srbeča koža kot posledica visokega nivoja fosforja v krvi. Pacienti se sicer zavedajo, da neupoštevanje dietnih priporočil slabo vpliva na njihovo zdravje in počutje, vendar občasno vseeno ne upoštevajo dietnih priporočil. Pregrešijo se dan pred in na dan, ko imajo dializo, saj jih po njihovem mnenju takrat tako ali tako odrešijo slabega počutja in težav.

Nekateri pacienti menijo, da mora biti učenje in informiranje kontinuirano in ju prepoznajo kot dejavnika za njihovo lastno opolnomočenje pri obvladovanju bolezni in poročajo tudi o večjem zadovoljstvu in kakovosti življenja. Pomembno jim je, kdaj, kje, kdo in na kakšen način jim poda potrebne informacije glede diete in bolezni nasploh. Raje imajo ustno prejete informacije, ki jih želijo večkrat slišati, veliko dajo tudi na lastne izkušnje ter na mnenje in nasvete sopacientov. Pacienti dobijo vse odgovore na vprašanja in potrebne informacije, ki se jim med zdravljenjem porajajo, večinoma od medicinskih sester in drugega zdravstvenega osebja.

## ZAKLJUČEK

Kronične bolezni so zaradi nezdravega načina življenja v svetu močno v porastu, zato jim je treba nameniti posebno pozornost. Vsaka kronična bolezen, torej tudi kronična ledvična bolezen, zahteva poglobljeno in kontinuirano spremljanje, saj v veliki meri vpliva na kakovost pacientovega življenja. Zaradi neupoštevanja omejitev pri prehrani in prekomernem uživanju tekočine imajo pacienti že doma pogosto težave in komaj čakajo, da pridejo na dializo, da se jim telo »očisti«  
strupov in odvečne tekočine. Omejitev pri prehrani in vnosu tekočin običajno ne upoštevajo, kljub nenehni edukaciji in predhodnimi slabimi izkušnjami, eni in isti pacienti, ki s svojim ravnanjem ogrožajo svoje življenje. Neupoštevanje dietnih priporočil slabo vpliva na zdravje pacientov in njihovo počutje, kar včasih zahteva zdravstveno obravnavo in oskrbo, celo hospitalizacijo. Na podlagi dolgoletnega izkustvenega učenja in glede na izjave pacientov ugotavljamo, da pogosto in dolgotrajno neupoštevanje dietnih priporočil posledično vpliva na slabšo kakovost njihovega življenja.

Zdrav način življenja z gibanjem in zdravim prehranjevanjem je temelj za zdravje, ki močno vpliva na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo. Zaznali smo potrebo po nenehnem ozaveščanju pacientov in zdravstveno vzgojnem svetovanju, kar je pomembna naloga diplomirane medicinske sestre, zaposlene na dializi.

### Omejitve raziskave

Izvedena raziskava ima omejitve z vidika izbrane metodologije, vzorca in merskega instrumenta.



## Literatura

- Buturovič–Ponikvar, J., Ponikvar, R. & Chwatal Lakič, N., 2010. To je le del mojega življenja Ljubljana: Janssen AB skupina, d. o. o., pp. 4-34.
- Fouque, D., Pelletier, S., Mafra, D. & Chauveau, P., 2011. Nutrition and Chronic Kidney Disease. *Kidney International* 80(4), pp. 348-357. Doi: 10.1030/ki.2011.118
- Halovanić, G., 2014. Prehrana bolnika na lječenju dializom. *Sestrinski glasnik*, 19(2), pp. 127-130. Doi: 10.11608/sgnj.2014.19.027
- 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. Uradni list št. 71/2014.
- Lavrincec, J., 2011. Zbirka receptov primernih za ledvične in dializne Ljubljana: Društvo ledvičnih bolnikov, pp. 3-5.
- Lindič, J., 2014. Ocena ledvičnega delovanja. In: Lindič, J., et al., eds. *Bolezni ledvic*. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, pp. 31-43.
- Obrovnik, M., 2010. Prehrana pacienta s kronično ledvično boleznijo. In: Lindič, J. & Kovač, D. eds. *Za dobro ledvic*. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih pacientov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, pp.
- Obrovnik, M., 2011. Prehrana in življenjski slog ledvičnega pacienta. *Vita*, 76(18), pp. 9-11.
- O'Boyle, C.A. 1997. Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions: Biological Sciences* 352(1363), pp. 1871-1879. Doi: 10.1098/rstb.1997.0173
- Paljič, M., 2015. Prehransko stanje pacientov v DC SBG in izvajanje prehranskega svetovanja. In: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije. *Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih*, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije: 2015, pp. 58-61.
- Pirnat, P., 2011. Rezultati raziskave o poteku predializne edukacije bolnikov s kronično ledvično boleznijo v dializnih centrih Slovenije. In: Rep, M. & Rabuza, B., eds. *Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji*. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 59-62.
- Podlesnik, A. & Obrovnik, M., 2005. Prehransko svetovanje v predializnem obdobju. In: Parapot, M. ed. *Strokovno srečanje ob 25. obletnici hemodialize in 10. obletnici zdravljenja s peritonealno dializo v dializnem centru v Novem mestu*. Novo mesto, 4.–5. november 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, 2006, pp. 39-43.
- Putnik, H., 2015. Prehransko osveščen pacient na hemodializi. In: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije.

Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije: 2015, pp. 68-75.

Rabuza, B., 2011. Zdravstvena nega pacienta s kronično boleznijo v ambulantni sekundarni obravnavi. In: Rep, M. & Rabuza, B., eds. Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 49-57.

Rabuza, B. & Mesojedec, M., 2014. Prehrana pri dializnih bolnikih. In: Rep, M. ed. Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, pp. 15-30.

Skevington, S.M., Lofty, M., & O'Connell K.A. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, pp. 299-310.

Simunič, N., 2013. Pomen prehranskega svetovanja v predializnem obdobju. In: Rep, M. ed. Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, 2014, pp. 6-15.

Špalir Kujavec, B., 2015. Vloga medicinske sestre v predializni edukaciji. In: Rep, M. ed. Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, pp. 58-66.

Vujanovič, Z. & Ermut, T., 2015. Pomen vode v našem telesu in določitev odvečne tekočine pri bolniku s končno ledvično odpovedjo. In: Rep, M. ed. Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, pp. 26-35.

# CEPLJENJE PROTI GRIPI KOT IZZIV ZA ZAPOSLENE V DOMU ZA STAREJŠE FLU VACCINATION LIKE CHALLENGE FOR HEALTHCARE WORKERS IN ELDERLY HOMES

Maja Pozvek, dipl. m. s.

Karmen Romih, mag. zdr. neg.

COMETT domovi d.o.o., Dom starejših Viharnik, Kranjska Gora

maja.pozvek@dom-viharnik.si

## IZVLEČEK

**Uvod:** Gripa je akutna virusna bolezen dihal, ki se pojavi v zimskih mesecih in pri starejših lahko povzroči tudi smrt. Predvsem so ogroženi starejši, ki so fizično in psihično oslabei, ter imajo lahko pridruženo eno ali več kroničnih bolezni. Pomemben dejavnik pri obvladovanju nalezljivih bolezni je precepljenost populacije, ki je pri cepljenih, ki niso obvezna, izjemno nizka. Velik delež necepljenih oseb predstavljajo tudi zaposleni v socialnovarstvenih ustanovah. **Metode:** Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Podatke smo pridobili z anonimnim vprašalnikom. V raziskavo so bili zajeti zaposleni v domu starejših Viharnik. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS verzija 21.0., razloge za in proti cepljenju smo kvalitativno analizirali, jih oblikovali v kode ter povezali v kategorije. **Rezultati:** V raziskavi je sodelovalo 49 (76,6 %) žensk in 15 (23,4 %) moških. Proti gripi se je cepilo 13 (20,3 %) zaposlenih, medtem ko se 51 (79,7 %) zaposlenih za cepljenje proti gripi ni odločilo. Zaposleni, ki se za cepljenje proti gripi odločijo, se najpogosteje odločijo zaradi skrbi za zdravje in skrbi za zdravje bližnjih in oseb s katerimi so v stikih. Medtem ko so vzrok za odklonitev cepljenja dvom, negativne izkušnje ter pomanjkanje informacij. Ugotovili smo, da obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlenimi, ki se cepijo in tistimi, ki se za cepljenje ne odločajo. **Diskusija in zaključek:** Zaposleni v domu Viharnik poznajo znake gripe, stranske učinke cepljenja in kontraindikacije za cepljenje proti gripi. S kvalitativno analizo besedila smo ugotovili, da pri odločanju za cepljenje proti gripi pomembno vlogo igra znanje, odgovornost in zaupanje zaposlenih.

**Ključne besede:** diplomirana medicinska sestra, znanje, gripa, cepljenje, starejši ljudje

## ABSTRACT

**Introduction:** Flu is acute respiratory disease, common in winter time. It is very dangerous for elderly people who are physically and psychologically weakened and have one or more

chronic illnesses, flu can even cause death of an elderly. Important in coping of infectious diseases is immunization. Immunization is very low, when vaccination is optional. A big share of unvaccinated persons presents health care workers in elderly homes. **Methods:** For our research we used quantity method. Data we obtained with anonymous questionnaire. In our research participate employers of elderly home Viharnik. For data analysis we used statistical program SPSS 21.0. Their opinion for and against vaccination we analyzed with use of particular codes and categories. **Results:** In our research participate 49 (76,6 %) women and 15 (23,4 %) men. Against flu was vaccinated 13 (20,3 %) health care workers, 51 (79,7 %) health care workers were not vaccinated. Reasons for the flu vaccination is because of their care for their own health and health of other people. On the other hand the reasons against vaccination is because of doubts, negative experiences and lack of informations. Among those who are vaccinated and those who are not there are statistically significant differences. **Discussion:** Health care workers knowledge flu signs, side effects and contraindications of flu vaccination. With our research we find out that knowledge, responsibility and trust of health care workers is very important for decision of flu vaccination.

**Keywords:** nurse, knowledge, flu, vaccination, elderly people

## UVOD

Gripa je akutna virusna bolezen dihal, ki jo povzročajo trije virusi: virus influence A, B in C. Postopne in majhne spremembe virusa influence privedejo do vsakoletnih, sezonskih epidemij. Prvi znaki gripe se pojavijo v enem do treh dnevih po okužbi. Oboleli ima vročino, nahod, bolečine v žrelu in kašelj, pojavijo se lahko tudi mrazenje, izčrpanost, glavobol, bolečine v mišicah in kosteh. Vsi znaki izginejo v enem tednu, razen kašlja, ki lahko traja tudi več tednov. Virus se nahajajo v izločkih dihal, ki se ob kihanju, kašljanju in glasnem govorjenju širijo v okolici enega metra okoli obolelega posameznika (NIJZ, 2016).

Kraigher in sodelavci (2011) navajajo, da danes zaradi cepljenja ljudje ne zbolevalo več za številnimi nalezljivimi boleznimi, ki so včasih povzročile celo invalidnost ali smrt. Namen cepljenja vidijo v vzpostavitvi kolektivne odpornosti proti bolezni v vsej populaciji. Na ta način preprečimo širjenje povzročiteljev med prebivalstvom in bolezen celo izkoreninimo. V Republiki Sloveniji opravlja cepljenje zdravstveni zavod ali zasebni zdravnik.

Področje cepljenja urejajo Zakon o nalezljivih boleznih, Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvom pred vnosom in razširjanjem nalezljivih bolezni ter Program Cepljenja in zaščite z zdravili za tekoče leto (Šinkovec, 2013). Danes se tako na podlagi Zakona o nalezljivih boleznih izvaja obvezno cepljenje predšolskih in šolskih otrok proti hemofilusu influence b, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, ošpicam, mumpsu, rdečkam in

hepatitisu B. Kadar obstajajo določeni epidemiološki razlogi, je cepljenje obvezno tudi proti nekaterim drugim nalezljivim boleznim (Zakon o nalezljivih boleznih, 2006).

Poleg naštetih bolezni iz obveznega programa cepljenja se v Sloveniji lahko cepimo proti okužbam z rota virusi, humanimi papiloma virusi, gripi, klopnemu meningoencefalitisu, meningokoknemu meningitisu, noricam, pnevmokoknim okužbam, tuberkulozi, hepatitisu A, rumeni mrzlici, tifusu in steklini (Trop Skaza & Bečkovnik, 2011).

Cepljenje je ključna intervencija v strateškem in akcijskem načrtu Svetovne zdravstvene organizacije za zagotavljanje zdravega staranja populacije. Predlagajo, da bi morali biti vsi starejši poleg ostalih ogroženih skupin prebivalstva cepljeni proti gripi, z namenom zmanjševanja zapletov in poslabšanja zdravstvenega stanja. Cepljenje je namreč najboljša preventiva pred okužbo z virusom gripe tako za paciente kot tudi za zdravstvene delavce, ker pa se virusi, ki povzročajo gripo, spreminjajo je potrebno cepljenje vsako leto (WHO, 2017, 2016a, 2016b). Cepljenje proti gripi se priporoča za starejše od 65 let, osebe s kroničnimi boleznimi pljuč, srca, ledvic, za diabetike, za osebe z imunsko pomanjkljivostjo, zdravljene s kemo- ali radioterapijo in malignomi, ter za majhne otroke stare od 6 do 23 mesecev in nosečnice. Prav tako se cepljenje priporoča družinskim članom starejših oseb in kroničnih pacientov, ker z vnosom virusa influence v domače okolje ogrožajo zdravje svojca (NIJZ, 2016).

Center for Disease Control and Prevention (2007 cited in Reedy, 2008) izpostavlja, da so najbolj ogroženi za okužbo z gripo starejši od 65 let, otroci mlajši od dveh let in tisti, ki imajo več različnih bolezni hkrati – sladkorno bolezen, pljučne ali srčne bolezni. Predlagajo tudi, da bi bilo cepljenje zdravstvenih delavcev standard zdravstvene nege.

Zdravstveni delavci so zaradi narave njihovega dela izpostavljeni večjemu tveganju za okužbo z gripo kot ostala populacija. Nekatere študije so pokazale, da se med izbruhom gripe v zdravstvenih ustanovah, več kot polovica zdravstvenih delavcev lahko okuži z virusom gripe (WHO, 2016b). V Združenih državah Amerike ocenjujejo, da je precepljenost za gripo pri zdravstvenih delavcih le okoli 35 % - 45 % (U.S. Department of Veterans Affairs, 2007 cited in Reedy, 2008). Zdravstveni delavci vseh profilov so izpostavljeni okužbi za gripo zaradi kontaktov s pacienti, ki so lahko nosilci virusa. Neposredna posledica tega je, da zdravstveni delavci lahko igrajo potencialni vektor bolnišničnega prenosa gripe k ranljivim pacientom, ki bi jih bolezen najbolj ogrozila (Martinello, Jones & Topal, 2003; Backer, 2006).

Potek bolezni po okužbi z virusom influence je odvisen od zdravstvenega stanja, starosti, imunskega sistema in tega ali smo se v preteklosti že okužili s podobnim virusom influence. Pri mlajših zdravih osebah lahko okužba poteka brez simptomov, medtem ko je pri starejših, kronično bolnih osebah potek bolezni lahko težak in zapleten. Kot zaplet se lahko razvije bakterijska pljučnica, zaradi česar se v epidemiji gripe število sprejemov v bolnišnice močno poveča, poveča se tudi umrljivost starejših (NIJZ, 2016).

Večina smrti, ki so v povezavi z gripo, se pojavi v najbolj ranljivih populacijah, pri mlajših otrocih, starejših ljudeh in kronično bolnih ljudeh. Kljub resnosti bolezni, kot je gripa in možnosti cepljenja, je precepljenost populacije nizka. Stopnje tveganja določenih skupin predstavljajo izziv celotnemu svetu in prispevajo k bremenu te bolezni (WHO, 2015).

Osebje, ki je cepljeno proti gripo, ščiti pred gripo tako cepljene kot necepljene paciente (Van de Dool, et al., 2008; 2009). Prav tako je cepljenje zaposlenih proti gripo primer dobre prakse, ker izboljša zdravje zaposlenih in zmanjša bolniško odsotnost (Nazarko, 2010).

Kontraindikacije so razlogi zdravstvene narave, zaradi katerih cepljenja opustimo ali ga odložimo za določeno časovno obdobje. Poznamo začasne in trajne kontraindikacije (Kraigher, et al., 2011). Nazarko (2008) kot kontraindikacije za cepljenje opisuje tudi hude in obsežne lokalne reakcije na cepivo. Prav tako pravi, da je cepljenje kontraindicirano, kadar je v anamnezi anafilaktična reakcija ali telesna temperatura, ki je višja od 39,5°C in traja 72 in več ur po cepljenju. V priporočilih NIJZ (2015) zasledimo kot kontraindikacijo za cepljenje tudi preobčutljivost na jajca ter na katerokoli sestavino cepiva.

#### Opis problema

V domu Viharnik je vsem zaposlenim zagotovljeno brezplačno cepljenje proti gripo. Zaposlene se na sestanku vseh zaposlenih seznanijo z možnostjo cepljenja proti gripo in se jih pozove naj k cepljenju pristopijo. V letu 2016 se je proti gripo cepilo le 14 zaposlenih, kar predstavlja 20 % vseh zaposlenih.

#### Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli ugotoviti zakaj se anketiranci ne odločajo za cepljenje proti gripo, kakšno je njihovo znanje o gripo, o stranskih učinkih cepljenja ter kakšno je poznavanje kontraindikacij za cepljenje. Ugotoviti smo želeli ali obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih med tistimi, ki se cepijo in tistimi, ki se ne cepijo.

#### METODE IN TEHNIKE ZBIRANJA PODATKOV

Za potrebe teoretičnega dela je bila pregledana strokovna literatura, ki je bila pridobljena s pomočjo strokovnih člankov, strokovnih knjig, in s pomočjo spletnih slovenskih in tujih podatkovnih baz, kot so Cinahl, Cobiss, PubMed, Medline in Springer Link. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede v slovenskem jeziku, kot so gripa, cepiva proti gripo, diplomirana medicinska sestra, domovi za starejše ter v angleškem jeziku flu, flu vaccine, nurse, homes for elderly. Za empirični del je bila uporabljena deskriptivna metoda kvantitativnega raziskovanja, ki je bilo izvedeno s pomočjo vprašalnika.

## Opis merskega instrumenta

Kot inštrument raziskovanja je bil uporabljen strukturiran vprašalnik, s katerim smo želeli ugotoviti zakaj se anketiranci ne odločajo za cepljenje proti gripi. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu so vprašanja, ki zajemajo demografske podatke. Drugi sklop vsebuje vprašanja, ki opredeljujejo cepljenje proti gripi, vzroke za in proti. Obsega tri vprašanja zaprtega tipa ter dve vprašanji, na kateri so anketiranci podali opisne odgovore. Tretji sklop se je nanašal na poznavanje gripe in stranskih učinkov ter kontraindikacij za cepljenje proti gripi. To smo ugotavljali s pomočjo treh odprtih vprašanj in šestnajstih trditev, do katerih so se anketiranci opredelili s številkami od ena do pet. Številka 1 je pomenila, da se nikakor ne strinjajo; številka 2, da se ne strinjajo; številka 3, da se niti ne strinjajo, niti strinjajo; številka 4, da se strinjajo in številka 5, da se popolnoma strinjajo. Pri vprašanju, kje zaposleni pridobijo informacije o cepljenju je bilo možnih več odgovorov. Vprašanja drugega in tretjega sklopa so bila oblikovana na osnovi pregleda strokovne literature o gripi, stranskih učinkih pri cepljenju proti gripi ter kontraindikacij za cepljenje, ta vprašanja so bila odprtega tipa in je bilo možnih več odgovorov. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s pomočjo Cronbach koeficienta alfa, ki je znašal 0,810. Statistično pomembne razlike pa smo določili z izračunom T-testa, kjer je znašala vrednost  $p \leq 0,05$ .

## Opis vzorca

Pri anketni raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec. Med zaposlene v domu Viharnik je bilo razdeljenih 70 vprašalnikov. Izključeni sta bili le raziskovalki. Vrnjenih je bilo 64 vprašalnikov, vsi so bili ustrezni za obdelavo. Realizacija vzorca je bila 91 %.

V raziskavi je sodelovalo 49 (76,6 %) žensk in 15 (23,4 %) moških. 12 (18,8 %) anketiranih je bilo starih do 25 let, v starostnem obdobju od 26 let do 35 let je bilo 26 (40,6 %) anketiranih, starejših od 36 let je bilo 23 (36 %) anketiranih – povprečna starost anketiranih je 34 let. Največ anketiranih, 27 (42,2 %) ima do pet let delovne dobe, po 12 (18,8 %) anketiranih pa je imelo od 5 let do 10 let delovne dobe, 10 let do 20 let delovne dobe ter več kot 20 let delovne dobe, en (1,5 %) anketiranec svoje starosti ni navedel. Po izobrazbi je ena (1,6 %) anketiranka diplomirana medicinska sestra, 7 (10,9 %) anketiranih je po izobrazbi bolničar negovalec, sledilo je 26 (40,6 %) anketiranih, ki so po izobrazbi tehniki zdravstvene nege, največje število anketiranih 30 (46,9 %) pa je drugih zaposlitvenih profilov.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po odobritvi vodstva doma Viharnik so bili v začetku meseca aprila 2017 zaposleni seznanjeni z namenom in ciljem raziskave. Vprašalnike so zaposleni prevzeli na recepciji doma, jih takoj izpolnili ter oddali v namensko škatlo. Podatki so se zbirali od 3.4.2017 do 3.5.2014. Vneseni so bili v statistični računalniški program SPSS 21.0 in analizirani s pomočjo frekvenčne porazdelitve in deskriptivne statistike. Izračunana je bili srednja vrednost (SV), standardni odklon (SO), za ugotavljanje statistično pomembnih razlik pa je bil uporabljen T-test. Rezultati so predstavljeni opisno in s tabelo. Navedeni odgovori v zvezi z opredelitvijo do

cepljenja proti gripi so bili analizirani in oblikovani v kode, ki so bile nato povezane v kategorije.

## REZULTATI

Informacije o cepljenju proti gripi 13 (20,3 %) anketiranih pridobi na televiziji in radiu, 36 (56,3 %) anketiranih jih pridobi na spletu, 36 (56,3 %) anketiranih jih pridobi v ustanovi v kateri so zaposleni, 6 (9,4 %) anketiranih pa informacije pridobi pri osebnem zdravniku in drugje. 40 (62,5 %) anketiranih je navedlo, da jim delodajalec omogoča brezplačno cepljenje proti gripi, 4 (6,2 %) anketirani so navedli, da jim delodajalec brezplačnega cepljenja ne omogoča, 20 (31,3 %) anketiranih pa jih ne ve, da delodajalec omogoča brezplačno cepljenje.

Proti gripi se cepi 13 (20,3 %) anketiranih, 51 (79,7 %) anketiranih pa je odgovorilo, da se proti gripi ne cepijo. Razlogi za in proti cepljenju smo analizirali in jim pripisali določene označevalne kode. Kode smo smiselno povezali v kategorije. Pri razlogih za cepljenje smo pridobili kategoriji znanje in odgovornost, ki so prikazani v Tabeli 1. Pri razlogih proti cepljenju pa smo pridobili kategoriji zaupanje in znanje, ki so prikazani v Tabeli 2.

Tabela 1: Razlogi za cepljenje

Besedilo	Koda	Kategorija
izboljšanje imunskega sistema; da ne zbolim; ker sem izpostavljena okužbam; preventiva; zaščita zdravstvenih delavcev;	skrb za svoje zdravje	znanje
da obvarujem otroke; da ne okužim ostalih	skrb za skupnost	odgovornost
zmanjšana odsotnost z dela		

Tabela 2: Razlogi proti cepljenju

Besedilo	Koda	Kategorija
ne zaupam cepljenju; sama skrbim za naravno odpornost;	dvom	zaupanje
še nisem zbolela; nikoli ne zbolim za gripo; ker sem po cepljenju proti gripi zbolela; huda reakcija na cepivo v otroštvu; imela sem neželene stranske učinke pri cepljenju; bojim se injekcije;	izkušnje	
ker ni obvezno;	pomanjkanje informacij	znanje
brez razloga; ni 100% zaščita pred gripo; je brez pomena; nihče me ni obvestilo cepljenju; ni potrebe		



Kot znake gripe, kjer je bilo možno podati več odgovorov, je 47 (24,5 %) zaposlenih izpostavilo vročino, 48 (25,1 %) zaposlenih bolečine v mišicah in sklepih, 19 (9,9 %) zaposlenih zamašen nos ter kašelj, 17 (8,9 %) zaposlenih glavobol, 14 (7,3 %) zaposlenih utrujenost in 9 (4,7 %) zaposlenih slabo počutje.

Pri poznavanju kontraindikacij za cepljenje proti gripi, kjer je bilo možno podati več odgovorov je 41 (21,4 %) zaposlenih navedlo alergijo na cepivo, 21 (10,9 %) zaposlenih je navedlo povišano telesno temperaturo, 14 (7,3 %) zaposlenih je navedlo, da je kontraindikacija akutno bolezensko stanje, 11 (5,7 %) zaposlenih je navedlo, da se cepiti ne smejo nosečnice, po 6 (3,1 %) zaposlenih pa je navedlo kot kontraindikacijo za cepljenje proti gripi alergijo na jajca in oslavljen imunski sistem.

Prav tako pa je bilo možno podati več odgovorov pri poznavanju stranskih učinkov. Največ zaposlenih, 44 (17,2 %) je kot stranski učinek cepljenja proti gripi navedlo vročino, po 28 (10,9 %) zaposlenih je navedlo kot stranski učinek po cepljenju proti gripi bolečino, oteklino in slabost ter bruhanje, 22 (8,6 %) zaposlenih je navedlo, da se na mestu vboda pojavi rdečina, 8 (3,1 %) zaposlenih je navedlo glavobol in 7 (2,7 %) zaposlenih je navedlo, da po cepljenju kot stranski učinek lahko nastane alergijska reakcija.

Zaposleni so se najbolj strinjali s trditvijo, da je gripa nalezljiva bolezen (SV = 4,41), sledila je trditev, da bolečine in utrujenost lahko trajajo tudi do več tednov (SV = 4,22), zelo se zaposleni strinjajo tudi s trditvijo, da gripa povzroča absentizem – odsotnost od dela (SV = 4,00) ter, da gripa lahko povzroči smrt (SV = 3,92). Zaposleni menijo tudi, da je pomembno, da se stanovalci cepijo proti gripi (SV = 3,89). Visoko stopnjo strinjanja so zaposleni izrazili tudi pri trditvi, da cepljeni ne zbolijo (SV = 2,27), kjer vidimo nizko srednjo vrednost zaradi nikalne oblike trditve. Z malo nižjim strinjanjem so zaposleni ocenili trditve: zdravstveni delavci bi morali priporočati cepljenje (SV = 3,56), cepljenje zmanjšuje obolevnost za gripo (SV = 3,52), cepljenje zdravstvenih delavcev je pomembno (SV = 3,39), imam dovolj znanja o gripi (SV = 3,38), imam dovolj informacij o cepljenju (SV = 3,31) ter, da svojim svojcem priporočam cepljenje proti gripi (SV = 3,05). Nestrinjanje pa so zaposleni izrazili pri trditvah: če zdravo živim in skrbim za svoje zdravje, gripe ne morem dobiti (SV = 2,41), za gripo zbolijo le starejši in bolni (SV = 2,58) in pri trditvi, da bi moralo biti cepljenje proti gripi obvezno (SV = 2,59).

Statistično pomembne razlike v stališčih med tistimi, ki se cepijo in tistimi, ki se ne cepijo obstajajo pri treh trditvah: s cepljenjem proti gripi lahko prispevamo k zmanjšanju te bolezni ( $p = 0,026$ ), zdravstveni delavci bi morali priporočati cepljenje ( $p = 0,010$ ) in cepljenje proti gripi bi moralo spadati pod obvezna cepljenja ( $p = 0,001$ ).

## DISKUSIJA

Skoraj polovica udeležencev v raziskavi je bila po izobrazbi tehnikov zdravstvene nege, informacije o cepljenju proti gripi je dobra polovica udeležencev pridobila na spletu in v ustanovi, kjer so zaposleni. Le dve tretjini anketirancev je informiranih o tem, da jim delodajalec zagotavlja brezplačno cepljenje, medtem, ko jih tretjina te informacije nima. Zaposleni v domu Viharnik poznajo znake gripe, prav tako stranske učinke in kontraindikacije za cepljenje. Zavedajo se, da je gripa nalezljiva bolezen, pri kateri bolečine in utrujenost lahko trajajo tudi več tednov ter povzroča daljšo odsotnost z delovnega mesta.

Ugotovili smo statistično pomembne razlike med zdravstvenimi tehnikami, ki se cepijo in tistimi, ki se ne cepijo pri treh trditvah, ki se navezujejo na ozaveščenost in znanje o cepljenju. Nekatere študije (Martinello, et al., 2003; O'Reilly, et al., 2005; Willis & Wortley, 2007; Livni, et al., 2008; Falomir-Pichastor, et al., 2009; Shahrabani, et al., 2009) so pokazale močno povezavo med znanjem, ki ga imajo medicinske sestre o gripi in s cepljenjem proti gripi ter cepilnim statusom teh medicinskih sester. Medicinske sestre, ki se cepijo proti gripi imajo statistično pomembno več znanja o gripi. Slednje lahko potrdimo tudi s kvalitativno analizo besedila v smislu razlogov za cepljenje udeležencev v naši raziskavi, kjer smo pridobili kategoriji znanje in odgovornost. Na drugi strani pa je naša raziskava pokazala kot temeljni kategoriji razlogov ne odločanja za cepljenje, znanje in zaupanje.

Z uporabo Teorije načrtovanega vedenja sta bili na mikro ravni kot najpomembnejši oviri, da se ljudje ne cepijo proti gripi, prepoznani nizko zaznana učinkovitost cepiva in pomanjkanje zaupanja v zdravstvo. Odločanje za cepljenje proti gripi pa pripada pozitivnemu odnosu do cepljenja proti gripi, visoko zaznani uporabnosti cepiva in predhodna cepljenja proti gripi. Na makro ravni pa sta tako zaupanje kot samozadovoljstvo vzroka za ne odločanje za cepljenje.

Samozadovoljstvo je izraženo kot nizka skrb, nizko zaznano tveganje in resnost bolezni. Pomanjkanje zaupanja pa kot dvom v varnost in učinkovitost cepiva, pomanjkanje zaupanja v zdravstvo in vrzel v znanju, da cepivo lahko povzroči gripo (Schmid, et al., 2017).

## ZAKLJUČEK

Cepljenje je varna in visoko učinkovita zaščita posameznika in javnega zdravja. Predvsem v domovih za starejše bi precepljenost osebja proti gripi morala biti optimalna. Odločitev, da delodajalec zagotovi zaposlenim v zdravstvu in socialno varstvenih zavodih brezplačno cepljenje, je le korak k doseganju cilja. Večja teža je na ustreznih informacijah, znanju in krepitvi zaupanja. Potrebno bi bilo ozaveščanje zaposlenih o gripi in njenih posledicah ter o pomembnosti cepljenja pri preprečevanju nalezljivih bolezni. Pomemben dejavnik za cepljenje je delovanje z zgledom.

## Literatura

- Falomir-Pichastor, J. M., Toscani, L. & Despointes, S. H., 2009. Determinants of flu vaccination among nurses: the effects of group identification and professional responsibility. *Applied Psychology: An International Review*, 58, pp. 42-58.
- Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T., 2011. Cepljenje in cepivadobre prakse varnega cepljenja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Livni, G., Chodik, G., Yaari, A., Tirosh, N. & Ashkenazi, S., 2008. Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, 3, pp. 111-117.
- Martinello, R.A., Jones, L. & Topal, J.E., 2003. Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine receipt. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 24, pp. 845-847.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Gripa. NIJZ, 07.11.2016. Available at: <http://www.nijz.si/sl/gripa-0> [07.05.2017].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Priporočila za obravnavo izbruha ali suma na izbruh gripe v ustanovah. NIJZ, ver.5 / 2014. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/priporocila\\_za\\_obravnavo\\_izbruha\\_ali\\_suma\\_na\\_izbruh\\_gripe\\_v\\_socialno-varstvenih\\_zavodih.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/priporocila_za_obravnavo_izbruha_ali_suma_na_izbruh_gripe_v_socialno-varstvenih_zavodih.pdf) [04.06.2017].
- Nazarko, L., 2008. Infection control: immunization update. *Nursing & Residential Care*, 10(2), pp. 74-77.
- Nazarko, L., 2010. Staff flu vaccination: A patient safety necessity? *British Journal of Community Nursing*, 15(11), p. 525.
- O'Reilly, F. V., Cran, G. W. & Stevens, A. B., 2005. Factors affecting influenza vaccine uptake among health care workers. *Occupational Medicine*, 55, pp. 474-479.
- Reedy, M. A., 2008. Fighting the Flu: A vaccination Program for Healthcare Workers. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), pp. 171-172.
- Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G. & Denker, M., 2017. Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior- A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005-2016. *PLOS ONE* 12 (1), pp. 1-46.
- Shahrabani, S., Benzion, U. & Din, G. Y., 2009. Factors affecting nurses' decision to get the flu vaccine. *The European Journal of Health Economics*, 10, pp. 227-231.
- Šinkovec, N., 2013. Neželeni dogodki pridruženi cepljenju – terminologija. *Elektronske novice s področja nalezljivih bolezni in okoljskega zdravja*, 8, pp. 14-18. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz\\_sep\\_2013.pdf#page=14](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/enboz_sep_2013.pdf#page=14) [24.4.2017].
- Trop Skaza, A. & Bešković, L., 2011. (Ne)varnost cepljenja. *ISIS*, 20(1), pp. 38-40.
- Van de Dool, C., Bonten, M.J., Hak, E., Heijne, J.C. & Wallinga, J., 2008. The effects of influenza vaccination of healthcare workers in nursing homes: insights from mathematical models. *PLoS Med* 5(10), p. 200.

Van de Dool, C., Bonten, M.J., Hak, E. & Wallinga, J., 2009. Modeling the effects of influenza vaccination of healthcare workers in hospital departments. *Vaccine*, 27(44), pp. 6261-6267.

Willis, B. C. & Wortley, P., 2007. Nurses` attitudes and beliefs about influenza and the influenza vaccine: a summary of focus groups in Alabama and Michigan. *American Journal of Infection Control*, 35, pp. 20-24.

World Health Organization, 2017. New WHO/Europe guidance for prevention and control of influenza in long-term care facilities. Denmark: Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2017/01/new-who-europe-guidance-for-prevention-and-control-of-influenza-in-long-term-care-facilities> [7.5.2017].

World Health Organization, 2016a. Flu Awareness Campaign. Denmark: Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/flu-awareness-campaign> [7.5.2017].

World Health Organization, 2016b. Influenza vaccine: Protection for both healthcare workers and patients. Denmark: Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/news/news/2016/10/influenza-vaccine-protection-for-both-health-care-workers-and-patients> [7.5.2017].

World Health Organization, 2015. The Global Action Plan for Influenza Vaccines Report of the tenth meeting of the Advisory Group Of the WHO Global action Plan for Influenza Vaccines. Denmark: Europe. Available at: [http://www.who.int/influenza\\_vaccines\\_plan/advisory\\_group/members/Report\\_GAPAG\\_10th\\_SaoPaulo\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/influenza_vaccines_plan/advisory_group/members/Report_GAPAG_10th_SaoPaulo_FINAL.pdf) [24.4.2017].

Zakon o nalezljivih boleznih: uradno prečiščeno besedilo (ZNB-UPB1), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 33.

## PREDSTAVITEV DELA DIPLOMIRANE BABICE, KOT AVTONOMNE IN KOMPETENTNE OSEBE V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

### INTRODUCTION THE MIDWIFE'S WORK AS AUTONOMOUS AND COMPETENT PERSON IN JESENICE GENERAL HOSPITAL

Barbara Sfiligoj, dipl. babica  
Katja Zupan, dipl. babica  
Nina Trifoni, dipl. m. s.  
Mojca Strgar Ravnik, mag. dr. nege  
Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija

barbara.sfiligoj@sb-je.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Babice so prepoznane kot avtonomne zdravstvene sodelavke, ki s svojim znanjem in kompetencami pomagajo ženski v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Po Kodeksu etike za babice Slovenije, je babica prepoznana kot zdravstvena strokovnjakinja, ki s svojim znanjem in kompetencami pomaga ženski v vseh obdobjih njenega življenja. V Splošni bolnišnici Jesenice babicam omogočamo, da svoje kompetence poleg samostojnega dela v porodni sobi uveljavljajo tudi v predporodnem in poporodnem obdobju. Z dodatnim izobraževanjem babic smo vzpostavili delovanje babiške ambulante in babiškega oddelka. Ob tem smo izdelali ustrezno dokumentacijo, »babiški karton« in klinično pot za vodenje zdrave otročnice na babiškem oddelku. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s proučevanjem strokovne literature domačih in tujih avtorjev. Pregledali smo literaturo s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, PubMed in Google. Primerjali smo porodno prakso v drugih porodniško razvitih državah. **Diskusija in zaključek:** V Splošni bolnišnici Jesenice se je pokazala potreba po večjem vključevanju babic v predporodnem in poporodnem obdobju. S svojimi kompetencami in znanjem lahko babica prevzame del dela zdravnikov, ki zaradi preobremenjenosti ne morejo ženskam, nosečnicam in porodnicam nameniti dovolj časa. Z dodatnim izobraževanjem so babice postale samostojne pri delu z nizko rizičnimi nosečnicami, pri vodenju porodov in obravnavi zdravih otročnic na babiškem oddelku. Z vsemi spremembami so zaposleni na porodniškem oddelku, nosečnice in porodnice zadovoljne, kar dokazujejo rezultati ankete in naraščanje število porodov.

**Ključne besede:** poslanstvo babiške zdravstvene nege, kompetence, babiška ambulanta, babiški oddelek

## ABSTRACT

Introduction: Midwives are recognized as autonomous medical associates who with their knowledge and competences help women during pregnancy, childbirth and postpartum periods. According to the Code of Ethics for Midwives of Slovenia, the midwife is recognized as a medical expert who, with her knowledge and competences, helps women at all times of her life. In the General Hospital Jesenice, we enabled midwives to start their competences in addition to their independent work in the maternity room in the prenatal and postnatal period. With the additional education of midwives, we established the functioning of the midwife ambulance and midwives department. At the same time, we have produced appropriate documentation, a "babysitter card" and a clinical path for keeping a healthy babysitter at the midwife's department. Method: A descriptive method was used by studying the professional literature of domestic and foreign authors. We reviewed literature using CINAHL, PubMed, and Google databases. We compared birth practices in other reproductive countries. Discussion and conclusion: The General Hospital Jesenice has shown the need for greater involvement of midwives in the prenatal and postnatal period. With her competencies and knowledge, the midwife can take up a part of the work of doctors who, due to congestion, cannot afford enough time for women, pregnant women and birthing mothers. With additional education, midwives became independent in working with low-risk pregnant women, in administering deliveries and treating healthy babies in the midwife's department. With all the changes, employed in the maternity department and our users are satisfied, as shown by the results of the survey and the increase number of deliveries.

**Keywords** the mission of midwife nursing, competence, midwife's clinic, midwife's department

## UVOD

Namen strokovnega prispevka je prikaz dobre babiške prakse, ki se izvaja v Splošni bolnišnici Jesenice. Spremembe so pripomogle k večjemu zadovoljstvu otročnic in vplivale na samozavest in večjo avtonomnost babic. Prav tako se zaradi spremenjenega načina dela zadnja leta vse več žensk iz celotne Slovenije odloča za porod v porodnišnici Jesenice. V prispevku podrobno predstavimo delo babic v babiški ambulanti in na babiškem oddelku. Dokazujemo, da so babice kot avtonomne sodelavke usposobljene prevzeti del nalog, ki jih izvaja porodničar. Povratne informacije, ki jih prejmemo v obliki ankete o zadovoljstvu kažejo, da so nosečnice in otročnice zelo zadovoljne z novim pristopom dela.

Cilj je spodbuditi tudi druge porodnišnice, da prisluhnejo nosečnicam in otročnicam in se jim začnejo postopoma prilagajati in tako spreminjati porodniško in babiško prakso.

## Poslanstvo babiške zdravstvene nege

Poslanstvo babiške zdravstvene nege je obravnava ženske med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Babiška zdravstvena nega obravnava poleg ženske tudi novorojenčka in dojenčka. Njen cilj je doseči, oziroma ohraniti najbolj optimalno zdravje tako matere kot otroka. Poslanstvo babiške zdravstvene nege posega tudi v nekatera področja ginekologije in načrtovanja družine. Babiška nega je tudi pomemben del zdravstvenega sistema (Skoberne & Skočir, 2003). Poleg pomembnega poslanstva babiške nege so babice v času šolanja pridobile neprecenljivo znanje in kompetence.

## Kompetenca

Kompetenca pomeni, da uporabimo pridobljeno znanje in uspešno ter učinkovito v skladu s standardi delovne uspešnosti izvršimo neko nalogo. Kompetenca pomeni tudi, da svoje delo opravimo dobro in kakovostno (Železnik, et al., 2008).

Mednarodni kodeks etike za babice (od leta 1999) zajema področja:

- odnosi v babištvu
- klinična praksa v babištvu
- strokovna odgovornost babice
- razvoj babištva v teoriji in praksi (Kodeks etike za babice, 2011).

## Avtonomnost babic v Splošni bolnišnici Jesenice

Zavedanje o poslanstvu babiške zdravstvene nege, pridobljenih kompetenc diplomiranih babic in njihovih izkušenj je vodilo do korenitih sprememb v organiziranosti babiške zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Jesenice. Dolgoletne želje naših porodnic so se pričele postopoma uresničevati. Začetne strahovi so ob podpori in vzpodbudi zdravnikov počasi izginili. Diplomirane babice so se pričele razvijati in samostojno izvajati babiško zdravstveno nego. Nič več niso bile samo zdravnikove pomočnice, pri svojem delu so postale avtonomne in kompetentne sodelavke.

Z povzemanjem dobrih praks nekaterih drugih držav, z dodatnimi izobraževanji in tudi pregledovanjem domače in tuje strokovne literature se je postopoma začela spreminjati porodniško prakso in babiška zdravstvena nega v porodni sobi. Opustili so se nekatere rutinske postopke. Znatno so se zmanjšali inducirani porodi, če le to ni bilo nujno potrebno. Porodnišnica je organizirala izobraževanje nosečnic in njihovih partnerjev o prednostih načina našega dela. Tako porodnice niso bile več v podrejenem položaju zdravstvenega osebja ampak so se o postopkih zavestno odločale in imele nadzor nad dogajanjem med porodom. Poleg partnerjev s je porodna soba odprla vrata tudi drugim spremljevalcem med porodom. Že nekaj let porodnišnica dobro sodeluje z doulami, v zadnjem času pa pogodbeno tudi z samostojnimi babicami.

Spremenjenemu načinu porajanja so sledile tudi spremembe v načinu oskrbe novorojenčka. Novorojenčka se porodi materi na prsni koš, se ga ne ločuje od matere, ne prekinja popkovnice dokler le ta ne preneha utripati. Rutinski pregled novorojenčka je odložen na obdobje tik pred odhodom iz porodne sobe. Velik poudarek tako ob porodu, kot tudi kasneje na porodniškem oddelku se daje kožnemu stiku in navezovanju matere in otroka. Spodbuja in pomaga se pri dojenju takoj, ko sta mati in otrok pripravljena za to in ves čas tekom bivanja na porodniškem oddelku.

Ker smo se zadnja leta rojevajo v porodnišnici Jesenice porodnice tudi iz oddaljenih krajev, ter zaradi izražanja želja porodnic, da bi bil tudi po porodu ob njej partner, smo pričeli z omogočanjem sobivanja partnerja. Kasneje je bil v ta namen izgrajen tudi apartma, ki je kljub plačilu pogosto zaseden.

Sedaj že nekajletna tovrstna babiška praksa kaže na to, da babice svoje delo opravljajo dobro in kvalitetno. Statistični podatki kažejo, na znižano število induciranih porodov, znižano že tako nizko število epiziotomij, vakumskih porodov in carskih rezov. Otroci se rodijo v boljši kondiciji in po porodu potrebujejo manj medicinskih intervencij. V anketi o »Zadovoljstvu porodnice« le te navajajo visoko zadovoljstvo in ker se »dober glas širi v deveto vas« se ženske za porod ne odločajo le v okoliških porodnišnicah, temveč prihajajo porodnice iz različnih koncev Slovenije.

Čeprav se s ponosom poudarja spremembe niso nastale čez noč. Zaposleni so bili najprej nezaupljivi v spremenjeno porodniško prakso. Potrebovali so čas in zaupanje vase. Tudi brez podpore in pomoči zdravnikov sprememb ne bi uspelo vpeljati. Ker se je spremenjena porodniška in babiška praksa dobro uveljavila so se pričele uvajati še spremembe v predporodni in poporodni obravnavi. Tako sta nastali še babiška ambulanta in babiški oddelek.

## Babiška ambulanta

V zakonu izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva v Sloveniji iz leta 2002 je navedeno, da ima vsaka nosečnica 10 preventivnih sistematičnih pregledov. Pri zdravi nosečnosti lahko 5 preventivnih pregledov opravi diplomirana babica.

Kljub kompetentnosti in izobraženosti diplomiranih babic je v Sloveniji tovrstna praksa redkost. V tujini npr. v Avstraliji poleg uveljavljene babiške prakse obstajajo celo klinike, kjer v predporodnem obdobju za nosečnico skrbijo le diplomirane babice. Tam babice opravijo vseh 10 preventivnih sistematskih pregledov (Štruc, 2016). Na Finskem pa diplomirane babice s pridobljeno specializacijo poleg preventivnih sistematskih pregledov opravljajo tudi ultrazvočne preglede.

V Evropi imajo diplomirane babice različno stopnjo avtonomije. Samostojno vodijo žensko pred, med in po porodu v Belgiji, na Danskem, v Franciji, na Irskem, Nizozemskem, v Španiji, na Švedskem in v Angliji (Emons & Luiten, 2001). Med vsemi evropskimi državami, kjer imajo



dobro organizirano babiško zdravstveno nego so diplomirane babice v Sloveniji še vedno najmanj avtonomne pri svojem delu. Kljub temu, da že desetletje obstaja zakonska podlaga in čeprav imajo diplomirane babice s pridobljeno izobrazbo vse kompetence za samostojno opravljanje babiške zdravstvene nege, v večini ustanov delujejo zgolj kot zdravnikove pomočnice. V Sloveniji zdravstvo na področju babištva zelo počasi napreduje. Čeprav številni zdravstveni zavodi želijo vpeljati spremembe, pogosto navajajo, da je vzrok pri oteženem uvajanju sprememb v babištvu premalo primerno izobraženega kadra. Vzrok za počasne spremembe je tudi premalo podpore s strani vodstva porodnišnic.

V Splošni bolnišnici Jesenice je kljub skoraj nespremenjenemu številu kadra v babiški negi dobro organizirana babiška ambulanta vse od leta 2014. Diplomirana babica v okviru svojih kompetenc opravi 5 preventivnih pregledov (v 16, 32, 37, 38 in 39 tednu nosečnosti).

V ta namen je bila izdelana tudi ustrezna dokumentacija – Klinična pot – Zdravstveni karton nosečnice. Dokumentacija se je glede na potrebe večkrat spreminjala in prilagajala naš delu babic. Zdravstveni karton nosečnice oziroma klinična pot za standardno obravnavo nosečnice v predporodnem obdobju opredeljuje preglede, ki jih opravita ali zdravnik ali diplomirana babica. Nekatere preglede opravita skupaj. Klinična pot je zasnovana tako, da ima varovalo. V primeru, da diplomirana babica pri anamnezi in pregledu nosečnice odkrije tveganja, nosečnico napoti še na pregled k zdravniku.

Prednost babiških ambulant je boljša informiranost nosečnic. Pristop k nosečnici je bolj individualen in diplomirana babica si za nosečnico vzame tudi več časa kot ginekolog. Poleg pregleda diplomirana babica nosečnici svetuje o prehrani, spolnosti, fizični aktivnosti, duševnem počutju. Nosečnice tako bolj zaupajo v babiško obravnavo, njihovi strahovi so manjši. Boljša informiranost med nosečnostjo jih vodi k lažjemu odločanju v postopke ter jim dviguje tudi občutek boljšega nadzora med porodom (Jimenz, 2010 cited in Strgar & Macun, 2015).

Nosečnice so z obravnavo diplomiranih babic v babiški ambulanti zelo zadovoljne, kar izrazijo v anketi o zadovoljstvu porodnic (zadovoljnih je 99 % nosečnic, ki so obiskale babiško ambulanto). Anketirane v večini menijo, da so se z diplomirano babico lahko pogovarjale o stvareh, ki so jo zanimale, da so bile obravnavane tako kot so si želele in da so jim diplomirane babice nudile enakovredno oskrbo kot zdravnik.

V babiški ambulanti so zaposlene diplomirane babice, ki imajo poleg pridobljene izobrazbe tudi dovolj izkušenj, da lahko nudijo kakovostno obravnavo. Povprečno diplomirana babica za eno nosečnico porabi od 30 – 40 minut.

Slika 1: Zdravstveni karton nosečnice– prva stran (Splošna bolnišnica Jesenice, 2016)

## Babiški oddelek

V želji kontinuitete babiške zdravstvene nege je bil v letu 2015 vpeljali še babiški oddelek, kjer diplomirane babice samostojno vodijo nizko rizične otročnice, ki izpolnjujejo za to potrebne pogoje. To so: normalni krvni tlak, normalna telesna temperatura, izguba krvi med porodom mora biti manj kot 500 ml, uterus skrčen, normalno stanje zavesti, ITM manj kot 30, zadnji Hb več kot 100mg/l, odsotnost poporodnega hematoma z revizijo, odsotnost kroničnih bolezni med nosečnostjo. Tudi za vodenje babiškega oddelka je bilo potrebno izdelati ustrezno dokumentacijo. Da bi takšno vodenje poenostavili je bila izdelana klinično pot, ki se je po testiranju dopolnila in spremenila. Praksa je pokazala, da je klinična pot za vodenje zdrave otročnice pregledna in varna, ter da vsebuje varovalo – v primeru odstopanja

zdravstvenega stanja otročnice se v obravnavo vključi zdravnik. Zdravnik predpiše tudi vso terapijo in preiskave. Ob odpustu skupaj z diplomirano babico pregledata vso dokumentacijo in otročnico odpušta domov.

Diplomirane babice na dnevni vizitah poleg rutinskega pregleda nudijo svetovanje o osebni higieni, negi novorojenčka, dojenju in duševnemu počutju. Otročnici se ne nudi zgolj pregleda po porodu, temveč se ji tudi pomaga in svetuje pri težavah s katerimi se srečuje v prvih dneh po porodu. Da so otročnice z obravnavo zadovoljne kažejo tudi rezultati ankete o zadovoljstvu porodnic, ki jo otročnice izpolnijo ob odhodu iz porodnišnice. Zadovoljnih je več kot 99 % otročnic. Navajajo, da jim diplomirane babice nudijo enakovredno obravnavo kot zdravnik.



Slika 2: Klinična pot Vodenje zdrave otročnice- prva stran (Splošna bolnišnica Jesenice, 2015)

## DISKUSIJA

V tuji literaturi je navedeno, da babice drugod po svetu opravljajo svoje delo v skladu s svojimi kompetencami. Imajo organizirane babiške oddelke in vodenje zdravih nosečnic izvajajo babice. Pri svojem delu so bolj samostojne, ne samo v porodni sobi, ampak tudi v ambulantah in na oddelkih.

## ZAKLJUČEK

Babice z zadovoljstvom opravljajo to, kar je poslanstvo babiške zdravstvene nege. Kompetence, ki so jih pridobile v času šolanja s pridom uporabljajo v praksi. Izkušnje in znanje, ki ga vsakodnevno pridobivajo, jim povečuje samostojnost in samozavest. Babice niso več samo zdravnikove pomočnice, pač pa avtonomne izvajalke babiške zdravstvene nege, razvijajo babištvo tako v teoriji kot v praksi. Pri svojem delu so strokovne in zanj prevzemajo odgovornost.

Da je predporodna, obporodna in poporodna praksa v Splošni bolnišnici Jesenice dobro sprejeta izrazijo otročnice v anketi o zadovoljstvu, ki jo prejmejo ob odhodu iz porodnišnice. Zadovoljstvo in kakovostna obravnava nosečnic, porodnic in otročnic je neprecenljiva in je vodilo k razvijanju še drugih sprememb na področju babiške zdravstvene nege. Tako se v prihodnosti želi vpeljati še ambulanta za dojenje, kjer bi babice lahko na ustrezen način in po določenih kriterijih, ter na podlagi dobrih praks ženskam po odpustu iz porodnišnice nudile ustrezno strokovno pomoč in podporo pri težavah z dojenjem.

Dobro bi bilo, da bi bila babiška praksa kot je v Splošni bolnišnici Jesenice dostopna tudi v drugih zdravstvenih ustanovah v Sloveniji. Na ta način bi tako bila vsem ženskam omogočena optimalna, varna in kakovostna babiška oskrba pred, med in po porodu.

## Literatura

Jimenez, V., Klein, M.C., Hivon, M. & Mason, C., 2010. Birth. *A Mirage of Change: Family-Centered Maternity Care in Practice*, 37, pp. 160–167.

*Kodeks etike za babice* 2011. Sekcija medicinskih sester-babic, *Skupščina Zbornice - Zveze*.

Macun, E., Sfiligoj, B., Trifoni, N. & Zupan, K., 2015. Načrt neprekinjene skrbi za ženske, nosečnice, porodnice, otročnice in njihove družine s strani babice v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Majcen Dvoršak, S., et al. eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: Zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo 11. in 12. maj 201*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Nacionalni center za strokovni, karierni in osebostni razvoj medicinskih sester in babic.

Macun, E & Zupan, K., 2014. Spremembe porodniške in babiške prakse v Splošni bolnišnici Jesenice. *Zbornik predavanj. Moč za spremembe v praksi – Sodobni pristopi v skrbi za ženske Zreče 4. april 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in babic.

Mivšek, A.P., 2012. *Proces profesionalizacije babištvva v Sloveniji: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 85–100.

Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi, 2008. Delovna skupina Danica Železnik – vodja, et al. *Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravs tvenih tehnikov Slovenije*.

Štruc, S., 2016. *Preventivni babiški pregledi v času nosečnosti – razlika med Slovenijo in Avstralijo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2015. Anketa »Zadovoljstvo porodnic« (Interni vir). Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice.

Strgar, M. & Macun, E., 2015. Model popolne avtonomnosti bobic na vseh področjih njihovih kompetenc v Splošni bolnišnici Jesenice. In: Bogataj, V., et al. eds. *Celovito prestrukturiranje? Odgovor so ljudje: Zbornik referatov. 24.letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost, Portorož, 12. in 13.november 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.

## OBČUTKI NEIZMERNE TESNOBE MED DOJENJEM: ŠTUDIJA PRIMERA

### FEELINGS OF IMMENSE ANXIETY DURING BREASTFEEDING: A CASE STUDY

Teja Šircelj, dipl. bab.

pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc, IBCLC

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija

sircelj@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Dojenje je najprimernejši način hranjenja novorojenega otroka. Med dojenjem se oblikuje vez med materjo in otrokom, zmanjša se negativno počutje matere. Eden izmed vzrokov za negativno izkušnjo dojenja in s tem tudi opuščanje dojenja je lahko občutek neizmerne tesnobe ob refleksu praznjenja dojke. Prispevek prikazuje primer doječe matere, ki se je soočala z valovi negativnih občutij tik pred refleksom iztekanja mleka ter ob refleksu iztekanja mleka (dysphoric milk ejection reflex). Gre za relativno nov pojem, ki je v Sloveniji skoraj nepoznan, v tujini pa se je o njem prvič pričelo govoriti leta 2010. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna metodologija z namenom celovite predstavitve konkretnega primera (singularna študija primera) – ženske z izkušnjo neizmerne tesnobe ob dojenju. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo poglobljenega intervjuja. **Rezultati:** S pomočjo interpretacije analiziranega besedila je bila oblikovana teoretična razlaga oziroma glavna tema: občutki neizmerne tesnobe med dojenjem. Ugotovitve so predstavljene v obliki poročila, ki prikazuje posameznico v njenem življenjskem okolju z vidika njenih težav in stisk ter potrebe po pomoči. **Diskusija in zaključek:** Vsak izziv oziroma problem doječih mater je potrebno jemati resno in se nanj primerno odzvati. Zaradi nepoznavanja pojava tesnobe ob refleksu praznjenja dojke, zdravstveni delavci ne prepoznajo težave, zaradi česar ženske ne dobijo ustrezne pomoči in podpore z njihove strani. Potrebno je stalno izobraževanje in dopolnjevanje znanj z na dokazih temelječimi ugotovitvami, ki lahko pripomorejo k prepoznavi specifičnega problema in ustrezni pomoči.

**Ključne besede:** dojenje, tesnoba, pomoč

#### ABSTRACT

**Introduction:** Breastfeeding is the most appropriate way of feeding a newborn baby. During lactation, a bond between mother and child is formed, the negative feelings are reduced. One of the reasons for the negative experience of breastfeeding and hence the

abandonment of breastfeeding may also be the feeling of immense anxiety while milk ejection occurs. The article will show the example of a lactating mother who was confronted with waves of negative feelings just before the let-down reflex, and with a dysphoric milk ejection reflex. This is a relatively new concept, which is almost unknown in Slovenia and was first mentioned in 2010. **Methods:** A qualitative methodology was used with a view to a comprehensive presentation of an actual case (a singular case study) – women with an experience of immense anxiety while breastfeeding. The data was obtained through an in-depth interview. **Results:** Through the interpretation of the analysed text the following main theme emerged: Feelings of immense anxiety during breastfeeding. The findings are presented as a report that shows an individual in her living environment from the point of view of her problems and distress and need for help. **Discussion and conclusion:** All challenges that breastfeeding women face should be taken seriously and appropriately responded to. Because of the lack of knowledge about anxiety during milk ejection reflex, health professionals do not recognize the problem, which is why women do not receive adequate assistance and support from their side. Therefore, it is necessary for health care providers to continuously educate and supplement knowledge, with evidence-based findings that can help identify the specific problem and the appropriate assistance.

**Keywords:** breastfeeding, anxiety, help

## UVOD

Dejstvo je, da je dojenje najprimernješi način hranjenja novorojenega otroka. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje dojenje kot naraven način zagotavljanja hranil otroku, ki pripomore k njegovi rasti in razvoju. Do otrokovega šestega meseca starosti priporoča izključno dojenje, nato pa nadaljevanje dojenja ob uvajanju goste hrane do drugega leta ali dlje (WHO, 2009). Seveda pa dojenje ne predstavlja le zadovoljitve otrokovih fizioloških potreb ampak tudi vzpostavljanje pomembnih vezi med novorojencem in doječo materjo. Poleg omenjenega dojenje dokazano zmanjšuje negativne občutke pri materah in zmanjša stres v telesu (Gu, et al., 2015). V tujini se je leta 2010 prvič pričelo govoriti o novem pojmu oz. pojavu, ki lahko prizadene doječe matere in negativno vpliva na doživljanje poporodnega obdobja. Gre za tako imenovan dysphoric milk ejection reflex (Dysphoric milk ejection reflex – D-MER), pri katerem pride do pojava disforije ob refleksu iztekanja mleka. Žensko preplavi val negativnih občutij približno 30-90 sekund pred sprostitvijo mleka iz mlečnih vodov. Val negativnih občutij lahko traja tudi več minut in nato popolnoma izgine. Torej, izzvani lahko še preden otrok prične sesati. Vzorec se lahko ponovi tik pred naslednjim iztekanjem mleka. Intenzivnost in trajanje občutkov tesnobe sta odvisna od vsake posameznice, vsem doječim materam, ki trpijo za pristonostjo D-MER-a pa je skupen val negativnih občutij, katera so pri posameznici lahko tudi »uničujoča« – samomorilne misli. Čustveni odziv je torej ključna komponenta D-MER-a. Poznamo tri stopnje doživljanja D-MER-a in sicer blago, srednjo in hudo obliko. Razlikujejo se po času trajanja in po stopnji doživljanja negativnih čustev. Ta fenomen ženske najpogosteje opisujejo z naslednjimi besedami: občutek praznine v trebuhu,

tesnoba, zaskrbljenost, žalost, živčnost, razdražljivost, pozabljivost, potrto, brezvoljnost in splošna negativna občutja. Čeprav gre za fiziološki pojav, pri katerem je mehanizem pojava poznan, vzrok za nastanek ostaja nejasen. Glavno vlogo pri razvoju ima padec dopamina. Za sintezo mleka je potreben povišan nivo prolaktina, kar pomeni, da mora koncentracija dopamina v krvi upasti, saj dopamin inhibira izločanje prolaktina (Riordan, 2010; Heise, 2011). Za sprožitev refleksa iztekanja mleka pa je potreben povišan nivo oksitocina. Refleks iztekanja mleka lahko sproži novorojenec s sesanjem bradavice, prekomerna »polnost« dojk, misel na otroka ali pa ga sproži kaj drugega in ravno v tem trenutku pride do padca dopamina ter do porasta koncentracije prolaktina. Pri D-MER-u pride do padca dopamina v centralnem živčnem sistemu prehitro ali preobsežno. Ob pojavu tega naglega upada dopamina pri materah so receptorji za dopamin, ki se nahajajo v centru za zadovoljstvo v možganih, prikrajšani in to privede do navala negativnih občutij. Kot navajata Heise in Wiessinger (2011) se D-MER običajno pojavi pri dojenju vseh otrok. Glede na izkušne povezujeta sprožitev D-MER-a z naraščanjem starosti žensk.

Proučevan je primer doječe matere, ki se je z občutki neizmerne tesnobe med dojenjem srečala pri dojenju svoje prve hčerke leta 2013 in ponovno ob rojstvu dvojčic leta 2016. Namen študije primera je bil intenzivno in podrobno opisati primer, njegove značilnosti, dogajanje ter opisati proces odkrivanja teh značilnosti. Podroben opis in predstavitev izkušnje se nanaša predvsem na prvo izkušnjo, čeprav je ženska ob dojenju dvojčic ponovno doživljala občutke neizmerne tesnobe.

## METODE

Uporabljena je bila kvalitativna metodologija z namenom poglobljenega vpogleda v izbran primer. Gre za singularni študij primera ženske z izkušnjo tesnobe ob dojenju.

Subjekt študije je bila 32 letna ženska, ki je prvega otroka, hčerko, rodila leta 2013, leta 2016 pa se je družinica povečala še za dvojčici. Podatki so bili pridobljeni v januarju 2017 s pomočjo poglobljenega intervjuja, ki je trajal eno uro. Pred intervjujem smo ženski zagotovili anonimnost in v ta namen spremenili njeno ime in imena njenih hčerk.

Postopek analize intervjuja in interpretacijo besedila smo razdelili v štiri obsežne sklope oziroma korake: Transkripcija intervjuja, zmanjšanje in razčlenitev besedila, odkrivanje pomena besedila in integracija ugotovitev oziroma oblikovanje končne glavne teme.



## REZULTATI

V poglavju rezultati je predstavljena študija primera kot poročilo, ki prikazuje posameznico v njenem življenjskem okolju z vidika njenih težav in stisk ter potrebe po pomoči. Uporabljeni so dobesedni navedki iz intervjuja.

S pomočjo interpretacije analiziranega besedila je bila oblikovana naslednja teoretična razlaga oziroma glavna tema: Občutki neizmerne tesnobe med dojenjem.

Mama je pripovedovala kako takoj po rojstvu prve hčerke ni bilo nikakršnih težav in da se je deklica pričela dojeti že v porodni sobi. Ob spominu tega prvega stika se vidi navdušenje in veselje. Občutek opisuje kot fantastičen, celo fenomenalen. Ko se je nujno bivanje v porodnišnici bližalo koncu pa je čedalje bolj opazala, da nekaj ni v redu. Težave so se ob prihodu domov še bolj izrazile in izkušnji dojenja dodale negativen priokus. Začetek dogajanja opisuje kot zaznavanje tvorbe mleka. Glede bolečine, ki je spremljala začetek dogajanja, je gospa zmedena, saj ni prepričana ali je sploh šlo za bolečino ali ne. Če bi bila bolečina prisotna, bi bilo to pričakovano, saj se med dojenjem sprošča hormon oksitocin, ki je pomemben za involucijo maternice. Neizmerna tesnoba, bolečina in splošno neudobje niso trajali dolgo.

*»Ampak to je blo tko maksimalno 3 minute al pa 2 minuti; to ni bilo 10 minut ali dlje, ane.« in »...ko je Sara naredila dva, tripožirke, včasih samo enega, sploh ni bilo potrebno.«* Splošno dobo počutje jo je pripeljalo do spoznanja, da gre za fiziološko dogajanje in ne za neko psihološko stanje.

*»... to je bil naval nekih hormonov, ko se ti dobesedno meša v glavi. To ni depresija. Mislim, to je daleč od depresije.«.* Ravno to spoznanje pa ji je pomagalo pri nadaljnjem premagovanju D-MER-a. Kljub temu, da je od začetka dojenja in intervjuja minilo kar tri leta, se čustev in poteka dojenja zelo dobro spominja. Ko se je mleko začelo sproščati, so jo nenadoma preplavila negativna občutja. Dejala je: *»Jaz še tok v življenju nisem imela negativnih misli v enem trenutku v glavi.«*

Poleg občutkov neizmerne tesnobe so se ji zastavljala nepotrebna vprašanja o smislu dojenja, o tem, zakaj se mora to dogajati ravno njej in podobno. Obenem je doživljala stisko, turobnost, melanholijo, neudobje, skratka splošen negativizem. Na trenutke se je pojavilo tudi podoživljanje preteklosti, ki ni imelo nobene povezave z dojenjem ali njeno hčerko. Pogosto je imela občutek, da je potisnjena v neko situacijo, iz katere se ne more rešiti in je o njej prisiljena razmišljati – na primer: zakaj ji je pred 20 leti umrl dedek. Tekom prvega meseca soočanja s tem problemom ni bila sposobna sama podojiti svoje hčerke. Prisotnost in podpora moža je postala obveza in to je tekom intervjuja večkrat poudarila. Občutkom negativizma se je občasno pridružila tudi misel o samomoru. Dejala je:

*»Ker na začetku je blo pa tut tko, no, če je recimo Sara bla v trenutku, ki se je slabo počutila, če je bla recimo v trenutku, da je fejest jokala, da jo je zvijalo, da ji kaj ni pasal, karkoli takega, ne vem, men je bilo to tko ... ne vem, men se je zdelo, da bi lahko v trenutku skočila čez okno. Zaradi tistega gneva, ki se je v meni dogajal. Ampak to je bilo dobesedno samo par minut, ne ... Ampak ja, definitivno samomorilska nagnjenja v tistem trenutku, pa ne zaradi tega, ker bi želela, da ... ne vem, ker je cel svet proti meni in ker me noben nima rad in ker sem jaz najbolj bogi človek na svetu, ampak zaradi čisto brez veze. Brez kakršnega koli razloga, no.« Na začetku se je teh občutij prestrašila, opisuje:*

*»Ammm, na začetku sem se sicer prestrašila teh občutij zaradi tega, ker sem pač ene parkrat imela občutek, da bi Saro najraje vrgla ob steno, pa sem ugotovila, da jo načeloma imam najraje na svetu poleg svojega moža in da to itak ne bi nrdila, če se mi ne bi neki u glavi spipalo.«*

Vsemu temu se ni dalo kar tako izogniti. Veliko pa je k obvladovanju težav in znosnejšemu dojenju pripomoglo sprejetje problema, prepoznava njegovega vzorca, vztrajnost in velika želja po dojenju hčerke. Spodbudo k boljšem opazovanju same sebe tekom dojenja ji je dalo spoznanje, da problem dobesedno traja le tri minute. Vse skupaj je potekalo tako:

*»Recimo, da je trajalo, ne vem, vsega skupaj 3 minute. Se pravi, takrat še nisem dojila, prvo minuto sem začela, aha, neki se dogaja, drugo minuto so začeli ti hormoni pa ta bolečina nekak stiskati; tretjo minuto sem pa že mela, ko sem bila sfrizirana, ko sem vedla, kaj se dogaja, ne, sem pa samo sebe začela obvladovati, no.«*

Priznala je, da je bilo ob spoznanju tega vse dosti lažje.

*»Ko sem pa v glavi tok razpucala sama za sabo, da je to samo naval nekih čudnih hormonov, ki jih morm obvladovati, je pa potem dost lažje šlo. Ampak jaz mislim, da sem potrebovala vsaj en mesec. Vsaj en mesec, da sem potem začela sama dojit. Se pravi, da ni bilo moža zraven, da ga ni blo treba več stiskati za roko. Da, da ne vem ... nisem študirala, kako bom, kako bom, ne vem, al bom čez okno skočila al si bom štrik kupila ali karkoli takega, no.«*

Pri vsem skupaj pa ji je bila v veliko pomoč borbenost in trma.

*»...js sem si zadala v glavi, da eno leto se more dojit in to je to. Pa če js zravn umrem. Bolš je to, kukr da se Sara neha dojit. Itak sem vedla, da je problem v treh minutah, ni problem tko ... ko sem pa začela to že obvladovati, se mi je pa zdelo ena taka fina vaja. Za samoobvladovanje, no.«*

V največjo pomoč pri soočanju s pojavom disforije ji je pomagala izolacija od ljudi in hidracija. Prav iz tega razloga je v trenutku, ko je začutila, da se vse skupaj začinja, odšla v sobo in s seboj vzela pol-litrške stekleničke vode. Ko je svoj problem popolnoma obvladala, je vsako dojenje izgledalo nekako takole:

*»Tista prva minuta, ko sem začutila, da se nekaj dogaja, sem prav bila že tok sfrizirana, da sem rekla: aha naval mleka pride, drugo minuto morm zdržat, tretjo minuto bo pa že vse v redu. In tisto taprvo minuto, sem ... to je neverjetno, kok hitro lahko človek odreagira. Jaz sem si vzela pol litra vode. In pol litra vode pila, pila, pila, konstantno pila, pila. Ko je prišla tista druga minuta, tisti naval teh hormonov in te tesnobe in vsega tega tok pristono, da je tista voda ... jaz sem se zafrkavala, da odplakne nekako al pa da se skulira, ne. Ker ko si enkrat čisto paf, ko se ti recimo nekaj zgodi al v službi, ko te nekdo razjezi, karkoli. Pa če se recimo stuširaš ali vsaj malo osvežiš, se potem tudi boljše počutiš, ne. In se mi je zdelo, da ta voda ful pomaga. In sem mela konstantno vsaj 3 flaše pollitrskve zraven vode, ne. In jaz sem kr pila na eks. Pila, pila, pila tisto vodo. Ker sem se boljše počutila, mleko je lažje steklo, bolečina je prej šla stran. Am, pa ukvarjala sem se z nečim fizično. Se pravi, če mi bi slučajno kdaj kaka misel pa ušla v tretji minuti v glavo, da bi js ne vem neke tumarije razmišlala spet. Niti nism mogla zaradi tega, ker sem se ukvarjala, kako bom pila, odpirala flašo, jo nagnla, ne vem, kje bo Sara, kje bo voziček in tko naprej, ne. Se pravi zaposlit sebe ne 100 %, ampak 1000 %, ne. Da potem res nimaš časa na nič kaj drugega mislt, kot pa na samo izvedbo dela, ne. To, na tak način.«*

Najbolj ji je torej pomagalo pitje vode, fizična zaposlitev in prigo varjanje pozitivnih misli, ki so bile vedno povezane s hčerko oziroma s celotno družino. Kot je že sama poudarila, ji je bil v veliko pomoč pri nadaljevanju dojenja njen partner, ki je bil prvi mesec konstantno prisoten pri podojih. Bil ji je tako v čustveno kot tudi fizično oporo. Dejala je:

*»Jaz sem moža tok stiskala za roko. Je dejansko bil skoz zraven mene, pa me je božal po hrbtu, z eno roko sm ga držala, pa mi je samo pač nekaj pozitivnega govoril. A je to bil: rad te mam, vse bo v redu. Fajni smo. Ne vem, nekaj takega, no. Če si je pa vmes zmislil kaj drugega, mi pa ni blo všeč, sem ga pa kar malo brclna pa sem rekla, bod tih! Ker me je tok motil.«*

Vseeno pa je tekom dojenja v določenem trenutku občutila krizo v odnosu do partnerja, predvsem zaradi dogajanja v njuni širši okolici. Pri tem je omenjala njegove in tudi svoje starše ter vse ostale prijatelje, znance, ki so z navdušenjem spremljali napredovanje Sare. Velik izziv so ji bili obiski domačih, predvsem tašče – za katero poudarja, da ni slaba ženska, vendar sama v tistem trenutku ni mogla sprejeti njene pomoči:

*»Hotela mi je celo ... celo pomagat, medtem ko sem js misnla, da jo bom parkrat usekala zaradi tega, ker lej, ne dotiki se svetega mesta. Zarad tega, ker že itak mam težave. Ne rabm te. Lahko greš. Ne prikaži se mi nasledno uro pred moje obličje. Tko, v takem smislu. Tisto je blo pa kr tko .... te zbombandira, ko si že tok blesav, da ... da ne veš, no.«*

In tako je bilo ob vsakem obisku domačega kraja. Poleg vseh drugih pristopov, ki so ji pomagali pri dojenju, se je morala priučiti še ignorirati ali drugače preslišati vse komentarje in zdržati tiste tri minute dogajanja. Na začetku dojenja in zavedanja težav se je trudila pridobiti informacije o tem, kaj se z njo pravzaprav dogaja, vendar je naletela na razočaranje.

Kot večina doječih žensk se je najprej obrnila na prijateljice in druge doječe matere, vendar nobena ni imela podobne izkušnje. Naslednja, pri kateri je iskala odgovore, je bila, čisto razumljivo, patronažna medicinska sestra, ki prav tako ni vedela, kaj naj ji odgovori. Dejala ji je, naj se obrne na društvo La Leche League Slovenija, kjer tudi ni dobila odgovora. Kot je dejala:

*»Nobenega odgovora kot takega, ja, to je normalno/ne to ni normalno, pač ... to se mi je zdelo okej nekateri majo težave s spanjem, nekateri otroci imajo težave s tem, da imajo krče, jaz mam pač težave z dojenjem, ne.«*

Priznala je, da bi bila pri iskanju informacij pri drugem strokovnem kadru bolj vztrajna, če bi pojav trajal več kot 3 minute.

Po porodu dvojčic je ob dojenju ponovno doživljala občutke neizmerne tesnobe. V največjo pomoč ji je bilo pitje vode in »zaposlitev« možganov. Pošalila se je, da se je račun za vodo v času dojenja povečal za dvakrat. Glede na to, da je morala dvojčici občasno podojiti, kjer je bilo pač treba (dojenje v javnosti), je opazila, da ji odgovarja, da se tiste začetne minute bolj ukvarja z dojenčicama, kot da misli nase. Zanimivo je spoznanje, da je bila intenzivnost pojava disforije odvisna od intenzivnosti sesanja dojenčic. Pri Alji, ki se je intenzivneje priselala, je bil pojav disforije intenzivnejši, vendar kratkotrajnejši. Kaja, ki je bila bolj nežna in dlje časa dojila, pa je povzročila daljšo prisotnost disforije. Ne glede na vse, sama disforija ni bila blažja kot pri prvi hčerki Sari. V najhujših trenutkih tekom teh treh minut ni počela nič drugega kot preklinjala in se na trenutke obnašala kot malo zmešana. V nekem obdobju je imela tudi blažjo obliko mastitisa, ki naj bi po njenih navedbah zmanjšal intenzivnost disforije. Morda zaradi pogostejšega pristavljanja dvojčic? Samo pogostost pojavljanja in intenzivnost sta počasi pojenjali konec prvega leta starosti, ko je postopoma pričela opuščati dojenje. Ko sta bili dvojčici močno prehlajeni in ju je začela pogosteje dojiti, se je povečala tudi intenzivnost D-MER-a ob dojenju.

Mati se je torej v obeh primerih soočala s pojavom D-MER-a tekom dojenja in ob tem doživljala občutke neizmerne tesnobe. Vseeno je svoje hčerke dojila do prvega leta starosti, kar je glede na izkušnjo neverjetno. K temu je zagotovo pripomogel jasno zastavljen cilj in dobro poznavanje lastnega telesa, ter sprejetje obstoječega problema.

## DISKUSIJA

Dojenje je eno ključnih aktivnosti v poporodnem obdobju, o katerem je novo znanje vedno dobrodošlo, saj vpliva ne samo na ustrezno rast in razvoj otroka ampak tudi na navezovanje matere in otroka. Vsak izziv, s katerim se soočijo doječe matere, je potrebno jemati resno in se nanj primerno odzvati. Res je, da je disforija ob refleksu praznjenja dojke tako v svetu kot pri nas slabše poznan pojav. Kljub temu pa vsaka ženska, ki se z njo sreča, potrebuje ustrezne informacije, podporo in pomoč, da bo lahko kljub izzivu svojo odločitev za dojenje uresničila,

kajti D-MER s povzročanjem negativnih občutij in neudobjem zaradi vzdraženja senzornih poti ali dojenja lahko spodbudi ženske k odločitvi za (pre)zgodnjo prekinitev dojenja.

Zaradi nepoznavanja pojava tesnobe ob refleksu praznjenja dojke zdravstveni delavci ne prepoznajo težave, zaradi česar ženske ne dobijo ustrezne pomoči in podpore z njihove strani. Ključno je, da se babice in ostali zdravstveni strokovnjaki, ki spremljajo ženske v poporodnem obdobju, stalno izobražujejo in dopolnjujejo znanje z na dokazih temelječimi ugotovitvami, ki lahko pripomorejo k prepoznavi specifičnega problema in ustrezni pomoči.

## ZAKLJUČEK

Svetuje se da si ženske zapišejo doživete epizode navala negativnih občutij z namenom, da bi lažje ugotovile, prepoznale aktivnosti ali dogodke, ki jih poslabšajo (npr. kava, stres, dehidracija itd.) in tistih, ki jih pomagajo ublažiti (npr. večja hidracija, počitek, telesna aktivnost itd.). Ženske, ki doživijo intenzivnejšo obliko, lahko celo s samomorilnimi mislimi, pa brez dvoma potrebujejo zdravniško pomoč in obravnavo.

## LITERATURA

Gu, V., Feeley, N., Gold, I., et al., 2015. Intrapartum synthetic oxytocin and its effects on maternal well-being at 2 months postpartum. *Birth*, 43(1), pp. 28–35.

Heise, A.M., 2011. *Helping professionals understand Dysphoric milk ejection reflex (D-MER)*. Available at: <http://www.d-mer.org/> [26.09.2015].

Heise, A.M. & Wiessinger, D., 2011. Dysphoric milk ejection reflex: A case report. *International Breastfeeding Journal* 6(6), pp. 2–6.

Riordan, J., 2010. Anatomy and physiology of lactation. In: Riordan, J. & Wambach, K. *Breastfeeding and human lactation*. 4th ed. Sudbury: Jones & Bartlett publishers, pp. 85–92.

WHO, 2009. *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. In: *Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO, p. 89.

## ZDRAVSTVENA NEGA POPKA NOVOROJENČKA: PROTOKOL IN HIGIENA ROK

### NEWBORN UMBILICAL CORD CARE: GUIDELINES ON HAND HYGIENE

Janja Gržinić, mag. zdr. nege, pred.

Majda Oštir, dipl. med. ses.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika

doc. dr. Melita Peršolja, prof. zdr. vzg., viš. med. ses.

Fakulteta za vede o zdravju Dislocirana enota Nova Gorica, Univerza na Primorskem

melita.persolja@fvz.upr.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Cilj zdravstvene nege popka novorojenčka je fiziološki potek celjenja popkovne rane in omogočeno optimalno celjenje. Namen študije je bil dobiti vpogled v prakso zdravstvene nege popka v slovenskem prostoru. **Metode:** Izvedena je bila opisna raziskava z uporabo vprašalnika. Vprašanik je zajemal oskrbo zdravstvene nege popka od rojstva do popolne zacelitve popkovne rane. **Rezultati:** Podatki kažejo, da si vse medicinske sestre pred zdravstveno nego popka roke umijejo ali zgolj razkužijo, enako svetujejo tudi staršem. Razkuževanje rok pogosteje priporočajo bolnišnične medicinske sestre ( $p=.026$ ), ki tudi pogosteje od zunajbolnišničnih za čiščenje zdravega popka uporabljajo antiseptična sredstva ( $p=.045$ ). V zunajbolnišnični dejavnosti uporabljajo predvsem fiziološko raztopino. V primeru bolnega in rizičnega popka medicinske sestre uporabljajo antiseptično raztopino, pogostost zdravstvene nege popka pa prilagajajo kritični oceni stanja popka. **Diskusija in zaključek:** Zdravstveno nego novorojenčkovega popka, tako v bolnišnični kot izvenbolnišnični dejavnosti, medicinske sestre prilagajajo kliničnemu stanju popka novorojenčka. Trditi je mogoče, da je praksa zdravstvene nege popka novorojenčka v Sloveniji skladna z mednarodnimi priporočili.

**Ključne besede:** novorojenček, popek, zdravstvena nega, okužbe, kakovost oskrbe, z dokazi podprta praksa

#### ABSTRACT

**Introduction:** The goal of nursing care of umbilical cord (UC) is the physiological course of healing of UC and optimal healing. The purpose of the study was to gain insight into the practice of UC nursing care in the Slovene area. **Methods:** A descriptive survey was conducted using a questionnaire. The questioner covered the UC nursing care from birth to

complete healing of umbilical wound. **Results:** Data show that all nurses are washing or just disinfecting their hands before UC nursing care and they gave same advise to the parents. Disinfection of the hands is more often recommended by hospital nurses ( $p = .026$ ), which also use antiseptic agents more ( $p = .045$ ) often than outpatient nurses to cleanse the healthy UC. In the outpatient nursing care they primarily use a physiological solution. In the case of a sick and risky UC, nurses use an antiseptic solution, and adjusts the frequency of nursing care to a critical assessment of the condition of the UC. **Discussion and conclusion:** The nursing care of newborn UC in both the hospital and the outpatient care is adapted by the nurse to the clinical condition of the newborn UC. It can be argued that the practice of nursing care of newborn UC in Slovenia is in compliance with international recommendations.

**Keywords:** Newborn, umbilical cord care, infection, protocol, quality, evidence based

## UVOD

Čeprav je cilj zdravstvene nege popka jasen, je praksa raznolika, nacionalnih smernic pa še ni. Literatura opisuje veliko različnih praks tako v bolnišnični zdravstveni negi kot tudi pri oskrbi popka v domačem okolju (Arifeen, et al., 2012; Imdad, et al., 2013).

Zdravstvena nega popka je odvisna glede na oceno stanja popka: zdrav, rizičen, bolan popek. V primeru rizičnega in bolnega popka pa se nega popka razlikuje od zdravega le po pogostosti toalete popka, ki naj se izvaja trikrat dnevno, in glede sredstva za toaleto popka, za kar je priporočeno antiseptično sredstvo (Nosan, et al., 2014) V slovenskem prostoru se staršem v domačem okolju svetuje, da nego zdravega popka izvajajo v sklopu nege kože. Glede uporabe antiseptičnega sredstva v bolnišničnem okolju razvitih držav, kjer je standard nege novorojenčka in njegovega popka višji, so podatki o (ne)učinkovitosti antiseptičnih sredstev zaenkrat pomanjkljivi (Imdad A, et al., 2013). Raznoliki načini oskrbe popka izvirajo iz tradicije držav, enotnost je mogoče ugotoviti zgolj v tem, da se povsod pred izvajanjem postopka zahteva higiensko umivanje rok (Chamnanvanakij, et al., 2005).

Eden glavnih vzrokov okužbe novorojenčkov v bolnišnici je namreč pomanjkljivo umivanje rok zdravstvenega osebja. Preko novorojenčkove kože, preko materinih prsi in tudi z dotikom rok negovalnega osebja se ležišče popka novorojenčka kolonizira s stafilokokom aureusom (Verber & Pagan, 1993).

Pogostost vnetja popka oz. omfalitisa so prvotno opazili v 40. letih, ko so matere rojevale v bolnišnicah, otroci pa so bili po rojstvu ločeni od njih. Kot preventivo pred okužbami popkovne rane so v 60. letih uvedli 24-urno sobivanje matere in otroka. Sobivanje olajša kolonizacijo dojenčkove kože z nepatogenimi bakterijami z materine kože, spodbujanje

dojenja ter s tem krepitev novorojenčkovega imunskega sistema s protitelesi (Evens, et al., 2004). Poudarjen stik materine in novorojenčkove kože dokazano znižuje obolevnost in umrljivost novorojenčkov, zlasti nedonošenih (Conde-Agudelo, et al., 2011).

Idealen antiseptik za novorojenčke mora biti netoksičen, nedražeč za kožo, brezbarven in hitro sušeč. Za zdravstveno nego popka novorojenčka se v bolnišničnem in domačem okolju najpogosteje uporabljata raztopina 70 % etanola ali 4 % raztopina klorheksidina (Lahmiti, et al., 2010). Zaradi njunega učinka se zmanjša stopnja kolonizacije popka s patogenimi bakterijami in posledično tudi pogostost vnetja popka (Mullany, et al., 2012). Imdad, et al. (2013) so ugotovili, da se v bolnišnični obravnavi čas odpadanja krna popkovnice ob uporabi raztopine etanola ali klorheksidina podaljša za povprečno 1 do 2 dni. Podaljšani čas celjenja ne vpliva na neonatalno umrljivost in incidenco omfalitisa v razvitih državah, temveč nasprotno – oba kazalca v državah v razvoju znižuje. V nerazvitih državah, kjer so higieni standardi nižji, Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča uporabo antiseptičnega sredstva pri toaleti popka novorojenčka tudi v domačem okolju (Capurro, et al., 2004). V razvitih državah je pogostost vnetja popka novorojenčka v domačem okolju nižja, kljub temu pa ne zanemarljiva (Kapellen, et al., 2009). SZO zato tudi v razvitih državah svetuje uporabo antiseptičnega sredstva, vendar zgolj v primerih s povečanim tveganjem (Capurro, et al., 2004).

Poleg podaljšanja časa izhlapevanja lahko etanol povzroči lokalno hemoragično nekrozo kože ali pa se absorbira perkutano kar vodi v sistemsko zastrupitev. Tudi klorheksidin se lahko absorbira v sistemski krvni obtok, vendar doslej sistemski toksični učinki še niso bili ugotovljeni (Ness, et al., 2013). Zanesljivih zaključkov o učinkovitosti in varnosti drugih antiseptikov za oskrbo popka še ni (Imdad, et al., 2013).

Namen raziskave je bil preučiti prakso v slovenskem prostoru na področju zdravstvene nege popka novorojenčka. Cilj raziskave je bil opisati načine izvajanja intervencije tako, da bosta upoštevana okolje izvedbe (bolnišnično / domače) in klinično stanje popkovne rane. S takšnim opisom prakse je omogočeno oblikovanje natančnih priporočil za nego popkovne rane – protokola.

Zastavljene so bile naslednje hipoteze:

- (a) način higijene rok pred zdravstveno nego popka se povezuje z okoljem dela medicinske sestre;
- (b) svetovani način za higieno rok staršev se povezuje z okoljem dela medicinske sestre;
- (c) izbira antiseptika za zdravstveno nego popka se povezuje z okoljem dela medicinske sestre;
- (d) pogostost zdravstvene nege popka se povezuje z ocenjenim kliničnim stanjem popka.



## METODE

Raziskava temelji na opisni neeksperimentalni metodologiji. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja, preko spletne ankete.

### Instrument

Kot instrument raziskave je bil uporabljen strukturiran vprašalnik, ki je bil pripravljen izrecno za to raziskavo. Nastal je na osnovi izkušenj raziskovalcev in ob pregledu literature. Pred izvedbo raziskave je bil z vidika razumljivosti testiran na vzorcu ( $n = 12$ ) diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na Pediatrični kliniki Univerzitetnega Kliničnega centra Ljubljana. Zanesljivost merskega instrumenta je bila izmerjena s koeficientom Cronbach alfa, ki je presegel vrednost 0,7, ta pa v literaturi predstavlja ustrezno stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta (Cencič, 2009).

Vprašalnik je vseboval socialno-demografske podatke. Sledilo je 98 vprašanj. Vprašanja so bila postavljena tako, da je bilo mogoče ugotoviti, v katerem okolju anketiranec dela / izvaja zdravstveno nego popka pri novorojenčku, ter upoštevati oceno kliničnega stanja popkovne rane.

### Populacija in vzorec

Populacijo so sestavljale diplomirane medicinske sestre, ki so bile v času izvajanja raziskave zaposlene v izbranih slovenskih zdravstvenih ustanovah in so se pri svojem delu srečevale z zdravstveno nego popka novorojenčka ter so imele dostop do spleta. Vzorčenje je bilo slučajnostno. K anketiranju so bile povabljene medicinske sestre iz šole za starše, zdravstvenih domov, porodnišnic, porodnišnic z otroškimi oddelki, iz enote neonatalne intenzivne nege in terapije, iz pediatričnih oddelkov splošnih bolnišnic in patronažne medicinske sestre. Skupno je bilo k izpolnjevanju ankete povabljenih 634 oseb.

Na anketiranje se je odzvalo 317 diplomiranih medicinskih sester, med katerimi jih je 247 (77.92 %) v celoti izpolnilo vprašalnik. Vse so bile ženske (100 %), večinoma (64 %) visoko izobražene, v povprečju stare 43 let ( $sd=9.3$ ) in z 21-timi leti ( $sd=10$ ) delovnih izkušenj. Največ (59 %,  $n=186$ ) je bilo patronažnih medicinskih sester, sledijo zaposlene v dispanzerjih (14 %,  $n=44$ ), v porodnišnici ali na bolnišničnem otroškem oddelku (12 %,  $n=37$ ), v splošni bolnišnici (8 %,  $n=26$ ), medicinske sestre, ki vodijo šolo za starše (6 %,  $n=18$ ) ter tiste, ki delajo na intenzivni negi in v porodnišnici v porodni sobi (5 %,  $n=17$ ).

### Potek raziskave in obdelave podatkov

Vsi sodelujoči so bili informirani o namenu in ciljih raziskave. Soglasja institucij za izvedbo raziskave niso bila potrebna, saj so bili preiskovanci pozvani individualno. Izpolnjeni vprašalniki so bili v letu 2013 zbrani preko portala EMKA.

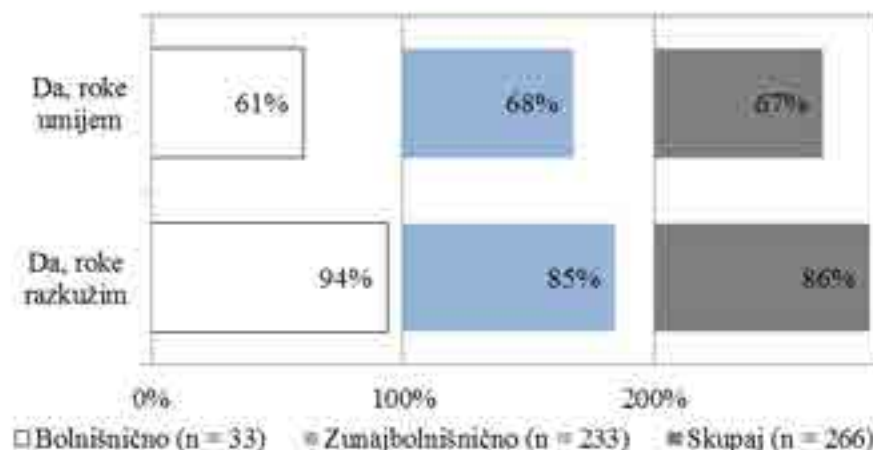
Podatki o področju dela medicinske sestre so bili v fazi urejanja podatkov združeni v bolnišnično in zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost. V kategorijo bolnišnične zdravstvene dejavnosti so bili uvrščeni odgovori medicinskih sester, ki delajo v splošnih bolnišnicah in na enotah intenzivne nege in/ali terapije, ostali odgovori pa v kategorijo zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti. Dve anketiranki sta opravljali delo na obeh področjih. Ker gre za večinsko bolnišnično zaposlitev, so bili v analizi upoštevani njihovi odgovori, ki se nanašajo na bolnišnično nego popka.

Opravljen je bil deskriptivna analiza spremenljivk. Pri opisnih spremenljivkah so prikazane frekvence in deleži, pri numeričnih pa povprečje, mediana in standardni odklon. Okolje dejavnosti je bilo upoštevano kot neodvisna spremenljivka. Razmerja obetov so bila izračunana z bivariantno logistično regresijo kot primerjava odgovorov medicinskih sester zunajbolnišnične nege z odgovori medicinskih sester v bolnišnični negi. Upoštevana je bila  $\alpha=0.05$  po stopnji značilnosti. Statistična analiza je bila opravljena s pomočjo statistične programske opreme SPSS (različica 20.0, SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA).

## REZULTATI

### Način higijene rok

Medicinske sestre si v večini (67 %, n=178) umijejo ali razkužijo (86 %, n=228) roke pred zdravstveno nego popka novorojenčka ne glede na to, ali intervencijo izvajajo v bolnišničnem ali zunajbolnišničnem okolju. Petina (19 %, n=51) si jih roke zgolj razkuži, vse (100 %, n=266) pa izvedejo higieno rok in si jih pred intervencijo bodisi umijejo in razkužijo, ali zgolj razkužijo (Slika 1).



Slika 1: Higiena rok pred zdravstveno nego popka novorojenčka glede na okolje dela medicinske sestre

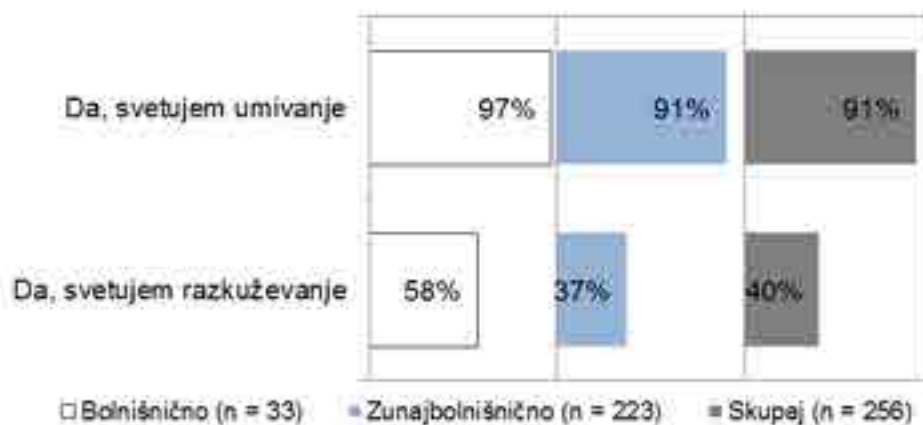
V primerjavi z zunajbolnišnično si pred zdravstveno nego popka roke umije roke in tudi razkuži nekoliko večji delež medicinskih sester iz bolnišnične dejavnosti. Razlika med opazovanima skupinama ni statistično značilna (Tabela 1).

Tabela 1: Higiena rok pred zdravstveno nego popka novorojenčka glede na okolje dela medicinske sestre

Način higiene rok	Okolje			RO (95 % IZ)	p
	Bolnišnično n (%)	Zunajbolnišnično n (%)	Skupaj n (%)		
<b>Umivanje</b>					
Da	20 (60.6)	158 (67.8)	178 (66.9)	0.73 (0.34; 1.55)	0.41
Ne	13 (39.4)	75 (32.2)	88 (33.1)		
Skupaj	33 (100)	233 (100)	266 (100)		
<b>Razkuževanje</b>					
Da	31 (93.9)	197 (84.5)	228 (85.7)	2.83 (0.65; 12.36)	0.149
Ne	2 (6.1)	36 (15.5)	38 (14.3)		
Skupaj	33 (100)	233 (100)	266 (100)		
<b>Opravi higieno rok</b>					
Da	33 (100)	233 (100)	266 (100)	-	-
Skupaj	33 (100)	233 (100)	266 (100)		

Legenda: RO = razmerje obetov (rezultat bivariatne logistične regresije); IZ = interval zaupanja; p = p – vrednost; n = število odgovorov

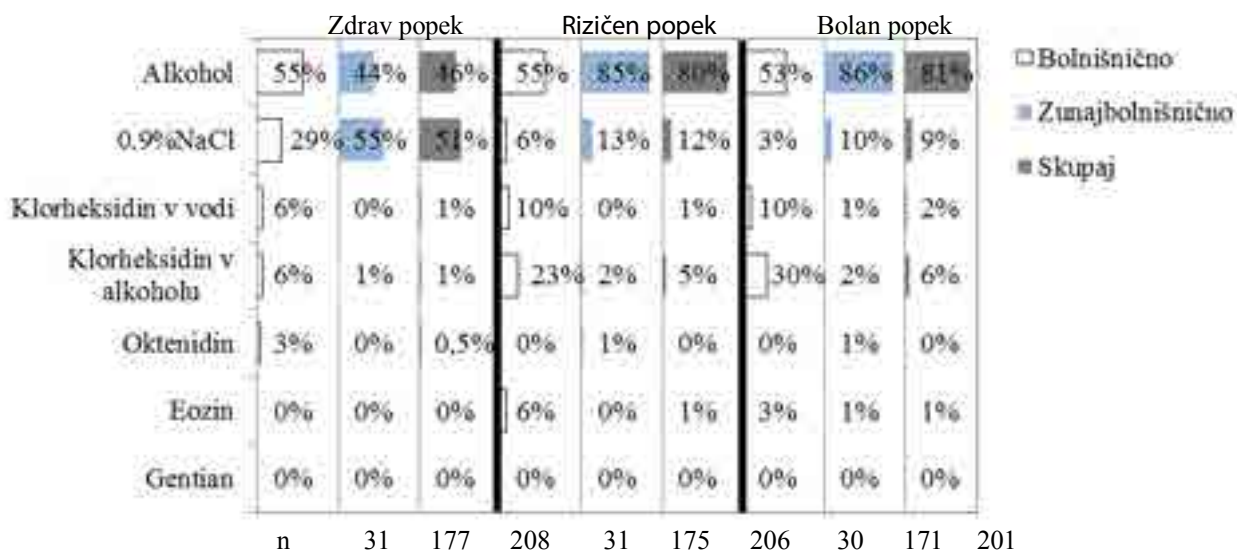
Tako v bolnišnični kot v zunajbolnišnični dejavnosti medicinske sestre staršem svetujejo, naj si pred nego popka pri novorjenčku roke umijejo. Nasvet o tem, da si je treba pred nego popka novorojenčka roke razkužiti, lahko starši pogosteje pričakujejo od medicinske sestre, ki dela v bolnišnici, kot od tiste, ki dela v zunajbolnišničnem okolju (RO= 2.29, p=.026).



Slika 2: Svetovanje staršem o načinu higiene rok pred nego popka novorojenčka glede na okolje dela medicinske sestre

## Izbira sredstva

V primerjavi izbire sredstva za zdravstveno nego zdravega popka med bolnišnično in zunajbolnišnično prakso se je pokazalo, da medicinske sestre v bolnišnici prednostno izberejo 70 % alkohol ali 4 % raztopino klorheksidina v alkoholu (Slika 3).



Slika 3: Izbrano sredstvo za zdravstveno nego popka novorojenčka glede na klinično stanje popka in okolje dela medicinske sestre

Zunaj bolnišnice pa pri zdravstveni negi zdravega popka novorojenčka raje posegajo po fiziološki raztopini. Razlika med skupinama je statistično značilna (Tabela 2). Prav tako so pri zdravstveni negi rizičnega in bolnega popka obeti manjši v zunajbolnišnični kot pa v bolnišnični dejavnosti za uporabo klorheksidina v alkoholu v primerjavi z 0.9 % NaCl. Pri zdravstveni negi bolnega popka novorojenčka pa je v zunajbolnišnični dejavnosti večja verjetnost uporabe eozina, oktenidina ali klorheksidina v vodi, kot pa fiziološke raztopine. Obeti za uporabo alkohola pri negi rizičnega in bolnega popka v primerjavi z 0.9 % NaCl so primerljivi v obeh dejavnostih.

Tabela 2: Obeti izbire sredstva za zdravstveno nego popka glede na klinično stanje popka in okolje dela medicinske sestre

Izbrano sredstvo / klinično stanje popka	Okolje			RO (95 % IZ)	p
	Bolnišnično n (%)	Zunajbolnišnično n (%)	Skupaj n (%)		
Zdrav popek					
0.9 % NaCl	9 (29)	98 (55.4)	107 (51.4)	-	-
Alkohol	17 (54.8)	78 (44.1)	95 (45.7)	0.42 (0.18; 1)	0.045

Izbrano sredstvo / klinično stanje popka	Okolje		Skupaj n (%)	RO (95 % IZ)	p
	Bolnišnično n (%)	Zunajbolnišničn o n (%)			
Klorheksidin v vodi	2 (6.5)	0 (0)	2 (1)	-	-
Klorheksidin v alkoholu	2 (6.5)	1 (0.6)	3 (1.4)	0.05 (0; 0.56)	0.001
Oktenidin	1 (3.2)	0 (0)	1 (0.5)	-	-
Skupaj	31 (100)	177 (100)	208 (100)	-	-
Rizičen popek					
0.9 % NaCl	2 (6.5)	23 (13.1)	25 (12.1)	-	-
				0.76	
Alkohol	17 (54.8)	148 (84.6)	165 (80.1)	(0.16; 3.49)	0.721
Eozin	2 (6.5)	0 (0)	2 (1)	-	-
Klorheksidin v vodi	3 (9.7)	0 (0)	3 (1.5)	-	-
				0.04	
Klorheksidin v alkoholu	7 (22.6)	3 (1.7)	10 (4.9)	(0.01; 0.27)	< 0.001
Oktenidin	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.5)	-	-
Skupaj	31 (100)	175 (100)	206 (100)	-	-
Bolan popek					
0.9 % NaCl	1 (3.3)	17 (9.9)	18 (9)	-	-
				0.54	
Alkohol	16 (53.3)	147 (86)	163 (81.1)	(0.07; 4.33)	0.557
Eozin	1 (3.3)	1 (0.6)	2 (1)	0.06 (0; 1.81)	0.047
Klorheksidin v vodi	3 (10)	1 (0.6)	4 (2)	0.02 (0; 0.41)	0.001
Klorheksidin v alkoholu	9 (30)	4 (2.3)	13 (6.5)	0.03 (0; 0.27)	< 0.001
Oktenidin	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.5)	-	-
Skupaj	30 (100)	171 (100)	201 (100)	-	-

Legenda: RO = razmerje obojnih (rezultat bivariatne logistične regresije); IZ = interval zaupanja; p = p – vrednost; n = število odgovorov

Več kot polovica anketiranih medicinskih sester v bolnišnični (67 %) in zunajbolnišnični (56 %) dejavnosti pri izbiri raztopine za nego popka ne upošteva kliničnega stanja popka novorojenčka in/ali higienskih razmer domačega okolja. Obeti za neupoštevanje/upoštevanje razmer so enaki ne glede na vrsto zdravstvene dejavnosti (RO = 1,54; 95 % IZ: 0,66 – 3,62; p = 0,321).

## Pogostost intervencij

Medicinske sestre v zunajbolnišnični dejavnosti opravljajo zdravstveno nego zdravega popka vsak drugi (38 %) ali vsak tretji dan (35 %). V bolnišnici zdrav popek negujejo večinoma (84 %) enkrat dnevno, v porodnišnici (otroški oddelek) tako pogosto neguje popek 50 % vprašanih, slaba polovica (47 %) pa več kot 3-krat dnevno. Obeti za več kot 3-krat dnevno nego zdravega popka v primerjavi z 1-krat dnevno nego so skoraj 12-krat večji v porodnišnici kot pa v bolnišnici (RO = 12.13; 95 % IZ: 2.42; 60.83; p = 0.001).

Rizični popek več kot polovica (66 %) anketiranih bolnišničnih medicinskih sester, neguje vsaj 3-krat dnevno, bolnega pa v večini (58 %) več kot 3-krat na dan. Zunaj bolnišnice rizičen popek večinoma (60 %) negujejo vsakodnevno, dobra tretjina (36 %) pa vsak drugi dan. Bolan popek večina (90 %) neguje vsak dan, desetina pa vsak drugi dan (8 %) ali še redkeje (3 %).

## DISKUSIJA

Raziskana je bila praksa v slovenskem prostoru na področju zdravstvene nege popka novorojenčka ob upoštevanju okolja izvajanja intervencije ter kliničnega stanja popka. V literaturi je namreč mogoče najti različna priporočila za izvajanje zdravstvene nege popka (Nosan, et al., 2014, Evens, et al., 2004, Whitmore, 2010), čeprav znanstveni dokazi trdno podpirajo suh popek, v kolikor je ta zdrav (Zupan, et al., 2004).

Še vedno vsako leto umre štiri milijone novorojenčkov, pri čemer zavzamejo okužbe popka pomemben delež, predvsem v deželah v razvoju (Alam, et al., 2008; Bautista, et al., 2010). Z raziskavo ni bila potrjena povezanost med načinom higijene rok pred zdravstveno nego popka in okoljem dela medicinske sestre. Pred zdravstveno nego popka si namreč vse medicinske sestre roke bodisi umijejo in razkužijo, ali zgolj razkužijo, ne glede na okolje, iz v katerem zdravstveno nego izvajajo. Rezultati so pokazali, da si nekoliko večji delež medicinskih sester v bolnišnici, v primerjavi z zunajbolnišničnim okoljem, roke tudi razkuži.

Zdravstvena nega popka mora biti vedno izvedena s higiensko umitimi rokami (Evens, et al., 2004, Chamnanvanakij, et al., 2005). Sta pa vrsta in način higijene rok odvisna od štirih dejavnikov: od vrste predvidenega stika s pacientom, vrste intervencije, obsega predvidene kontaminacije pri tem stiku in od občutljivosti pacienta. Na izbiro načina higijene rok vpliva tudi zdravstveno stanje pacienta in s tem povezana nevarnost ter način prenosa mikroorganizmov (Zore, et al., 2008). Razkuževanje rok velja za učinkovitejše, hitrejše in manj škodljivo za kožo kot vse druge oblike higijene rok, zato je razkuževanje nadomestilo umivanje rok v večini sodobnih higienskih navodil kot standardni način higijene v zdravstvenih in negovalnih ustanovah, kadar roke niso vidno onesnažene ali mokre (Perry, 2007).

To je mogoče pripisati zavedanju medicinskih sester o preprečevanju in obladovanju bolnišničnih okužb. Ob dejstvu, da v bolnišnici zdravstveno nego popka pri enem novorojencu izvaja več medicinskih sester, je nagnjenost bolnišničnih medicinskih sester k razkuževanju rok utemeljena. Z menjavanjem izvajalcev je namreč verjetnost prenosa okužb večja.

Medicinske sestre iz obeh raziskovanih skupin staršem svetujejo umivanje rok pred zdravstveno nego popka pri novorojenčku. Nasvet o tem, da si je treba pred nego popka novorojenčka roke razkužiti pa je bil pogosteje podan od medicinskih sester, ki delajo v bolnišnici. Tudi Trampuž (2001) zagovarja razkuževanje rok, kar utemeljuje s trditvijo, da je razkuževanje rok v mikrobiološkem smislu učinkovitejše od vseh oblik umivanja rok.

Ugotovljeno je bilo, da je izbira antiseptika za zdravstveno nego popka povezana z okoljem dela medicinske sestre. Za zdravstveno nego zdravega popka v bolnišnični dejavnosti je najpogosteje uporabljen 70 % alkohol ali 4 % raztopina klorheksidina v alkoholu, medtem ko v zunajbolnišnični dejavnosti pri zdravstveni negi zdravega popka novorojenčka raje posegajo po fiziološki raztopini. Pri zdravstveni negi rizičnega in bolnega popka pa je v obeh skupinah večja verjetnost uporabe antiseptičnih sredstev kot pa uporabe fiziološke raztopine.

Izbira sredstva za čiščenje je mogoče pojasniti s povečanim tveganjem za okužbo, ki se povezuje z bivanjem v bolnišnici. Kadar je možnost kolonizacije in tudi okužbe s patogenimi bakterijami povečana (kot je to možno v bolnišničnem okolju pri bolnem novorojenčku), je potrebno popke dojenčka negovati z antiseptičnim sredstvom (Bautista, et al., 2010).

Nekatere tuje raziskave (Arifeen, et al., 2012; Imdad, et al., 2013; Sinha, et al., 2015) poudarjajo tudi pomen higienskih razmer, v katerih živi novorojenček. Tako je v državah v razvoju, kjer je incidenca omfalitisa visoka zaradi nižjih higienskih standardov, uporaba antiseptika za zdravstveno nego popka bistveno zmanjšala obolevnost in umrljivost novorojenčkov (Capurro, 2004). Incidenca omfalitisa v domačem okolju v razvitih državah z višjimi higienskimi standardi je nižja, vendar ni zanemarljiva. Raziskave kažejo, da zdravstvena nega popka s klorheksidinom v domačem okolju za polovico zniža tveganje za omfalitis in 12-odstotno zmanjša umrljivost novorojenčkov (Sinha, et al., 2015). Če torej obstaja povečano tveganje za okužbo popka novorojenčka, je tudi v domačem okolju razvitih držav priporočljiva uporaba antiseptika (Kapellen, et al., 2009).

Pogostost zdravstvene nege popka se povezuje z ocenjenim kliničnim stanjem popka. Ob enem pa rezultati raziskave kažejo, da bolan popek vendarle pogosteje negujejo v bolnišnični negi kot zunaj bolnišnice. Sobivanje matere in novorojenčka v porodnišnici in njun kožni stik omogočata kolonizacijo z materino normalno bakterijsko kožno floro, ki ni patogena. Po drugi strani pa bolne novorojenčke in nedonošene novorojenčke neguje zdravstveno osebje, ki je običajno kolonizirano tudi s patogenimi bakterijami. Možnost

kolonizacije novorojenčka s temi bakterijami je zato večja, s tem pa tudi možnost okužbe popka (Remington, et al., 2011).

Razlika v frekvenci zdravstvene nege zdravega popka je med otroškim oddelkom porodnišnice in bolnišnice značilna, kjer je skoraj 12-krat višja v porodnišnici.

To je mogoče pripisati zgodnjemu neonatalnemu obdobju in pristopu stroke k minimiziranju tveganja za zaplete z rutinskimi in pogostimi ocenami stanja popka. V primeru rizičnega in bolnega popka tako v bolnišnici kot zunaj bolnišnice medicinske sestre prilagodijo način zdravstvene nege popka.

## ZAKLJUČEK

Osnovno vodilo pri oskrbi popka sta higiena rok in vzdrževanje čim bolj suhega in čistega popka.

Podatki kažejo, da si vse medicinske sestre pred zdravstveno nego popka roke umijejo ali zgolj razkužijo, enako tudi svetujejo staršem. Razkuževanje rok pogosteje priporočajo bolnišnične medicinske sestre, ki tudi pogosteje od zunajbolnišničnih za čiščenje popka uporabljajo antiseptična sredstva. V zunajbolnišnični dejavnosti uporabljajo predvsem fiziološko raztopino. V primeru bolnega in rizičnega popka medicinske sestre uporabljajo antiseptično raztopino, pogostost zdravstvene nege popka pa prilagajajo kritični oceni stanja popka.



## Literatura

Ashraful, A., Nabeel, A., Nighat, S., Mullany, L., Teela, K., Zaman K, et al., 2008. Review, Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District, Bangladesh: implications for the promotion of umbilical cord cleansing with topical chlorhexidine? *Journal of Perinatology*, 28, pp. 861–868.

Arifeen, S.E., Mullany, L.C., Shah, R., Mannan I., Rahman S.M., Talukder M.R., et al., 2012. The effect of cord cleansing with chlorhexidine on neonatal mortality in rural Bangladesh: a community-based, cluster-randomised trial. *Lancet*; 379, pp. 1022–1028.

Imdad, A., Bautista, R.M., Senen, K.A., Uy, M.E., Mantaring, J.B. & Bhutta Z.A., 2010. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns (Protocol). *The Cochrane Library*, pp. 4–8.

Capurro, H., 2004. *Topical UC care at birth: RHL commentary*. The WHO Reproductive Health Library, World Health Organization.

Chamnanvanakij, S., Decharachakul, K., Rasamimaree, P. & Vanprapar, N., 2005. A Randomized Study of 3 Umbilical Cord Care Regimens at Home in Thai Neonates: Comparison of Time to Umbilical Cord Separation, Prenatal Satisfaction and Bacterial Colonization. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 88 (7), pp. 967–72.

Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. & Diaz-Rossello, J., 2011. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16, CD002771.

Evens, K., George, J., Angst, D. & Schweig, R.N., 2004. Does Umbilical Cord Care in Preterm Infants Influence Cord Bacterial Colonization or Detachment? *Journal of Perinatology*, 24, pp. 100–104.

Imdad, A., Bautista, R.M., Senen, KA., Uy, M.E., Mantaring, J.B. & Bhutta, ZA., 2013. UC antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5: CD008635.

Kapellen, T.M., Gebauer, C.M., Brosteanu, O., Labitzke, B., Vogtmann, C. & Kiess, W., 2009. Higher rate of cord-related adverse events in neonates with dry UC care compared to chlorhexidine powder. Results of a randomized controlled study to compare efficacy and safety of chlorhexidine powder versus dry care in UC care of the newborn. *Neonatology*, 96, pp. 13–8.

Lahmiti, S., El Fakiri, K. & Aboussad, A., 2010. Antiseptics in neonatology: the inheritance of the past in the daylight. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 17, pp. 91–6.

Mullany, L.C., Arifeen, S., Winch, P., Rasheduzzaman, S., Ishtiaq, M., Syed, R., et al., 2009. Impact of 4.0 % chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial. *BMC Pediatrics*, 9, pp. 67.

Mullany, L.C., Saha, S.K., Shah, R., Islam, M.S., Rahman, M., Islam, M., et al., 2012. Impact of 4.0 % chlorhexidine cord cleansing on the bacteriologic profile of the newborn umbilical stump in rural Sylhet District, Bangladesh: a community-based, cluster-randomized trial. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31, pp. 444–50.

- Ness, M.J., Davis, D.M. & Carey, W.A., 2013. Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*, 52, pp. 14–22.
- Nosan, G., 2015 Popek pri novorojenčku. In: Paro Panjan, Bratanič, Zdravstvena oskrba novorojenčkov na domu Ljubljana, Pancopy, pp. 67–70.
- Nosan, G., Gržinić, J. & Oštir, M., 2014. Nega novorojenčkovega popka. Knjižica za starše Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za neonatologijo, pp. 7.
- Perry, C., 2007. *Infection prevention and control*. Oxford, Malden: Blackwell, pp. 66–79.
- Remington, J.S., Klein, J.O., Wilson, C.B., Nizet, V. & Maldonado, Y.A., 2011. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 241–242.
- Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji, S. & Opiyo, N., 2015. Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database Systematic Review*, 3: CD007835.
- Trampuž, A., 2001. Kakšno nevarnost predstavljajo odporne bakterije pri ambulantnih bolnikih? *Zdravstveno varstvo*, 40: 391–6.
- Verber, G. & Pagan, S., 1993. What cord care-if any? *Archives of Disease in Childhood*, 68, pp. 594–596.
- Whitmore, J.M., 2010. *Newborn Umbilical Cord Care: An Evidence Based Quality Improvement Project*. Doctor of Nursing Practice Projects 13, The university of San Francisco, Gleeson Library, pp. 2–10.
- Zore, A., Strojan, N. & Djekić, B., 2008. Primerjava učinka umivanja in razkuževanja rok. *Obzornik zdravstvene nege*, 42 (4), pp. 251–9.
- Zupan, J., Garner, P. & Omari, A., 2004. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), pp. 78–83.

## ZDRAVLJENJE Z VISOKIMI PRETOKI ZRAKA IN KISIKA PRI OTROCIH V AKUTNI DIHALNI STISKI

### HIGH FLOW NASAL CANNULA THERAPY IN CHILDREN WITH RESPIRATORY DISTRESS

Majda Oštir, dipl. m. s.

Uroš Krivec, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni

majda.ostir@kclj.si

#### IZVLEČEK

Akutna dihalna stiska in dihalna odpoved sta nujni stanji v pediatriji. Razvijeta se kot posledica različnih bolezni dihal ali dihalnega sistema, ki z dihanjem ni več sposobno zagotoviti zadostne koncentracije kisika za presnovne potrebe telesa in izdihati CO<sub>2</sub>, ki nastaja v telesu. Ob prebolevanju bolezni dihal z zvišanim uporom v malih dihalnih poteh (akutni bronhiolitis, akutno poslabšanje astme) se razvije hiperinflacija pljuč in poveča dihalni napor. Kisik uporabljamo kot zdravilo, za zdravljenje, za preprečevanje znakov hipoksije in zmanjševanje dihalnega napora. Dojenčki in majhni otroci imajo majhno rezervo in povečano zahtevo po kisiku napram odraslim. Saturacija pada bolj hitro, kar povečuje nevarnost hipoksije ter z njo povezanih komplikacij. Nizek pretok kisika sam po sebi ne omogoča ustreznega nadomeščanja potreb po kisiku ob globlji hipoksemiji. Zdravljenje z dovajanjem visokega pretoka ogrete in navlažene plinske mešanice (ZVP) preko prilagojene dvoroge nosne kanile omogoča učinkovito dihalno podporo pri pacientih z dispnejo in hipoksemijo. Po uvedbi ZVP v enotah intenzivne terapije so raziskovalci opazili pomembno zmanjšanje potrebe po invazivni podpori pri dihanju. ZVP je v pediatričnih enotah intenzivne terapije v Združenih državah Amerike, zmanjšalo delež intubiranih otrok s 23 % na samo 9 %. Na Pediatrični kliniki Ljubljana, uporabljamo ZVP od leta 2011. V prospektivni opazovalni analizi otrok, mlajših od 24 mesecev, s hipoksemično dihalno stisko ob akutnem bronhiolitisu, smo po uvedbi ZVP ugotovili statistično pomembno znižanje frekvenca dihanja, srčnega utripa in ocene dihalnega napora. Hkrati se je povečala vrednost pH in zmanjšala vrednost delnega tlaka CO<sub>2</sub> v kapilarni krvi. Vloga medicinske sestre je bistvenega pomena pri prepoznavi poslabšanja respiratornega obolenja. Temeljita ocena stanja otroka pripomore k vrsti in stopnji nadaljnega opazovanja in zdravljenja. Nova metoda zdravljenja je zahtevala protokol po katerem je medicinska sestra lahko izvajala varno in kakovostno zdravstveno nego in prispevala h boljšemu izidu obravnave otroka v dihalni stiski.

**Ključne besede:** dihalna podpora, otroci, kisik, opazovanje, medicinska sestra

## ABSTRACT

Acute respiratory distress and respiratory failure are urgent conditions in pediatrics. It develops as a result of various respiratory diseases in the respiratory system, which with respiration is no longer capable of providing sufficient oxidative concentrations for the metabolic needs of the bodies and exhaling the CO<sub>2</sub> generated in the body. In case of overcoming respiratory disease with increased resistance in small respiratory tract (acute bronchiolitis, acute worsening of asthma), hyperinflation of the lungs and increased respiratory effort develops. Oxygen is used as a medicine for treating to prevent signs of hypoxia and reducing respiratory effort. Infants and young children have a small margin and an increased demand for oxygen over adults. Saturation drops faster, which increases the risk of hypoxia and related complications. A low oxygen flow does not in itself allow for the appropriate replacement of oxygen requirements with deeper hypoxemia. Treatment by high flow of the heated and moistened gaseous mixture through the tailgate of the nasal cannula (HFNC) provides effective respiratory support in patients with dyspnoea and hypoxaemia. After the introduction of high flow in intensive care units, researchers observed a significant reduction in the need for invasive breathing support. The HFNC in the pediatric intensive care units in the United States reduced the proportion of intubated children from 23% to only 9%. At the Pediatric Clinic Ljubljana we have been using ZVP since 2011. In the prospective observational analysis of children under 24 months of age with hypoxemic respiratory distress in acute bronchiolitis, a statistically significant decrease in respiratory rate, heart rate and respiratory rate estimation was observed after the introduction of ZVP. At the same time, the pH value increased and the partial pressure of CO<sub>2</sub> in the capillary blood was reduced. The role of a nurse is essential in identifying a worsening of respiratory illness. A thorough assessment of the condition of the child contributes to the type and level of further observation and treatment. The new treatment method required a protocol according to which the nurse could perform safe and quality care and contribute to a better outcome of the child's treatment of respiratory distress.

**Keywords:** respiratory support, children, oxygen, assessment, nurse

## UVOD

Dihalna odpoved lahko nastane pri otrocih, ki prebolevajo bronhiolitis, poslabšanje astme, pljučnico in zaporo zgornjih in spodnjih dihalnih poti, bronhopulmonalna displazija, vdih tujkov ali tekočin (Grosek, 2014). Pri dojenčkih in malčkih so dihala zaradi razvojnih posebnosti precej bolj ranljiva kot pri večjih otrocih in mladostnikih. Zgornja dihala so ozka in manj čvrsta, zato se ob prebolevanju okužb, vnetjih ali prisotnosti tujka hitreje delno ali povsem zaprejo (Krivec,

2014). Dojenčki in majhni otroci imajo majhno rezervo in povečano zahtevo po kisiku napram odraslim. Saturacija pada bolj hitro, kar povečuje nevarnost hipoksije ter z njo povezanih komplikacij (Krivec, 2007). Zdravljenje hipoksemije z dovajanjem kisika preko dvoroge nosne kanile sega v zgodnja 40. leta prejšnjega stoletja. Danes sodi takšen način dovajanja nizkega pretoka kisika k standardni obravnavi obolelih otrok in odraslih (Krivec, 2013). Pred uvedbo ZVP je bil pri novorojencih določen največji pretok 0,5-1 L / min za dovajanje kisika preko nosne kanile pri dojenčkih in otrocih pa je bil uporabljen največji pretok 2 L / min, da se prepreči sušenje in nelagodje nosne sluznice in drugih komplikacij sluznice na nosu (Mikalsen, et al., 2016). Kljub široki dostopnosti in pogosti uporabi ima ta oblika zdravljenja s kisikom pomembne omejitve. Zgolj nizek pretok ne omogoča ustreznega nadomeščanja potreb po kisiku globlje hipoksemičnemu pacientu. Višji pretok suhega, hladnega kisika deluje dražeče in otroci ga težko prenašajo. Poleg tega odmerjanje pretoka kisika ne omogoča nadzora dejanskega deleža kisika v vdihani plinski mešanici (Krivec 2013). Temeljita ocena stanja otroka pripomore k vrsti in stopnji nadaljnjega opazovanja in zdravljenja. Če je prva ocena napačna je obravnava otroka, vključno z zdravstveno nego, manj primerna (Oštir, 2008). V okviru obravnave otroka z respiratornim obolenjem je ena od nalog medicinske sestre ocenjevanje stanja s poudarkom na oceni respiratornega statusa, ter ugotavljanje potreb, ki nastanejo, kot posledica tega stanja. Medicinska sestra ob spremembi stanja intenzivira opazovanje otroka in izvaja ustrezne intervencije zdravstvene nege. Vloga medicinske sestre pri ZVP je poleg opazovanja otroka in preprečevanja poslabšanja ter pravočasnega obveščanja zdravnika, tudi skrb za pravilno delovanje naprave za ZVP, skrb za prehodnost dihalnih poti in psihofizičen komfort otroka in staršev ter preprečevanje zapletov oziroma pravočasno prepoznavanje le teh in pravilno ukrepanje.

### Najbolj pogosta obolenja, ki pri dojenčku in malčku povzročajo dihalno stisko

Bolezni dihal so najpogostejše bolezni pri otroku. Odpoved dihanja pa najpogostejši vzrok smrti (Oštir, 2008). Vzrok dihalni stiski pri otroku so lahko različne bolezni, najpogosteje pa gre za bolezen zgornjih ali spodnjih dihal, ki jo povzroči ali spremlja okužba (Grošelj Grenc, 2015). V večini primerov so povzročitelji virusi. Otroci med 2. in 6. letom starosti prebolijo tudi do 6-8 prehladov na leto. Najpogostejša bakterijska okužba je tonzilofaringitis, povzročen z betahemolitičnimi streptokoki (Krivec, 2014). Večina okužb dihal je sicer blagih in se same pozdravijo, vendar pa lahko povzročajo tudi hudo dihalno stisko z dihalno odpovedjo in življenje ogrožajoče stanje (Grošelj Grenc, 2015).

Otroci z boleznimi dihal in dihalnega sistema predstavljajo velik delež vseh obravnavanih otrok v urgentnih pediatričnih ambulantah. Obravnavani primeri so večinoma lažje oblike in ne zahtevajo posebnega zdravljenja. Pri težjih primerih je delež sprejemov v bolnišnico in intenzivno terapijo večji kot pri odraslih (Grosek, 2014). Težko dihanje ob prebolevanju

respiratornih okužb (akutni bronhiolitis in bronhitis), okužba zgornjih dihal ali poslabšanje astme so bili najpogostejši vzroki obravnave otrok, napoteni v urgentno ambulanto Pediatrične klinike, Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (Mramor & Grošelj Grenc, 2016). Bolezni, ki povzročajo dihalno odpoved so lahko povezane tudi z nevrološkimi boleznimi, kot so bolezni osrednjega živčnega sistema ali bolezni živčno mišičnega spoja, stanja povezana z živčno-mišičnimi obolenji, stanja s prirojenimi napakami in obolenji, sepsa, huda anemija, sepsa z akutnim respiratornim distres sindromom (ARDS), hipotermija ali hipertermija ter pri odpovedi jeter, ledvic ali trebušne slinavke (Grosek, 2014).

## Dihalna stiska

Dihanje zagotavlja, da celice v telesu dobijo za svojo presnovo dovolj kisika ( $O_2$ ) iz okolja in da organizem odda ogljikov dioksid ( $CO_2$ ), ki nastane pri presnovi v celicah (Bajrovič, 1999). Akutna dihalna stiska in ali dihalna odpoved sta nujni stanji v pediatriji. Razvijeta se kot posledica različnih bolezni dihal in /ali dihalnega sistema, ki z dihanjem ni več sposobno zagotoviti zadostne koncentracije kisika za presnovne potrebe telesa in izdihati  $CO_2$ , ki nastaja v telesu (Grosek, 2014). Dojenčki in majhni otroci običajno razvijejo dihalno stisko in dihalno odpoved hitreje kot večji otroci in odrasli, saj se od njih razlikujejo v pomembnih imunoloških, anatomskih in fizioloških značilnosti (Grošelj Grenc, 2015).

## Razvojne posebnosti dihal pri otroku

Zgornje in spodnje dihalne poti so pri majhnih otrocih ožje, kar povzroči hitrejšo obstrukcijo zaradi dihalnih izločkov, otekline ali tujkov. Poleg tega je njihov prsni koš bolj podajen (komplianten), kar se ob dihalnem naporu kaže kot izrazitejše ugrezovanje prsnega koša, hkrati z zmanjšanjem učinkovitosti dihanja. Majhni otroci večinoma dihajo s prepono, njihove dihalne mišice so manj učinkovite, zato se hitreje utrudijo (Krivec, 2014). Otroci so bolj nagnjeni k okužbam, za katere imajo odrasli razvito pridobljeno imunost (Grošelj Grenc, 2015). Nos prispeva največji del upora pretoku zraka v dihalni poti. Tu se zrak očisti večjih delcev, se ogreje in navlaži. Dojenčki dihajo predvsem skozi nos (večinoma do 6 meseca), zato vsakršna zapora (zaradi okužbe ali npr. mleka, ki je zašlo vanj) izrazito oteži otrokovo dihanje. Pri majhnem otroku je subglotični prostor najožji del dihalne poti. Hrustančni deli, ki prispevajo k čvrstosti dihalne poti, so prisotni od sapnika do manjših bronhov, v bronhiolih pa jih ni več. Dojenčki in majhni otroci imajo tudi bolj podajen prsni koš in bolj ravno položena rebra ter manj na napor odpornih mišičnih vlaken trebušne prepone (Krivec, 2014). Sestava dihalnih mišic dojenčka se razlikuje od sestave dihalnih mišic odraslega. Dojenčki imajo v medrebrnih mišicah in trebušni predponi manj mišičnih vlaken tipa I, ki so na utrujenost odporna vlakna. Ozke dihalne poti predstavljajo velik upor pri dihanju. Vse to so razlogi, da se otroci ob dihalnem naporu hitreje utrudijo (Berger, 2014). V zgodnjem otroštvu se ne srečujemo le z strukturnimi nezrelostmi,

ampak tudi s še ne dovolj razvitim nadzorom dihanja (Krivec, 2014). V prvih mesecih življenja je prisotna nezrelost dihalnih centrov, ki lahko vodi v paradokсно zaviranje dihanja ob hipoksiji. V prvih 4–6 mesecih življenja je še vedno prisoten fetalni hemoglobin, kar povzroča premik disociacijske krivulje hemoglobina v levo, zato imajo dojenčki v tkivih manjši prevzem kisika (višja SpO<sub>2</sub> ob nižjih parcialnih tlakih kisika v krvi) (Grošelj Grenc, 2015). Ob zapori dihalne poti se lahko novorojenček odzove paradokсно, hipoksemija sprva izzove hiperventilacijo, vendar pa ji lahko zatem sledi depresija dihanja z apnejo in bradikardijo (tako imenovani refleks potapljanja) (Krivec, 2014).

## Zdravljenje z visokimi pretoki zraka in kisika preko nosne kanile

Definicija ZVP; v pregledu literature Cochrane iz leta 2014 je bil heated humidified high flow nasal canula (HHHFNC) oziroma slovensko ogrevan, vlažen visok pretok preko nosne kanile pri otrocih opredeljen kot ogreti, vlažni in mešani zrak / kisik, ki se prenaša preko nosne kanile pri različnih pretokih  $\geq 2$  L / min, kar zagotavlja tako visoke koncentracije kisika kot tudi potencialno neprekinjen distalni tlak (Mikalsen, et al., 2016).

Naziv zdravljenja z visokim pretokom kisika preko nosne kanile je v tuji literaturi največkrat omenjen kot high flow nasal canula (HFNC). V Službi za pljučne bolezni, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana ta način dovajanja kisika uporabljamo od leta 2011 in smo ga poimenovali zdravljenje z visokimi pretoki (ZVP).

### Naprava za zdravljenje z visokimi pretoki

ZVP je relativno neinvazivna ventilacijska terapija, ki je očitno dobro sprejeta tako pri novorojencih, kot pri odraslih z hipoksemično respiratorno odpovedjo (Mikalsen, et al., 2016). Plinsko mešanico z zelenim deležem kisika (poljubna vrednost FiO<sub>2</sub> med 0.21 in 1.0) pri napravah s priklopom na stenski kisik in medicinski zrak, zagotovi mešalec plinov (Krivec, 2013). Visok pretok je običajno definiran kot pretok večji kot 2 l/min, pretok odvisen od tipa nosne kanile, vendar v območju od 4-70l/min (Mikalsen, et al., 2016). Avtomatski grelec in ogrevana cev dihalnega sistema vzdržujeta temperaturo (37° C) in vlažnost (44 mg vode / L) pripravljene plinske mešanice. Pacientova starost in velikost nosnic pogojujeta izbor ustreznih nosnih kanil in pretoka (Krivec, 2013).

Uporablja se z dihalnim sistemom z ogrevalno žico in prilagojenimi nosnimi kanilami različnih velikosti, odvisno od starosti otroka. Medicinska sestra pripravi mešalec plinov z grelcem in dihalnim sistemom, ki ga pred priklopom ogreje na temperaturo vsaj 37° C . Za zadostno količino vlažilne tekočine pripravi samo polnilno vlažilno posodo, ki jo priklopi na steklenico sterilne

redestilirane vode. Preveri pravilno nastavitve varnostnega ventila. Preden medicinska sestra opravi priklop je potrebna priprava otroka.

#### Prednosti zdravljenja z visokimi pretoki

ZVP pozitivno vpliva na obolela dihala zaradi aktivnega izpiranja zraka iz nosno-žrelnega mrtvega prostora, zmanjšanja upora toku zraka v dihalih in vzpostavitve pozitivnega tlaka ob koncu izdiha. ZVP je učinkovito pri lažšanju občutka dušenja in zagotavljanju ustrezne zasičenosti hemoglobina s kisikom pri odraslih pacientih z blago in zmerno hipoksemično dihalno stisko. Prednosti te oblike dihalne podpore so neinvazivnost in lažje sprejemanje zdravljenja (Krivec, 2013).

#### Vloga medicinske sestre

Medicinska sestra načrtuje zdravstveno nego glede na ugotovljeno stanje pri otroku ter sprotno vrednoti opravljeno delo oziroma doseganje ciljev.

#### Opazovanje

Prisotnost respiratorne disfunkcije je znan predhodnik neželenih dogodkov, ki so povezani s povečano smrtnostjo. Zato je nujno, da medicinske sestre znajo izvesti osnovno oceno respiratornega stanja, ter da znajo interpretirati rezultate svoje ocene (Hunter and Rawlings-Anderson, 2008). Merila za ocenjevanje razširjenega respiratornega statusa vključujejo: dihanje, oksigenacijo, krvni obtok, bolečina, barva in temperatura kože ter splošno stanje otroka (Oštir, 2015). Stevenson (2004), navaja, da opazovanje in spremljanje pacientovih vitalnih znakov ter ukrepanje ob odstopanjih, lahko potencialno prepreči premestitev pacienta na oddelek intenzivne nege ali terapije. S pomočjo opazovanja in meritev pri otroku prepozna zgodnje znake za poslabšanje bolezni. Intenzivira opazovanje in meritve ter sproti in natančno beleži. Tako lahko pravilno in pravočasno ukrepa, glede na spremenjeno zdravstveno stanje pri otroku (Oštir, 2015).

#### Hranjenje in hidracija

Področju prehranjevanja in hidracije otroka je prav tako zelo pomembno, saj imajo dojenčki in majhni otroci v dihalni stiski pogosto zaradi utrujenosti, močno povečanega dihalnega dela, dražječega kašlja in zamašenega nosu, slabši apetit, kar lahko vodi v dehidracijo. Pogosto težavo predstavlja tudi prekomerno utrujanje med hranjenjem, ki lahko vodi v poslabšanje zdravstvenega stanja otroka in poslabšanje dihalne stiske. V tem primeru se zdravnik odloči za začasno omejitev tekočin ali celo prekinitev hranjenja (Zupan, 2009). Medicinska sestra v tem primeru po predpisu zdravnika dovaja otroku tekočine parantalno.



## Preprečevanje zapletov

Najpogostejši zapleti so: napetost želodca, nevarnost razjede zaradi pritiska, zamašenost nosnih kanil zaradi izločkov in pneumothorax (Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia, 2013). Obstaja tudi možnost nastanka poškodbe nosnic in zatekanje vlažilne tekočine v dihalne poti zaradi povečane kondenzacije v dihalnem sistemu (Ministry of Health, NSW, 2016). Poškodbe sluznice, krvavitev iz nosu in ulceracije so bili zapleti, ki jih navaja Mikenes in sodelavci (2016), vendar pa so bile poškodbe nosne sluznice pri novorojenčkih v starosti pod 32 tednov manjše kot pri uporabi kontinuiranega pozitivnega pritiska preko nosnih nastavkov.

Nekatere smernice priporočajo vstavljanje nazogastrične cevke, za namen preprečevanja zadrževanja zraka oziroma razbremenitve v želodca, kasneje v stabilnem stanju pa hranjenje otroka (Ministry of Health, NSW, 2016). Tri študije so poročale o napetem trebuhu pri otrocih z ZVP, kar nakazuje, da je potrebno biti pazljiv pri uporabi ZVP pri otrocih s patološkim izvidom v abdomnu (Mikenes, et al., 2016). Glede na možne zaplete so naloge medicinske sestre v preprečevanju potencialnih zapletov in sicer: redno opazovanje otroka, napetosti trebuščka in nemira otroka, vstavitve nazogastrične cevke ter prezračevanje želodca, reden nadzor nad prehodnostjo dihalnih poti in nosnih kanil ter pozicijo nosnih kanil ter kondenzom v dihalnem sistemu.

## Dovajanje kisika

Medicinska sestra dovaja kisik otroku v dihalni stiski po navodilih zdravnika in sicer vzdržuje predpisano ciljno saturacijo. Ob predpisu zdravljenja z ZVP pripravi pripomočke za dovajanje mešanice zraka in kisika.

## Vlaženje in ogrevanje dihalnega sistema

Ogreta in navlažena plinska mešanica ima v primerjavi s hladnim in suhim zrakom boljšo prevodnost v dihalni poti in izboljša podajnost pljuč (Krivec, 2013). Vlažilec se namešča pod nivo otrokove glave, da prepreči zatekanje tekočine po dihalnem sistemu v dihalne poti otroka. Invazivni način dovaja mešanico plina temperature 37 stopinj Celzija, vlage 44g/l in je primeren pri uporabi nosne kanile, traheostomskega nastavka in invazivni ventilaciji (Royal Children's Hospital Melbourne, Australia, 2013).

## Uporaba nosnih kanil

Medicinska sestra posebno skrb nameni izbiri nosne kanile, ki mora zagotavljati zadosten pretok in se pravilno prilegati nosnicam. Nosne kanile izbere tudi glede na starost otroka in velikosti njegovega nosu. Glavna varnostna oprema dihalnega sistema za ZVP je tlačni varnostni ventil. Tlačni varnostni ventil je nastavljen na omejitev  $<40 \text{ cm H}_2\text{O}$ . Ta ventil je zasnovan tako, da zmanjša tveganje prekomernega tlaka pri dojenčku v primeru, da nosne kanila tesnijo okoli

otrokovih nosnic, medtem ko so usta zaprta (Royal Children's Hospital Melbourne, Australia, 2013).

#### Skrb za prehodnost zgornjih dihal

Medicinska sestra nadzira prehodnost zgornjih dihal in po kriterijih za aspiracijo izvaja aspiracijo zgornjih dihalnih poti. Pri tem upošteva standard izvedbo aspiracije. Na Pediatrični kliniki imamo zelo dobre izkušnje z izpiranjem nosu s pomočjo nastavka za prekinjanje vakuma. Aspiracija mora biti učinkovita, vendar nežna in varna.

#### Nadzor nad napravo

Medicinska sestra redno izvaja nadzor nad delovanjem naprave, preverja temperaturo dihalnega sistema na začetku in koncu dihalnega sistema, preverja pojav kondenza v dihalnem sistemu in nadzoruje nivo tekočine v vlažilcu.

## DISKUSIJA

Otrok v dihalni stiski nedvomno zahteva poostren nadzor medicinske sestre. Le ta s pomočjo opazovanja in meritev pravočasno opazi spremembe v načinu dihanja pri otroku in posledično spremenjene vitalne funkcije.

Uspešna ocena respiratornega statusa temelji na oceni različnih meril in vzpostavitvi povezav med njimi (Lesjak, 2005). Največjo napovedno vrednost ima dinamika spreminjanja frekvence dihanja kot znak poslabšanja ali izboljšanja osnovne bolezni (Vidmar, 2014). Težka dihalna stiska lahko takoj napreduje v odpoved, medtem, ko blaga in zmerna dihalna stiska napreduje postopno v nekaj urah ali dneh. Težka dihalna stiska oziroma odpoved dihanja je življenje ogrožajoče stanje, ki lahko takoj ali v nekaj minutah privede do smrti, če ne začnemo pravočasno ukrepati in zdraviti (Grosek, 2014). Kljub široki dostopnosti in pogosti uporabi ima dovajanje kisika z nizkopretočnim sistemom pomembne omejitve. Zgolj nizek pretok ne omogoča ustreznega nadomeščanja potreb po kisiku globlje hipoksemičnemu pacientu. Poleg tega odmerjanje pretoka kisika ne omogoča nadzora dejanskega deleža kisika v vdihani plinski mešanici (Kivec, 2013).

ZVP omogoča odmerjanje poljubnega deleža kisika in pretoka plina preko prilagojene dvoroge nosne kanile. Poleg tega ZVP lahko omogoči pacientom višjo raven dihalne podpore, saj ob ustreznih pogojih v zgornjih dihalih vzpostavi pozitiven tlak ob koncu izdiha. Takšen način zdravljenja je že vrsto let poznan v neonatologiji, v zadnjih letih pa se vedno pogosteje uporablja tudi pri zdravljenju otrok drugih starostnih skupin in odraslih (Krivec, 2013). ZVP se vse več uporablja na pediatričnih oddelkih, kljub pomankljivim dokazih o prednosti takega načina zdravljenja (Milesi, et al., 2014). V Službi za pljučne bolezni, Pediatrična klinika, Univerzitetni

klinični center smo v prospektivni opazovalni analizi podatkov otrok, mlajših od 24. mesecev, s hipoksemično dihalno stisko ob akutnem bronhiohilitisu smo po uvedbi ZVP zabeležili statistično pomembno znižanje frekvence dihanja, srčnega utripa in ocene dihalnega napora. Sočasno je prišlo do porasta pH in vpada delnega tlaka CO<sub>2</sub> v kapilarni krvi (Krivec, 2013). ZVP se vse več uporablja zaradi dosegljivosti, enostavnosti in dobre tolerance pri pacientih (Milesi, et al., 2014). V raziskavi pri novorojencih, kjer so ugotavljali prednosti kontinuiranega pozitivnega pritiska (CPAP) proti HHHFNC, na področju psihofizičnega področja otroka in staršev, niso ugotovili razlik na področju bolečine in okoljskega hrupa. Razlika je bila v nižji frekvenci dihanja v korist HHHFNC. Starši so ocenili prednost v korist HHHFCN na treh področjih in sicer: otrokovo zadovoljstvo, možnost starševske interakcije z otrokom in možnost sodelovanja pri negi otroka (Klingenberg, 2014).

Medicinska sestra mora dobro poznati napravo in dihalne sisteme ter nosne kanile, saj s pravilno pripravo otroka in pripomočkov pripomore h učinkovitejšemu zdravljenju z ZVP. Poznavanje možnih zapletov omogoča medicinski sestri, da prilagodi načrt zdravstvene nege s ciljem preprečevanja le teh. ZVP omogoča medicinski sestri, da v zdravstveno nego maksimalno vključi starše, kar pa vpliva na zadovoljstvo otroka in s tem boljšo toleranco do ZVP.

## ZAKLJUČEK

Dihalna stiska pri otroku se lahko hitro poslabša, zato je bistvenega pomena dobro opazovanje in pravočasno ukrepanje medicinske sestre. Kljub temu, da je zdravljenje hipoksemije pri otroku najbolj pogosto s pomočjo nizko pretočnih sistemov za kisik, je v zadnjih letih razširjeno zdravljenje z visokimi mešanice kisika in zraka. ZVP lahko omogoči pacientu višjo raven dihalne podpore, saj ob ustreznih pogojih v zgornjih dihalih vzpostavi pozitiven tlak ob koncu izdiha. Medicinska sestra z dobrim poznavanjem pripomočkov in zdravstvene nege otroka na ZVP pripomore k boljši obravnavi otroka v dihalni stiski.

## Literatura

Bajrović, F., 1999. *Dihanje. Patofiziologija s temelji fiziologije*. 2. izdaja; Institut za patološko fiziologijo, pp. 47–56.

Berger, J., 2014. Posebnosti dihalne poti in oskrbe pri otrocih. In: Vajd, R., Gričar, M., et al., eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja: zbornik. Enaindvajseti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 19.- 21. junij 2014. Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 109–113.

Grosek, Š., 2014. Šok. In: Kržišnik C., et al., eds. *Pediatrija*. 1. izd. Ljubljana: DZS, pp. 137–146.

Grošelj Grenc, M., 2015. Prepoznavna dihalne stiske pri otroku. In: Vajd, R., Gričar, M., et al., eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja: zbornik. Dvaindvajseti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 18.- 20. junij 2015. Slovensko združenje za urgentno medicine, pp. 94–97.

Hunter, J., Rawlings-Anderson, K., 2008. Respiratory assessment. *Nursing Standard*, 24; 22(41), pp 41–43.

Klingenberg, C., Pettersen, M., Hansen, E.A., Gustavsen, L.J., Dahl, I.A., Leknessund, A., Kaaresen, P.I., Nordhov, M., 2014. Patient comfort during treatment with heated humidified high flow nasal cannulae versus nasal continuous positive airway pressure: a randomized cross-over trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 99, pp. 134–137. Available at: <http://fn.bmj.com/content/fetalneonatal/99/2/F134.full.pdf> [10.7.2017].

Krivec, U., 2007. Hipoksemija pri astmi in transkutano merjenje delnega tlaka ogljikovega dioksida v krvi, arterijska in kapilarna plinska analiza krvi. In: Oštir, M., Maček, V., et al., eds. *Astma pri otroku*. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, pp. 31–34.

Krivec, U., 2013. Zdravljenje akutnega bronhiolitisa z visokim pretokom kisika. In: Kržišnik, C., Battelino, T., et al, eds. *Novosti v intenzivnem zdravljenju otrok. Dislipidemije pri otrocih in mladostnikih. Izbrane novosti s področja neonatologije. Funkcionalne bolečine v trebuhu. Akutni bronhiolitis*. Ljubljana, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 235–239.

Krivec, U., 2014. *Bolezni dihal*. In: Kržišnik, C., et al eds. *Pediatrija*. 1. izd. Ljubljana: DZS, pp. 345–372.

Lesjak, K., 2005. Dihalna stiska pri otroku – prepoznavanje in ukrepi medicinske sestre. *Slovenska Pediatrija*; 2, pp. 63–65.

Mikalsen, I.B., Davis, P., Øymar, K., 2016. High flow nasal cannula in children: a literature review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, pp 24:93.

Milési, C., Boubal, M., Jacquot, A., Baleine, J., Durand, S., Odena, MP., Cambonie, G., 2014. High-flow nasal cannula: recommendation for daily practice in pediatrics. *Annals of Intensive Care*, 4, pp 29. Available at: <http://www.annalsofintensivecare.com/content/4/1/29> [10.7.2017].

Ministry of Health, NSW. 2016. *Humidified High Flow Nasal Cannula Oxygen Guideline for Metropolitan Paediatric Wards and EDs*. Available at: [http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2016\\_004.pdf](http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2016_004.pdf) [10.7.2017].

Mramor, M., Grošelj Grenc, M., 2016. Zakaj napotimo otroke urgentno v bolnišnico. In: Vajd, R., Gričar, M., et al., eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja: zbornik. Triindvajseti mednarodni simpozij o urgentni medicini*, junij 2016. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 66–69.

Oštir, M., 2008. *Astma pri otroku in intervencije medicinske sestre:diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 10–15.

Oštir, M., 2015. Opazovanje in meritve pri otroku in mladostniku z respiratornim obolenjem. In: Oštir, M., et al., eds. *Astma pri otroku - za medicinske sestre*. Ljubljana : Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Služba za pljučne bolezni.

Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia. *Clinical Practice Guideline on Oxygen delivery, 2013*. Revised guidelines. Available at:

<http://www.rch.org.au/clinicalguide/index.cfm> [10.7.2017].

Stevenson, T., 2004. Achieving best practice in routine observation of hospital patients. *Nursing Times*, 100(30), pp. 34–35.

Vidmar, I., 2014. Razpoznavna in prva obravnava kritično bolnega otroka. In: Grosek, Š., et al., eds. *Učbenik / XVIII. izobraževalni seminar Kritično bolan in poškodovan otrok - razpoznavna, zdravljenje in prevoz z učnimi delavnicam*. Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 14–17.

Zupan, M., 2009. *Zdravstvena nega dojenčka in majhnega otroka z bronhiolitisom: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 23–40.

## AVTIZEM IN VLOGA PREHRANE – META–SINTEZA ZNANSTVENIH ŠTUDIJ

### AUTISM AND NUTRITION ROLE – META–SYNTHESIS OF SCIENTIFIC STUDIES

Brigita Jeretina, dipl. m. s.

dr. Ruža Pandel Mikuš, viš. med. ses., prof. soc. ped., spec. klin. diet., viš. pred.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

brigita.jeretina2@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Motnje avtističnega spektra so kompleksne razvojno-nevrološke motnje, ki se kažejo kot kakovostno spremenjeno vedenje na področju socialne interakcije, imaginacije ter verbalne in neverbalne komunikacije. Motnje štirikrat pogosteje prizadenejo dečke, pojavljajo se od 3 do 4 na 10.000 zdravih otrok. Del alternativne obravnave je prehransko zdravljenje. Uporabljajo se dieta brez glutena in kazeina ter različna prehranska dopolnila. Delo želi predstaviti vlogo prehrane kot ene izmed možnosti obravnave ter zbrati vsebine obravnavanega področja za stroko zdravstvene nege. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, narejen je bil pregled literature, v empiričnem delu pa meta-sinteza znanstvenih študij. Iskanje literature je potekalo s pomočjo bibliografskega sistema COBISS ter podatkovnih baz: CINAHL, Medline (PubMed), Cochrane in Springerlink. **Rezultati:** Raziskovalci so si glede vpliva prehranskih dopolnil omega-3 maščobnih kislin, magnezija in vitamina B6 neenotni; nekateri dokazujejo izboljšanje splošne simptomatike avtizma, medtem ko drugi ne poročajo o statistično pomembnih izboljšavah. Glede diete brez glutena in kazeina prav tako prihajajo do nasprotujočih si ugotovitev. Otroci z avtizmom imajo v telesu povišano vrednost bakra in znižano vrednost cinka, kar vpliva na izraženost simptomatike. **Diskusija in zaključek:** Avtizem otroka spremlja celo življenje, vendar lahko z dobrim poznavanjem motnje ter kvalitetno zgodnjo obravnavo in multidisciplinarnim pristopom veliko pripomoremo k izboljšanju simptomatike ter dosežemo optimalno funkcioniranje otroka.

**Ključne besede:** motnje avtističnega spektra, zdravstvena nega, dieta brez glutena in kazeina, prehranska dopolnila

#### ABSTRACT

**Introduction:** Autism spectrum disorders are complex neurodevelopmental disorders, manifesting as qualitatively changed behaviour in the fields of social interactions,

imagination and verbal and non-verbal communication. The disorder affects boys four times more often and occurs in 3-4 per 10,000 healthy children. A part of alternative healing is a dietary treatment. Used are a gluten- and casein-free diet and different dietary supplements. The work wants to present the role of food as one of the treatment possibilities and to collect information from this field concerning the health care profession. **Methods:** Used was the descriptive work method, prepared was an overview of literature and in the empirical part a meta-synthesis of scientific studies was carried out. The literature search was carried out using the bibliographic system COBISS and databases: CINAHL, Medline (PubMed), Cochrane and Springerlink. **Results:** Researchers are not unanimous regarding the effect of dietary supplements, omega-3 fat-acids, magnesium and vitamin B6; some prove improvements of general autistic symptoms, while others don't report statistically important improvements. Regarding the gluten- and casein-free diet there are also contradictory findings. Children with autism have an increased amount of copper and decreased amount of zinc in their bodies, the increased ratio of which effects the manifestation of the symptoms. **Discussion and conclusion:** Autism accompanies the child his entire life, but with good knowledge about the disorder and with a quality early treatment and multi-disciplinary approach we can greatly contribute to the improvement of the symptoms and achieve optimal functioning of the child.

**Keywords:** autism spectrum disorders, health care, gluten- and casein-free diet, food supplements

## UVOD

Motnje avtističnega spektra strokovnjaki pojmujejo kot kompleksne, razvojno-nevrološke motnje. Kažejo se v tipični verbalni in neverbalni komunikaciji, nenormalni čustveni in socialni odzivnosti ter specifičnih vedenjskih vzorcih kot so stereotipne, ponavljajoče se aktivnosti ter vztrajanje v istosti (Patterson, 2009). Po epidemioloških študijah naj bi pogostost avtizma v zadnjih desetletjih narasla za 5- do 10- krat, vzroki za njegov nastanek pa do danes niso znani (Macedoni-Lukšič, 2011).

Zdravljenje avtizma s farmakološkimi sredstvi je lahko zaradi njegove kompleksnosti le dopolnilo v celotni terapevtski obravnavi. Z zdravili se usmerjamo proti najbolj motečim vedenjskim motnjam (Macedoni Lukšič, 2006; Veličković Perat, 2011). Pri nastanku simptomov avtizma se zaradi pogostih disfunkcij v prebavnem in imunskem sistemu vse več pozornosti namenja vlogi prehrane. Raziskovalci poročajo o prisotnosti povečane črevesne prepustnosti, o alergijah, težavah z imunskim sistemom, gastrointestinalnih težavah in epileptičnih napadih (Smith, 2013). Strokovnjaki so mnenja, da je dobro prilagoditi prehrano (Kidd, 2002; Nierengarten, 2014). Mnoge študije navajajo negativen vpliv določenih živil, vpliv aditivov, sladkorja, bakra, glutena in kazeina. K izboljšanju vedenja pa naj bi pripomogli omega-3 maščobne kisline, cink, magnezij in vitamin B<sub>6</sub>.

## Namen in cilj

Namen prispevka je na osnovi ugotovitev obstoječih znanstvenih raziskav analizirati učinke prehranskih pristopov kot alternativne možnosti obravnave avtizma ter analizirati specifično prehranjevanje otrok z avtizmom. Cilj prispevka je, da z meta-sintezo znanstvenih študij odgovorimo na naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV 1: Ali dopolnila omega-3 maščobnih kislin k prehrani pripomorejo k izboljšanju simptomatike avtistične motnje?
- RV 2: Ali se po uvedbi diete brez glutena in kazeina simptomatika avtizma izboljša?
- RV 3: Ali imajo otroci z avtizmom v telesu nižjo vrednost cinka in povišano vrednost bakra?
- RV 4: Ali dopolnilo magnezija in/ali vitamina B6 k prehrani pripomore k izboljšanju simptomatike avtizma?
- RV 5: Ali otroci z motnjo avtističnega spektra razvijejo specifične vzorce vedenja pri prehranjevanju in imajo več težav pri hranjenju v primerjavi z otroci z normalnim razvojem?

## METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom slovenske in angleške strokovne in znanstvene literature ter analiza dobljenih virov. Vire smo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL, Medline (PubMed), Cochrane in Springerlink. Uporabili smo naslednje ključne besede ter besedne zveze: autism, nutrition, Feingold diet, nursing role, autism behaviour, gluten and casein free diet, omega-3, magnesium, vitamin B6, eating problems, selective eating. Kriterij izbora je bil dostopnost besedila v celoti (»full text«). Izbirali smo literaturo od leta 1992 do leta 2016 in zbrali 319 študij, ki bi jih potencialno lahko vključili v analizo. Po izključitvenih kriterijih smo v analizo vključili 33 randomiziranih in eksperimentalnih študij, ter 4 študije primera.

## REZULTATI

Tabela 1: Pregled dokazov za raziskovalno vprašanje št. 1 glede na stopnjo in vir

Raziskovalno vprašanje	Glavne ugotovitve	Vir in stopnja
Ali dopolnila omega-3 maščobnih kislin k prehrani pripomorejo k izboljšanju simptomatike avtistične motnje?	Zmanjšanje hiperaktivnosti in stereotipije ter izboljšanje splošnega zdravja (spanje, koncentracija, kognitivno, socialno, motorično področje).	Bent et al., 2014 (I.)
		Bell et al., 2004 (III.)
		Bent et al., 2011 (I.)
	Dopolnila ne pripomorejo k izboljšanju simptomatike avtizma.	Mankad et al., 2015 (I.)
		Voigt et al., 2014 (I.)



Avtorji so glede dokazovanja vpliva dopolnila omega-3 maščobnih kislin neenotni. Poročajo o blagem zmanjšanju hiperaktivnega vedenja, izboljšavah na področju stereotipije in letargije ter izboljšanju splošnega zdravja, spalnih vzorcev, kognitivnih in motoričnih sposobnosti (Bell et al., 2004; Bent et al., 2011; Bent et al., 2014). Dva avtorja pa zavračata tezo, da dopolnila omega-3 pripomorejo k izboljšanju motnje (Voigt et al., 2014; Mankad et al., 2015).

Tabela 2: Pregled dokazov za raziskovalno vprašanje št. 2 glede na stopnjo in vir

Raziskovalno vprašanje	Glavne ugotovitve	Vir in stopnja
Ali se po uvedbi diete brez glutena in kazeina simptomatika avtizma izboljša?	Izboljšanje simptomatike na socialnem, jezikovnem in učnem področju; izboljšanje psihološkega funkcioniranja in vedenja; zmanjšan obseg gastrointestinalnih simptomov.	Whiteley et al., 2010 (I.)
		Winburn et al., 2014 (III.)
		Knivsberg et al., 2002 (I.)
		Pennesi & Klein, 2012 (III.)
		Harris & Card, 2012 (III.)
	Hsu et al., 2009 (III.)	
	Dieta nima vpliva na izboljšanje simptomatike avtizma.	Hyman et al., 2016 (I.)
		Munasinghe et al., 2010 (I.)
		Navarro et al., 2015 (I.)
		Seung et al., 2007 (II.)

Raziskovalci poročajo o izboljšanju širokega spektra vedenj (Knivsberg et al., 2002; Whiteley et al., 2010; Harris & Card, 2012). Prihaja do izboljšanja gastrointestinalnih simptomov, koncentracije, pozornosti, socialne interakcije in komunikacije (Winburn et al., 2014). Hsu in sodelavci (2009) poročajo o izboljšanju verbalnega področja in očesnega kontakta že po dveh mesecih in pol diete brez glutena in kazeina, učinki se pokažejo tudi na socialnem področju ter telesnem napredovanju. Enako poročata tudi Pennesi in Klein (2012).

Tabela 3: Pregled dokazov za raziskovalno vprašanje št. 3 glede na stopnjo in vir

Raziskovalno vprašanje	Glavne ugotovitve	Vir in stopnja
Ali imajo otroci z avtizmom v telesu nižjo vrednost cinka in povečano vrednost bakra?	Znižane vrednosti cinka in povišane vrednosti bakra so povezane z bolj izraženo simptomatiko avtizma; po terapiji s cinkom se razmerje normalizira.	Macedoni-Lukšič et al., 2015 (I.)
		Russo, 2011a (II.)
		Al-Farsi et al., 2012 (II.)
		Russo et al., 2012 (II.)
		Lakshmi Priya & Geetha, 2011 (II.)
	Li et al., 2014 (II.)	
	Statistično nepomembno je pomanjkanje oz. blago do zmerno pomanjkanje cinka.	Yasuda et al., 2013 (III.)
		Russo & Devito, 2011b (II.)

Primanjkljaj cinka v telesu povzroči povečano izločanje bakra (Macedoni-Lukšič et al., 2015); presežek bakra pa ovira cinkovo ravnovesje. To posega v proizvodnjo hormonov nadledvičnih žlez in slabša simptomatiko avtizma (Lakshmi Priya & Geetha, 2011). Po uvedbi terapije s cinkom in vitaminom B<sub>6</sub> je boljše na področju zavedanja, pozornosti, hiperaktivnosti, stika z

oči, ter epileptičnih napadov (Russo & Devitto, 2011b). Yasuda in sodelavci (2013) pa menijo, da je pomanjkanje cinka nepomembno za pojav simptomatike.

Tabela 4: Pregled dokazov za raziskovalno vprašanje št. 4 glede na stopnjo in vir

Raziskovalno vprašanje	Glavne ugotovitve	Vir in stopnja
Ali dopolnilo magnezija in/ali vitamina B6 k prehrani pripomore k izboljšanju simptomatike avtizma?	Izboljšanje simptomatike na področju socialne interakcije, komunikacije, spanja, manj gastrointest. težav.	Mousain-Bosc et al., 2006 (II.)
		RuiPing Xia, 2011 (III.)
		Adams & Holloway, 2004 (I.)
	Dopolnila nimajo vpliva na izboljšanje simptomatike avtizma.	Tolbert et al., 1993 (II.)
		Findling et al., 1997 (II.)

Študija poroča o izboljšanju simptomov na socialnem področju, področju komunikacije in stereotipnega vedenja po uvedbi Mg (Mousain-Bosc et al., 2006), podobno ugotavlja tudi RuiPing Xia (2011), ki poroča o izboljšanju simptomatike avtizma po uvedbi magnezija in vitamina B<sub>6</sub> v kombinaciji z dimetilglicinom v prehrano otroka. Adams in Holloway (2004) v svoji randomizirani kontrolni študiji poročata o izboljšanju simptomatike avtistične motnje po uvedbi multivitaminskega dodatka z visoko količino vitamina B<sub>6</sub> v prehrano otrok.

Tabela 5: Pregled dokazov za raziskovalno vprašanje št. 5 glede na stopnjo in vir

Raziskovalno vprašanje	Glavne ugotovitve	Vir in stopnja
Ali otroci z motnjo avtističnega spektra razvijejo specifične vzorce vedenja pri prehranjevanju in imajo več težav pri hranjenju v primerjavi z otroci z normalnim razvojem?	Otroci z avtizmom so pri izbiri hrane selektivnejši, razvijejo specifične navade pri prehranjevanju, se težje hranijo, zavračajo nova živila ter izbirajo živila na osnovi teksture, temperature in načina priprave.	Nadon et al., 2011 (III.)
		Martins et al., 2008 (III.)
		Bandini et al., 2010 (II.)
		Emond et al., 2010 (II.)
		Schreck et al., 2004 (II.)
		Provost et al., 2010 (II.)
		Schreck & Williams et al., 2006 (III.)
		Lukens, 2005 (II.)
		Keen, 2008 (III.)

Številni avtorji opisujejo specifična vedenja pri hranjenju (selektivnost pri izbiri, zavračanje hrane ali uživanje le določene vrste živil (Lukens, 2005; Schreck & Williams, 2006; Keen, 2008; Bandini et al., 2010; Emond et al., 2010). Navajajo težave pri sedenju za mizo, pri hranjenju v šoli ali restavracijah, igranje s hrano (Schreck et al., 2004; Provost et al., 2010). Emond in sodelavci (2010) poročajo, da se otroci z avtizmom težje hranijo, počasneje jedo, kasneje pričnejo z uživanjem trde hrane.

## DISKUSIJA

Študije, ki se ukvarjajo z raziskovanjem možnosti izboljšanja simptomatike avtistične motnje z uvedbo dopolnil omega-3 maščobnih kislin, izhajajo iz teoretičnega izhodišča, da sta EPA (eikozapentaenojska kislina) in DHA (dokozaheksaenojska kislina) pomembni za normalno strukturo in delovanje možganov. DHA je potrebna za razvoj senzoričnega, zaznavnega, kognitivnega in motoričnega sistema predvsem v zadnjem tromesečju življenja ploda in v prvih dveh letih otroštva (Mankad et al., 2015).

Brezmlečna in brezglutenska dieta je ena izmed najbolj priljubljenih in najpogosteje prakticiranih prehranskih pristopov. Pennesi in Klein (2012) poročata, da je pri tem pomembna striktnost in čas posluževanja diete. Najboljši učinki so pri uporabi nad šest mesecev in pri tistih otrocih z avtistično motnjo, ki imajo pridružene še prebavne težave in prehranske alergije. Večina randomiziranih študij pa ne podpira trditve, da dieta brez glutena in kazeina vpliva na izboljšanje simptomatike avtistične motnje (Seung et al., 2007; Munasinghe et al., 2010; Navarro et al., 2015; Hyman et al., 2016).

Normalno razmerje med bakrom in cinkom v telesu zdrave osebe je od 1:4 do 1:1, pri otrocih z avtistično motnjo pa opazamo znižane vrednosti cinka. Razloge za moteno razmerje teh elementov lahko najdemo v različnih stopnjah njune presnove. Posledično prihaja do prekomernega oksidativnega stresa in poškodb možganskih celic. Po uvedbi terapije s cinkom in vitaminom B<sub>6</sub> se simptomatika avtizma zmanjša (na področju zavedanja, receptivnega jezika, osredotočenosti, pozornosti, hiperaktivnosti, stika z očmi ter epileptičnih napadov) (Russo & Devitto, 2011b). Glede na te ugotovitve bi razmerje cink/baker lahko služilo kot pomožno diagnostično orodje za zgodnje odkrivanje motenj avtističnega spektra (Li et al., 2014).

Uporaba dopolnil magnezija in vitamina B<sub>6</sub> pri zdravljenju vedenjskih motenj je tudi pogosta (Mousain-Bosc et al., 2006). Ugotovili so, da je vrednost intraeritrocitnega magnezija nižja pri otrocih z avtistično motnjo v primerjavi s kontrolno skupino. Po uvedbi dopolnil magnezija in piridoksina se je vrednost magnezija v krvi v času dveh mesecev zvišala. Pri 60 % otrok je prišlo tudi do izboljšanja simptomov na socialnem področju, na področju komunikacije in stereotipnega vedenja (Mousain-Bosc et al., 2006). O izboljšanju simptomatike po uvedbi magnezija in vitamina B<sub>6</sub> v kombinaciji z dimetilglicinom v prehrano otroka poroča tudi RuiPing Xia (2011). Adams in Holloway (2004) v svoji randomizirani kontrolni študiji poročata o izboljšanju simptomatike avtistične motnje po uvedbi multivitaminskega dodatka z visoko količino vitamina B<sub>6</sub> v prehrano otrok. Izboljšala se je kakovost spanja in gastrointestinalni simptomi. Ugotavljata tudi, da je vrednost vitamina B<sub>6</sub> nižja pri otrocih z avtizmom v primerjavi s kontrolno skupino.

Avtorji poročajo, da naj bi imelo kar do 89 % otrok z avtizmom težave pri prehranjevanju, ki se izražajo na različne načine (Nadon et al., 2011). Kaže se selektivnost pri izbiri, zavračanje

hrane ali uživanje le določene vrste živil (Lukens, 2005; Schreck & Williams, 2006; Keen, 2008; Bandini et al., 2010; Emond et al., 2010). Večina otrok z avtizmom kaže preferenco le za določeno vrsto, teksturo in temperaturo hrane. Pri izbiri živil se osredotočajo tudi na njihovo barvo in način priprave, pogosto uporabljajo le določeno vrsto pribora. Uživajo ožji spekter živil iz skupin sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov ter živil, ki vsebujejo proteine in škrob; imajo težave pri sedenju za mizo, pri hranjenju v šoli ali restavracijah (Schreck et al., 2004; Provost et al., 2010). Emond in sodelavci (2010) navajajo, da se otroci z avtizmom težje hranijo, počasneje jedo in kasneje pričnejo z uživanjem trde hrane. Martins in sodelavci (2008) pa ugotavljajo, da otroci z avtizmom potrebujejo le več časa za premagovanje težav, saj so ti vzorci vedenja povezani s prilagajanjem na spremembe. Schreck in Williams (2006) sta poleg narave prehranjevalnih težav pri otrocih z avtizmom ugotovila, da omejevalna dieta v družini vpliva na restriktivno prehranjevalno vedenje pri otrocih z avtistično motnjo. Družina je torej pomemben napovedni dejavnik otrokovih prehranjevalnih vzorcev, avtorja pa izpostavljata tudi možnost, da prehranjevalne navade otroka z avtizmom vplivajo na prehranjevalne navade celotne družine. Za razjasnitev teh povezav navajata potrebo po dodatnih študijah.

## ZAKLJUČEK

Z meta-sintezo znanstvenih študij smo odgovorili na postavljena raziskovalna vprašanja. Vidimo, da strokovnjaki v zvezi z vplivom diete brez glutena in kazeina, omega-3 maščobnih kislin ter magnezija in vitamina B<sub>6</sub> na izraženost motnje prihajajo do zelo različnih ugotovitev. Mnogi se strinjajo, da ima velik prispevek k izboljšanju simptomatike tudi samo starševsko pričakovanje izboljšanja po uvedbi prehranske intervencije. Pri obravnavi otrok v ospredje postavljamo učinkovito medsebojno komunikacijo med diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom in dietetikom, ki sodelujeta znotraj interdisciplinarnega tima. Medicinska sestra ugotavlja otrokove fizične, psihične in socialne potrebe, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter evalvira rezultate, dietetik pa s svojim znanjem o prehrani oceni prehransko stanje, potrebe in prehranjevalne navade otroka. Smiselno bi se bilo podrobneje osredotočiti tudi na vpliv sladkorja na avtizem.

## Literatura

Adams, J.B. & Holloway, C., 2004. Pilot study of a moderate dose multivitamin/mineral supplement for children with autistic spectrum disorder. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(6), pp. 1033–1039.

Al-Farsi, Y.M., Waly, M.I., Al-Sharbati, M.M., Al-Shafae, M.A., Al-Farsi, O.A., Al-Khaduri, M.M., et al., 2012. Levels of heavy metals and essential minerals in hair samples of children with autism in oman: a case-control study. *Biological Trace Element Research*, 152(2), pp. 181–186.

- Bandini, L.G., Anderson, S.E., Curtin, C., Cermak, S., Whitney Evans, E., Scampini, R., et al., 2010. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Journal of Pediatrics*, 157(2), pp. 259–264.
- Bell, J.G., MacKinlay, E.E., Dick, J.R., MacDonald, D.J., Boyle, R.M. & Glen, A.C., 2004. Essential fatty acids and phospholipase A2 in autistic spectrum disorders. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 71(4), pp. 201–204.
- Bent, S., Hendren, R.L., Zandi, T., Law, K., Choi, J.E., Widjaja, F., et al., 2014. Internet-based, randomized, controlled trial of omega-3 fatty acids for hyperactivity in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(6), pp. 658–666.
- Bent, S., Bertoglio, K., Ashwood, P., Bostrom, A., Hendren, R.L., 2011. A pilot randomized controlled trial of omega-3 fatty acids for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), pp. 545–554.
- Emond, A., Emmett, P., Steer, C. & Golding, J., 2010. Feeding symptoms, dietary patterns, and growth in young children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 126(2), pp. 337–342.
- Findling, R.L., Maxwell, K., Scotese-Wojtila, L., Huang, J., Yamashita, T. & Wiznitzer, M., 1997. High-dose pyridoxine and magnesium administration in children with autistic disorder: an absence of salutary effects in a double-blind, placebo controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(4), pp. 467–478.
- Harris, C. & Card, B., 2012. A pilot study to evaluate nutritional influences on gastrointestinal symptoms and behavior patterns in children with autism spectrum disorder. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(6), pp. 437–440.
- Hsu, C.L., Lin, C.Y., Chen, C.L., Wang, C.M. & Wong, M.K., 2009. The effects of a gluten and casein-free diet in children with autism: a case report. *Chang Gung Medical Journal*, 32(4), pp. 459–465.
- Hyman, S.L., Stewart, P.A., Foley, J., Cain, U., Peck, R. & Morris, D.D., et al., 2016. The gluten-free/casein-free diet: a double-blind challenge trial in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), pp. 205–220.
- Keen, D.V., 2008. Childhood autism, feeding problems and failure to thrive in early infancy. Seven case studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(4), pp. 209–216.
- Kidd, P.M., 2002. Autism, an extreme challenge to integrative medicine. Part 2: medical management. *Alternative Medicine Review*, 7(6), pp. 472–499.
- Knivsberg, A.M., Reichelt, K.L., Høien, T. & Nødland, M., 2002. A randomised, controlled study of dietary intervention in autistic syndromes. *Nutritional Neuroscience*, 5(4), pp. 251–261.
- Lakshmi Priya, M.D. & Geetha, A., 2011. Level of trace elements (copper, zinc, magnesium and selenium) and toxic elements (lead and mercury) in the hair and nail of children with autism. *Biological Trace Element Research*, 142(2), pp. 148–158.
- Li, S.O., Wang, J.L., Bjørklund, G., Zhao, W.N. & Yin, C.H., 2014. Serum copper and zinc levels in individuals with autism spectrum disorders. *NeuroReport*, 25(15), pp. 1216–1220.
- Lukens, C.T., 2005. Development and validation of an inventory to assess eating and mealtime behavior problems in children with autism. Dostopno na: [https://etd.ohiolink.edu/rws\\_etd/document/get/osu1127133704/inline](https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/osu1127133704/inline) (12. 4. 2016).

- Macedoni-Lukšič, M., Gosar, D., Bjørklund, G., Oražem, J., Kodrič, J., Lešnik-Musek, P., et al., 2015. Levels of metals in the blood and specific porphyrins in the urine in children with autism spectrum disorders. *Biological Trace Element Research*, 163(1-2), pp. 2–10.
- Macedoni Lukšič, M., 2011. Stopenjska obravnava otrok s spektroavtističnimi motnjami. In: Križišnik, C. & Battelino, T. eds. *Izbrana poglavja iz pediatrije: pediatrična hematologija in onkologija. Pediatrična endokrinologija. Neonatologija. Pediatrična nevrologija. Pediatrična intenzivna terapija. Otroška psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, pp. 311–315.
- Macedoni Lukšič, M., 2006. Spekter avtistične motnje. In: Križišnik, C. eds. *Novosti v otroški gastroenterologiji, Izbrana poglavja iz pediatrije 18*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, pp. 115–26.
- Mankad, D., Dupuis, A., Smile, S., Roberts, W., Brian, J., Lui, T., et al. 2015. A randomized, placebo controlled trial of omega-3 fatty acids in the treatment of young children with autism. *Molecular Autism*, DOI: 10.1186/s13229-015-0010-7, pp. 1–11.
- Martins, Y., Young, R.L. & Robson, D.C., 2008. Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), pp. 1878–1887.
- Mousain-Bosc, M., Roche, M., Polge, A., Pradal-Prat, D., Rapin, J. & Bali, J.P., 2006. Improvement of neurobehavioral disorders in children supplemented with magnesium-vitamin B6. II. Pervasive developmental disorder-autism. *Magnesium Research*, 19(1), pp. 53–62.
- Munasinghe, S.A., Oliff, C., Finn, J. & Wray, J.A., 2010. Digestive enzyme supplementation for autism spectrum disorders: a double blind-randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), pp. 1131–8.
- Nadon, G., Feldman, D.E., Dunn, W. & Gisel, E., 2011. Mealtime problems in children with autism spectrum disorder and their typically developing siblings: a comparison study. *Autism*, 15(1), pp. 98–113.
- Navarro, F., Pearson, D.A., Fatheree, N., Mansour, R., Hashmi, S.S. & Rhoads, J.M., 2015. Are "leaky gut" and behavior associated with gluten and dairy containing diet in children with autism spectrum disorders? *Nutritional Neuroscience*, 18(4), pp. 177–185.
- Nierengarten, M.B., 2014. Managing autism symptoms through nutrition. *Contemporary Pediatrics*, 31(4), pp. 23–27.
- Patterson, D., 2009. *Avtizem. Kako najti pot iz tega blodnjaka. Vodnik za starše pri biomedicinski obravnavi spektra avtističnih motenj*. Ljubljana: Modrijan, pp. 13–24.
- Pennesi, C.M. & Klein, L.C., 2012. Effectiveness of the gluten-free, casein-free diet for children diagnosed with autism spectrum disorder: based on parental report. *Nutritional Neuroscience*, 15(2), pp. 85–91.
- Provost, B., Crowe, T.K., Osbourn, P.L., McClain, C. & Skipper, B.J., 2010. Mealtime behaviors of preschool children: comparison of children with autism spectrum disorder and children with typical development. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30(3), pp. 220–233.
- RuiPing Xia, R., 2011. Effectiveness of nutritional supplements for reducing symptoms in autism-spectrum disorder: a case report. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(3), pp. 271–274.

Russo, A.J., Bazin, A.P., Bigega, R., Carlson, R.S., Cole, M.G., Contreras, D.C., et al., 2012. Plasma copper and zinc concentration in individuals with autism correlate with selected symptom severity. *Nutrition and Metabolic Insights*, 2012 5, pp. 41-47.

Rusoo, A.J., 2011a. Increased copper in individuals with autism normalizes post zinc therapy more efficiently in individuals with concurrent GI disease. *Nutrition and Metabolic Insights*, 2011 4, pp. 49-54.

Russo, A.J. & Devito, R., 2011b. Analysis of copper and zinc plasma concentration and the efficacy of zinc therapy in individuals with Asperger's syndrome, pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD-NOS) and autism. *Nutrition and Metabolic Insights*, 2011 6, pp. 127-133.

Schreck, K.A., Williams, K. & Smith, A.F., 2004. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), pp. 433-438.

Schreck, K.A. & Williams, K., 2006. Food preferences and factors influencing food selectivity for children with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), pp. 353-363.

Seung, H., Rogalski, Y., Shankar, M. & Elder, J., 2007. The gluten-and casein-free diet and autism: communication outcomes from a preliminary double-blind clinical trial. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 15(4), pp. 337-345.

Smith, J.D., 2013. Autism: A natural fit for the clinical nutritionist and complementary and alternative medicine (CAM). *Nutrition Perspectives*, 36(2), pp. 5-8.

Tolbert, L., Haigler, T., Waits, M.M. & Dennis, T., 1993. Brief report: lack of response in an autistic population to a low dose clinical trial of pyridoxine plus magnesium. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(1), pp. 193-199.

Veličković-Perat, M., 2011. Avtistični sindrom z vidika razvojne nevrologije. In: Kržišnik, C. eds. *Avtistični sindrom kot razvojna motnja. Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, pp. 24-35.

Voigt, R.G., Mellon, M.W., Katusic, S.K., Weaver, A.L., Matern, D., Mellon, B., et al., 2014. Dietary docosahexaenoic acid supplementation in children with autism. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 58(6), pp. 715-722.

Whiteley, P., Haracopos, D., Knivsberg, A.M, Reichelt, K.L., Parlar, S., Jacobsen, J., et al., 2010. The ScanBrit randomised, controlled, single-blind study of a gluten-and casein-free dietary intervention for children with autism spectrum disorders. *Nutrition Neuroscience*, 13(2), pp. 87-100.

Winburn, E., Charlton, J., McConachie, H., McColl, E., Parr, J., O'Hare, A., et al., 2014. Parents' and child health professionals' attitudes towards dietary interventions for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), pp. 747-757.

Yasuda, H., Yasuda, Y. & Tsutsui, T., 2013. Estimation of autistic children by metallomics analysis. *Scientific Reports*, DOI: 10.1038/srep01199, pp. 1-7.

## ZGODOVINSKI RAZVOJ PERIOPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE NA SLOVENSKEM

### HISTORICAL DEVELOPMENT OF THE PERIOPERATIVE NURSING CARE ON SLOVENIAN GROUND

Marjeta Berkopec, dipl. m. s.  
Splošna bolnišnica Novo mesto

marjeta.berkopec@sb-nm.si

#### IZVLEČEK

Pisne vire, ki omenjajo delo sestre instrumentarke v operacijski dvorani, najdemo med zgodovinskimi zapisi o delovanju usmiljenih sester na Slovenskem sredi 19. stoletja. Kirurški posegi so se opravljali v improviziranih operacijskih sobah, ob pomanjkanju materialov in ustrezno izobraženega osebja. Z razvojem kirurgije in večjim obsegom dela v operacijski dvorani je prihajalo do pomanjkanja usposobljenih instrumentark. Kirurgi so pogosto sami izobraževali osebje, ki je pomagalo pri operativnih posegih. Takoj po drugi svetovni vojni so se v Sloveniji organizirali tečajji za izobraževanje instrumentark. Prve operacijske medicinske sestre so vsaka v svojem delovnem okolju organizirale in na noge postavljale perioperativno zdravstveno nego. Zelo zgodaj so začutile potrebo po organiziranem delovanju in ustanovile Sekcijo instrumentark. Enoletni podiplomski tečajji za kirurške instrumentarke so od 1972 do 1984 potekali v okviru srednje Zdravstvene šole v Mariboru. Specialistični študij perioperativne zdravstvene nege je leta 2003 razpisala takratna Visoka zdravstvena šola Maribor, vendar je študij potekal le dve leti zapored. V prispevku je prikazana bogata zgodovina operacijskih medicinskih sester na Slovenskem.

**Ključne besede:** zgodovina, perioperativna zdravstvena nega, operacijska medicinska sestra

#### ABSTRACT

Written records about the work of operating room nurse in the operating room can be found in the historical records of the Sisters of Mercy who worked on Slovenian ground in the middle of the 19th century. The surgeries had been done in the improvised operating rooms, without qualified material and medical staff. With the constant development of the surgery and the increase of the new medical cases, the qualified operating room nurses were in need. The surgeons had often instructed the new staff, which could later help during the surgery. Soon after the World War II, the special trainings were organized to instruct new operating room nurses. First of trainees organized and created the perioperative nursing care in their own working environment. In the early beginning they felt the need for better organization, so they founded the operating room association (Sekcija instrumentark). After



the graduation, special courses for OR nurses were organized at the health professional school in Maribor in 1972 until 1984. Specialization of perioperative nursing care had been provided in 2003 at the nursing college in Maribor; however, the program lasted only for two years. In this article you can find out about the rich history of the operating room nurses on Slovenian ground.

**Keywords:** history, perioperative nursing care, operating room nurse

## UVOD

Upravičeno lahko zapišemo, da je razvoj perioperativne zdravstvene nege potekal sočasno z razvojem kirurgije (Berkopec, 2015). Ob iskanju arhivskega gradiva lahko na fotografijah, ki prikazujejo kirurške posege sredi 19. stoletja, opazimo tudi osebe, ki podajajo instrumente. Pisni viri, ki konec 19. stoletja omenjajo delo prvih kirurgov na Slovenskem (Borisov, 1977), žal posebej ne navajajo, da so pri kirurških posegih sodelovale tudi operacijske medicinske sestre, kar pa ne pomeni, da jih ni bilo. Po do sedaj znanih podatkih (Gošnik, 1994) je prvič z imenom in priimkom kot instrumentar omenjen usmiljeni brat iz novomeške bolnišnice. Pisni viri (Zlatoper, 1983; Fajdiga, 1998; Šuštar, 1992) začetke organiziranega izobraževanja operacijskih medicinskih sester v naših krajih omenjajo v obdobju druge svetovne vojne. Namen prispevka je sistematičen prikaz razvoja perioperativne zdravstvene nege skozi zgodovino in predstavitev organiziranega delovanja operacijskih medicinskih sester na Slovenskem.

### Pisni viri o delu sester instrumentark

Prve zapise o delovanju sester instrumentark najdemo med zgodovinskimi viri, ki omenjajo delo usmiljenih sester svetega Vincencija Pavelskega. Toplakova (2001) zapiše, da so sestre usmiljenke na posameznih oddelkih opravljale natančno določena dela. Na kirurškem oddelku je na primer sestra instrumentarka pripravila vse potrebno za nemoten potek operacije, sterilne instrumente, perilo, pomagala zdravniku pri umivanju rok, mu nadela plašč in rokavice, pripravila bolnika na operacijo (ga po potrebi obrila, z jodom očistila predel, predviden za rez) in pri operaciji podajala instrumente.

Razmere v operacijskih dvoranh ljubljanske bolnišnice med obema vojnama opisuje Rijavec (1960), ki omenja, da je imel v Ljubljani operacijske sobe (dve veliki in eno malo) v pravem pomenu besede samo kirurški oddelek. Veliki dve sta bili z izjemo zastarelega in izrabljenega instrumentarija moderno opremljeni, a so zaradi velikega števila bolnikov opravljali po dve operaciji hkrati, kar je oteževalo delo in slabo vplivalo na razpoloženje bolnikov. Aseptična operacijska dvorana v prvem nadstropju je imela dve operacijski mizi in en sam kotel za prekuhanje instrumentov. Ker je bil kotliček male operacijske sobe v istem nadstropju skoraj vedno pokvarjen, so v kotlu velike operacijske sobe kuhali tudi instrumente za manjše poškodbe, prevezovanje itd., zato je moral že kirurško umit operater čakati na

instrumente. Pri vsaki večji operaciji so sodelovali: operater, dva asistenta, narkotizer (oz. psihični narkotizer), instrumentarka in sestra, ki tej streže. Zaradi pomanjkanja zdravnikov je pogosto narkotizirala tudi sestra.

Pisni vir, ki z imenom in s priimkom omenja instrumentarko oziroma instrumentarja, seže v leto 1935. Gre za fotografijo, posneto v novomeški bolnišnici okoli 1935, ko je med operacijo fotografiran primarij dr. Ignacij Pavlič, skrajno desno pa Franjo Prokop – brat Kazimir, ki instrumentira pri operativnem posegu (Berkopec, 2015). O usmiljenem bratu Kazimirju je pisal tudi primarij dr. Franc Steinfelser, ki je v Novo mesto prišel v maju 1942, ko so ga Nemci izgnali iz Celja. Omenja ga kot instrumentarja v aseptični operacijski (Gošnik, 1994): *»Bil je dobro izvežban in zelo zanesljiv pomočnik v vsakem zdravstvenem delu, v splošnem dobro naobražen fant prikupnega značaja. Bil je nekak faktotum konventa, saj je s svojo inteligenco daleč prekašal vse sobrate. Neverjetno mnogo je osebno prenosil čez blok obvezilnega materiala in drugih zdravniških pripomočkov, ki so jih partizani nujno potrebovali. Dokaj časa ga je ščitila pred okupatorjem njegova črna redovniška halja. Našel pa se je slovenski izdajalec, ki je pobegnil od partizanov v mesto. Na lastne oči je videl in potem pričal, kako je brat Kazimir nosil kovčke in nahrbtnike partizanom. Seveda so ga zaprli in hudo preteпали, da bi zvedeli za njegove sodelavce. Brat Kazimir pa je bil značaj zlatega kova. Od njegovega neomahljivega značaja je bilo odvisno moje življenje.«* Dr. Steinfelser je zapisal tudi: *»Po nočeh sva s Kazimirjem na skrivaj operirala, preobvezovala in mavčila poškodbe partizanov, zjutraj pa je bilo zopet vse nared za dnevno delo. Pohvalno moram omeniti tudi pomoč instrumentarja septične operacijske dvorane brata Avguščina.«* Brat Avguštin je bil Viktor Urbas (Gošnik, 1994).

## Instrumentiranje pri operativnih posegih v partizanskih bolnišnicah

Med drugo svetovno vojno se je v Sloveniji avgusta 1941 oblikovalo partizansko zdravstvo, ko je na pobudo glavnega poveljstva slovenskih partizanskih čet v Ljubljani nastal zdravniški matični odbor OF, ki je med drugim prirejal tudi skrivne strokovne tečaje za medicince in bolničarke (Fajdiga, 1998). Vodili so jih dr. Božidar Lavrič, dr. Franc Novak, dr. Franc Derganc, dr. Janez Milčinski in drugi. Za zdravljenje najtežjih ranjencev so leta 1942 začeli razvijati mrežo skrivnih partizanskih bolnišnic, ki so delovale v najtežjih razmerah. Največja skupina partizanskih bolnišnic je bila v Kočevskem rogu. To je bila Slovenska centralna vojna partizanska bolnišnica (SCVPB). Na Primorskem sta bili najpomembnejši odlično organizirani bolnišnici, Franja in Pavla. V bolnišnici Franja je bilo opravljenih 180 operacij (Fajdiga, 1998). SCVPB je morala sama skrbeti za svoj bolničarski kader. Kvalificiranih bolničarjev je bilo zelo malo. Jeseni leta 1943 je bil prvi strokovni tečaj za bolničarje na postojanki Jelendol, pozneje pa tudi na drugih oddelkih na pobudo posameznih zdravnikov. Pouk je bil teoretičen in praktičen, kar je bilo posebej pomembno za postojanke, kjer so potekale operacije. Na tečaju za bolničarje se je tečajnik usposobil tudi za instrumentiranje. Po sklepu konference oddelčnih vodij so bili leta 1944 organizirani tečaji za bolničarje po enotnem učnem načrtu. Ustvarjanje pogojev za kirurško intervencijo (operacijska soba, suha sterilizacija itd.) je

omogočilo, da so se na kirurških oddelkih opravljale tudi aseptične operacije (Šegedin, 1974).

Med zapisi (Bojc & Zlatoper, 1983) o osebju, ki je delalo v bolnišnici Franja, zasledimo, da je bila tam glavna medicinska sestra Lidija Zlatoper, ki je končala dva letnika srednje medicinske šole v Gorici in je poleg instrumentiranja skrbela za sterilizacijo operacijskega materiala, vodila lekarno in vsakodnevno delitev terapije, razporejala in nadzorovala je medicinsko in strežno osebje, zlasti v začetku njihovega dela.

Kirurški posegi so se opravljali v improviziranih operacijskih sobah, ob pomanjkanju materialov in ustrezno izobraženega osebja. Dr. Derganc (Derganc, 1983) je zapisal tudi, da ne bo nikoli pozabil spogledovanja med bolničarji, ki so pomagali pri operaciji preloma stegenice, ko je instrumentarka Lidija potegnila iz vrele vode in razložila po instrumentarski mizi običajno kladivo, klešče, ščipalke in skoraj dva milimetra debelo aluminjasto žico, s katero so naredili osteosintezo.

Lidija Zlatoper se je v bolnišnici Franja udeležila tudi bolničarskega tečaja, ki sta ga vodila dr. Franja Bojc in dr. Franci Derganc. Predavala sta nego ranjencev, anatomijo, fiziologijo in asepso. Tečajniki so ob svojem delu prisostvovali vsem obdukcijam, pri tem sta jim predavatelja razlagala na truplih anatomijo in patologijo (Zlatoper, 1983). Omenjenega tečaja se je udeležil tudi nekdanji soboslikar Danilo Šuligoj, ki je po tečaju postal bolničar, konec leta 1944 pa glavni instrumentar v kirurški ekipi (Bojc & Zlatoper, 1983). Nekajkrat zasledimo, da so pri operacijah instrumentirali študenti medicine. Tako Soban & Ruprecht (2006) v svojem prispevku pod sliko zapišeta, da kirurgu Robertu Kukovcu instrumentira študentka medicine Lili Čerin, poznejša specialistka rentgenologije. Pri operaciji ranjenega komandanta Staneta Rozmana je prav tako kot instrumentarka sodelovala študentka medicine, poznejša pediatrinja Zora Konjajeva.

## Organizirano izobraževanje operacijskih medicinskih sester

S posebno pozornostjo je treba omeniti zdravstveno izobraževanje za bolničarje in bolničarke v partizanskih enotah kot delu odporniškega gibanja med 2. svetovno vojno. Šolanje je bilo organizirano v obliki tečajev in šol od jeseni 1943. Sanitetna šola VII. korpusa (del Sanitetne šole pri Slovensko-hrvaški vojaški bolnišnici) na Dolenjskem in v Žumberku kot tudi Sanitetna šola IX. korpusa na Primorskem sta potekali v obliki dvotedenskih tečajev. Predavali so zdravniki, ki so tudi napisali potrebne učbenike. Zdravstvene tečaje so pripravili tudi v manjših vojaških enotah in v partizanskih bolnišnicah. Marca 1945 so ustanovili Slovensko sanitetno šolo v Zadru (pri tamkajšnji Slovenski partizanski bolnišnici). Tam so potekali višji in nižji sanitetni tečaji kot tudi izobraževanje instrumentark (Šuštar, 1992, cited in Šuštar, 2013). V bolnišnici San Demetrio v Zadru so vzporedno potekali trije tečaji, začetni 11. Marca; višji in nižji bolničarski in higieničarski. Tečajnikov, v glavnem iz 5. Prekmurske brigade, je bilo 90. Na kirurškem oddelku bolnišnice pa so imeli še tečaj za kirurške instrumentarke (Šuštar, 1992). Dr. Janez Milčinski – Peter, ki je v zadrski sanitetni šoli učil prvo pomoč in nego kirurškega bolnika, je v svojih spominih zapisal: »V bolnišnici sami pa je bil ves čas od marca do maja

*tečaj za instrumentarke, kjer se je osem izkušenih medicinskih sester in bolničark učilo dela v operacijskih prostorih. Poleg pripravljanja operacijske opreme so se učile tudi narkotiziranja, instrumentiranja in asistiranja pri operacijah. S svojim delom so obenem mnogo pomagale pri razvoju kirurškega oddelka.» (Šuštar, 1992)*

Organizirano izobraževanje operacijskih medicinskih sester (OPMS) se je v Sloveniji začelo leta 1946, v Ljubljani. Borko (1999) navaja, da so se na prvi šestmesečni tečaj za operacijske sestre instrumentarke po sprejemnem izpitu lahko vpisale kandidatke iz različnih šol, pozneje pa so morale opraviti strokovni izpit za naziv medicinski tehnik – instrumentarka. Leta 1947 je tečaj trajal že eno leto. Tečaje je med letoma 1946 in 1959 vodila sestra Livija Merlak, znana instrumentarka prof. dr. Božidarja Lavriča.

Na tečaju, ki se je uradno imenoval tečaj za kirurške instrumentarke in ortopedske asistentke in je potekal od 7. januarja do 30. julija 1946, so poučevali naslednje predmete: Anatomija in fiziologija, Bakteriologija, Operativna tehnika, Splošna in specialna patologija kirurških obolenj, Nega bolnika, Odnos do bolnika in skupnosti, Teorija in tehnika masaže, Ortopedska gimnastika in Politični pouk (Berkopec, 2015). Po letu 1956 je tečaje organiziral Svet za zdravstvo, vodile pa so jih: dr. Ruža Sagadin, medicinska sestra Dina Urbančič, medicinska sestra Rezka Makoter in medicinska sestra Sonja Jež (Borko, 1999). Tečaji so potekali v okviru ginekološko-porodniške klinike, prakso pa so kandidatke opravljale v operacijskih dvoranh vseh kirurških vej v Ljubljani. Pravico do naziva instrumentarke so imele kandidatke s srednjo medicinsko ali babiško šolo. Prvih šest mesecev je tečaj potekal kot teoretično-praktični pouk na vseh ljubljanskih klinikah, naslednjih šest mesecev pa so kandidatke delo opravljale v operacijskih dvoranh zavoda, ki jih je poslal na tečaj. Izobraževanje so kandidatke zaključile z izpitom. Naziva instrumentarka si niso pridobile osebe z nižjo medicinsko šolo ali bolničarji, ki so le imeli pravico do dela v operacijskih dvoranh ter možnost, da si s posebnim strokovnim izpitom pri Svetu za zdravstvo v Ljubljani pridobijo naziv medicinska sestra 3. vrste. Zadnji tečaj je bil organiziran leta 1959 (Borko, 1999 cited in Rebernik Milić, 2009).

Izredno pomanjkanje usposobljenih operacijskih medicinskih sester in številne pobude iz zdravstvenih zavodov so leta 1972 ponovno privedle do organizacije enoletnega podiplomskega tečaja za usposobitev medicinskih sester III. vrste vseh smeri za operacijske sestre – kirurške instrumentarke. Organiziran je bil v okviru šole za zdravstvene delavce v Mariboru. Tomšičeva (1972) navaja, da so v tečaj, za katerega je program odobrila komisija za potrjevanje učnih programov pri Zavodu SRS za zdravstveno varstvo v Ljubljani, sprejeli le diplomirane medicinske sestre, ki so se želele izpopolniti še v tej smeri. Ob zaključku šolanja so kandidatke dobile potrdilo o uspešno opravljenem zaključnem izpitu. Predavanja teorije so potekala po predmetniku v obsegu 384 ur na leto. Učenke so morale opraviti še 840 ur praktičnega dela v vseh operacijskih sobah bolnišnice pod nadzorom strokovnega učitelja zdravstvene šole Maribor. Tečaj so zaključile z izpitom, ki je obsegal tridnevni praktični izpit in teoretični zagovor. Tečaji so potekali do leta 1984.

Sekcija operacijskih medicinskih sester je v vseh letih delovanja opozarjala na pomen organiziranega strokovnega izpopolnjevanja operacijskih medicinskih sester in si na različne načine prizadevala za specialistični študij perioperativne zdravstvene nege. Leta 2003 (Rebernik Milić, 2008) je takratna Visoka zdravstvena šola Maribor (zdaj Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru) razpisala specialistični študij Perioperativna zdravstvena nega, vendar pa je študij potekal le dve leti zapored.

Perioperativna zdravstvena nega je visoko specializirano področje zdravstvene nege. Operacijsko okolje predstavlja tehnično najzahtevnejšo in najdražjo ureditev prostorov v bolnišnici, pogosto se opisuje z besedami, kot so: hektično, polno tempa, psihofizično naporno, stresno in podobno. Takšno okolje zahteva kader s široko bazo znanja in drugimi osebnostnimi značilnostmi za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Dodiplomsko izobraževanje za medicinske sestre ne nudi vsebin perioperativne zdravstvene nege, prav tako nimamo programa specializacije, v katerem bi bodoče OPMS pridobile prepotrebna znanja za opravljanje svojega poklica. OPMS se v Sloveniji, kljub smernicam EORNA (European Operating Room Nurses Association), še vedno izobražujejo na podlagi prenosa znanj v delovnem okolju. Tako se vztrajno oddaljujemo od sodobne evropske OPMS. Kot podvprašanje se postavlja kompetentnost slovenske OPMS, na drugi strani pa varnost in kakovost zdravstvene oskrbe (Brdnik, 2013). Formalno izobraževanje operacijskih medicinskih sester, ki je v skladu z evropskimi smernicami, še danes ni urejeno.

## Organizirano delovanje operacijskih medicinskih sester

21. 2. 1975 je bila uradno ustanovljena Sekcija medicinskih sester instrumentark s sedežem na Zdravstveni šoli Maribor. Za prvo predsednico je bila izvoljena Joža Tomšič iz Splošne bolnišnice Maribor (Jarnovič, 1975). Sekcija je v obdobju delovanja dvakrat spremenila ime, najprej v Sekcijo operacijskih medicinskih sester, leta 2005 pa se je preimenovala v Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti. V vseh letih delovanja strokovne sekcije je bilo največ prizadevanj usmerjenih v izobraževanje OPMS. Da bi novosti in strokovne vsebine na področju perioperativne zdravstvene nege postale dostopne širši strokovni javnosti, se v okviru strokovne sekcije organizira najmanj dva strokovna dogodka letno. Od leta 1995 ob vsakem strokovnem izobraževanju izide zbornik predavanj. Od leta 2004 deluje spletna stran sekcije, kjer so objavljene novice o sekcijem delovanju in dostopni vsi izdani zborniki in publikacije. Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije je bila 25. maja 1996 v Helsinkih sprejeta v organizacijo EORNA in ima od takrat v mednarodni organizaciji stalnega predstavnika. Ob 30-letnici organiziranega delovanja je skupina avtoric pripravila prvo izdajo Vodnika za začetnike v operacijskem okolju, ki je prva strokovna literatura na tem področju v slovenskem jeziku. Ob 40-letnici organiziranega delovanja je izšel jubilejni zbornik Operacijske medicinske sestre na Slovenskem, v katerem je zbrana bogata zgodovina operacijskih medicinskih sester. Sekcija se je v vsem svojem obdobju dejavno vključevala v delo in različne projekte Zbornice – Zveze. Prednostne naloge so še vedno organizirana strokovna izobraževanja, prizadevanja za poenoteno delovanje stroke, izdelava

nacionalnih strokovnih standardov, kadrovski normativi in jasno opredeljene kompetence operacijskih medicinskih sester in tudi dejavno sodelovanje z evropskim združenjem.

## DISKUSIJA

Pomemben mejnik v razvoju kirurgije in perioperativne zdravstvene nege sredi 19. stoletja predstavlja odkritje mikroorganizmov in antibiotikov. Načela asepse in antiseptike so postavila temelje znanstvene kirurgije, ki jih je na Slovenskem utemeljil kirurg Edo Šlajmer. Tuji avtorji (Beuzekom, et al., 2001 cited in Brdnik, 2013) navajajo, da so že takrat medicinske sestre prevzele odgovornost za pripravo pacienta na operativni poseg, pripravo materiala in instrumentov, sterilizacijo in asistiranje kirurgu pri operativnem posegu. Tudi Toplakova (2001), ki opisuje razmere v naših krajih, omenja, da je sestra instrumentarka pripravila vse potrebno za nemoten potek operacije, sterilne instrumente, perilo, pomagala zdravniku pri umivanju rok, mu nadela plašč in rokavice, pripravila bolnika na operacijo (ga po potrebi obrila, z jodom očistila predel, predviden za rez) in pri operaciji podajala instrumente. McGee (1991 cited in Brdnik, 2013) ta specialna znanja, ki so potrebna za delo v operacijski dvorani označi kot prvo specializacijo sestrske smeri – operacijska medicinska sestra.

Začetki perioperativne zdravstvene nege v Združenih državah Amerike segajo v leto 1873, ko so bile ustanovljene prve šole za medicinske sestre, kot specializacija pa je bila perioperativna zdravstvena nega spoznana leta 1889 (Sigurdsson, 2001 cited in Brdnik, 2013). Šuštar (2013) navaja, da so v naših krajih redovna vodstva sama poskrbela za primerne izobraževalne tečaje za tiste članice svojih skupnosti, ki so delale v bolnišnicah ali se za to pripravljale. Predavali so tamkajšnji zdravniki, teoretični pouk pa so tečajnice povezovale s praktičnim bolnišničnim delom.

Časi, ko so kirurgi sami izbirali operacijske medicinske sestre, katerih glavna odlika je bila delavnost, poslušnost in molčečnost, so že davno mimo. Še vedno občasno potekajo razprave o tem, da je operacijska medicinska sestra zgolj tehnični poklic, ki z zdravstveno nego nima dosti skupnega. Da se je vloga operacijske medicinske sestre zdela zgolj tehnične narave tudi učiteljem in vodilnim na področju zdravstvene nege, navajajo številni avtorji (Mc Garvey, et al., 2000 cited in Brdnik, 2013). Večkrat smo že razpravljali o tem, katera vloga operacijske medicinske sestre je pomembnejša: skrb za pacienta ali skrb za pripravo instrumentov. Vedno znova je treba dokazovati, da sta za zagotavljanje kakovostne in varne oskrbe pacientov, ki prihajajo na operativni poseg, obe vlogi enako pomembni (Berkopec, 2015).

Operacijske medicinske sestre so se zelo zgodaj začele povezovati v organizirano delovanje, saj so se zavedale, da bodo samo s skupnimi močmi lahko skrbele za razvoj, napredek in uveljavitev perioperativne zdravstvene nege. V Združenih državah Amerike je bila leta 1949 ustanovljena Association of periOperative Registered Nurses (AORN), leta 1964 so se v National Association of Theatre Nurses (NATN) povezale operacijske medicinske sestre Velike Britanije, leta 1980 pa je bilo ustanovljeno evropsko združenje operacijskih medicinskih

sester, European Operating Room Nurses Association (EORNA). Slovenske operacijske medicinske sestre so se v strokovno Sekcijo medicinskih sester instrumentark povezale leta 1975. Sekcija je bila kot peta po vrsti ustanovljena v okviru Zveze društev medicinskih sester Slovenije. Zelo zgodaj so navezale stike s stanovskimi kolegicami sosednjih republik takratne skupne države. Sekcija je v vseh letih delovanja opozarjala na ureditev formalnega izobraževanja operacijskih medicinskih sester in veliko prizadevanj namenila ureditvi specialističnega študija perioperativne zdravstvene nege. V raziskavi, ki jo je v okviru magistrske naloge v slovenskem prostoru opravil Brdnik (2013), so operacijske medicinske sestre kot rešitev izpostavljenega problema podale podporo uvedbi formalnega izobraževanja operacijskih medicinskih sester, ki bo v skladu z evropskimi smernicami.

Novi sprejeti oz. prenovljeni kurikulum (European common core curriculum for operating department nursing) je zasnovan kot orodje, vodilo za pomoč pri oblikovanju izobraževalnega programa operacijskih medicinskih sester in doseganja minimalnih priporočenih kriterijev. Osnovo za oblikovanje programa predstavlja pet temeljnih področij kompetenc operacijskih medicinskih sester, ki jih je izdala EORNA, leta 2009. Zasnovan je tako, da ga lahko vsaka država prilagaja svojemu zdravstvenemu sistemu z že vgrajenimi mehanizmi, ki zagotavljajo ohranjanje sprejetih standardov. V skladu z bolonjskimi priporočili je program ovrednoten s 60 ECTS (30 ECTS teoretični del, 30 ECTS praktični del). Pogoj za vpis v program je diploma iz zdravstvene nege, delovne izkušnje niso potrebne. 50 % vsebin celotnega tečaja pripada praktičnemu delu (EORNA, 2012).

## ZAKLJUČEK

Šuštar (2013) je zapisal, da zdravstvena nega ima preteklost, le odkrivamo jo bolj počasi in še marsikaj bomo priklicali iz spomina in zapiskov v knjižnicah, muzejih in arhivih.

Iskanje, zbiranje in arhiviranje zgodovinskega gradiva ni enkratno dejanje, ampak kontinuiran proces, ki prinaša nova, do sedaj še nepoznana odkritja. Z raziskovanjem bogate zgodovine delovanja operacijskih medicinskih sester na Slovenskem je pred pozabo rešen le del dediščine naših predhodnic. V prihodnje bi bilo smiselno raziskati življenje in delo nekaterih posameznic, ki so vidno zaznamovale razvoj slovenske perioperativne zdravstvene nege.

## Literatura

Berkopec, M., 2015. Operacijske medicinske sestre in razvoj perioperativne zdravstvene nege na Slovenskem. In: Berkopec, M., ed. Operacijske medicinske sestre na Slovenskem: jubilejni zbornik Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 40-79.

Beuzekom, M.V. & Boer, F., 2006. A Comparison of US, UK, and Dutch perioperative staffing practices. *AORN Journal*, 84, pp. 632–641.

Bojc, F. & Zlatoper, L., 1983. *Osebjje SVPB »Franja«*. In: *Partizanska bolnišnica »Franja«*, 23. 12. 1943–5. 5. 1945. Idrija: Mestni muzej Idrija, pp. 94.

Borko, E., 1999. Pogled na operacijsko medicinsko sestro nekoč in danes. In: Papler, N., ed. *Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege: zbornik IX: seminar v Laškem. 12. in 13. november 1999*. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, pp. 5–9.

Brdnik, B., 2013. *Izobraževanje operacijskih medicinskih sester. magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 10–11; 35; 104. Available at: file:///C:/Users/opnar3/Downloads/MAG\_Brdnik\_Blaz\_1985%20(2).pdf [20. 5. 2015].

Derganc, F., 1983. Kirurško delo v bolnici »Franja« od septembra 1944 do maja 1945. In: *Partizanska bolnišnica »Franja«*, 23. 12. 1943–5. 5. 1945. Idrija: Mestni muzej Idrija, pp. 260–269.

EORNA, 2012. Common core curriculum for perioperative nurses, 2nd ed. European Operating Room Nurses Association, Blankenberge, Belgium (Retrieved April, 23, 2013). Available at: <http://www.eorna.eu/attachment/339537/> [15. 4. 2017].

Fajdiga, M., 1998. *V objemu človečnosti: partizansko zdravstvo na Slovenskem 1941–1945*. Ljubljana: Zveza društev vojnih invalidov Slovenije, pp. 6–16.

Gošnik, T., 1994. *Prvih sto let novomeške bolnišnice. Novo mesto: Dolenjska založba*, pp. 129–131; 256–257.

Jarnovič, N., 1975. Ustanovitev sekcije medicinskih sester instrumentark. *Zdravstveni obzornik*, 9(2), pp. 144–147. Available at: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=ed9a2050-4fcb-43e2-9973-c7a504ebcc58](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=ed9a2050-4fcb-43e2-9973-c7a504ebcc58) [17. 4. 2017].

McGarvery, H.E., Chamberes, M.G. & R.P., J., 2000. Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 32, pp. 1092–100.

Rebernik Milič, M., 2008. Razvoj kadrov v perioperativni dejavnosti. In: Rebernik Milič, M., ed. *Vseživljenjsko izobraževanje: zbornik XXIV, Bled (Hotel Kompas), 21. in 22. november 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 9–15.

Rebernik Milič, M., 2009. *Razvoj kadrov v operativni dejavnosti slovenskega zdravstva: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za organizacijske vede, pp. 14–16.

Rijavec, L., 1960. *Ljubljanske bolnišnice: prispevek k njihovi zgodovini: 1786–1960*. Ljubljana: Uprava kliničnih bolnišnic, pp. 55–57.

Soban, D. & Ruprecht, J., 2006. Unesco – za varstvo zgodovine vojne medicine v Sloveniji.



*Zdravniški vestnik*, 75(3), pp. 183–191. Available at: [http://www.szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniški\\_Vestnik/vestnik/st6-3/st6-3-183-191.htm](http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniški_Vestnik/vestnik/st6-3/st6-3-183-191.htm) [2.5. 2017].

Šegedin, R., 1974. Slovenska centralna vojno partizanska bolnišnica na Rogu. *Zdravstveni obzornik*, 8(2), pp. 103–108. Available at: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=7f022ac6-7bbd-4522-9a84-5849058bc182](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=7f022ac6-7bbd-4522-9a84-5849058bc182) [2. 5. 2017].

Šuštar, B., 1992. O izobraževanju partizanskih bolničarjev. In: Šuštar, B., ed. *Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753–1992*. Ljubljana: Slovenski šolski muzej, pp. 46–51.

Šuštar, B., 1992. Od strežniških tečajev do strežniške in bolničarske šole 1908–1945. In: Šuštar, B., ed. *Šola za sestre. Zdravstveno šolstvo na Slovenskem 1753–1992*. Ljubljana: Slovenski šolski muzej, pp. 35–45.

Šuštar, B., 2013. Zgodovinski izviri razvoja zdravstvenega šolstva na Slovenskem ali o šolanju medicinskih sester in babic skozi čas 1753–1960. In: Klemenc, D., Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T., eds. *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Kongresni center Brdo: Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 10–22. Available at: [http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication\\_\\_attachments/9.\\_kongres\\_zbns\\_2013-zbornik.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/9._kongres_zbns_2013-zbornik.pdf) [21. 4. 2017].

Tomšič, J., 1972. Enoletni tečaj za operacijske medicinske sestre. *Zdravstveni obzornik*, 6(4), pp. 25–26. Available at: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=4b5918b8-456f-40e9-b4fd-b4a1c94848c4](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=4b5918b8-456f-40e9-b4fd-b4a1c94848c4) [17. 4. 2017].

Toplak, K., 2001. Sestre usmiljenke reda sv. Vincencija Pavelskega. In: Toplak, C., ed. *Splošna bolnišnica Maribor 1799–1999*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 269–273.

Zlatoper, L., 1983. Bolničarji v bolnišnici SVPB "Franja". In: *Partizanska bolnišnica "Franja"*, 23. 12. 1943–5. 5. 1945. Idrija: Mestni muzej Idrija, pp. 185–186.

## ZGODOVINSKI POGLED NA SUVERENI MALTEŠKI VITEŠKI RED V POVEZANOSTI Z ZDRAVSTVENO NEGO

### HISTORICAL VIEW ON THE KNIGHTS OF MALTA LEADING CATEGORY IN CONNECTION WITH NURSING CARE

Helena Olenik, dipl. m. s.

Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

helena olenik@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Malteški vitezi, ki so delovali v križarskih vojnah za osvoboditev svetih mest, so izvajali tudi pomoč vsem nege potrebnim ljudem. Red malteških vitezov je bil prisoten tudi pri nas v tako imenovanih komendah. **Namen:** Želeli smo zbrati literaturo in arhivsko gradivo o delovanju malteškega viteškega reda, njegovem zgodovinskem razvoju v povezavi z negovanjem bolnih v takratnem obdobju in njegovi prisotnosti na slovenskem nekoč in danes.

**Metode:** Uporabljena je bila zgodovinska raziskovalna metoda. Zbiranje razpoložljive literature, virov in arhivskega gradiva je trajalo od oktobra 2015 do avgusta 2016. Iskali smo v bazah CINAHL, Medline in COBIB.SI ob upoštevanju objav v slovenščini, angleščini, italijanščini ter v treh arhivih v Sloveniji. **Pregled literature in arhivskega gradiva:** Malteški viteški red je odigral pomembno vlogo v skrbi za bolne in revne ljudi, ne le za obolele vojake. Kljub konstantnim selitvam iz Jeruzalema pa vse do Malte, so ohranili svojo prvotno nalogo pomagati revnim, bolnim ter pomoči potrebnim, ne glede na to kje so se nahajali. Njihova dobrodelnost je segala tudi v naše kraje - v komende. Najstarejša je bila v Melju pri Mariboru, druga se je nahajala na Polzeli in tretja v Svetem Petru v Komendi. Komende kot enote so nehale delovati, vendar je sled njihovega obstoja v teh krajih še danes vidna.

**Razprava in sklep:** Veliko je napisanega na splošno o Suverenem malteškem viteškem redu, malo smo našli gradiva o negovanju bolnih. Malteški vitezi so se zavzemali in tudi izvajali najboljšo nego v takratnem času in v takratnih razmerah. Red je še vedno dejaven saj izvajajo zdravstveno in humanitarno pomoč po celotnem svetu v približno 1500 bolnicah, socialnih centrih, vrtcih, domovih za ostarele. V Evropi je prisoten v 33-ih državah. V navedenih ustanovah so zaposlene tudi medicinske sestre.

**Ključne besede:** Malteški vitezi, komende, hospitali, romarji, skrb za bolne

## ABSTRACT

**Introduction:** The Maltese Knights, who worked in the Crusades for the liberation of sacred cities, also carried out the support of all care for the needy people. The order of the Maltese knights was also present in our country in the so-called commands. **Purpose:** We wanted to collect literature and archival material about the functioning of the Maltese Order of Knight, its historical development in connection with nursing the sick people in that period and its presence in Slovenia in the past and today. **Methods:** A historical research method was used. The collection of available literature, resources and archives lasted from October 2015 to August 2016. We searched for CINAHL, Medline and COBIB.SI databases, taking into account the publications in Slovene, English, Italian and in three archives in Slovenia. **Review of literature and archives:** The Maltese knightly order has played an important role in the nursing care of sick and poor people, not just for sick soldiers. Despite the constant relocation from Jerusalem to Malta, they retained their original mission to help the poor, the sick and the needy, regardless of where they were. Their charity also went to our places - in commendation. She was the eldest in Melje near Maribor, the other was on Polzela and the third in St. Peter in Komenda. Komenda as units have stopped working, but the trace of their existence in these places is still visible today. **Discussion and conclusion:** Much has been written about the Suveren Maltese Knights Order, but little we found on the nursing care of the sick. The Maltese knights advocated and carried out the best nursing care at that time and in the current situation. The Order is still active as it provides health and humanitarian assistance around the world in approximately 1500 hospitals, social centers, kindergartens, nursing homes. It is present in Europe in 33 countries. Nurses are also employed in these institutions.

**Keywords:** Knights of Malta, commendas, hospitals, pilgrims, care for the sick

## UVOD

Vitezi so se izoblikovali v prvih stoletjih srednjega veka. Tekom časa so pridobivali nove dolžnosti in naloge, hkrati pa tudi privilegije. Zgodovinsko gledano je viteza simbolno zaznamoval meč. Kot bojevnik je bil sprva zelo krut in surov. Iskanje rešitev iz tega temnega viteškega obdobja je začelo krščanstvo s pomočjo križarskih vojn. Visoki ideali so tako spremenili bojevnike v disciplinirane in plemenite branilce Božjih zakonov, kar so dokazali s služenjem ubogim. Velik ugled, priznanje križarskih redov in pridobivanja novih ozemelj po vsej Evropi odpre nova poglavja v viteški zgodovini srednjega veka (Jakopič, 2004).

Veliko je bilo dejavnikov, ki so botrovali k nastanku različnih redov, bodi si vojaških ali karitativnih. Masovna romanja vernikov v Jeruzalem, slabe higienske razmere, pomanjkanje hrane, stik z novimi boleznimi ter nizka odpornost in izčrpanost romarjev vse to je pripomoglo k nastanku novih negovalcev ter predvsem novih bolnic (Jamieson & Sewall, 1954).

Eden od viteških redov, ki se je začel razvijati v času nastajanja prvih hospicev ter v času, ko se je začelo masovno romanje v Sveto deželo (11. stoletje) je bil tudi Suvereni malteški viteški red. Današnje uradno ime reda je Suvereni vojaški bolničarski reda sv. Janeza iz Jeruzalema, Rodosa in Malte. Ustanovitelj reda je bil blaženi brat Gerard. Ker pa je bilo prvo redovno zatočišče blizu ene izmed cerkve sv. Janeza Krstnika je ustanovitelj le tega vzel za zavetnika reda. Red je imel tudi svoje lastno redovno vodilo, ki se je glasilo: »obramba vere in pomoč ubogim« (Jakopič, 2004).

Začetek reda je povezan z zamisljivo razvoja karitativne dejavnosti. Pri tem imamo v mislih pomoč in oskrbo romarjev v takratnem obdobju. Zelo malo je bilo posameznikov in redovnih skupin, ki bi to funkcijo tudi pravzaprav izvajali (Dobrobić, 2002).

Raziskovanje zgodovine zdravstvene nege je zelo obširno ter zanimivo področje. Poleg vpogleda v delovanje naših poklicnih predhodnikov v različnih časovnih obdobjih nam pomaga pri razumevanju današnje situacije v zdravstveni negi .

#### Namen in cilji

Želimo predstaviti malteški viteški red in njegovo delovanje. Zbrati želimo podatke iz knjižnega in arhivskega gradiva o delovanju reda na področju negovanja.

Cilji prispevka so:

- predstaviti negovanje bolnih s strani malteškega viteškega reda;
- orisati prisotnost malteškega viteškega reda na slovenskem v treh komendah (Melje, Komenda, Polzela);
- ugotoviti vpliv njihovega dela na razvoj zdravstvene nege.

#### METODE

Uporabljena je zgodovinska metoda raziskovanja z zbiranjem in analizo zgodovinskih virov in razpoložljive literature na temo Suvereni malteški viteški red s pomočjo ključnih besed (Malteški red, Ivanovci, Knights of Malta, history of nursing, zgodovina zdravstvene nege, i cavalieri di Gerusalemme ) v bazah COBIB.SI, CINAHL in Medline. Literatura je bila pridobljena tudi z obiski knjižnic in arhivov (Pokrajinski arhiv v Mariboru, Oddelek za domoznastvo in knjižno dediščino v Kopru, Zgodovinski arhiv Ljubljana) in obiskom krajev postojank oz. komend v Sloveniji, kjer so nekoč bili malteški vitezi prisotni (Polzela, Komenda).

Zbiranje literature in arhivskega gradiva se je začelo v mesecu oktobru 2015 ter končalo v mesecu avgustu 2016. V bazah CINAHL in Medline je bilo najdenih vsega skupaj 5 člankov, v bazi COBIB.SI pa je bilo 44 zadetkov. Nekaj literature je bilo možno najti v sami knjižnici Zdravstvene fakultete, Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani, Osrednji knjižnici Srečka Vilharja Koper in na Teološki fakulteti v Ljubljani. Upoštevali smo dokumente v slovenskem,

angleškem in italijanskem jeziku. Članek je nastal na podlagi diplomskega dela Vloga Malteškega viteškega reda pri razvoju zdravstvene nege po svetu in pri nas, leta 2016, katerega avtorica sem bila sama.

Pregled literature in arhivskega gradiva

Sintezo literature in drugega gradiva predstavljamo v treh vsebinskih sklopih. Prva (Tabela1) predstavlja zgodnje zgodovinsko delovanje reda.

Tabela 1: Zgodovinski okvir delovanja Malteškega viteškega reda

Obdobje	Kraj	Značilnosti
Zgodnji srednji vek	Bližnji Vzhod	križarske vojne, ideali viteštva, so: osvoboditev svetih krajev ter verovanje božjo pomoč, velik ugled in pridobivanja novih ozemelj po vsej Evropi
11. stoletje	Jeruzalem	intenzivno razmišljanje o karitativni dejavnosti, masovna romanja vernikov v Sveto deželo (Jeruzalem), slabe higienske razmere, pomanjkanje hrane, stik z novimi boleznimi ter nizka odpornost in izčrpanost romarjev vse to je pripomoglo k nastanku novih negovalcev ter predvsem novih bolnic.
12. - 16. stoletja	Različne dežele	gradnja bolnic ter preseljevanje reda po Evropi

Vse večji rasoj različnih bolezni, hiter razvoj urbanega življenja in vse večji medicinski problemi; to je bilo zaslužno za rast novih bolnic v srednjem veku. Negovali so v hospitalih (bolnicah), hospicijih in špitalih. Kot lahko izberemo iz slovarja slovenskega knjižnega jezika (Pogačnik, 2008a), pomeni: hospital: »Zavetišče, dom, bolnišnični oddelek. Nekdaj hiša, v kateri dobijo prenočišče in oskrbo popotniki in romarji«, hospic: »Nekdaj hiša, v kateri dobijo prenočišče in oskrbo popotniki in romarji« in po navedbah (Pogačnik, 2008c) špital: »Bolnica, sirotišnica, ubožnica«. Takratni hospiciji so imeli funkcijo gostišča, kjer so se romarji lahko odpočili, se okrepčali ter dobili prenočišče po dolgi poti. Bili so tesno povezani s cerkvenimi kapelami, tako zelo, da je lahko bolnik iz svoje postelje videl oltar (Ciraj, et al. 1992). Poleg tega so v hospicijih romarjem oskrbeli rane in žulje povzročene od dolge poti (v točno določenem prostoru). Govorimo lahko že o zelo preprosti oskrbi bolnikov, ki so jo izvajali v različnih mestih (Tabela2) (Jakopič, 2004).

Tabela 1: Časovno delovanje reda

Leto	Mesto delovanja	Specifični podatki
1048	Jeruzalem	pomoč romarjem, ustanovitelj reda je bil brat Gerard, leta 1080 je zrasla prva bolnica
1187	Akon	preselitev reda v novo mesto, izgradnja bolnice
	Ciper	ponovno preseljevanje reda, izgradnja nove bolnice ter ladjevja
1306	Rodos	razvili mornarico, postavili bolnico najboljšo v celi Evropi, na otoku je živelo približno 400 vitezov, uživali veliko spoštovanje, ugled ter pridobivali veliko donacij
1523	Malta	delovali v mestu Valletta, zgradili bolnico ki je bila znana po visoki stopnji profesionalnosti, leta 1676 nastane medicinska fakulteta.
1834	Rim	V red so po novem lahko prišli ljudje, ki niso imeli plemiškega naziva ter prostovoljci ustanovile so se nacionalna združenja ali t. i. asociacije
Danes	Svet	veleposlaništva, številne bolnice, domovi za ostarele, vrtci, zavetišča, deluje v 120 državah po svetu, 13.500 članov, 80.000 prostovoljcev, 25.000 medicinskih sester in negovalk

Prvo večjo spremembo, ki jo je red uvedel, je bila ta, da se je hrana bolnikom stregla na srebrnih krožnikih ali posodah. S tem korakom so zelo hitro ter učinkovito dvignili higienski standard. »Že od samih začetkov je bilo njihovo delo, ki so ga opravljali v redovnih hospitalih, prva podoba združevanja medicinske znanosti (v zelo preprosti obliki), saj so znali uporabljati in nadgrajevati že poznane metode. Izboljšave so bile potrebne tudi pri takrat znanih zdravilih, potrebno je bilo podaljšati ter izboljšati njihov učinek. »Spoznavanje novih učinkovin (zelišč, pripravkov, ipd.) ter njihova pravilna razmerja, vse to je bil del preprostih redovniških lekarn, kjer so se rojevali pomembni izsledki, na nek način pa tudi zametki farmakologije«. »Poznan je primer t.i. »viteškega zdravila«, ki ga je v 17. stoletju pripravil redovni član – malteški vitez de Pern. Zdravilo je bilo zoper žolčne krče, zobobol, bolečine v kosteh, zoper hemoroide in zoper čir na želodcu. To zdravilo najdemo, pod različnimi imeni, še danes v uporabi« (Jakopič, 2004).

Malteški viteški red je bil prisoten tudi pri nas (Tabela 3). Točen čas prisotnosti malteškega viteškega reda na naših tleh je zelo težko določiti (Mlinarič, 2008).

Tabela 3: Malteški vitezi na slovenskem

Leto	Komenda	Bistveni podatki
1217	Melje pri Mariboru	37 podložnikov, 115 zemljišč v lasti, priključila h komendi v Fürstenfeldu, danes brez vidnih ostankov arhitekture
1256	Komenda Svetega Petra v Komendi	najmočnejša komenda pri nas, 108 podložnikov, vodil Peter Pavel Glavar, zgrajen špital, komenda konec 19. stoletja prodana.
1332	Polzela	62 podložnikov, Grad Komenda na Polzeli - od leta 1323 do 1780 v lasti reda

Vsem trem našim komendam je skupno to, da so nastale v bližini pomembnih prometnih poti. Druga skupna značilnost komend na naših tleh je, da so imele v lasti manjše posesti in posledično tudi manjše dohodke, ki so onemogočali večjo karitativno dejavnost »Znano je, da so evropske komende vzdrževale špitale za nekako okoli štiri do dvanajst bolnikov in revežev, pač glede na gospodarsko moč. To nalogo, so vsaj od začetka opravljale tudi naše komende« (Mlinarič, 2008).

## DISKUSIJA

Medicinsko znanje se je v takratnem času že zelo razvijalo, v ta namen so nastajale tudi šole. Na področju negovanja pa se je znanje prenašalo iz enega negovalca na drugega (laika), brez šolanja in brez formalnega učenja. Komaj v kasnejših obdobjih se je začelo šolanje negovalcev (Jamieson & Sewall, 1954).

Red malteških vitezov je užival velik ugled med vsemi tedanjimi viteškimi redi. S svojim odličnim negovanjem za tiste čase in z odličnim vodenjem osvojenih ozemelj, si je večal ugled. Gradili so bolnice ter bili edini vojaški red, ki je sprejemal ter negoval tudi bolnike z duševnimi motnjami ter gobavce (Dock & Stewart, 1933).

Red je bil tudi potrjen s strani papeža Pashal II., in sicer 15. februarja 1113, kar je še dodatno dodalo zagon k razvoju redu. Najbolj se je red razvil na Valletti in sicer leta 1575 so ustanovili eno izmed največjih in najpomembnejših bolnic v redu. Sestavljena je bila iz več poslopij (kuhinje, pisarne, ipd...), sprejela pa je lahko od 700 do 800 bolnih. Po navedbah avtorjev Adelaide in Dock (1907) je vodja bolnice živel kar v njej ter bil dosegljiv in odgovoren za bolne 24h na dan. Prostori so bili ločeni za romarje, bolnike s temperaturo, slabokrvne, urgentne in umirajoče ter mentalno bolne.

Svojo dobrosrčnost ter dobroto so kazali tudi s svojo redovno obleko. Prvotno je bila redovna obleka črne barve, kasneje se je skozi obdobja spremenila v rdečo, ki je simbolizirala ljubezen do drugega. Na obleki se je še vedno obdržal bel malteški križ (Ciolino, 2008).

Danes ima red veliko število veleposlaništev po svetu, tudi v Sloveniji. Po celem svetu je ustanovljenih približno 1500 bolnic in socialnih centrov, vrtcev, domov za ostarele ipd. Aktivno delujejo tudi ob večjih naravnih nesrečah ali katastrofah, kjer poleg omogočanja osnovnih življenjskih potreb izvajajo tudi zdravstveno oskrbo s poklicnimi zdravniki in medicinskimi sestrami (Slovensko društvo SMVR, 2016). Red deluje v 120 državah, po svetu. Šteje okoli 13.500 članov in ima okoli 80.000 stalnih prostovoljcev ter okoli 25.000 medicinskih sester oziroma negovalk. Malteški viteški red je eden izmed redkih viteških redov, ki je bili ustanovljeni v srednjem veku, je še vedno dejaven (RTV Slovenija, 2013) in je prisoten praktično po celem svetu (Leslie, 2016).

Razpoložljiva literatura o malteškem viteškem redu, omogoča zarisati približen okvir, kdo so malteški vitezi bili ter kako so delovali. Veliko literature opisuje predvsem njihovo sekundarno (vojaško) funkcijo, manj pa se omenja primarno funkcijo in namen s katerim je bil red ustanovljen. V določeni literaturi je ta karitativna in negovalna dejavnost bila navedena, vendar dokaj površinsko opisana. Kar veliko literature in virov pa se lahko dobi v knjižnicah in na internetu o komendah, ki so bile nekoč na slovenskem ozemlju.

## ZAKLJUČEK

Vera že veliko stoletij povezuje in združuje narode, lahko pa povzroča tudi ravno obratni učinek. Med narodi se lahko zaradi vere zanetijo vojne, ki terjajo veliko človeških žrtev ter vojne, ki spreminjajo državne meje. To se je zgodilo tudi v začetku 11. stoletja, ko je red malteških vitezov bil ustanovljen. Del članov se je bojeval v vojni za sveta ozemlja, del reda pa je skrbel za ranjene vojake ter vse romarje, ki so se odpravili v to sveto deželo na romanje. Prelomnica se je torej zgodila ob večjem povpraševanju po negovanju in oskrbi bolnih ljudi. Hkrati s to prelomnico je zraslo kar nekaj novih bolnic, hospicev ter špitalov.

Red je svojo odprtost, dobrosrčnost in prijaznost kazal na vsakem koraku. Z vzpostavitvijo komend na našem ozemlju je lahko dobrotelost reda občutil tudi naš narod. Veliko vlogo v razvoju in prepoznavnosti reda pri nas ima Peter Pavel Glavar. S svojo dobroto je tudi veliko ustvaril v kraju Komenda, kjer je njegova dediščina še danes zelo dobro ohranjena.

Dobili smo vtis, da je področje zgodovine zdravstvene nege, nekako zapostavljeno, kar se tiče pomembnosti v danem trenutku in prostoru. Za odkrivanje in ohranjanje dediščine na področju zdravstvene nege so potrebne raziskave. Kar zadeva red malteških vitezov, bi bilo smotrno nadaljevati raziskave v smeri, kot so obisk in preučevanje literature v določenih večjih arhivih v Rimu in na Malti.



## Literatura

Adelaide, M. & Dock, L., 1907. A history of nursing New York, London: The knickerbocker, pp 171–209. Avabile at: <https://archive.org/details/ahistorynursing00nuttgoog> [8. 5. 2016].

Ciolino, C. 2008. *Frammenti e memorie dell'ordine di Malta nel Valdemone. Messina: Di Nicolò*, pp. 17–19.

Ciraj, J., Jagodic A., Pavlič, J., Remše, M., Stele, F., Žerovnik, M. & Nosan I.; 1992. *Komenda: Breg, Gmajnica, Gora, Klanec, Komenda, Komenska Dobrava, Križ, Mlaka, Moste, Nasovče, Podboršt, Potok, Suhadole, Žeje. Komenda: Glavarjeva družba*, pp. 46–64.

Dobrobić, L., 2002. *Templari i Ivanovci u Hrvatskoj*. Zagreb: Dom i svijet, pp. 120–124.

Dock, L. & Stewart, I., 1933. *Aristocratic and military influences in nursing. In: A short history of nursing: from the earliest times to the present day. Putnam's 3rd ed. New York; London*, pp. 58–69.

Jakopič, T. 2004. *Zgodovinski razvoj redovnega vodila v suverenem malteškem viteškem redu ter njegov vpliv na podobo srednjeveškega viteza: doktorska disertacija*. Ljubljana: Teološka fakulteta, pp. 20–182.

Jamieson, E. & Sewall, M., 1954. *Trends in nursing history: their relationships to world events. 4th ed. Philadelphia, London: Saunders*, 172–99.

Leslie, P. 2016. *Activity report 2016. Sovereign military hospitaller order of St. John of Jerusalem of Rhodes and of Malta. Rome: Communications Office of the Sovereign Military Hospitaller Order of St. John of Jerusalem of Rhodes and of Malta*, pp. 34–72.

Mlinarič, J., 2008. *Malteški viteški red na slovenskem s poudarkom na malteški postojanki (komendi) v Melju pri Mariboru*. Maribor: Pokrajinski arhiv Maribor, pp. 3–16.

Pogačnik, A., 2008a. *Slovar slovenskega knjižnega jezika (3. knjiga)*. Ljubljana: DZS, pp. 607–608.

Pogačnik A 2008c. *Slovar slovenskega knjižnega jezika (12. knjiga)*. Ljubljana: DZS, p. 2891.

RTV Slovenija (2013). *Malteški viteški red praznuje 900. obletnico priznanja*. Avabile at: <http://www.rtv slo.si/svet/foto-malteski-viteski-red-praznuje-900-obletnico-priznanja/302078> [8. 5. 2016].

*Slovensko društvo SMVR - Sovereign Order of Malta*. Avabile at: [www.malteskired.si/slovensko-drustvo-smvr/](http://www.malteskired.si/slovensko-drustvo-smvr/) [8. 5. 2016].

## SPLOŠNA BOLNIŠNICA KOT UČEČA SE ORGANIZACIJA

## REGIONAL HOSPITAL AS A LEARNING ORGANIZATION

Petrischa Robnik, mag. zdr. - soc. manag.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

petrischa.robnik@gmail.com

### IZVLEČEK

**Uvod:** Klasična organizacija, ni več konkurenčna na trgu, zato se ne more več prilagajati okolju in zahtevam kupcev. Sodobna organizacija mora narediti odločilne spremembe v smeri, da postane učeča se organizacija, torej organizacija, ki daje pomen učenju, se sama uči in izobražuje svoje zaposlene. Namen raziskave je v izbrani regijski bolnišnici ugotoviti prisotnost elementov učeče se organizacije. **Metode:** V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo in se pri ugotavljanju elementov učeče se organizacije naslanjali na koncept FUTURE - O<sup>®</sup>. V empiričnem delu smo na zastavljeno hipotezo odgovarjali s pomočjo kvantitativne metode dela. Podatke smo pridobili s strukturiranim anketnim vprašalnikom, ki smo ga razdelili med 150 naključno izbranih izvajalcev zdravstvene nege, vrnjenih je bilo 57 anketnih vprašalnikov. Uporabili smo neslučajnostni vzorec. Za statistično analizo podatkov smo uporabili programski paket IBM SPSS Statistics 23. **Rezultati:** Povprečja ocen in najpogostejše ocene kažejo, da so v izbrani regijski bolnišnici prisotni elementi učeče se organizacije ter da izbrana regijska bolnišnica nedvomno ustreza pojmu učeče se organizacije po modelu FUTURE - O<sup>®</sup> in sicer glede trditve »Zavedam se dolžnosti prenašanja znanja na druge« in trditve »Zavedam se pomembnosti nenehnega učenja na svojem delovnem mestu«, ne ustreza glede trditve »Kadar nastopi problem, ga je sposoben management hitro rešiti«, glede ostalih trditvev pa delno ustreza. **Diskusija in zaključek:** Izbrana regijska bolnišnica ima po mnenju izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe značilnosti učeče se organizacije, ne ustreza pa v popolnosti teoretičnemu konceptu po modelu FUTURE - O<sup>®</sup>. Smiselno se nam zdi managementu bolnišnice predstaviti opisan model učeče se organizacije, saj bi bolnišnica s pomočjo njega na kakovosti le pridobila. S pomočjo korakov bi zaposlene še bolj motivirali k izobraževanju in prenašanju znanja na sodelavce, predvsem na mlajše zaposlene.

**Ključne besede:** učeča se organizacija, elementi učeče se organizacije, modeli učeče se organizacije.

<sup>1</sup> Prispevek temelji na magistrskem delu z naslovom Uvajanje koncepta učeče se organizacije v regijsko bolnišnico, ki ga je Petrischa Robnik, mag. zdr. - soc. manag. izdelala v okviru podiplomskega študijskega programa druge stopnje Managementa v zdravstvu in socialnem varstvu.

## ABSTRACT

**Introduction:** Classical organization is no longer competitive on the market, that is why it cannot adapt to the environment and customers' demands. Modern organization has to make decisive changes in order to become a learning organization, that is an organization which puts great emphasis on education, is learning constantly, and educates its employees. Purpose of the research in a specific regional hospital was to determine the presence of elements of a learning organization. **Methods:** In the theoretical part, we used the descriptive method and relied on the FUTURE - O® concept when determining the elements of a learning organization. In the empirical part, we answered the conceived hypothesis with the help of the quantitative work method. We collected the data with a structured questionnaire, which we distributed among 150 randomly selected healthcare providers, of which 57 questioners were returned. We used a non-random sampling method. We statistically analyzed the data with the IBM SPSS Statistics 23 software package. **Results:** The averages of assessments and most frequent assessments show that the elements of a learning organization are present in the specific regional hospital, and that the regional hospital undoubtedly meets the concept of a learning organization according to the FUTURE - O® model in relation so the statements »I am aware of the duty of transferring knowledge to others« and the statement »I am aware of the importance of continuous learning at my workplace«, it does not meet the concept in the statements »Whenever there is a problem, the management is capable of solving it quickly«, and partially meets the concept in other statements. **Discussion and conclusion:** The specific regional hospital has, in the healthcare providers' opinion, characteristics of a learning organization, however it does not fit the theoretical concept of the FUTURE - O® model perfectly. We believe it would be a good idea to present the described model of a learning organization to the hospital's management, since the hospital could only gain in quality by applying it. With the help of the steps the employees would be even more motivated to educate and transfer knowledge to colleagues, especially younger employees.

**Keywords:** learning organization, elements of a learning organization, models of a learning organization.

## UVOD

Sodobna organizacija se mora nenehno prilagajati spremenjenim zahtevam okolja, prilagajanje pa si zagotavlja s stalnim učenjem in usposabljanjem. Če organizacija ne spodbuja učenja, po mnenju Ivanka (2015) ne bo mogla biti konkurenčna in bo začela izgubljati najboljše ljudi, prav tako ne bo več imela motiviranih sodelavcev. Organizacija mora iskati možnosti in ustvarjalne rešitve ter tako prevzemati nase del odgovornosti za prihodnost.

Ko se odločimo za gradnjo učeče se organizacije ne smemo spregledati naslednjih prvin: zaznava spremembe in sledenje cilju, zavedanje pomena znanja in informacij, ustvarjanje

ustrezne učne klime, dati dovolj časa za razmišljanje, izmenjava idej in izkušenj, notranja motivacija, učenje timov in postopnost. Ustvarjanje modela učeče se organizacije je zelo zahtevno. V organizaciji se je treba najprej opreti na lastne izkušnje, ugotoviti stanje in iskati lastno pot Ivanko (2015). Organizacije morajo biti kot vprežne sile in se učiti bolj kot kdaj koli prej in vsaka organizacija mora postati učeča se orhanizacija (Garvin, et al., 2008).

Ker tudi zdravstvene organizacije potrebujejo uvedbo koncepta učeče se organizacije, smo na podlagi pregleda literature odločili, da v regijski bolnišnici izvedemo raziskavo o prisotnosti elementov učeče se organizacije. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema pa smo oblikovali hipotezo: Regijska bolnišnica v celoti ne ustreza elementom učeče se organizacije, ima pa značilnosti učeče se organizacije.

## Teoretična izhodišča

Jaklič, (2006) opisuje, da je temelje teorije učeče se organizacije je postavil Peter Senge (1990) s svojim delom Peta disciplina (The Fifth Discipline), ki je izšlo leta 1990. Senge je primerjal učečo se organizacijo s človekovo željo po letenju in je zapisal, da je praksa učeče se organizacije le malo bolj razvita, kot je bilo letalstvo leta 1903 in da vidi v učeči se organizaciji prevladujoči tip organizacije v prihodnosti. Prednost učeče se organizacije je v tem, da se je sposobna učiti, spreminjati in hitro prilagajati novim razmeram v okolju. Je tista organizacija, ki je sposobna izkoristiti najboljše izkušnje in znanje, kjer se zaposleni uče drug od drugega in od zaposlenih v drugih podjetjih, je učeča se organizacija. Skozi boljše znanje in razumevanje stalno izboljšuje svoje aktivnosti. Skrivnost le-te je v odprti in učinkoviti komunikacijski mreži med vsemi, ki sodelujejo v poslovnem procesu.

Ravnanje z ljudmi je pomemben dejavnik koncepta ravnanja z znanjem. Sestavljajo ga politika kadrovanja, razvoj kariere, izobraževanja in usposabljanja ter motivacijski in nagrajevalni sistem v podjetju, ki spodbuja in nagrajuje takšne vzorce vedenja, ki v zaposlenih krepijo pripravljenost in željo za pridobivanje, medsebojno delitev in uporabo znanja. Za uspešno izvajanje koncepta ravnanja z znanjem še posebej pomembna ustreznost motivacija in nagrajevanje zaposlenih pri pridobivanju, prenosu in uporabi znanja (Kovač, 2006).

Pri zaposlenih v zdravstveni negi je potrebno več časa za doseganje ustrezne izobrazbene ravni, predvsem pa spreminjanje prepričanja ljudi za sodelovanje pri uvajanju prenovljenih procesov in novih modelov zdravstvene nege. Pri uvajanju sprememb je obvezna podpora tako vodstva zdravstvene nege kot medicinske stroke. Ob tem ne smemo pozabiti na pohvalo za dobro delo in izboljšave tako v materialni kot nematerialni obliki (Maze & Majcen Dvoršak, 2011).

Trenutno se bolnišnice težko uvrstijo med učeče se organizacije (Maze, 2013). Večino učenja v bolnišnici poteka v mikrosistemu, ko posamezni zdravstveni strokovnjaki ali zdravstveni timi izboljšujejo svoje znanje specialnih kompetenc. Druge potrebne kompetence, kot so

timsko delo, standardizirana komunikacija ter nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pa praviloma ostajajo na stranskem tiru (prav tam).

Managerje in raziskovalce je hitro spreminjajoče se poslovno okolje v zadnjih dveh desetletjih prisililo, da so začeli iskati nove načine razvijanja organizacij, sposobnih neprestanega prilagajanja in zmožnih predvidevanja potreb po spremembah. Organizacijsko učenje je koncept, ki spodbuja neprestano adaptacijo in izboljševanje, zato je pritegnilo pozornost managerjev, ki iščejo način, kako preživeti v tem turbulentnem okolju (Gogh & Richards, 1997 cited in Ogrin, 2010). Toda implementiranje organizacijskega učenja ni preprosta naloga. Čeprav je literatura o tej temi v zadnjih letih hitro rasla, še vedno ni sistematičnega merljivega pristopa za praktično aplikacijo tega koncepta v organizacije (Ogrin, 2010).

Omenili smo že, da so učeče se organizacije tiste, ki stremijo k nenehni odličnosti organizacije, torej izboljšujejo sposobnosti za doseganje rezultatov z novimi načini mišljenja in stremijo k temu, kako se učiti skupaj. (Dimovski, et al., 2005b) omenjajo, da bi bilo dobro v javnem sektorju uvesti Sengejeve tehnologije, s katerimi zagotavljamo neprestano učenje. Glavna ideja slednjega je razreševanje problemov v nasprotju s tradicionalno organizacijo, ki je usmerjena k učinkovitosti.

Pri nas poznamo dva koncepta uvajanja učeče se organizacije. To sta modela FUTURE - O<sup>®</sup> in model USP 8K. V empiričnem delu se bomo osredotočili na model FUTURE - O<sup>®</sup> Udejanjanje koncepta učeče se organizacije s pomočjo modela sedmih elementov učeče se organizacije FUTURE - O<sup>®</sup> predstavlja izziv za vse organizacije. Za vse organizacije pa velja, da se lahko le z ustrezno prilagoditvijo celotne organizacijske kulture v smeri učeče se organizacije, uspešno odzivajo na spremembe sodobnega časa in izzive, ki jih le-ta prinaša (Goronja, 2010).

Model FUTURE - O<sup>®</sup> je model, ki narekuje celostno uresničevanje koncepta učeče se organizacije ter poudarja celovitost in povezanost vseh procesov in vseh zaposlenih na poti od navpičnega k procesnemu organizacijskemu ustroju, ki temelji na organizacijskem učenju. Model je osnovan na novejšem molekularno-mrežnem pristopu in izpostavlja sodelovanje vseh članov v procesih vzpostavljanja učeče se organizacije. Če se organizacija odloči pridobiti značilnosti učeče se organizacije, naj bi koncept preoblikovanja potekal po modelu FUTURE - O<sup>®</sup>. Ta temelji na elementih, ki predstavljajo kritične prehode sprememb na poti k učeči se organizaciji. Model uresničevalcem v vsakem koraku prehajanja ponuja element in aktivnost za presojanje uspešnosti in učinkovitosti poslovanja. V učeči se organizaciji se mentalne zaznavne strukture posameznikov prenašajo prek timskega dela v organizacijski ustroj, nato pa se v medsebojni interakciji spreminjajo, plemenitijo in vodijo do dolgoročne paradigme uspeha. Model FUTURE - O<sup>®</sup> je sestavljen iz sedmih elementov Dimovski, et al. (2005a).

Namen raziskave je v izbrani regijski bolnišnici ugotoviti prisotnost elementov učeče se organizacije.

Postavili smo si hipotezo: regijska bolnišnica v celoti ne ustreza pojmu učeče se organizacije, ima pa značilnosti učeče se organizacije.

## RAZISKOVALNA METODA

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo. S preučevanjem domače in tuje literature, s pomočjo člankov in znanstvenih zapisov, internetnih objav ter s pomočjo preučevanja diplomskih in magistrskih del smo predstavili uvajanje koncepta učeče se organizacije in prisotnost njenih elementov po modelu FUTURE-O®. Za iskanje literature smo uporabili bibliografske podatkovne zbirke CINAHL, SpringerLink in COBISS. Osnovo za izdelavo anketnega vprašanja smo povzeli po sorodnih predhodnih raziskavah v slovenskem prostoru (Možina, 2000a, 2000b; Uršič & Nikl, 2004; Dimovski, et al., 2005a, 2005b; Peršak, 2006). V empiričnem delu smo na zastavljeno hipotezo odgovarjali s pomočjo kvantitativne metode dela. Podatke smo pridobili z anketnim vprašalnikom. Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega tipa, ter trditve, ki so jih izvajalci zdravstvene nege ocenjevali s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice. Pri statistični analizi podatkov smo za vse obravnavane spremenljivke izračunali opisne statistike.

### Merski instrument

Opisne spremenljivke smo povzeli s frekvenčnimi porazdelitvami, ocene na lestvicah Likertovega tipa pa povzeli s srednjimi vrednostmi (povprečje) in standardnimi odkloni. Za statistično testiranje hipotez smo uporabili t test, z-preizkus za delež in korelacijsko analizo (uporabili smo Pearsonov korelacijski koeficient). Za statistično analizo podatkov smo uporabili programski paket IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., Armonk, NY, 2014).

### Postopek zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je bila opravljena v eni izmed regijskih bolnišnic v Sloveniji s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika med izvajalci zdravstvene nege, v mesecu juniju in začetku meseca julija 2016. Uporabili smo neslučajnostni vzorec. Glede na normative v regijski bolnišnici smo lahko anketne vprašalnice razdelili le med 150 naključno izbranih izvajalcev zdravstvene nege. Vrnjenih je bilo 57 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 38%. Vzorec se je po osnovnih demografskih značilnostih praktično povsem skladal s celotno organizacijo, za katero smo podatke o vseh zaposlenih pridobili iz kadrovske službe. V organizaciji je na področju zdravstvene nege zaposlenih 363 oseb. Tako za vzorec kot za celotno organizacijo velja, da med osebjem zdravstvene nege močno prevladujejo ženske, da imata več kot polovica oseb srednješolsko izobrazbo in praktično vsi ostali visoko izobrazbo, da je povprečna starost oseb okrog 40 let in povprečna delovna doba okrog 20 let. Vzorec smo torej lahko obravnavali kot reprezentativen za preučevano organizacijo.

Za veljavnost rezultatov je pomembno tudi, da razen pri demografskih podatkih ni bilo manjkajočih podatkov, torej da so vsi, ki so izpolnili anketni vprašalnik, odgovorili na vsa vprašanja o učeči se organizaciji.

Tabela 1: Značilnosti učeče se organizacije

Trditve, ki se nanašajo na učečo se organizacijo	Delež ocene (%)					Povprečna ocena
	1	2	3	4	5	
Vsakdo v organizaciji se mora učiti, od glavnega direktorja do operativnega delavca.	0	2	16	34	48	4,3
V naši organizaciji imamo možnosti za medsebojno formalno in neformalno komuniciranje.	0	2	46	32	20	3,7
Imamo zagotovljene možnosti za timsko delo.	0	13	25	39	23	3,7
Vedno imam dostop do vseh informacij in podatkov, ki jih potrebujem na svojem delovnem mestu.	4	25	27	25	20	3,3
Organizacija spodbuja pridobivanje novega znanja.	11	20	23	34	13	3,2
Sem osebno dolgoročno zavezan/a k razvoju naše organizacije in sem resno zainteresiran/a za kreiranje spodbud in iniciativ, saj sem ustrezno motivirana s strani menedžerjev (vodij).	4	23	32	30	11	3,2
Znotraj organizacije obstaja sodelovalna kultura, ki omogoča sodelovanje med osebjem in timsko delo.	13	14	34	29	11	3,1
V naši organizaciji se pospešuje komunikacija in sodelovanje, tako da je vsakdo vpet v identificiranje, izboljševanje in povečevanje njenih zmognosti.	2	27	34	32	5	3,1
Naša organizacija temelji na enakosti, odprtih informacijah, nizki stopnji hierarhije in kulturi.	18	21	32	21	7	2,8
Kot posamezniki smo enako cenjeni.	21	29	27	14	9	2,6

Opomba: pri vsaki trditvi je ocenjena najpogostejša ocena, pri čemer pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 ne strinjam se, 3 se ne morem opredeliti, 4 se strinjam in 5 zelo se strinjam.

Vir: Anketni vprašalnik (2016)

V tabeli 1 so prikazani rezultati, ki se nanašajo na vprašanja o učeči se organizaciji in obsega deset trditev. Povprečja ocen in najpogostejše ocene kažejo, da izbrana regijska bolnišnica nedvomno ustreza pojmu učeče se organizacije glede trditve 10 (povprečna ocena nad 4, najpogostejša ocena 5), ne ustreza glede trditev 5, 6 in 9 (povprečna ocena pod 3 ali najpogostejša ocena pod 3), glede ostalih trditev pa delno ustreza (povprečna ocena nad 3, najpogostejša ocena 3 ali 4).

Tabela 2: Poznavanje koncepta in elementov učeče se organizacije

Trditve, ki se nanašajo na elemente učeče se organizacije po modelu FUTURE - O®	Delež ocene (%)					Povprečna ocena
	1	2	3	4	5	
Zavedam se dolžnosti prenašanja znanja na druge.	0	0	13	50	38	4,3
Zavedam se pomembnosti nenehnega učenja na svojem delovnem mestu.	0	2	11	54	34	4,2

Trditve, ki se nanašajo na elemente učeče se organizacije po modelu FUTURE - O®	Delež ocene (%)					Povprečna ocena
	1	2	3	4	5	
V naši organizaciji obstaja podatkovna baza.	0	13	27	41	20	3,7
V naši organizaciji je ključna vrednota zadovoljevanje pacientovih potreb.	2	5	43	29	21	3,6
Naša organizacija je usmerjena predvsem k pacientu kot končnemu uporabniku naših storitev	2	20	23	36	20	3,5
V naši organizaciji zaposleni svoja znanja prenašamo drugim.	2	21	21	39	16	3,5
V naši organizaciji imamo timsko strukturo dela.	0	16	34	34	16	3,5
Naša organizacija ima jasno opredeljeno vizijo, strategijo, cilje in poslanstvo.	0	20	29	36	16	3,5
V naši organizaciji se natančno vodi evidenca znanj vseh zaposlenih.	0	21	30	38	11	3,4
Naša organizacija (bolnišnica) je vedno konkurenčna drugim organizacijam (bolnišnicam).	2	9	48	29	13	3,4
V naši organizaciji imamo dobro razvito informacijsko podporo, ki služi pacientom.	0	21	39	32	7	3,3
Naša organizacija je jasno usmerjena.	2	21	32	34	11	3,3
Poznam cilje našega podjetja.	11	18	23	32	16	3,3
Moj nadrejeni je sposoben prepoznavati moje spretnosti in znanja.	2	25	30	32	11	3,3
Vodja uporablja participativni stil vodenja.	4	14	39	36	7	3,3
Moj nadrejeni me spodbuja pri mojih interesih, pobudah in sposobnostih.	16	9	29	34	13	3,2
Nadrejeni mi daje vedeti, da sem vreden/vredna zaupanja pri svojem delu.	7	25	23	30	14	3,2
Pri reševanju problem sodelujemo tudi zaposleni.	11	20	29	29	13	3,1
Naša organizacija zagotavlja odprte komunikacije.	2	32	29	30	7	3,1
V naši organizaciji je prenos informacij in znanj hiter.	0	38	25	32	5	3,1
Kadar nastopi problem, ga je sposoben management hitro rešiti.	11	21	41	16	11	2,9

Opomba: pri vsaki trditvi je ocenjena najpogostejša ocena, pri čemer pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 ne strinjam se, 3 se ne morem opredeliti, 4 se strinjam in 5 zelo se strinjam.

Vir: Anketni vprašalnik (2016)

V tabeli 2 so prikazani rezultati trditev, ki se nanašajo na vprašanje 8 in obsegajo 21 trditev o elementih učeče se organizacije po modelu FUTURE - O®. Povprečja ocen in najpogostejše ocene kažejo, da izbrana regijska bolnišnica nedvomno ustreza pojmu učeče se organizacije po modelu FUTURE - O® glede trditve »Zavedam se dolžnosti prenašanja znanja na druge« in trditve »Zavedam se pomembnosti nenehnega učenja na svojem delovnem mestu« (povprečna ocena nad 4, najpogostejša ocena 5), ne ustreza glede trditev »Kadar nastopi problem, ga je sposoben management hitro rešiti« (povprečna ocena pod 3), glede ostalih



trditev pa delno ustreza (povprečna ocena nad 3, najpogostejša ocena 3 ali 4).

## DISKUSIJA

Učeča se organizacija je tista organizacija, ki pridobiva znanje in inovativnost dovolj hitro, da preživi in uspe v spreminjajočem se okolju. V učeči se organizaciji mora prevladati organizacijska kultura, ki vzpodbuja in podpira nenehno učenje zaposlenih, njihovo kritično razmišljanje in tveganje z novimi idejami, dopušča napake in daje vrednost prispevkom zaposlenim. Zaposlene vzpodbuja, da se učijo iz izkušenj in jih poleg svojega znanja, prenašajo na druge zaposlene. Osnovni namen izobraževanja in strokovnega izpopolnjevanja izvajalcev zdravstvene nege je spodbujanje h kakovosti v zdravstveni dejavnosti, oziroma v zdravstveni negi, s pomočjo usposobljenega zdravstvenega osebja. Tudi za zdravstvene organizacije je pomembno, da delujejo kot učeče se organizacije, saj se okolje nenehno spreminja. Spreminjajo se potrebe in zahteve ljudi, ki te storitve potrebujejo in ravno zaradi tega je potrebno, da se znotraj organizacije odvijajo procesi, ki organizacijo oblikujejo v učečo se organizacijo.

V nadaljevanju prikazujemo primerjavo rezultatov naše raziskave z rezultati drugih raziskav v slovenskem prostoru in v tujini.

Regijska bolnišnica ima značilnosti učeče se organizacije, vendar pa v celoti ne ustreza pojmu učeče se organizacije. Do rezultata smo prišli s pomočjo trditev, ki se nanašajo na učečo se organizacijo in s pomočjo trditev, ki se nanašajo na elemente učeče se organizacije po modelu FUTURE - O<sup>®</sup> vendar nismo podrobno raziskovali vsak element modela FUTURE - O<sup>®</sup> posebej. Trditev, ki je najbolj ustrezala pojmu učeče se organizacije je bila: »Vsakdo v organizaciji se mora učiti, od glavnega direktorja do operativnega delavca«. Ta trditev se nanaša na mnenje zaposlenih o izobraževanju zaposlenih na vseh nivojih managementa in ne toliko na značilnost same učeče se organizacije in je bila najvišje ocenjena trditev. Visoko (PV = 3, 7) sta bili ocenjeni tudi trditvi: »V naši organizaciji imamo možnosti za medsebojno formalno in neformalno komuniciranje«, »Imamo zagotovljene možnosti za timsko delo«. Delo izvajalcev zdravstvene nege v regijski bolnišnici zahteva timsko delo in brez komuniciranja in sodelovanja med izvajalci zdravstvene nege delo ne bi bilo kakovostno opravljeno. Torej sta to dve značilnosti, ki že v osnovi ustrezata značilnostim učeče se organizacije. Če pa v regijski bolnišnici poteka usmerjanje tima v to, da bi usmeril energijo v doseganje želenih rezultatov, da temelji na osebni odličnosti in skupni viziji, kot opisujejo (Dimovski, et al., 2005b) pa se nam porodi dvom ob trditvah: »Znotraj organizacije obstaja sodelovalna kultura, ki omogoča sodelovanje med osebjem in timsko delo« in »V naši organizaciji se pospešuje komunikacija in sodelovanje, tako da je vsakdo vpet v identificiranje, izboljševanje in povečevanje njenih zmožnosti« Trditvi sta bili ocenjeni s srednjo oceno (PV = 3, 1). Anketirani bi se najbrž strinjali z mnenjem (Dimovski et al., 2005b) da učeči se organizaciji tradicionalna, hierarhična struktura, ki delavce in vodstvo razdvaja,

ne ustreza več, ampak mora temeljiti na samo usmerjajočih se timih, ki tvorijo timsko strukturo. »Vedno imam dostop do vseh informacij in podatkov, ki jih potrebujem na svojem delovnem mestu«, »Organizacija spodbuja pridobivanje novega znanja«, »Sem osebno dolgoročno zavezan/a k razvoju naše organizacije in sem resno zainteresiran/a za kreiranje spodbud in iniciativ, saj sem ustrezno motivirana s strani menedžerjev (vodij)«, so trditve, ki delno ustrezajo značilnostim učeče se organizacije. Povprečna ocena vseh je bila nad 3 (PV = 3,3, PV = 3,3 in PV = 3,2).

Cilj strokovnega izobraževanja/izpopolnjevanja izvajalcev zdravstvenega varstva mora biti izobraževanje zdravstvenega osebja (izvajalcev zdravstvene nege) z najnovejšimi znanji in pristopi, bodisi s teoretičnim učenjem in praktičnim učenjem (formalno izobraževanje) ali s pomočjo raznih tečajev ali s programi usposabljanja, v smislu prenosa znanja s strani zaposlenih, ki imajo pri delu več znanja in izkušenj. Podobnega mnenja sta tudi (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007). Navdušili smo se nad raziskovalno študijo primera (Različne strategije s pomočjo informacijske in komunikacijske tehnologije so bile ustvarjene za podporo učnega procesa v organizaciji. Med njimi je bil najbolj uporabljen video. Prvi projekt, ki vključuje prenos znanja je bilo oblikovanje štirih DVD videoposnetkov o temah, ki so se jim zdele bolj problematične in so zahtevale poglobljeno študijo: novorojenčka oceni, Plum A + infuzijski sistem, CADD črpalka itd. Uporabili so tudi zloženke, ki so jim kasneje dodali še DVD.) (Gagnon, et al., 2015), ki so jo napravili v centru za socialno delo zdravje in (francoska kratica: CSSS) province Quebec, Kanada, kjer poleg ostalih storitev nudijo tudi zdravstvene storitve in dobili pozitivne rezultate, ki se kažejo v izboljšani komunikaciji med izvajalci zdravstvene nege, izboljšani informacijsko komunikacijski tehnologiji (IKT), v lažjem prenosu znanja od bolj izkušenih medicinskih sester na manj izkušene, v doprinosu nove kulture za medicinske sestre, ki temelji na nenehnem učenju na delovnem mestu. Medicinska sestra – mentor ima tudi pooblastila, da rutinsko ocenjuje mlajše medicinske sestre in jim na ta način zagotovi napredovanje na njihovem delovnem mestu. Pridružujemo se mnenju (Al-Abri & Al-Hashmi, 2007), ki sta raziskavo opravila v University Hospital Sultan Qaboos in pravita, da če želimo ustvariti komunikacijski sistem za lajšanje izmenjave informacij, ki so temelj, na katerem je zgrajena učeča se organizacija, moramo uporabljati ustrezno tehnologijo, ki bo v prihodnje omogočala prosti prenos informacij med zaposlenimi. Hkrati bi bilo potrebno "zagotoviti univerzalen dostop do poslovnih in strateških informacij." Strinjamo se z Kovač (2006), ki meni, da sta za uspešno izvajanje koncepta ravnanja z znanjem še posebej pomembna ustrezna motivacija in nagrajevanje zaposlenih pri pridobivanju, prenosu in uporabi znanja.

»Naša organizacija temelji na enakosti, odprtih informacijah, nizki stopnji hierarhije in kulturi« in »Kot posamezniki smo enako cenjeni« sta trditvi, ki sta bili ocenjeni najnižje (PV = 2,8 in PV = 2,6). Prepričani smo, da bi bili zaposleni bolj predani organizaciji v kateri so zaposleni, če bi se vodstvo približalo značilnostim sodobnega koncepta ravnanja z ljudmi pri delu, ki jih navaja Kovač (2006), predvsem pomembnosti vsakega posameznika in njegove vključitve v time, nagrajevanje uspešnosti in motiviranje ljudi z različnimi plačilnimi sistemi

ter usmerjanje v skupne cilje organizacije, spodbujanje sprememb in prožnosti pri delu, upoštevanje potreb slehernega posameznika, da bi deloval k skupnim ciljem, osredotočenost na individualne pogovore in samostojnost zaposlenih, usmerjenost na zahteve dela in pravica zaposlenih, biti ustrezno obravnavam pri delu.

## ZAKLJUČEK

Ker je regijska bolnišnica javni zavod, lahko razumemo, da vsebuje le značilnosti učeče se organizacije, ni pa v celoti učeča se organizacija, saj je sprememba v učečo se organizacijo dolgotrajna in zahteva nenehne spremembe ter prilagajanje okolju. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so visoko motivirani za izobraževanje, zavedajo se prenosa znanja na druge zaposlene in so ga tudi pripravljene prenašati na mlajše zaposlene. Znano je, da organizacije, ki delujejo po konceptu učeče se organizacije, napredujejo zelo počasi, predvsem zaradi pomanjkanja praktičnih navodil, kljub vsemu managementu bolnišnice priporočamo uvedbo koncepta učeče se organizacije. Priporočamo tudi predstavitev modela FUTURE - O®. Lahko bi ustanovili skupino za kakovost, ki bi se ukvarjala samo s konceptom vpeljave učeče se organizacije v bolnišnico.

Predlagamo:

- ustvariti zakladnico znanj z dobro informacijsko podporo, ki bi vsebovala vsa pridobljena znanja s strani zaposlenih (formalne in neformalne), njihove namere in pripravljenost sodelovanja znotraj bolnišnice ipd.;
- sodelovanje bolnišnice s fakultetami (različne fakultete, visoke šole, srednje šole idr.), kjer bi lahko že med samim študijem (šolanjem) študente (dijake) ustrezno usposabljali za delo v bolnišnici;
- nameniti več pozornosti temu, da bi bolnišnica postala učeča se organizacija;
- izvajalcem zdravstvene nege omogočiti izobraževanja na dodiplomski in podiplomski stopnji študija (plačilo šolnine ali vsaj pomoč pri plačilu šolnine),
- uvedba neformalnih izobraževanj znotraj bolnišnice in ne samo tista v smislu pridobivanja licenčnih točk;
- podpreti in motivirati zaposlene k kliničnemu raziskovanju v bolnišnici, k branju sodobne strokovne literature in prenosu najboljših dokazov iz raziskovanja v klinično okolje;

Kljub temu, da se vzorec po osnovnih demografskih značilnostih praktično povsem skladal s celotno organizacijo, predlagamo, da se raziskava ponovi na večjem vzorcu, saj je bil odziv zelo slab. V izbrani regijski bolnišnici niso sprejeli več kot 150 anketnih vprašalnikov, vrnjenih pa je bila le tretjina od teh. Če bi management želel bolj relevantne rezultate, bi morali raziskavo izvesti na vseh zaposlenih. Prav tako predlagamo raziskavo, s pomočjo katere bi ugotavljali prisotnost elementov po modelu FUTURE - O®.

## Literatura

- Al-Abri, R.K. & Al-Hashmi, I.S. (2007). *The Learning Organisation and Health Care Education*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074888> [31. 10. 2016].
- Dimovski, V., Penger, S. & Žnidaršič, J. (2005a). *Sodobni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Dimovski, V., Penger, S., Škerlavaj, M. & Žnidaršič, J. (2005b). *Učeča se organizacija: ustvarite podjetje znanja*. Ljubljana: GV založba.
- Gagnon, M.P., Payne-Gagnon, J., Fortin, J.P., Paré, G., Côté, J. & Courcy, F. (9. maj 2015). *A learning organization in the service of knowledge management among nurses: A case study*. Available at <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401215000493> [31. 10. 2016].
- Garvin, D.A., Edmondson, A.C. & Gino, F. (2008). *Is Yours a Learning Organization?* Available at <https://hbr.org/2008/03/is-yours-a-learning-organization> [31. 10. 2016].
- Goronja, D. (2010). *Konceptualni model učeče se organizacije MODEL FUTURE - O®*. In: Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper Koper: Fakulteta za management, p. 215.
- Ivanko, Š. (2007). *Sodobne teorije organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Ivanko, Š. (2015). *Zgodovina organizacijske misli*. Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu.
- Jaklič, M. (2006). *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja na poti k učečemu se podjetju*. Maribor: Pivec.
- Kovač, J. (2006). *Menedžment znanja. Na poti k učečemu se podjetju*. Maribor: Založba Pivec.
- Maze, H. & Majcen Dvoršak, S. (2011). *Vodenje z zgledom - vloga menedžmenta v zdravstvu*. V Kaučič, M. eds. *Odlčnost v zdravstvu - odprti za nove ideje: zbornik prispevkov z recenzijo, Laško, 12. april 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, pp. 49–58.
- Maze, H. (2013). *Organizacijsko vedenje in osnove managementa v zdravstvu*. Celje: Visoka zdravstvena šola.
- Možina, S. (2002a). *Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
- Možina, S. (2002b). *Učeča se organizacija: o učenju v organizaciji. Management: nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
- Ogrin, L. (2010). *Elementi učeče se organizacije: primer Toyota*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Peršak, M. (2006). *Uvajanje modela učečega se podjetja*. In: Možina, S. & Kovač J. eds. *Menedžment znanja na poti k učečemu se podjetju*. Maribor: Založba Pivec.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency.
- Uršič, D. & Nikl, A. (2004). *Učeča se organizacije. Sistemsko organizacijski vidik*. Maribor: Management Forum.

## KREPITEV VLOGE PATRONAŽNEGA VARSTVA V JAVNEM ZDRAVJU

### STRENGTHENING OF THE ROLE OF COMMUNITY NURSING IN PUBLIC HEALTH

Martina Horvat, dipl. m. s., spec.

NIJZ, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja

[martina.Horvat@nijz.si](mailto:martina.Horvat@nijz.si)

#### IZVLEČEK

V prispevku avtorica najprej navede definicije javnega zdravja in patronažnega varstva ter, v luči obeleževanja 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester v Sloveniji, njegov razvoj skozi zgodovino. Predstavi mejnike in dokumente Svetovne zdravstvene organizacije povezane z razvojem patronažnega varstva in dokumente sprejete v Sloveniji, ki opredeljujejo patronažno varstvo in nakazujejo možne smeri razvoja. Patronažno varstvo ima zelo pomembno vlogo v sistemu javnega zdravja, ki se bo s prenovo preventivnih programov še okrepila. V prispevku osvetli pomen patronažnega varstva v okviru javnega zdravja nekoč in danes ter zaključi s predlogom sprememb, ki vodijo v krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju.

**Ključne besede:** patronažno varstvo, razvoj, vloga, javno zdravje, Svetovna zdravstvena organizacija

#### ABSTRACT

In this article, the author at first lists the definitions of public health and community nursing and then describes its development throughout the history in the light of celebration of the 90th anniversary of Nurses and Midwives Association of Slovenia. The article presents milestones and documents of the World Health Organisation and the documents accepted in Slovenia that are connected to the development of community nursing and the possibilities of its further development. Community nursing plays a very important role in the public health system and it will become even more important with restructuring of preventive programmes. This article describes the importance of community nursing as a part of public health in the past as well as in the present and is therefore concluded with a suggestion of changes that could contribute to strengthening of the role of community nursing in public health.

**Keywords:** community nursing, development, role, public health, World health organization

## UVOD

Patronažno varstvo ima v zdravstveni oskrbi posameznikov, družine in skupnosti pomembno vlogo. Skozi zgodovino razvoja so se potrebe ljudi spreminjale, vsebina dela se je temu prilagajala. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu posebno skrb namenjajo ranljivim skupinam prebivalcev. V projektu Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju - Skupaj za zdravje je bila izvedena ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle ter otroke in mladostnike v Sloveniji (Farkaš Lainščak, et al., 2016; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Kot posebej ranjivi so bili najpogosteje omenjani migranti, brezdomci, starejši prebivalci, uporabniki nedovoljenih drog, brezposelni, osebe s težavami v duševnem zdravju, Romi, samozaposleni, osebe z negotovimi prekarnimi zaposlitvami, osebe z različnimi oblikami oviranosti, osebe z več diagnozami, funkcionalno nepismeni oziroma neizobraženi in matere v stiski. Razen velikih javnozdravstvenih problemov, vključno z naraščanjem bremena kroničnih bolezni, se v zadnjem času posebna pozornost posveča tudi vplivu klimatskih sprememb na zdravje, pripravljenosti in odzivu v primeru naravnih katastrof, migrantom ter zagotavljanju zmanjševanja neenakosti in socialne pravičnosti, kar patronažno varstvo postavlja pred vedno nove izzive (Horvat, 2015). Zato bodo morale diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu dejavno prispevati k zmanjševanju neenakosti v zdravju, okrepiti preventivno delovanje in ostale javno zdravstvene aktivnosti. Prevzeti bodo morale tudi nekatere nove (stare) vloge (Farkaš Lainščak, 2016).

### Javno zdravje in medicinske sestre v javnem zdravju

Javno zdravje je znanost in spretnost preprečevanja bolezni, krepitve zdravja in podaljševanja življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe. Poimenovanje stroke, z v svetu vedno širše uveljavljenim izrazom javno zdravje, se je v Sloveniji pričelo uporabljati ob koncu devetdesetih let prejšnjega stoletja. V konceptu novega javnega zdravja namreč ni več le medicina tista, ki skrbi za ohranjanje in krepitev zdravja, pač pa v ospredje stopa multisektorska in s tem multidisciplinarna skrb zanj (Zaletel Kragelj, et al., 2007). Medtem ko je v domači literaturi govora predvsem o javnozdravstveni medicini in njenim odnosom z javnim zdravjem in ostalo medicino (Zaletel Kragelj, et al., 2007; Sočan, 2013), pa Crandallova (1922 cited in Horvat, 2015) v svojem govoru pred Združenjem medicinskih sester države New York oktobra 1921 citira r. Williama H. Welcha, zdravnika, enega od »štirih velikih« ustanovnih profesorjev Johns Hopkins Hospitala, ki je javno povedal, da sta dva izjemna ameriška prispevka k javnemu zdravju in izboljšanju zdravstvenih razmer v svetu Panamski prekop in medicinske sestre v javnem zdravju. V publikaciji Svetovne zdravstvene organizacije Zdravstvena nega v javnem zdravju: preteklost in prihodnost (Public Health Nursing: Past and Future) (World Health Organization, 2001 cited in Horvat, 2016), ki vsebuje pregled literature s področja zdravstvene nege v javnem zdravju, je opisana zapletena terminologija, ki se uporablja pri poimenovanju izvajalcev zdravstvene nege v javnem zdravju

v različnih državah. Raba izraza public health nurse (medicinska sestra v javnem zdravju) ni konsistentna.

## Svetovna zdravstvena organizacija in patronažno varstvo

Letos mineva 40 let odkar je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), s strategijo Zdravje za vse do leta 2000, načrtala pot razvoja zdravstva v Evropi (Filej, 1999). Nova strategija je postala obvezujoča za vse članice SZO leto dni kasneje, na konferenci v Alma Ati leta 1978. Sledilo je oblikovanje 38 ciljev »Zdravje za vse do leta 2000«. Sprejetje Ottawske listine leta 1986 je pomenilo temeljni premik v razumevanju delovanja na področju javnega zdravja, saj paradigmo bolezni zamenja za paradigmo zdravja in blagostanja (Horvat, 2016). Pomembna mejnika za krepitev zdravstvene nege v javnem zdravju in s tem tudi patronažnega varstva sta bila še 1. evropska konferenca o zdravstveni negi leta 1988 in sprejetje Ljubljanske listine leta 1996. V letih 1996–1998 je potekal proces prenove evropske politike Zdravje za vse, ki se je zaključil s sprejetjem zdravstvene politike za Evropo - strategije »Zdravje za vse za 21. stoletje«, načrtane v 21 ciljih (Filej, 1999). Patronažno varstvo ima pomembno vlogo pri uresničevanju strategije pri vsakem od enainvajsetih ciljev. Ljubič in sodelavci (2017) kot pomembne za razvoj patronažnega varstva v Evropi navajajo še Münchensko deklaracijo Medicinske sestre in babice: sila za zdravje ter dokument Družinska medicinska sestra: kontekst, koncept in kurikulum (The Family Health Nurse Context, Conceptual Framework and Curriculum), oba iz leta 2000, Vodnik za oceno zdravstvenih potreb v lokalni skupnosti namenjen družinskim medicinskim sestram (Community health needs assessment: An introductory guide for the family health nurse in Europe) iz leta 2001 in mednarodno študijo ter delavnice SZO Družinska medicinska sestra (Family Health Nurse). Talinska listina, ki jo je leta 2008 sprejela evropska regija SZO, je potrdila usmeritve Ljubljanske listine in jih nadgradila s prepoznavanjem javnega zdravja kot pomembnega dela sistema zdravstvenega varstva (Horvat, 2016). Svetovna zdravstvena organizacija je istega leta objavila poročilo z naslovom Primarno zdravstveno varstvo - danes bolj kot kadarkoli (Primary Health Care – Now More Than Ever), v katerem trideset let po deklaraciji iz Alma Ate ugotavlja, da je zdravstvena oskrba, kljub takrat sprejetim načelom, premalo celostna, preveč medikalizirana in kot taka še pogloblja neenakosti v zdravju (Horvat, 2016). Strategija Svetovne zdravstvene organizacije Zdravje 2020 (Health 2020) se osredotoča na izboljšanje zdravja za vse in zmanjšanje neenakosti v zdravju z izboljšanim vodenjem in upravljanjem za zdravje ter na današnje največje zdravstvene izzive (Horvat, 2016). Najnovejša pomembna dokumenta SZO pa sta Globalne strateške usmeritve dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016–2020 (World Health Organization, 2016) in Poudarjanje vloge patronažnega varstva za zagotavljanje univerzalne zdravstvene zaščite (World Health Organization, 2017).

## Razvoj patronažnega varstva v Sloveniji

Slovenska patronažna služba je ena najstarejših v Evropi. Temelje poklicu patronažnih medicinskih sester v Sloveniji, prvih medicinskih sester, ki so imele pomembno javno

zdravstveno vlogo, je postavila Angela Boškin (1885–1977). Pred 98 leti, sedemindvajsetega januarja 1919, je bila s prvim dekretom o nastanitvi skrbstvene sestre napisanim v Sloveniji in Jugoslaviji imenovana za oskrbno sestro na Jesenicah (Korenčan, 2009). V letih do druge svetovne vojne, ki je v glavnem prekinila delovanje patronažne službe, se je v zdravstvenih domovih izvajalo samo monovalentno patronažno varstvo matere in otroka ter tuberkuloznega bolnika. Vugova (1975) opisuje izreden pomen ustanovitve SZO leta 1948 za razvoj patronažne dejavnosti in vpliv neposredne aktivnosti dr. Andrije Štamparja v SZO na učinkovitejši razmah patronažnega dela pri nas. V letih, ki so sledila, se je počasi uveljavljalo izhodišče, da je družina nedeljiva celota in tako so se od leta 1953 ponovno pričeli ustanavljati centri za polivalentno patronažno službo. Na evropski konferenci medicinskih sester v javnem zdravju, ki je bila v Helsinkih leta 1958, so bili sprejeti koncepti, ki imajo trajno vrednost tudi za patronažno varstvo (Vuga, 1975). Pomemben dokument na tem področju v Sloveniji je nastal v okviru takratnega Zavoda SR Slovenije za zdravstveno varstvo. V Osnutku strokovnih navodil in standardov za izvajanje storitev v patronažni službi (Miloradovič, et al., 1978, p. 2) so avtorice zapisale: »Namen patronažnega varstva je pospeševati zdravstveni napredek naroda s ciljem preprečevanja nastanka bolezni in s skrbjo za bolne in poškodovane. Glavno torišče dela je na primarni in sekundarni prevenciji, ko tudi z zdravstveno-vzgojnim delom prispevamo k dvigu higienskega standarda in utrjevanju protiepidemske miselnosti in ukrepanja.« V omenjenem dokumentu avtorice prvič navajajo kasneje najbolj uveljavljeno definicijo patronažnega varstva v Sloveniji, povzeto po SZO (World Health organization, 1974): »Patronažno varstvo je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja ...«

Za razvoj in krepitev patronažnega varstva v Sloveniji je bilo pomembno sodelovanje v študiji evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije Potrebe ljudi po zdravstveni negi, katere pobudnica je bila Majda Šlajmer Japelj, takratna vodja predsedstva Zveze društev medicinskih sester Jugoslavije in prva predstojnica Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego, ki je nastal v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru. V študiji je sodelovala organizacijsko samostojna služba patronažne zdravstvene nege te ustanove, ki jo je vodila Silva Vuga ter jo razvila v polivalentno strokovno dejavnost za vseživljenjsko spremljanje ljudi v okolju, v katerem živijo. Po njeni zaslugi je patronažno varstvo postalo bistveni del primarnega zdravstvenega varstva v takratni skupni državi, model polivalentne strokovne dejavnosti pa zaradi promocije zdravja in preventive, ki jo je izvajal, pomemben del evropskega modela Družinske zdravstvene nege/zdravstvene nege lokalne skupnosti (Family/Community nursing) (Japelj, 2017).

V Načrtu razvoja patronažne zdravstvene nege, ki je bil priloga dokumenta Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege (Vuga, 1994) je med drugim poudarjeno, da je skrb za zdravje populacije na geografsko določenem območju, po kazalcih epidemiološke



situacije območja in z vidika zdravstvene nege, naloga patronažne medicinske sestre, ki se bo za to nalogo povezovala z zdravniki javnega zdravstvenega zavoda območja in delavci ter organi lokalne samouprave, ki bodo pristojni za vprašanja sociale in zdravstva. Temeljne usmeritve omenjenega programa povzemata tudi dokumenta Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom (Šušteršič, et al., 2006) ter Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Železnik, et al., 2011).

Pomembni podatki za razumevanje razvoja patronažnega varstva so še razmerje med preventivnimi in kurativnimi obravnavami ter kadrovski standardi. Stražar in Šušteršič (1996) sta v analizi podatkov o opravljenih obiskih v patronažnem varstvu v Ljubljani med leti 1984–1993 ugotovili, da je odstotek zdravstveno–socialnih obravnav v patronažnem varstvu pričel upadati. Leta 1993 so predstavljale samo še polovico vseh obravnav, za razliko od leta 1984, ko je bilo takih obravnav kar 66,5 odstotka. Trend upadanja se je nadaljeval in v letu 2015 so preventivne obravnave predstavljale samo še 16,4 odstotka vseh obravnav (Zaletel, et al., 2017). V Planu zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000 (Košir & Mencej, 1993) je bilo v ciljnem standardu za patronažno varstvo družin in nego bolnika na domu predvidenih 1650 prebivalcev ali 515 družin ter v minimalnem 3000 prebivalcev ali 930 družin na medicinsko sestro, usposobljeno za patronažno varstvo. V dokumentih Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom (Šušteršič, et al., 2006), Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (Železnik, et al., 2011) in Modri knjigi standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi (Zbornica – Zveza, 2013) se predvideva 2500 prebivalcev na diplomirano medicinsko sestro, ki je samostojna nosilka dejavnosti patronažnega varstva (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«, 2008) in 5000 prebivalcev na tehnika zdravstvene nege, ki se vključuje v nekatere ponovne kurativne obravnave pacientov po presoji diplomirane medicinske sestre. Iz podatkov v Zdravstvenem statističnem letopisu 2015 je razvidno, da je število prebivalcev na diplomirano medicinsko sestro v patronažnem varstvu znašalo 2996,3 in 17.135,2 prebivalcev na tehnika zdravstvene nege (Zaletel, et al., 2017).

### Nova področja delovanja v patronažnem varstvu

V Sloveniji je od leta 2013 do leta 2016 potekal projekt Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju – Skupaj za zdravje, ki ga je v okviru programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje (Farkaš Lainščak, 2016). Cilj projekta, ki je potekal v treh lokalnih okoljih, je bila nadgradnja preventivnih programov za otroke, mladostnike in odrasle, zmanjševanje neenakosti v zdravju, vključevanje ranljivih skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter krepitev zdravja v lokalni skupnosti. Rezultati projekta so medicinskim sestram, ki delujejo na področju javnega zdravja v Sloveniji, pomagali pri definiranju dodatnih področij delovanja in s tem povezanih novih vlog. V okviru projekta so se za področje patronažnega varstva, kot dobri, izkazali številni novi pristopi tako za odrasle kot za otroke in mladostnike. V okviru Operativnega programa Evropske

kohezijske politike 2014–2020, 9. prednostne osi Socialna vključenost in zmanjševanje tveganja revščine (OP) (Ministrstvo za zdravje, 2017) se bo v letih 2017–2020, izvajal projekt Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnem okolju, ki bo te nove pristope razširil v 25 okolij. Vključeval bo tudi izvajanje dodatnih aktivnosti v patronažnem varstvu. Predvideva se izvajanje obravnav novorojenčkov, dojenčkov in otročnic na domu po posodobljenem programu; izvajanje EPDS vprašalnika (Edinburška lestvica poporodne depresije) pri materah in ustrezno ukrepanje; preverjanje kriterijev ranljivosti pri novorojenčkih, dojenčkih in otročnicah ter izvedba dodatnih patronažnih obiskov; vzpostavitev stika diplomirane medicinske sestre iz patronažnega varstva z neodzivniki na preventivne preglede v referenčnih ambulantah družinske medicine, ugotavljanje vzroka za neodzivnost in izvedba ukrepa glede na ugotovljeni vzrok (izvedba preventivnega pregleda in/ali nemedikamentoznih obravnav v skladu z opredeljenim algoritmom); priprava analize terenskega območja in izvajanje posvetovalnic v lokalnih skupnostih s strani diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu (Farkaš Lainščak, et al., 2015; Mihevc Ponikvar, et al., 2016).

V okviru OP (Ministrstvo za zdravje, 2017) se bo v 18 okoljih izvajal še en, za patronažno varstvo pomemben, projekt »Vzpostavitev interdisciplinarnega celostnega pristopa k odkrivanju in podpori pri opuščanju tveganega in škodljivega pitja alkohola med odraslimi prebivalci« s krajšim naslovom »Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola«. V okviru obeh projektov se bo izvedlo tudi izobraževanje izvajalcev.

Nadgrajeno vlogo patronažnega varstva so raziskovali tudi v mednarodnem projektu Nadgrajena celovita obravnava pacienta (Upgraded Comprehensive Patient Care – CPC+), ki ga je z namenom zmanjševanja oziroma preprečevanja bolezni ter izboljšanja oskrbe izvajal Zdravstveni dom Ljubljana. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so po prilagojenem protokolu referenčnih ambulant na domu obravnavale posameznike starejše od 30 let, ki se iz različnih razlogov niso odzvali na vabilo referenčne ambulante družinske medicine (Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017).

## DISKUSIJA

Patronažno varstvo je že od svojih začetkov v slovenskem prostoru pomemben del zdravstvenega varstva. Zaradi vizionarstva, jasnih ciljev in predanosti profesiji, so cenjene kolegice že pred 60 leti načrtale pot razvoja in model patronažnega varstva, ki ga je povzel tudi evropski urad SZO. Izvajanje preventive na področju duševnega zdravja, odvisnosti, psihosomatskih motenj, kroničnih obolenj, nezgod in nesreč ter preventiva in zgodnje odkrivanje rakavih obolenj ter zdravstvena vzgoja, problem staranja, skrb za bolnike na domu in rehabilitacija, ki so jih kot nove naloge zdravstva sprejeli leta 1958 v Helsinkih, so zasnove za razvoj zdravstvene nege v javnem zdravju in patronažnega varstva (Vuga, 1975). Vse navedeno so Miloradovič in sodelavci (1978) vključili v Osnutek strokovnih navodil in standardov za izvajanje storitev v patronažni službi, ki je utrdil položaj polivalentnega

patronažnega varstva. Patronažno varstvo je skozi proces razvoja in s prenosom izvajanja vseh nalog namenjenih posameznikom, družinam, skupinam in skupnosti na eno terensko medicinsko sestro preraslo v družinsko zdravstveno nego oziroma družinsko patronažno varstvo (family nursing) in zdravstveno nego lokalne skupnosti (community nursing) (Vuga, 2017).

Aktivnosti, ki se izvajajo v okviru patronažnega varstva, so se zaradi naraščanja potreb po zdravstveni negi in zdravljenju v domačem okolju, ki so posledica staranja prebivalstva, novih medicinskih doktrin in posledično hitrejšega odpuščanja iz bolnišnic, z leti zelo spremenile (Horvat, 2011). Obiski opredeljeni v Pravilniku za izvajanje preventive na primarni ravni (1998) se ne izvajajo dosledno tudi zaradi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (2014), ki zelo omejujejo izvajanje preventivnih obiskov v patronažnem varstvu. Da financiranje predstavlja oviro pri uresničevanju enega izmed osnovnih konceptov zdravstvenega doma, to je aktivnega iskanja ogroženih, opisujejo tudi Klančar in sodelavci (2010), ki poudarjajo, da je bila prednost prvih zdravstvenih domov pri nas prav uspešnost pri reševanju zdravstvenih problemov ogroženih skupin prebivalstva s pomočjo pospeševanja zdravja in preventive ter aktivno odkrivanje in zdravljenje nekaterih socialno in okoljsko pogojenih bolezni. Oviro pri krepitvi vloge in poslanstva patronažnega varstva predstavlja kadrovska pokritost, ki komaj ustreza minimalnemu standardu za diplomirane medicinske sestre, predvidenem že pred štiriindvajsetimi leti (Košir & Mencej, 1993). Kurativne obravnave se izvajajo na podlagi delovnega naloga zdravnika, zato diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na njihov obseg ne morejo vplivati, še več, izvesti jih morajo tudi v primeru, ko zanje zaradi predhodne izpolnitve letnega načrta, ne bodo plačane. Povečanje števila diplomiranih medicinskih sester in širitev mreže tehnikov zdravstvene nege tudi v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2017 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017) nista predvidena. Vse to zagotovo ne prispeva k povečanju preventivnih obravnav, dela v lokalni skupnosti in s tem h krepitvi vloge patronažnega varstva v javnem zdravju. S podobnimi težavami se srečujejo tudi v tujini. Jerden in sodelavci (cited in Horvat, 2011) poročajo, da se je tehnika se je v prid kurativi prevesila predvsem zaradi naraščanja izvajanja zdravstvene nege na domu pri starejših ljudeh. Phelan in McCarthy (2016) ugotavljata, da patronažne medicinske sestre dajejo prednost izvajanju medicinsko tehničnih posegov, na račun zmanjševanja obsega preventivnih obravnav in promocije zdravja.

Navedenim dokumentom SZO so sledile nacionalne strategije, državni programi in resolucije sprejete v Sloveniji, ki vključujejo pomembne usmeritve za razvoj področja javnega zdravja ter patronažnega varstva družine in lokalne skupnosti (Horvat, 2016). Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja" (2016), ki opredeljuje tudi nadgradnjo in krepitev patronažne dejavnosti, je Državni zbor RS, na predlog Ministrstva za zdravje RS, sprejel v lanskem letu. Za njihovo dokončno uveljavitev na področju patronažnega varstva pa bi bilo nujno slediti akcijskemu načrtu in urediti pravne podlage.

V projektih, ki se bosta izvajala v okviru Operativnega programa Evropske kohezijske politike 2014–2020 (Ministrstvo za zdravje, 2017), se predvideva izvajanje dodatnih nadgrajenih aktivnosti v patronažnem varstvu (Farkaš Lainščak, et al., 2015; Mihevc Ponikvar, et al., 2016). Zaradi pomanjkanja kadra se lahko zgodi, da vseh načrtovanih aktivnosti, kljub dobrim namenom in kvalitetni vsebini, ki omogoča krepitev vloge patronažnega varstva, ne bo možno izvesti. Pri pacientih, ki ne morejo dostopati do zdravstvenih institucij, lahko v domačem okolju preventivne programe smiselno izvajajo diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Ramšak Pajk in Poplas Susič (2017) navajata še, da je glede na vse navedene prednosti obiska na domu in podpornega delovanja smiselno, da diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu postane pomemben člen pri vodenju posameznika s kronično boleznijo na primarni ravni zdravstvenega varstva predvsem z namenom ohranjanja in vzdrževanja kakovosti življenja posameznika in njegove družine v domačem okolju. To zagotovo pomeni tudi krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju. K temu bo zagotovo pripomogla še predvidena večja podpora komunikaciji, sistematičnemu povezovanju z drugimi izvajalci in dopolnjevanju pri izvajanju preventivnih programov ter njihovimi preventivnimi aktivnostmi v družini in lokalnem okolju, kjer so diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu že od nekdaj pobudnice in koordinatorice obravnave.

## ZAKLJUČEK

Čez dve leti bo minilo 100 let od imenovanja prve skrbstvene sestre, predhodnice patronažnih medicinskih sester v Sloveniji, in 60 let od utemeljitve polivalentnega patronažnega varstva. Pred skoraj 40 leti smo slovensko patronažno varstvo, ki je imelo pomembno vlogo v sistemu zdravstvenega varstva in javnem zdravju, predstavili Svetovni zdravstveni organizaciji, Regionalnemu uradu za Evropo. Kakšen je položaj patronažnega varstva danes? Kljub predvideni nadgradnji izvajanja preventive v nacionalnih projektih se velja vprašati, ali gre za nova področja delovanja, ali za stara na nov način, v drugem času. Raziskati in odpraviti je treba vzroke, ki so povzročili, da se je v zadnjih dveh desetletjih ustavil njegov razvoj in s tem oslabila javnozdravstvena vloga. Vzpostaviti je treba pogoje za povečevanje preventivnih obravnav, promocije zdravja in dela v lokalni skupnosti, kar vključuje tudi doseganje ciljnega kadrovskega normativa. Prednostna naloga odgovornih mora biti zagotovitev podiplomskega izobraževanja s področja patronažnega varstva, ki naj postane pogoj za delo na tem področju. Usmerjenost delovanja patronažnega varstva v dobrobit posameznika, družine in skupnosti, še posebej v ranljive skupine prebivalstva in v subjekte v občutljivih življenjskih obdobjih, mora ostati pomemben element zagotavljanja enakosti v dostopnosti do zdravstvenih storitev. Zato je nujno sprejeti ukrepe na sistemski ravni, ki bodo omogočali nadaljnji razvoj patronažnega varstva in krepitev njegove vloge v javnem zdravju.

## Literatura

Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N. & Vrbovšek, S. eds., 2015. *Program integrirane preventive KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih. Pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnave ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje*. [Elektronski vir]: Ljubljana : Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [http://www.skupajzdravje.si/media/e\\_verzija\\_prirocnik\\_program.integrirane.preventive.knb\\_2015.pdf](http://www.skupajzdravje.si/media/e_verzija_prirocnik_program.integrirane.preventive.knb_2015.pdf) [10. 6. 2017].

Farkaš Lainščak, J. eds., 2016. *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 16–57.

Filej, B., 1999. Zdravje za vse za 21. stoletje. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(3–4), pp. 165–170.

Horvat, M., 2011. Vloga patronažnih medicinskih sester na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. In *Bobnar, A. ed., Dan Stane Kavalič: Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti – iziv za prihodnost*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 60–63.

Horvat, M., 2015. Zdravstvena nega v luči javnega zdravja. In: *Sodobni koncepti cepljenj in preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu: tretja znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov*. [Elektronski vir]. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 29–36.

Horvat, M., 2016. *Analiza vsebin izobraževalnih programov v sloveniji in tujini za izvajanje zdravstvene nege na domu in v lokalni skupnosti: specialistično delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 41–46.

Japelj, M., 2017. Zgodba o začetku – kako je nastal kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. In: *Završnik, J. ed., 60 let zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, pp. 139–141.

Klančar, D., Švab, I. & Kersnik, J., 2010. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 49(1), pp. 37–43.

Korenčan, A., 2009. *Življenje in delo Angele Boškin prve šolane medicinske sestre na slovenskem*. Gorica: Goriška Mohorjeva družba.

Košir, T. & Mencej, M. eds., 1993. *Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo, pp. 132.

Ljubič, A., Clark, D.J. & Štemberger Kolnik, T., 2017. Comparison of family nursing in Slovenia and Scotland: integrative review. *International Nursing Review*, 64, pp. 276–285.

Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Drglin, Z., Rok Simon, M., Mesarič, E. & Dravec, S. eds., 2016. *Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju Zaključno raziskovalno poročilo pilota »Kakovostno starševstvo za zdrav začetek«* [Elektronski vir]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.skupajzdravje.si/media/strokovne.podlage.za.posodobitev.programa.preventivnega.varstva.nosecnic.otrocnic.novorojenckov.in.dojenckov.na.domu.pdf> [10. 6. 2017].

Miloradovič, M., Vuga, S. & Skok, A., 1978. *Osnutek strokovnih navodil in standardov za izvajanje storitev v patronažni službi*. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo.

Ministrstvo za zdravje. *Evropska kohezijska politika 2014 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/za\\_izvajalce\\_zdravstvenih\\_storitev/investicije/evropska\\_kohezijska\\_politika\\_2014\\_2020/](http://www.mz.gov.si/si/za_izvajalce_zdravstvenih_storitev/investicije/evropska_kohezijska_politika_2014_2020/) [17. 6. 2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov. Ocena potreb*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.skupajzdravje.si/media/ocena.potrebds1.pdf> [1. 6. 2017].

Phelan, A. & McCarthy, S., 2016. *Missed Care: Community Nursing in Ireland*. University College Dublin and the Irish Nurses and Midwives Organisation, Dublin.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 85.

*Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, 1998. Uradni list Republike Slovenije številka št.19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09 in 17/15.

Ramšak Pajk, J. & Poplas Susič, T., 2017. Izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu z obiski na domu v okviru projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta: rezultati pilotne raziskave. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 24–33. <https://dx.doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.145>

*Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 72 in 47.

*Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja" (ReNPZV16-25)*, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 25.

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje – Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Stražar, D. & Šušteršič, O., 1996. Razmerje med preventivno in kurativno zdravstveno nego v patronažnem varstvu od leta 1984 do 1993 v Ljubljani. *Obzornik zdravstvene nege*, 30(3–4), pp. 79–88.

Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternej, A. & Brložnik, M., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 247–252.

Vuga, S., 1975. Organizacija patronažne službe. *Zdravstveni obzornik*, 9(1), pp. 18–22.

Vuga, S., 1994. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege, Načrt razvoja patronažne zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 28(1), pp. 6–7.

Vuga, S., 2017. Družinska zdravstvena nega v primarnem zdravstvenem varstvu. In: Završnik, J. ed., *60 let zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca*, pp. 137–138.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zaletel, M., Vardič, D. & Hladnik, M. eds., 2017. *Zdravstveni statistični letopis 2015*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 408. Available at: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2015> [17. 6. 2017].

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017. *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zbornica – Zveza, 2013. *Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

World Health Organization Expert Committee on Nursing, 1974. *Community Health Nursing, Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 558*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2016. *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016 – 2020*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2017. *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage, Human Resources for Health Observer Series No. 18*. Geneva: World Health Organization.

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B. & Vidmar, I., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

# UPORABA NANDA NEGOVALNIH DIAGNOZ PRI OBRAVNAVI STAREJŠIH OSEB V DOMAČEM OKOLJU

## USING NANDA NURSING DIAGNOSES ON ELDERLY IN THEIR HOME ENVIRONMENT

asist. Suzana Zugan dipl. med. ses., mag. zdr. neg.

Srednja šola Izola

suzanazugan@gmail.com

### IZVLEČEK

**Uvod:** Namen prispevka je predstaviti uporabnost negovalnih diagnoz pri starejših osebah v domačem okolju. Negovalne diagnoze so skupni jezik prakse zdravstvene nege, ki omogočajo patronažnim medicinskim sestram obravnavo starejših oseb v domačem okolju ter koordinacijo z različnimi zdravstvenimi in socialno varstvenimi institucijami, s katerimi ustvarjajo podporno mrežo potencialnih ponudnikov storitev v dobrobit starejšim osebam ter njihovo bolj učinkovito in kvalitetno življenje v domačem okolju. **Metode:** Izvedli smo pregled literature. Za iskanje podatkov smo uporabili Medline, PubMed, CINAHL in EBSCOhost ter naslednje besede in besedne zveze: »Nanda nursing diagnoses and community nurse and elderly at home«. Vključitveni kriteriji za našo raziskavo so bili članki v celoti ter starost člankov do deset let. **Rezultati:** Od 64 člankov sta vsem kriterijem zadostila le dva članka, ki spodbujata uporabo negovalnih diagnoz pri delu s starejšimi osebam v domačem okolju. **Diskusija:** Z uporabo negovalnih diagnoz se pospešuje komunikacija med patronažnimi medicinskimi sestrami, pojasnjuje se etiologija potreb po zdravstveni negi, zagotavlja se učinkovito načrtovanje intervencij zdravstvene nege, povečuje se jasnost dokumentacije ter dviguje kakovost zdravstvene nege. Vse to so koristi uporabe negovalnih diagnoz, zato bi bilo smiselno, čim prej, v Sloveniji vzpostaviti enotno uporabo negovanih diagnoz, ki bodo v pomoč patronažni medicinski sestri za samostojno in odgovorno delo s starejšimi, ki živijo doma.

**Ključne besede:** negovalne diagnoze, starejše osebe v domačem okolju

### ABSTRACT

**Introduction:** The purpose of the article is to present the usefulness of nursing diagnoses to the elderly in their home environment. Nursing diagnoses are common language in nursing practice that allow health visitors to deal with elderly people in a home environment and coordination with various health and social institutions, with which creates to the elderly a



supportive system of potential tenderers with services for the benefit of elderly and its efficient and quality of life in home environment. **Method:** We carried out a review of the literature. Medline, PubMed, CINAHL and EBSCOhost were used to find the data. To find literature we used the following words and phrases: »Nanda nursing diagnoses and community nurse and elderly at home«. Inclusion criteria for our research were articles in entirety and articles up to ten years old. **Results:** Of the 64 articles meet all the criteria only two articles, that promote the use of nursing diagnoses in working with the elderly, so that we can introduce individualized approach targeted at the needy and nursing problems of elderly.

**Discussion:** The use of nursing diagnosis encourage communication between nurses, explains the etiology needs for health care, it ensures effective planning of nursing interventions , increases the clarity of documentation and raises the quality of health care. To this purpose, it would make sense, as soon as possible, to establish in Slovenia a uniform application of nursing diagnoses that will help health visitor to independently and responsibly work with elderly living at home.

Keywords: nursing diagnoses, elderly at home

## UVOD

Slovenija sodi med države z vedno večjim številom starejšega prebivalstva (SURS, 2015). Po napovedih se bo slovensko prebivalstvo v primerjavi z evropskim staralo hitreje: leta 2020 bo delež starih nad 65 let presegel 20 %, do leta 2050 pa se bo povečal na 30 %. Znotraj skupine starejših se bo bistveno spremenila tudi struktura, saj bodo živeli dlje, zato naj bi se število Slovencev starejših od 80 let podvojilo že v naslednjih petindvajsetih letih (UNDESA, 2011). Slovenija je po svojih demografskih značilnostih precej podobna ostalim razvitim državam, za katere je značilno, da odstotek prebivalstva v starostni skupini nad 65 let presega 7 % celotne populacije. Slovenija je to mejo že krepko preseгла in se močno približala deležu 20 % starih nad 65 let (Malačič, 2003).

Z demografskimi spremembami se oblikuje nova družba, z njo pa nove okoliščine, zato je okoliščine potrebno prilagoditi spremenjenim potrebam populacije in tudi spremembam prilagojene strokovne dejavnosti, ki terjajo spremembe na področju zdravstvenega in socialnega varstva (Kumer & Črnič, 2011). Evropska socialna listina (Uradni list RS, 1999), v členu o pravicah starejših oseb do socialnega varstva opredeljuje za zagotavljanje učinkovitega uresničevanja pravic, sprejemanje in spodbujanje ukrepov, ki omogočajo starejšim, da ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, kot je mogoče, ter da si svobodno izberejo življenjski slog in živijo samostojno v domačem okolju, tako dolgo kot želijo in zmorejo s pomočjo »zdravstvene nege in storitev, ki jih potrebujejo glede na svoje stanje.« (Kumer & Črnič, 2011). Pri odpravi vseh težav je mnogokrat premalo pomoč

prostovoljca, zato je pri obravnavi starejših oseb v domačem okolju ključnega pomena patronažna medicinska sestra.

Kakovost življenja starejših oseb v domačem okolju je povezana z zadovoljevanjem potreb na različnih področjih. (Maček, et al., 2008). Pri tem imajo glavno vlogo patronažne medicinske sestre, ki se soočajo s specifičnimi potrebami po zdravstveni negi, še posebno takrat, kadar se znajdejo pred zdravstvenimi oziroma socialnimi problemi (Krajnc, 2016). Mnogi so namreč še vedno samostojni in neodvisni, ne potrebujejo podpore in oskrbe, ker so razmeroma zdravi (Čebašek – Travnik, 2011). Patronažne medicinske sestre so edini strokovni sodelavci v sistemu zdravstvenega varstva, ki vstopajo v družino, v najrazličnejših obdobjih človekovega življenja ob tem pa imajo priložnost in nalogo, da dodobra spoznajo ožje in širše bivalno okolje starejših oseb (Krajnc, 2016). Izvajanje aktivnosti po procesni metodi dela, omogoča patronažni medicinski sestri celostno obravnavo starejših oseb v domačem okolju, kjer ugotavlja fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe. Na podlagi pridobljenih podatkov in prepoznanih problemov, postavijo negovalne diagnoze. Negovalne diagnoze so osnova za izbor intervencij zdravstvene nege, ki so usmerjene v doseganje postavljenih ciljev (Železnik, et al., 2008). So skupek podatkov, ki potekajo od prvega stika s starejšimi osebami, ko patronažne medicinske sestre ocenjujejo stanje ter ugotavljajo potrebe po zdravstveni negi (Ščavničar, 1998). Na koncu ugotovijo in zapišejo negovalne diagnoze, ki so ključna faza v procesni metodi dela (NANDA International, 2003). Uporaba NANDA negovalnih diagnoz, omogočajo patronažni medicinski sestri, izvajanje kontinuirane zdravstvene obravnave starejših v domačem okolju ter zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvenega varstva (Carpenito-Moyet, 2010). Z negovalnimi diagnozami je zagotovljena osnova za izbor negovalnih intervencij, da bi se z njimi dosegli negovalni cilji, za katere so odgovorne patronažne medicinske sestre (Ibid). S pregledom literature smo opisali ugotovitve raziskav, ki predstavljajo negovalne diagnoze pri starejših osebah v domačem okolju, s ciljem spodbujanja patronažnih medicinskih sester k uporabi negovalnih diagnoz, saj negovalne diagnoze predstavljajo osnovo procesne metode dela v zdravstveni negi. V Sloveniji so prisotne vse od leta 1982, vendar se do danes stroka še ni opredelila glede rabe negovalnih diagnoz v praksi. Negovalne diagnoze so poenoten zapis, ki pripomorejo k povečanju kakovosti v zdravstveni negi ter nadaljnji kontinuirani zdravstveni obravnavi starejših oseb v domačem okolju.

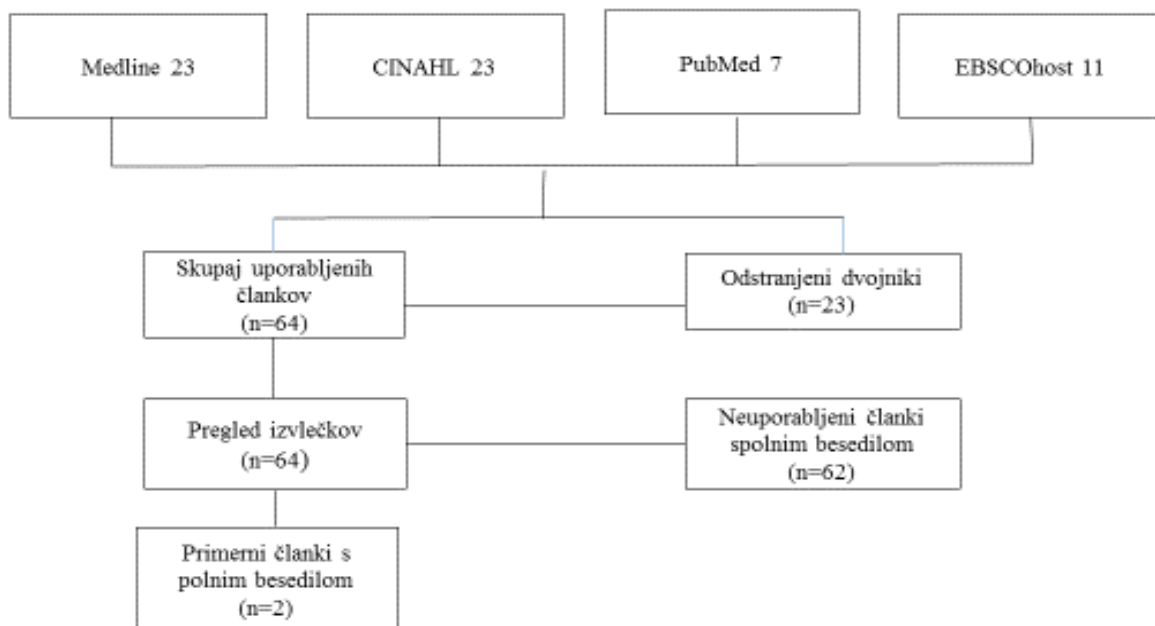
## METODE

V članku je predstavljen pregled literature na področju zdravstvene nege, ki se dotika obravnave starejših oseb v domačem okolju in uporabe negovalnih diagnoz. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače in tuje literature v strokovnih podatkovnih bazah. Iskanje literature je potekalo od februarja 2017 do maja 2017 s pomočjo baz podatkov, ki so relevantne za razumevanje negovalnih diagnoz pri starejših osebah v domačem okolju: Medline, PubMed, CINAHL in EBSCOhost. Strategija iskanja literature je

povezana s cilji raziskave: opisati uporabnost negovalnih diagnoz v domačem okolju ter pomembnost zapisa za kakovost zdravstvene nege in nadaljnjo kontinuirano obravnavo starejših oseb v domačem okolju. Za iskanje literature smo uporabili naslednje besede in besedne zveze: »Nanda nursing diagnoses and community nurse and elderly at home«. Izpis zadetkov je bil v znanstvenih bazah omejen z zahtevami: znanstvene revije, recenzirani članki in celotno besedilo. Pri tem smo postavili časovno omejitev objave dela na deset let, od leta 2006 do 2016.

## REZULTATI PREGLEDA

V prvi fazi iskanja literature v angleškem jeziku smo ugotovili, da je raziskav na področju obravnave starejših oseb v domačem okolju z uporabo negovalnih diagnoz, zelo malo. V skladu s cilji znanstvenega pregleda smo z namenom ožjenja izbora del v predstavljenih bazah podatkov in brskalniku uporabili naslednje kriterije: naslov dela; omejitev rezultatov izbora na dela, ki imajo izraze Nanda nursing diagnoses in community nurse in elderly at home v samem naslovu; tip znanstvenega dela: sistematični pregled (systematic review); vključili smo raziskave, ki nanašajo na starejše osebe, stare 65 let in več. Tako smo na podlagi ključnih besed dobili skupaj naslednje zadetke; Medline 23, CINAHL 23; PubMed 7 in EBSCOhost 11 zadetkov. V nadaljevanju smo izključili dokumente, ki niso vključevali raziskovalne metodologije ter članke, ki niso bili dostopni v celoti.



Slika 1 Prikaz postopka pregleda literature

Na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev (Tabela 1) smo v končni pregled literature od skupno 64 dobljenih zadetkov vključili 2 zadetka (Slika 1). Omejitve pričujoče raziskave lahko predstavlja majhno število izvedenih raziskav na pričujočem področju raziskovanja.

Tabela 1 Prikaz vključitvenih in izključitvenih kriterijev

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Članki napisani v slovenskem ali angleškem jeziku	Članki, ki niso napisani v slovenskem in angleškem jeziku
Članki stari manj 10 let in man	Članki starejši od deset let
Dostopen članek v celoti	Dostopen samo povzetek članka
Raziskovalni članki in monografije z recenzijo	Dokument za razpravo, pregled literature, uredniški prispevek
Pregledni znanstveni članki	
Literatura, ki je povezana s temo pregleda	Prispevki, ki niso direktno vezani na temo pregleda
Prisotnost besede NANDA negovalne diagnoze in patronažna medicinska sestra in starejše osebe v domačem okolju v naslovu ali ključnih besedah	Literatura o negovalnih diagnozah, ki se nanašajo na starejše osebe 65 let in manj

## REZULTATI

Rezultati kvalitativnega pregleda literature so v skladu s cilji pregleda razvrščeni v dve pomenske kategorije: i) standardiziran jezik za kakovost zdravstvene nege: povzema in razlaga pomembnost negovalnih diagnoz; ii) uporaba negovalnih diagnoz za nadaljnjo kontinuirano obravnavo starejših oseb v domačem okolju: enoten zapis za sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi in socialno varstvenimi institucijami. Pregled virov temelji na temeljnih znanstvenih delih, ki opisujejo in razlagajo koncept, na znanstvenih preglednih prispevkih, ki sistemizirajo spoznanja ter omogočajo nadgradnjo razumevanja koncepta, na delih, ki poročajo o validaciji instrumenta uporabe negovalnih diagnoz v domačem okolju starostnika, in na delih avtorjev in avtoric s področja znanstvene nege, ki opisujejo in razlagajo pomen uporabe negovalnih diagnoz pri starejših osebah v domačem okolju v zdravstveni negi.

Na podlagi ugotovitev, v pregled vključenih raziskav, smo oblikovali pregledno tabelo, prikazano v Tabeli 2. Primerni raziskavi proučujeta smiselnost uporabe negovalnih diagnoz kot standardiziran jezik v zdravstveni negi starejših oseb ter koristi uporabe negovalnih diagnoz za nadaljnjo kontinuirano zdravstveno obravnavo starejših oseb v domačem okolju.

Tabela 2 Prikaz ustreznih raziskav

Avtor, leto izdaje	Namen raziskave	Oblika raziskave	Zbiranje podatkov, analiza podatkov	Lastnosti vzorca (starostnik 65 let in več)	Ključne ugotovitve
Kumar CP et al. (2007)	Prikazati uporabo teorije Orem in standardiziran jezik zdravstvene nege v študiji primera ženske s sladkorno boleznijo tipa 2	Študija primera	Julija do septembra 2007	Predstavitev študije primera na primeru ženske 65 let s sladkorno boleznijo tipa 2	Standardiziran jezik zdravstvene nege izboljša komunikacijo med medicinskimi sestrami da samostojno upravlja kronične bolezni npr: sladkorno bolezen.
Lopez Pisa RM et al. (2012)	Predstaviti primer 76 let starega pacienta s sladkorno boleznijo, ki sodeluje v programu »Nege na domu«	Študija primera	Avgusta 2012, na domu pacienta	76 let star pacient, ki živi doma	Z uporabo NANDA diagnoz do boljših ciljev in rezultatov. Težavne in zapletene situacije včasih presegajo sposobnost medicinske sestre v lokalni skupnosti. Z uporabo negovalnih diagnoz lahko do integriranega multidisciplinarnega pristopa

### Negovalne diagnoze kot standardiziran jezik zdravstvene nege

Uporaba standardiziranega jezika ni nekaj, kar je narejeno samo zato, ker bi bilo koristno za druge, ima daljnosežne posledice, ki bodo pomagale pri izvajanju zdravstvene nege in dokazujejo kakovost zdravstvene nege v vseh okoljih. Uporaba negovalnih diagnoz v zdravstveni negi zagotavljajo individualni pristop, sistematičnost dela ter kakovost storitev zdravstvene nege. Omogočajo boljšo komunikacijo, večjo prepoznavnost intervencij zdravstvene nege, boljšo oskrbo, okrepljeno zbiranje podatkov za oceno stanja, upoštevanje standardov zdravstvene nege ter osnovo za nadaljnje raziskovanje (Johnson, et al., 2006). Zaradi večje prepoznavnosti zdravstvene nege morajo patronažne medicinske sestre izraziti to kar delajo. Velikokrat patronažne medicinske sestre uporabljajo za ustno poročanje, pri delu s starejšimi osebami v domačem okolju, neformalne zapiske, zato je njihovo delo nevidno.

Uporaba negovalnih diagnoz za kontinuirano zdravstveno obravnavo starejših oseb v domačem okolju

Negovalne diagnoze nam omogočajo boljše povezovanje različnih izvajalcev, zagotavljajo strokovno podporo, spodbujajo aktivno vlogo starejših v domačem okolju ter izboljšajo kontinuiteto obravnave, ki prispeva k večji samostojnosti in kakovosti življenja. Pri starejših osebah v domačem okolju je zelo izražena mnogovrstnost potreb. Zato je za celostno obravnavo potrebna učinkovita horizontalna in vertikalna povezava služb in izvajalcev zdravstvenih in socialnih storitev (Leichsenring, 2004). Z enotnim standardiziranim jezikom, bodo patronažne medicinske sestre lahko komunicirale med seboj in drugimi deležniki v skrbi za starejše osebe s ciljem boljše obravnave starejših oseb v domačem okolju.

## DISKUSIJA

Ob pregledu literature smo ugotovili, da raziskave, ki proučujejo uporabo NANDA negovalnih diagnoz pri starejših osebah v domačem okolju je zelo malo. Večina raziskav, je vezana na kronična obolenja pri starejših, predvsem v bolnišničnem okolju, domovih upokojencev ali učnih bolnišnicah. Pregled dosedanjih raziskav, ki so bile opravljene v bolnišnicah in domovih upokojencev dokazujejo, da z uporabo negovalnih diagnoz medicinske sestre lahko ugotavljajo potrebe pri pacientih, načrtujejo in izvajajo negovalne intervencije ter ugotavljajo uspešnost in učinkovitost posameznih negovalnih diagnoz (Cavalcante, et al., 2011, de Araho Saldanha, et al., 2013). Uporaba standardiziranega jezika in dokumentiranje zdravstvene nege omogoča odsev v praksi in kakovost zdravstvene nege (Vegas, et al., 2010, Chaves, et al., 2011). Prav tako je visoko število negovalnih diagnoz pokazalo nujnost uporabe kot orodje za izboljšanje obravnave pacienta (Lopes da Silva, et al., 2014). V učnih bolnišnicah so negovalne diagnoze pokazale koristi za identifikacijo problemov ter uporabnost negovalnih diagnoz, ki pripomorejo k razvoju znanj ter preizkušanje v kliničnem okolju za potrebe medicinskih sester (Guedes, et al., 2010, Scherb, et al., 2011). Prva predstavljena raziskava (Kumar, et al., 2007), ki ustreza starejšim osebam v domačem okolju, želi prikazati uporabo teorije Orem in standardiziran jezik zdravstvene nege v študiji primera ženske s sladkorno boleznijo tipa 2. Ključne ugotovitve raziskave so standardiziran jezik zdravstvene nege; negovalna diagnoza, ki izboljša komunikacijo med medicinskimi sestrami za samostojno delo s kroničnimi pacienti. Predstavljena raziskava (Lopez Pisa, et al., 2012) predstavlja primer 76 let starega pacienta s sladkorno boleznijo, ki sodeluje programu »Nege na domu«.

Obe raziskavi, ki sta bili izvedeni v domačem okolju starejših oseb želita predstaviti pomembnost uporabe negovalnih diagnoz, pri načrtovanju zdravstvene nege v okviru procesnega pristopa. Vsebinska enotnost zabeleženega je temelj kakovostne zdravstvene nege, z negovalno diagnozo je zagotovljena osnova za strukturiranje strokovnega znanja in standardiziranja, prav tako omogoča medicinski sestri izvajanje kontinuirane obravnave pacienta ter zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

## ZAKLJUČEK

Negovalne diagnoze so integralni del zdravstvene nege že več kot 40 let. Pred uporabo negovalnih diagnoz so patronažne medicinske sestre opisovale probleme pacientov brez uporabe standardiziranega jezika. V negovalni dokumentaciji zdravstvene nege ni bilo mogoče najti znakov in simptomov, negovalne intervencije in izidi so bili dokumentirani redko in velikokrat nepravilno. Veliko medicinskih sester ni osvojilo uporabe standardiziranega jezika v zdravstveni negi (Müller - Staub, 2009). Različni avtorji pravijo, da je izobraževanje medicinskih sester o tvorjenju negovalnih diagnoz nujno potrebno (Müller - Staub et al., 2007). Raziskovanje in uporaba negovalnih diagnoz je patronažnim medicinskim sestram in ostalim zdravstvenim delavcem lahko v veliko pomoč pri delu s starejšimi osebami v domačem okolju, tako glede fizioloških, psiholoških, duhovnih in socialno-ekonomskih dejavnikov. Zato je v Sloveniji smiselno vzpostaviti enotno uporabo negovanih diagnoz, ki bodo v pomoč patronažnim medicinskim sestram za samostojno in odgovorno delo s starejšimi, ki živijo doma.

## Literatura

- Carpenito-Moyet, J., 2010. Invited Paper: Teaching Nursing Diagnosis to Increase Utilization After Graduation. *International Journal of Nursing Knowledge*, 21(3), pp. 124–133
- Chaves, ECL., et al., 2011. Efficacy of different instruments for the identification of the nursing diagnosis spiritual distress. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), pp. 902–910.
- Čebašek – Travnik, Z., 2011. *Brezplačni bilten Varuha človekovih pravic Republike Slovenije*, pp. 14.
- Sa, D., Cavalcante, D., Morato Stival, M. & Ramos de Lima, L., 2011. *Nursing clinical trial in patients on hemodialysis. Journal of Nursing*, 5(2), pp. 165–173.
- ePlatforma za izobraževanje odraslih v Evropi. Statistični urad Republike Slovenije, 2015. *European Commission. EPALÉ*.
- Guedes, NG., et al., 2010. Prevalence of sedentary lifestyle in individuals with high blood pressure. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, 21(2), pp. 50–56.
- Johnson, K., et al., 2006. A nurse-driven system for improving patient quality outcomes. *Journal Nurse Care Quality*, 21(2), pp. 168–75.
- Krajnc, A., 2016. *Patronažne medicinske sestre so v paliativni oskrbi nepogrešljive. Utrip - oktober 2016*, pp. 26–27.
- Kumer, P. & Černič, B., 2011. *Na pragu novih demografskih sprememb. Geografski obzornik*, 58(3), pp. 4–12.
- Kurashima, S., Kobayashi, K., Toyabe. & Akazawa, K., 2008. Accuracy and efficiency of computer-aided nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 19(3), pp. 95–101.
- Leichsenring, K., 2004. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4(10).
- Lima, FET., et al., 2012. Implementation of nursing process to patients with chronic renal failure on hemodialysis treatment. *International Journal of Nursing*, 6(9), pp. 2167–2176.

- Lopez Pisa, RM. & Prats Guardiola, M., 2012. Joint home follow-up of a patient with complicated diabetes mellitus by the case manager and the community nurse. *Enfermería Clínica*, 22(1), pp. 46–50.
- Lopes da Silva, LE., et al., 2014. Nursing process in the context of respiratory disease: care implications in critical patient. *Journal of Nursing UFPE on line*, 8(8), pp. 2746–2753.
- Maček, B., Skela Savič, B. & Zurc. J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzor Zdr N*, 45 (3), pp. 181–7.
- Malačič, J., 2003. Staranje prebivalstva Slovenije po projekcijah prebivalstva 2001-2036; Naravna rast nasproti celotni rasti prebivalstva. *Zbornik 13. mednarodnega statističnega posvetovanja. Radenci*.
- Müller-Staub, M., Reithmayer, A., & Hofstetter, D., 2009. DRG--nursing diagnoses as an opportunity. *Krankenpfl Soins Infirmität*, 102(11), pp. 18–21.
- Müller-Staub, M., et al., 2007. Nursing diagnoses, interventions and outcomes--application and impact on nursing practice: a systematic literature review. *Pflege*, 20 (6), pp. 352–71.
- Pravica starejših oseb do socialnega varstva, 1999. Uradni list Republike Slovenije št. 24.
- Saldanha, EA., et al., 2013. Defining characteristics present in patients receiving post-operative care after prostatectomy: a transversal study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(3), pp. 442–450.
- Scherb, CA., et al., 2011. Most Frequent Nursing Diagnoses, Nursing Interventions, and Nursing-Sensitive Patient Outcomes of Hospitalized Older Adults With *Heart Failure: Part 1. International Journal of Nursing Knowledge*, 22(1), pp. 13–22.
- Ščavničar, E., 1998. Negovalna diagnoza. *Obzor Zdr N: 32 (3/4)*, pp. 167–172.
- Kumar, CP., 2007. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. *International Journal of Nursing Knowledge*, 18(3), pp. 103–10.
- UNDESA 2011: Population devision, polulation estimates and projections section. Available at : [http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel\\_population.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm) [10. 7. 2017].
- Vegas, L., et al., 2010. An analysis of nursing diagnoses for patients undergoing procedures in a Brazilian interventional radiology suite. *AORN J*, 91(5), pp. 544 –573.
- Železnik, D., et al., 2008. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*.



# VLOGA MEDICINSKE SESTRE V PATRONAŽNI DEJAVNOSTI V PALIATIVNI OBRAVNAVI

## THE ROLE OF COMMUNITY NURSE IN PALLIATIVE CARE

Dea Hudarín Kovačič, dipl.babica  
Zdravstveni dom Velenje

dea.hudarin@zd-velenje.si

### IZVLEČEK

Paliativna oskrba je aktivna celostna obravnava pacientov z neozdravljivo boleznijo in podpora njihovim bližnjim. Osnovno paliativno oskrbo lahko učinkovito nudi izbrani družinski zdravnik skupaj z medicinsko sestro v patronažni dejavnosti. Namen prispevka je predstaviti primer dobre prakse paliativne oskrbe na pacientovem domu in pomoč svojcem pri umiranju bližnjega. Ob koncu življenja postaja umiranje daljše in bolj zapleteno, zato družine ob današnjih zaposlitvah težko podpirajo svoje bližnje ob koncu njihovega življenja na načine kot so to uspele v preteklosti. Odločilno vlogo tu odigra timsko delo, kontinuirana oskrba, dobra komunikacija in izobraževanja za vse zdravstvene delavce, ki se srečujejo s pacienti z napredovalo kronično neozdravljivo boleznijo.

Ključne besede: smrt, paliativna oskrba, patronažna zdravstvena nega, umiranje

### ABSTRACT

Palliative care is an active holistic treatment of patients with an incurable disease and support for their loved ones. A family physician and community nurse can effectively provide the basic palliative care at home. The purpose of this paper is to present an example of good palliative care practice at the patient's home and helping relatives in dying of their loved ones. At the end of life, dying becomes longer and more complicated, so families with today's jobs can hardly support their loved ones at the end of their lives in ways that have succeeded in the past. Teamwork, continuity of care, good communication and training play a decisive role for all healthcare professionals who encounter patients with advanced chronic incurable disease.

Keywords: death, palliative care, community nursing, dying

### UVOD

V slovenskem prostoru si počasi utira pot paliativna oskrba na domu kot področje celostne oskrbe neozdravljivo bolnih in umirajočih. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je tista, ki po odpustu pacienta iz bolnišnice običajno pride prva v družino, oceni

potrebe pacienta in svojcev, se takoj poveže z družinskim zdravnikom in pripravi načrt paliativne zdravstvene nege. Obravnava mora potekati neprekinjeno ne glede na to, kdaj in kje je pacient oskrbovan. V družini je prisotna več ur tedensko, zato je povezovalni člen med družino, zdravnikom in ostalimi člani tima. Ob iztekajočem življenju si vsak človek želi, da mu je zagotovljena najboljša kakovost življenja, dostojanstvo, spoštovanje in upoštevanje njegove volje. Z zdravstvenega stališča to pomeni, da se zagotavlja multidisciplinarna podpora pri vseh tistih aktivnostih, ki jih uporabnik potrebuje in to imenujemo paliativna oskrba. Namen prispevka je predstaviti vlogo patronažne medicinske sestre v paliativni obravnavi pacienta. Pomembno je aktivno sodelovanje paliativnega tima, ker le tako lahko zagotovimo dostojno umiranje pacientov na njihovem domu.

## Paliativna obravnava pacienta na domu

Paliativna oskrba je v Sloveniji organizirana sporadično v posameznih zdravstvenih ustanovah, v slovenskem zdravstvenem sistemu kot celoti še ni urejena, paliativnih oddelkov v bolnišnicah in v domovih starejših občanov ni, celostno paliativno oskrbo na domu trenutno izvaja le slovensko društvo hospic (Lunder & Logar, 2003). Paliativna oskrba je dokazano učinkovita, organizirana mora biti tako, da je dostopna vsem, ki jo potrebujejo, ne glede na diagnozo, spol, starost ali prepričanje (Higginson, 1999). Pomen paliativne oskrbe iz leta v leto narašča, ne le v tujini, temveč tudi v Sloveniji (Lunder & Logar, 2003). Paliativna oskrba zajema telesne, psihološke, socialne in tudi duhovne potrebe bolnika in njegovih svojcev. Paliativna zdravstvena nega mora biti stalna in usklajena ob medsebojnem sodelovanju strokovnjakov različnih strok, pa tudi individualna, prilagojena stanju bolezni in odločitvam posameznika (Červ, 2005). Vug (1992) pravi, da je osnovna metoda dela, po kateri deluje medicinska sestra, proces zdravstvene nege, se pravi metoda sistematične zdravstvene nege. Po tej metodi deluje medicinska sestra tudi takrat, kadar neguje paciente in se posveča terminalni negi pacienta. Medicinska sestra v patronažni dejavnosti je zdravstveni delavec, ki pomaga posameznikom in družinam obdržati zdravje, premagovati bolezen, nuditi pomoč kronično bolnim in rizičnim varovancem z obiskovanjem na njihovih domovih in lokalnih skupnostih (Geč, 2001). Od vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri oskrbi pacienta v terminalni fazi na pacientovem domu, je patronažna medicinska sestra tista, ki z umirajočim pacientom prebije največ časa (Vrtovec, 2010). Pacienta obišče kot starostnika z njegovimi težavami, ki morda lahko privedejo do neozdravljive bolezni. Takrat deluje preventivno v smislu učenja zdravega načina življenja in preprečevanja bolezni. Spozna ožje in širše bolnikovo okolje ter zdravstveno- vzgojno deluje nanj in njegovo družino. Vse to se pogosto dogaja mnogo prej, ko nastopi potreba po sami paliativni zdravstveni negi, pa vendar se marsikdaj že tu paliativna zdravstvena nega začne. Tako vidimo, da sta paliativna in patronažna zdravstvena nega neločljivi (Krajnc, 2013).

Ko se bolezen slabša in napreduje in ko se zaključi bolnišnično zdravljenje, medicinska sestra v patronažni dejavnosti obišče umirajočega pacienta na njegovem domu na osnovi delovnega naloga, ki ga izda zdravnik specialist ali pacientov osebni zdravnik. Izvaja

medicinsko-tehnične posege po naročilu zdravnika, sama pa ugotavlja ostale pacientove potrebe glede paliativne zdravstvene nege na domu (Vrtovec, 2009). Ko ugotovi stanje pacienta, postavi negovalno diagnozo, naredi skupaj z pacientom, če je to mogoče, ustrezen načrt zdravstvene nege in si postavi cilje, začne vse to tudi izvajati in sproti vrednotiti. Glavna naloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti ob umirajočem pacientu in njihovih svojcih je zdravstvena nega in aktivna celostna oskrba s strokovnim in srčnim, človeškim pristopom z namenom kakovostnejšega preostalega življenja. Medicinsko sestro v patronažni dejavnosti zavezuje, da umirajočega pacienta seznanj s pravicami umirajočih, katerih lista je bila sprejeta na generalni skupščini Združenih narodov leta 1975 (Hoff, 1989). Ne glede na spremembe in možnosti upanja ima umirajoči pravico, da z njim ravnamo kot s človeškim bitjem vse do zadnjega diha. Ima pravico da svobodno izpove svoj nemir pred smrtjo in da z njim upajo vsi tisti, ki ga negujejo. Zdravi in neguje ga strokovno osebje, glede zdravljenja ima pacient pravico o soodločanju, čeprav je vsem jasno, da umira. Umirajoči ima pravico, da ne umre osamljen, da se mu lajšajo bolečine, da se mu na vprašanja iskreno odgovarja in da ga nihče ne slepi. Pravico ima tudi, da mu drugi pomagajo, da bi on in njegovi najbližji sprejeli njegovo smrt. Pravico ima, da umre mirno in dostojno človeka, da ohrani svojo osebnost in da ga nihče ne obtožuje, če se ne strinja z njegovim prepričanjem. Pri umiranju sme izpovedati svoje versko prepričanje in prejeti, kar mu narekuje vera. Po smrti se njegovemu telesu izkazuje dolžno spoštovanje. Pravico ima tudi, da ga negujejo rahločutne in strokovne osebe, ki so sposobne razumeti vse njegove želje, medtem ko bo pomirjen zrl smrti v oči (Klevišar, 2006).

Medicinska sestra v patronažnem varstvu je koordinator, ki pomaga kronično bolni osebi na domu. Nudi strokovno pomoč, izvaja patronažno zdravstveno nego kronično bolnih in umirajočih na domu. Pomaga s strokovnimi nasveti celotni družini in lokalni skupnosti. Medicinske sestre smo že po naravi dela največ časa s pacientom, zato lahko najprej opazimo in aktiviramo mehanizme, ki doprinesejo k izboljšanju počutja pacienta, s tem pa seznanimo tudi njegove svojce. Le dobra komunikacija prinese želene rezultate. Wolf (2004) meni, da je naše ključno delo odkrit in umirjen pogovor, za katerega si je potrebno vzeti dovolj časa. Medicinske sestre v patronažnem varstvu se ne morejo izogniti smrti in umiranju pacienta, kar pomeni, da je zdravstvena nega umirajočega ter hkrati vez z njegovimi svojci ena najtežjih poklicnih izkušenj, ki jih ima na svojem področju delovanja (Brumec, 2002).

### Praktični primer paliativne zdravstvene nege na pacientovem domu

Oskrbovali smo 62-letno pacientko N.G. z diagnozo karcinom desne dojke postavljeno leta 2003, pri kateri je 5 let kasneje prišlo do recidiva. Leta 2010 je imela operacijo desnega kolka, zaradi padca. Leta 2011 je prišlo do difuznega razsoja v skelet. Nato je sledilo paliativno obsevanje torakalne hrbtenice, desne stegnenice in desnega humerusa. Konec novembra 2014 pa je gospa preminula na svojem domu ob prisotnosti moža.

Avgusta 2014 sem gospo pričela obravnavati kot paliativno pacientko. Gospa je bila takrat še pokretna, šepajoča, shujšana in kardiorespiratorno kompenzirana. Živela je z možem v pritličnem stanovanju, imela je sina, ki je mamo obiskoval občasno, vendar ga jaz nisem imela možnosti spoznati. V času paliativne obravnave sem kot patronažna medicinska sestra, skupaj z osebnim zdravnikom dobro sodelovala z njenim možem, saj ji je bil dober spremljevalec v teh težkih trenutkih.

Pri pacientki je bil takrat zaključen 1. cikel biološkega zdravljenja, zaradi napredovanja bolezni. Zdravilo je dobro prenašala. Zaradi bolečin in otekanja desne noge je prejela protibolečinsko terapijo (Durogesic, Abstral) ter protitrombotično zaščito (Fragmin). Trudila se je, da je bila pri svojih življenjskih aktivnostih samostojna in neodvisna. Dneve sta si z možem krajšala z občasnimi sprehodi z invalidskim vozičkom, veselje v hišo pa jima je prinašala psička po imenu Jagoda. Žal pa se je njeno zdravstveno stanje hitro slabšalo in zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja je bila septembra sprejeta na onkološki inštitut. Tedaj so bile v ospredju težave z bolečinami v desnem stegnu, prisoten limfedem spodnje okončine, od desne ingvinalne regije do zgornjih 2/3 stegna je bila prisotna limfangiokarcinomatозна koža in podkožje. Koža je bila ingvinalno trša, pokrita z mehurji, mestoma razprta, prisotne so bile tudi kraste. S strani patronažne službe smo izvajali vsakodnevne toalete in preveze ran in poškodovane kože. Še naprej je predpisano terapijo. Ves ta čas je imela nekoliko slabši apetit, prebava je bila urejena, težav z dihanjem ni imela.

Na konziliju se skupaj z gospo odločijo za paliativno obsevanje, kjer je bilo razraščeno področje s tumorskimi celicami, ki pa je bilo izključno protibolečinsko. Prišel je oktober in z njim popolna nepokretnost gospe. Bila je odvisna od moža in medicinske sestre v vseh življenjskih aktivnostih. Skupaj smo se odločili, da gospo premestimo v bolniško posteljo z antidekubitusno blazino. Bolečina je napredovala, gospa je bila kahektična, težave je imela z odvajanjem vode, saj se je infiltrat širil tudi proti zunanemu spolovilu, zato ji uvedejo stalni urinski kateter. Blato je redno odvajala, bila je še pogovornljiva, orientirana, afebrilna. V času obsevanja karcinomatözne kože in bezgavk, se zaradi hudih bolečin protibolečinski tim bolnišnice odloči za uvedbo elastomerske črpalke, po kateri pride do znatnega zmanjšanja bolečin. Ob prebijajoči bolečini ji uvedejo še dodatna zdravila (Sevredol) po potrebi. Za izboljšanje apetita naj bi prejela Megace sirup, katerega pa ni želela jemati. Borila in trudila se je za dober vnos hrane in tekočine v telo, tudi s prehranskimi dodatki (ProSure). Pri vsem tem pa jo je ves ta čas negoval, kuhal, pospravljaj, bodril in skrbel za njeno udobje in toplino njen mož, s pomočjo vsakodnevnih obiskov medicinske sestre v patronažni dejavnosti. Pred izrazitim poslabšanjem je imela veliko obiskov, v tem obdobju pa si ni želela več komunikacije s širšim okoljem, veselila se je le obiskov sina ob koncu tedna. Ponudila in razložila sem jim tudi pomoč preko društva Hospic, vendar se zato nista odločila.

Patronažni obiski pri pacientki so bili dolgi: kontrola in menjava elastomerske črpalke, umivanje in nega telesa, aplikacija Fragmina, bilanca tekočine, menjave urinskega katetra in urinske vrečke, toaleta in preveze limfangiokarcinomatözne kože in podkožja ter preležanine

na sakralnem predelu, nadzor in obvladovanje bolečine, ustna nega, pogovori, nasveti. Zaradi karcinomatозne kože je bil v stanovanju prisoten zelo močan vonj, ki je pacientko strašno motil, saj je bil izrazit še posebej med izvajanjem prevez, zato nas je spodbujala, naj si nataknemo masko. V nekem primernem trenutku sem predlagala, da bi na hodniku prižgali dišečo svečo, saj sem opazila, da jih je gospa v predhodnem obdobju veliko uporabljala. Zadeva se je dobro odnesla. V veliko oporo ji je bil tudi osebni zdravnik, saj jo je spremljal s hišnimi obiski. Opazila sem tudi vmesno fazo jeze, zanikanja do končne faze sprejetja. Z možem sva ostala mirna in sva na gospo poskušala delovati pomirjevalno. Moža sem podprla, mu razložila, da ni njena jeza namenjena njemu, ampak na trenutno situacijo oziroma dogajanje. Tu se je videlo njeno odražanje čustev, ki pa so čisto opravičene reakcije umirajočega.

Z osebnim zdravnikom in možem smo se trudili, da pacientki življenja nismo podaljševali za vsako ceno. Lajšali smo najbolj moteče simptome, na prvem mestu bolečino. Dajali smo ji psihično in socialno podporo v smislu zmanjševanja strahu pred smrtjo. Upoštevali smo želje in ohranjali njeno dostojanstvo, dajali oporo v oskrbi in občutku varnosti.

Čas, ki je pretekel od postavitve diagnoze, pa do smrti pacientke ima zame pomembno in najtežjo vlogo. Gospa je umrla doma, ob prisotnosti moža. Par minut po njeni smrti sem vstopila v stanovanje, kjer sem zagledala moža. Ni bil čisto siguren da je žena umrla, pa čeprav je bilo res. Bil je miren, malo pretresen, pa vendar odločen, da skupaj dostojno urediva in se posloviva od gospe.

Vedela sem, da mu žalosti ne morem odvzeti. Skušala sem ga na primeren način pripraviti na izgubo žene, ga tolažila, stisnila roko, ga pogledala, objela, enostavno s tem, da sem bila prisotna. Gospoda sem obiskala čez 1 mesec po smrti njegove žene. Za gospoda je bilo to težko obdobje žalovanja. Do njega sem se vedla taktno in sočutno. Bil je hvaležen za vso podporo in pomoč, ki sem mu jo nudila. Dneve si je krajšal s sprehodi njune psičke Jagode. Še danes ko se srečava mi vedno pomaha v pozdrav in takrat vem, da sem svoje delo opravila dobro. Od njiju sem se naučila veliko. Dobre komunikacije, medsebojnih odnosov, kaj je v življenju bistvenega.

## DISKUSIJA

Osnova za vsako medicinsko sestro v patronažni dejavnosti je poznavanje paliativne oskrbe in razumevanje procesa umiranja. Pacienta s pravilno terapevtsko komunikacijo in svojo tankočutnostjo pripravi do odprtega pogleda na smrt, saj se patronažna zdravstvena nega in paliativna zdravstvena nega med seboj nenehno prepletata. Paliativna oskrba predstavlja pomemben sestavni del zdravstvenega varstva, saj so pozitivni učinki paliativne oskrbe znanstveno dokazani. Zdravstveni delavci potrebujejo znanje in veščine paliativne medicine, saj so sestavni del vsakodnevnega dela številnih zdravstvenih delavcev. Sam namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacienta in njegovih svojcev z različnimi

ukrepi, zato, da jim zagotovimo ustrezno prepoznavo, oceno in tudi obravnavo problemov, ki se pojavijo (Hlade, 2010). Moram reči, da si paliativna oskrba na pacientovem domu, počasi utira pot vse višje in jasno so vidni premiki v smeri doseganja najvišjih ciljev v odnosu do umirajočega. In veliko vlogo na primarni ravni imajo specialisti družinske medicine in medicinske sestre v patronažnem varstvu. Iz moje delovne prakse lahko rečem, da si večina pacientov želi umreti doma, vendar se še vedno bojijo neustrezne zdravstvene podpore v domačem okolju. Menim, da tukaj odigra veliko vlogo zdravstveno vzgojno delo. Svojce je potrebno aktivno vključiti v načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ponuditi jim predloge, podpirati v odločitvah, pomagati pri vzpostavljanju odnosov med pacientom in svojci. Opažam, da imamo vse več spremljanj pacientov s kronično neozdravljivimi boleznimi na njihovih domovih vse do smrti. Soočamo se z dimenzijami trpljenja ali osebne bolečine, ki niso vedno lahko dostopne tudi bolj večjim in izkušenim medicinski sestram v patronažnem varstvu. Gledanje na smrt in umiranje je pomembno približati ljudem v smislu naravnega procesa življenja in jih spodbuditi k razmišljanju in razpravam o odnosu do hudo bolnih in umirajočih. Nad vse pomembno zame pa je tudi ohranjanje dostojanstva pacienta s ciljem zagotoviti ohranjanje posameznih, za življenje pacienta ključnih občutkov, kot so: spoštovanje, razumevanje, sodelovanje pri odločanju, lastno razmišljanje, pomen lastnega življenja, psihična podpora in stabilnost, smisel življenja, sprejetost ter ohranjanje zasebnosti in intimnosti, na katere tudi zdravstveni delavci občasno pozabimo.

## ZAKLJUČEK

Pacienti in njihovi bližnji se v času neozdravljive bolezni soočajo s številnimi problemi, stiskami in dilemami. Pri soočenju z njimi potrebujejo pomoč strokovnih delavcev iz različnih poklicnih skupin, ki skupaj sodelujejo pri reševanju problemov s specifičnimi znanji svoje stroke. Želim si, da se nihče od življenja ne bi poslavljal sam ali z občutkom, da je komurkoli v breme. Ste se kdaj vprašali, kaj bi si želeli na svoji smrtni postelji? Jaz zagotovo smeh svojih otrok, radost in ljubezen v njihovih očeh, stisk rok, nežen dotik. Zagotovilo, da so solze na njihovih licih, solze sreče, ker so moji. Potem bi vedela, da sem ravnala in živela v sreči, ljubezni, da so vse moje drobne napake, ki sem jih naredila pozabljene. In mi je vse odpuščeno. Podpiram umiranje v domačem okolju v prisotnosti ljubečih svojcev, ki so sposobni iti skozi to težko obdobje le, če imajo dobro podporo medicinske sestre v patronažni dejavnosti, osebnega zdravnika, protibolečinske ambulante in paliativnega tima bolnišnice.

## Literatura

Brumec, M., 2002. Vloga medicinske sestre pri umirajočem bolniku v domu za stare ljudi. In: Zbornik predavanj. *Zdravstvena nega težko bolnega in umirajočega varovanca v Socialnem zavodu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev Medicinskih sester in tehnikov Slovenije in Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v

socialnih zavodih, pp. 47–53.

Červ, B., 2006. *Paliativna oskrba, celostna obravnava pacienta z rakom: zbornik prispevkov*, Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, pp. 9.

Geč, T., 2001. Patronažna medicinska sestra in okolje. Zdravstvena nega-okolje in viri. Zbornik 3. Kongres zdravstvene nege. Portorož, pp.185-189. In: Kersnič, P., et al. eds. *Zdravstvena nega – okolje in viri: zbornik predavanj in posterjev / III. kongres zdravstvene nege, Portorož, 11.-14. september 2001*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 185–189.

Hlade, S., 2010. *Paliativna zdravstvena nega kronično bolnih v domačem okolju: diplomska naloga*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. IV.

Hoff, L.A., 1989. *People in crisis: understanding and helping*. 3th ed. Menlo Park: Addison-Wesley, pp. 421–422.

Klevišar, M., 2001. *Družina ob umirajočem bolniku*. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic, pp. 25–29.

Klevišar, M., 2006. *Spremljanje umirajočih, 3 dop. izd.* [pdf]. Available at: [http://www.druzina.si/icd/...nsf/O/.../SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH\\_M.PD](http://www.druzina.si/icd/...nsf/O/.../SPREMLJANJE%20UMIRAJOCIH_M.PD) [8.4.2015].

Krajnc, A., 2013. Paliativna obravnava pacienta in njegove družine v patronažni zdravstveni negi. In: Presker Planko, A., Esih, K. *Stiki zdravstvene nege: Paliativna zdravstvena nega, zbornik predavanj*, Celje, 18. april 2013. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 28–38.

Lunder, U. & Logar, V., 2003. Paliativna oskrba v Sloveniji in izzivi za prihodnost. *Zdravstveni vestnik*, 72, pp. 643–647.

Vrtovec, A., 2010. Model koordiniranja zdravstvene nege in oskrbe v domačem okolju pri bolniku v terminalni fazi življenja. *Utrip*, 4, pp. 28–29.

Vuga, S., 1992. Zdravstvena nega bolnika v terminalni fazi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, pp. 7–13.

Wolf, N., 2004. Komunikacija pri težko bolnih in umirajočih bolnikih. In: Lahne, M, Kaučič, B.M., eds. *Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi: zbornik predavanj s strokovnega srečanja*. Maribor: Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 4–8.

## PODPORA MAMICAM PRI UVAJANJU MEŠANE PREHRANE PO SMERNICAH ZDRAVEGA PREHRANJEVANJA ZA DOJENČKE

### SUPPORT FOR MOTHERS DURING THE INTRODUCTION OF MIXED FOOD IN THE INFANT DIETS ACCORDING TO DIETARY GUIDELINES

Nataša Kocjan, dipl. m. s.

Cvetka Loriger Rekić, viš. med. ses.

Patronažno varstvo Zdravstveni dom Piran

#### IZVLEČEK

Članek predstavlja smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke in organizacijo praktične kuharske delavnice, ki jo za mamice in dojenčke organizira patronažna služba Zdravstvenega doma Piran. V sklopu delavnice smo izvedli evalvacijo. Ugotavljali smo zadovoljstvo udeleženk. Inštrument za zbiranje podatkov je bil anketni vprašalnik. Izvedba delavnice in vsebine so bile visoko ocenjene. Mlade mamice potrebujejo različne načine izobraževanja in svetovanja.

**Ključne besede:** patronažno varstvo, prehranjevalne navade, kuharska delavnica

#### ABSTRACT

This article represents healthy dietary guidelines for infants and the process of organising a practical cooking workshop for mothers and infants, carried out by the community care nurses of the Piran Health centre.

During the workshop we performed an evaluation. We were figuring out if the participants were content with our services. The results were achieved using a questionnaire. The participants were highly satisfied with our performance and workshop's contents. Young mothers need different ways of learning and counseling.

**Key words:** community care, nutritional habits, cooking workshop.

Patronažno varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varstvo pri pacientu v družini in skupnosti, kjer so zaradi bioloških lastnosti ali zaradi določenih obolenj še posebej dovzetni za škodljive vplive iz okolja (Geč 2001). Patronažna zdravstvena nega nosečnic, otročnic in novorojencev je pomembna za varovanje reproduktivnega zdravja, zdravja otrok in vse družine. Novorojenček je s strani patronažne medicinske sestre obravnavan takoj po odpustu iz porodnišnice do 28. dneva starosti. Dojenček je obravnavan od 1. meseca starosti do 12. meseca starosti v 4.-5. mesecu, 7.-8. mesecu in 10.-11. mesecu. Patronažna medicinska sestra opravi šest patronažnih obiskov pri dojenčku v 1. letu starosti, dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih, slabovidnih in invalidnih mater do 12. meseca otrokove starosti in po en obisk v 2. in 3. letu starosti (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015). Novorojenček in dojenček je obravnavan z vidika patronažne zdravstvene nege s poudarkom na zdravstveni negi in oskrbi. Patronažna medicinska sestra sistematično obravnava pacienta po principu načrtovanega dela na svojem določenem terenu. Standard dela zahteva obravnavo novorojenca v 24 urah po odpustu iz porodnišnice (odstopanja možna v primeru objektivnih ovir) in kasnejše obravnavanje glede na strokovno odločitev.



patronažne medicinske sestre (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015 ). Najpomembnejši cilji pri obravnavi novorojenčkov so vzpostavljen dober odnos s starši, vzpostavljanje dojenja, zagotavljanje primernega razvoja, podpora staršem, da so sposobni samostojne nege novorojenca. Obravnavanje dojenčka zahteva obiske na domu glede na negovalno anamnezo, najmanj pa ob vsaki bistveni spremembi, ki se dogaja ob otrokovem razvoju (način prehrane, mejniki psihičnega oziroma fizičnega razvoja otroka). Cilj obravnave je zdrav psihofizičen razvoj novorojenčka in dojenčka (Ljubič & Mernik Merc, 2016). Pomemben del celotnega procesa obravnave predstavlja vzgoja za zdravje, ustrezna ozaveščenost staršev in upoštevanje zdravih prehranjevalnih navad v vsakdanjem življenju. Zdrave prehranjevalne navade so bistvenega pomena za ohranjanje zdravja, preprečevanje nastajanja kroničnih bolezni in prezgodnje umrljivosti (Bratanič et al., 2010). Za doseganje čim bolj zdravega razvoja novorojenčka je potrebno starše usmerjati že v času nosečnosti, zato so ključne šole za bodoče starše, ki omogočajo seznanitev bodočih staršev z informacijami oz. smernicami zdravega prehranjevanja, negi novorojenčka, pripravi na porod in zdravih življenjskih navadah celotne družine. Patronažna medicinska sestra ima za namen zdravstveno vzgojnega svetovanja po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2015) možnost obiskati nosečnico tudi na njenem domu v zadnjem tromesečju nosečnosti. Medicinske sestre se znotraj teh okvirov lahko poslužujejo različnih tehnik in metod promocije in zdravstvene vzgoje na različnih tematskih področjih. V prispevku predstavljamo metodo pristopa k promociji zdravega prehranjevanja malih otrok in celotne družine.

Z izdajo Smernic zdravega prehranjevanja za dojenčke (Bratanič et al., 2010) smo v patronažnem varstvu pridobili pomembne informacije, ki jih prenašamo mladim staršem in njihovim otrokom. Smernice predstavljajo standard glede vnosa energije in hranil pri zdravih otrocih do 1. leta starosti, pristopov pri uvajanju mešane prehrane ob dojenju in privajanje otroka na družinsko ali mešano prehrano. Po Smernicah zdravega prehranjevanja za dojenčke (Bratanič et al., 2010) delimo prehranjevanje dojenčka v 1. letu življenja na tri obdobja:

- izključno mlečna prehrana prvih 6 mesecev,
- uvajanje dopolnilne (dopolnilne, mešane, čvrste prehrane) ne pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti,
- prehod na prilagojeno družinsko prehrano od desetega meseca dalje.

Ob dopolnjenih 6 mesecih življenja je dojenček že dovolj razvit, da se lahko nauči jesti po žlički. Vsako novo živilo se mu ponudi enkrat na dan v majhni količini, najprej v tekočem stanju (Mahorič & Jančar, 2017). Nova živila se priporoča uvajati z razmikom enega tedna, da se dojenček navadi na nov okus in da ob morebitni preobčutljivostni reakciji lahko ugotovimo, katero živilo jo je povzročilo. Dojenčki so v prvih mesecih življenja najbolj prilagodljivi za sprejemanje novih okusov, zato je pomembno, kako jim pripravimo in ponudimo prvo hrano (Sedmak in sod., 2010 ). Nove obroke (kosilo zelenjavno – krompirjevo mesna kašica, večerja mlečno-žitna kašica, popoldanska malica žitno-sadna kašica) uvajamo tako, da trikrat v razmiku štirih tednov en mlečni obrok nadomestimo z novim obrokom (Sedmak in sod., 2010 ). Uvajanje mešane prehrane pa ne pomeni konec dojenja, saj ima dojenje še naprej pomembno vlogo v prehrani dojenčka, dokler mama in dojenček to želita (Bratanič et al., 2010).

Patronažne medicinske sestre obiskujemo družine z dojenčki, ko le – ti dopolnijo starost 5 mesecev z namenom podajanja navodil za uvajanje mešane hrane. Mamice pogosto ob tem zaznajo potrebo po dodatnih vsebinah na področju izbire raznolikih in hranljivih živil ter načinu priprave hrane. V izogib uporabi kupljene že pripravljene hrane za novorojenčke smo patronažne medicinske sestre uvedle delavnice za demonstracijo in poglobljanje znanja glede prehrane in priprave obrokov za

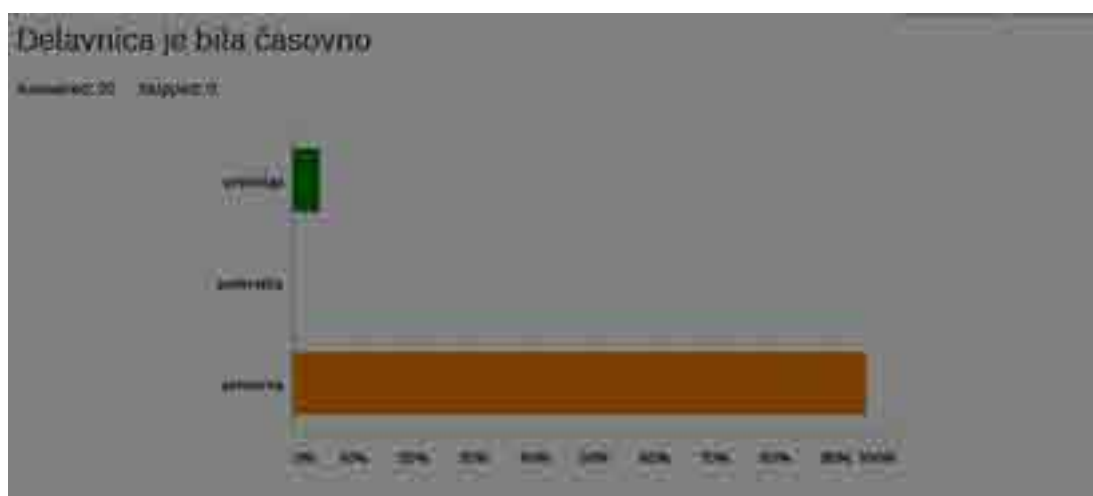
dojenčka.

## METODOLOGIJA

Namen raziskave je bil preveriti zadovoljstvo mladih mamic, ki so se udeležile delavnice organizirane kot podpora pri uvajanju mešane prehrane za otroke do enega leta starosti. Delavnice so bile zvedene v okviru aktivnosti v Zdravstvenem domu Piran. Prva delavnica je bila izvedena decembra 2014. Obisk mamic in dojenčkov je bil nad pričakovanji, zato smo leta 2015 realizirali dve delavnici. Povpraševanje s strani mamic iz Občine Piran in tudi drugih obalnih občin je bil ob vsaki ponovitvi večji. V letu 2016 so bile tako realizirane štiri delavnice v razmaku treh mesecev. V letu 2017 smo organizirali še tri delavnice. Delavnice potekajo v dopoldanskem času, trajajo približno eno uro. Delavnica vsebuje teoretični uvod s smernicami zdravega prehranjevanja za dojenčke, praktični del, ki zajema pripravo hrane, prikaz kuhanja kosila, večerje in popoldanske oz. dopoldanske malice ter kombiniranje različnih živil. Sledi preizkušanje kuhane hrane in kašic, čisto na koncu pa izpolnjevanje evalvacijskega vprašalnika. Delavnice so za udeležence brezplačne, vsa organizacija delavnic je prostovoljna, pridobili smo dovoljenje s strani vodstva Zdravstvenega doma za izvajanje delavnic. Občina Piran spada med manjše občine. Po zadnjih statističnih podatkih RS iz leta 2014 živi v občini 17.800 prebivalcev (Statistični urad RS, 2017). Na število prebivalcev je razporejenih pet patronažnih medicinskih sester in dva zdravstvena tehnika. V lanskem letu 2016 je bilo v občini 7,6 rojstev na 1000 prebivalcev (Statistični urad RS, 2017). Namen raziskave je bil oceniti zadovoljstvo udeleženk z izvedbo delavnic. Evalvacijski vprašalnik smo pripravili, ker smo želeli ugotoviti prednosti in slabosti delavnic, ter zmeriti zadovoljstvo udeleženk z delavnico. Vprašalniki so bili anonimni in udeleženke so se same odločile za sodelovanje. V vzorec smo zajeli udeleženke delavnic v letih, ki smo jih navedli v prejšnjem poglavju. Razdelili smo 40 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 25. največ udeleženk je bilo prvorodk. Po izobrazbi anketiranke lahko delimo pretežno na tiste, ki imajo srednjo izobrazbo (42%) in tiste, ki imajo univerzitetno ali višjo izobrazbo (42%).

## REZULTATI RAZISKAVE

Zanimalo nas je ali je so bile delavnice časovno predolge. Večina anketirank se je strinjala, da so bile primerno dolge (slika 3).



Slika 3: opredelitev časovne primernosti delavnice

Večina anketirank je informacijo o delavnici prejela od patronažnih medicinskih sester. V 95 odstotkih so anketiranke izrazile zadovoljstvo z izvedbo delavnice. Na odprto vprašanje o razlogih za udeležbo na delavnici so anketiranke navedle naslednje razloge:

- da bi dobila dodatne informacije in nove ideje glede priprave goste hrane za dojenčke,
- da me spomnijo, na kaj je treba biti pozoren pri uvajanju goste hrane, zaradi novih smernic pri prehranjevanju dojenčka,
- da pridobim koristne informacije s področja uvajanja goste hrane,
- da se naučim, kdaj kako pripraviti hrano za dojenčka,
- da se naučim primerno pripraviti hrano in kako in kdaj začeti,
- ker sem kupila knjigo in me je zanimala praksa,
- zanimanje za pripravo mlečno žitne kaše,
- ker želim dopolniti znanje o zdravem načinu prehranjevanja otrok.

Prav tako so v nadaljevanju z odprtim vprašanjem anketiranke navedle prednosti delavnice v prepoznavanju različnih možnih kombinacij, prepoznavanju različnih žitaric ter maščob (predvsem olj), ki se lahko uporabljajo za popestritev prehrane. Na odprto vprašanje kaj bodo po delavnici spremenile v prehrani novorojenčka so udeleženske navedle uvajanje zdravih maščob, sadnih sokov, pri kuhanju uporabo soparnika, uporaba sezonskega sadja in zelenjave. Zanimiv pa je odgovor: »poskušala bom čim več obrokov sama skuhat«.

Na odprto vprašanje: Vaši predlogi izvajalcem delavnice? Bi kaj spremenili ali dodali? (Če želite, lahko napišete, kaj Vam je bilo še posebej všeč, kaj ste pogrešali, ipd.) so anketiranke podale odgovore:

- Posebej mi je bila všeč demonstracija in način priprave hrane. Pohvale gredo tudi predavateljici in organizatorjem
- Vse je bilo super
- Premalo poudarka na pomembnosti sezonske hrane. Skozi demonstracijo se je PREVEČ poudarjalo uporabo soparnika in s tem preusmerilo pozornost iz hrane.
- Na delavnici mi je bilo všeč, ker je bilo še precej drugih mamic z dojenčki in smo lahko kakšno reklo (kdaj so začele uvajati gosto hrano ali še dojijo, ipd.). Motilo pa me je, da nisem uspela slediti razlagi izvajalke delavnice, ker sem se morala posvečati svojemu radovednemu dojenčku. Drugače super izkušnja.
- Super informacije o razmerjih med živili in oljih, soparnik še vedno uporabljam, knjiga je super.
- Super je bilo, zanimivo, poučno in organizirano
- zdi se mi super, kar tako naprej.

## DISKUSIJA

Prehrana je danes kazalnik pozitivnega zdravja, ki mu ljudje posvečajo veliko pozornost. Razpon med promocijo zdrave prehrane, znanjem in informacijami, ki jih ljudje imajo o zdravi prehrani in dejanskimi življenjskimi navadami je še vedno zelo velik. Ljudje sicer veliko vedo o zdravi prehrani, ne prehranjujejo se pa zdravo. Ključna populacija, ki je pripravljena slišati navodila o zdravem življenjskem slogu in le te tudi vnesti v svoje življenje, so nosečnice in mamice z malimi otroci, ki v skrbi zanje poskušajo najti pot do zdravih življenjskih navad. V raziskavi smo tako proučevali zadovoljstvo mamic z delavnicami, ki jih poleg predpisanih zdravstveno vzgojnih in preventivnih aktivnosti izvedemo pri populaciji nosečnic in otročnic patronažne medicinske sestre. Delavnice se

izvajajo že polni dve leti, vsako leto pa beležimo večje zanimanje. Večina udeleženk je z vsebinami zadovoljna in so jih informacije predstavljale koristen doprinos k prehrani njih samih in novorojenčkov. Predvsem so se naučile nekaj novega na področju uporabe različnih žitaric tudi v prehrani dojenčka ter uporabi in koristnosti različnih maščob. Pridobile so znanja na področju kombiniranja različnih živil v obrokih in kuhanju na sopari.

## SKLEP

Namen izvedbe delavnic je, da z organizacijo kuharskih delavnic 4x letno, vsakih tri mesece zajamemo čim širšo populacijo mamic in s tem spodbudimo zdravo prehranjevanje v družinah, ki se bo odražalo v kasnejšem življenjskem obdobju otrok. Ker imamo v naši občini tudi nekaj mamic, kjer je materin jezik albanščina, smo zloženo, katero kot podporo damo vsaki mami na patronažnem obisku v času uvajanja mešane prehrane, ponudili v albanskem jeziku. V času delavnice pa imamo prevajalko, bivšo studentko Fakultete Vede o zdravi Izola. Svojo aktivnost na področju delavnic širimo onstran meja, saj bomo decembrsko delavnico izvedli z medicinskimi sestrami s hrvaške Istre, ker želijo prakso prenesti v Umag in Buje.

## Literatura

Geč, T., Patronažna medicinska sestra in okolje. Zbornik predavanj in posterjev 3.kongresa zdravstvene nege » Zdravstvena nega – okolje in viri«, Portorož,11.-14- september 2001. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2001:185-189

Bratanič, B., Fidle Mis, N., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Širca Čampa, A., Kosem, R. & Fajdiga Turk, V., 2010. Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. Ljubljana. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Ljubič A. & Mernik Merc A., 2016. Obravnava novorojenčka in dojenčka na domu. V: J. Ramšak Pajk & A. Ljubič. Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Strokovna sekcija medicinskih sester v patronažni dejavnosti; pp. 35-45.

Mahorič, R., Jančar, I., Dojenčki za mizo: pripravljeno za dojenčke: jejmo vsi! Ljubljana: Remina, 2017

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 17.

Statistični urad RS, 2017. Prebivalstvo. Available at: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/obcine/obcine.asp>.

Sedmak, M., Homan, M., Breclj, J., Orel, R., Kržišnik, C., Battelino, T., Bratanič, B., Avčin, T., Vesel, T., Fidler, Mis N., Širca- Čampa, A., Mičetić, Turk D., Bigec, M., Plevnik, Vodušek, V. Smernice za prehrano dojenčkov v Sloveniji. Univerzitetni Klinični Center Maribor, Ljubljana:2010

M, Trček, ., 2008 Dober tek, dojenčki: Zbornik zasebnih patronažnih MS – 8. Strokovno srečanje – patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva

## POMEN SUPERVIZIJE ZA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI

### THE IMPORTANCE OF SUPERVISION FOR THE EMPLOYEES IN HEALTH CARE AND MIDWIFERY CARE

asist. dr. Nataša Dernovšek Hafner, univ. dipl. psih.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana

natasa.dernovscekhafner@kclj.si

#### IZVLEČEK

Prispevek govori o pomenu supervizije za zaposlene v zdravstveni in babiški negi, ki v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana poteka na Kliničnem oddelku za nefrologijo Interne klinike, pod okriljem programa promocije zdravja pri delu, Čili v UKC Ljubljana. Namen programa je uveljaviti zdrav življenjski slog, oblikovati zdravju naklonjene delovne razmere za zaposlene v ustanovi ter s tem postopno izboljšati zdravje in zadovoljstvo zaposlenih. V procesu supervizije se posveča zlasti motnjam in problemom, ki so vezani na poklicno polje. Strokovnjaki(nje) (s področja zdravstvene in babiške nege) imajo prostor in čas, da reflektirajo o svojem delu, o samem sebi, o svoji vlogi v procesih, ki se odvijajo med njimi in uporabniki, ter iščejo lastne odgovore na težave in izzive, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Proces supervizije jim omogoča uvid v problemsko situacijo oz. presojo situacije z različnih vidikov, kar spodbuja kompetentno in strokovno delovanje ter ustvarja nove možnosti za učečo se organizacijo. Na Kliničnem oddelku za nefrologijo Interne klinike se supervizija izvaja od aprila 2015, enkrat mesečno, v trajanju 60 minut, s prekinitvijo v času poletnih dopustov. Stalna skupina se je izoblikovala na Enoti za transplantacijo. Delo poteka v majhni skupini, s šestimi do enajstimi udeleženci. Zaposleni sami izpostavijo temo, o kateri želijo spregovoriti. Do sedaj so se odprla področja: odnosi med sodelavci (zaupanje, spoštovanje), razkorak med različnimi profili zaposlenih v zdravstveni negi v znanju, kompetencah, plačilu, preobremenjenost zaposlenih, iskanje uspešnejših načinov spoprijemanja z obremenitvami ter načrtovanje odziva na stresne situacije. Evalvacija je pokazala koristnost tega ukrepa za delo zaposlenih, predvsem na področju urejanja medosebnih odnosov, pomoči pri reševanju konfliktov, možnosti odkritega pogovora ter razbremenitve zaposlenih.

**Ključne besede:** supervizija, zaposleni, zdravstvena in babiška nega, proces učenja, samorefleksija

## ABSTRACT

The contribution deals with the importance of supervision for the employees in health care and midwifery care. At the University Medical Centre Ljubljana, supervision is organized at the Department of Nephrology of the Division of Internal Medicine within the framework of the health at work promotion programme called Fit at the University Medical Centre Ljubljana. The aim of the programme is to promote a healthy lifestyle, to create working conditions for the employed at the institution that are favourable to health, resulting in the gradual increase in health and satisfaction of the employees. In the process of supervision, we primarily focus on disorders and problems connected with the professional field. The experts (from the fields of health and midwifery care) have the opportunity and time to reflect about their work, about themselves and about their role in the processes that take place between them and the users as well as to seek their own answers to problems and challenges encountered in their work. The supervision process gives them an insight into the problem situation and the judgement of the situation from several aspects, which encourages competent and professional work and creates new possibilities for a learning organization. The Department of Nephrology of the Division of Internal Medicine has been carrying out supervision once a month for the duration of 60 minutes since April 2015, the only interruption being summer holiday season. A permanent group was formed at the Transplantation Unit. Work is organized in a small group with six to eleven participants. The employees themselves bring up the topic they want to discuss. The following issues have been raised so far: relationships among co-workers (trust, respect), differences in knowledge, competences, payment, etc., between various professionals employed in health care employees being overburdened, looking for more successful ways of coping with loads and planning the reaction to stressful situations. The evaluation showed the usefulness of this measure for the work of the employees, primarily in the area of managing interpersonal relationships, help in solving conflicts, possibility of open discussion and unburdening of the employees.

**Keywords:** supervision, employees, health care and midwifery care, learning process, self-reflection

## UVOD

Spremembe v svetu dela tudi od delavcev v zdravstvu zahtevajo vedno večjo angažiranost, visoko stopnjo osebne odgovornosti za nego bolnikov, prilagajanje številnim kompleksnim organizacijskimi in tehnološkimi spremembam ter vseživljenjsko učenje. Z naraščajočimi zahtevami dela se povečujejo tudi obremenitve, s katerimi so soočeni zaposleni v zdravstveni in babiški negi. V spremenjenih delovnih pogojih je uvajanje supervizije za strokovne delavce, kot »metode, ki se osredotoča zlasti na njihov profesionalni razvoj in podporo« (Žorga, 2002) oz. procesa, usmerjenega v bolj zadovoljujoče in kvalitetnejše opravljanje strokovnega dela (Vec, 2014), velikega pomena. Kobolt (1994) opredeli proces

supervizije kot refleksijo o lastnem poklicem delu, ki se odvija v simetrični komunikaciji med supervizorjem in supervizantom, v kolikor gre za individualno supervizijo, ter supervizorjem in skupino strokovnih delavcev pri skupinski superviziji.

Razmišljanja različnih avtorjev o namenu supervizije so podobna. Namen supervizije je, da pri udeležencih spodbuja kritično razmišljanje o svojem delu in jim omogoča predelavo čustvenih stanj, ki izhajajo iz dela (Barton, et al., 1999). Glavni namen supervizije je spodbuditi v strokovnemu delavcu proces učenja, mu pomagati poiskati lastne rešitve težav, s katerimi se srečuje pri svojem delu, in mu omogočiti učinkovitejše spoprijemanje s stresom (Skoberne, 2001). Supervizija udeležencem ponuja možnosti za refleksijo, možnosti za raziskovanje novih priložnosti in priložnosti za učenje, ki pogosto izhaja iz najtežjih situacij (Hawkins & Shohet, 2002). Ali, če povzamemo Veca (2014, p.77): »Supervizija s svojo procesno naravnostjo sooča supervizante z mejami lastnega delovanja na profesionalnem področju, s čimer ozaveščajo tudi meje lastne odgovornosti in etičnosti.«

Večina avtorjev opisuje tridimenzionalno funkcijo supervizije (Barton, et al., 1999; Kobolt & Žorga, 2006; Proctor, 2009). Proctor (2009) govori o naslednjem »okvirju nalog«, ki so skupna odgovornost tako za supervizorja kot za supervizanta: formativna – naloga učenja in omogočanja učenja; normativna – naloga spremljanja učinkovitosti dela ter spremljanja moralnega in etičnega vidika svojega dela; obnovitvena – podporna naloga supervizije pri ozaveščanju čustev in spoprijemanju s čustvenimi napetostmi in stresom. Funkcije supervizije se med seboj prepletajo. Vsako supervizijsko srečanje običajno vključuje preplet vseh treh funkcij, sicer lahko na posameznem srečanjih prevladuje ena izmed funkcij, vendar je zaželeno, da je v daljšem časovnem obdobju zagotovljeno ravnovesje med vsemi tremi supervizijskimi funkcijami (Barton, et al., 1999).

Kobolt in Žorga (2000), uporabljata nekoliko drugačno terminologijo za opredelitev funkcij supervizije: edukativna, vodstvena (administrativna) in podporna funkcija supervizije, kar pa samega pomena ne spremeni.

Supervizija v zdravstveni in babiški negi ima v nekaterih evropskih državah, kot so Velika Britanija, Nizozemska in Nemčija, že dolgo tradicijo (Howkins & Shohet, 2002; Kobolt, 2006). V Sloveniji se o superviziji, že od študijskega leta 1996/97, poučuje v študijskih programih za medicinske sestre in babice (Skoberne, 2001). Prenos v prakso pa se za razliko od področja socialnega varstva, (pre)počasi uveljavlja (Skoberne, 2001; Sotirov & Železnik, 2011).

Namen prispevka je predstavitev poteka in pomena supervizije, ki se na področju zdravstvene in babiške nege izvaja na Kliničnem oddelku za nefrologijo Interne klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana), ter za uvajanje te metode navdušiti širši krog delavcev v zdravstvu.

## Potek supervizije v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana

Supervizija za zaposlene v zdravstveni in babiški negi se je v UKC Ljubljana uvedla v okviru programa promocije zdravja pri delu Čili v UKC Ljubljana, na Klinični oddelek za nefrologijo Interne klinike (KON), kjer se, kot oblika pomoči zaposlenim za lajšanje čustvenih in (med)osebnih napetosti, učinkovitejše opravljanje dela ter razvoj kompetenc, izvaja od aprila 2015. Pri uvajanju metode smo upoštevali rezultate analize zdravja za ta oddelek, ki je pokazala velika doživetja obremenjenosti pri kadru zdravstvene nege, zaposleni so poročali o občutjih izčrpanosti, o veliki investiciji psihične energije v delo, nizki možnosti odločanja v zvezi z delom ter neustrezni komunikaciji med različnimi poklicnimi skupinami.

Supervizija se izvaja enkrat mesečno, v trajanju 60 minut, s prekinitvijo v času poletnih dopustov. Stalna skupina se je izoblikovala na Enoti za transplantacijo. Delo poteka v majhni skupini, s šestimi do enajstimi udeleženkami, ki so zaposlene na področju zdravstvene in babiške nege. Občasno se jim pridružijo še sodelavke iz zdravstvene administracije. Supervizijska skupina ni skupina neodvisnih članic, pač pa so članice so med seboj tesno povezane pri opravljanju delovnih nalog, zato jo lahko po Kobolt (1994) opredelimo kot supervizijo delovne skupine oz. tima. Udeležba na superviziji je popolnoma prostovoljna. Za tiste, ki se odločijo za prisostvovanje srečanju, veljajo naslednja načela: točnost (na srečanja se prihaja točno, termini in ura izvedbe sta vnaprej znana za pol letno obdobje, prostor poteka supervizija je stalen), pripravljenost na izmenjavo mnenj ter zaupnost (teme, o katerih se razpravlja na skupini, so zaupne narave, o njih se zunaj supervizijske skupine ne razpravlja) (Anon, 2014). Supervizija je organizirana tako, da poteka med delovnim časom.

V procesu supervizije se predelujejo vprašanja o dinamiki medosebnih odnosov ter težavah, na katere naletijo pri opravljanju dela. Zaposleni sami izpostavijo temo, o kateri želijo spregovoriti. Do sedaj smo odprli naslednja področja: odnosi med sodelavci (zaupanje, spoštovanje), razkorak med različnimi profili zaposlenih v zdravstveni negi v znanju, kompetencah, plačilu idr., preobremenjenost zaposlenih, iskanje uspešnejših načinov spoprijemanja z obremenitvami ter načrtovanje učinkovitejšega odziva na stresne situacije.

V januarju 2016, pol leta po izvajanju supervizije, smo pripravili in med udeleženkami aplicirali vprašalnik »Vprašalnik za evalvacijo supervizije«, s ciljem ocenitve smiselnosti izvajanja intervencije. Udeleženke so bile enotnega mnenja o pozitivnih učinkih supervizije na njihovo delo. Evalvacija je pokazala koristnost izvajanja tega ukrepa predvsem na področju urejanja medosebnih odnosov, pomoči pri reševanju konfliktov, možnosti odkritega pogovora ter razbremenitve zaposlenih.

## DISKUSIJA

Raziskave iz tujine kažejo na trajno pozitivne učinke, ki jih ima supervizije na udeležence s področje zdravstvene in babiške nege (White & Whinstanley, 2010). Raziskovalni dokazi kažejo, da je supervizija ključna za zagotavljanje medosebne podpore in odpravljanje stresa



pri medicinskih sestrah ter služi tudi kot sredstvo za spodbujanje poklicne odgovornosti, za razvoj znanja in spretnosti (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Supervizija je proces dinamičnega sodelovanja in ga lahko obravnavamo v luči tripartitnega partnerstva med supervizantom, supervizorjem in organizacijo, v kateri se supervizija izvaja (Freeman, 2005). Če katerikoli izmed partnerjev ne sodeluje, proces ne more biti v celoti učinkovit ali dokazano koristen (Freeman, 2005). Pomembno je, da je supervizija, ki poteka kot eden izmed ukrepov programa promocije zdravja pri delu Čili v UKC Ljubljana organizirana med delovnim časom. Zagotovo je ta čas koristno uporabljen, saj je izboljšanje zdravja in dobrega počutja ter kompetentno in strokovno delovanje skupen interes tako delodajalcev kot delavcev. Po podatkih iz tujine je redno izvajanje supervizije v tesni povezavi z višjo stopnjo zadovoljstva pri delu, večjo učinkovitostjo zaposlenih ter manjšo fluktuacijo (Care Quality Commission, 2013).

Prednost izvajanja supervizije v majhni skupini je, da lahko udeleženci na svoje delo pogledajo z različnih perspektiv, se učijo iz izkušenj drugih in se lahko vnaprej pripravijo na morebitne problemske situacije (Kobolt, 1994; Barton, et al., 1999). Med pomanjkljivostmi, ki jih opažajo tudi drugi avtorji, velja omeniti, da se nekateri posamezniki morda težje odprejo in razgovorijo pred skupino ter pred drugimi razpravljajo o problemskih situacijah (Barton, et al., 1999) ter tekmovalni duh v skupini oz. zapleteno skupinsko dinamiko, ki ovira »odprto refleksijo« (Kobolt, 1994).

## ZAKLJUČEK

Supervizija je metoda trajnostnega učenja iz dela. Zagotovo je nepogrešljiva pri poklicih, ki vključujejo delo z ljudmi (bolniki/uporabniki storitev), kamor sodi tudi področje zdravstvene in babiške nege. Spodbuja profesionalni in osebni razvoj na različnih področjih dela ter omogoča kakovostnejše opravljanje zdravstvene dejavnosti. Na področju zdravstvene in babiške nege je še veliko možnosti za razvoj supervizije v prihodnje, poseben izziv pa predstavlja njena dostopnost čim širšemu krogu strokovnih delavcev.

## Literatura

Anon., 2014. Etične smernice za supervizorje slovenskega društva za supervizijo (sprejete leta 2012). *Socialna pedagogika*, 18(3-4), pp. 317–323. Available at: [http://www.revija.zzsp.org/pdf/SocPed\\_2014-3-4.pdf](http://www.revija.zzsp.org/pdf/SocPed_2014-3-4.pdf) [30. 5. 2017].

Barton, A., Bunce, A., Godfrey, K., Harvey, G., Hinchliff, S., Loudon, C., et al., eds., 1999. *Look back, move on: clinical supervision for nurses*. London: Royal College of Nursing, pp. 5–50.

Brunero, S. & Stein-Parbury, J., 2008. The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence based literature review. *Australian journal of advanced nursing*, 25(3), pp. 86–94. Available at: [http://www.ajan.com.au/vol25/ajan\\_25-3\\_brunero.pdf](http://www.ajan.com.au/vol25/ajan_25-3_brunero.pdf) [5. 6. 2017].

Care Quality Commission, 2013. *Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision*. Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission, pp. 6. Available at:

[https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625\\_800734\\_v1\\_00\\_supporting\\_information-effective\\_clinical\\_supervision\\_for\\_publication.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf) [25.5.2017].

Freeman, C., 2005/2006. *Clinical Supervision guidelines for registered nurses*. Birkenhead: Birkenhead and Wallasey, pp. 3–16. Available at: [http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20\(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidelines%20(Birkenhead%20&%20Wallasey%20PCT%20-%20UK%202005).pdf) [25.5.2017].

Hawkins, P. & Shohet, P., 2002. *Supervision in the helping professions*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Open University Press.

Kobolt, A., 1994. Skupinska supervizija in supervizija delovne skupine oziroma tima. *Socialno delo*, 33(6), pp. 489–493.

Available at: <https://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-R9VJU830> [1. 6. 2017].

Kobolt, A. & Žorga, S. Cilji in funkcije supervizije. In: Kobolt, A. & Žorga, S., eds. *Supervizija – proces učenja in razvoja v poklicu*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 149–160.

Kobolt, A. Supervizija skozi prizmo razvoja. In: Kobolt, A. & Žorga, S., eds. *Supervizija – proces učenja in razvoja v poklicu*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 21–51.

Proctor, B. 2009. *Group supervision. A guide to creative practice*. London: Sage publication.

Skoberne, M., 2001. Supervizija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(6), pp. 241–245.

Sotirov, D. & Železnik, D., 2011. Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v zdravstvenem domu Novo mesto in Splošni bolnišnici Novo mesto. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 23–29.

Vec, T., 2014. Supervizija na pedagoškem področju. *Psihološka obzorja*, 23, pp. 68–78. Available at:

[http://psiholoska-obzorja.si/arhiv\\_clanki/2014/dnevi\\_psihologov\\_2014.pdf](http://psiholoska-obzorja.si/arhiv_clanki/2014/dnevi_psihologov_2014.pdf) [ 23. 5. 2017].

Žorga, S. ed., 2002. *Modeli in oblike supervizije*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 5–15.

White, E. & Whinstanley, J., 2010. Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing times*, 106(16), pp. 16–18.

## POMEN KONTINUIRANEGA IZOBRAŽEVANJA IZ OBRAVNAVE PACIENTA Z NASILNIM VEDENJEM V UNIVERZITETNI PSIHIATRIČNI KLINIKI LJUBLJANA

### THE IMPORTANCE OF CONTINUOUS EDUCATION ABOUT HEALTH TREATMENT OF THE PATIENT WITH VIOLENT BEHAVIOUR IN UNIVERSITY PSYCHIATRIC CLINIC LJUBLJANA

asist. dr. Jožica Peterka Novak, viš. med. ses., prof. soc. ped.

asist. mag. Branko Bregar, dipl. zn.

Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

jozica.peterka@psih-klinika.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** S pacienti z nasilnim vedenjem se pogosteje srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije in urgentnih službah. Zato je nujno, da se zaposleni kontinuirano izobražujejo. Namen raziskave je bil ugotoviti zadovoljstvo udeležencev strokovnih seminarjev iz obravnave pacienta z nasilnim vedenjem, s ciljem izboljšav tistih raziskanih področij, ki kažejo na neskladnosti. **Metode:** V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna neeksperimentalna kvantitativna metodologija. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom o zadovoljstvu udeležencev. V neslučajnostni priročni vzorec so bili vključeni udeleženci strokovnih seminarjev od leta 2014 do leta 2017. Podatki so predstavljeni z univariatnimi in bivariatnimi statističnimi metodami. **Rezultati:** Največji delež udeležencev predstavljajo zaposleni v zdravstveni negi s peto stopnjo izobrazbe ( $n = 108$ , 52,7 %). Najmanj so bili udeleženci zadovoljni s časovnim obsegom predavanj ( $\bar{x} = 1,96$ ,  $s = 0,46$ ), časom delavnic ( $\bar{x} = 1,93$ ,  $s = 0,46$ ) in časom razprave ( $\bar{x} = 1,98$ ,  $s = 0,43$ ). Udeleženci z nižjo izobrazbo so bili bolj zadovoljni z organizacijo ( $U = 4657,00$ ,  $p = 0,034$ ), gradivom ( $U = 4525,50$ ,  $p = 0,038$ ), vsebinami ( $U = 4069,00$ ,  $p < 0,001$ ) in predavatelji ( $U = 4126,50$ ,  $p = 0,001$ ). **Diskusija in zaključek:** Izobraževanja s področja obravnave pacientov z nasilnim vedenjem so se v zadnjih letih razvila kot odgovor na aktualni javno zdravstveni pojav. Pomanjkanje omenjenih strokovnih vsebin v kurikulumih pridobivanja formalne izobrazbe kaže na potrebo po organizaciji usmerjenih izobraževanj s poudarkom na interaktivni vlogi udeležencev. Nujna nadgradnja v pridobivanju strokovnega znanja bo v prihodnjih letih izobraževanje za pridobitev specialnih znanj in specializacija.

**Gljučne besede:** znanje, varnost, delavnica, učenje

## ABSTRACT

**Introduction:** Employees in psychiatric nursing and emergency units are more often dealt with patients with violent behaviour. Therefore, it is essential that employees are continuously educated. The purpose of the research was to establish the satisfaction of the participants of professional seminars about the health treatment of the patient with violent behaviour, with the aim of improving those areas of research that indicate inconsistencies.

**Methods:** The descriptive non-experimental quantitative methodology was used in the research. The data were collected with a questionnaire on the participants' satisfaction. Participants of professional seminars from 2014 to 2017 were included in the non-cooperative handy sample. The data are presented by using univariate and bivariate statistical methods.

**Results:** Employees in nursing with the fifth level of education represent the largest percentage of participants ( $n = 108, 52,7\%$ ). The participants were least satisfied with the time span of the lectures ( $\bar{x} = 1,96, s = 0,46$ ), the workshop time ( $\bar{x} = 1,93, s = 0,46$ ) and the discussion time ( $\bar{x} = 1,98, s = 0,43$ ). Participants with lower education were more satisfied with the organization ( $U = 4657,00, p = 0,034$ ), materials ( $U = 4525,50, p = 0,038$ ), content ( $U = 4069,00, p < 0,001$ ) and lecturers ( $U = 4126,50, p = 0,001$ ).

**Discussion and conclusion:** Education about the health treatment of patients with violent behaviour has evolved in recent years in response to the current public health phenomenon. The lack of these professional contents in the curriculum of obtaining formal educational programs showing the need to organize targeted education with an emphasis on the interactive role of the participants. In the coming years, an urgent upgrade in the achieving of knowledge will be education for acquiring special knowledge and specialization.

**Keywords:** knowledge, safety, workshop, learning.

## UVOD

V zadnjih letih je menedžment znanja pridobil na pomembnosti, saj ima znanje ključno vlogo pri obvladovanju različnih sprememb v delovnih okoljih (Švrljuga Wagner, 2008; Mosconi & Roy, 2013). Sodobno okolje javnih uslužbencev potrebuje in pričakuje ustrezno strokovno usposobljenost in znanje za delo (Seketin Lestan, 2009; Breznik, 2015), kar velja tudi za zaposlene v zdravstveni negi. Za doseganje tega je potrebno kontinuirano izpopolnjevanje (Karamitri, et al., 2015). Breznik (2015) to imenuje »teorija dinamičnih zmožnosti«, kar pomeni odmik od običajnega h konkurenčnemu in od manjše k večji prednosti podjetij na področju znanja (Švrljuga Wagner, 2008). Ker v zdravstveni negi potrebujemo strokovno znanje prilagojeno potrebam pacientov, je za strokovni razvoj sodobne zdravstvene nege na področju psihiatrije ključno strokovno izpopolnjevanje in usposabljanje. Znanja, pridobljena v sklopu formalnega izobraževanja predstavljajo osnovo, medtem ko je za pridobivanje posebnih znanj in veščin za delo pomembno pridobivanje strokovnega znanja oziroma izpopolnjevanje na različnih strokovnih seminarjih. Specialna znanja in specializacija iz (Bregar, et al., 2013; Sever & Bregar, 2015) bosta v prihodnosti predstavljala nadgradnjo

strokovnemu znanju. Starc (2011) pravi, da v praksi zdravstvene nege uporabljamo različne načine pridobivanja znanja in s tem obstoječe znanje izboljšujemo oziroma dopolnjujemo. Poudarja, da vseživljenjsko učenje omogoča napredek pri strokovnosti in samostojnosti zdravstvene nege kot profesije. Podobno trdita Brestovacki in Milutinovic (2011).

Strokovna izobraževanja prispevajo k pridobivanju znanja, ki ga zaposleni potrebujejo pri opravljanju dela v zdravstveni negi, zdravstvenem in socialnem varstvu za zagotavljanje kakovosti (Morolong & Chabeli, 2005; Mahendran et al., 2014; Hardisty, et al., 2014; Uğur, et al., 2015; Mazur, et al., 2015) in napredka v stroki in družbi. Znanja, pridobljena na strokovnih izobraževanjih, vplivajo na produktivnost in prožnost zaposlenih, kar veča delovno moralo (Dermol, 2010). Tovrstno strokovno izobraževanje lahko opredelimo kot razvijanje znanj in spretnosti, kombinacijo veščin ter samozavesti, ki jih zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije potrebujejo za opravljanje dela s pacientom z nasilnim vedenjem, ki je dinamično in pogosto nepredvidljivo (O'Connell, et al., 2014). Dermol (2010) prav tako trdi, da na področju izobraževanja ne gre le za enkratno pridobivanje morebiti manjkajočega znanja, pač pa za procese, ki omogočajo pridobivanje novih vsebin, spreminjanja obstoječega znanja, vplivanje na spretnosti, veščine in zmožnosti zaposlenih. Torej, gre za razvoj in napredek posameznika in tudi zadovoljevanja potreb organizacije, s tem pa doseganja učinkovitosti, uspešnosti in preoblikovanja. To vse prispeva k uveljavljanju kulture varnosti pacientov (Mazur, et al., 2015).

Nasilno vedenje pacientov je aktualni javno zdravstveni pojav na vseh nivojih zdravstvenega varstva, vendar je na področju psihiatrije pogostejši in predstavlja urgentno stanje (Bojić, et al., 2016; Bartolomé et al., 2017), saj od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, ki temelji na izkušnjah iz klinične prakse in iz kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja (Lapanja, 2012; Pintar Babič et al., 2016). Delodajalec mora zagotavljati letna izobraževanja in delavnice o preprečevanju ter obvladovanju nasilnega vedenja pacientov na delovnem mestu. Študija je namreč pokazala, da so zaposleni na področju psihiatrije 22-krat bolj izpostavljeni fizičnemu nasilju v primerjavi z drugimi področji (Magnavita 2014; Bartolomé et al., 2017). Magnavita (2014) poroča, da so zaposleni na področju psihiatrije 45-krat bolj izpostavljeni fizičnemu nasilju kot drugi. Kvas in Seljak (2014) ugotavljata, da je 61,6 % vseh udeležencev v raziskavi doživelo različne oblike nasilja. Večina (60,1 %) jih je bila izpostavljena psihičnemu nasilju.

V zdravstveni negi obstaja veliko možnosti za pridobivanje strokovnega znanja in vlada prepričanje o pozitivnih vplivih na kakovost dela, varnost pacientov (Starc, 2011; Hardisty, et al., 2014; Ameti & Peterka Novak, 2017) in napredek v stroki (Bohman, et al., 2013) ter varnost zaposlenih. Istočasno novo znanje vpliva na izide in varnost zdravstvene oskrbe, humanizacijo obravnave, zadovoljstvo pacientov, svojcev in zaposlenih (Duarte Mde & Noro Mde, 2010; Staveski, 2012). Za povečanje zaupanja v delo medicinskih sester niso dovolj le izkušnje, pač pa tudi izboljšave na področju izobraževanja, ki jih strokovnjaki ne vidijo le kot spremembe v formalnem izobraževanju, pač pa tudi kot predstavitve primerov na strokovnih

seminarjih (Ogawa & Nakatani, 2012). Namen raziskave je ugotoviti zadovoljstvo udeležencev s kontinuiranim izobraževanjem iz obravnave pacienta z nasilnim vedenjem v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana), s ciljem izboljšav tistih raziskanih področij, ki kažejo na neskladnosti. Izhajali smo iz sledečih raziskovalnih vprašanj: S čim so bili udeleženci strokovnih seminarjev zadovoljni? Ali obstajajo razlike v zadovoljstvu med udeleženci strokovnih seminarjev glede na spol, izobrazbo in zaposlitev?

## METODA

Izvedli smo deskriptivno neeksperimentalno kvantitativno raziskavo.

### Vzorec

Vzorec je bil neslučajan in priročen. V obdobju od 2014 do vključno 2017 se je 4 strokovnih seminarjev z učnimi delavnicami na temo obravnave pacienta z nasilnim vedenjem v UPK Ljubljana udeležilo 302 posameznikov. V vzorec je bilo zajetih 205 (67,9 %) oddanih in pravilno izpolnjenih vprašalnikov. Med temi je bilo največ žensk 143 (69,8 %). 108 (52,7 %) udeležencev je imelo končano peto stopnjo izobrazbe in so bili zaposleni v javno zdravstvenih zavodih 163 (79,5 %). V vzorcu prihaja med spoloma do statično pomembnih razlik v izobrazbi ( $U = 3578,50$ ,  $p = 0,011$ ) – ženske so bile višje izobražene in starosti – ženske so bile starejše ( $U = 2503,00$ ,  $p < 0,001$ ). Ostale značilnosti vzorca so v Tabeli 1.

Tabela 1: Opis vzorca

Vzorec		n	$\bar{x}$	Min	Max	%
Spol	Ž	143	–	–	–	69,8
	M	62	–	–	–	30,2
Starost		205	36,5	1. 20,00	63,00	
Izobrazba	Srednja šola	108	–	–	–	52,7
	Več kot srednja šola	97	–	–	–	47,3
Zaposlitev	Javno zdravstveni zavod	163	–	–	–	79,5
	Dom starejših občanov	5	–	–	–	2,4
	Posebno socialno varstveni zavod	26	–	–	–	12,7
	Vzgojni zavod	3	–	–	–	1,5
	Drugo	8	–	–	–	3,9

Legenda: n – število odgovorov;  $\bar{x}$  – povprečje; min – minimum; max – maksimum; % – delež

## Instrument

Uporabili smo vprašalnik o zadovoljstvu udeležencev, ki smo ga razvili v UPK Ljubljana. V prvem delu so socio-demografska vprašanja (spol, izobrazba, zaposlitev – javno zdravstveni zavod, socialno varstveni zavod, vzgojni zavod, drugo in starost). Drugi del predstavljajo dejavniki, s katerimi smo ocenili zadovoljstvo udeležencev s krajem srečanja, časovnim obsegom, temo, obveščenoostjo, registracijo, organizacijo, gradivom, vsebinami in predavatelji, časovnim obsegom predavanj, delavnic in razprave. Na te dejavnike so lahko odgovarjali s tristopenjsko Likertovo lestvico (1 – najmanj zadovoljen do 3 – najbolj zadovoljen). Zanesljivost vprašalnika je bila 0,727 Cronbach Alphe.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnike so prejeli udeleženci ob registraciji in so jih prostovoljno izpolnili. Zagotovili smo anonimnost. Podatke smo analizirali s programom SPSS verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Najprej smo preverili ali gre za normalno porazdelitev podatkov, pri vseh dejavnikih ocenjevanja zadovoljstva je bila vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa nižja od 0,05, zato lahko sklepamo, da gre za nenormalne porazdelitve podatkov in smo posledično uporabili neparametrična testa, kot sta Mann-Whitney test in Spearmanovo korelacijo z upoštevanjem statistične značilnosti  $p < 0,05$ . Pri prikazovanju vrednosti podatkov smo uporabili še deleže in srednje vrednosti.

## REZULTATI

Najmanj so bili udeleženci zadovoljni s časovnim obsegom predavanj ( $\bar{x} = 1,96$ ,  $s = 0,46$ ), časom delavnic ( $\bar{x} = 1,93$ ,  $s = 0,46$ ) in časom razprave ( $\bar{x} = 1,98$ ,  $s = 0,43$ ) in najbolj s temo ( $\bar{x} = 2,93$ ,  $s = 0,28$ ) in potekom registracije strokovnega srečanja ( $\bar{x} = 2,92$ ,  $s = 0,35$ ). Ostale vrednosti glej tabelo 2.

### Razlike po spolu

Ženske so bile glede obveščenoosti z vabili v povprečju bolj zadovoljne ( $U = 3741,00$ ,  $p = 0,006$ ). Glede vsebine predavanj ( $U = 4415,50$ ,  $p = 0,955$ ) in pričakovanj od predavateljev ( $U = 4326,50$ ,  $p = 0,728$ ) med spoloma ni prišlo do razlik. Ostale vrednosti glej tabelo 2.

### Razlike po izobrazbi

Udeleženci z nižjo izobrazbo so bili bolj zadovoljni z organizacijo ( $U = 4657,00$ ,  $p = 0,034$ ), gradivom ( $U = 4525,50$ ,  $p = 0,038$ ), vsebinami ( $U = 4069,00$ ,  $p < 0,001$ ) in predavatelji ( $U = 4126,50$ ,  $p = 0,001$ ). Ostale vrednosti glej tabelo 2.

### Razlike glede na zaposlitev

Glede na zaposlitev smo iskali razlike med tistimi udeleženci, ki so prihajali iz bolnišnic ali drugimi. Tisti, ki prihajajo iz bolnišnic so bili bolj zadovoljni z vsebinami ( $U = 2642,50$ ,  $p =$

0,004), predavatelji (U = 2580,00, p = 0,002), časovnim obsegom predavanj (U = 2898,50, p = 0,036) in časovnim obsegom delavnic (U = 2710,50, p = 0,011). Ostale vrednosti glej Tabelo 2.

Tabela 2: Razlike v zadovoljstvu z izobraževalnimi vsebinami anketiranih glede na spol, izobrazbo in zaposlitev

Dejavniki zadovoljstva	n	$\bar{x}$	s	Spol U/p	Izobrazba U/p	Zaposlitev U/p
Kraj	205	2,89	0,43	4221,50/ 0,331	4766,50/ 0,46	3323,50/ 0,603
Čas	205	2,84	0,46	4421,50/ 0,374	4831,50/ 0,147	3369,00/ 0,811
Tema	205	2,93	0,28	4421,50/ 0,948	4950,50/ 0,133	3390,00/ 0,831
Obveščенost/vabila	205	2,85	0,44	3741,00/ 0,006	5035,00/ 0,458	3108,50/ 0,155
Registracija	205	2,92	0,35	4386,00/ 0,881	5150,50/ 0,681	3115,00/ 0,074
Organizacija	205	2,82	0,46	4311,00/ 0,628	4657,00/ 0,034	3378,50/ 0,841
Gradivo	205	2,65	0,64	4419,00/ 0,965	4525,50/ 0,038	3371,00/ 0,851
Vsebine	205	2,73	0,49	4415,50/ 0,955	4069,00/ < 0,001	2642,50/ 0,004
Predavatelji	205	2,72	0,48	4326,20/ 0,728	4126,50/ 0,001	2580,00/ 0,002
Čas predavanj	205	1,96	0,46	4268,00/ 0,561	4675,50/ 0,069	2898,50/ 0,036
Čas delavnic	205	1,93	0,56	4388,00/ 0,888	5163,00/ 0,829	2710,50/ 0,011
Čas razprave	205	1,98	0,43	4007,00/ 0,102	4898,50/ 0,232	3242,00/ 0,430

Legenda: n – število odgovorov; ;  $\bar{x}$  – povprečje; s – standardni odklon; U – Mann-Whitney test

Povezanost starosti anketirancev z merjenimi dejavniki zadovoljstva

Izvedli smo Spearmanovo korelacijo. Med starostjo in merjenimi dejavniki zadovoljstva udeležencev ni prišlo do statistično pomembnih povezav.

## DISKUSIJA

Udeleženci so bili najbolj zadovoljni s temo strokovnega seminarja, potekom registracije in krajem izvajanja. Najvišja ocenjena kategorija je bila tema, kar kaže na aktualnost podanih



izobraževalnih vsebin. Pomen kontinuiranega izobraževanja z delavnicami za preprečevanje in obvladovanje nasilja poudarjajo tudi Gabrovec (2014) ter Bojić in sodelavci (2016). Najmanj so bili udeleženci zadovoljni s časovnim obsegom predavanj, razprave in delavnic, pri čemer so ocenili, da je bil le-ta prekratek. Najslabšo oceno so udeleženci podali pri časovnemu obsegu delavnic. Podobno ugotavlja Peterka Novak (2016).

Pri raziskovalnem vprašanju o razlikah v zadovoljstvu so se pokazale statistično pomembne razlike pri spolu, izobrazbi in zaposlitvi. Ženske so bile bolj izobražene od moških in povprečno starejše. Starc (2011) je ugotovil, da je z višjo starostjo povezana večja udeležba na strokovnih seminarjih, zato opozarja na pomembnost izpopolnjevanja tudi pri mlajših, ki bi jim bilo treba predstaviti pomembnost vseživljenjskega učenja. Pri ženskah se je pokazala razlika v zadovoljstvu, ki so bile z obveščenostjo bolj zadovoljne v primerjavi z moškimi. Z organizacijo, gradivom, vsebinami in predavatelji so bili bolj zadovoljni udeleženci z nižjo stopnjo izobrazbe. To lahko povezujemo z njihovimi pričakovanji do teoretičnih vsebin. Njihove vsakodnevne izkušnje iz klinične prakse so najverjetneje imele vpliv na višje ocene, ker so jih imeli možnost preskusiti v delavnicah. Pomembna je usmerjenost in prilagojenost izobraževalnega modela ciljni publiko s poudarkom na interaktivni vlogi udeležencev z različnimi učnimi stili, saj je s tem prenos pridobljenega znanja v prakso bolj učinkovit (Frankel, 2009; Rosén, et al., 2011). Obratno lahko iščemo vzroke pri višje izobraženih udeležencih v tem, da imajo višja pričakovanja in so bolje opremljeni s teoretičnim znanjem iz obravnavanega področja. Podobno ugotavlja Peterka Novak (2016), ki trdi, da imajo udeleženci z visoko izobrazbo večja pričakovanja do specialnih strokovnih vsebin. Glede na mesto zaposlitve so udeleženci iz javnih zdravstvenih zavodov izrazili večje zadovoljstvo z vsebinami, predavatelji, časovnim obsegom predavanj in delavnic kot zaposleni drugje. Večina udeležencev je prihajala iz drugih psihiatričnih bolnišnic, pri čemer lahko sklepamo, da so bili z obravnavano temo bolj seznanjeni.

Naj omenimo še nekatere omejitve raziskave. Izboljšavo bo potrebno narediti na vprašalniku in tri stopenjsko lestvico razširiti na pet stopenjsko. Dodati bi bilo potrebno še nekatere druge vsebine, ki bi omogočale bolj vsebinsko oceno izobraževanj.

## ZAKLJUČEK

Strokovni seminarji iz obravnave pacienta z nasilnim vedenjem je v UPK Ljubljana postal del rednega kontinuiranega procesa izobraževanja. Temo so udeleženci ocenili najvišje, kar potrjuje potrebo po pridobivanju tovrstnih dodatnih znanj. Kontinuirano izobraževanje vpliva na zagotavljanje varnosti zaposlenih in na širitev strokovnega znanja. Varnost je eden izmed dejavnikov, ki vpliva na nadaljnje sosledje dogodkov (na odsotnost z delovnega mesta, preprečevanje izgorelosti, zmanjševanje stresa, večjo učinkovitost in zadovoljstvo zaposlenih in pacientov). Izpostavljenost nasilnemu vedenju pacientov je treba ugotavljati v konkretnem okolju in zagotavljati varnost zaposlenih s primerno usposobljenostjo in strokovnim znanjem.

Nenehno ga je treba dopolnjevati, ker tako pravočasno prepoznavamo dejavnike tveganja za nasilno vedenje pacientov in slednjega preprečimo oziroma obvladamo. Obravnava pacienta z nasilnim vedenjem je danes aktualen javnozdravstveni problem, ki se ne dotika samo specialnega področja psihiatrije, temveč je prisotno na vseh področjih zdravstva in socialnega skrbstva v vseh poklicnih skupinah. Na nacionalnem nivoju se je treba zavzemati za ničelno toleranco do nasilja. Eden od pomembnih ukrepov za to so kontinuirana strokovna izobraževanja z interaktivno vlogo udeležencev. Za zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije bi bilo treba, poleg rednih vsakoletnih strokovnih izpopolnjevanj, organizirati specializirana izobraževanja v obliki specialnih znanj in specializacij. Z njimi bi bili pri delu z najbolj zahtevnimi pacienti z duševno motnjo opolnomočeni za zagotavljanje najvišje možne ravni varne in kakovostne zdravstvene nege.

## Literatura

Ameti, M. & Peterka Novak, J., 2017. Varnost zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije. In: Skela Savič, B., etal. eds. *Kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja: zbornik predavanj z recenzijo. 10. mednarodna znanstvena konferenca, 8. in 9. junij 2017*. Bled, Slovenija: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 324-329.

Bartolomé, L.E., Sánchez Munoz, M., Ruiz Hernández, J.A., Jiménez Barbero, J.A., 2017. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), pp. 33-40.

Bojić, M., Bole, U., Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308–315.

Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljić, S., Stopar Stritar, A., et al., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: Skela-Savič, B., etal. eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji?: zbornik predavanj z recenzijo. Posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - quo vadis, 6. 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego*, pp. 63-77.

Brestovacki, B. & Milutinovic, D., 2011. Continuing education of paediatric nurses in Vojvodina, Serbia. *Nurse Education Today*, 31(5), pp. 461–465.

Breznik, L., 2015. Exploiting knowledge through R&D and technological capability: a dynamic capabilities perspective. *Dynamic Relationship Management Journal*, 4(1), pp. 19–31.

Bohman, D.M., Ericsson, T., Borglin, G., 2013. Swedish nurses' perception of nursing research and its implementation in clinical practice: a focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), pp. 25–33.

Dermol, V., 2010. *Usposabljanja zaposlenih ter njihov vpliv na organizacijsko učenje in uspešnost v Slovenskih storitvenih podjetjih: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 1–33.

Duarte Mde L. & Noro Mde, L., 2010. Humanization: a reading from the understanding of nursing professionals. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(4), pp. 685–692.

Frankel, A., 2009. Nurses' learning styles: promoting better integration of theory into practice. *Nursing Times*, 105(2), pp. 24–27.

Gabrovec, B., 2014. *Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, p. 245.

Hardisty, J., Scott, L., Chandler, S., Pearson, P., Powell, S., 2014. Interprofessional learning for medication safety. *Clinical Teacher*, 11(4), pp. 290–296.

Kvas, A. & Seljak, J., 2014. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*, 31(3), pp. 344–351.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: Bregar, B., et al. eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 33–38.

Magnavita, N., 2014. Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation – Results of a 6-year follow-up study, *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 366–376.

Mosconi, E. & Roy, M.C., 2013. Linking Knowledge Management and Organizational Performance. *International Business Research*, 6(9), pp. 68–76.

Karamitri I, Talias M.A., Bellali T., 2015. Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), pp. 41–8.

Morolong, B.G., Chabeli, M.M., 2005. Competence of newly qualified registered nurses from a nursing college. *Curationis*, 28(2), pp. 38–50.

Mahendran, R., Chua, J., Peh, C.X., Lim, H.A., Ang, E.N., Lim, S.E., et al., 2014. Knowledge, attitudes, and practice behaviors (KAPb) of nurses and the effectiveness of a training program in psychosocial cancer care. *Supportive Care in Cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive care in cancer*, 22(8), pp. 2049–2056.

Mazur, L., Chera, B., Mosaly, P., Taylor, K., Tracton, G., Johnson, K., et al., 2015. The association between event learning and continuous quality improvement programs and culture of patient safety. *Practical Radiation Oncology*, 5(5), pp. 286–294.

O'Connell, J., Gardner, G., Coyer, F., 2014. Beyond competencies: using a capability framework in developing practice standards for advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), pp. 728–735.

Ogawa, T. & Nakatani, H., 2012. Professional confidence of public health nurses and related factors. *Japanese Journal of Public Health*, 59(7), pp. 457–465.

Peterka Novak, J., 2016. Gradnja strokovnih zmogljivosti zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 65–75.

Pintar Babič, M., Us, I., Bregar, B., Lipovec, A., 2016. Kakovost in varnost zgrajena na dokazih podprtih z raziskavami-primer. In: Lončnar, D., et al. eds. *Kakovost in varnost zdravstvene obravnave pacienta s duševno motnjo v zdravstvenih ustanovah*. Ormož: Zbornica zdravstvene in babiške nege-Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 31–36.

Rosén, A., Fors, U., Zary, N., Sejersen, R., Lund, B., 2011. A systematic approach to improve oral and maxillofacial surgery education. *European Journal of Dental Education: official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 15(4), pp. 223–230.

Seketin Lestan, S., 2009. *Evalvacija usposabljanja v javni upravi: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 113–114.

Sever, M. & Bregar, B., 2015. Specializations in nursing: the students' perspective. Specializacije v zdravstveni negi: pogled študentov. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 26–43.

Starc, A., 2011. *Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene, pp. 280–286.

Staveski, S., Leong, K., Graham, K., Pu, L., Roth, S., 2012. Nursing mortality and morbidity and journal club cycles: paving the way for nursing autonomy, patient safety, and evidence-based practice. *AACN Advanced Critical Care*, 23(2), pp. 133–141.

Švrljuga Wagner, P., 2008. Vpliv izobraževanja na lojalnost kadrov. *Human Resource Management magazine*, 6(26), pp. 9–12.

Uğur, E., Demir, H., Akbal, E., 2015. Postgraduate education needs of Nurses' who are caregivers for patients with diabetes. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(3), pp. 637–642.

## DELOVNE OBREMENTITVE ZAPOSLENIH NA PODROČJU ZDRAVSTVA IN SOCIALNEGA VARSTVA IN BOLEČINE V HRBTENICI

### WORKLOADS OF EMPLOYEES IN HEALTH AND SOCIAL CARE AND PAIN IN THE SPINE

Ljudmila Par, dipl. m. s.  
Srednja zdravstvena šola Celje

[ljudmila.par@guest.arnes.si](mailto:ljudmila.par@guest.arnes.si)

#### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** Kostno-mišična obolenja so najpogostejše z delom povezane bolezni v Evropi. Med najbolj rizičnimi skupinami za nastanek teh bolezni so tudi delavci zaposleni na področju zdravstva in socialnega varstva, ki zelo pogosto obolevajo za boleznimi lokomotorne aparata, ki se kažejo z bolečinami v hrbtenici in posledično odsotnostjo z dela. Namen raziskave je bil ugotoviti pojavnost in pogostost bolečin v hrbtenici ter posledično odsotnost z dela. **Metoda:** V raziskavi so sodelovali izvajalci zdravstveno negovalne službe petih domov za starejše občane in izvajalci pomoči družini na domu enega centra za socialno delo. Podatki so se zbirali s pomočjo že uporabljenega anketnega vprašalnika s kvantitativno metodologijo. Podatki so se zbrali pred začetkom strokovnega seminarja o varnih metodah in tehnikah premeščanja oseb. Osnova za obdelavo podatkov je 94 anket. **Rezultati:** Bolečine v hrbtenici je imelo že 88 % anketiranih, od tega v zadnjem letu 71 % in v zadnjem mesecu 61 %. Najpogosteje (37 %) so imeli bolečine v hrbtenici ob naporih. 25 % anketiranih ima bolečine vsaj enkrat na mesec. 54 % anketiranih čuti bolečine v ledvenem predelu. 29 % anketiranih je že bilo zaradi bolečin v hrbtenici odsotnih z dela.

**Razprava:** Raziskava je potrdila, da so zaposleni na področju zdravstva in socialnega varstva zelo ogroženi za nastanek bolečin v hrbtenici.

**Ključne besede:** ergonomija, bolniška odsotnost, zdravstvena nega, negovalno osebje, delavno okolje, mišično-skeletna obolenja

#### ABSTRACT

**Theoretical starting points:** Musculoskeletal disorders are the most common work-related illness in Europe. Among the most risky groups for the occurrence of these diseases are also workers employed in health care and social care, who are very often ill with diseases of the locomotor apparatus, which are indicated by back pain and, consequently, absence from

work. The purpose of the study was to determine the incidence and frequency of pain in the spine and, consequently, absence from work. **Method:** The research involved health care providers of five elderly homes and providers of help and care of one Center for Social Work that provide services at home. Data were collected using an already used questionnaire using a quantitative methodology. Data were collected before the start of a professional seminar on safe methods and techniques for moving people. The basis for data processing is 94 surveys.

**Results:** 88 % of respondents had pain in the spine, 71 % of them in the last year and 61 % in the last month. Most often (37 %) had pain in the backbone with effort. 25 % of the respondents have pain at least once a month. 54 % of those surveyed felt lumbar pain. 29 % of respondents have already been absent from work because pain in the spine. **Discussion:** The survey confirmed that employees in health and social care are at great risk of developing back pain.

**Keywords:** ergonomics, sick leave, nursing care, nursing staff, working environment, musculoskeletal disorders

## UVOD

Kostno-mišična obolenja običajno prizadenejo hrbtenico, vrat, ramena in zgornje okončine. Glavni skupini kostno-mišičnih obolenj sta bolečina oziroma poškodba hrbtenice in poškodbe zgornjih okončin zaradi ponavljajočih gibov (Žebovec, 2007). V začetku se kažejo težave v obliki manjših bolečin, ki kasneje preidejo v močnejše bolečine, ki močno poslabšajo kakovost življenja ali zaposlenega prisilijo v bolniško odsotnost z dela. Zmanjšajo delovno sposobnost obolelih oseb, ki zahteva omejitve pri dvigovanju bremen. Če se bolezen spremeni v kronično obliko, lahko privede do invalidnosti ali celo do izgube zaposlitve. Ta obolenja zmanjšujejo tudi zaposljivost iskalcev novih zaposlitev. Kostno-mišična obolenja za zaposlene predstavljajo velik zdravstveni in socialni problem, saj prinašajo veliko osebnega trpljenja zaradi fizičnih bolečin in manjši dohodek zaradi bolniške odsotnosti z dela. Gre tudi za velik gospodarski problem, saj povzročajo delodajalcu manjšo poslovno učinkovitost ter višajo stroške podjetjem in nacionalnemu gospodarstvu, za državo pa predstavljajo večje stroške za socialno varnost (EU-OSHA, 2017). Po mednarodnih ocenah se 40 % vseh sredstev za zdravljenje delovnih poškodb porabi za zdravljenje mišično-skeletnih bolezni, od katerih so največji stroški za zdravljenje bolečin v hrbtenici (Stričević et al., 2012). Zelo ogrožena skupina za ta obolenja so tudi zaposleni na področju zdravstva in socialnega varstva. V zdravstvu je bolečina v hrbtenici povezana z neposrednim delom s pacientom, saj povečano tveganje za nastanek bolečine v križu predstavlja dvigovanje in prenašanje bremen, premikanje pacientov, sklanjanje, pripogibanje in nepravilna drža pri opravljanju dela s pacientom (Demšar et al., 2016). V raziskavi, ki je bila narejena med operacijskimi medicinskimi sestrami v operacijskem bloku Kliničnega centra v Ljubljani, je bilo ugotovljeno, da je imelo bolečine v hrbtenici 77 % operacijskih sester (Fortuna & Kersnič, 2003).

Leta 2007 in 2009 so dijaki Srednje zdravstvene šole Celje v okviru raziskovalnega projekta Mladi za Celje naredili dve raziskavi. V raziskavi leta 2007 je bilo ugotovljeno, da je imelo bolečine v hrbtenici 89,9 % anketiranih članov zdravstveno-negovalne službe iz petih domov za starejše občane (Brečko, et al, 2007). V raziskavi leta 2009 so dobili podobne rezultate. Anketirali so člane zdravstveno-negovalne službe sedmih domov za starejše občane in ugotovili, da je imelo bolečine v hrbtenici že 92 % anketiranih (Markovič, et al, 2009). Leta 2010 je bila objavljena raziskava, v kateri je od 268 članov zdravstveno-negovalne službe, zaposlenih v domovih za starejše občane, imelo bolečine v hrbtenici 90 % anketiranih (Par, 2010a). Na Univerzitetnem kliničnem centru Maribor so naredili raziskavo med delavci v zdravstveni negi, kjer so ugotovili, da ima 79 % anketiranih bolečine v ledvenem in 65,9 % bolečine v vratnem predelu hrbtenice (Stričević, 2012). Prav tako so bili leta 2012 objavljeni rezultati raziskave, v kateri je sodelovalo 218 izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe iz 32 javnih zavodov s področja socialnega varstva iz cele Slovenije. Ugotovljeno je bilo, da je imelo bolečine v hrbtenici 83 % anketiranih (Par, 2012).

#### Namen

Namen raziskave je bilo ugotoviti, ali imajo težave z bolečinami v hrbtenici tudi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v drugih domovih za starejše občane in izvajalci pomoči družini na domu, zaposleni v centru za socialno delo. Želeli smo ugotoviti:

- koliko zaposlenih je že imelo bolečine v hrbtenici, koliko jih je imelo bolečine v zadnjem letu in koliko v zadnjem mesecu;
- ali so že bili zaradi teh težav odsotni z dela in če imajo predpisane kakšne omejitve glede dvigovanja bremen s strani zdravnika specialista;
- koliko let so opravljali svoj poklic, preden so se pojavile prve bolečine;
- kako pogosto imajo bolečine in v katerem delu hrbtenice;
- katera dela pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe jim predstavljajo največje fizične obremenitve.

Na podlagi pregledane literature so bile postavljene naslednje raziskovalne hipoteze:

H1: Več kot 80 % diplomiranih medicinskih sester (v nadaljevanju dipl. m. s.), tehnikov zdravstvene nege (TZN), bolničarjev-negovalcev (BN), delovnih terapevtov (dipl. del. ter.), fizioterapevtov (dipl.fiziot.) in socialnih oskrbovalk (SO) je že imelo bolečine v hrbtenici.

H2: 50 % anketiranih je opravljal svoj poklic do prvih bolečin manj kot 10 let.

H3: Približno 50 % zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi čuti preobremenjenost v vratni in v ledveni hrbtenici.

H4: Največje fizične obremenitve jim predstavlja premeščanje uporabnikov na invalidski voziček in nazaj.

## METODA DELA IN VZOREC

V raziskavi so sodelovali zaposleni na področju zdravstvene nege, rehabilitacije in pomoči družini na domu. V raziskavo so bili vključeni zaposleni iz naslednjih ustanov:

- Dom starejših občanov Tezno v Mariboru,
- Dom starejših občanov Gradišče pri Dornbergu,
- Obalni dom starejših občanov Koper,
- Dom upokojencev Vrhnika,
- Dom starejših Idila d. o. o., Jarenina,
- Center za socialno delo Tolmin.

Teoretični del prispevka temelji na deskriptivni metodi dela. Podatki teoretičnega dela so bili pridobljeni s pregledom literature. Iskanje literature smo omejili s ključnimi besedami: ergonomija, bolniška odsotnost, zdravstvena nega, negovalno osebje, delavno okolje, mišično-skeletna obolenja in njihovim prevodom v angleščino.

Empirični del temelji na kvantitativni metodologiji. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval vprašanja odprtega in zaprtega tipa. Vprašalniki so bili razdeljeni pred izvedbo strokovnih seminarjev, na katerih so se zaposleni učili varnih metod in tehnik premeščanja oseb in spoznavali pripomočke za lažje delo. Pomembno nam je bilo, da udeleženci strokovnih seminarjev anketne vprašalnike izpolnijo že pred pričetkom seminarjev. Vseh zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe in pomoči na domu v omenjenih domovih in v centru za socialno delo je skupaj 283. Razdeljenih in vrnjenih je bilo 108 anket. Iz analize in v prispevku prikazanih rezultatov so izvzeti vprašalniki, ki so jih izpolnile stražnice in zaposleni preko javnih del. V raziskavi je obdelanih 94 anket, kar je osnova za obdelavo podatkov (100 %). V raziskavi so prikazani rezultati anket 33 % zaposlenih na področju zdravstvene nege, rehabilitacije in pomoči družini na domu v teh ustanovah. Podatki so se zbirali od novembra 2015 do novembra 2016. Pridobljeni podatki so bili ročno obdelani.

## REZULTATI

Osnova za obdelavo podatkov je 94 anket ali 100 %.

Od tega je bilo 86 (91 %) žensk in 8 (9 %) moških.

Anketo je izpolnilo: 29 BN, kar predstavlja 30,9 %, 28 TZN ali 29,8 %, 5 dipl. m. s. ali 5,3 %, 3 dipl. fiziot. ali 3,2 %, 8 dipl. del. ter. ali 8,5 % in 21 SO ali 22,3 %.

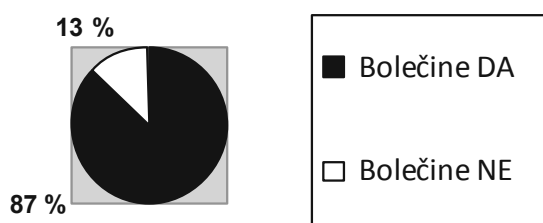


Starostno strukturo v analizo vzetih prikazuje tabela 1:

Tabela 1: Starostna struktura v analizo vzetih anketiranih

	Do 20 let	20-30 let	31-40 let	41-50 let	51-60 let
Skupaj - 94	4 ali	26 ali	17 ali	27 ali	20 ali
Delež - 100%	4%	28 %	18 %	29 %	21 %

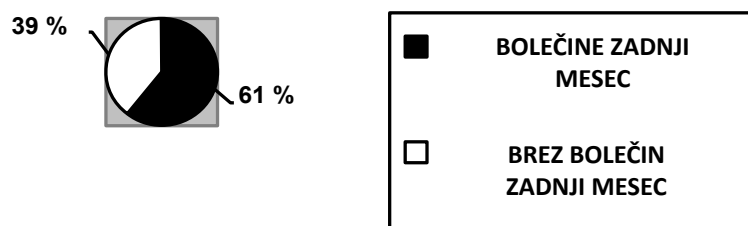
Na vprašanje ali so že kdaj imeli bolečine v hrbtenici, jih je 82 ali 88 % odgovorilo pritrdilno. Od tega vse dipl. m. s., vsi dipl. fiziot., 89 % TZN, 88 % dipl. del. ter., 86 % SO in 83 % BN.



Slika 1: Prisotnost bolečin v hrbtenici

V zadnjem letu je imelo bolečine v hrbtenici 67 ali 71 % v analizo vzetih anketiranih. Od tega v posamezni poklicni skupini: 88 % dipl. del. ter., 80 % dipl. m. s., 76 % SO, 75 % TZN, 62 % BN in 33 % dipl. fiziot.

V zadnjem mesecu je imelo bolečine 57 v analizo vzetih anketiranih ali 61 %. Od tega v posamezni poklicni skupini: 67 % SO, 64 % TZN, 62 % BN, 60 % dipl. m. s., 50 % dipl. del. ter. Fizioterapevti v zadnjem mesecu niso imeli težav z bolečinami v hrbtenici.



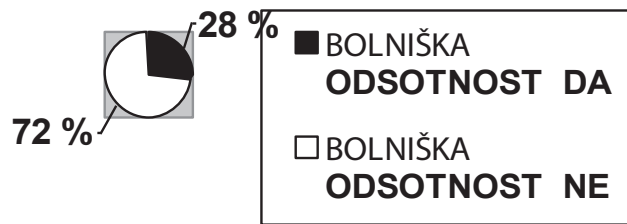
Slika 2: Bolečine v hrbtenici zadnji mesec.

Pogostost pojavljanja bolečin prikazuje tabela št. 2.

Tabela 2: Pogostost pojavljanja bolečin v hrbtenici

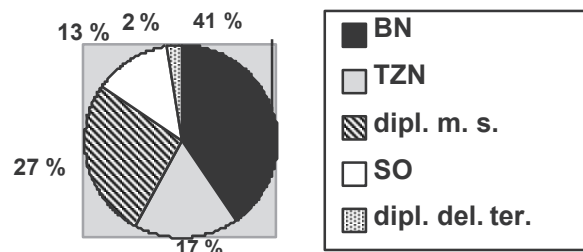
Skupaj	Ob naporih	Zelo redko	Vsak dan	1-krat na teden	1-krat na mesec	Brez odgovora oz. brez bolečin
94	35	19	13	5	6	16
100 %	37,2 %	20,2 %	14 %	5,3 %	6,3 %	17 %

Zaradi bolečin v hrbtenici je že bilo bolniško odsotnih 27 v analizo vzetih anketiranih ali 28 %. Od tega v posamezni poklicni skupini: 80 % dipl. m. s., 33 % SO, 31 % BN, 25 % dipl. del. ter. in 18 % TZN. Fizioterapevti niso bili odsotni z dela zaradi bolečin v hrbtenici.



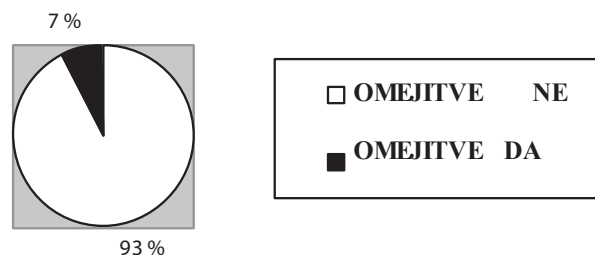
Slika 3: Bolniška odsotnost zaradi bolečin v hrbtenici

V analizo vzeti anketirani so bili zaradi bolečin v hrbtenici skupaj odsotni približno 770 dni. Spodnja slika prikazuje odsotnost po posameznih profilih v odstotkih.



Slika 4: Bolniška odsotnost zaradi bolečin glede na število dni po posameznih poklicih

Nekateri anketirani imajo predpisane omejitve pri dvigovanju težkih bremen. Tako je odgovorilo 7 ali 7 % anketiranih. Od tega 2 dipl. m. s., ki imata omejitve dvigovanja do največ 20 kg, 1 TZN do 15 kg, 3 BN do 5 kg in 1 SO lažje delo.

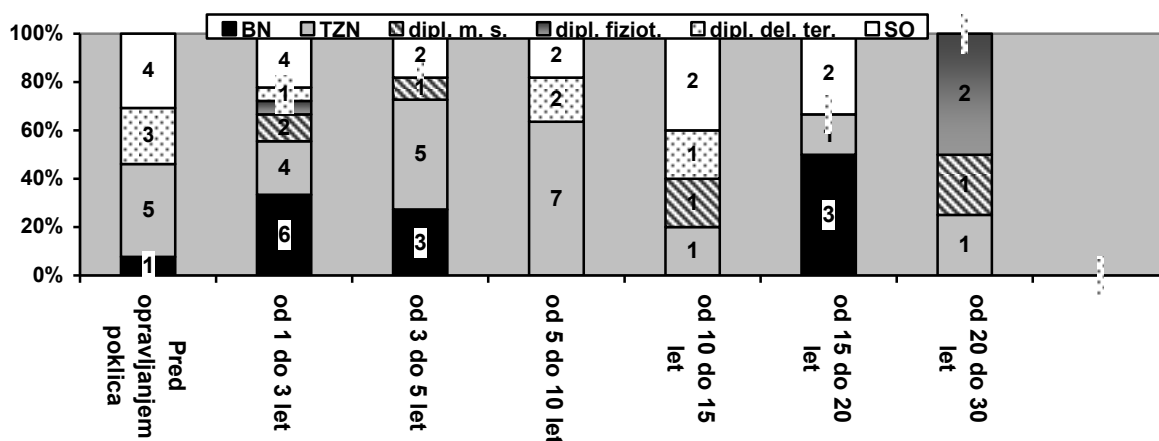


Slika 5: Predpisane omejitve pri delu s strani zdravnika specialista

Na vprašanje koliko let so opravljali poklic na področju zdravstvene nege in oskrbe ter pomoči družini na domu, preden so se pojavile prve bolečine, je 14 % v analizo vzetih anketiranih odgovorilo, da so bile bolečine v hrbtenici prisotne še preden so začeli opravljati svoj trenutni poklic. Tako je odgovorilo 5 TZN, 4 SO, 3 dipl. del. ter. in eden BN.

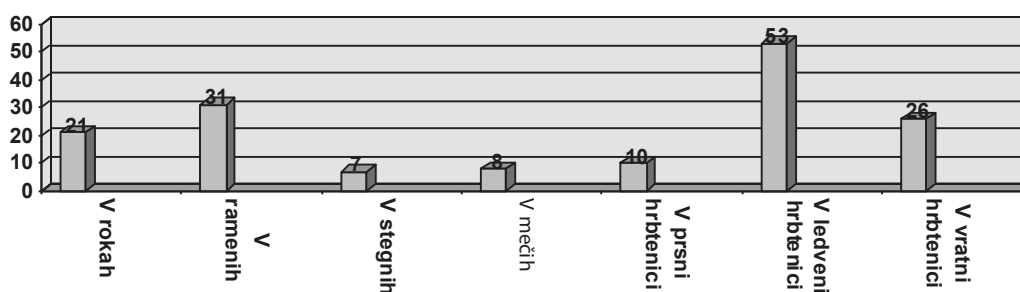
Pri 19 % v analizo vzetih anketiranih so se bolečine pojavile že po manj kot treh letih opravljanja poklica, v času od treh do pet let je dobilo bolečine 12 %, prav tako 12 % v času

od pet do deset let. Po 10 do 15 letih je dobilo bolečine 5,3 % in po 15 do 20 letih 6,4 % v analizo vzetih anketiranih. 4,2 % v analizo vzetih anketiranih je opravljalo svoj poklic od 20 do 30 let brez bolečin. 22 % v analizo vzetih anketiranih na to vprašanje ni odgovorilo oziroma niso imeli bolečin.



Slika 6: Leta opravljanja poklica pred pojavom bolečin v posameznih poklicih

Na vprašanje kje čutijo bolečine zaradi fizične preobremenjenosti, jih je 53 ali 56,3 % odgovorilo, da v ledvenem delu hrbtenice. 31 ali 33 % v analizo vzetih anketiranih je čutilo preobremenjenost v ramenih. V vratnem delu hrbtenice čuti bolečine 26 ali 28 % v analizo vzetih anketiranih. V ostalih predelih so imeli manj težav. Anketirani so lahko obkrožili več odgovorov.



Slika 7: Predeli telesa, kjer najpogosteje čutijo utrujenost in bolečine

Na vprašanje katera dela z uporabnikom predstavljajo zanje največje fizične obremenitve, jih je 58 (62 %) odgovorilo, da premeščanje iz postelje na invalidski voziček in nazaj. Tako so v največjem odstotku odgovorili anketirani v vseh omenjenih poklicih.

Drugo najtežje fizično opravilo je za 36 ali 38 % v analizo vzetih anketiranih prestavljanje uporabnikov po postelji navzgor. Od vseh v analizo vzetih anketiranih je 31 ali 33 % tistih, ki jim hude obremenitve povzročajo izvajanje postopkov zdravstvene nege in oskrbe na nizkih posteljah. Tako je odgovorilo 16 SO, 10 TZN, 3 BN in ena dipl. del. ter.. Ostale aktivnosti so zastopane v manjšem številu.

## DISKUSIJA

Namen raziskave je bil dosežen. Na vsa raziskovalna vprašanja in postavljene hipoteze so bili dobljeni pričakovani rezultati. Delo na področju zdravstva in socialnega varstva je zelo težko, zato imajo težave z bolečinami v hrbtenici tudi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše občane, ki so bili vključeni v raziskavo. Prav tako imajo težave z bolečinami v hrbtenici tudi izvajalci pomoči družini na domu, ki so bili vključeni v raziskavo.

Raziskava potrjuje spoznanja Fortunove in Kerstičeve (2003), Parove (2010a, 2012) in Demšarjeve s sodelavci (2016), ki so ugotovili, da je imelo bolečine v hrbtenici več kot 80% zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu, kar predstavlja za zaposlene velik zdravstveni problem, saj jim bolečine prinašajo veliko osebnega trpljenja. Raziskava potrjuje tudi dejstvo, da so zaradi bolečin v hrbtenici pogostejše bolniške odsotnosti. Potrjuje spoznanja Brečkove s sodelavci (2007) in Parove (2010a, 2012), kjer je bilo ugotovljeno, da je bilo na bolniški odsotnosti zaradi bolečin v hrbtenici že skoraj ena tretjina anketiranih. Največ dni so bili zaradi bolečin v hrbtenici odsotni BN in dipl. m. s. Bolniška odsotnost predstavlja za zaposlene tudi socialni problem. Nekateri TZN so zapisali, da včasih ob bolečinah v križu raje vzamejo nekaj dni dopusta ali koristijo ure, saj bolniška odsotnost močno zniža družinski proračun.

Raziskava ugotavlja, da dobijo zaposleni na področju zdravstva in socialnega varstva glede na delovno dobo bolečine v hrbtenici relativno zgodaj. Skoraj petina zaposlenih je dobila bolečine v hrbtenici že po treh letih opravljanja svojega sedanjega poklica. Raziskava potrjuje tudi ugotovitve Parove (2010a), kjer je v prvih treh letih dobilo bolečine v hrbtenici 22 % BN in 24 % TZN.

V prvih desetih letih opravljanja svojega poklica je imelo bolečine že več kot polovica anketiranih. Raziskava potrjuje spoznanja Parove (2010a), kjer je bil ta odstotek še višji (66 %). Tudi v raziskavi, objavljeni 2012, je v prvih desetih letih svoje poklicne poti imelo bolečine 74 % anketiranih (Par, 2012). Ti podatki so zelo zaskrbljujoči, saj se delovna doba podaljšuje, zato bodo morali zaposleni svoj poklic opravljati več let. Zelo težko bodo zaposleni z bolečinami v hrbtenici svoje delo, ki je fizično zelo naporno, opravljali z veseljem, če bodo ves čas v strahu, da se bodo bolečine v hrbtenici ponovile.

Raziskava potrjuje ugotovitve Stričevičeve s sodelavci (2012), kjer je bilo ugotovljeno, da imajo zaposleni v zdravstveni negi največ bolečin v ledveni hrbtenici. Tretjina anketiranih v raziskavi je imela bolečine tudi v ramenih, kar je verjetno posledica večkratnih premikov velikega števila uporabnikov, ki potrebujejo vso pomoč pri gibanju. Prekomerne fizične obremenitve bi zaposleni lahko zmanjšali s tem, da bi pri premeščanju uporabili različne pripomočke za premeščanje. Pri uporabi teh pripomočkov se uporablja veliko manjša sila, saj delujejo po principu manjšega trenja in strižne sile (Par, 2010b; 2016). Anketirani bolečine v hrbtenici najpogosteje dobijo ob naporih. Dobljene ugotovitve potrjuje tudi

Zagerjeva s sodelavci (2009). Napori pri premeščanju nepomičnih oseb so lahko zelo veliki, če se pri premeščanju uporabljajo napačne tehnike. Če bi upoštevali načela varnega dvigovanja bremen, bi imeli manj težav z bolečinami v hrbtenici, bolj pa bi bila obremenjena stegna in kolena.

V vseh poklicih so anketirani potrdili, da jim največje fizične obremenitve predstavlja premeščanje uporabnikov na invalidski voziček in nazaj. Potrdili so ugotovitve Markovičeve s sodelavci (2007), ki so prišli do enakih ugotovitev. Pri napačnih tehnikah premeščanja uporabnika na invalidski voziček lahko pride do velikih obremenitev hrbtenice, če se upogibamo naprej v hrbtenici, namesto da bi pokrčili kolena. Pri nepravilnem dvigovanju lahko vsa teža uporabnika obvisi na zaposlenem, namesto da bi bil uporabnik oprt na svoje noge. Premeščanje na invalidski voziček bi bilo veliko manj naporno, če bi zaposleni upoštevali zakonitosti kinestetike.

## ZAKLJUČEK

Dobljeni rezultati nam kažejo, da bo potrebno še veliko narediti na področju varnosti in zdravja pri delu. Da bi zmanjšali pogostost pojavljanja bolečin v hrbtenici pri izvajalcih zdravstvene nege in oskrbe, bodo morali zaposleni in delodajalci še veliko narediti na področju preventivnih ukrepov, na področju izobraževanja, pravih izvajanj delovnih nalog in preverjanju učinkovitosti ukrepov. Delavci bi se morali bolj zavedati nevarnosti kostno-mišičnih obolenj in pomena aktivnosti, s katerimi lahko sami poskrbijo za zdravje svoje hrbtenice. Pomembna je redna telesna aktivnost kot je hoja, tek, plavanje, kolesarjenje in telovadba s katero skrbimo za krepitev hrbtnih mišic. Pomembna je zdrava prehrana, s katero se vzdržuje normalna telesna masa, manj sedenja pred televizijo in za računalnikom, uporaba pripomočkov za lažje delo na delovnem mestu, upoštevanje načel varnega dvigovanja in zakonitosti kinestetike.

Tudi delodajalci bi morali več narediti za svoje zaposlene. Pomembna je postavitve ustreznih kadrovskih normativov, ki bi omogočili, da zaposleni ne bi bili fizično preobremenjeni in bi imeli tako manj težav s hrbtenico. S tem bi se zmanjšala tudi odsotnost z dela. Nepredvideni dogodki namreč otežujejo in onemogočajo normalen potek delovnega procesa in hkrati vplivajo tudi na kvaliteto zdravstvene nege in oskrbe uporabnikov. Pomembno je ustrezno izobraževanje zaposlenih, da bi dopolnili znanje na področju varnega dvigovanja in premeščanja bremen in, da bi se ozavestili, da morajo tudi sami poskrbeti za svoje zdravje. Vsi anketirani so bili udeleženci strokovnega seminarja, kjer so se učili varnega premeščanja oseb in so si obnovili ali pridobili znanje, ki so ga lahko kasneje praktično uporabili pri svojem delu. Prav tako so spoznali nove pripomočke za lažje delo. V prihodnosti bi bilo smiselno med njimi ponoviti raziskavo, da bi ugotovili, če jim je na novo pridobljeno ali utrjeno znanje kaj pomagalo pri zmanjšanju ali odpravi bolečin v hrbtenici. Lahko bi raziskavo razširili še na druge domove starejših občanov ali vključili bolnišnice. Raziskovalna naloga želi opozoriti na probleme zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu glede bolečin v hrbtenici.

Če se bo z raziskavami opozarjalo na to problematiko, se bo na tem področju morale nekaj spremenili, kar bo pripomoglo k izboljšanju zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu, k zmanjševanju poškodb lokomotorne aparata in zmanjšanju bolečin v hrbtenici. Zaposleni in delodajalci bi se morali zavedati, da samo zdravi in zadovoljni delavci lahko opravljajo svoj poklic odgovorno in brez težav, v zadovoljstvo uporabnikov, ki zanje skrbijo.

Iskrena zahvala vsem anketiranim, ki ste se prijazno odzvali povabilu in z izpolnjevanjem vprašalnika omogočili izpeljavo raziskave.

## Literatura

Brečko, N., Gril, H. & Zager, T., 2007. Prisotnost bolečin v hrbtenici zaradi obremenjenosti negovalnega osebja na delovnem mestu v domovih za starejše občane: raziskovalna naloga. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje, pp. 20. Available at: URL: <http://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4200704582.pdf>. [COBISS.SI-ID 13764149]

EU-OSHA – Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2017. Varnost in zdravje pri delu - Kostno-mišična obolenja Available at: URL: <http://osha.europa.eu> > themes > muscles [29. 8. 2017]

Demšar, A., Zorc, J. & Skela – Savič, B., 2016. Povezave med izbranimi dejavniki tveganja in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. Obzornik zdravstvene nege, 50(1), pp 57-64. Available at: URN:NBN:SI:doc-2Y1H0A20 [1. 9. 2017]

Fortuna, T., & Kersnič, P., 2003. Bolečine v križu pri operacijskih medicinskih sestrah. Obzornik zdravstvene nege, 37(3), pp. 199-206

Markovič, A., Radič, D. & Slemenšek, A., 2007. Ergonomija in fizične obremenitve zdravstvenih delavcev v domovih starejših občanov: raziskovalna naloga. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje, pp 23-28 Available at: URL: <http://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4200704586.pdf>.

Markovič, A., Zager, T. & Očko, K., 2009. Uporaba pripomočkov za lažje delo v zdravstveni negi: raziskovalna naloga. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje, pp. 21-22 Available at: URL: <http://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4200905150.pdf>. [COBISS.SI-ID 14725173]

Par, L., 2010. Vpliv delavnih obremenitev na pojav bolečin v hrbtenici. In: Skela Savič, B. et al. eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 16. in 17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 266-274

Par, L., 2010. Možnost najema, nakupa in izposoje medicinsko-tehničnih pripomočkov za pomoč pri gibanju delno pomičnih in nepomičnih oseb. In: Skela Savič, B. et al. eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo. 3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 16. in 17. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 497-505

Par, L., 2012. Kostno-mišična obolenja med zaposlenimi s področja socialnega varstva. Utrip - glasilo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, XX (10), pp. 14-15.

Par, L., 2016. Uporaba drseče podloge v praksi. In: Plank, D. et al. eds. Združimo znanja za večjo kakovost storitev in zadovoljstvo pacientov: zbornik predavanj. 17. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 14. oktober 2016. Celje: Splošna bolnišnica Celje in Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 95-108

Stričević, J., Balantič, Z., Turk, Z., Čelan, D., Kegl, B., & Pajnikihar, M., 2012. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebju v bolnišnici. Obzornik zdravstvene nege, 2012, 46(3), pp. 195-207

Žebovec, S., 2007. Naredite si breme lažje. Delo in varnost - revija za varnost in zdravje pri delu in varstvo pred požarom, 52(5), pp. 1-4

Delo in varnost/52/2007/5 Available at: URN:NBN:SI:DOC-BP5H10PD [28.8.2017]

## STRATEGIJE PREPREČEVANJA MOBINGA – PSIHIČNEGA NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVENI NEGI

### STRATEGIES FOR PREVENTING MOBING - PSYCHOLOGICAL VIOLENCE IN THE WORKPLACE IN NURSING CARE

Munira Pejić, mag. zdr. nege

Andreja Zupanc, dipl. m. s.

andreja.zupanc@gmail.com

#### IZVLEČEK

V prispevku avtorici opredelujeta mobing iz konceptualnega stališča ter njegove manifestacije, vzroke in posledice. Mobing je velik problem družbe, delovnih organizacij in posameznikov, ki jih prizadene. Raziskovalci pojava mobinga v zdravstveni negi opozarjajo na nadpovprečno ogroženost zaposlenih v zdravstvenem sektorju. Zavedati se moramo, da je psihično nasilje problem, ki ga je treba vzeti zelo resno, saj ima hude zdravstvene in socialne posledice za prizadete. Za to je treba ukrepati takoj in storiti vse, da se taka stanja preprečijo oziroma ustvariti takšno klimo, da do njih sploh ne pride. S kritičnim pregledom strokovne literature smo uporabili deskriptivno raziskovalno metodo. Literaturo smo iskali po strokovnih podatkovnih bazah. V pregled polnega besedila smo vključili tiste strokovne članke, ki so obravnavali mobing na delovnem mestu v zdravstveni negi. Uporabljeni so članki, ki so bili pridobljeni z brezplačnim dostopom in po pregledu izvlečkov najbolj primerni za preučevanje naslovne teme. Na podlagi pregledane strokovne literature, smo prišli do zaključka, da je zdravstvena nega specifično področje dela, zato je možnost mobinga več in bolj prikrit. Strategije pri preprečevanju mobinga nam omogočajo lažje soočanje in reševanje težav, povezanih s to problematiko.

**Ključne besede:** strategije preprečevanja mobinga, psihično nasilje, zdravstvena nega.

#### ABSTRACT

The article defines mobbing - psychological violence from the conceptual point of view and its manifestations, causes and consequences. Mobbing is a major problem for society, working organizations and individuals that affects them. Reserces phenomenon mobbing in nursing care highlights the problem of mobbing as it is above average employees who suffered it in the health sector. We must be aware that mobbing - psychological violence is a problem that needs to be taken very seriously, as it has serious health and social consequences for those affected. It is imperative to act immediately and do everything to prevent such conditions and conversely create such a climate that would prevent the mobbing . With a critical review of the professional literature we used the descriptive



research method. We searched the literature in the following databases. Articles that have been obtained with free access and after reviewing extracts are best suited for studying the subject matter. Nursing is a specific area of work, where mobbing is more likely to be more obscure. Strategies to prevent mobbing enable us to better cope with and solve problems related to this issue.

**Keywords:** mobbing prevention strategies, psychological violence, nursing care.

## UVOD

Mobing poimenujemo v Sloveniji tudi psihično nasilje. Mobing na delovnem mestu je najti v vseh ustanovah, v vseh poklicih in na vsaki hierarhični ravni (Levis, 2006; Johnson, 2009). To dejanje oziroma dejanja so ena od vrst nasilja na delovnem mestu, ki označuje sistematično in dolgotrajno sovražno komunikacijo do zaposlenega, ki pušča posledice na zdravju in dostojanstvu žrtve (Guglielmi, et al., 2009).

Vzroki so lahko slaba organizacija dela, nejasna razdelitev nalog, slabo sodelovanje in nejasna hierarhična organizacija, kot tudi strah pred izgubo delovnega mesta. Vsaka delovna organizacija obstaja z namenom uresničitve določenih ciljev. Temeljni cilj večine teh organizacij je dobiček. Pogosto pozabljamo, da so ravno ljudje dodana vrednost v tem procesu. Pomemben cilj delovnih organizacij bi morali biti prav dobri medčloveški odnosi med zaposlenimi. Dobri osebni odnosi in ustrezna komunikacija med zaposlenimi pripomore k večji produktivnosti in varnosti na delovnem mestu (McKenna, et al., 2003).

Kot navaja Ege (2002) dobri odnosi na delovnem mestu delavcu omogočajo opravljanje dela v varnem delovnem okolju, ki ga spodbuja k uspešnem opravljanju delovnih nalog. V zdravstvu in zdravstveni negi je značilno prepletanje vlog na ravni organizacijske strukture dela, ki pogosto povzroči mobing (Johnson, 2009).

Namen prispevka je ozaveščanje medicinskih sester o pojavu mobinga na delovnem mestu. Avtorici želita izpostaviti problem tega pojava, saj je žrtev mobinga vedno več tudi v slovenskem zdravstvu (Pejić, 2007, p. 25). Zaradi tega trpi tudi delovni proces, saj se žrtve in tudi nasilneži ukvarjajo z mobingom, namesto z delovnim procesom. Na koncu vsi premalo časa posvetijo pacientu, ki od nas pričakuje pomoč, ustrezen odnos in strokovno znanje (Argentero, et al., 2004).

Literaturo smo iskali po podatkovnih bazah: CINAHL, Proquest, PubMed. Za iskanje literature v slovenskem prostoru smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBBIS.SI. Skupaj smo pregledali 139 izvlečkov. V pregled polnega besedila smo vključili tiste strokovne članke, ki so obravnavali mobing na delovnem mestu v zdravstveni negi. Skupno število člankov, ki smo jih uvrstili v končno kvalitativno sintezo prispevkov je bilo 19. Uporabljeni so članki, ki so bili pridobljeni z brezplačnim dostopom in po pregledu izvlečkov najbolj primerni za preučevanje naslovne teme.

Avtorici s pregledom strokovne literature ugotavljata, kako je ta pojav razširjen v svetu in v Sloveniji. Uporabljena je deskriptivno raziskovalna metoda. S kritičnim pregledom strokovne literature smo ugotovili, da zakonodaja prepoveduje mobing dejanja, a v praksi je vedno več žrtev mobinga, ki le tega težko dokažejo. Na podlagi pregledane strokovne literature smo prišli do zaključka, da je zdravstvena nega specifično področje dela, zato je možnost psihičnega nasilja večja in bolj prikrita. Strategije pri preprečevanju mobinga nam omogočajo lažje soočanje in reševanje težav, povezanih s to problematiko.

## Mobing

Avtor koncepta mobinga je švedski zdravnik in psiholog Heinz Leymann, ki je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja postal pozoren na posebno obliko dalj časa trajajočega nasilnega vedenja pri šolarjih. Šele kakšnih 20 let kasneje je tovrstno vedenje, ki ga je poimenoval mobing, odkril tudi v delovnih okoljih. Mobing je definiriral kot »zelo zavzeto, skupinsko kampanjo, ki jo sodelavci izvajajo z namenom, da bi izključili, kaznovali in ponižali drugega delavca«. Mobing lahko prevedemo kot »psihosocialno nasilje«, ki ga izvajajo sodelavci s svojim etično spornim vedenjem do posameznika (Bercko, 2006, p. 851).

Mobing je pereča tema, ki se jo kljub vsemu še vedno premalo zavedamo. Zaradi hudih konkurenčnih razmer, ki trenutno vladajo na trgu ter gospodarske krize, ki s svojim delovanjem neposredno vpliva tudi na področje zdravstva in zdravstvene nege, ne prinaša nič dobrega. Raziskovalci opažajo, da se pojav mobinga v podjetjih le stopnjuje (Yildirim & Yildirim, 2007).

Za mobbing na delovnem mestu je značilno zlasti, da žrtev zaradi sodelavcev in/ali nadrejenih utrpi neznosen psihični pritisk in bolečino, delovno okolje pa postane tako sovražno, da obstaja velika verjetnost, da bi bila žrtev odpuščena, če bi se odločila, da bo poskušala pod pritiskom »vzdržati« (Giorgi & Majer, 2008). Cilj skupine ali posameznika, ki izvaja mobbing, je namreč največkrat pripraviti nezaželenega posameznika, da »sam odide« (Resch, 1997). Gre za taktiko, ki se v večini primerov izkaže za uspešno, vendar samo zato, ker nadrejeni oziroma vodilni pogledajo stran ali pa celo sodelujejo, če že ne usmerjajo napade (Argentero, et al., 2004). Mobbing je potrebno reševati v začetnih fazah oz. poskrbeti, da do njega sploh ne pride, kajti odpravljanje posledic je največkrat izredno težavno ter v določenih primerih ne obrodi sadov (Mikkelsen & Einarsen, 2001).

Leymann (1990) je definiriral kar 45 različnih pojavnih oblik mobinga, umeščenih v pet skupin. Med najpogostejše oblike mobinga, ki se opazijo v zdravstveni negi, spadajo:

- žalitve in poniževanja,
- napadi na osebno dostojanstvo in integriteto,
- razvrednotenje delavčevega dela,
- nenehno kritiziranje, ignoriranje,
- pretirano agresivna in neetična komunikacija,
- zlonamerne govornice in širjenje laži,

- posmehovanje delavčevemu zasebnemu življenju,
- stalno prekinjanje delavca pri komunikaciji,
- namigovanja na duševno bolezen,
- sistematično čezmerno nalaganje dela in zadolžitev,
- diskriminacija,
- zmanjševanje možnosti, da bi se delavec lahko profesionalno izkazal,
- spolno nadlegovanje,
- ogrožanje varnosti zaposlenega ali varnosti njegove družine (Lindi & Shaefer, 2010).

Mobing ni pojav sodobnega sveta in tudi definicije si niso enotne glede tega koncepta. Pri nas natančno definicijo koncepta mobinga izpostavlja Brečko (2010, p. 877), ki pravi: «Mobing – psihično nasilje na delovnem mestu, je vsako ponavljajoče se ali sistematično in dolgotrajno, neetično, žaljivo verbalno ali neverbalno dejanje ene ali več oseb na delovnem mestu ali v zvezi z delom, na vseh hierarhičnih ravneh in v vseh smereh, pogosto z vnaprej določenim ciljem. Kot navaja Framework (2002) je mobing namerna uporaba moči proti posamezniku ali skupini ljudi, ki se kaže v prizadevanju škode na fizičnem, psihičnem, moralnem, socialnem in materialnem področju.

#### Razvoj mobing dejanj

Številni avtorji pojav mobinga pojasnjujejo kot stopnjevalen konflikt. Koncept mobinga sta Laymann in Gustafsson (1996) razdelila v pet faz:

- prva faza: konflikt;
- druga faza: agresivna dejanja in psihični napadi;
- tretja faza: vodstvo se vključi v dogajanje v škodo žrtve;
- četrta faza: žrtev označijo za »težavno« ali »duševno bolno« in
- peta faza: izločitev, žrtev je prisiljena zapustiti delovno mesto.

Poznamo naslednje vrste mobbinga:

- Vertikalni mobbing: se veže na situacije v katerih:
  - vodja izvaja mobbing nad podrejenim sodelavcem,
  - vodja izvaja mobbing nad enim sodelavcem, nato nad drugim, dokler ne »uniči« cele skupine. Takšna dejanja se imenujejo »strateški mobbing« ali »bossing«,
  - skupina sodelavcev izvaja mobbing nad vodjo (Johnson, 2009).
- Horizontalni mobbing se povezuje s situacijami, v katerih se izvaja mobbing med zaposlenimi, ki so na istem hierarhičnem nivoju (Lindy & Shaefer, 2010). Najpogostejše žrtve mobinga na delovnem mestu so:
  - poštenjaki – osebe, ki so opazile in prijavile nepravilnosti pri delu;
  - telesni invalidi;
  - mlade osebe, ki nimajo dovolj delovnih izkušenj;
  - starejše osebe, pred upokojitvijo;
  - osebe, ki si upajo zahtevati boljše pogoje dela in boljše plačano opravljeno delo;

- pripadniki manjšinskih skupin (muslimanske veroizpovedi);
- pripadniki drugačnih spolnih usmeritev (Pai & Lee, 2011).

## Mobing in zdravstvena nega

Mobing na delovnem mestu je prisotno v vseh sektorjih. Ob tem Svetovna zdravstvena organizacija opozarja na nadpovprečno ogroženost zaposlenih v zdravstvenem sektorju. Nasilje v tem sektorju pomeni skoraj eno četrtno vsega nasilja na delovnem mestu. Med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji je psihično nasilje pogostejša oblika nasilja kot spolno in fizično nasilje (Babnik, et. al., 2012).

Za zdravstveno nego je še posebej značilna horizontalna oblika mobinga med zaposlenimi na isti ravni organizacijske strukture in v isti poklicni skupini pri katerem lahko pogosto prepoznamo elemente profesionalnega ljubosumja. Nekateri avtorji (Parent-Thyrion, et al., 2007) opozarjajo, da je horizontalno nasilje v zdravstveni negi pogosto, saj so se ga žrtve naučile sprejemati kot sestavni del kulture.

Različni profili medicinskih sester predstavljajo kar tretjino vseh zaposlenih v zdravstvu. Med to veliko poklicno skupino je kar 90% žensk. S predpostavko, da je to tipična ženska populacija, čeprav moških ne smemo zapostavljati, je zaradi narave dela še vedno izpostavljena veliki hierarhiji in stereotipom o liku medicinske sestre (Laschinger, et al., 2012). Vse to povečuje izpostavljenost različnim oblikam nasilja. V zdravstvenih ustanovah se nasilje iz leta v leto povečuje. Nasilni niso le pacienti, temveč tudi njihovi svojci, v večini primerov pa so to sodelavci in zdravniki (Hall, 2007).

Mobing na delovnem mestu v zdravstvu povzroča zdravstvenim organizacijam znatne stroške v obliki povečane delavne odsotnosti in fluktuacije zaposlenih. Predvsem zmanjšuje učinkovitost, kakovost in produktivnost sistema ter škoduje zdravništvu, zdravstvenim organizacijam in pacientom (Hall, 2007).

Stres, ki ga v zdravstveni negi povzroča horizontalno nasilje (Farrell, 1999 cited in Babnik, et. al., 2012) je verjetno večji tudi zaradi same narave psihičnega nasilja. Medicinske sestre med seboj izvajajo aktivno, vendar posredno nasilje (govorice, obrekovanje, blatenje, zbadanje, obravnavanje žrtve kot duševno bolne, poniževanje, zasmehovanje njenih prepričanj, identitete). Nasilnež/i se izživlja/jo nad žrtvijo kot osebo in ne kot delavcem; žrtev takega nasilja je tako povsem razorožena, možnost racionalizacije takih dejanj s strani žrtve pa je bistveno zmanjšana (Babnik, et. al., 2012).

Nekatere starejše in izkušene medicinske sestre občutijo neprimeren status na delavnem mestu ali to doživljajo kot mobing na delavnem mestu. Trudijo se z izobraževanjem in študijem povrniti potreben ugled v delavnem okolju in se izogniti mobinga. To je eden od načinov kako si zagotoviti spoštovanje svojih sodelavcev. Medicinske sestre, ki imajo veliko

znanja, bi veljalo vključiti v razne projekte in jih spodbuditi in pritegniti k sodelovanju, namesto da se jih na delovnem mestu ovira pri razvoju (Zupanc & Pejić, 2014).

### Strategije za preprečevanje mobinga v zdravstveni negi

Preventivni ukrepi in pravočasno delovanje proti mobingu je eden od pogojev za dobro sodelovanje in zaupno delovno vzdušje med zaposlenimi ter za uspešen vsestranski razvoj vsakega posameznika v delovnem okolju. Zato so vsi zaposleni dolžni prispevati svoj delež za dobre medosebne odnose, odprto asertivno komunikacijo, ter visok kulturno – vrednostni sistem (Strandmark & Hallberg, 2007).

Visok nivo kulture sodelovanja v delovnem okolju kot je zdravstvena nega je predpogoj za preprečevanje nastanka mobinga (Coomber & Barriball, 2007; Zangaro & Socken, 2007; Leffers & Shaefer, 2010 ). Eden od pomembnih faktorjev pri vsem tem je delo na osebni rasti posameznika, kajti tisti, ki spoštuje sebe, se pozna in kontrolira, spoštuje različnost in unikatnost življenja, bo zagotovo lažje razumel in sprejemal druge oz. svoje sodelavce, bodisi podrejene bodisi nadrejene na hierarhično zasnovani lestvici zdravstvene nege (Zupanc & Pejić, 2014).

Osebna rast naj bo način življenja vsakega posameznika. Slej ko prej s to odločitvijo pridemo do spoznanja, da je treba slediti sebi, saj smo do zdaj drugim. Osebna rast je naravno stanje. Vse v naravi vseskozi raste, se razvija, gre k boljšemu, je vedno močnejše in vse vedno naredi največ, kar lahko. V tem procesu človek ni izjema, je del tega spreminjanja. S tem zavedanjem bo manj nasilja in nepotrebnega trpljenja v delovnih okoljih.

## DISKUSIJA

V sodobnem svetu je nasilje med ljudmi odločno prepovedano, vendar se kljub temu dogaja. Na primarni ravni s pogoji preprečevanja samega začetka trpinčenja na delovnem mestu, kar predvsem zajema dvig ozaveščenosti zaposlenih o pojavu, pridobitev občutljivosti in spretnosti za reševanje navzkrižnih situacij, krepitev timskega dela in področje predpisov, ki opredeljujejo ravnanja v primeru tega pojava. Na sekundarni ravni pa so pomembni ukrepi, s katerimi se proces nasilja na delovnem mestu ustavi (Pejić, 2010).

Med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji je psihično nasilje najpogostejša oblika nasilja, v državah Evropske unije je razmerje med različnimi oblikami nasilja različno (Brečko, 2006). V državah kot so Švedska, Velika Britanija, Slovaška, Ukrajina, Češka, Portugalska, Poljska in Latvija, je psihično nasilje na delovnem mestu (bulling) manj pogosto kot fizično nasilje. V Sloveniji in nekaterih drugih državah Evropske unije (Finska, Luksemburg, Litva, Irska, Italija, Estonija, Grčija, Nemčija, Danska in Belgija), pa je psihično nasilje najpogostejša oblika nasilja na delovnem mestu (Bortoluzzi & Palese, 2010).

Kot je razvidno iz pregledane in prebrane strokovno relevantne literature, je potrebno na delovnih mestih v zdravstveni negi pridobiti »institucionalno kulturo«, poklicne odnose dograjevati in izboljševati. Pošteno in varno delovno okolje v zdravstveni negi spodbuja boljše odnose do dela, večjo motiviranost in učinkovitost posameznika, kar posledično čuti pacient, ki od nas pričakuje pomoč, ustrezen odnos in strokovno znanje (Argentero, et al., 2004).

Glede na pozitivne izkušnje skandinavskih držav, bi bilo potrebno tudi v Sloveniji izobraziti skupine medicinskih sester, ki bi delovale preventivno pri preprečevanju in nastajanju mobinga v delovnem okolju (Einarsen & Hoel, 2010). Za zagotovitev varne zdravstvene nege, potrebujemo odpraviti »anomalije«, ki zaposlenim v zdravstveni negi onemogočajo doseganje boljših rezultatov, zdravja in večjega uspeha na osebni in poklicni ravni (Johnson, 2009).

## ZAKLJUČEK

Mobing je pereč problem, ki drago stane tako organizacijo, kot tudi posameznika, njegovo družino in seveda družbo. Slovenija pri pojavu mobinga ni nobena izjema. Osebe, ki doživljajo mobing, se ne bi smele sprijazniti s tem, da se nič ne da spremeniti. Izvajalec mobinga je izključno odgovoren za to dejanje. Nekateri ljudje so še danes prepričani, da je mobing na delovnem mestu predvsem problem posameznika, ki se ne zna dobro prilagoditi situaciji in ni pripravljen videti pomembne vloge vodstva, ki tovrstno nasilje ne zna ali ga noče prepoznati oz. za ta pojav ni zainteresirano.

Vsakdo ima možnost, da se postavi v bran. In oseba, na katero se lahko obrne, je lahko predpostavljeni vodja, ki je dolžan spoštovati Ustavo, Zakon o delovnih razmerjih in Zakon o javnih uslužbencih. To je zakonodaja, ki vsebuje nekaj členov za zaščito zaposlenega. V Zakonu o delovnih razmerjih so določeni elementi mobinga na delovnem mestu prepovedani. Torej zakonodaja omogoča zaščito delavcev, vendar v realnem življenju se v Sloveniji le redko upošteva.

Bator & Joder (2012) ugotavljata, da je višja stopnja nadlegovanja in trpinčenja na delovnem mestu prisotna tudi tam, kjer delavci pogosto ali pa stalno presegajo predpisani delovni čas. Prav v zdravstveni negi delavci velikokrat delajo v manj ugodnem času (nočno delo, nedelje, prazniki) in zaradi pomanjkanja kadra je veliko nadurnega dela, torej je še več priložnosti za mobing.

Mobing na delovnem mestu se lahko preprečuje na primarni in sekundarni ravni. Pošteno, varno delovno okolje v zdravstveni negi spodbuja boljše odnose do dela, večjo motiviranost in učinkovitost posameznika, kar posledično čuti pacient, ki od nas pričakuje pomoč, ustrezen odnos in strokovno znanje.

Za zdravstveno nego je še posebej značilno horizontalno nasilje oz. psihično nasilje med sodelavci na isti ravni organizacijske strukture in v isti poklicni skupini, pri katerem lahko pogosto prepoznamo elemente profesionalnega ljubosumja. Toleranca za mobing mora biti nična na vseh hierarhičnih ravneh na področju zdravstvene nege.

## Literatura

Argentero, P., Zanaletti, W. & Bonfiglio, N.S., 2004. The Italian Economic crisis and its impact on nursing services and education: hard but challenging times. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 516–519.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T., 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), pp. 147–156.

Bator V.D. & Yoder L.H., 2012. Managerial coaching: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, pp. 1658–1669.

Bortoluzzi G. & Palese A., 2010. The Italian Economic crisis and its impact on nursing services and education: hard but challenging times. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 516–519.

Brečko D., 2010. Mobbing – posebna vrsta šikaniranja v delovnih okoljih. *Podjetje in delo, Ljubljana*, 29(3), pp. 895–906.

Brečko, D., 2006. Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom. Ljubljana: *Planet GV*, pp. 34–7.

Coomber, B., Barriball, K.L., 2007. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), pp. 297–314.

Ege S., 2002. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review*, 57, pp. 328-334.

Einarsen, S., Hoel, H., 2010. *The negative act questionnaire: development, validation and revision of a measure of mobbing at work*. 10th European congress on work and organisational psychology, Prague.

Framework, S.L., 2002. What a nurse wants, what a nurse needs. *Nursing Management*, 37, pp. 59–60.

Giorgi, G., Majer, V., 2008. Il mobbing in Italia: uno studio condotto presso ventuno organizzazioni. *Risorsa Uomo* 14, pp. 171–184.

Guglielmi, D., Panari, C., Depolo, M., 2009. Qualità della vita lavorativa e rischio di mobbing: l'effetto moderatore del clima sociale. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27, pp. 19–20.

- Hall, D.S., 2007. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing Administration Quarterly*, 31, pp. 68–80.
- Johnson, S.L., 2009. International perspectives on workplace mobbing among nurses: a review. *International Nursing Review*, 56, pp. 34–40.
- Khalil D. S., 2009. The relationship between supervisor support and registered nurse outcomes in nursing care units. *Nursing Administration Quarterly*, 31, pp. 68–80.
- Laschinger, H.S., Wong, C.A. & Grau, A.K.L., 2012. Authentic leadership, empowerment and burnout: a comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), pp. 541–552.
- Lewis, M.A., 2006. Nurse mobbing: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health-care mobbing cultures. *Journal of Nursing Management*, 14, pp. 52–58.
- Leymann, H. & Gustafsson, A., 1996. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organisational Psychology*, 5, pp. 165–184.
- Leymann, H., 1990. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims*, 5(2), pp. 119–26.
- Lindy, C. & Shaefer, F., 2010. Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 285–292.
- McKenna, B.G., Smith, N.A., Poole, S.J. & Coverdale, J.H., 2003. Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42, pp. 90–96.
- Mikkelsen E.G. & Einarsen S., 2001. Mobbing in Danish work-life: prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organisational Psychology* 10, pp. 393–413.
- Pai, H.C., & Lee, S., 2011. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 1405–1412.
- Parent–Thyron, S., 2007. Conflict escalation and coping with workplace bullying: A replication and extension. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 10, pp. 497–522.
- Pejić, M., 2010. *Pojavljanje mobinga med zaposlenimi v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 18–29.
- Resh, M., 1997. Mobbing und Konflikte am Arbeitsplatz. *Seevetal: DGB – Informationen zur Angestelltenpolitik*, pp. 6-8.
- Strandmark, K.M. & Hallberg, L.R., 2007. The origin of workplace mobbing: experiences from the perspective of bully victims in the public service sector. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 332–341.



Yildirim, A. & Yildirim, D., 2007. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in health-care facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, pp. 1444–1453.

*Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 21/13.

Zangaro, J. & Socken J.S., 2007. Workplace bullying in nursing: A problem that can't be ignored. *Medsurg nursing: Official Journal of the Academy of Medical – Surgical Nurses*, 18, pp. 273–276.

Zupanc, A., Pejić, M., 2014. Samozavedanje in profesionalna identiteta medicinske sestre v trenutnih družbenih razmerah. In: Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S., eds. *7. Mednarodna znanstvena konferenca Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege, Bled 12. - 13. junij 2014*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 339–349

# NASILJE NAD IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE OTROK

## THE VIOLENCE TOWARDS HEALTHCARE WORKERS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Matjana Koren Golja, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Danijela Milanovič, dipl. m. s.

Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Univerzitetni klinični center  
Ljubljana

matjana.koren@kclj.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Verbalno nasilje na delovnem mestu izvajalcev zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije otrok je v porastu in predstavlja velik problem, ki se ga vpleteni premalo zavedajo. V mnogih primerih se kar spregleda. **Metode:** V obdobju od oktobra do decembra 2016 je bila na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo otrok Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana izvedena raziskava o verbalnem nasilju staršev hospitaliziranih otrok nad medicinskimi sestrami. Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi. Poslanih je bilo 83 anonimnih vprašalnikov v elektronski obliki. Prejetih je bilo 67 odgovorjenih vprašalnikov (80,7% realizacija vzorca). V mesecu aprilu in maju 2017 je bila izvedena druga raziskava z uporabo anonimnih elektronskih vprašalnikov. Namen le ta je bil potrditi ugotovitev prve raziskave, da je v porastu tudi verbalno nasilje med samimi izvajalci zdravstvene nege. **Rezultati:** S prvo raziskavo je bilo ugotovljeno, da je 94,3% anketirancev že izkusilo verbalno nasilje staršev hospitaliziranih otrok. V drugi raziskavi je 83 % anketirancev potrdilo, da je nasilje med izvajalci zdravstvene nege tudi v porastu. **Diskusija in zaključek:** Na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapije je verbalno nasilje staršev otrok nad medicinskimi sestrami v porastu in vpliva na njihovo zdravje ter njihov odnos do samega dela in razvoj kariere. Za obvladovanje problema bi bile potrebne nadaljne raziskave, usposabljanje izvajalcev zdravstvene nege za ustrezno ukrepanje v primeru nasilja.

**Ključne besede:** nasilje, izvajalci zdravstvene nege, enota intenzivne terapije otrok

### ABSTRACT

**Introduction:** Verbal violence significantly impacts the workplace of nurses in pediatric intensive care unit and presents a huge problem, employees are not aware of. The violence is frequently overlooked. **Methods:** First anonymous study was carried out from October to December 2016 in Department for pediatric surgery and intensive care UMC Ljubljana. 83

electronic questionnaires were distributed to nurses. Researchers got back 67 questionnaires (80,7% response rate). Second study was carried out in April and May 2017 to determine the occurrence of violence among nurses as well. **Results:** 94,3% of responders of first anonymous study experienced the verbal violence of parents. 83% of responders of second anonymous study confirmed the violence among nurses is increasing. **Discussion and conclusion:** Verbal violence of parents towards nurses in Department for pediatric surgery and intensive care is increasing and has an impact on their health, work relationship and career development. Further research is needed to establish effectiveness as well as and management strategies for nurses to react appropriately in cases of violence.

**Keywords:** violence, nurses, pediatric intensive care unit

## UVOD

Nasilje je posebna oblika vedenja vseh živih bitij, kjer gre za zlorabo moči – povzročitelj z večjo močjo le-to zlorablja za nasilje nad šibkejšo žrtvijo. Nasilju na delovnem mestu so najbolj izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi, saj se z nasiljem redno srečuje več kot polovica zaposlenih (Hahn, et al., 2012). V raziskavi, ki je bila leta 2014 izvedena v ameriških bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da so kar tri od štirih medicinskih sester doživele psihično nasilje kot na primer kričanje, preklinjanje in grožnje (Anon, 2015). Vsekakor ne gre zanemariti dejstva, da je nasilje v zdravstvu prisotno že od nekdaj, vendar na to temo ni bilo veliko govora niti raziskav, ki bi lahko to potrdile. Izvajalci ZN premalo govorijo o nasilju na delovnem mestu, ker še vedno velja, da to sodi k delu, ki ga opravljajo. Opozoriti je potrebno na dejstvo, da velika večina žrtev o nasilnem dejanju ne spregovori, kar navajajo tudi tuji viri (Babnik, et al., 2012).

Nasilje nad in med izvajalci zdravstvene nege (ZN) v enoti intenzivne terapije otrok je v porastu. V enotah, kjer se obravnavajo najtežje bolni otroci, so njihovi starši/skrbniki pod stresom, zato so pogosto njihove reakcije drugačne kot običajno, kar pogosto privede do neželenih situacij. Narava dela v takih enotah od izvajalcev ZN zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj, profesionalnost ter visoko razvite etične in moralne vrednote. Izvajalci ZN največ časa preživijo v neposrednem stiku s starši bolnih otrok, zato so znotraj zdravstvenega tima najbolj izpostavljeni nasilnim dogodkom. Nasilje doživlja več kot polovica izvajalcev ZN. ZN se uvršča v sam vrh poklicev, ki so izpostavljeni nasilju, tudi fizičnemu, takoj za policisti in varnostniki (Babnik, et al., 2012).

V kriznih situacijah nemalokrat pride tudi do konfliktnih situacij med zaposlenimi samimi. Komuniciranje s sodelavci je sestavni del poklicnega delovanja medicinskih sester. Uspešnost organizacije se ne kaže samo v delu posamezne skupine, ampak tudi v medsebojnem sodelovanju in razumevanju med vsemi člani tima. Uspešnost narekuje tudi način komunikacije in kako se soočati z ovirami, ki se pojavljajo na poti k uspešnosti. V zdravstvu, še posebej na področju zdravstvene nege, je narava dela predvsem timska. Seveda je izvajanje intervencij v veliki meri individualno, vendar brez timske usklajenosti dela, delo ne

more (učinkovito) potekati (Bernot, 2012). Uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov nujenja zdravstvene oskrbe. Lahko bi rekli, da je komunikacija temeljno orodje nujenja zdravstvene oskrbe. V zahodnem svetu je na področju zdravstva komunikacija oz. pridobivanje medosebnih spretnosti del izobraževalnega paketa, ki se ga morajo udeležiti vsi zaposleni (Rungapadiachy, 2003).

Poleg vseh nalog, ki jih izvajalci ZN izvajajo v okviru procesa ZN je vedno pomembnejše tudi delo s starši/svojci bolnih otrok. Izvajalci ZN so običajno prvi, ki pridejo v stik s starši in ta odnos lahko vpliva na uspešnost nadaljnjega sodelovanja in zdravljenja. Razumevanje med člani negovalnega tima tudi v veliki meri prispeva h uspešnemu odnosu s starši/svojci bolnih otrok. Dolžnost izvajalca ZN, kot izvajalca holistične ZN je, da se poleg ZN bolnika in zagotavljanja njegovega dobrega počutja, posveti tudi potrebam družinskih članov in jim pomaga, da se lažje soočijo z dano situacijo. Ljudje v kriznih situacijah potrebujejo razumevanje drugih in psihično podporo. To omogoča predvsem dobra komunikacija. Zelo pomembno je, da imajo osebo, ki ji lahko zaupajo, potožijo, ki jih razume, potolaži, pomiri in jim daje občutek, da v stiski niso sami. Če posamezni družinski člani v določenih situacijah ne dobijo podpore izvajalcev ZN, se nemalokrat zgodi, da odreagirajo na to nasilno.

## Vrste nasilja na delovnem mestu

Vrst nasilja na delovnem mestu je več. V zdravstvu je največkrat prisotno psihično, fizično in spolno nasilje. Psihično nasilje je najbolj razširjena vrsta nasilja. Vsaka nepremišljena beseda, ki zaboli sogovornika, je psihično nasilje. Oblike psihičnega nasilja so namerna uporaba grobih besed, vpitje, zmerjanje, žaljenje, grožnje itd.

Di Martino (2008) nasilje na delovnem mestu razume kot pojav, ki vključuje bullying in mobbing, grožnje, fizične napade in spolno nadlegovanje. Po njegovem mnenju 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. Zdravstvo je eden od najbolj ogroženih sektorjev zaradi visoke stopnje prisotnosti psihološkega in fizičnega nasilja.

Meja med psihičnim in fizičnim nasiljem je zelo tanka. Grožnja, ki je podkrepljena z, na primer, dvignjeno roko, že pomeni fizično nasilje. Obliko nasilja, pri katerem se uporablja fizična sila ali se grozi z uporabo sile, imenujemo fizično nasilje. Med fizično nasilje štejemo pretepanje, udarjanje s pestmi, klofutanje, pljuvanje, porivanje, brcanje, davljenje, zvijanje rok, poškodovanje z raznimi predmeti pa tudi grizenje, ščipanje, suvanje, stresanje in povzročanje opeklin (Cvetežar & Kunstek Pretnar, 2005).

## Verbalno nasilje s strani svojcev

Enota intenzivne terapije (EIT) otrok je kraj, kjer izvajalci ZN dnevno doživljajo intenzivna čustva svojcev kritično bolnih otrok. Vsakodnevno se srečujejo z obupanimi, jeznimi,

prestrašenimi ter nemočnimi svojci in dolžnost izvajalcev ZN je, da jim nudijo podporo (El-Masri, 2007).

Na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT) je opaziti porast psihičnega nasilja predvsem z večjim vključevanjem staršev v oskrbo svojih otrok. Starši so boljše informirani kot nekoč, hkrati pa pogosto zaskrbljeni glede zdravljenja svojega otroka zaradi nezaupanja v zdravstveni sistem (vpliv medijev in socialnih omrežij).

Izvajalci ZN v EIT KOOKIT kar nekaj postopkov izvajajo po naročilu zdravnika; mednje sodi npr. odvzem krvi, ki je za otroka boleč postopek. Če je otrok na postopek dobro pripravljen, običajno mine ta brez zapletov. Izkušnje izvajalcev ZN v EIT KOOKIT kažejo, da pogosto pride do psihičnega nasilja s strani staršev ravno pri takih postopkih. Starši pogosto želijo, da za njihovega otroka skrbi določen izvajalec ZN in nad ostalimi izvajajo psihično nasilje, kar so potrdili tudi izvajalci ZN sami.

#### Opredelitev namena in ciljev raziskave

Namen raziskave je bil potrditi domnevo, da je verbalno nasilje nad izvajalci ZN s strani staršev otrok v porastu in ob tem tudi potrditi, da je v porastu tudi verbalno nasilje med samimi izvajalci ZN.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti, ali so izvajalci ZN že doživeli nasilje na delovnem mestu in kakšno vrsto nasilja?
- ugotoviti, ali so izvajalci ZN že doživeli verbalno nasilje s strani staršev?
- ugotoviti v kakšnih situacijah so bili izvajalci ZN deležni verbalnega nasilja s strani staršev?
- ugotoviti v kolikšni meri se je verbalno nasilje staršev otrok nad izvajalci ZN povečalo?
- ugotoviti ali se je občutek varnosti zmanjšal?
- ugotoviti ali imajo izvajalci ZN dovolj znanja za prepoznavanje verbalnega nasilja?

#### METODE DELA

Uporabili smo kvantitativno raziskovalno metodo.

#### Opis instrumenta

Podatki so pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je zajemal 11 vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke, podatke o številu osebja in posamezne trditve o soočanju z nasiljem.

#### Potek raziskave

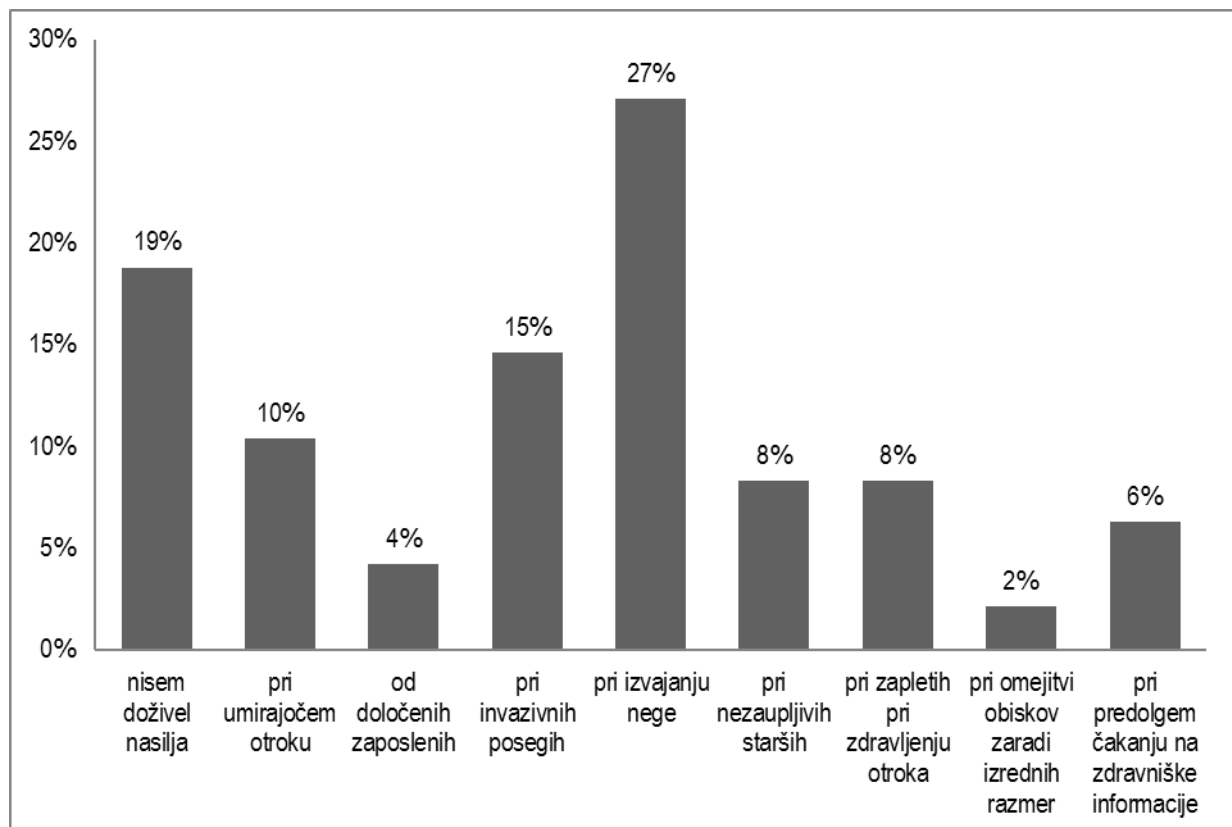
Vprašalniki so bili poslani po elektronski pošti 83 izvajalcem ZN, v obdobju od oktobra do decembra 2016. Anketiranje je bilo anonimno. Na vprašalnik je odgovorilo 67 izvajalcev ZN

(80,7% realizacija vzorca). Glede na tradicijo poklica in strukturo zaposlenih v ZN, so v večini sodelovale ženske. Povprečna delovna doba zaposlenih je bila 10 let. Pri analizi in potrditvi domneve je bilo ključnih šest vprašanj, ki so se nanašala na zaznavanje in doživljanje nasilja na delovnem mestu.

Ker je bilo s prvo raziskavo ugotovljeno, da je v porastu tudi verbalno nasilje med samimi izvajalci ZN, je bila aprila in maja 2017 izvedena še druga raziskava za potrditev te ugotovitve. Vprašalnik je bil poslan po elektronski pošti 67 izvajalcem ZN, ki so sodelovali tudi v prvi anketi. Za sodelovanje se jih je odločilo 59 (88,1% realizacija). Odgovoriti je bilo potrebno na 4 vprašanja zaprtega in odprtega tipa, s katerimi je bilo mogoče potrditi predpostavljeno hipotezo, da je v porastu tudi nasilje med samimi izvajalci ZN.

## REZULTATI

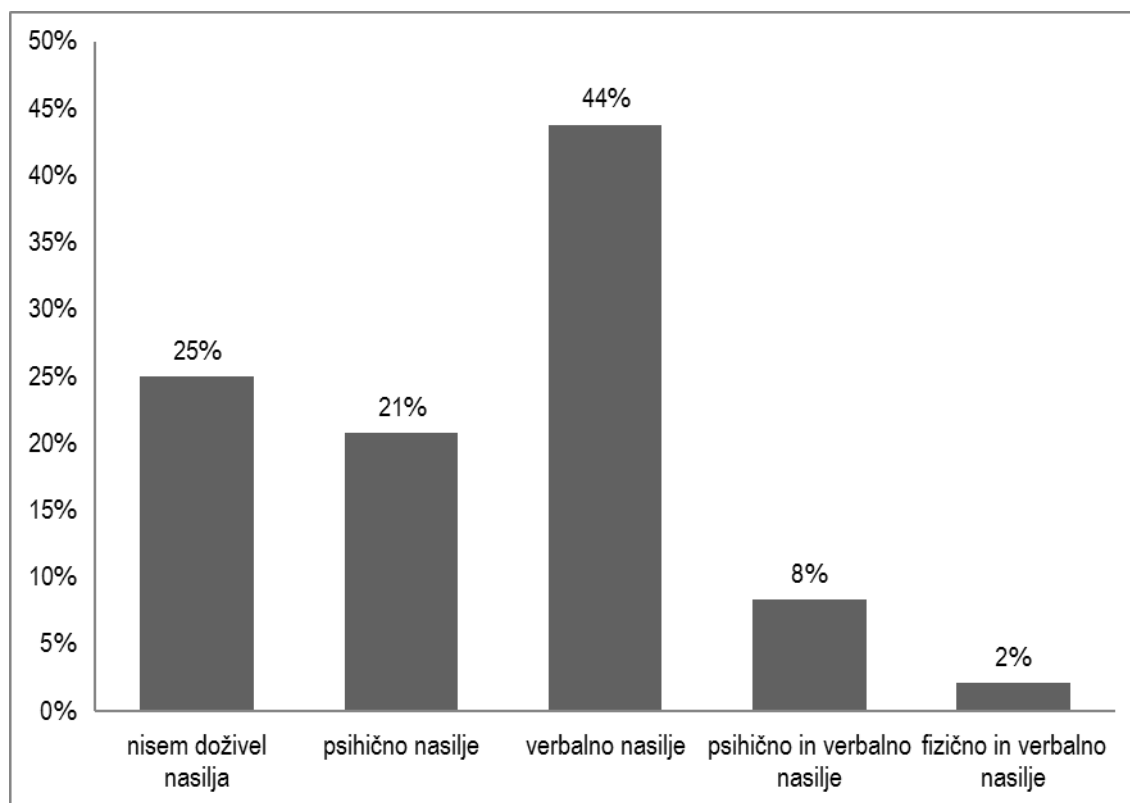
Od 67 anketiranih izvajalcev ZN, jih je 75% že doživelo nasilje na delovnem mestu. Tisti anketiranci, ki so zaznali nasilje pri svojem delu, so opisali, da so doživeli verbalno nasilje, medtem, ko drugih oblik nasilja ne opisujejo. 94,3% izvajalcev ZN je v anketi potrdilo porast verbalnega nasilja s strani staršev bolnih otrok. 59,6 % anketirancev je v anketi navedlo, da so bili že deležni kričanja, žaljenja in zmerjanja staršev med izvajanjem aktivnosti pri hospitaliziranih otrocih ter da so o tem poročali svojim nadrejenim. 51,2% anketirancev je menilo, da nimajo dovolj znanja za prepoznavo psihičnega nasilja. Slika 1 prikazuje situacije, pri katerih so bili anketiranci deležni nasilja na delovnem mestu.



Slika 1 : Situacije, v katerih so anketiranci doživeli nasilje na delovnem mestu

Večina nasilja je še vedno verbalnega, v obliki zmerjanja, poniževanja, podcenjevanja. Na KOOKIT pa se pojavlja tudi vse več groženj s fizičnim nasiljem, vendar je bilo le to zaenkrat uspešno preprečeno. Pri svojem delu se kar 74,8% anketiranih ne počuti varno. V letu 2016 je bila, zaradi groženj in možnosti fizičnega nasilja, v dveh primerih zaprosena za pomoč varnostna služba.

V drugem delu raziskave je 83% anketiranih potrdilo prisotnost psihičnega nasilja s strani sodelavcev. Največkrat so bili deležni žaljenja, posmehovanja, obrekovanja s strani sodelavcev ter zaničevanja in žaljenja s strani zdravnikov in nadrejenih v negovalnem timu. Psihično nasilje s strani sodelavcev in nadrejenih v negovalnem timu opisujejo predvsem tisti, ki so zaposleni manj kot 10 let, medtem ko psihično nasilje s strani zdravnikov, kot sta zaničevanje in žaljenje, opisujejo tudi tisti z več let delovnih izkušenj. Slika 2 prikazuje vrste nasilja, ki so ga doživljali anketiranci na delovnem mestu.



Slika 2: Vrste nasilja, ki so ga doživljali anketiranci na delovnem mestu

## DISKUSIJA

Anketirani se najpogosteje srečujejo z verbalnim nasiljem staršev, kot so kričanje, zmerjanje, podcenjevanje. Starši hospitaliziranih otrok so, zaradi otrokovega stanja, pogosto prizadeti in v hudi stiski, kar se kaže v negativnih čustvih, kot so jeza, strah, negotovost. Med zaposlenimi

v ZN je psihično nasilje pogostejša oblika nasilja, s katero se zaposleni srečujejo vsakodnevno ter ga največkrat razumejo kot del svoje službe v zdravstvenem varstvu (Gale, et al., 2009). Ljudje se na nasilje pogosto odzovejo tako, da dogodek enostavno ignorirajo oziroma se pretvarjajo, da ga niso opazili. Povzročitelji na ta način dobivajo sporočilo, da so dejanja razumljiva in opravičljiva, žrtev pa dobi sporočilo, da na pomoč ne more računati ali da je za nasilje kriva sama. Zato povzročitelj z nasiljem ne preneha, žrtev pa se poskuša prilagoditi (Močnik, 2009).

Za stroko ZN bi lahko rekli, da so medicinske sestre, ki imajo pri skupnem delu specifične zadolžitve in je za doseganje učinkovitosti potrebno aktivno poslušanje, primerna motivacija, učinkovita komunikacija, uspešno reševanje konfliktov ter medsebojno razumevanje, zaupanje in prilagajanje (Bernot, 2012) izrednega pomena. Procesi komuniciranja predstavljajo eno izmed osnovnih in hkrati najpomembnejših dejavnosti na področju ZN.

Izkušnje izvajalcev ZN v EIT KOOKIT in rezultati raziskave kažejo, da je verbalno nasilje staršev otrok v porastu in da vpliva na zdravje, življenje delavcev, njihov odnos do samega dela ter razvoj kariere. Zaposleni, ki v delajo v enotah intenzivne terapije dlje časa, običajno pogosteje zaznavajo in doživljajo verbalno nasilje. Posamezni izvajalci ZN kričanje in žaljenje še vedno sprejemajo kot del svojega poklica. Vse več je pa tudi tistih, ki o nasilju spregovorijo ter svoje izkušnje tudi zapišejo, kar je opaziti v EIT KOOKIT zlasti v obdobju zadnjih dveh let. Kritični dogodki so na KOOKITse s obravnavajo na mesečnih timskih sestankih, pri katerih občasno sodeluje tudi klinična psihologinja.

Verbalno nasilje pa se ne izvaja samo s strani staršev hospitaliziranih otrok, pač pa tudi med samimi izvajalci ZN, kot je bilo potrjeno v drugi raziskavi. Izvajalci ZN med seboj najpogosteje izvajajo posredno psihično nasilje, ki se kaže kot razširjanje zlonamernih govoric, obrekovanje, blebetanje, zbadanje, blatenje. Klemenc in Pahor (2004) povzemata tipologijo agresivnega vedenja, ki opiše različne oblike nasilja glede na tri dimenzije: fizično/verbalno, aktivno/pasivno in neposredno/posredno. Pasivno nasilje tako označuje namerno odrekanje neposrednega ali posrednega (preko druge osebe) odnosa z žrtvijo.

Menjava generacij ter sprememba šolskega sistema in zahtev glede izobrazbene strukture v EIT je lahko posredno vplivala na povečanje verbalnega nasilja med zaposlenimi. Na eni strani so zaposleni z neprecenljivimi dolgoletnimi praktičnimi izkušnjami in na drugi strani mlajši z veliko teoretičnega znanja, ki ga je potrebno znati prenesti v prakso. Med zaposlenimi se zaradi tega lahko pojavi konkurenca, odnosi se zaostrijo, pojavi se nestrpnost in dodatne stresne situacije, ki jih posamezniki dojemajo kot verbalno nasilje. V primeru kontinuiranega ali ponavljajočega se procesa lahko le ta povzroči žrtvam resne socialne, psihične in telesne zdravstvene težave. Potrebno se je zavedati, da so temelj obstoja in delovanja organizacija ljudje.



Uspešnost in učinkovitost organizacije dela v ZN se ne kažeta v tem, kaj posamezna skupina ljudi dela, temveč v tem, kakšno je sodelovanje med člani tima, kako poteka komunikacija in kako se soočati z ovirami, ki se pojavljajo na poti. Organizacija dela je odvisna od številnih dejavnikov, ki vplivajo na uspešnost le-te. Eden od glavnih dejavnikov je gotovo komunikacija. Ko govorimo o komunikaciji, mislimo tudi na komunikacijo na delovnem mestu med sodelavci, ki je sestavni del poklicnega delovanja izvajalcev ZN. Medsebojne komunikacije dajejo smer in vsebino njenemu delu in ji zagotavljajo samopotrjevanje v poklicu (Škerbinek, 1992). Za medicinsko sestro je komunikacija proces, s katerim osnuje odnos do sočloveka. Kako komunicirati v timu in na kakšen način sporočati informacije, je odvisno od večih dejavnikov. Neprimerna komunikacija se lahko hitro sprevrže v verbalno nasilje.

V naši raziskavi ugotavljamo, da se anketirani na delovnem mestu ne počutijo varno. V UKC Ljubljana so bili v preteklem letu, zaradi porasta nasilja, sprejeti dodatni ukrepi za povečanje varnosti; dodatno je bila poostrena varnost tudi na KOOKIT z nadgradnjo domofona z videokamero pri obeh vhodih v EIT. Na KOOKIT smo namestili tudi placate, s katerimi so svojci hospitaliziranih otrok oziroma obiskovalci KOOKIT seznanjeni z ukrepi pri morebitnem nasilnem obnašanju.

Za preprečevanje problema bo potrebno vlagati več v človeške vire z izobraževanji s področja preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja in se zavedati, da je to velika naložba za prihodnost in kakovost ZN. Zelo pomembno bi bilo razmisliti tudi o vključevanju supervizije v delovno okolje v korist zaposlenih. Izkušnje posameznika okrepijo z znanjem in spretnostmi prepoznavanja različnih vzorcev vedenja v okolju, zaradi česar posledično povečajo svojo občutljivost za take dogodke.

## ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da je verbalno nasilje staršev hospitaliziranih otrok nad izvajalci ZN v EIT KOOKIT v porastu. Pojav nasilja vpliva na kakovost izvajanja ZN, saj zaposleni, ki dela pod pritiskom, ne opravlja svojega dela tako kakovostno kot bi ga sicer. Kadar se nasilja ne zazna in se nič ne ukrene, se le-ta pojavlja vedno pogosteje ter v vedno hujših oblikah. Nasilje je potrebno zaznati in ga opredeliti ter storiti vse, da se ga prepreči oziroma zmanjša, hkrati pa omogočiti žrtvam nasilja strokovno pomoč. Zaposlene je potrebno spodbujati, da spregovorijo o tem, da nimajo občutka sramu in se zavedajo, da imajo nekoga, ki jim lahko v takih situacijah pomaga in mu lahko zaupajo. Delodajalec bi moral svojim zaposlenim redno zagotavljati izobraževanja in usposabljanja o preprečevanju oziroma obvladovanju nasilja na delovnem mestu.

## LITERATURA

Anon, 2015 Nurses face epidemic levels of violence available at the website <http://www.rwjf.org/en/library/articles-and-news/2015/07/nurses-face-epidemic-levels-of-violence-at-work.html>. [06.07.2017].

Babnik, K., Štemberger Kotnik, T. & Kopač, N, 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave 'Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu': oblike, pogostnost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(2); pp.148-50.

Bernot, M., 2012. Prikaz inovativnega vodenja oddelka in dela z zaposlenimi. Zbornik predavanj in posterjev 6. Kongresa zdravstvene in babiške nege »Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna«. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 52 –59.

Cvetežar, I.Š. & Kunstek Pretnar, V., 2005. *Okvirne smernice za obravnavanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu*. Ljubljana: Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; pp. 17-18.

Di Martino, V., 2008. Violence at Work – a general overview. In: I., Needham, et al. eds. *Workpalce Violence in the Health Sector. Proceedings of the first International Conference on Workplace Violence in the Health Sector – Together, Creating a Safe Work Environment*, pp. 59-60.

El-Masri, S., 2007. Nurses roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive Critical Care Nurse*, 23(1), pp. 43.

Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & 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(23–24), pp. 3535–3546.

Gale, C., Hannah, A., Swain, N., Gray, A., Coverdale, J. & Oud, N., 2009. Patient aggression perceived by community support workers. *Australasian Psychiatry*; 17(6), pp. 497–501.

Klemenc, D. & Pahor, M., 2004. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(1), pp. 43-52.

Močnik M. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika dela medicinske sestre. In: Poček U, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks: zbornik prispevkov, Celjska koča, 6. november 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 17-25.

Rungapadiachy, D.M., 2003. Medosebna komunikacija v zdravstvu: Teorija in praksa, pp. 214.

Škerbinek, L., 1992. *Profesionalna komunikacija medicinske sestre*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester.

# POJAVNOST IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI PREGLED LITERATURE

## INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR VIOLENCE IN NURSING LITERATURE REVIEW

Urban Bole, dipl. zn.

strok. sod. Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi  
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana,  
Psihiatrična bolnišnica Begunje, Slovenija

aljosa.lapanja@psih-klinika.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Nasilje pacientov je ena izmed najbolj perečih težav, z katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi. Namen članka je raziskati pogostost ter oblike nasilnih vedenj, katerim so izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi. **Metode:** Uporabili smo analizo in sintezo pregleda dokazov iz zbirke podatkov CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Omejitvena kriterija iskanja sta bila: obdobje med letoma 2006 do 2017 ter celotno besedilo člankov v angleščini. Začetna merila je izpolnjevalo 2.136 zadetkov in 53 izbranih ustreznih člankov. Ocena kakovosti dokazov prikazana v hierarhiji dokazov. **Rezultati:** Identificiranih je 133 kod, ki so združene v 5 vsebinskih kategorij: oblike nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, pogostost nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, dejavniki tveganja za pojavnost nasilja, posledice nasilja na delovne mestu za zaposlene v zdravstveni negi in ukrepi za preprečevanje nasilja v zdravstveni negi. **Diskusija in zaključek:** Raziskava pokaže visoko pojavnost nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Osredotoča se na dejavnike tveganja in oblike nasilja s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi ter ukrepe za preprečevanje nasilja v zdravstveni negi.

**Ključne besede:** incidenca, nasilje, agitacija, dejavniki tveganja, medicinska sestra.

### ABSTRACT

**Introduction:** Patient violence is one of the most pressing problems in nursing. The purpose of this article is to investigate the frequency and forms of violent behavior that are exposed to employees in nursing care. **Methods:** Analysis and synthesis of the review of evidence from the CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY and PubMed data collections was used. Searching limiting criteria were: period between 2006 and 2017 and full article text in English language. Inside initial limitations there were 2,136 hits and

among them 53 adequate articles were chosen. The evidence quality was assessed according to the hierarchy of the research evidence. **Results:** 133 codes have been identified and combined into 5 contents categories: forms of violence against nurses, frequency of violence towards nurses, risk factors for the violence, the consequences of violence for nurses and measures for prevention of violence in nursing care. **Discussion and conclusion:** The research reveals the high incidence of violence against nurses. It focuses on the risk factors and forms of violence faced by nurses and measures to prevent violence in nursing care.

**Keywords:** incidence, violence, agitation, risk factors, nurse

## UVOD

Nasilje pacientov nad zdravstvenimi delavci je eno izmed najtežjih problemov, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci povsod po svetu. Področje, kjer se izvaja zdravstveno varstvo, je aktivno in nabito s čustvi. Vključuje tesne odnose med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi bližnjimi. Zaradi zagotavljanja 24-urnega zdravstvenega varstva in kontinuitete zdravstvene nege zaposleni v zdravstveni negi preživijo največ časa s pacienti, kar je dodaten dejavnik tveganja za pojavnost nasilja, ki je usmerjeno proti njim. Najbolj izpostavljeni nasilju na delovnem mestu so zaposleni v zdravstveni negi, saj se z nasiljem redno srečuje več kot polovica zaposlenih (Gates & Gillespie, 2011; Hahn, et al., 2012).

Objavljene raziskave o nasilju nad zdravstvenimi delavci so metodološko tako kvalitativno kot kvantitativno zasnovane (Gordon, et al., 2012; Gomaa, et al., 2015). S kvalitativno zasnovanimi raziskavami skušajo raziskovalci ugotoviti soočanje zaposlenih v zdravstvu do nasilnih pacientov, njihovo razumevanje in občutke, ki se pri tem pojavljajo (Hahn, et al., 2012; Hvidhjelm, et al., 2014). S kvantitativno zasnovanimi raziskavami raziskujejo predvsem pogostost ter oblike nasilja kateremu so izpostavljeni zdravstveni delavci. Rezultati o pojavnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci kažejo, da so verbalno nasilje izkusili skoraj vsi zaposleni (Swain, et al., 2014), fizično je bilo s strani pacienta napadenih 42 % anketirancev (Hahn, et al., 2010), spolno nadlegovanje pa je na delovnem mestu doživela petina anketirancev (Park, et al., 2015).

### Namen in cilji

Namen raziskave je s sistematičnim pregledom literature proučiti pogostost in dejavnike tveganja, kateri imajo za posledico nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi.

Cilj raziskave je prispevati k ozaveščanju vseh zdravstvenih delavcev o pojavnosti nasilja na delovnem mestu in njegovih negativnih vplivih, tako na paciente, njihove bližnje in zdravstvene delavce.

## METODE

### Metoda pregleda literature

V raziskavi smo uporabili sistematičen pregled literature, za dizajn raziskave smo uporabili meta sintezo pregleda znanstvene literature. Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PUB MED. Pri tem smo uporabili naslednje ključne iskalne zveze: »nursing«, »incidence«, »risk factorcs«, »violence«. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: obdobje med letoma 2006 do 2017, celotno besedilo članka in jezik besedila v angleščini. Pregledali smo vse izvlečke izbranih zadetkov. Pri ponovnem pregledu smo vključili potencialno premiere zadetke in izbrali znanstvene prispevke, ki smo jih uporabili v pregledu. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY smo uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »nursing« AND »incidence« AND »risk factorcs« AND »violence«. V PubMed-u smo besede »nursing«, »incidence«, »risk factorcs«, »violence« nizali brez Boolovih operatorjev.

### Rezultati pregleda

Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupaj dala 2.136 zadetkov. Začetna merila je izpolnjevalo 315 potencialno ustreznih zadetkov, ki smo jih pregledali bolj podrobno. Na osnovi pregleda naslovov in izvlečkov je bilo izključenih 1.821 zadetkov. Od 53, kar jih je prišlo v ožji izbor, so bili v končnem pregledu uporabljeni vsi.

### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, aktualnosti in vsebinski ustreznosti. Prepričali smo se, da je pregledana literatura obravnavala le nasilje na področju zdravstvene nege in ne tudi drugih področij v zdravstvu. Kakovost pregleda literature smo določili po Politu in Becku (2008), ki navajata 7 nivojev hierarhije dokazov v znanstveno raziskovalnem delu (Tabela 1).

Tabela 1: Ocena kakovosti dokazov.

Hierarhija dokazov (povzeto po Polit& Beck, 2008 cited in Skela Savič 2009)	Razvrstitev izbranih zadetkov glede na hierarhijo dokazov
Nivo 1 Sistematičen pregled randomiziranih kliničnih raziskav Sistematičen pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave Število vključenih strokovnih besedil	2
Nivo 3 Sistematični pregled raziskav s korelacijami/opazovanji Število vključenih strokovnih besedil	4
Nivo 4 Posamezne raziskave s korelacijami/opazovanji	41

Število vključenih strokovnih besedil	
Nivo 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: delfi metoda	2
Nivo 6 Posamične opisne/kvalitativne raziskave	0
Nivo 7 Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij Število vključenih strokovnih besedil =	0

## REZULTATI

V raziskavi smo definirali 2.136 zadetkov, ki smo jih procesirali po različnih fazah. Tabela 2 prikazuje potek sistematičnega pregleda literature po različnih bazah podatkov, omejitve virov, posledično izključitev zadetkov ter izbor ustreznih raziskav. Identificirali smo 133 kod, ki smo jih glede na njihove lastnosti, dimenzije in medsebojne povezave združili v 5 vsebinskih kategorij. Kategorije, kode ter podatke o avtorjih povzetih raziskav prikazuje Tabela 3.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah.

Kode (n = 133)	Avtorji
Kategorija 1 – Oblike nasilja nad zaposlenim v zdravstveni negi	
Napadi z jasnimi grožnjami – zahtevanje – pasivno nasilno vedenje – nasilje s fizičnimi grožnjami – spolno nadlegovanje – vznemirjenost – agitiranost – razdražljivost – ugrizi – stiskanje- klofutanje – verbalno nasilje – fizično nasilje – preklinjanje – pisne grožnje – uničevanje lastnine – prerivanje – uporaba orožja – zalezovanje.	Gabrovec & Eržen, 2016; Vidal-Martí & Pérez-Testor 2015; Morken, et al., 2015; Lachs, et al., 2013; Tak, et al., 2010; Tak, et al., 2010; Zeller, et al., 2009; Zuidema, et al., 2007.
Kategorija 2 – Pogostost nasilja nad zaposlenim v zdravstveni negi	
89 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 73 % pa se jih je soočilo s poskusom samomora - 72 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje in 42 % fizično nasilje, od katerih se je 23 % končalo s poškodbo zaposlenega - 93 % anketirancev je izkusilo verbalno nasilje, 65% fizično nasilje in 38 % fizični napada - 63 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 22 % fizično nasilje in 19 % spolno nadlegovanje.	Park, et al., 2015; Swain, et al., 2014; Hahn, et al., 2012; Hahn, et al., 2010; Maguire & Ryan, 2007.
Kategorija 3 – Dejavniki tveganja za pojavnost nasiljav v zdravstveni negi	
Moški spol – kognitivni upad – demenca – nega pacienta z demenco – intervencije z fizičnimi – neustrezno prepoznavanje čustev pacientov – nižja starost zaposlenih – nasilje se najpogosteje zgodi kadru, ki največ časa preživi ob pacientu - manj kliničnih izkušenj zaposlenih – nižja izobrazba zaposlenih – znana zgodovina nasilništva – anksioznost pacientov – strah – zmedenost pacientov – želja po	Stutte, et al., 2017; Kim, et al., 2016; Edward, et al., 2016; Vidal-Martí & Pérez-Testor 2015; Ridenour, et al., 2015; Iozzino, et al., 2015; Morgan, et al., 2012; Majić, et al., 2012; Zeller, et al., 2013; Lachs, et al., 2013;

<p>odhodu iz bolnišnice – izvajanje osebne nege – prevelik obseg dela – pomanjkanje osebja – pomanjkanje časa – oddelki z Alzhajmerjevo demenco – antipsihotiki – nespečnost – kopanje – tuširanje – duševne motnje – odklanjanje pomoči - depresivni simptomi – antagonizem – impulzivnost – rigidnost – pomanjkanje socialnih odnosov - jemanje več vrst terapije – motnje govora – težave pri komunikaciji – analgetična terapija – preganjalne blodnje – halucinacije – dostop do orožja – organizacijski postopki – pomanjkanje dostopnosti do zdravstvene oskrbe – identificiranje pacientov- dolge čakalne dobe – delirij – zloraba alkohola – odvisnost od alkohola – zloraba psihoaktivnih substanc – osebne motnje – oddelki z večjim številom pacientov – medicinske sestre zaposlene na področju duševnega zdravja - prenatrpanost urgentnih centrov – lahka dostopnost zdravil v kliničnih okoljih – slabo osvetljena parkirišča.</p>	<p>Isaksson, et al., 2013; Anderson &amp; West, 2011; Tak, et al., 2010; Thissen, et al., 2010; Sommer, et al., 2010; Whall, et al., 2008.</p>
<p>Kategorija 4 – Posledice nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi</p>	
<p>Tretjina anketirancev poškodovana v zadnjem letu – strah zaposlenih – ranljivost zaposlenih – negotovost na delovnem mestu – slabša varnost zaposlenih – nizko zadovoljstvo na delovnem mestu – čustvena izčrpanost zaposlenih – slabši odnosi med zaposlenimi in pacienti – sprejetja nasilja, kot del oskrbe – depersonalizacija zaposlenih - bolečine v križu – stres – izgorelost – tesnoba – post travmatska stresna motnja – občutki jeze – cinizem – negativizem- slabša kakovost življenja.</p>	<p>Stutte, et al., 2017; Gabrovec &amp; Eržen, 2016; Iozzino, et al., 2015; Malmedal, et al., 2014; Karen-Leight, et al., 2014; Lachs, et al., 2013; Hyochol &amp; Horgas, 2013; Scott, et al., 2011; Warren 2011; Isaksson, et al., 2009.</p>
<p>Kategorija 5 – Ukrepi za preprečevanje nasiljav v zdravstveni negi</p>	
<p>Edukacija o prepoznavanju zgodnje eskalacije pacientov – edukacija zaposlenih o prepoznavi sprožilnih dejavnikov – dosledno izpolnjevanje poročil o incidentih – edukacija o negi pacientov z demenco – zmanjšati število nadur – zmanjšati delovne obremenitve – uporaba fizične omejitve – farmakološki ukrepi – ne farmakološki ukrepi – glasbena stimulacija – krepitev socialnih interakcij – dobro vodena bolečina pri pacientih- Bathing Without a Battle intervention – uporaba smernic- uporaba pravnih virov – uporaba finančnih virov – človeški vidik upravljanja virov – kritično mišljenje - vodstvo, ki spodbuja zaposlene k poročanju o nasilju – ocena tveganja – razvoj politike ničelne tolerance do nasilja – uporaba klicnih naprav – trening samoobrambe – socialna podpora - omejevanje interakcij s potencialnimi ali z že znanimi povzročitelji nasilja iz preteklosti.</p>	<p>Gozalo, et al., 2014; Ahn &amp; Horgas, 2014; Zeller, et al., 2013; Rapp, et al., 2013; Hyochol &amp; Horgas, 2013; Scott, et al., 2011; Tak, et al., 2010; Cohen-Mansfield, et al., 2010; Danesh, et al., 2008.</p>

## DISKUSIJA

Franz in sod. (2010) nasilje na delovnem mestu definirajo kot incident, kjer so zaposleni zlorabljeni, ogroženi ali napadeni v okoliščinah, ki so povezane z njihovim delom. Campbell in sod. (2011) vidijo nasilje na delovnem mestu kot globalni problem, ki vpliva ne le na dostojanstvo ljudi, ampak tudi na njihovo čustveno in fizično počutje. Da nasilje v zdravstveni negi narašča kažejo številne tuje in domače raziskave (Maguire & Ryan, 2007; Hahn, et al., 2010; Hahn, et al., 2012; Swain, et al., 2014; Park, et al., 2015; Gabrovec & Eržen, 2016).

Prav, tako pa se incidenca nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi razlikuje glede na področje dela medicinskih sester. Maguire & Ryan, (2007) med zaposlenimi na področju nujne medicinske pomoči ugotavljata, da je 89 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 73 % pa se jih je soočilo s poskusom samomora. Prav tako na področju nujne medicinske pomoči na vzorcu 1676 reševalcev. Spector in sod. (2014) v raziskavi z vključenim vzorcem 151.347 medicinskih sester ugotavljalo, da je na delovnem mestu 66,9 % medicinskih sester doživelo verbalno nasilje, 36,4 % fizično, 39,7 % trpinčenje na delovnem mestu in 25 % spolno nasilje na delovnem mestu. Ne glede na svetovno regijo pa je prevalenca nasilja nad zdravstvenimi delavci precej podobna, približno 2/3 delavcev v zadnjih 12 mesecih doživi verbalno 1/3 fizično, petina zaposlenih pa spolno nasilje (Pinar et al., 2011; Pompeii, et al., 2013). Strokovnjaki razdelijo dejavnike tveganja 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. V drugo skupino dejavnikov tveganja za nasilje spadajo tisti dejavniki, katere lahko izboljšujemo s klinično intervencijo. Najpogostejši dinamični dejavnik tveganja za nasilno vedenje je zloraba oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi, preganjalne blodnje, halucinacije, zdravljenje oziroma sprejem brez privolitve pacienta, depresija, brezupnost, izdelan načrt za samomor, dostop do orožja. (Anderson & West, 2011). Najpogostejše posledice nasilja so stres, tesnoba ter posledično posttravmatski stres, ki je povezan z agresivnimi incidenti (Edward, et al., 2014). Karen-Leight in sod. (2014) loči več vrst nasilja na delovnem mestu, ki lahko povzročajo dolgotrajne posledice. Pojavljajo se tudi občutki, da so zdravstveni delavci oblegani, kar pripelje do zapletov, kot sta depresija in tesnoba. Da je tesnoba med zaposlenimi na področju duševnega zdravja pogost pojav, ugotavljajo tako domači kot tuji raziskovalci (Warren, 2011; Bole & Bregar, 2016). Zdravstveni delavec se na nasilje na delovnem mestu lahko odzove z različnimi vedenji, kot so: bolniška odsotnost, spreminjanje delovnega mesta in celo izstop iz zdravstva v celoti (Karen-Leight, et al., 2014). Čeprav do fizičnega nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi prihaja redkeje kot do verbalnega, pa so posledice fizičnega nasilja zelo resne. Sem sodijo ugrizi, raztrganine, modrice, zlomi, izpahi sklepov ter poškodbe glave. Prav tako izpostavljenost nasilju na delovnem mestu vpliva na zmanjšano stopnjo učinkovitosti in produktivnosti ter s tem na kakovost in raven zadovoljstva (Teymourzadeh, et al., 2014; Baby, et al., 2014). Za delodajalca predstavlja poškodba medicinske sestre na delovnem mestu veliko škodo. Speroni in sod. (2014), ugotavljajo, da fizična poškodba medicinske sestre, stroškovno stane 94,156 \$, v Združenih državah Amerike, 2 milijardi dolarjev letno, od 27.000 \$ do 103.000 \$ izračunana izguba ob nadomeščanju zdravstvenega delavca ob dolgotrajni bolniški. Zaposleni v zdravstvu ne bi smeli dajati prevelikega poudarka obvladovanju nasilja le s kemičnim in fizičnim oviranjem (Anderson & West, 2011). Nadomestni pristopi tako poučujejo pacienta, kako naj komunicirajo, izražajo negativna čustva in zadovoljujejo svoje potrebe po večji samozavesti. Taki ukrepi preprečujejo eskalacijo pacienta ter omogočajo, da se naučijo obvladovati negativne misli in nasilno



vedenje ter tako izboljšajo svoje spretnosti za reševanje sporov. Raziskovalci, ki so izvedli raziskavo analize tveganja nasilja na oddelku, tako zaključujejo, da je v času omejenih zdravstvenih proračunov strukturirana ocena tveganja za nasilno vedenje intervencija, ki ne zahteva veliko časa in denarja ter je koristna za učinkovito prepoznavanje in zmanjševanje nasilja (Guivarch & Cano, 2013; Noda, et al., 2013).

#### Omejitve raziskave

Omejitve raziskave se kažejo v pomanjkanju raziskav z višjih stopenj hierarhije dokazov, kar daje manjšo težo naši raziskavi.

## ZAKLJUČEK

Sistematičen pregled literature pokaže nasilje v zdravstveni negi, kot naraščajoč problem, kateri zajema večino medicinskih sester. Dejavniki tveganja so multifaktorni in največkrat spregledani s strani medicinskih sester, katere se srečujejo z resnimi posledicami nasilja na delovnem mestu. V prihodnosti bi kakovostnejše raziskave o dejavniki tveganja za pojavnost nasilja na delovnem mestu na področju zdravstvenega in socialnega varstva, omogočile vodstvu organizacij in oblikovalcem programov pravilno izbiro modelov, ki bi bili osredotočeni na sistematične intervencije in protokole za zmanjševanje in preprečevanje nasilja na področju zdravstvenega in socialnega varstva.

## Literatura

Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M. & Franscini, M., 2015. Health Care Professionals as Victims of Stalking: Characteristics of the Stalking Campaign, Consequences, and Motivation in Italy. *Journal of interpersonal violence*, pii: 0886260515593542 [Epub ahead of print].

Ahn, H. & Horgas, A., 2014. Does pain mediate or moderate the effect of cognitive impairment on aggression in nursing home residents with dementia? *Asian nursing research*, (2), pp. 105–109.

Anderson, A. & West, S. G., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), pp. 34–39.

Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D., 2014. Violence is not part of our job!: a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing*, 35(9), pp. 647–655.

Blair, L., Bigham, B. L., Jensen, J. L., Tavares, W., Drennan, I. R., Saleem, H., et al., 2014. Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care* 18(4), pp. 489–494.

Bole, U. & Bregar, B., 2016. Proučevanje anksioznosti pri zaposlenih in študentih na področju zdravstvene nege v psihiatriji. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 41–56.

- Campbell, J. C., Messing, J. T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., et al., 2011. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 53(1), pp. 82–89.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., Thein, K., & Freedman, L., 2010. Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia be Prevented With the Use of Standardized Stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), pp. 1459–1464. Available at: <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x> [12.6.2017].
- Danesh, V. C., Malvey, D. & Fottler, M. D., 2008. Hidden workplace violence: what your nurses may not be telling you. *The health care manager*, 27(4), pp. 357–363.
- Edward, K. L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*, 23(12), pp. 653–659.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. 2009. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000120. Available at: <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120> [16.8.2017].
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M. & Långström, N., 2011. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of general psychiatry*, 67(9), pp. 931–938.
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A., 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BioMed Central health services research*, 25(2), pp. 10–51.
- Gabrovec, B., & Eržen, I., 2016. Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Slovenian Journal of Public Health*, 55(3), pp. 212–217. Available at: <http://doi.org/10.1515/sjph-2016-0027> [12.6.2017].
- Gates, D. M., Gillespie, G. L. & Succop, P., 2011. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing economic\$, 29(2), pp. 59–66.*
- Gomaa, A. E., Tapp, L. C., Luckhaupt, S. E, Vanoli, K., Sarmiento, R. F., Raudabaugh, W. M., et al., 2015. Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities - United States, 2012-2014. *Morbidity and mortality weekly report*, 64(15), pp. 405–410.
- Gordon, L., Donna, M., Millera, M. & Kunz-Howardb, P., 2012. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events., *University of Cincinnati College of Nursing*, (42), pp. 21–27.
- Gozalo, P., Prakash, S., Qato, D. M., Sloane, P. D. & Mor, V., 2014. Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(5), pp. 797–804.
- Guivarch, J. & Cano, N., 2013. Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives. *Psychopharmacologie*, 39(4), pp. 237–243.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R. J. G., 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 68(12), pp. 685–699.

- Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & 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), pp. 535–546.
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T. & Bue Bjorner, J., 2014. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), pp. 536–542.
- Hyochol, A. & Horgas, A. L., 2013. Disruptive Behaviors in Nursing Home Residents with Dementia: Management Approaches. *Journal of clinical outcomes in management*, 20(12), pp. 567–575.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsens, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(6), pp. 1–12. Available at: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536> [15.6.2017].
- Isaksson, U., Graneheim, U. H., Åström, S. & Karlsson, S., 2013. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & mental health*, 15(5), pp. 573–579.
- Karen-Leigh, E., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014, Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), pp. 653–659.
- Kim, S. C., Young, L. & Berry, B., 2016. Aggressive Behaviour Risk Assessment Tool for newly admitted residents of long-term care homes. *Journal of advanced nursing*. doi: 10.1111/jan.13247. [Epub ahead of print]
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramirez, M., Silver, S., et al. 2013. Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *Journal of General Internal Medicine*, 28(5), pp. 660–667. Available at: <http://doi.org/10.1007/s11606-012-2284-1> [16.8.2017].
- Large, M. M. & Nielsens, O., 2011. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), pp. 209–220.
- Maguire, J. & Ryan, D., 2007. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(2), pp. 120–127.
- Maguire, J., & Ryan, D., 2007. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(2), pp. 120–127.
- Majić, T., Pluta, J. P., Mell, T., Treusch, Y., Gutzmann, H. & Rapp, M. A., 2012. Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International psychogeriatrics*, 24(11), pp. 1779–1789.
- Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B. I., 2014. The dark side of Norwegian nursing homes: Factors influencing inadequate care. *Journal of Adult Protection*, 16(3), pp. 133–151.
- Morgan, D. G., Cammer, A., Stewart, N. J., Crossley, M., D'Arcy, C., Forbes, D. A., et al., 2012. Nursing aide reports of combative behavior by residents with dementia: results from a detailed prospective incident diary. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(3), pp. 220–227.
- Morken, T., Johansen, H. & Alsaker, K., 2015. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BioMed Central family practice*, 16(51), pp. 1–9. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426652/> [15.6.2017].

- Noda, T., Sugiyama, N., Sato, M., Ito, H., Sailas, E. & Putkonen, H., 2013. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(6), pp. 405–411.
- Park, M., Cho, S. H. & Hong, H. J., 2015. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of nursing scholarship*, 47(1), pp. 87–95.
- Pinar, R. & Ucmak, F., 2011. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), pp. 510–517.
- Polit, D. F. & Beck, T. C., 2008. *Nursing research: principles and methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 3–167.
- Pompeii, L., Dement, J., Schoenfish, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C., et al., 2013. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*, 44, pp. 57–64.
- Rapp, M. A., Mell, T., Majic, T., Treusch, Y., Nordheim, J., Niemann-Mirmehdi, M., et al., 2013. Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT trial): effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), pp. 690–695.
- Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R., et al., 2015. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work (Reading, Mass.)*, 51(1), pp. 19–28. Available at: <http://doi.org/10.3233/WOR-141894> [10.6.2017].
- Scott, A., Ryan, A., James, I. & Mitchell, E. A., 2011. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *International journal of older people nursing*, 6(2), pp. 110–122.
- Skela-Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209–222.
- Sommer, O. H., Kirkevold, O., Cvanarova, M. & Engedal, K., 2010. Factor analysis of the brief agitation rating scale in a large sample of norwegian nursing home patients. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 29(1), pp. 55–60.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E. & Che, X. X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), pp. 72–84.
- Stutte, K., Hahn, S., Fierz, K. & Zúñiga, F., 2017. Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatric nursing*, pii: S0197-4572(17)30038-1. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.02.001. [Epub ahead of print]
- Swain, N., Gale, C. & Greenwood, R., 2014. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand medical journal*, 127(1394), pp. 10–18.

- Tak, S., Sweeney, M. H., Alterman, T., Baron, S., & Calvert, G. M., 2010. Workplace Assaults on Nursing Assistants in US Nursing Homes: A Multilevel Analysis. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1938–1945. Available at: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185421> [10.6.2017].
- Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A. & Hakimzadeh, S., 2014. Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International journal of health policy and management*, 3(6), pp. 301–305.
- Thissen, A. J., Ekkerink, J. L., Mahler, M. M., Kuin, Y., Wetzels, R. B. & Gerritsen, D. L., 2010. Premorbid personality and aggressive behavior: a study with residents of psychogeriatric nursing homes. *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 41(3), pp. 116–125.
- Vidal-Martí, C. & Pérez-Testor, C., 2015. Patient assaults on professionals? Type II workplace violence: A known phenomenon in Barcelona nursing homes. *Work (Reading, Mass.)*, 51(4), pp. 879–886.
- Warren, B., 2011. Workplace violence in hospitals: safe havens no more. *Journal of healthcare protection management*, 27(2), pp. 9–17.
- Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H., Hong, G. R. S., DeCicco, B., et al., 2008. Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist*, 48(6), pp. 721–731.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S., 2013. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2), e55942. Available at: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942> [10.8.2017].
- Zeller, A., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens, R. J., 2013. Nurses' experiences with aggressive behaviour of nursing home residents: a cross sectional study in Swiss nursing homes. *Pflege*, 26(5), pp. 321–335.
- Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R. & Koopmans, R. T., 2007. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(7), pp. 632–638.

## POVEZAVA MED KADILSKIM STATUSOM ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE IN NJIHOVIH STARŠEV

### CONNECTION AMONG SMOKING OF NURSING STUDENTS AND THEIR PARENTS

pred. mag. Marija Milavec Kapun

doc. dr. Andreja Kvas

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

marija.milavec@zf.uni-lj.si

**Uvod:** Kajenje škodljivo vpliva na celotno človeško telo in je pomemben dejavnik tveganja za razvoj številnih bolezni in eden izmed pomembnih vzrokov smrtnosti. Kajenje v mladosti se pogosto nadaljuje v odraslo dobo. Na to lahko pomembno vpliva družina in socialno okolje mladostnika. Raziskava se osredotoča na kadilske navade študentov zdravstvene nege in se ugotavlja ali kajenje staršev študentov zdravstvene nege vpliva na kadilski status študentov kadilcev. **Metode:** Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Izvedena je bila spletna anketa. Povezava do vprašalnika je bila posredovana po e-pošti študentom ene fakultete vseh letnikov študijske smeri zdravstvena nega (N = 384). Anketo je ustrezno izpolnilo 114 študentov (29,7 % realizacija). Anketiranje je potekalo v mesecu aprilu 2015. Za ugotavljanje statistično značilnih razlik je bil uporabljen test  $\chi^2$  na ravni 5 % tveganja. **Rezultati:** V raziskavi je sodelovalo 88,6 % žensk in 11,4 % moških. Med njimi je bilo 31,9 % trenutnih kadilcev, 57,5 % je nekadilcev, ki niso nikoli kadili in 10,6 % jih je kadilo v preteklosti. Med anketiranimi študenti mater, ki kadijo ali so kadile, jih ne kadi le 43,8 %, med njimi je rednih ali občasnih kadilcev kar 56,2 %. Kadilske navade mame so povezane s kadilskim statusom študentov; hipoteza je potrjena ob stopnji tvega  $p < 0,05$  ( $\chi^2 = 6,376$ ,  $p = 0,041$ ). Med anketiranimi študenti očetov, ki kadijo ali so kadili, jih ne kadi le 41,0 %, medtem ko je rednih ali občasnih kadilcev kar 59,0 %. Kadilske navade očetov so povezane s kadilskim statusom anketiranih študentov; hipoteza je potrjena ob stopnji tveganja  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 13,782$ ,  $p = 0,001$ ). **Diskusija in zaključek:** Med anketiranimi študenti je več trenutnih kadilcev kot je slovensko povprečje, delež rednih in občasnih kadilcev je enak. Analiza podatkov je pokazala povezavo med kadilskim statusom anketiranih študentov in kadilskimi navadami njihovih staršev. Za zmanjševanje kajenja med študenti zdravstvene nege lahko veliko naredimo z načrtovano in kontinuirano zdravstveno vzgojo v času študija, saj bodo kot zdravstveni delavci kasneje na svoji poklicni poti kot nekadilci za vzgled pacientom.

**Ključne besede:** kajenje, preventiva, zdravstvena vzgoja, izobraževanje medicinskih sester

#### ABSTRACT

**Introduction:** Smoking has a harmful effect on the whole body, is a risk factor for the development of illnesses. Smokers who start smoking as adolescents often continue smoking into adulthood. The family and social environment of the adolescent have a

significant impact on this. With the study we aimed to identify the smoking habits of nursing students and establish whether having parents who were smokers is in connection with the smoking status of student smokers. Methods: The study was based on a non-experimental quantitative method of empirical research. Online survey was implemented, invitation for collaboration was sent via email to all nursing students (N = 384). The survey was completed by 114 nursing students (29.7 %) one of Slovenian faculty, it was conducted in April 2015. We used a chi-squared test. Results: Among respondents (88.6 % female and 11.4 % male) were 57.5 % non-smokers, 31.9 % regular or occasional current smokers and 10.6 % former smokers. Among respondents whose mothers smoke or smoked in the past, just 43.8 % were non-smokers, while regular or occasional smokers are 56.2 %. The smoking habits of the mother affect whether or not a student smokes; this hypothesis is confirmed with a risk level of  $p < 0.05$  ( $\chi^2 = 6.376$ ,  $p = 0.041$ ). Among respondents whose fathers smoke or smoked in the past, just 41.0 % were non-smokers, while regular or occasional smokers are 59.0 % The smoking habits of the father affect whether or not a student smokes; this hypothesis is confirmed with a risk level  $p < 0.001$  ( $\chi^2 = 13.782$ ,  $p = 0.001$ ). Discussion and conclusion: The number of current smokers among the students is higher than the Slovenian average, it is equal percentage of regular and occasional smokers. Analysis of the data showed a strong connection between the smoking status of students and the smoking habits of their parents. In order to reduce smoking among nursing students, we can achieve a great deal through planned and continuous health education during their time of study, since later on in their careers as health workers they will, as non-smokers, be an example to patients.

Keywords : student habits, nursing student, prevention, health education

## UVOD

Med najbolj preprečljivimi dejavniki tveganja za obolevnost in umrljivost v svetu (World Health Organization, 2017) in pri nas (Bagar, et al., 2017) je tobak. Spada med četverico dejavnikov (poleg alkohola, gibanja in prehrane), ki vplivajo na krajšo življenjsko dobo današnje mladine razvitega sveta (Kvaavik, et al., 2010). Kadi skoraj vsak četrti Slovenec, star od 15 do 64 let, več je moških kadičev kot žensk (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015; Bagar, et al., 2017; World Health Organization, 2017). S kajenjem je že poskusilo 40 % 15-letnikov, redno jih kadi 8,9 %. Med fanti in dekleti ni bistvenih razlik glede kadilskega statusa (Bagar, et al., 2017). Delež kadičev s starostjo narašča in sicer med mladimi v starosti od 15 do 17 let jih kadi 15,7 % in od 18 do 24 let jih kadi 28,6 % (Lavtar, et al., 2014). V starostnem obdobju 25-35 let je bila prevalenca 25,2 % v letu 2012 (Bagar, et al., 2017). V Sloveniji vsak dan umre zaradi bolezni, pripisljivih kajenju tobaka, 10 oseb ali 3600 letno (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015). Na kajenje vpliva veliko okoljskih, socialno-ekonomskih, kulturnih, psiholoških in drugih faktorjev (Koprivnikar, 2011). Vendar pa prav ranljivo obdobje otroštva in mladostništva v družinskem okolju pomembno vpliva na oblikovanje vrednot in življenjskega sloga posameznika (Blum, et al., 2012).

Izpostavljenost tobačnemu dimu pred in po rojstvu ter vzorci vedenja, ki jih pridobijo otroci/mladostniki v domačem okolju, so faktorji, katerim bi se otroci oziroma mladostniki lahko izognili in ne bi izjemno škodljivo vplivali na njihovo zdravje (Edwards & Coleman, 2005). Kadičji s kajenjem začnejo že kot mladi ali mladi odrasli, redko začnejo prvič kaditi po 25. letu starosti; mlajša ko je oseba, ko začne kaditi, večja je verjetnost, da bo postala

zasvojena s kajenjem (Bagar, et al., 2017). Med glavne dejavnike tveganja za začetek kajenja med mladostniki prištevamo vpliv staršev, saj ti s kajenjem dajejo slab vzgled svojim otrokom in mladostnikom (Griesbach, et al., 2003; Koprivnikar, 2009). Neustrezni vedenjski vzorci se okrepijo, če je v družini prisotnih več kadilcev ter kajenje sorojencev ali pomembnih drugih (Chen, et al., 2013; Liao, et al., 2013; Saari, et al., 2014).

Kajenje je pogosto prisotno v kombinaciji z drugimi oblikami tveganih vedenj, ki neugodno vplivajo na zdravje. Ob tem pa je to razvada, ki najbolj razslojuje družbo in dodatno obremenjuje posameznike s slabšim socialno-ekonomskim položajem (Lavtar, et al., 2014).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kadilske navade študentov zdravstvene nege, prevalenco kajenja med študenti in povezavo med kajenjem študentov zdravstvene nege in kajenjem njihovih staršev. S tem namenom smo preverjali naslednji hipotezi:

H1: Kadilske navade staršev so povezane s kadilskimi navadami anketiranih študentov.

H2: Prevalenca kajenja med študenti zdravstvene nege je manjša od nacionalne prevalenca kajenja med odraslimi.

#### Metode

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabili smo modificiran vprašalnik, ki smo ga povzeli po vprašalniku raziskave Z zdravjem povezan vedenjski slog (Inštitut za varovanje zdravja, 2012) in vprašalniku avtorice Mesarič (2009). Vprašalnik je obsegal 35 vprašanj, od tega 31 vprašanj zaprtega tipa in štiri vprašanja odprtega tipa. Pridobili smo dovoljenje avtorjev za uporabo vprašanj iz omenjenih vprašalnikov. Za pripravo tega prispevka smo uporabili del podatkov raziskave, ki so se nanašali na osnovne demografske podatke ter kadilski status študentov in njihovih staršev. Vprašalnik smo oblikovali kot spletno anketo in povezavo posredovali po e-pošti študentom vseh letnikov zdravstvene nege na prvi bolonjski stopnji na eni izmed fakultet (N = 384). Vprašalnik je ustrezno izpolnilo 114 študentov (29,7 % realizacija vzorca). Anketiranje je potekalo v mesecu aprilu 2015. Statistična analiza je bila izvedena z računalniškim programom IBM® SPSS® Statistic 20.00. Za analizo zbranih podatkov smo uporabili osnovno opisno statistiko in hi-kvadrat test ( $\chi^2$ ). Mejo statistične značilnosti je določala vrednost  $p < 0,05$ .

#### Rezultati

V Tabeli 1 so predstavljeni demografski podatki anketirancev. V raziskavo je bilo vključenih največ žensk, kar je pričakovano glede na populacijo, ki študira zdravstveno nego. Prevladovali so študenti rednega študija (n = 83, 72,8 %). Anketni vprašalnik je izpolnilo največ študentov 3. letnika (51,8 %) in najmanj iz 2. letnika (12,3 %). Med anketiranci je bilo največ študentov, ki so se samoopredelili za srednji družbeni sloj.

Tabela 1: Predstavitev demografskih podatkov

		n	%
Spol	moški	13	11,4
	ženska	101	88,6
Način študija	redni	83	72,8
	izredni	31	27,2



Letnik študija	1. letnik	19	16,7
	2. letnik	14	12,3
	3. letnik	59	51,8
	absolvent	22	19,3
Status kadilca	kadi ali je kadil	48	42,1
	ne kadi in ni kadil	65	57,5
	ni odgovora	1	0,9
Družbeni sloj	čisto spodnji	1	0,9
	delavski	38	33,3
	srednji	54	47,4
	višji srednji	12	10,5
	zgornji	2	1,8
	ne vem	7	6,1

Na vprašanje o kadilskem statusu je odgovorila večina študentov ( $n = 113$ ). Med anketiranimi študenti je bilo 57,5 % je nekadilcev, ki niso nikoli kadili (Tabela 1). 15,9 % je rednih, vsakodnevnih kadilcev, občasno jih v različnih situacijah kadi 15,9 % (Tabela 2).

Tabela 2: Status kadilca

	Število (n)	Odstotki (%)	Kumulativa
Redno, vsakodnevno kadim	18	50,0	50,0
V preteklosti sem občasno kadil, sedaj tudi kadim	3	8,3	58,3
Občasno kadim	3	8,3	66,7
Občasno, ob stresu in težavah	2	5,6	72,2
Občasno, v družbi	10	27,8	100
Skupaj	36	100	

Trenutno jih (redno ali občasno) kadi 31,9 % ( $n = 36$ ) študentov zdravstvene nege. Med anketiranimi študenti jih je 42,1 % imelo matere, ki kadijo ali so kadile. Med anketiranimi študenti jih je 53,5 % imelo očete, ki kadijo ali so kadili. Med anketiranimi študenti mater nekadilk jih ne kadi 66,7 %, medtem ko jih redno kadi 10,6 %. Med anketiranimi študenti mater, ki kadijo ali so kadile, jih ne kadi le 43,8 %. Kadilske navade mame so povezane s kajenjem študentov; hipoteza je potrjena ob stopnji tveganja  $p < 0,05$  ( $\chi^2 = 6,376$ ,  $p = 0,041$ ). Med anketiranci očetov nekadilcev jih ne kadi kar 75,5 %, medtem ko jih redno kadi le 9,4 %. Med anketiranimi študenti očetov, ki kadijo ali so kadili, jih ne kadi le 41,0 %. Kadilske navade očetov so povezane s kadilskimi navadami anketiranih študentov; hipoteza je potrjena ob stopnji tveganja  $p < 0,001$  ( $\chi^2 = 13,782$ ,  $p = 0,001$ ).

## Diskusija

Z raziskavo smo ugotovili, da so kadilske navade študentov zdravstvene nege povezane s kadilskim statusom njihovih staršev, močnejša povezava je s kadilskim statusom očetov. Leonardi-Bee in sodelavci (2011) ugotavljajo večjo povezanost kajenja matere in kadilskega statusa otroka. Večja verjetnost za kajenje mladostnika je kajenje obeh staršev, saj imajo pomemben vpliv na (ne)ustrezno vedenje mladostnika prek zgledov z lastnim kajenjem, nadalje s pravili in sporočili glede kajenja ter z načinom vzgoje otroka oziroma mladostnika (Sunday & Folan, 2004; Turner, et al., 2004). Mladostnik je dodatno socialno obremenjen, če

kadi (starejši) sorojenec (Sunday & Folan, 2004; Turner, et al., 2004; Leonardi-Bee, et al., 2011). Zanimiva pa je ugotovitev (VanDevanter, et al., 2016), da je kajenje v večjem deležu prisotno med svojci in prijatelji študentov zdravstvene nege, kot pa med samimi študenti zdravstvene nege.

Z raziskavo smo ugotovili, da je med študenti zdravstvene nege več kadilcev kakor je slovenska nacionalna prevalenca med odraslo populacijo in tudi med mlajšimi odraslimi v starostnem obdobju 18-24 let. Med študenti zdravstvene nege, ki so sodelovali v raziskavi, je prevalenca kajenja velika (31,9 %). Manjšo prevalenco kajenja (29 %) med študenti zdravstvene nege na drugi slovenski izobraževalni instituciji pa ugotavlja Jelovčan (2012), vendar je še vedno nad nacionalnim povprečjem. Kljub splošnim trendom upadanja deleža trenutnih kadilcev v splošni populaciji, se je glede na podatke iz študijskega leta 1991/92 (Domajnko, et al., 1994) delež kadilcev med anketiranimi študenti na področju zdravstva povečal. Glede na nacionalno zdravstveno statistiko se prevalenca kajenja tudi med mladostniki zmanjšuje, ni pa več opazne razlike med moškimi in ženskami (Koprivnikar, 2013; Bagar, et al., 2017), kar je dolgoročno problematično z vidika zdravja žensk in posledično negativnega vpliva kajenja na plod v času nosečnosti in dojenja. Smiselno bi bilo raziskati tudi druge oblike uživanja (alternativnih) tobačnih izdelkov (VanDevanter, et al., 2016) in s tem tudi razvoj preventivnih aktivnosti s strani zdravstvenih (in drugih) strokovnjakov.

V tujini ugotavljajo manjšo stopnjo kajenja med študenti zdravstvene nege, kot je nacionalno povprečje, tako npr. v ZDA ugotavljajo, da kadi samo 7,9 % študentov in le 7,1 % medicinskih sester (VanDevanter, et al., 2016). V Španiji ugotavljajo zmanjševanje deleža kadilcev med študenti zdravstvenih smeri (v letu 2013 je bil 18,2 %) in hkrati raziskovalci spremljajo dejavnike, ki vplivajo na zmanjševanje deleža kadilcev med študenti zdravstvenih smeri (Ordás, et al., 2015). V Nemčiji prav tako ugotavljajo visoko prevalenco kajenja med medicinskimi sestrami (31-42 %), večina jih začne kaditi pred začetkom poklicne poti (Bühler, et al., 2017) in kadila naj bi polovica študentov zdravstvene nege (Vitzthum, et al., 2013; Sarna, et al., 2014).

Prevalenca kajenja med slovenskimi medicinskimi sestrami je pod nacionalnim povprečjem (Koprivnikar, et al., 2013), kar je spodbudno. Kajenje naj bi bilo prisotno predvsem med zaposlenimi s srednjo stopnjo izobrazbe (25,1 %), manj pa med medicinskimi sestrami z najmanj višjo izobrazbo (12,1 %). Pri tem je treba opozoriti na trend naraščanja kajenja med ženskami in med visoko izobraženimi osebami v Sloveniji (Bagar, et al., 2017). Na osnovi teh podatkov lahko pričakujemo večji delež kadilcev tudi med medicinskimi sestrami z visokošolsko izobrazbo v prihodnosti.

Koprivnikar (2011) ugotavlja, da je raziskovanje kajenja med mladostniki in adolescenti oziroma študenti v slovenskem prostoru skromno. Poudarja pomembnost preventivne dejavnosti med mladostniki za preprečitev začetka in zmanjševanja prevalence kajenja, pri tem je potrebno kombinirati različne preventivne intervencije in z njimi nasloviti dejavnike, ki vplivajo na opustitev kajenja oziroma preprečitev začetka kajenja.

Študenti zdravstvene nege, kot bodoči zdravstveni delavci, bodo imeli zelo pomembno vlogo v procesu zdravstvene vzgoje za opustitev kajenja in bodo lahko pacientom, ki želijo opustiti kajenje, za dober vzgled. Zato je pomembno, da je med njimi čim manj kadilcev in da se zavedajo škodljivosti kajenja. World Health Organization (2017) in Bühler s sodelavci (2017)

navajajo, da so zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre, eni izmed najpomembnejših akterjev na področju preventive in opustitve kajenja. Sarna in sodelavci (2014) poudarjajo, da lahko medicinske sestre opremljene z ustreznim znanjem, uspešno izvajajo intervencije na področju opuščanja kajenja.

Že Domajnko in sodelavci (1994) so opozarjali, da bi morale biti zmanjševanje prevalece kajenja med študenti zdravstvene nege, kot bodočimi strokovnjaki na področju zdravstva, toliko večji izziv za izobraževalne institucije na tem področju. S preventivo kajenja bi lahko/morali začeli v času študija zdravstvene nege (Vitzthum, et al., 2013) z različnimi preventivnimi aktivnostmi, npr.: priprava učnih gradiv o škodljivih posledica kajenja (Domanjko, et al., 1994); program Astra (Bühler, et al., 2017). Pomembno vlogo v izobraževanju bodočih strokovnjakov na področju zdravstvene nege imajo izobraževalno-raziskovalne inštitucije, ki naj bi študente tekom študija opremile ne zgolj z ustreznimi strokovnimi kompetencami, temveč tudi s strategijami za oblikovanje lastnega zdravega življenjskega sloga in za konstruktivno soočanje z neustreznimi vplivi okolja. Prav tako pa tudi za soočanje z morebitnimi novimi oblikami razvad in zasvojenosti, ki lahko negativno vplivajo na zdravje prebivalcev. World Health Organization (2017) navaja, da imajo izobraževalno-raziskovalne institucije v preventivni kajenja pomembno vlogo tudi v raziskovanju vedenjskih vzorcev in dejavnikov tveganja za kajenje. Menimo, da lahko izobraževalno-raziskovalne institucije sodelujejo z drugimi akterji na tem področju pri oblikovanju uspešnih preventivnih intervencij in drugih aktivnostih, ki bi prispevale k zmanjševanju deleža kadilcev med študenti zdravstvene nege, saj bodo le-ti v prihodnosti pomembni akterji v sooblikovanju (preventivnih) programov zdravstvenega varstva.

Vse preventivne intervencije usmerjene v zagotavljanje optimalnega zdravja študentov in s tem tudi nove generacije medicinskih sester, bodo izboljšale njihovo zdravje in zdravje prebivalcev (Sarna, et al., 2014; Chandrakumar & Adams, 2015; Bühler, et al., 2017).

## Zaključek

Med anketiranimi študenti zdravstvene nege je več kadilcev kot je slovensko povprečje. Tudi drugi raziskovalci izpostavljajo problematiko visokega deleža kadilcem med študenti in prav tako medicinskimi sestrami. V splošni populacije se zaznava trend upadanja deleža kadilcev, tega pa ni zaznati med študenti zdravstvene nege. Analiza podatkov je pokazala povezanost med kadilskimi navadami staršev, predvsem očeta, in kadilskim statusom študentov. Za zmanjševanje deleža kadilcev med študenti zdravstvene nege lahko veliko naredimo z načrtovano in kontinuirano zdravstveno vzgojo že v času študija, saj bodo kot zdravstveni delavci kasneje na svoji poklicni poti kot nekadilci za vzgled pacientom. Kot nekadilci in z izoblikovanimi strategijami za zdrav življenjski slog bodo tako lažje in bolj prepričljivo promovirali zdrav način življenja.

## Literatura

- Bagar, S., Čutura Sluga, D., Hladnik, M., Koprivnikar, H., Korošec, A., Skrt, J., et al., 2017. Determinante zdravja - dejavniki tveganja. In: Zaletel, M., et al., eds., Zdravstveni statistični letopis 2015. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 260–272. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/zdravstvenistatisticniletopis\\_2015\\_3.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2015/zdravstvenistatisticniletopis_2015_3.pdf) [15.6.2017].

- Blum, R.W., Bastos, F.I.P.M., Kabiru, C.W. & Le, L.C., 2012. Adolescent health in the 21st century. *The Lancet*, 379(9826), pp. 1567–1568.
- Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M., 2017. Tobacco prevention and reduction with nursing students: A non-randomized controlled feasibility study. *Nurse Education Today*, 2017(48), pp. 48–54.
- Chandrakumar, S. & Adams, J., 2015. Attitudes to smoking and smoking cessation among nurses. *Nursing Standard*, 30(9), pp.36–40.
- Chen, Y.T., Hsiao, F.H., Miao, N.F. & Chen, P.L., 2013. Factors associated with parents' perceptions of parental smoking in the presence of children and its consequences on children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(1), pp. 192–209.
- Domajnko, N., Mihelič, A. & Žnidaršič, I., 1994. Razširjenost kajenja med študenti in zaposlenimi Visoke šole za zdravstvo v šolskem letu 1991/92. *Obzornik zdravstvene nege*, 28(3/4), pp. 77–80.
- Edwards, R. & Coleman, T., 2005. Going smoke-free: the medical case for clean air in the home, at work and in public places. *Clinical Medicine*, 5(6), pp. 548–50.
- Griesbach, D., Amos, A. & Currie, C., 2003. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 56(1), pp. 41–52.
- Inštitut za varovanje zdravja, 2012. Z zdravjem povezan vedenjski slog 2012: vprašalnik. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Jelovčan, J., 2012. Odnos študentov zdravstvene nege do zdravja in promocije zdravja: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 19–43.
- Koprivnikar, H., 2011. Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov. *Zdravniški Vestnik*, 80(6), pp. 499–505.
- Koprivnikar, H., 2013. Trendi v kajenju tobaka. In: Jeriček Klanšček, H., et al., eds. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002-2010*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 165–182. Available at: <https://books.google.com.pe/books?id=-rG8ngEACAAJ> [16. 6. 2017].
- Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2013. Razširjenost kajenja med medicinskimi sestrami, babicami in zdravstvenimi tehnikami v Sloveniji. *Zdravstveno Varstvo*, 52(1), pp. 39–46.
- Kvaavik, E., Batty, D., Ursin, G., Huxley, R. & Gale, C.R., 2010. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women. *Archives of Internal Medicine American Medical Association*, 170(8), pp. 711–718.
- Lavtar, D., Drev, A., Koprivnikar, H., Zorko, M., Rostohar, K. & Štokelj, R., 2014. Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011 – 2012: Metodologija raziskave

in izbrani statistični podatki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 37–42. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba\\_prepovedanih\\_drog\\_tobaka\\_in\\_alkohola\\_v\\_sloveniji\\_2011-2012.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_prepovedanih_drog_tobaka_in_alkohola_v_sloveniji_2011-2012.pdf) [16. 6. 2017].

Leonardi-Bee, J., Jere, M.L. & Britton, J., 2011. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 66(10), pp. 847–855.

Liao, Y.-M., Chen, Y.-T., Kuo, L.-C & Chen, P.-L., 2013. Factors associated with parental smoking in the presence of school-aged children: a cross-sectional study. *BioMed Central Public Health*, 2013(13), pp. 819–829.

Mesarič, J., 2009. Dejavniki in individualne ter organizacijske posledice kajenja: magistrsko delo. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 126–137.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Slovenija brez tobaka - kdaj. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Ordás, B., Fernández, D., Ordóñez, C., Marqués-Sánchez, P., Álvarez, M.J., Martínez, S. et. al., 2015. Changes in use, knowledge, beliefs and attitudes relating to tobacco among nursing and physiotherapy students: A 10-year analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), pp. 2326–2337.

Saari, A.J., Kentala, J. & Mattila, K.J., 2014. The smoking habit of a close friend or family member—how deep is the impact? A cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 4(2), pp. 548–550.

Sarna, L.P., Bialous, S.A., Kraliková, E., Kmetova, A., Felbrová, V., Kulovaná, S., et. al., 2014. Impact of a smoking cessation educational program on nurses' interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), pp. 314–321.

Sunday, S.R. & Folan, P., 2004. Smoking in adolescence: What a clinician can do to help. *Medical Clinics of North America*, 88(6), pp. 1495–1515.

Turner, L., Mermelstein, R. & Flay, B., 2004. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021 (1), pp. 175–197.

VanDevanter, N., Zhou, S., Katigbak, C., Naegle, M., Sherman, S. & Weitzman, M., 2016. Knowledge, beliefs, behaviors, and social norms related to use of alternative tobacco products among undergraduate and graduate nursing students in an urban U.S. university setting. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), pp. 147–153.

Vitzthum, K., Koch, F., Groneberg, D.A., Kusma, B., Mache, S., Marx, P., et al., 2013. Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice*, 13(5), pp. 407–412.

World Health Organization, 2017. WHO report on global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/97892\\_41512824-eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/97892_41512824-eng.pdf?ua=1) [18. 6. 2017].

## REEDUKACIJA PACIENTOV S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 2 V OKVIRU PROJEKTA »ZMOREM«

### RE-EDUCATION OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITHIN THE PROJECT "ZMOREM"

Klara Peternelj, dipl. m. s., Zdravstveni dom Sežana, diabetološka ambulanta  
Ajda Cenčič, mag. zn., Gordana Eler, mag. zn., Zdravstveni dom Koper, diabetološka  
ambulanta

Leonida Colja, dipl. m. s., Zdravstveni dom Nova Gorica, diabetološka ambulanta

Patricija Stopar, dipl. m. s., Zdravstveni dom Ajdovščina, diabetološka ambulanta

Zdenka Vihtelič, dipl. m. s., Zdravstveni dom Idrija, diabetološka ambulanta

Damijana Zakrajšek, dipl. m. s. Zdravstveni dom Tržič, diabetološka ambulanta

klara.peternelj@zd-sezana.si

#### IZVLEČEK

Sladkorna bolezen je kronična, neozdravljiva in napredujoča. Za njeno uspešno vodenje je potrebna aktivna vključitev pacientov in po potrebi tudi njihovih svojcev. Zdravljenje sladkorne bolezni vključuje nefarmakološki in farmakološki način ter je stopenjsko. Temelj zdravljenja predstavlja nefarmakološki način, kar z drugimi besedami pomeni zdrav življenjski slog. Potrebna sprememba življenjskega sloga predstavlja za paciente s sladkorno boleznijo velik izziv, saj njihov dosednji način življenja pogosto ni v skladu s strokovnimi priporočili za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni. Pridobivajo tudi določena znanja in veščine povezane s farmakološkim zdravljenjem. Pri tem jim pomagajo edukatorke v diabetoloških timih. Pacienti s sladkorno boleznijo morajo pogosto sprejemati odločitve povezane z njenim uspešnim obvladovanjem. Velikokrat pa ne prepoznajo ovir ali napak, ki se pojavljajo. Njihovo razpoloženje in motivacija nihata, kar zmanjšuje željo po potrebnih spremembi in otežuje doseg zastavljenih ciljev. Namen projekta »Zmorem!« je bil paciente s sladkorno boleznijo tipa 2 z relativno dobrimi kognitivnimi sposobnostmi aktivno vključiti v proces reedukacije. Pacienti so sami prepoznali probleme, na osnovi katerih so oblikovali realne, merljive in časovno opredeljene cilje. Kazalnika, s pomočjo katerih so edukatorke spremljale uspešnost doseganja ciljev, sta bila vrednost glikiranega hemoglobina in telesna masa. Ugotovljeno je bilo, da je tak pristop pripomogel k uspešnejšemu samovodenju in boljši urejenosti sladkorne bolezni ter povečanju motivacije in večjemu opolnomočenju v pacientov, vključenih v projekt.

Ključne besede: sladkorna bolezen, opolnomočenje, edukacija, motivacija, cilji

## ABSTRACT

Diabetes is a chronic, incurable and progressive disease. In order to manage it successfully, it is essential to actively involve patients and, if necessary, their relatives. Diabetes is treated in stages and the treatment is both non-pharmacological as well as pharmacological. A non-pharmacological method, in other words a healthy lifestyle, is the core of the treatment. Making the necessary lifestyle change is usually a major challenge for diabetic patients, since the lifestyle they lead when diagnosed is often not in line with professional recommendations for the successful management of diabetes. They must also acquire certain knowledge and skills regarding pharmacological treatment. Diabetes nurse educators, who are a part of diabetes team, provide the education and the support that such patients need to face these challenges more easily. Diabetic patients often make decisions that can affect the successful management of their conditions. Often also happens that they do not recognize obstacles that occur or mistakes they make. Their mood and motivation often fluctuate, which is why the patients start losing the desire to make the necessary changes and achieve their goals. The purpose of the project "Zmorem!"(I can!) was to include patients with type 2 diabetes with relatively good cognitive abilities in the process of re-education. By filling out worksheets, patients defined their problems and set realistic, measurable and time-defined goals. The indicators, by which the educators followed achieving goals, were the value of glycated haemoglobin and body weight. The results have shown that such approach contributed to a more successful self-management and a better regulation of diabetes, and to an increased motivation and a greater empowerment of the patients who took part in the project.

Keywords: diabetes, empowerment, education, motivation, goals

## UVOD

Sladkorna bolezen tipa 2 je kronična in napredujoča bolezen, ki vpliva na vse vidike pacientovega življenja in ga lahko prizadene telesno, duševno in tudi socialno. Njeno zdravljenje je trajno in stopenjsko ter se med potekom bolezni tudi spreminja. Prilagojeno je pacientovi urejenosti sladkorne bolezni in njegovim kognitivnim ter motoričnim sposobnostim, ki so potrebne za uporabo ustreznih pripomočkov. Osnovo zdravljenja te bolezni predstavlja nefarmakološki pristop. Če pacienti uspešno obvladujejo aktivnosti, povezane z življenjskim slogom, je tudi dodano zdravljenje z zdravili bistveno bolj učinkovito. Kombinacija obeh pristopov prispeva k doseganju ciljev zdravljenja: odsotnost simptomov in znakov bolezni, preprečevanje akutnih zapletov, preprečevanje in zaviranje kroničnih zapletov bolezni, izboljšanje kakovosti življenja in bolnikove socialne usposobljenosti ter zmanjšanje umrljivosti (Mrevlje, 2009). Zdravljenje oziroma obvladovanje sladkorne bolezni je bolj uspešno, ko v sistem zdravljenja enakovredno vključimo pacienta in po potrebi tudi njegove svojce. Pacient večino časa preživi sam s svojo boleznijo, ima popolnoma svoj način življenja in je tako strokovnjak za svoje življenje. Člani diabetološkega tima, ki pa so



strokovnjaki za sladkorno bolezen, pacientu posredujejo znanja in ga podpirajo. Zdravljenje sladkorne bolezni je smiselno načrtovati skupaj s pacientom, saj je 98 % oskrbe v njegovih rokah. Pacienti sprejemajo pomembne odločitve glede zdravljenja, ki niso nujno skladne s priporočili strokovnjakov, zato so za posledice teh odločitev tudi odgovorni. Zdravstveni strokovnjaki nimajo nadzora nad ukrepi pacientov in zato tudi niso zanje odgovorni (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2016). Z usklajenim medsebojnim delovanjem ter prepletanjem znanja in izkušenj vseh udeleženi bo zdravljenje najbolj učinkovito, s tem pa se bo posledično povečalo tudi zadovoljstvo pacientov (Peternelj, et al., 2016).

Pacientu nedvomno predstavlja velik izziv ohranjanje kakovosti in utečenega načina življenja, ki pogosto ni v skladu s strokovnimi priporočili za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni. Naloga zlasti edukatorjev v diabetološkem timu je zato predvsem, da z edukacijo zagotovijo razumevanje, ustrezno znanje in osvajanje veščin, na podlagi katerih bo pacient sprejemal odločitve, potrebne za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni in življenje z njo. Edukacija predstavlja dragocen prispevek k samovodenju bolezni in opolnomočenju pacienta.

Opolnomočenje je proces, v katerem pridobi pacient znanje in spretnosti za zdravljenje sladkorne bolezni ter gradi odnos in samozavedanje o pomenu spreminjanja neugodnih življenjskih vzorcev (Asimakopoulou, et al., 2012). Ima tudi možnost izbrati ustrezne in realne cilje v skladu s svojimi pričakovanji in prepričanji (Anderson & Funel, 2012) ter pridobiva sposobnost nadzora in samoučinkovitost. Med tem procesom se vloge in razmerja med pacientom in zdravstvenimi strokovnjaki porazdelijo, saj postaja pacient samostojen (Small, et al., 2013). Pacient je opolnomočen tudi takrat, ko sprejme odločitve, ki se zdijo zdravstvenim strokovnjakom manj ugodne, saj išče ravnovesje med nasveti strokovnjakov ter lastnimi potrebami, željami in cilji. Pri procesu opolnomočenja imajo pomembno vlogo še drugi dejavniki: motivacija pacienta za zdravljenje in samostojno vodenje bolezni, strategija soočanja z boleznijo, vpliv pacientove okolice (družina, prijatelji, delovno okolje), izobrazba in drugi socialno - ekonomski pogoji (Dolinar, 2015). Zlasti pomembna je ustrezna podpora svojcev oziroma družine, v kateri se počutijo varnega in sprejetega. V takem okolju črpajo dovolj moči, da sledijo navodilom strokovnjakov in vedo, da jim bodo svojci v pomoč pri tistih aktivnostih, ki jih sami ne bodo zmogli.

Na poti k opolnomočenju skušajo zlasti edukatorji pacienta ustrezno motivirati in izvesti potrebne aktivnosti skupaj z njim, kar okrepi medsebojno zaupanje in pacientovo učinkovitost. Pacient postane uspešen, ko je prepričan in zaupa v zmožnost izvedbe spremembe ter ima na razpolago tudi primerne alternative, ki mu prinašajo določen uspeh (Radley, 1994; Tange, 2016). Pri obvladovanju sladkorne bolezni je to še posebej pomembno, saj je pacient od odkritja bolezni izpostavljen različnim neugodnim situacijam, ki jih bolezen prinaša. Pogosto mora sprejemati odločitve, ki pomembno vplivajo na uspešnost zdravljenja in kvaliteto življenja. Njegovo razpoloženje in motivacija zato lahko velikokrat nihata, zaradi česar se zmanjša želja po potrebni spremembi, pacient pa tudi težje doseže zastavljene cilje (Tange, 2016). Pacienta je potrebno aktivno vključiti v proces zdravljenja in ga vzpodbuditi,

da sam poišče, prepozna in razume probleme, ki ovirajo uspešnost dosedanjega zdravljenja. Na podlagi lastnih ugotovitev naj pacient oblikuje realne, motivacijske in časovno opredeljene cilje, v katerih vidi smisel in prednosti (Young-Hyman, et al, 2016). V njem tako rastejo samospoštovanje, samozaupanje in samoučinkovitost, kar vodi v opolnomočenje. Osebnostno raste v smer, ki jo je sam izbral.

Izkušnje kažejo, da pri večini pacientov s sladkorno boleznijo motivacija in zavzetost za upoštevanje priporočil na poti do zastavljenega cilja sčasoma upadeta. To je opazno še posebej, če so kontrole, kjer pacient dobi tudi spodbudo s strani strokovnjakov, redkejše.

Na podlagi opisanih dejstev in izkušenj edukatork se je porodila ideja o drugačnem pristopu k edukaciji pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2. Tako je bil zasnovan projekt »ZMOREM!«, katerega namen je bil paciente s sladkorno boleznijo tipa 2 aktivno vključiti v proces reedukacije in jih usmeriti, da prepoznajo razloge za nezadostno uspešnost dosedanjega zdravljenja in jih znajo s pomočjo realno zastavljenih ciljev tudi odpraviti. Cilj projekta je bil izboljšanje urejenosti sladkorne bolezni in opolnomočenje pacientov (Peternelj, et al., 2016).

## Opis projekta

Projekt »Zmorem!« je potekal v diabetoloških ambulantah zdravstvenih domov Koper, Sežana, Ajdovščina, Nova Gorica, Idrija in Tržič od februarja 2016 do konca januarja 2017. Razdeljen je bil v dve fazi. Prva faza je trajala od začetka februarja do konca junija 2016; druga pa od začetka julija 2016 do konca januarja 2017. V prvi fazi so izbrani pacienti prepoznali ovire in razloge za njihovo neuspešno obvladovanje ter si postavili individualne cilje. Z edukatorko so se srečali dvakrat ali trikrat. Druga faza je bila namenjena samostojnemu sprejemanju odločitev in vztrajanju pri spremembah. Srečanja z edukatorko v tem obdobju niso bila predvidena, razen v okviru rednega pregleda v diabetološki ambulanti.

V reedukacijski program je bilo vključenih 47 pacientov, od tega 25 moških in 22 žensk. 10 pacientov je sodelovanje zavrnilo. Prvo fazo je zaključilo 41 pacientov, konec projektne obdobja pa 34. Njihova povprečna starost je bila 61,6 let (najmlajši je bil star 33, najstarejši pa 87 let). Sladkorno bolezen imajo v povprečju 12,66 let; večina vključenih jo ima okrog 7 let. V projekt so bili vključeni pacienti, ki so slabše vodili sladkorno bolezen, ne glede na vrsto terapije (nefarmakološko zdravljenje, zdravljenje s tabletami, kombinirano zdravljenje s tabletami in insulinom ali insulinsko zdravljenje) in za katere je bilo ocenjeno, da imajo relativno dobre sposobnosti dojetanja, presoje in načrtovanja.

Edukatork so pripravile delovne liste iz petih različnih sklopov: Prehrana, telesna dejavnost, razvade (slika 1); Zdravila in neinsulinske injekcije; Insulin; Meritve sladkorja v krvi in Da ne bo prepozno (sklop o poznavanju kroničnih zapletov). V vsakem sklopu je bil pripravljen nabor trditev oziroma vprašanj, ki jih pacienti s sladkorno boleznijo tipa 2 najpogosteje navajajo ali jih edukatorke najpogosteje zasledijo kot problem. Izmed nabora ponujenih možnosti znotraj enega ali več sklopov je pacient lahko izbral najmanj eno in največ tri ovire, ki mu predstavljajo

največjo težavo, ali pa predlagal in izbral druge. Na začetku vsakega sklopa so bila vprašanja o poznavanju in pomenu vrednosti glikiranega hemoglobina (HbA1c), holesterola in krvnega tlaka. Pri vsaki izbiri je pacient določil cilj, ki ga je opredelil časovno, kjer pa je bilo mogoče, pa tudi količinsko.

Vprašanje	Prehrana		Telesna dejavnost		Razvade	
	Namen ali cilj	Kaj je cilj?	Namen ali cilj	Kaj je cilj?	Namen ali cilj	Kaj je cilj?
Ne dobiti hipoglikemije (HbA1c < 7,0%) ali hiperglikemije (HbA1c > 9,0%)						
Da gredo sladkorji pod nadzor (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						
Da bi bil zdravilni učinek (HbA1c < 7,0%)						

Slika 1: Delovni list Prehrana, telesna dejavnost, razvade (Zaloker & Zaloker, 2017)

V času trajanja projekta so bila predvidena tri ali štiri srečanja z edukatorkami: prvo uvodno ob vključitvi v projekt, kontrolno čez dva do tri mesece, ter po eno srečanje ob koncu prve faze in ob zaključku projekta. Na uvodnem srečanju je pacient poleg opredelitve problema in določitve ciljev izpolnil tudi Vprašalnik o zadovoljstvu z zdravljenjem sladkorne bolezni Enak vprašalnik je izpolnil še na zaključnem srečanju, s čimer so edukatorke lahko primerjale zadovoljstvo, opolnomočenje in motiviranost pacientov na začetku in na koncu opazovalnega obdobja. Kontrolno srečanje je bilo namenjeno razčiščevanju morebitnih nejasnosti in predvsem zagotavljanju psihološke podpore. Potekalo je tudi kot telefonski pogovor. Kazalniki, s pomočjo katerih so edukatorke spremljale uspešnost doseganja ciljev pacientov so bili: vrednost HbA1c, telesna masa in obseg pasu. Obseg pasu se na zadnjem obisku ni preverjal.

### Izbrane spremembe

Pacienti, vključeni v projekt, so sladkorno bolezen zdravili na različne načine. Peroralne antihiperglikemike je jemalo 42,55 % pacientov, 30 % vključenih se je zdravilo z insulinom,

25,45 % je imelo različne kombinacije zdravljenja, 2,13 % pa je bolezen obvladovalo samo z nefarmakološkim zdravljenjem.

Vsi pacienti so si morali izbrati vsaj en cilj, 25 pacientov si je zastavilo dva cilja, 12 pa tri. Največkrat so si za svoj cilj izbrali problem iz sklopa Prehrana, telesna dejavnost, razvade in jih dosegli v 83,33 %. Sledila sta sklop Insulin, kjer so pacienti dosegli zastavljene cilje v 93,33 % in sklop Meritve sladkorja v krvi, kjer je bila uspešnost doseganja ciljev 100 %.

Tabela 1: Analiza izbranih sprememb

Izbrana sprememba po vrsti in zaporedju	Prvi cilj	Drugi cilj	Tretji cilj	Skupaj ciljev	Skupaj (v%)	Doseganje zastavljenih ciljev
Prehrana, telesna dejavnost, razvade	31	15	8	54	69,23%	83,33%
Zdravila in neinzulinske injekcije	0	2	1	3	3,85%	100,00%
Inzulin	8	6	1	15	19,23%	93,33%
Meritve sladkorja v krvi	2	1	1	4	5,13%	100,00%
Da ne bo prepozno	0	1	1	2	2,56%	0,00%
Skupaj	41	25	12	78		

Že ob vključitvi v projekt se je izkazalo, da imajo pacienti s sladkorno boleznijo največjo potrebo in interes po pravilnem načrtovanju prehrane in posledično znižanju telesne mase. Ostala področja oziroma sklopi so se izkazali kot bistveno manj uporabljeni. Zato so edukatorke po končani prvi fazi projekta delovni list Prehrana, telesna dejavnost, razvade nekoliko spremenile, pri čemer so upoštevale tudi dileme, ki so jih najpogosteje izpostavili pacienti (slika 2).

The image shows a spreadsheet with multiple columns and rows. The columns are organized into three main sections: 'Kazalniki ob vključitvi v projekt', 'Kazalniki ob zaključku projekta', and 'Kazalniki ob zaključku projekta'. The rows list various health indicators such as 'HbA1c (%)', 'Telesna masa (kg)', 'Obseg pasu (cm)', and 'Prevalenca sladkorne bolezni'. The data cells are mostly empty, indicating that the spreadsheet is a template or a partially filled document.

Slika 2: Prenovljen delovni list Prehana, telesna dejavnost, razvade (Zaloker & Zaloker, 2017)

Uspešnost doseganja ciljev se je pokazala tudi pri kazalnikih, ki so jih edukatorke ovrednotile na začetku, po zaključku prve faze (tabela 2) in ob koncu projekta (tabela 3). Ob zaključku prve faze so preverile HbA1c, telesno maso in obseg pasu, ob zaključku pa HbA1c in telesno maso. Vrednosti HbA1c so se po prvi fazi v povprečju znižale za 0,9% (največ za 2,9%), telesna masa za 1,91 kg (največ za 8,5 kg), obseg pasu pa za 2,66 cm (največ za 14,5cm).

Tabela 2: Kazalniki ob vključitvi in zaključku 1.faze projekta

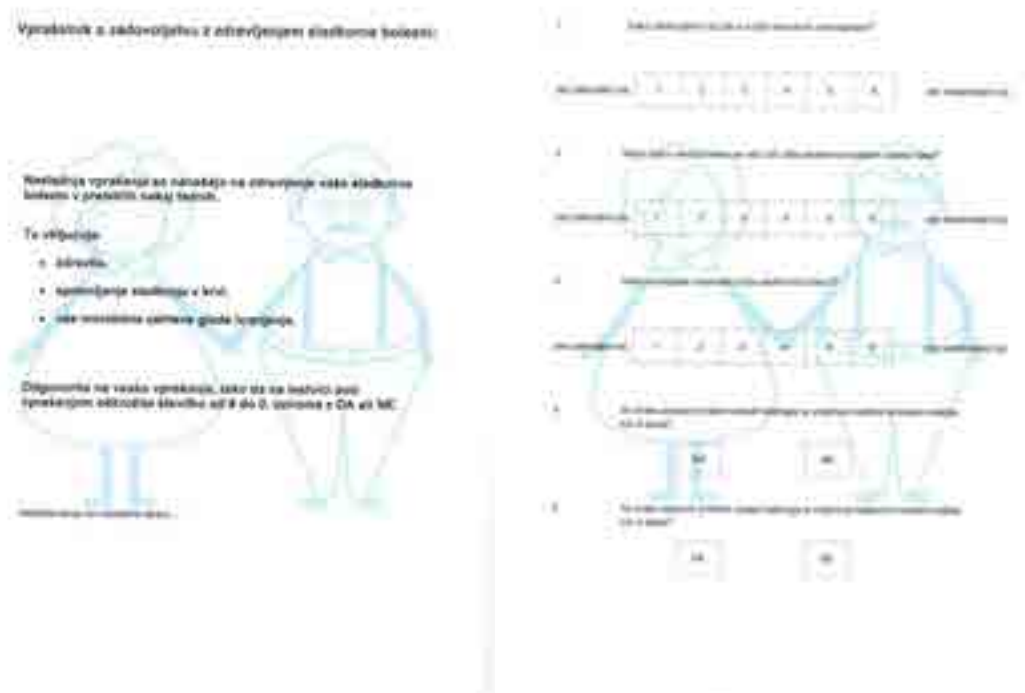
	HbA1c (v %)		Telesna masa (v kg)		Obseg pasu (v cm)	
	januar 16	junij 16	januar 16	junij 16	januar 16	junij 16
Povprečne vrednosti	8,3	7,4	97,81	95,90	114,11	111,45

Projekt je konec januarja 2017 zaključilo 34 pacientov. Vrednosti izbranih kazalnikov so se ob zaključku projekta v primerjavi z vrednostmi po zaključenem 1. fazi projekta zvišale, kar pomeni slabše rezultate obvladovanja sladkorne bolezni. Kljub temu sta bila kazalnika HbA1c in telesna masa še vedno nižja v primerjavi z vrednostmi ob vključitvi pacientov s sladkorno boleznijo v projekt. HbA1c je bil pri 67,65 % pacientov še vedno nižji (v povprečju za 0,5 %), telesna masa pa je bila nižja pri 58,82 % pacientov (v povprečju za 1,43 kg).

Tabela 3: Kazalnika HbA1c ob vključiti, po 1.fazi in ob zaključku projekta

Podatki za 34 pacientov, ki so zaključili projekt	HbA1c (v %)			Telesna masa (v kg)		
	jan.16	jun.16	jan.17	jan.16	jun.16	jan.17
Povprečje vrednosti	8,2	7,4	7,7	100,6	98,5	99,2

Vprašalnik o zadovoljstvu z zdravljenjem sladkorne bolezni (slika 3) so pacienti izpolnili ob vključitvi v projekt in ob zaključku 1.faze. Izkazalo se je, da so bili pacienti z uporabljenim pristopom zadovoljni, saj so jim edukatorke posvetile več časa kot sicer, jih poslušale ter jim pomagale poiskati probleme in sprejemati odločitve. Rezultati analize vprašalnikov potrjujejo večjo učinkovitost edukacije in boljše opolnomočenje pacientov. Pacienti so na vrednostni lestvici vprašalnika (od 1 do 6) zadovoljstvo s trenutnim zdravljenjem ocenili za 43,2 % boljše kot na začetku, sladkorna bolezen se jim zdi za 42 % bolje nadzorovana in ocenjujejo, da imajo sladkorno bolezen za 56 % bolje urejeno. Izmed vključenih jih 30% več zna poiskati problem, zaradi katerega je urejenost sladkorne bolezni slabša, 26 % več pa jih zna vzrok neurejenosti sladkorne bolezni tudi odpraviti (Peternelj, et al., 2016).



Slika 3: Vprašalnik o zadovoljstvu z zdravljenjem sladkorne bolezni (Zaloker & Zaloker, 2017)

## DISKUSIJA

Iz prispevka je razvidno, da je zastavljen koncept reedukacije pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2 uspešno sledil namenu, to je aktivni vključitvi pacientov v proces reedukacije in usmeritvi, da prepoznajo razloge za nezadostno uspešnost dosedanjega zdravljenja in jih znajo s pomočjo realno zastavljenih ciljev tudi odpraviti. Cilj projekta je bil izboljšanje urejenosti sladkorne bolezni in opolnomočenje pacientov.

Zdravstveni strokovnjaki, predvsem zdravniki in edukatorji, se zavedajo, da je uspešnost zdravljenja sladkorne bolezni odvisna od kvalitete življenjskega sloga pacienta. Pacienti običajno potrebujejo spremembo vsaj v enem izmed naštetih področij: primerni prehrani, znižanju telesne mase, telesni dejavnosti ali opustitvi škodljivih razvad (Skvarča, 2016). Zato paciente spodbujajo k trajnim spremembam v okviru zaznanih potreb. Pri svojem delu iščejo načine, kako in kolikokrat podati informacije, da bodo pacienti to razumeli, sprejeli in upoštevali. Pogosto žal pacienti razumejo koristne in dobro namerne nasvete strokovnjakov kot omejitve in ne kot usmeritve za doseganje boljših učinkov zdravljenja. Aktivno populacijo na primer omejuje ritem prehranjevanja, dolg delovnik, prehrana izven doma; starejšo ukoreninjene prehranske navade iz njihove mladosti. Kljub želji po spremembi obupajo, če uspeha ni v za njih sprejemljivem času. V farmakološkem zdravljenju vidijo rešitev in njegov začasen pozitiven učinek zamegli dejstvo, da uspešnega zdravljenja sladkorne bolezni ni brez ustreznih sprememb življenjskega sloga.

Pacienti, ki so sodelovali v opisanem modelu reedukacije, so največkrat prepoznali probleme iz sklopa Prehrana, telesna dejavnost, razvade. To kot največji in najtežje obvladljiv problem zaznavajo tudi edukatorji in ostali člani diabetološkega tima.

Z opisanim pristopom v okviru projekta »Zmorem« je bilo vzpostavljeno kontinuirano spremljanje pacientov (1. faza), sledenje njihovim izbranim spremembam in približevanju ciljem. V prvi fazi je bila motivacija pacientov večja, prav tako pa so bili boljši tudi rezultati kazalnikov s katerimi se je preverjala uspešnost doseganja zastavljenih ciljev. V drugi fazi, ko načrtovanega nadzora edukatorik ni bilo več, je bil zaznan padec obojega. Možno je, da je del vključenih pacientov uspešno vodil sladkorno bolezen le v času, ko je bil intenzivneje vključen v proces edukacije, ko je bil nadzorovan in je čutil pritisk avtoritete (Dolinar, 2015).

Vrednost HbA1c, ki je kazalnik urejenosti sladkorne bolezni, je od januarja 2016 do konca junija 2016 padel za 0,8%, kar je primerljivo tudi z najučinkovitejšimi zdravili za zdravljenje sladkorne bolezni. Prav tako je večina pacientov znižala telesno maso, kar pripomore tudi k večjemu učinku zdravil. Če upoštevamo še dejstvo, da je farmakološko zdravljenje nadgradnja nefarmakološkega pristopa je jasno, da se obrestuje vsak način dela, ki ugodno vpliva na potrebne spremembe življenjskega sloga pacienta. Opisani način reedukacij je dokaz, da je aktivna vključitev pacientov v proces zdravljenja pomembna. Pacient se počuti upoštevan, sprejet in enakovreden partner.

## ZAKLJUČEK

Sodelujoče edukatorke in paciente je pristop, ki je bil uporabljen v projektu, prepričal. Pacienti so prepoznali razloge za slabšo urejenost sladkorne bolezni in spoznali, da je nefarmakološki pristop bistven za večji učinek zdravil. Izkazalo se je, da vzpodbujanje pacientov k izbiranju jasnih in merljivih ciljev izboljša njihovo motivacijo in jim dviguje samozavest, kar pripomore k opolnomočenju pacientov in boljši urejenosti sladkorne bolezni. Potrjeno je bilo, da so reedukacije potrebne, saj paciente usmerjajo k začrtanim ciljem in jim pomagajo ohranjati motivacijo. Za uporabljen pristop so edukatorke potrebovale več časa, kot ga imajo odmerjenega po zdajšnjih normativih. Implementacija takega ali podobnih načinov dela terja zlasti zaradi dolgega trajanja srečanja (tudi po 40 minut) spremembo časovnih normativov in vrednotenja edukacije. Kljub temu predstavlja pravo pot in pravi način razmišljanja, kako nadaljevati delo s pacienti.

## Literatura

Anderson, M.R., Funnell, M.M., 2010. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counselling* 79(3), pp. 277–282.

Asimakopoulou, K., Newton, P., Sinclair, A.J., Scambler, S., 2012. Health care professionals' understanding and day – to – day practice of patient empowerment in diabetes; time to pause for thought? *Diabetes Research and Clinical Practice*, (95), pp. 224–229.

Dolar, Š., 2015. *Vloga zdravstvene nege pri opolnomočenju bolnikov s sladkorno boleznijo: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; Zdravstvena fakulteta; Zdravstvena nega 2. stopnje, pp. 17–22.

Mrevlje, F., 2009. Zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2. In: Mravlje, ed. *Sladkorna bolezen: priručnik za zdravnike*. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko medicinsko društvo v sodelovanju in Slovensko osteološko društvo, pp. 15.

Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2016. Opolnomočenje bolnika kot pomemben element obvladovanja kroničnih bolezni. Available at: <http://www.nijz.si/sl/opolnomočenje-bolnika-kot-pomemben-element-obvladovanja-kroničnih-bolezni> [24.6.2016].

Peternelj, K., Cenčič, A., Colja, L., Eler, G., Stopar, P., Vihtelič, Z., et al., 2016. Projekt Zmorem!. In: Peklaj, K. ed. *5. Endokrinološki kongres zdravstvene nege: zbornik predavanj. Portorož, 6. – 8. oktober 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babetne nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babet in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, pp. 27–2.

Radley, A., 1994. Chronic illness. In: *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. London: Sage, pp. 136–162.



Skvarča, A., 2016. Nefarmakološko zdravljenje. In: Zaletel, J., Ravnik Oblak, M., eds. *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2*. Ljubljana: Diabetološko združenje Slovenije, pp. 18–23.

Tange, S., 2016. Komunikacija s pacientom pri zdravljenju sladkorne bolezni. In: Tange, S., ed. *Sladko dvogovorjanje. Strokovno izobraževanje o psihosociološkem pristopu pri zdravljenju oseb s sladkorno boleznijo*. Ljubljana: Edmed – Društvo za strokovno izpopolnjevanje in izobraževanje v zdravstvu, pp. 33–44.

Young-Hyman, D., de Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J.S., Hood, K., & Peyrot, M., 2016. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care*, 39(12), pp. 2126–2140.

Zaloker & Zaloker, n.d. *Zmorem!*. Available at: <http://www.zaloker-zaloker.si/assets/Uploads/Zmorem-e-gradivo.pdf> [9.9.2017].

## PREHRANSKO SVETOVANJE BOLNIKOM S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO NA ODSEKU ZA DIALIZO V SPLOŠNI BOLNIŠNICI NOVO MESTO

### NUTRITION COUNSELING FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE DEPARTMENT OF DIALYSIS IN THE GENERAL HOSPITAL NOVO MESTO

Helena Žulič, dipl. m. s.

Marica Parapot, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Novo mesto, Odsek za dializo

helena.zulic@sb-nm.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Prehransko svetovanje pomembno vpliva na potek kronične ledvične bolezni (KLB). Osnova uspešnega sodelovanja je dobro načrtovana sestrška anamneza. Z vzpostavitvijo dobrega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom bomo prišli do pomembnih podatkov, ki jih potrebujemo za načrtovanje primernih prehranskih priporočil. Namen prispevka je predstaviti pomen prehranskega svetovanja bolnikom s KLB. **Metode:** Prikazan je primer bolnice s KLB, prvič napotene v dializno ambulanto 2.12.2014. Skozi ponovne obravnave se podatki zbirajo ter ustrezno analizirajo. **Rezultati:** Antropometrične meritve: telesna višina (TV): 160 cm, telesna teža (TT): 86 kg, indeks telesne mase (ITM): 33,6 kg/m<sup>2</sup>, bioimpedancijska meritev (BCM): stanje hidracije (OH) -2,0 l (manj kot pri referenčni populaciji), delež mišičnega tkiva (LTI) 13,9 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), delež maščobnega tkiva (FTI) 20,4 kg/m<sup>2</sup> (več kot pri referenčni populaciji). **Diskusija in zaključek:** Pri bolnici je bil vnos hranil skozi ponovne obravnave in evalvacije prehranskega dnevnika primeren. V desetih mesecih je shujšala 11 kg, ITM se je zmanjšal na 25,6 kg/m<sup>2</sup>. Proteini v urinu po desetih mesecih znašajo 0 po E. Bolnica dnevno prehodi 5 km. Izguba telesne mase je na račun deleža maščobnega tkiva, delež mišičnega tkiva ostaja nespremenjen. Redno sodelovanje z zdravstveni osebje, ustrezna prehrana in redno jemanje zdravil ob redni telesni vadbi bolnikom s kronično ledvično boleznijo omogočajo kakovostno življenje in odlaganje kronične odpovedi ledvic ter nadomestnega zdravljenja.

**Ključne besede:** komunikacija, individualni prehranski načrt, telefonsko svetovanje, medicinska sestra

#### ABSTRACT

**Introduction:** Diet counseling has a significant influence on the course of chronic kidney disease (CKD). The basis for successful cooperation is well-planned by nurses anamnesis. Without the establishment of a good relationship between the nurse and the patient we will not get the important data that we need to plan appropriate nutrition recommendations.

The purpose of this paper is to present the importance of nutrition counseling of the nurses for the patients with chronic kidney disease in a dialysis clinic. **Methods:** The article presents the example of a CKD patient who was first referred to a dialysis clinic on December 2, 2014. Through the re-treatment the data were collected and properly analyzed. **Results:** Anthropometric measurements such as body height: 160 cm, body weight: 86 kg, body mass index (BMI): 33.6 kg/m<sup>2</sup>, Bioimpedency measurement (BCM): Hydration state (OH) -2.0 l (less than in the reference population), Muscle tissue (LTI) 13.9 kg/m<sup>2</sup> (no difference compared to the reference population), Fat tissue (FTI) 20.4 kg/m<sup>2</sup> (more than in the reference population). **Discussion and conclusion:** The intake of nutrients through reconsideration and evaluation of the nutritional diary for the patient was appropriate. In the first ten months she lost weight of 11 kg, BMI decreased to 25.6 kg / m<sup>2</sup>. Protein in urine after ten months of management by nurse was: 0 per E. The patient daily passages 5km. Weight loss is proportional with fatty tissue the proportion of muscle tissue remains unchanged. Regular collaboration with health care professionals, adequate nutrition and regular medication with regular physical exercise in patients with chronic kidney disease provide quality of life and disposal chronic renal failure and replacement therapy.

**Keywords:** communication, individual nutrition plan, telephone counseling, nurse

## UVOD

Prehransko svetovanje pomembno vpliva na potek kronične ledvične bolezni. Osnova uspešnega sodelovanja je dobro načrtovana sestrsko anamneza. Brez vzpostavitve dobrega medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in bolnikom ne bomo dobili ustreznih podatkov, ki jih potrebujemo za načrtovanje primernih prehranskih priporočil (Ministrstvo za zdravje, 2008). Namen prispevka je predstaviti pomen prehranskega svetovanja medicinskih sester bolnikom s kronično ledvično boleznijo v dializni ambulanti.

Na Odseku za dializo Splošne bolnišnice Novo mesto deluje dializna ambulanta. V ambulanto so vključeni bolniki s kronično ledvično boleznijo (KLB). Obravnava bolnika s KLB zahteva timsko delo. Poleg bolnika so v proces vključeni tudi njegovi svojci in njemu pomembne osebe. Ostali člani tima so medicinske sestre s specialnimi znanji, zdravniki nefrologi, dietetiki, patronažna služba, socialni delavci in strokovni delavci v socialnih zavodih. Sodelovanje vseh je ključ do upočasnitve napredovanja KLB ali pa pomeni dobro psihofizično stanje bolnika ob prehodu na dializno zdravljenje (Dovč Dimec, 2011). Osnova uspešnega dela je vzpostavitev ustrezne komunikacije med bolnikom in medicinsko sestro. Komunikacija ni le ena od veščin, ki jih bolj ali manj obvlada vsakdo, kdor deluje v organizaciji. Hedberg in sodelavci (2007) navajajo, kako je pomembno, da se medicinska sestra nauči, kako s pomočjo ustrezne komunikacije bolnika vključiti v proces zdravljenja. V dializni ambulanti so bolniki vodeni skozi daljše časovno obdobje, zato je zelo pomembna vzpostavitev dobrega medsebojnega sodelovanja in zaupanja.

Kapš (2005) navaja, da morajo medicinske sestre iskati pri delu s tako specifičnim bolnikom svoj lasten način dela, ki nemalokrat zahteva tudi spremembe; naučiti se morajo kako le te predvidevati ali načrtovati, kako spoznati nepredvidljive zaplete ali jih ustrezno rešiti. Svoje znanje in pridobljene izkušnje morajo deliti, bodisi med seboj v timu, bodisi v cilju preventive tudi z drugimi ter razviti svojo profesionalno kakovost.

## Prehransko svetovanje pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo

KLB je progresivno stanje, ki lahko vodi v ireverzibilno izgubo ledvične funkcije. Na potek bolezni ima velik vpliv prehransko svetovanje usposobljene medicinske sestre, saj bolnika, prav tako tudi njegove svojce in znanke, navaja na zdrav način življenja in ustreznemu vodenju bolezni. Z zdravim življenjskim slogom si bolnik, njegovi svojci ter najbližji zagotovijo povečano kakovost življenja, s katero vplivajo na potek KLB (Krel & Smolinger, 2015). Eden od pomembnih dejavnikov tveganja za razvoj bolezni ledvic in nastanek KLB je tudi debelost, ki lahko pospeši odpoved ledvic (Barazzoni, 2013). V splošni populaciji debelost povečuje tveganje za smrt in prispeva tudi k razvoju mnogih drugih bolezni, kot so: bolezni srca, sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak, zvišan nivo holesterola v krvi, motnje dihanja v spanju, zamaščena jetra, bolezni žolčnika, obraba sklepov, različne vrste raka, duševne motnje. Debelost pomembno poslabša tudi kakovost življenja. Kovesdy in sodelavci (2017) predvidevajo, da bo do leta 2025 po vsem svetu debelih že 18% moških in 21% žensk, hudo debelih pa 6 % vseh moških in 9 % vseh žensk po vsem svetu. V nekaterih državah je debelih že več kot ena tretina odraslih, kar zelo slabo vpliva na zdravstveno stanje ljudi in povečuje stroške zdravljenja. Iz tega razloga je bil v letu 2017 Svetovni dan ledvic namenjen osveščanju ljudi o škodljivih posledicah debelosti in njeni povezavi z ledvično boleznijo, promociji zdravega način življenja – zdravim prehranskim in gibalnim navadam. Upoštevanje prehranskih nasvetov lahko zniža uremično toksičnost, zmanjša nevarnost podhranjenosti, zagotavlja primerno hranjenost in upočasni napredovanje KLB. Pomembno je bolnikom razložiti, da ni ene same, univerzalne ledvične prehrane. Gre za skupek različnih prehranskih zahtev, s katerimi se neprestano prilagajamo spremembam zdravstvenega stanja (Kogovšek, 2013). Knap (2014) svetuje, da je bolnike potrebno poučiti o pomenu telesne vadbe na organizem. Redna in individualno prirejena vadba izboljša funkcionalno zmogljivost in odpravlja anemijo, zmanjša rizične dejavnike srčno-žilnih bolezni in odpravlja psihosocialne težave.

Prehranska anamneza bolnika je osnova prehranskega svetovanja. Potreben je telesni-klinični pregled, antropometrične meritve, ki vključujejo izmero telesne višine, meritev telesne teže, izračun indeksa telesne mase, izračun idealne telesne teže glede na tip osteomuskularne gradnje. Zaželeno je vključitev bioimpedančne meritve. Potreben je pregled laboratorijskih kazalcev prehranjenosti ter ostalih laboratorijskih preiskav ter meritve vitalnih funkcij. Za oceno stanja prehranjenosti se uporablja ocena, ki je povezana z vnetnimi mediatorji, ki vplivajo na presnovne spremembe (Malnutrition inflammation score - MIS točkovnik) (Malnarič Marentič, et al., 2016). Hrenova in sodelavci (2008) svetujejo

beleženje tridnevnega prehranskega dnevnika. To je osnova za oceno prehranskih navad bolnika. Individualno prehransko svetovanje vključuje bolnika in njegovega svojca oziroma najbližjega in traja približno eno uro. Potrebno je načrtovati naslednja srečanja in zagotoviti možnost telefonskega svetovanja.

## METODE

Raziskava je prikaz primera. Podatki so bili zbrani z načrtovano sestrsko anamnezo, obdelavo antropometričnih meritev in laboratorijskih izvidov. Pred pričetkom zbiranja podatkov, potrebnih za raziskavo, je bilo pridobljeno pisno soglasje bolnice.

### Opis instrumenta

Raziskavo smo izvedli pri bolnici s KLB. Uporabili smo podatke, ki smo jih pridobili s sestrsko anamnezo, opravili antropometrične meritve in odvzeli vzorce za laboratorijske izvide.

### Opis poteka raziskave

Bolnica je bila prvič napotena v dializno ambulanto 2.12.2014 zaradi potrebe po prehranskem svetovanju, v spremstvu moža. Z načrtovano sestrsko anamnezo so se pridobili podatki o prehranskih navadah bolnice, o vnosu hranil, o apetitu, nihanju teže v zadnjih šestih mesecih, poznavanju prehranskih priporočil, telesni zmogljivosti, socialno ekonomskih razmerah, podpori družine in svojcev ter njenih razvadah. Opravila je antropometrične meritve in meritve vitalnih funkcij ter oddala vzorce za laboratorij. Vsak mesec je bilo opravljeno telefonsko svetovanje in poročanje rezultatov o meritvah krvnega tlaka in telesne teže, ki jih je opravila pri osebem zdravniku. Ponovno je obiskala dializno ambulanto v mesecu maju in oktobru 2015.

## REZULTATI

Bolnica, rojena leta 1962, prvič napotena v Dializno ambulanto decembra 2014. Razlog obiska je proteinurija, ocene volemije, mišične in maščobne mase z bioimpedančno metodo, poročena, mati 12 letnega otroka, nezaposlena, živi v hiši na manjši kmetiji. Večino hrane pridelala na domači kmetiji. Nima omejitev v prehrani, ne kadi. Pogosto je izpostavljena stresu, telesne aktivnosti ne izvaja pogosto, ker je utrujena. Na svetovanju je prisoten mož. Antropometrične meritve: TV: 160 cm, TT: 86 kg, ITM: 33,6 kg/m<sup>2</sup>, tip osteomuskularne gradnje: močna, idealna telesna teža: 59,5 kg. Bioimpedančna meritev (BCM): stanje hidracije (OH) -2,0 l (manj kot pri referenčni populaciji), delež mišičnega tkiva (LTI) 13,9 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), delež maščobnega tkiva (FTI) 20,4 kg/m<sup>2</sup> (več kot pri referenčni populaciji). Vitalne funkcije: krvni tlak (RR): 110/60 mmHg, pulz 68/min. Laboratorij: proteini v urinu: 2 po E. Pri bolnici se izvede individualno prehransko svetovanje. Svetovano ji je 35 kcal na kg ITT, kar znaša 2082 kcal na dan, prehrana z

zmanjšanim vnosom beljakovin (0,8 g na kg ITT), kar predstavlja 47,6 g beljakovin na dan. Maščobe zagotavljajo 30 % dnevne energije, kar znaša 69 g maščob na dan. Delež priporočenih ogljikovih hidratov pri bolnici znaša 315 g na dan, vnos natrija 1800 mg na dan. Bolnica je poučena o pomenu rednih obrokov in načinu priprave le teh. Svetovano ji je tedensko merjenje 24 urno izločenega urina in priporočila glede zaužitja tekočine. Bolnica in mož sta seznanjena o pomenu in uporabi ledvičnih izbir v ustni in pisni obliki. Za vsa vprašanja imata možnost telefonskega kontakta. Bolnica dobi navodila o tridnevnem pisanju prehranskega dnevnika. Svetovana ji je redna telesna vadba.

Prvo telefonsko svetovanje je opravljeno januarja 2015. Bolnica želi dodatne informacije o pripravi živil. Telesna teža znaša 84 kg, krvni tlak 125/60 mmHg. Izvede eno uro hoje na dan v počasnem tempu. Drugo telefonsko svetovanje je opravljeno februarja 2015. TT znaša 82 kg, KT 115/60 mmHg. Aktivno hodi eno uro na dan. Tretje telefonsko svetovanje je opravljeno v mesecu marcu 2015. TT znaša 80 kg, KT 120/65 mmHg. Aktivno hodi eno uro na dan, v hitrejšem tempu. Četrto telefonsko svetovanje, april 2015. TT znaša 77,5 kg, KT 125/70 mmHg. Aktivno hodi dve uri dnevno v hitrem tempu.

Drugi obravnava v dializni ambulanti: maj 2015. Pregled zapisov prehranskega dnevnika. Vnos hranil je primeren, bolnica upošteva prehranska priporočila. Appetit ima dober. TT: 76.5 kg (manj za 9,5 kg od prve obravnave), ITM: 29.9kg/m<sup>2</sup>. Dnevna diureza je 2000 ml. BCM: OH -0,2 l (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), LTI 12,6 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), FTI 17.2 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo). KT: 130/90 mmHg, pulz 70 min, proteini v urinu: 1 po E. Bolnica dnevno prehodi 3 km.

Tretji obisk dializne ambulante: oktober 2015. Evalvacija prehranskega dnevnika. Vnos hranil je primeren, bolnica upošteva prehranska priporočila. TT: 65,5 kg (shujšala je 11 kg od prve obravnave), ITM: 25,6 kg/m<sup>2</sup>. Diureza znaša 2200 ml. BCM: OH -0,1 l (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), LTI 13,0 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo), FTI 12,6 kg/m<sup>2</sup> (ni razlike v primerjavi z referenčno populacijo). KT: 118/81 mmHg, pulz 70 min, proteini v urinu: 0 po E. Bolnica dnevno prehodi 5km. Bolnica je izgubljala telesno maso na račun deleža maščobnega tkiva, medtem ko je delež mišičnega tkiva ostal nespremenjen.

Telefonski pogovor opravljen maja 2017: Bolnica upošteva prehranska priporočila, je redno telesno aktivna in vzdržuje telesno težo.

## RAZPRAVA

Pri bolnici je bil vnos hranil skozi ponovne obravnave in evalvacije prehranskega dnevnika primeren. Upoštevala je prehranska priporočila. V desetih mesecih je shujšala 11 kg, ITM se je iz 33,6 kg/m<sup>2</sup> zmanjšal na 25,6 kg/m<sup>2</sup>. Izguba telesne mase je na račun deleža maščobnega tkiva, medtem ko delež mišičnega tkiva ostaja nespremenjen. Proteini v urinu, po desetih mesecih vodenja s strani medicinske sestre, so se iz 2 po E zmanjšali na 0 po E. Z

zmanjšanjem beljakovin v seču za en gram se lahko upočasnijo napredovanje KLB tudi za 80 %. Pešanje ledvičnega delovanja je odvisno od urejenosti krvnega tlaka. Kovač (2010) navaja, da za 30 % upočasnimo pešanje ledvičnega delovanja z urejenim krvnim tlakom. Čezmerna telesna teža (debelost) prav tako pomembno vpliva na hitrost slabšanja delovanja ledvic in izločanja beljakovin s sečem. Z zmanjšanjem telesne teže za 4 % se za eno tretjino zmanjša izločanje beljakovin s sečem. Knap (2010) trdi, da telesna vadba pozitivno vpliva tako v fizičnem, psihološkem, emocionalnem in psihosocialnem smislu. Fizična rehabilitacija je po čustveni rehabilitaciji ključen dejavnik boljše samopodobe in vključitve v normalno socialno in profesionalno življenje. Predstavljeni rezultati dokazujejo, da je bolnica dosledno upoštevala vsa navodila in priporočila. Rezultati, ki so ob prvem obisku v dializni ambulanti nakazovali progresiven razvoj KLB, so se skozi obravnave znižali na vrednosti referenčnega območja zdrave populacije. Naša, ob prvem obisku neaktivna, pogosto utrujena bolnica, po desetih mesecih obravnave v dializni ambulanti, dnevno redno prehodi najmanj 5 km.

## ZAKLJUČEK

Ob postavitvi diagnoze KLB se začnejo bolnikom predpisovati različna prehranska priporočila. Sledenje vsem zahtevam terapevtske prehrane zahteva od bolnika in svojcev veliko sodelovanja in pripravljenosti na nenehne spremembe. Ob zahtevnejših primerih je zaželeno pomoč kliničnega dietetika. Redno sodelovanje z usposobljenim zdravstvenim osebjem, ustrezna prehrana in redno jemanje zdravil, ob redni telesni vadbi, bolnikom s KLB omogočajo kakovostno življenje in odložitev kronične odpovedi ledvic ter nadomestnega zdravljenja. Dobro poučen in široko informiran bolnik ima možnost soodločanja pri zdravljenju. Zagotavlja mu večjo kakovost življenja v ožjem in širšem socialnem okolju, omogoča mu ukvarjanje z dejavnostmi, ki ga veselijo in s tem v njegovem življenju predstavljajo dodatno vrednost. Pri bolnici je bilo učinkovito zdravljenje KLB in upočasnitev njenega poteka zaradi dobrega sodelovanja med bolnico in medicinsko sestro. Bolnica je upoštevala vsa navodila in aktivno skrbela za svoje zdravje. Ob medicinski sestri je odkrila in prepoznala dejavnike tveganja za razvoj KLB dovolj zgodaj in ob aktivnem sodelovanju in spremljanju zdravstvenega stanja preprečila pridružene zaplete bolezni. Pridobila je na telesni samopodobi in si dvignila raven kakovosti življenja. Bolnica danes vzdržuje telesno težo, je vsakodnevno telesno aktivna z urejenim krvnim tlakom in laboratorijskimi izvidi v referenčnem območju zdrave populacije. Delovanje medicinskih sester, ki imajo specialna znanja in sposobnost vzpostavitve zaupanja in primerne odnosa z bolnikom v dializni ambulanti, je ključnega pomena do uspešnih rezultatov, ki vodijo do upočasnitve KLB.

## Literatura

Barazzoni, R., 2013. Obesity and the pathogenesis of chronic diseases. 2. kongres klinične prehrane in presnovne podpore z mednarodno udeležbo. Slovensko združenje za klinično prehrano, p. 48

Dovč Dimec, R., 2011. Ambulantno vodenje bolnika s kronično ledvično boleznijo. Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 41-48.

Hedberg, B., Cederborg, A., & Johanson, M., 2007. Care- planning meetings with stroke survivors. *Journal of Nursing Management*, p. 21.

Hren, I. & Mlakar Mastnak, D., 2008. Moj prehranski dnevnik. Slovensko združenje za klinično prehrano, pp. 1-36.

Kapš, P., 2005. Sindrom izgorelosti pri obravnavi kroničnega ledvičnega bolnika. Strokovno srečanje ob 25. obletnici dialize v dializnem centru Novo mesto. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 11-16.

Knap, B., 2010. Telesna vadba in ledvična bolezen. *Za dobro ledvic*. Ljubljana, pp. 1-6.

Knap, B., 2014. Prehrana pri kronični ledvični bolezni. *Bolezen ledvic*. Ljubljana, pp. 660-670.

Kogovšek, K., 2013. Osnovna prehranska načela pri kroničnih boleznih pri odraslih. 2. kongres klinične prehrane in presnovne podpore z mednarodno udeležbo. Slovensko združenje za klinično prehrano, pp. 86-89.

Kovač, D., 2010. Kronična ledvična bolezen. *Za dobro ledvic*. Ljubljana, pp. 1-5.

Kovesdy, C., Furth, S. & Zoccali, C., 2017. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. *World Kidney Day Steering Committee*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28883987>.

Krel, C., & Smolinger, M., 2015. Vloga medicinske sestre v obravnavi bolnika s kronično ledvično boleznijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 100-110.

Malnarič Marentič, V. & Žulič, H., 2016. Assessment of nutrition status of dialysis patients in dialysis centre Novo Mesto. *Clinical nutrition Espen*, p. 46.

Ministrstvo za zdravje. 2008., Ljubljana: Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane, pp. 73-76.



## INSTRUMENTI ZA MERJENJE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI V AMBULANTI ZA DIAGNOSTIKO PREBAVIL

### INSTRUMENTS FOR ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY IN THE HEALTH CENTER FOR THE DIAGNOSIS OF THE INTESTINES

Sabina Vidmar, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za gastroenterologijo

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

sabina.vidmar@yahoo.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Slaba zdravstvena pismenost je velik javnozdravstveni problem po vsem svetu in je povezana s slabšim obvladovanjem kronične nenalezljive bolezni, posledično tudi s slabšo kakovostjo življenja. V procesu zdravstvene vzgoje pacienta s kronično boleznijo je treba upoštevati, da nekateri pacienti težje razumejo dana navodila. Potrebna je individualna obravnava, prilagoditi ustna in pisna navodila. Namen prispevka je predstaviti pomen zdravstvene pismenosti in najti možna presejalna orodja za individualno oceno razumevanja navodil pacientov v ambulanti za diagnostiko prebavil pri 24-urni pH- metriji. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Izvedena sta bila pregled in vsebinska analiza domače ter tuje znanstvene literature. Literaturo smo iskali v različnih podatkovnih bazah. Iskanje literature je potekalo v obdobju od januarja 2006 do junija 2016. Za ožjenje zadetkov so bili uporabljeni vključitveni kriteriji: recenzirani članki, dostopnost do celotnega besedila, znanstvene revije, odrasla populacija in angleški jezik. **Rezultati:** S pregledom literature so bila identificirana različna uporabna presejalna orodja za merjenje in ocenjevanje zdravstvene pismenosti. Tako naj bi do sedaj obstajalo na svetu več kot 30 različnih presejalnih orodij in instrumentov. Glede na identificirane članke se zdi vprašalnik Preizkus funkcionalne zdravstvene pismenosti pri odraslih najširše primeren (angl. TOFHLA). **Diskusija in zaključek:** Vprašalnik Preizkus funkcionalne zdravstvene pismenosti pri odraslih je najbolj primeren za preverjanje razumevanja navodil pacientov v ambulanti za diagnostiko prebavil pri 24-urni pH- metriji. Vprašalnik smo prevedli v slovenski jezik in ga individualno prilagodili za paciente.

**Ključne besede:** ugotavljanje zdravstvene pismenosti, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra, presejalna orodja

## ABSTRACT

**Introduction:** Poor health literacy is a great problem in public health service all over the world. It is related to poor mastering of chronic noncommunicable diseases, resulting in poor quality of life. In the process of health education of a patient with a chronic disease it has to be considered that some patients have difficulty in understanding the instructions given. They need to be dealt with individually and given adapted instructions both orally and in printed materials. The basic aim of this article is to present the importance of health literacy and identify the screening tools for individual evaluation of understanding of instructions of our patients in the Health centre for the diagnosis of the intestines at 24-hour phometry. **Methods:** We used the descriptive method for carrying out the analysis of data in respective literature. We search the literature in different data bases. The literature research was taken from January 2006 until June 2016. For narrowing the targets the following inclusive criteria were used: reviewed articles, access to the whole text, scientific reviews, grown up population, English language. **Results:** While reviewing the literature we identified various useful screening operators for measuring health literacy. Until now there exists more than 30 different screening tools and instruments. Bearing in mind the identified articles Test of Functional Health Literacy in Adults appears to be the most appropriate by far. **Discussion and conclusion:** It would be sensible to use the questionnaire Test of Functional Health Literacy in Adults appears to identify the understanding of the instructions by patients. The questionnaire has been translated into Slovene and adapted individually for the patients undergoing the research 24-hour phometry.

**Keywords:** detection of health literacy, health education, nurse, screening tools

## UVOD

Razumevanje zdravstvene pismenosti sicer stalno narašča, a še vedno ostaja pozabljen del javnega zdravja in raziskav. Pismenost in zdravstvena pismenost sta temeljni sestavini pri iskanju zdravja in dobrega počutja v moderni družbi. Pokazalo se je, da je zdravstvena pismenost eden od najmočnejših napovednikov zdravstvenega stanja, skupaj s starostjo, prihodki, zaposlitvenim statusom, stopnjo izobrazbe ter rasno-etnično skupino (World Health Organization, 2013). Dernovšček Hafner (2010) meni, da je zdravstveno pismen posameznik sposoben razumeti zgodnje simptome bolezni, poiskati pravega zdravnika ter razumeti pomen natančnega upoštevanja navodil za zdrav življenjski slog. Baker (2006) navaja, da so te sposobnosti ves čas relativno stabilne, čeprav se z učno-vzgojnimi programi lahko še izboljšajo ali pa se s procesi staranja ali patologije, ki zavirajo kognitivne funkcije posameznika, poslabšajo. Raziskava o zdravstveni pismenosti (Sorensen, 2013), ki je bila izvedena leta 2011, je pokazala, da je pomanjkljivo zdravstveno pismena večina nizko izobraženih ali revnih ljudi, kar še dodatno otežuje življenje tem skupinam prebivalstva. Posamezniki z nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti se ne zavedajo pomembnosti preventivnih pregledov ter ne poznajo svojega zdravstvenega stanja (Morris, et al., 2006).

Kljub pomembnosti zdravstvene pismenosti v slovenskem prostoru ni zaslediti sistematičnih raziskav, ki bi skušale oblikovati pripomočke za ugotavljanje zdravstvene pismenosti v specialističnih ambulantah (Štemberger Kolnik & Babnik, 2012). Zdravstveno osebje se dnevno srečuje s pacienti, ki ne razumejo in ne upoštevajo navodil na ustrezen način (Babnik, et al., 2013).

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo – enota za diagnostiko prebavil, se pri pacientih s potrjeno diagnozo gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB) opravlja 24-urna pH-metrija za dokazovanje prisotnosti kislega refluxa v požiralnik. GERB je ena od najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni, za katero iz leta v leto zbolijo več ljudi (Kubo, et al., 2014). GERB predstavlja skupek simptomov, ki so posledica zatekanja želodčne vsebine nazaj v požiralnik. Najpomembnejši vzrok čezmernega zatekanja želodčne vsebine v požiralnik je nepravilno delovanje mišice, spodnje zapiralke požiralnika. Težave lahko povzročajo dvigovanje težkih bremen, uživanje obilnih obrokov hrane in ležanje takoj po jedi, ki zmanjša tesnjenje spodnje požiralnikove zapiralke (Bolier, et al., 2013).

Namen prispevka je predstaviti pomen zdravstvene pismenosti pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in najti primeren presejalni instrument za individualno oceno razumevanja navodil pacientov, s ciljem postaviti temelj za nadaljnja raziskovanja ter vključevanja presejalnih orodij v prakso zdravstvene nege v ambulanti za diagnostiko prebavil.

## METODA DELA

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače in tuje literature v mednarodnih bazah podatkov CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Medline, ERIC (Education Resources Information Center), EBSCOhost, Academic Search Complete in s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI. Iskanje literature je potekalo v obdobju od januarja 2006 do junija 2016. Za iskanje literature so bile uporabljene naslednje ključne besede in besedne zveze v angleškem oziroma slovenskem jeziku: zdravstvena pismenost/health literacy, kronične nenalezljive bolezni/chronic non-communicable diseases, gastroezofagealna refluksna bolezen/gerd, zdravstvena vzgoja/health education, kronične bolezni/chronic diseases. Pri iskanju ključnih besed v angleškem jeziku smo uporabili operaterje »AND/OR«. Za ožetje zadetkov smo uporabili vključitvene kriterije: recenzirani članki, dostopnost do celotnega besedila, znanstvene revije, odrasla populacija in angleški jezik. Vsebinski kriterij izbora del je temeljil na: a) opisu zdravstvene pismenosti in b) instrumentih zdravstvene pismenosti. Strategija iskanja literature je povezana s cilji prispevka in raziskovalnimi vprašanji:

- Kateri bi bili primerni in veljavni presejalni instrumenti za ugotavljanje zdravstvene pismenosti pacientov?
- Kakšna je vloga medicinskih sester pri ugotavljanju zdravstvene pismenosti pacientov?

## REZULTATI

V prvem koraku smo identificirali 1386 zadetkov. V naslednjem koraku smo izključili vse članke, ki se podvajajo, članke z opisom drugih kroničnih bolezni, članke, ki so vsebinsko vezani na temo otrok in nosečnic, ter članke o dietnih nasvetih in zdravljenju kroničnih nenalezljivih bolezni. V nabor literature smo vključili tudi nekatere vire, pridobljene s pomočjo referenc v prej izbranih zadetkih literature. Zajeli smo tudi nekatera druga teoretična dela, ki v celoti ne ustrezajo iskalnim kriterijem, ampak ključno pripomorejo k razumevanju vsebine. V končno analizo smo vključili 12 izvirnih in preglednih znanstvenih člankov.

V tabeli 1 so predstavljene vsebinske analize raziskav priznanih avtorjev, ki med seboj primerjajo različna presejalna orodja in instrumente, s pomočjo katerih lahko medicinska sestra oceni individualno zdravstveno pismenost posameznikov ali stopnjo cele populacije.

Tabela 1: Vsebinski pregled literature

Avtor	Metodologija	Namen	Vzorec	Bistvene ugotovitve
Baker, 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kvalitativna raziskava</li> <li>- pregled literature, analize presejalnih instrumentov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokazati, kako pomembno je raziskovanje ugotavljanja povezanosti zdravstvene pismenosti z zdravstvenimi izidi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- predstavitev in analiza treh kohortnih raziskav, predstavitev konceptualnega modela zdravstvene pismenosti in pregled obstoječih instrumentov za možno merjenje zdravstvene pismenosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potrebni so novi instrumenti za natančnejše merjenje individualne bralne sposobnosti pacientov, najbolj široko uporabna sta instrumenta za merjenje zdravstvene pismenosti: REALM in TOFHLA, ki se dopolnjujeta</li> </ul>
Morris, et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kvantitativna raziskava</li> <li>- randomizirana raziskava</li> <li>- anketa in intervju</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ugotoviti ali je SILS verodostojen pokazatelj omejene bralne zmožnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 999 obmejno živečih odraslih</li> <li>- med junijem 2003 in decembrom 2004</li> <li>- najprej so izvedli anketiranje, nato še intervju</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SILS je preprost in uporaben presejalni instrument za merjenje omejenih bralnih sposobnosti pri pacientih, ki potrebujejo pomoč pri branju zdravstvenih navodil</li> <li>- s SILS dobimo neposrednejše odgovore</li> </ul>
Arozullah, et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kvantitativna raziskava</li> <li>- kohortna raziskava</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- razviti in potrditi zelo kratek presejalni instrument zdravstvene pismenosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1550 pacientov iz štirih klinik</li> <li>- povprečna starost 61 let</li> <li>- 81 % moških, odgovarjali naglas na sedem vprašanj</li> <li>- izgovorjava besede in poznavanje medicinskih izrazov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- razpoložljivost krajšega testa lahko poveča verjetnost njegove uporabe tudi v primerih, ko ciljano ne merimo pacientove stopnje pismenosti</li> <li>- primerna v vsakem okolju</li> </ul>
Osborn, et al., 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kvantitativna raziskava</li> <li>- primerjalna klinična</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- razširiti psihometrično oceno angleške verzije</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 129 pacientov izpolnilo testa NVS in REALM, 119</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- test NVS je pokazal močno občutljivost za ugotavljanje omejene zdravstvene</li> </ul>

	raziskava	instrumenta NVS	pacientov izpolnilo NVS in S-TOFHLA	pismenosti, kljub temu pa S-TOFHLA ostaja ključen pri napovedi zdravstvenih izidov
Lee, et al., 2010	- kvantitativna raziskava - primerjalna klinična raziskava	- razviti in potrditi primerjalni test bralne zmožnosti angleško in špansko govorečih	- 202 angleško govoreča - 201 špansko govoreči - starost med 34,2 in 43,7 leta, - 56 % žensk	- primerjalni test ponuja zanesljiv način ocenitve in primerjanja zdravstvene pismenosti med španskimi in angleškimi govorci - uporaben za razvijanje interventnih programov znotraj lokalnih skupnosti
McCormac, et al., 2010	- kvantitativna raziskava - pilotna raziskava	- razviti bolj celovito merjenje stopnje zdravstvene pismenosti, ki bo javno dostopna	- 2212 vključenih - 1559 dokončalo raziskavo	- 70 % pravilnih odgovorov - HLSI je uporaben instrument za nadaljnje raziskave in raziskave za dokazovanje oziroma merjenje stopnje zdravstvene pismenosti
Shaw, et al., 2012	- kombinirana raziskava, longitudinalna raziskava - anketiranje in intervju	- širše proučiti razumevanje zdravstvene pismenosti in različnih kulturnih prepričanj	- 213 udeležencev s kronično boleznijo iz štirih etničnih skupin - izpolnili so test S-TOFHLA, SAHSLA in REALM - opravili intervju na domu - čez 12 mesecev so ponovili test S-TOFHLA	- različne etnične skupine prinašajo različne izkušnje in prepričanja o postopkih testiranja zdravstvene pismenosti, ki lahko vplivajo na analizo testov - ob razumevanju potreb različnih kulturnih skupin so obstoječi instrumenti lahko dobri pokazatelji individualne zdravstvene pismenosti
Babnik, et al., 2013	- kvalitativna raziskava - pregled in analiza literature	- predstaviti razvoj koncepta zdravstvene pismenosti - predstaviti instrumente za ugotavljanje stopnje zdravstvene pismenosti,	- vsebinska analiza devetih člankov o presejalnih instrumentih in šestih člankov o modelih zdravstvene pismenosti	- raziskovanje in uporaba instrumentov za merjenje zdravstvene pismenosti je medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem v veliko pomoč pri delu s pacienti

		vlogo medicinske sestre		
Nakagami, et al., 2014	- kvantitativna raziskava - randomizirana raziskava	- razviti zanesljiv in veljaven test za doseg funkcionalne zdravstvene pismenosti Japoncev	- 535 pacientov - povprečna starost 59,4 leta - 57,6 % žensk - vprašalnik HLSI z 28 postavkami, merili pet veščin, dodali še test TOFHLA	- vprašalnik JFHLT dosega zadovoljive rezultate - uporaben na Japonskem za japonsko govoreče tujce, preden pridejo do zdravstvenih informacij
Pleasant, 2014	- kvalitativna raziskava - pregled in analiza literature	- ugotoviti povezanost definicij zdravstvene pismenosti - ugotoviti uporabnost presejalnih orodij in vprašalnikov	- predstavitev in analiza 16 definicij - 33 presejalnih orodij in vprašalnikov za ugotavljanje zdravstvene pismenosti	- večina teh orodij za merjenje zdravstvene pismenosti ni zajela vseh zapisanih idej v definicijah - pokazalo se je, da imajo veliko vsebinskih slabosti - pomemben je pristop, usmerjen v preventivo
Johnson, 2015	- kvalitativna raziskava - pregled in analiza literature	- predstaviti na dokazih temelječe strategije izboljšanja zdravstvene pismenosti populacije	- vsebinska analiza 16 člankov - predstavitev strategij, ki so pomembne za izboljšanje zdravstvene pismenosti	- medicinske sestre lahko z individualnim pristopom pripomorejo k boljši zdravstveni pismenosti vsakega posameznika

Legenda: TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults; S-TOFHLA – Short TOFHLA; SAHLSA – Short Assessment of Health Literacy for Spanish- speaking Adults; REALM– Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; REALM – SF-Short Form; SILS – Single Item Literacy Screen; NVS – New Vital Sign; HLSI – Health Literacy Skills Instrument; JFHLT– Japanese Functional Health Literacy Test.

## Primerni in veljavni presejalni instrumenti za ugotavljanje zdravstvene pismenosti

Pleasant (2014) primerja 33 različnih presejalnih instrumentov za ocenjevanje zdravstvene pismenosti, izhajajoč iz 16 različnih definicij zdravstvene pismenosti. Baker (2006) si zastavi vprašanje o idealnem merjenju zdravstvene pismenosti ter skuša ugotoviti povezanost zdravstvene pismenosti z zdravstvenimi izidi. Meni, da sta najširše uporabni meritvi funkcionalne zdravstvene pismenosti testa REALM in TOFHLA, ki se med seboj dobro dopolnjujeta. Test REALM vključuje oceno pravilne izgovorjave in razumevanja medicinskega izraza v angleškem jeziku. Test TOFHLA pa meri razumevanje posredovanih informacij. V Združenih državah Amerike je po navedbah Inštituta za medicino več kot 90 milijonov odraslih (Arozullah, et al., 2007), ki imajo težave pri razumevanju zdravstvenih navodil zaradi omejene zdravstvene pismenosti. Razvili so nov in krajši instrument REALM-SF, da bi povečali njegovo uporabnost v različnih raziskovalnih okoljih. Za izpolnitev kombiniranega vprašalnika pacienti potrebujejo v povprečju dve do tri minute. Testa REALM in TOFHLA so primerjali tudi z instrumentom NVS (Shaw, et al., 2012), s katerim lahko ocenjujemo bralne sposobnosti in razumevanje prehranskih oznak. Primerjava med testoma NVS in REALM kaže, da imata popolnoma različno strukturo in vsebino. NVS je preozko usmerjen. Večina presejalnih orodij (Lee, et al., 2010) se osredotoča na angleško govorečo populacijo in je neprimerna za oceno populacije špansko govorečih. Zato so razvili komparativni test SAHLS&E (za špansko in angleško govoreče ljudi), ki temelji na istih metodah kot SAHLSA. Podobno so razmišljali na Japonskem (Nakagami, et al., 2014) in razvili test ugotavljanja funkcionalne zdravstvene pismenosti za Japonce (JFHLT). Morris in sodelavci (2006) so izvedli intervju prečnega preseka, da bi ugotovili, ali je SILS verodostojen pokazatelj omejene bralne zdravstvene pismenosti v primerjavi s S-TOFHLA, ki ga v literaturi označujejo kot zlati standard. SILS vključuje eno samo vprašanje, ki naj bi identificiralo potrebo po pomoči pri branju tiskanih zdravstvenih gradiv za odraslo populacijo.

Z vprašalnikom TOFHLA so primerjali instrument HLSI (McCormack, et al., 2010), ki naj bi meril individualno zdravstveno pismenost s poudarkom na celovitem pristopu in spretnostih (razumevanje pisanega besedila, pisanega zdravstvenega besedila, razumevanje kvantitativnih podatkov, razumevanje ustnih navodil in uporabo interneta), ki temeljijo na dokazih.

## Vloga medicinskih sester pri ugotavljanju zdravstvene pismenosti pacientov

Medicinske sestre so pomembne izvajalke zdravstvene vzgoje potrošnikov zdravstvenih storitev. Na zdravstveno pismenost pacientov vplivajo z načinom predstavljanja in sporočanja zdravstvenih informacij. V Avstraliji izvedena raziskava (Johnson, 2015) je pokazala, da kar 59 % avstralske populacije v starosti od 15 do 74 let ne dosega ustrezne funkcionalne zdravstvene pismenosti. Baker (2006) ugotavlja, da je nadaljnje raziskovanje zdravstvene pismenosti na področju zdravstvene nege nujno za pozitivne zdravstvene izide. Poudarja, da predhodno znanje posameznika (pred branjem zdravstvenih gradiv ali pred



pogovorom z zdravnikom) sestoji iz besedišča (vedenje, kaj posamezne besede pomenijo) in konceptualnega znanja (razumevanje vidikov življenja, na primer, kako delujejo različni deli telesa ali kaj je rak in kako poškoduje telo). Razumevanje besed se namreč razlikuje od sposobnosti tekočega branja, ker ljudje veliko besedišča pridobijo z branjem različne literature.

## DISKUSIJA

Znanost je nedvoumno dokazala obstoj dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. Pri prezgodnjem razvoju kroničnih bolezni ima osrednje mesto nezdrav življenjski slog. Stopnja zdravstvene pismenosti je lahko pomembno povezana z izbiro z zdravjem povezanih življenjskih navad posameznika (Vrbovšek, 2011). Nizka stopnja zdravstvene pismenosti je povezana s slabšimi sposobnostmi samooskrbe populacije, z manjšo dostopnostjo in neustrezno uporabo zdravstvenih storitev, z neustreznim nadzorom in obvladovanjem kroničnih bolezni, z višjimi stroški delovanja zdravstvenega sistema in posledično s slabšimi zdravstvenimi izidi (Mancuso, 2008). Večina raziskav je potrdila pomembnost ocenjevanja zdravstvene pismenosti pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Ti so, dokazano, najranljivejša skupina, med katere sodijo starejši ljudje, manj izobraženi ljudje, ljudje s slabšim znanjem materinščine in migranti (Baker, 2006; Mancuso, 2009; Nakagami, et al., 2014; Pleasant, 2014).

Identificirati posameznike z neprimerno zdravstveno pismenostjo je težko, ker sami podatki o pacientovi starosti, izobrazbi in odkrivanju lastne zdravstvene pismenosti niso zanesljivi. Z leti so se razvili različni instrumenti, ki ocenjujejo zdravstveno pismenost (Lee, et al., 2010).

Raziskave kažejo, da vodilna ocenjevalna instrumenta še vedno ostajata TOFHLA in REALM, ki ju vedno znova primerjajo z novo nastajajočimi presejalnimi orodji (Mancuso, 2009; McCormack, et al., 2010). Testa REALM in TOFHLA sta do sedaj najbolj uporabna in zanesljiva instrumenta za oceno funkcionalne pismenosti, predvsem pa nista diskriminatorna in ne zajemata težkih postavk (Nakagami, et al., 2014).

Zdravstveno osebje se še vedno premalokrat zaveda pomena in nujnosti individualne obravnave pacientov s kroničnimi boleznimi. Pacienti se praviloma zavedajo, da jim bo bolezen sledila do konca življenja. Nemalokrat pa so v dilemi, kako pristopiti k sami bolezni in jo poskušati lajšati, bodisi zaradi preveč ali premalo dobljenih informacij, bodisi zaradi nerazumevanja navodil zdravstvenega osebja in ne nazadnje zaradi prehitre obravnave v ambulantah (Štemberger Kolnik, 2011).

Dickens in sodelavci (2013) poudarjajo, da medicinske sestre precenjujejo pacientovo zdravstveno pismenost v razmerju šest proti ena. Neustrezna medosebna komunikacija je ena od najpogostejših pritožb. Potrebno je nadaljnje raziskovanje na tem področju, predvsem v smeri natančnega merjenja individualne funkcionalne zdravstvene pismenosti.

Zato je za zdravstvene delavce pomembno, da merijo stopnjo zdravstvene pismenosti vseh ljudi (Nakagami, et al., 2014). Izziv je, da se znanstveno potrjeni instrumenti spontano vključijo v klinično okolje (Arozullah, et al., 2007). Babnik in sodelavci (2013) menijo, da je tudi v Sloveniji treba nujno pričeti s sistematičnim razvojem presejalnih instrumentov ter z raziskavami zdravstvene pismenosti pri delu s splošnimi in rizičnimi skupinami pacientov.

Mravljak in Kvas (2008) poudarjata, da je zdravstvena pismenost posameznika velikega pomena za njegovo nadaljnje zdravljenje in samooskrbo, zato je naloga medicinskih sester, da opolnomočijo pacienta, da bo razumel in upošteval dana navodila in bil sam sposoben prevzeti odgovornost za svoje zdravje, s ciljem, da bo znal prepoznati svoje zdravstveno stanje in vzroke ter znal pravilno in pravočasno ukrepati.

Medicinske sestre v ambulanti za diagnostiko prebavil na podlagi izkušenj ugotavljamo, da mnogi pacienti kljub prejetim ustnim in pisnim navodilom ne razumejo navodil o upravljanju s samim merilnim aparatom in splošna pravila obnašanja pacienta v času meritve. Zaradi neupoštevanja in nerazumevanja danih ustnih in pisnih navodil, preiskava ne pokaže pravih rezultatov, vendar je zaradi visokih stroškov meritve ne ponavljamo. Zato smo na podlagi pregleda literature pripravili vprašalnik za paciente o razumevanju navodil v ambulanti za diagnostiko prebavil, da izboljšamo trenutni sistem ozaveščanja pacientov in bralnega razumevanja navodil pri 24-urni pH-metriji. Pri pripravi vprašalnika smo izhajali iz osnovnega angleškega vprašalnika funkcionalne pismenosti TOFHLA, ki se zdi vsebinsko najbolj uporaben za konkretno razumevanje navodil pri tej funkcionalni preiskavi. Namen enostavnega vprašalnika je pri pacientu ustvariti občutek zaupanja vase in tudi v medicinsko sestro, da mu bo ob nejasnostih pomagala razumeti navodila in ga nikakor ne bo obsojala.

Predlagamo nadaljnje raziskovanje na tem področju v smeri spremljanja oziroma ugotavljanja razumevanja navodil pacientov pri 24-urni pH-metriji (z izdelanim vprašalnikom). Raziskava bi se lahko izvedla kot primerjava med kontrolno skupino pacientov (tisti, ki niso izpolnili vprašalnik) in proučevano skupino pacientov (tisti, ki so izpolnili vprašalnik), da bi ugotovili, kakšno je bilo razumevanje navodil, ki jih je posredovala medicinska sestra. Na ta način bi dobili podatke, ki bi nam pomagali pri načrtovanju individualne zdravstvene vzgoje pacienta pred preiskavo.

## ZAKLJUČEK

Na osnovi pregleda literature smo ugotovili, da je za oceno funkcionalne pismenosti pacientov v ambulanti za diagnostiko prebavil najprimernejše presejalno orodje vprašalnik TOFHLA. Z njim lahko medicinska sestra oceni razumevanje navodil pacienta v zvezi z 24-urno pH-metrijo, nadalje ali bo pacient imel težave z razumevanjem tiskanih zdravstvenovzgojnih gradiv in ali bo imel težave pri sporočanju svojih simptomov. Medicinska sestra lahko v veliki meri vpliva na dvig zdravstvene pismenosti pacienta, kar

vpliva tudi na zmanjšanje stroškov zdravljenja, izboljšata se kakovost zdravljenja in življenjski slog pacienta.

## Literatura

Arozullah, A.M., Yarnold, P.R., Bennett, C.L., et al., 2007. Development and validation of a Short-Form, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine. *Medical Care*, 45(11), pp. 1026–1033.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T., Bratuž, A., 2013. Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 67–73.

Baker, D.W., 2006. The meaning and the measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp. 878–883.

Bolier, E.A., Kessing, B.F., Smout, A.J., Bredenoord, A.J., 2013. Systematic review: questionnaires for assessment of gastroesophageal reflux disease. *Diseases of the Esophagus*, 28(2), pp. 105–120.

Dernovšček Hafner, N., 2010. Zdravje nižje izobraženih delavcev. *Sanitas et labor*, 8(1), pp. 139–156.

Dickens, C., Lambert, B., Cromwell, T., Piano, M., 2013. Nurse overestimation of patients health literacy. *Journal of Health Communication*, 18(1), pp. 62–69.

Johnson, A., 2015. Health literacy: how nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 33(2), pp. 20–27.

Kubo, A., Block, G., Quesenberry, C.P., Buffler, P., Corley, D.A., 2014. Dietary guideline adherence for gastroesophageal reflux disease *BMC Gastroenterology*, 14–144.

Lee, S.D., Stucky, B.D., Lee, J.Y., Rozier, R.G., Bender, D.E., 2010. Short assessment of health literacy- Spanish and English: a comparable test of health literacy for spanish and english speakers. *Health Services Research Journal*, 45(4), pp. 1105–1120.

Mancuso, J.M., 2008. Health literacy: a concept/ dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), pp. 248–255.

Mancuso, J.M., 2009. Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11(1), pp. 77–89.

McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., et al., 2010. Measuring Health Literacy: a pilot study of a new skills- based instrument. *Journal of Health Communication*, 15 (Suppl 2), pp. 51–71.

Morris, N.S., MacLean, C.D., Chew, L.D., Littenberg, B., 2006. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 24(2), pp. 7–21.

Mravljak, K., Kvas, A., 2008. Načini ugotavljanja zdravstvene pismenosti bolnikov s srčnim popuščanjem. V: Zbornik predavanj Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno- žilnih bolnikov, sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, XXII. strokovno srečanje, Bled, 14. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 81–89.

Nakagami, K., Yamauchi, T., Noguchi, H., Maeda, T., Nakagami, T., 2014. Development and validation of a new instrument for testing functional health literacy in Japanese adults. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), pp. 201–208.

Osborn, C.Y., Weiss, B.D., Davis, T.C., et al., 2007. Measuring Adult Literacy in Health Care: performance of the newest vital sign. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 3), pp. S36–46.

Pleasant, A., 2014. Advancing health literacy measurement: a pathway to better health and health system performance. *Journal of Health Communication*, 19(12), pp. 1481–1496.

Shaw, S.J., Armin, J., Huebner Tores, C., Orzech, K.M., Vivian, J., 2012. Chronic disease self-management and health literacy in four ethnic groups. *Journal of Health Communication*, 17 (Suppl 3), pp. 67–81.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Brand, H., 2013. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1): 80.

Štemberger Kolnik, T., 2011. Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V: Zdravstvena vzgoja-moč medicinskih sester, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 119–127.

Štemberger Kolnik, T., Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. V: Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks, Zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved. 18. september 2012, Slovenj Gradec. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, 248–255.

Vrbovšek, S., 2011. Potencial vzpostavljene mreže zdravstvenovzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. V: Zdravstvena vzgoja-moč medicinskih sester, Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 2011. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 47–58.

World Health Organization, 2013. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe, 1–73.

## POVEZAVA MED ZDRAVSTVENO PISMENOSTJO IN ŽIVLJENJSKIM SLOGOM STARIH LJUDI<sup>1</sup>

### THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND LIFESTYLE OF OLD PEOPLE

Tina Razlag Kolar, dipl. m. s. (VS), univ. dipl. inž. geod.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika

Visoka zdravstvena šola v Celju, magistrska študentka (Paliativna oskrba)

viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju

viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik

Obalni dom upokojencev Koper / Casa costiera del pensionato Capodistria

Visoka zdravstvena šola v Celju

tina.razlag.kolar@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Zdravstvena pismenost nam pove, kako se posameznik znajde v zdravstvenem sistemu, kako razume navodila, povezana z zdravstvom, in kako skrbi za svoje zdravje, obenem pa je lahko pokazatelj, kako zdrav bo posameznik. Z raziskavo smo želeli ugotoviti povezavo med zdravstveno pismenostjo in življenjskim slogom starih ljudi. **Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabili smo metodo deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 148 starih ljudi v starosti 65 let in več, ki živijo v različnih bivanjskih okoljih in nimajo demence. Vrnjenih je bilo 140 vprašalnikov, kar predstavlja 94 % realizacijo vzorca. Za vse merjene spremenljivke smo uporabili opisne statistične metode: frekvence, odstotke (%), povprečno vrednost (PV) in standardni odklon (SO). Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med posameznimi spremenljivkami smo uporabili test analize variance ANOVA, povezanost med spremenljivkami smo ugotavljali s Pearsonovim koeficientom korelacije ( $r$ ) in  $t$  test za primerjavo dveh neodvisnih spremenljivk. Statistično pomembnost je

<sup>1</sup> Del rezultatov opravljene raziskave je bil objavljen kot poglavje z naslovom **Level of Health Literacy among older adults** (pp. 66-75), v znanstveni monografiji z naslovom Multicultural society and aging – challenges for Nursing in Europe (2016). Prispevek temelji na diplomskem delu.

predstavljala vrednost  $p < 0,05$ . Podatki so bili analizirani v programu Microsoft Excel 2010 in statističnem programu SPSS 22.0. **Rezultati:** Anketirani stari ljudje, ki so bili vključeni v raziskavo, imajo na področjih preprečevanja bolezni ( $PV=28,8$ ) in promocije zdravja ( $PV=26,6$ ) omejeno zdravstveno pismenost. Na področju svetovanja medicinske sestre stari ljudje dosegajo zadovoljivo stopnjo zdravstvene pismenosti ( $PV=34,6$ ). Iz statistične analize z uporabo t testa za neodvisne vzorce ne moremo sklepati, da sta telesna dejavnost in splošna zdravstveno pismenost med seboj odvisni ( $t=1,602$ ,  $p=0,112$ ), prav tako ne moremo sklepati, da sta uživanje alkohola in splošna zdravstvena pismenost med seboj odvisni ( $t=-1,714$ ,  $p=0,089$ ), zanesljivo tudi ne moremo določiti korelacije med indeksom telesne mase (ITM) in splošno zdravstveno pismenostjo ( $p=0,852$ ,  $r=0,016$ ) anketiranih starih ljudi. Iz statistične analize podatkov ne moremo sklepati, da se zdravstvena pismenost in življenjski slog anketiranih starih ljudi povezuje. Na zdravstveno pismenost vpliva stopnja izobrazbe, saj imajo višje izobraženi manj težav s splošno zdravstveno pismenostjo ( $p=0,001$ ;  $r=0,268$ ). **Razprava in sklep:** Ugotavljamo, da imajo anketirani stari ljudje, vključeni v raziskavo, omejeno zdravstveno pismenost. Medicinske sestre lahko z zdravstveno vzgojnim delom in promocijo zdravja doprinesejo k dvigu stopnje zdravstvene pismenosti starih ljudi. Vloga medicinskih sester v promociji zdravja se bo v prihodnje morala okrepiti, predvsem skozi njihovo delovanje v referenčnih ambulantah in centrih za krepitev zdravja/zdravstveno vzgojnih centrih. Poseben izziv lahko medicinskim sestram v prihodnosti predstavljajo tudi t. i. posvetovalnice za stare ljudi s ciljno usmerjenim zdravstveno-vzgojnim delom, ki jih vidimo umeščene v lokalne skupnosti.

**Ključne besede:** zdravstvena pismenost, star človek, promocija zdravja, staranje, kakovost življenja.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The level of health literacy tells us, how an individual functions within the healthcare system, how well he understands the instructions connected to healthcare, and how well he looks after his health. At the same time, the level of health literacy can function as an indicator of how healthy an individual is going to be in the future. With our research we wanted to establish the relationship between health literacy and lifestyle of older adults. **Method:** The research was based on the quantitative research approach; we used the descriptive method, compilation and synthesis. Data were collected with the interviewing technique. As a measuring instrument a survey questionnaire was used, which was developed on the basis of a literature review. We used a non-random, purposive sample, into which we included 148 older adults aged 65 years and more, who lived in different living environments and were not diagnosed with dementia. There were 140 questionnaires returned, resulting in realization of the sample of 94 %. Descriptive statistical methods were used for all measured variables: frequencies, percentages (%), mean value (MV), and standard deviation (SD). To determine statistically significant differences between the individual variables we used the ANOVA variance analysis

test, the relationship between the variables was determined by the Pearson coefficient of correlation ( $r$ ) and the  $t$  test to compare two independent variables. The statistical significance was  $p < 0.05$ . The data were analyzed with the statistical program Microsoft Excel 2010 and SPSS 22.0. Results: We established that older adults, who were included in our research, have limited health literacy in the fields of disease prevention ( $AV=28,8$ ) and health promotion ( $AV=26,6$ ). In the field of counseling by a nurse old people achieved sufficient health literacy ( $AV=34,6$ ). From the statistical analysis using the  $t$  test for independent samples, we can not conclude that physical activity and general health literacy depend on one another ( $t=1,602$ ,  $p=0,112$ ), nor can we conclude that alcohol consumption and general health literacy depend on one another ( $t=-1.714$ ,  $p=0.089$ ). We cannot reliably determine the correlation between body mass index (BMI) and general health literacy ( $p=0.852$ ,  $r=0.016$ ) of elderly people surveyed. From the statistical analysis of the data we cannot conclude that health literacy and lifestyle of old people are linked. The level of health literacy is influenced by the level of education, as better educated people experience less problems in the field of general health literacy ( $p=0,001$ ;  $r=0,268$ ).

**Discussion and conclusion:** We came to the conclusion that old people, included in the research, have limited health literacy. Nurses with their health education work can substantially contribute to the improvement of the level of health literacy among old people. The role of the nurses in the field of health promotion will in the future have to be strengthened, particularly through their work in reference clinics and reference centers for health promotion/health education centers. An additional challenge in the future for the nurses could also be the counseling centers with targeted health education work for elderly adults placed in the local communities.

**Keywords:** health literacy, old person, health promotion, ageing, quality of life.

## UVOD

Pismenost je pomembna determinanta zdravja in dobrega počutja tekom celega življenja, še posebej v starosti, ko se običajno sprejemajo velike in pomembne zdravstvene in finančne odločitve (Boyle, et al., 2013). Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opisuje zdravstveno pismenost kot skupek kognitivnih in socialnih spretnosti, ki vplivajo na motivacijo in sposobnost posameznika, da pridobi dostop do informacij, jih razume in uporabi na načine, ki spodbujajo ali ohranjajo dobro zdravje posameznika (Nutbeam, 1998 cited in Jordan, et. al., 2010). Sørensen in sodelavci (2012) definirajo zdravstveno pismenost kot posameznikovo znanje, motivacijo, sposobnost za dostop do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, sposobnost oceniti in uporabljati jih, o njih presojsati in sprejemati odločitve v vsakodnevnem življenju, povezane s promocijo zdravja, za ohranjanje ali izboljšanje kakovosti življenja v vseh življenjskih obdobjih.

Bolezni kot take močno vplivajo na posameznikovo kakovost življenja. Razvoj teh je močno povezan tudi z nezdravim življenjskim slogom: z nezdravo prehrano, s premalo telesne dejavnosti, s kajenjem, z uživanjem drog, s stresom in z mnogimi drugimi dejavniki (Verbič & Zupančič, 2012). V prehrani starih ljudi je tako potrebno upoštevati kakovost prehrane in ne zgolj in samo količino (Trust, 2004 cited in Pregelj, et al., 2011). Redna telesna dejavnost je pomembna za vse starostne skupine, saj krepi mišice, gradi in ohranja kostno gostoto, varuje sklepe, izboljšuje telesno držo, gibljivost in prožnost (Lahe, et al., 2012). Telesna nedejavnost spada med dejavnike tveganja, ki škodljivo vplivajo na zdravstveno stanje starih ljudi (Grizold, 2010). Način pitja alkohola v različnih obdobjih življenja se lahko prenese tudi v starost. V populaciji, v kateri je pitje alkohola razširjeno in družbeno sprejemljivo, so težave, povezane s pitjem alkohola, zelo hitro spregledane, populacija starih ljudi pa je za negativne vplive tovrstnega pitja še posebej občutljiva (Stanojević-Jerković, et al., 2011). Prekomerno uživanje alkohola je v starosti velik dejavnik tveganja za vse vidike zdravja starega človeka (Ramovš, 2016). Kajenje škodljivo vpliva na zdravje v vseh življenjskih obdobjih in je vzročno povezano z več vrstami rakavih obolenj, z boleznimi srca in žilja, z boleznimi presnove in endokrinih žlez, s spremembami v imunskem sistemu ter z drugimi zdravstvenimi težavami, kot so motnje erekcije, slepota očesne mrežnice, starostna degeneracija očesne mrežnice, parodontalna bolezen in splošno slabše zdravstveno stanje (U. S. Department of Health and Human Services, 2014 cited in Koprivnikar, 2015).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je povezanost med zdravstveno pismenostjo in življenjskim slogom starih ljudi. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšna je povezanost med zdravstveno pismenostjo in življenjskim slogom starih ljudi?

## METODE

Raziskovalna metoda: uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Uporabili smo metodo deskripcije, kompilacije in sinteze.

Merski instrument: raziskavo smo izvedli z uporabo strukturiranega instrumenta v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature (Sørensen, et al., 2013a; Zavod Viva, 2013; Hozjan, et al., 2014a; Hozjan, et al., 2014b) in ga razdelili v tri sklope. V prvem smo uporabili avtorski instrument Zavoda Viva (2013), ki so ga avtorji razvili po vzoru »European Health literacy survey questionnaire - HLS-EU-Q47« (Sørensen, et al., 2013) in delno modificirali glede na specifiko slovenskega prostora za katerega smo pridobili pisno soglasje. Merski instrument (Zavod Viva, 2013) smo prilagodili staremu človeku tako, da smo vprašanja, ki niso neposredno povezana z raziskavo, izpustili (obrazložitev strokovnih izrazov) in dodali 4 vprašanja. Vprašanja 5, 8, 13 so avtorska, vprašanje 19, ki se nanaša na delovno okolje in se nam



za starega človeka ni zdelo relevantno, smo izpustili, vprašanje 22 pa smo prevzeli iz HLS-EU-Q47 (Sørensen, et al., 2013). Anketiranci so obkrožili številko pred tisto trditvijo ali odgovorom, ki je veljala zanje. Vsa vprašanja v prvem sklopu vprašalnika so zastavljena kot direktna vprašanja, kjer smo za ocenjevanje stališč uporabili 4-stopenjsko lestvico, kjer pomeni 1-zelo enostavno, 2-enostavno, 3-težko, 4-zelo težko. Osrednji, drugi sklop vprašalnika vsebuje 14 vprašanj kombiniranega tipa in se nanaša na zdrav način življenja anketiranca; vprašanja so delno povzeta po Hozjan in sodelavci (2014b). Tretji sklop vsebuje 7 vprašanj kombiniranega tipa in demografska vprašanja z naslednjimi neodvisnimi spremenljivkami: spol, letnica rojstva, izobrazba, višina mesečnega prihodka, vrsta prebivališča.

Vzorec: uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec. V raziskavo smo vključili starejše odrasle, ki živijo v urbanih in ruralnih predelih savinjske regije, in starejše odrasle, ki živijo v treh domovih starejših občanov širše savinjske regije. V vzorec smo vključili naključno izbrane starejše odrasle, ki so izpolnjevali vnaprej postavljen kriterij starosti (65 let in več) in niso imeli diagnosticirane demence. Skupno je bilo razdeljenih 148 anketnih vprašalnikov. V domovih starejših občanov je bilo razdeljenih 48 anketnih vprašalnikov, v ruralnih predelih je bilo razdeljenih 50 anketnih vprašalnikov in 50 v urbanih predelih. Od skupno razdeljenih 148 vprašalnikov smo dobili vrnjenih vseh 148. Veljavnih je bilo 140 (94 %) anketnih vprašalnikov.

Opis zbiranja in obdelave podatkov: Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisna soglasja v vseh treh domovih za starejše, kjer smo raziskavo izvajali. Anketiranje v domovih je potekalo s pomočjo anketarja. Anonimnost smo zagotovili tako, da so anketirani stari ljudje po zaključku anketiranja dali anketne vprašalnike v pisemske ovojnice in nato še v zaprto škatlo, ki je bila v večnamenskem prostoru, kjer smo izvajali anketiranje. Izvedba je najprej potekala v ruralnem okolju, nato v urbanem okolju. Anonimnost smo zagotovili tako, da so anketirani stari ljudje po zaključku anketiranja dali anketne vprašalnike v pisemske ovojnice in jih nato oddali anketarju v zaprto škatlo. Za izpolnitev vprašalnika so anketirani stari ljudje v obeh raziskovalnih okoljih potrebovali v povprečju 30 minut. Raziskava je potekala v mesecu novembru in decembru 2015. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom Microsoft Excel 2010 in SPSS 22.0. Izračunali smo povprečne vrednosti, standardni odklon, izračunali Pearsonov koeficient korelacije  $r$ , uporabili  $t$  test za neodvisne vzorce ter analizo variance ANOVA.

Etični vidik raziskovanja: Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja: načelo koristnosti, neškodljivosti, zaupnosti, pravičnosti, resnicoljubnosti in načelo varnosti. Vsem anketirancem sta bili zagotovljeni pravica do polne pojasnitve in pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2015). Pred izvedbo raziskave smo pridobili sklep pristojne komisije Visoke zdravstvene šole v Celju, št. 87/2015-DIPL\_TRK, z dne 5.10. 2015. Vsak sodelujoči je podal informirani pristanek in je bil seznanjen, da lahko kadar koli izstopi iz raziskave.

## REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave med starimi ljudmi. Najprej smo ugotavljali povezavo splošne zdravstvene pismenosti s telesno dejavnostjo, kjer smo ugotovili, da se s telesno dejavnostjo ukvarja 120 anketiranih starih ljudi, 20 pa ne. Iz statistične analize, ki smo jo opravili z uporabo t testa za neodvisne vzorce ( $t=1,602$ ), ne moremo sklepati, da sta telesna dejavnost in splošna zdravstvena pismenost med seboj odvisni ( $p=0,112$ ). Z analizo podatkov smo v nadaljevanju ugotovili, da povprečna vrednost ukvarjanja anketiranega starega človeka s telesno dejavnostjo znaša  $PV=75,5$  minut dnevno ( $SO=76,0$ ), razpon vrednosti pa je od 10 do 600 minut. 600 minut posveti telesni dejavnosti anketirani stari človek, ki kot obliko telesne dejavnosti navaja kmetijstvo. Iz statistične analize ne moremo sklepati o korelaciji ( $r=0,009$ ) med trajanjem telesne dejavnosti in splošno zdravstveno pismenostjo ( $p=0,923$ ). V nadaljevanju smo ugotavljali pomen telesne dejavnosti za anketirane stare ljudi, kjer je iz rezultatov analize razvidno, da telesna dejavnost 50,7 % anketiranim starim ljudem pomeni sprostitvev, za 40,7 % je to obveza zaradi zdravja, 25 % predstavlja način preživljanja prostega časa, za 8,6 % anketirancev predstavlja telesna dejavnost drugo.

Z analizo podatkov smo ugotovili tudi, da je povprečna vrednost indeksa telesne mase (ITM)  $PV=27,3$  ( $SO 4,4$ ), razpon vrednosti ITM pa znaša 16,5–46,1. Na podlagi statistične analize ne moremo zanesljivo določiti korelacije med ITM in splošno zdravstveno pismenostjo ( $p=0,852$ ,  $r=0,016$ ). Z analizo smo ugotavljali odvisnost med spolom anketiranih starih ljudi in njihovim indeksom telesne mase. Povprečna vrednost indeksa telesne mase za moškega ( $SO=4,5$ ) znaša  $PV=28,0$ , za žensko pa  $PV=26,9$  ( $SO=4,3$ ). Iz dobljenih rezultatov za ITM je razvidno, da so tako starejše anketirane ženske kot anketirani moški prekomerno prehranjeni. Iz dobljene statistične analize s t testom za neodvisne vzorce ne moremo sklepati, da sta spol in ITM odvisna ( $p=0,134$ ). Na podlagi statistične analize lahko sklepamo, da sta izobrazba in ITM med seboj rahlo negativno korelirana ( $-0,190$ ); z višino izobrazbe ITM pada ( $p=0,025$ ).

Preučevali smo vpliv bivalnega okolja anketiranih starih ljudi na njihov indeks telesne mase, kjer smo dobili povprečne vrednosti ITM v domačem ( $PV=26,7$ ) in domskem okolju ( $PV=28,9$ ). Anketirani stari ljudje v DSO imajo nekoliko višji ITM, oboji so prekomerno prehranjeni. Iz dobljene statistične analize z uporabo t testa za neodvisne vzorce lahko sklepamo, da sta bivanjsko okolje in ITM med seboj odvisna ( $t=2,595$ ;  $p=0,011$ ).

V nadaljevanju smo ugotavljali povezavo splošne zdravstvene pismenosti z uživanjem alkohola med anketiranimi starimi ljudmi. 51 anketiranih starih ljudi uživa alkohol, 89 pa ne. Na podlagi opravljenega t testa za neodvisne vzorce ( $t=-1,714$ ) ne moremo sklepati, da sta uživanje alkohola in splošna zdravstvena pismenost med seboj odvisni ( $p=0,089$ ). Anketirani stari ljudje v povprečju zaužijejo 3,6 dcl alkoholnih pijač dnevno ( $SO 3,0$ ), razpon zaužitih alkoholnih pijač pa

znaša od 1 do 10 dcl dnevno. Iz statistične analize ne moremo sklepati o korelaciji ( $r=-0,212$ ) med količino zaužitega alkohola in splošno zdravstveno pismenostjo ( $p=0,222$ ).

Prikaz povezave splošne zdravstvene pismenosti anketiranega starega človeka z njegovim neformalnim socialnim omrežjem je pokazal, da 21 anketiranih starih ljudi živi samih, 26 jih živi s svojci, največ – 58 – jih živi s partnerjem, 34 anketiranih starih ljudi pa živi v domu starejših občanov. Iz statistične analize z uporabo ANOVA ne moremo sklepati, da se povprečna stopnja splošne zdravstvene pismenosti razlikuje med zgoraj navedenimi neformalnimi socialnimi omrežji ( $p=0,309$ ).

## DISKUSIJA

Ugotavljali smo, kako se povezujeta zdravstvena pismenost in življenjski slog starih ljudi. Pozitivno so nas presenetili podatki, da pretežni del anketirancev ne kadi, telesno dejavnih je skoraj dve tretjini anketirancev. Kolšek (2011) ugotavlja, da je alkohol že stoletja vpet v življenje Slovencev, kar se kaže v njegovi veliki porabi, vendar ugotavljamo, da alkohol uživa le slaba tretjina anketiranih starih ljudi. Iz tega lahko sklepamo, da se anketirani stari ljudje zavedajo škodljivih posledic nezdravih razvad za zdravje in pozitivnega vpliva telesne dejavnosti na njihovo zdravje, ki jo priporočajo številni avtorji (Grizold, 2010; Kaučič & Vidnar, 2013; Zurc, et al., 2015). Redna telesna dejavnost je pomemben dejavnik zdravega staranja, ki pripomore k ohranjanju in izboljšanju zdravja v starosti. Pozitivno vpliva na vzdrževanje telesnega in duševnega zdravja, na dobro počutje in neodvisnost, obenem pa varuje pred pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni (Kaučič & Vidnar, 2013; Zurc, et al., 2015). Izsledki naše raziskave kažejo, da telesna dejavnost anketiranim starim ljudem v večini predstavlja sprostitev in način preživljanja prostega časa, v manjšini pa obvezo zaradi zdravja.

Negativno nas je presenetilo dejstvo, da znaša povprečni indeks telesne mase (ITM) 27,3, kar pomeni, da se po klasifikaciji ITM (Svetovna zdravstvena organizacija, 2016) večino anketiranih starih ljudi uvršča v skupino prekomerno prehranjenih. Železnik (2012) navaja, da se s prekomerno prehranjenostjo povečuje tveganje za pojav nenalezljivih kroničnih bolezni (diabetes tipa 2, srčno žilne bolezni, ateroskleroza) pri starih ljudeh. Pregelj s sodelavci (2011) opozarja, da so energijske potrebe starih ljudi nižje, saj je njihov bazalni metabolizem znižan, stari ljudje so običajno tudi telesno manj dejavni. Ravno nespremenjen vnos energije je razlog za njihovo debelost. Zato je še posebej pomembno, da je prehrana starih ljudi skrbno načrtovana, z upoštevanjem vseh prehranskih priporočil, prilagojenih njihovemu zdravju. Po Mezek in sodelavcih (2010) je za zdravo staranje pomemben multidisciplinaren pristop, ki promovira zdravo prehrano in telesno dejavnost. Presenetil nas je tudi podatek, da je ITM v domovih starejših občanov nekoliko višji kot v domačem okolju. ITM v domačem okolju znaša 26,7, v domovih starejših občanov pa 28,9. Tudi s statistično analizo smo potrdili, da sta bivanjsko

okolje in ITM med seboj odvisna. Pričakovali smo namreč, da bodo stari ljudje v domovih starejših občanov normalno hranjeni ali prej podhranjeni kot prekomerno hranjeni, saj Rotovnik Kozjek in sodelavci (2014) navajajo, da je podhranjenost starih ljudi izraziteje prisotna ravno v domovih starejših občanov (40 %). V domačem okolju je podhranjenih okoli 10 % starih ljudi. Življenje stari ljudi, ki živijo v domovih starejših občanov, poteka po ustaljenem dnevnem ritmu, ki ga definirajo 5 načrtovanih in uravnoveženih obrokov hrane dnevno, aktivnosti zdravstvene nege, jutranja telovadba, delovna terapija in druge oblike prostočasnih dejavnosti, namenjene krepitvi in ohranjanju zdravja, samostojnosti in neodvisnosti, kar je po mnenju Imperl (2012) izrednega pomena za kakovost njihovega življenja. Predpostavljali smo, da stari ljudje, še posebej tisti, ki v domačem okolju živijo sami, nimajo rednih in uravnoveženih obrokov, morda zaradi finančne stiske, osamljenosti, morda niso motivirani za pripravo hrane. Glede na rezultate raziskave pa bi lahko rekli, da morda uživajo energijsko preveč kalorično in neuravnoveženo hrano, v prevelikih količinah in neprimerno porazdeljeno tekom dneva. Rotovnik Kozjek in sodelavci (2014) opozarjajo, da so splošne potrebe po energiji pri starih ljudeh zaradi postopnega zmanjševanja mišične mase znižane. Ker je manjša bazalna potreba po energiji, je manjša tudi energijska potreba pri telesni dejavnosti. V nadaljevanju smo ugotovili, da je ITM povezan s stopnjo izobrazbe, da obstaja rahlo negativna povezanost med izobrazbo in ITM, kar pomeni, da ITM z višino izobrazbe pada. To, da se izobrazba posameznika povezuje z ITM, ugotavljajo tudi Hozjan in sodelavci (2014b). Tudi stopnja zdravstvene pismenosti se, tako kot ITM, povezuje z izobrazbo, vendar ne korelira negativno – višja, kot je izobrazba, višja je stopnja zdravstvene pismenosti, kar potrjujejo številni avtorji (Sudore, et al., 2006 cited in Toči, et al., 2015; Cutilli, 2007 cited in Toči, et al., 2015; Manganello, 2008 cited in Sørensen, et al., 2012, Sørensen, et al., 2012; Duong, et al., 2015). Iz tega lahko posledično sklepamo, da so stari ljudje, ki so bolj izobraženi, bolj zdravstveno pismeni, njihov ITM je nižji; stari ljudje z nižjo izobrazbo in nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti pa imajo višji ITM.

Ugotavljamo, da ne moremo sklepati, da sta telesna dejavnost in splošna zdravstvena pismenost med seboj odvisni, prav tako ne moremo sklepati o povezanosti med trajanjem telesne dejavnosti in splošno zdravstveno pismenostjo. Ugotovili smo tudi, da ne moremo potrditi, da sta uživanje alkohola in splošna zdravstvena pismenost med seboj odvisni. Iz statistične analize tudi ne moremo zanesljivo določiti povezanosti med ITM in splošno zdravstveno pismenostjo.

Menimo, da bi moralo vedenje starih ljudi, namenjeno ohranjanju zdravja, obsegati uravnoveženo prehrano, telesno dejavnost, normalen ITM in odsotnost nezdravih razvad, kot so kajenje in uživanje alkoholnih pijač. Zdravo in nezdravo vedenje je posledica tako izkustvenega učenja kot tudi posnemanja, kar običajno postane navada, ki jo je zelo težko spremeniti ali odpraviti (Selič, 2010). Zdrav življenjski slog, ki izključuje kajenje, pitje alkohola in uživanje nezdrave prehrane, je običajno izoblikovan že v mladosti. Takega je potrebno vzdrževati in ga prenesti v starejša leta, saj ohranja svežino telesa in duha ter pripomore k zadovoljstvu in sreči

(Mlinar & Plesničar, 2012). Kaučič in Vidnar (2013) navajata, da ima promocija zdravega življenjskega sloga zelo velik pomen v vseh starostnih obdobjih, tudi v starosti. Štemberger Kolnik in Babnik (2014) sta mnenja, da je zdravstveno opismenjevanje tisto, ki staremu človeku omogoča, da aktivno skrbi za svoje zdravje, ga krepi in ohranja. Stopnja zdravstvene pismenosti je lahko po mnenju Štemberger Kolnik in Babnik (2013) osnova za oblikovanje zdravstvene vzgoje starega človeka in ciljno usmerjanje podajanja vsebin za dvig samoučinkovitosti pri spreminjanju njegovih življenjskih navad. Z dvigom samoučinkovitosti posredno dvigujemo tudi stopnjo zdravstvene pismenosti. Speros (2005 cited in Hubley, 2013) pravi, da lahko koncept zdravstvene pismenosti kombiniramo s konceptom samoučinkovitosti in tako zagotovimo podlago za krepitev zdravja.

Raziskava ima omejitve v izbrani metodi raziskovanja in vzorcu.

## ZAKLJUČEK

Doprinos medicinske sestre k dvigu zdravstvene pismenosti pacienta je lahko, ne glede na njegovo zdravstveno stanje, starost ali življenjski slog, zelo velik, saj ob vsaki interakciji z njim deluje zdravstveno-vzgojno in ga ob tem izobražuje, načrtovano ali nenačrtovano. Medicinska sestra bo z izbiro ustrezne učne in vzgojne metode ter učne oblike zdravstvene vzgoje starega človeka poučila in opolnomočila, da bo znal prepoznati, kako življenjski slog vpliva na njegovo zdravje in s kakšnimi dejavniki tveganja se lahko sooči. Star človek, ki bo poučen in opolnomočen, bo znal ohranjati, krepiti in dosegati zdravje, v primeru bolezni pa se bo učinkovito znašel v zdravstvenem sistemu – tak star človek je zdravstveno pismen. Razviti je potrebno ciljne programe za učinkovito zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja za stare ljudi ter programe, s katerimi bomo vplivali na dvig stopnje zdravstvene pismenosti starih ljudi.

V prihodnje bi bilo zagotovo potrebno razvijati instrument za merjenje/ugotavljanje zdravstvene pismenosti starih ljudi in ga validirati na večjem vzorcu slovenske populacije starih ljudi. Tekom raziskave smo ugotovili tudi, da obstaja pri nas pomanjkanje raziskovalnega dela na področju zdravstvene pismenosti starih ljudi. Menimo, da je raziskovanje na področju zdravstvene pismenosti pomembno, saj lahko le na tak način v klinično okolje prenašamo nove ugotovitve in spoznanja in s tem spreminjamo in izboljšujemo obstoječo prakso na področju promocije zdravja. Le na ta način lahko razvijamo nove programe, ki bodo ciljno usmerjeni v starajočo se populacijo in bodo doprinesli k dvigu stopnje zdravstvene pismenosti in posledično k večji kakovosti življenja starih ljudi.

## Literatura

- Boyle, P.A., Yu, L., Wilson, R.S. Segawa, E., Buchman, A.S. & Bennett, D.A., 2013. Cognitive decline impairs financial and health literacy among community-based older persons without dementia. *Psychol Aging*, 28(3), pp. 614–624. Doi: 10.1037/a0033103
- Duong, V.T., Lin, I.F., Sørensen, K., Pelikan, M.J., Van Den Broucke, S., Lin, Y.C. & Chang, P.W., 2015. Health literacy in Taiwan: A population-Based Study. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(8), pp. 871-880. Doi: 10.1177/1010539515607962
- Hubley, J., 2013. Chapter 8 – Print media. In: Hubley, J. & Copeman, J., eds. *Practical health promotion*. 2nd edition. Cambridge: John Wiley & sons, pp. 144-145
- Grizold, V., 2010. Pomen telesne dejavnosti v starosti. *Kakovostna starost*, 13(4), pp. 38-44.
- Hozjan, D., Babnik, K. & Štemberger Kolnik, T., 2014a. Zdravstvena pismenost in zaznana kompetentnost na področju zdravja med študenti zdravstvene nege. In: Štemberger Kolnik, T., et al., eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31. januar 2014*. Koper: Univerza na Primorskem, pp. 179-186.
- Hozjan, D., Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kerkerč, M., 2014b. *Povezanost individualnih demografskih značilnosti in zdravstvene pismenosti z zdravim življenjskim slogom*. In: Hozjan, D. ed. *Izobraževanje za 21. stoletje - ustvarjalnost v vzgoji in izobraževanju*. Koper: Univerzitetna založba Annales, pp. 505-517.
- Imperl, F., 2012. *Kakovost oskrbe starejših – Izziv za prihodnost*. Logatec: Firis Imperl & Co.: Seniororojckr, pp. 24-25.
- Jordan, J.E., Buchbinder, R., Osborne, R.H., 2010. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient Education and Counseling*, 79, pp. 36-42. Doi: 10.1016/j.pec.2009.10.001
- Kaučič, B.M., & Vidnar, N., 2013. Telesna dejavnost starih ljudi s prekomerno telesno težo. In: Železnik, D, et al., eds. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. 3. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 17. september 2013*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 422-434.
- Kolšek, M., 2011. *O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, pp. 5-6
- Koprivnikar, H., 2015. *Kajenje tobaka med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več*. In: Majcen, B. ed. *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave Share*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, pp. 94-104.
- Lahe, M., Ribič, T. & Korez, N., 2012. Pomen telesne dejavnosti pri starejših. In: Železnik, D., et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks. 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved - zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, 18. September, 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. pp. 210-212.

Mezek, C., Rebolj, A. & Zurc, J., 2010. Medgeneracijsko sodelovanje v promociji zdravja – ugotovitve prehranskih in gibalnih navad starostnikov. In: Bobnar, A. & Vettorazzi, A., eds. *2. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved: Partnerstvo, znanje in razvojna zdravstvenem področju. Zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 8. junij, 2010.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. pp. 117-130.

Mlinar, S. & Plesničar, A., 2012. Življenjski slog starejših oseb – preeliminarna ocena vloge socialnih in demografskih dejavnikov. In: Železnik, D., et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks. 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved - zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, 18. september, 2012.* Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. pp. 57-64.

Pregelj, T., Bizjak, M. & Poklar Vatovec, T., 2011. *Smernice in priporočila za zdravo prehranjevanje starostnikov.* In: Jurdana, M. ed. *Razsežnosti kakovostnega staranja.* Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales, pp. 63-79.

Ramovš, K., 2016. Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 19(1), pp. 29-60.

Rotovnik Kozjek, N., Situlin, R., Zelenik, D. & Gabrijelčič Blenkuš, M., 2014. *Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje.* [Online] Available at: <http://www.zrs.upr.si/monografije/single/telesna-aktivnost-in-prehrana-za-kakovostno-staranje-attivita-fisica-e-nutrizione-per-un-invecchiamento-di-qualita-1853> [27. 1. 2016].

Selič, P., 2010. Kronični bolnik – psihološki vidik. In: Štemberger Kolnik, T. & Majcen Dvoršak, S., eds. *12. simpozij zdravstvene in babiške nege. Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji. Zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 12. maj 2010.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper, pp. 28-36

Sørensen, K., Van der Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, pp. 80-92. Doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Van der Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., et al., 2013a. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13 pp. 948-957. Doi: 10.1186/1471-2458-13-948

Sørensen, K., Schuh, B., Stapleton, G., Schröder-Bäck, P., 2013b. Exploring the ethical scope of health literacy A critical literature review. *Albanian medical journal*, 2013(2), pp. 71-83.

Stanojević-Jerković, O., Kolšek, M. & Rotar Pavli, D., 2011. Dejavniki tveganega pitja alkohola pri slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. *Zdravstveno Varstvo*, 50(4), pp. 249-258. Doi: 10.2478/v10152-011-0004-6

Spremembe in dopolnitve Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 18/15.

Stanojević-Jerković, O., Kolšek, M. & Rotar Pavli, D., 2011. Dejavniki tveganega pitja alkohola pri slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. *Zdravstveno Varstvo*, 50 (4), pp. 249-258. Doi: 10.2478/v10152-011-0004-6

Svetovna zdravstvena organizacija, 2016. *BMI Classification*. [online] Available at [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) [12. 6. 2016].

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2013. Modeli zdravstvene pismenosti: razumevanje individualnih dejavnikov zdravja in z zdravjem povezanega vedenja. In: Železnik, D., et al., eds. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 17. September 2013. Laško*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 99-107.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2014. Zdravstvena pismenost in zaznana kompetentnost na področju zdravja kot determinante pozitivnega vedenja povezanega z zdravjem. In: Skela Savič, B., et al. eds. *Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege - zbornik predavanj z recenzijo. 7. mednarodna znanstvena konferenca FZI. Bled, 12.-13. junij 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 105-106.

Toçi, E., Burazeri, G., Jerliu, N., Sørensen, K., Ramadani, N., Hysa, B. & Brand, H., 2015. Health literacy, self-percieved health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promotion International*, 30(3), pp. 667-674. Doi: 10.1093/heapro/dau009

Verbič, D. & Zupančič, V., 2012. Vloga zdravstvenih delavcev pri vzgoji za kakovostno staranje. In: Babnik, K. & Kocbek, M., eds. *Raziskovanje študentovzdravstvenih vedin evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov. 4. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Izola, 25. maj 2012*. Koper: Založba univerze na Primorskem, pp.189-196.

Zavod Viva, 2013. *Projekt Govori jezik zdravja za dvig zdravstvene pismenosti v Sloveniji*.

Zurc, J., Hlastan-Ribič, C. & Skela Savič, B., 2015. Dietary habits and physical activity patterns among Slovenian elderly: cross-sectional survey with cluster analysis. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), pp. 9-17. Doi: 10.14528/snr.2015.49.1.48

Železnik, U., 2012. Živiljenjske navade prekomerno hranjenih ljudi. In: Železnik, D., et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks. 2. Znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved - zbornik predavanj z recenzijo, Slovenj Gradec, 18. september, 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.



## ZNAČAJ SMEHA NA MENTALNO ZDRAVLJE

### THE IMPORTANCE OF LAUGHTER ON MENTAL HEALTH

Dinić Tatjana, strukovna medicinska sestra

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti "G. Toponia" u G. Toponici, Niš, Srbija

tatjanadinic@yahoo.com

#### SAŽETAK

Smeh je izražajno ljudsko ponašanje, koje se obično javlja kao odgovor na situaciju, komediju ili zabavu. To je jedan od najprepoznatljivijih emocionalnih izraza radosti, a ponekad smeh se takođe koristi kao odbrambeni mehanizam u situacijama straha. Smeh je element ponašanja koji igra važnu ulogu u međuljudskim odnosima i daje emotivni kontekst verbalne komunikacije u društvu ljudi koji daju pozitivan stav. To je univerzalni odgovor u kojem nema kulturološke razlike. Upitnik je rađen na uzorku od 30 isitanika, oba pola, različitih starosnih grupa od 20 do 60 god. različitog nivoa stručnog obrazovanja. Identifikovan je smeh kao bitan faktor koji utiče na zdravlje. Da li smeh ima značaj na zdravlje čoveka? Da li smeh čini da se dobro osećamo, otklanja psihičku napetost i stres? Koliko se često smejemo? Da li je savremena tehnologizacija međuljudskih odnosa doprinela da se smeh stavi u drugi plan? Ispitivanjem se došlo do rezultata šta je najbitnije u prevenciji i očuvanju zdravlja. Smehom se stvara osećaj zadovoljstva, opuštenosti, sreće. Ljudi koji se češće smeju postaju tolerantniji, zadovoljniji, komunikativniji, samopoštovaniji i poseduju realnu sliku o sebi, imaju pozitivni odnos prema mogućim zdravstvenim problemima. Smeh nam daje energiju i pozitivno deluje na naše fizičko i mentalno zdravlje. Dobijeni rezultati ukazuju na najvažnije. Takođe je odgovorima potvrđena hipoteza. Osobe koje se često smeju manje doživljavaju negativne emocije kao što su anksioznost, depresija i usamljenost. Smeh je blagotvoran i zato ga treba praktikovati više puta svakodnevno, potrebno je pronaći svoj izvor smeha. U teškim trenucima samo osmeh nam pomaže da se bolje osećamo. „Osmeh je jedna kriva linija koja ispravlja sve u životu“

**Ključne reči:** smeh, pozitivna svojstva smeha, zdravlje

#### ABSTRACT

Laughter is expressive human behavior, which usually occurs in response to a situation, comedy or entertainment. This is one of the most emotional expression of joy, laughter and sometimes also used as a defense mechanism in situations of fear. Laughter is the element of behavior that

plays an important role in human relations and provides emotional context of verbal communication in a people society who give a positive attitude. This is a universal response in which no cultural differences. The questionnaire was made on a sample of 30 subjects, both sexes, different age groups of 20 to 60 years, different levels of education. Laughter is identified as an important factor affecting health. Does laughter has significance to human health? Does laughter makes us feel good, reduces mental tension and stress? How often do we laugh? Is it contemporary technologization interpersonal relationships contributed to laugh put on the second plan? With research we came to the result what is most important in the prevention and health preservation. Laughter creates a sense of pleasure, relaxation, happiness...People who frequently laugh become more tolerant, more satisfied, more communicative, self-respectful and have a realistic picture of themselves, have a positive attitude to possible health problems. Laughter gives us energy and a positive effect on our physical and mental health. Obtained results indicate the most important.Hypothesis is also confirmed by the answers. Laughter is beneficial and should be practiced many times every day, you need to find your source of laughter. Obtained results indicate that today people are less laugh than before because of the rapid and stressful way of life and behind of that it is the characteristics of modern society that have done that figure of today been sad. People who laugh often less experienced negative emotions such as anxiety, depression and loneliness. In times of trouble and sickness smile helps us to feel better. "A smile is a curve line which corrects everything in life!"

**Keywords:** laughter, the positive properties of laughter, health

## UVOD

Nauka koja se bavi smehom, naziva se gelotologi (grčki = Gelos se smeje). Frojd je tvrdio da humor pomaže da se bolje reaguje na stres i negativne emocije. Musek (2010) je zaključio da: pojedinci koji se često smeju manje doživljavaju negativne emocije kao što su anksioznost, depresija i usamljenost. Godfrey i Jodi R (2004) u svojoj raspravi o efektima humora pominje pozitivne efekte na kardiovaskularni sistem, snižavanje krvnog pritiska, smanjenja koncentracije hormona stresa, poboljšavanja imunološkog sistem i olakšavanja percepcije fizičkog bola.

Smeh je izražajno ljudsko ponašanje, koje se obično javlja kao odgovor na situaciju, komediju, zabavu. To je jedan od najprepoznatljivijih emocionalnih izraza radosti, a ponekad smeh se takođe koristi kao odbrambeni mehanizam u situacijama straha. Pozitivan uticaj humora i smeha na naše mentalno i fizičko blagostanje, dokazuju rezultati brojnih studija.

Organizam ukoliko je pod stresom, povećava nivo kortizola i adrenalina, što može izazvati povišenje krvnog pritiska i začepljenje arterija. Smeh izaziva posebne fiziološke potrebe koje

pomažu organizmu. Smeh povećava stvaranje limfocita. Smejanjem se povećava nivo gama-interferona, proteina aktivnog u borbi bilo koje bolesti. Smeh je lek jer dovodi kiseonik u krvni sistem i podstiče lučenje endorfina koji imaju umirujuće dejstvo na organizam a istovremeno jača imuni sistem.

Činjenica je da zadovoljni ljudi su retko kada bolesni i nesrećni, dok nezadovoljni stalno poboljšavaju. Smeh je blagotvoran i zato ga treba praktikovati barem nekoliko minuta svakog dana. Smeh je element ponašanja koji igra važnu ulogu u međuljudskim odnosima i daje emotivni kontekst verbalne komunikacije u društvu ljudi koji daju pozitivan stav. Njegovom primenom ljudi postaju tolerantni, zadovoljni, komunikativni, samopoštovani i poseduju realnu sliku o sebi. Preventivno deluje na stres, a poželjno je pronaći svoj izvor za smejanje.

Smeh je vrlo koristan za razvoj ličnosti. Savremena tehnologizacija međuljudskih odnosa doprinela je da se smeh stavi u drugi plan. Za odsustvo smeha nisu krivi samo minimalizovani socijalni kontakti već i razlike u tipovima ličnosti.

Smeh može biti uzrokovan i nekim supstancama. Primer je udisanje azot oksida, koji izaziva smeh – poznat kao “gas smejavac” (azot-suboksid, N<sub>2</sub>O). Konzumiranje kanabisa može izazvati nasilne izlive smeha. Spoljni stimulansi, kao što su svrab (golicanje), može da izazove smeh.

U teškim trenucima, smeh ili samo osmeh mogu pomoći da se osoba oseća bolje. Kad se iskreno smejemo nije moguće osećati se ljuto, tužno ili nervozno.

## METODE

Na osnovu ispitivanja dobili smo sledeće rezultate: Kao merni instrument koristili smo upitnik, koji je specijalno pripremljen za ovu studiju. Upitnik sadrži 17 pitanja za dobijanje podataka o pozitivnim efektima smeha na kardiovaskularni sistem, snižavanje krvnog pritiska, smanjenja koncentracije hormona stresa, poboljšavanja imunološkog sistema i olakšavanja percepcije fizičkog bola, na mentalno zdravlje, imunološki sistem, stres. U istraživanju su učestvovali ispitanici 19 žena i 11 muškaraca koji su nasumično odabrani, starosne grupe od 20 do 60 godina, različitih stručnih sprema, profesija i bračnog stanja.

## REZULTATI

Dobijeni rezultati ukazuju na to da kada se smeju osećaju se srećno, zadovoljno, opušteno, otklanja im se napetost i smanjuje stres. Da zbog ubrzanog i stresnog načina života se sve manje smeju, karakteristike savremenog društva su učinile da slika današnjice bude tužna.

Ispitanici se češće smeju kada vreme provode družeći se sa porodicom, prijateljima, veselim i raspoloženim osobama, baveći se nekom fizičkom aktivnošću: plivanjem, šetnjom, planinarenjem. Smeh ima značajnu ulogu na zdravlje čoveka, intenzivniji je u toku odmora i vikendom dok je u toku dana i na poslu zanemariv. Kada su srećni tolerantniji su, komunikativniji, samopoštovaniji.

Ispitanici smatraju da kada su bolesni uz ordiniranu terapiju veliki značaj na ishod bolesti ima: ljubaznost, lepa reč i osmeh medicinske sestre-tehničara u zdravstvenim ustanovama.

## DISKUSIJA

Odrasli često „zaboravljaju“, da se smeju uzimajući sebe i svoje životne probleme i situacije suviše ozbiljno. Tada sve postaje ozbiljno, teško, mučno. Neki događaji u životu su nedvosmisleno teški i nisu prilika za smeh. Međutim, većina događaja, srećom, spada u sivu zonu svakodnevnice ostavljajući nam izbor da li da im pristupimo s humorom i smehom ili ne. Značaj rada zdravstvenih radnika je velika u prevenciji i borbi protiv stresa. Kvalitetan život je neophodno da se zasniva na zdravom načinu života, optimizmu, pozitivnom mišljenju, toleranciji, razumevanju različitosti. Zdravstveni radnici su uglavnom ozbiljnih lica?!

Gde smo izgubili osmeh? Jesmo li zaboravili da se osmehujemo bolesnima? Ne zaboravimo da osmeh pomaže bolesnima ponekad i više od leka! Da ste u ulozi pacijenta od koga bi radije zatražili pomoć :od zdravstvenog radnika koji je ljubazan i osmehuje se ili od nekog ko je ozbiljnog i strogog izraza lica?

## ZAKLJUČAK

Napravite listu stvari koje vas čine srećnim u sopstvenom životu. Pronađite vremena za predah i naučite da razlikujete bitno od nebitnog. Birajte društvo nasmejanih, veselih i raspoloženih osoba, smeh je zarazan. Unesite humor u svakodnevne razgovore kad god je to prikladno. Smeh je blagotvoran i zato ga treba praktikovati svakog dana, poželjno je pronaći svoj izvor za smeh. U najtežim trenucima samo osmeh nam pomaže da se bolje osećamo. Vežbajte osmehivanje ljudima, stvarima, situacijama, koje vam prijaju. Smejte se, pevajte, plešite, radujte se! Ne plašite

se smeha, radosti i sreće! Ne palšite se svojih emocija! “Osmeš je jedna kriva linija koja ispravlja sve u životu”.

## Literatura

Kaličanin, P., Toševski-Lečić, D., 1994. Knjiga o stresu. Beograd: Medicinska knjiga.

Kaličanin, P., Stožnić, S., Paleev, N.R., Slepčević, D., 2001. Streses, zdravlje-bolest. Beograd.

Klajn, E., Gregurek, R., et al., 2007. Grupna psihoterapija za medicinske sestre i tehničare.

Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja 1992. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd.

Psihijatrija. udžbenik za studente medicine, 2007. Beograd: Medicinski fakultet, pp. 94-112.

Rmardžić, Špirić, Ž. Posttraumatski stresni poremećaj. Beograd: Vojnomedicinska akademija, Klinika za psihijatriju.

Vlajković, V., 1992. Životne krize i njihovo prevazilaženje. Beograd: Nolit.

# SISTEM SPOROČANJA IN UČENJA O OPOZORILNIH NEVARNIH IN DRUGIH ŠKODLJIVIH DOGODKIH V SLOVENIJI

## THE SYSTEM OF REPORTING AND LEARNING ABOUT SENTINEL AND OTHER ADVERSE EVENTS IN SLOVENIA

doc. dr. Vesna Zupančič  
mag. Mateja Radej Bizjak  
mag. Bernarda Kociper  
Tanja Mate  
dr. Ana Medved

Ministrstvo za zdravje, Slovenija  
vesna.zupancic@gov.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Sistem sporočanja opozorilnih nevarnih dogodkov je bil v Sloveniji vzpostavljen leta 2002. Posodobitev sistema je predvidena z Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025. Za pridobitev ocene stanja in identifikacijo potreb za spremembo sistema je bila v obdobju od januarja do aprila 2017 izvedena nacionalna evalvacijska študija.

**Metoda:** Uporabljen je bil kvantitativni pristop. Namensko razvit evalvacijski vprašalnik je bil naknadno prilagojen glede na ciljno skupino deležnikov: za bolnišnice (n = 29), druge izvajalce zdravstvene dejavnosti (n = 57), zbornice in strokovna združenja (n = 6), zastopnike pacientovih pravic (n = 13) in pacientov (n = 8). Vzorčenje je bilo kvotno. Stopnja odzivnosti posameznih skupin deležnikov je bila različna. V končno analizo je bilo vključenih 58 evalvacijskih vprašalnikov. Za analizo številčnih podatkov je uporabljen kvantitativni (opisna statistika), za analizo odgovorov na odprta vprašanja pa kvalitativni pristop. **Rezultati:** Deležniki ocenjujejo, da se na Ministrstvo za zdravje sporoči od 20 do 40 % opozorilnih nevarnih dogodkov za katere velja obveza sporočanja. Po povprečni oceni znotraj posameznih skupin deležnikov se kaže potreba po spremembi sistema predvsem na področjih vpeljave in sledenje ukrepov ter širjenja izboljšav. **Diskusija in zaključek:** Pridobljena ocena stanja in potreb je z vidika različnih deležnikov začrtala pot nadaljnjih ukrepov (vključitev pacientov, razširitev sporočanja za vse izvajalce, razvoj e-podpore) v smeri izboljševanja kulture varnosti, ozaveščenosti o pomenu sporočanja opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov, dviga kakovosti obravnave škodljivega dogodka in vzpostavitve učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov za izboljšano preventivno delovanje.

**Ključne besede:** kakovost in varnost zdravstvene oskrbe, kultura varnosti, škodljivi dogodki v zdravstvu, varnostni program, preventivno delovanje.

## ABSTRACT

**Introduction:** A system of reporting and learning about sentinel and other adverse events was established in Slovenia in 2002. The modernization of the system is envisaged in the Resolution on the National Health Care Plan 2016-2025. In order to assess the situation and the needs for changing the system a national evaluation study was carried in the period from January to April 2017. **Method:** A quantitative approach was used. An evaluation questionnaire was developed, which was subsequently adapted according to the target group of stakeholders: for hospitals (n = 29), other providers of healthcare (n = 57), chambers and professional associations (n = 6), patient rights representatives (n = 13) and patients (n = 8). Sampling was quota. The degree of responsiveness of individual stakeholder groups varied. The final analysis included 58 evaluation questionnaires. The analysis of numerical data was carried out quantitatively (descriptive statistics), and the analysis of the answers to open questions qualitatively. **Results:** Changes (structural, process and outcome) are needed at institutional and national level. The shareholders estimate that 20 – 40 % of the sentinel events that are subject to the obligation of notification are reported to the Ministry of Health. According to the average assessment within each stakeholder group, the need to change the system is evident, especially in the areas of implementation and tracking of measures and dissemination of improvements. **Discussion and conclusion:** The assessment of the situation and the needs from the perspective of different stakeholders have outlined the way of further measures (inclusion of patients, extension of reporting to all providers, development e- support, etc.) in the direction of improving the culture of safety, awareness of the importance of reporting sentinel and other adverse events, increasing the quality of the management of sentinel and other adverse events and establishing mechanisms to learn from sentinel and other adverse events.

**Keywords:** quality and safety of healthcare, safety culture, adverse events in healthcare, safety program, preventive action.

## UVOD

Evropska komisija opozarja, da utрпи škodljivi dogodek pri zdravstveni obravnavi od 4 do 17 % pacientov ter da bi bilo možno od 44 do 55 % teh dogodkov preprečiti (Zsifkovits, et al., 2016). V skladu s Poročilom Sveta o varnosti pacientov (2009/ C151/01) ter Zdravstvenim programom Evropske Unije 2014-2020 (2014) je vzpostavljen sistem spremljanja in učenja iz škodljivih dogodkov v državi le eden izmed varnostnih programov in mehanizmov za zmanjševanje škodljivih dogodkov v zdravstvu. Po Berwicku (2013) je sistem sporočanja prvenstveno namenjen pridobivanju podatkov o varnosti pacientov, da so nato uporabljeni v procesu individualnega in organizacijskega učenja. Študije o sporočanju škodljivih dogodkov v zdravstvu se praviloma usmerjajo na dejavnike povezane s sporočanjem in analizo dogodkov, kot so npr. pripravljenost osebja, da sporoča o opozorilnih nevarnih dogodkih (Evans, 2006), kultura sporočanja (Kreckler, et al., 2009), kategorizacija in spremljanje števila

prijavljenih opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov (Hutchinson, et al., 2009), oblikovanje sistemov sporočanja (Regenbogen, et al., 2010; Evropska komisija, 2014) ter tudi vrednotenje uspešnosti sistemov (Anderson & Kodate, 2015; Stavropoulou, et al., 2015). Ne zadostno sporočanje o opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkih je v nasprotju s prizadevanji za razumevanje vročno posledičnih zvez in ovira za preventivno delovanje (Hutchinson, et al., 2009).

## Pogled na sistem iz mednarodne perspektive

Analiza obstoječih sistemov sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v državah Evropske unije je pokazala na razlike v sistemih med državami. Oblikovana so bila priporočila za razvoj oziroma posodobitev obstoječih sistemov (Evropska komisija, 2014). Prednostna področja in cilji Evropske unije v povezavi s škodljivimi dogodki v zdravstvu so: ozaveščanje pacientov in širše javnosti, določitev enotne metodologije spremljanja, analize in sporočanja, zagotavljanje anonimnosti na ravni izvajalca zdravstvene dejavnosti, uporaba primerljivega klasifikacijskega sistema, osredotočanje na uporabo kvantitativnega in kvalitativnega pregleda podatkov, uporaba podatkov, vzpostavitev zaključene zanke sporočanja in učenja, določitev ločnic in povezanosti med lokalnimi in nacionalnimi sistemi sporočanja, definiranje stroškov zaradi škodljivih dogodkov v zdravstvu, določitev način financiranja in opredelitev višine potrebnih sredstev za varnostne programe, prepoznavanje specifičnih situacij na posameznih področjih, itd. (Anderson & Kodate, 2015; Klemp, et al., 2016; McElroy, et al., 2016). Anderson in Kodate (2015) sta se pri oceni uspešnosti sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov osredotočila na mikro nivo. Kot pomembne indikatorje za oceno izpostavljata: (1) raziskovanje možnih vzrokov dogodka, (2) obravnava težav / problemov v sistemu, (3) kritika domnevnih vzrokov, (4) iskanje dodatnih informacij o dogodku, (5) raziskovanje palete možnih ukrepov, (6) obravnava systemskega vpliva morebitnih ukrepov, (7) kritika možnih rešitev za preprečitev ponavljanja dogodka, (8) zahteva po dodatnih informacijah o ukrepih sprejetih v podobnih primerih ter (7) reševanje težav iz dogodkov, ki presegajo meje organizacije. Stavropoulou, et al. (2015) so k ocenjevanju pristopili z drugačne perspektive. S tematsko analizo 43 študij se usmerjajo bolj na makro nivo. Ugotavljajo, da se za opisovanje opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v zdravstvu uporablja različna terminologija, da je le malo dokazov o učinkovitosti sistemov sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v kontekstu izboljševanja kulture varnosti, zagotovo pa so sistemi učinkovitejši, če so vgrajeni pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti kot del širših varnostnih programov.

## Pogled na sistem v Sloveniji

Ministrstvo za zdravje je sistem sporočanja in učenja o opozorilnih nevarnih dogodkih za bolnišnice vzpostavilo leta 2002. Pripravljeni so bili navodila in obrazci za sporočanje, ki so objavljeni na spletni strani Ministrstva za zdravje. Kasneje je bilo objavljenih tudi nekaj



publikacij in znanstvenih člankov (Robida, 2013a, b). Obveza bolnišnic za sporočanje na Ministrstvo za zdravje velja za sedem najhujših opozorilnih nevarnih dogodkov: nepričakovana smrt, večja stalna izguba telesne funkcije, samomor pacienta v zdravstveni ustanovi, zamenjava novorojenčka, hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin, kirurški poseg na napačnem pacientu ali napačnem delu telesa in sum kaznivega dejanja (Ministrstvo za zdravje, n. d.). Sicer imajo bolnišnice in tudi nekateri drugi izvajalci zdravstvene dejavnosti vzpostavljen notranji sistem spremljanja opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov, ki temelji na aktivnostih za preprečevanje vseh varnostnih zapletov (podpora vodstva, splošen načrt in viri, izobraževanje), takojšnjem ukrepanju (za preprečevanje nadaljnje škode, podpora pacientu/ svojcem, vpletenemu osebju, sporočilo o dogodku, zapis v zdravstveno dokumentacijo, itd.), pripravi na analizo (imenovanje tima za analizo, izbira metode, itd.), poteku analize (kaj se je zgodilo, kako in zakaj se je zgodilo, kaj mora biti narejeno, da se to ne bi več zgodilo – oblikovanje priporočil za izboljšave), vpeljavi in sledenju ukrepov (vpeljava, spremljanje in merjenje učinkovitosti ukrepov) ter širjenju izboljšav (razširiti novo znanje znotraj in zunaj zavodov) (prilagojeno po Robida, 2013b). Prednostna področja v okviru prizadevanj za posodobitev obstoječega sistema spremljanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji so: nadgradnja regulatornega okvira in pravna ureditev sistema za zaščito, varovanje pravic sporočevalcev ter v dogodek vključenih deležnikov, dvig varnostne kulture, natančna opredelitev strukture, procesa in izida sistema z vidika vloge, odgovornosti in aktivnosti ključnih oseb ter potrebnih virov (npr. informacijsko komunikacijska podpora).

#### Namen, cilji študije in raziskovalna vprašanja

Namen študije je bil pridobiti informacije o potrebnih spremembah sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov za posodobitev sistema, kar je eden izmed ukrepov zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe, predviden z Resolucijo nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Poglavitna cilja študije sta bila ocenitev stanja in potreb za definiranje potrebnih sprememb obstoječega sistema iz vidika različnih deležnikov, da bi bil dosežen napredek v razvoju sistema poročanja in učenja o opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji. Osnovno zastavljeno raziskovalno vprašanje je bilo:

»Kje vidijo različni deležniki v Sloveniji priložnosti za spremembo obstoječega sistema spremljanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji?«

#### METODA

Uporabljena je bila kvantitativno neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani z anketiranjem v obdobju od januarja do aprila 2017. Kot instrument je bil uporabljen namensko razviti evalvacijski vprašalnik, ki je bil naknadno prilagojen glede na ciljno skupino deležnikov. Posamezni deli vprašalnika so bili povzeti po Robida (2013), Estabrooks, et. al,

(2009) in Anderson & Kodate (2015). Vprašalnik je bil posredovan izvajalcem zdravstvene dejavnosti: bolnišnicam (n = 29) in drugim izvajalcem zdravstvene dejavnosti, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov (n = 57), zastopnikom pacientovih pravic (n = 13), zbornicam in strokovnim združenjem (n = 6), ter združenjem pacientom (n = 8) oziroma potrošnikom. Vzorec je bilo kvotno. Iz posameznega zavoda so lahko po presoji vodstva (praviloma strokovnega direktorja) glede na organizacijo dela izpolnili vsaj enega, lahko pa tudi več evalvacijskih vprašalnikov. V končni vzorec za analizo je bilo vključenih skupno 58 pravilno izpolnjenih evalvacijskih vprašalnikov (ostale, ki so bili pomanjkljivo izpolnjeni, so bili iz analize izločeni). V raziskavi je tako sodelovalo 18 od skupno 29 bolnišnic (stopnja odzivnosti 62 %). Najslabši odziv je bil v skupini drugih izvajalcev (19 zdravstvenih domov, stopnja odzivnosti 33,3 %). V raziskavo se je vključilo 9 od 13 imenovanih zastopnikov pacientovih pravic, kar predstavlja 69,2 % realizacijo vzorca. Odzvali so se tudi tri zbornice in dve strokovni združenji. S strani združenj pacientov pa smo pridobili 8 izpolnjenih vprašalnikov. Vprašanja zaprtega tipa so bila analizirana kvantitativno (osnovna statistika), vprašanja odprtega tipa pa kvalitativno. Podatki so predstavljeni na podlagi sinteze tematske analize podatkov na način, da se vsebina sporočila deležnikov ni spremenila.

## REZULTATI

Za poimenovanje opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov deležniki uporabljajo različne pojme: »neljubi dogodek«, »nehoteni dogodek«, »incident«, »neželena dogodek«, »nepričakovana nesreča«, »opozorilni nevarni dogodek«, »varnostni zaplet«, »varnostni incident«, »skorajšnja napaka« in jih tudi različno definirajo. Pojem opozorilni nevarni dogodek pojasnjujejo z različnimi besedami, besednimi zvezami oziroma asociacijami: »izidi, ki so pod pričakovanimi«, »malomarnost, ne ravnanje s pravili stroke«, »strokovna nekompetentnost«, »neupoštevanje standardov in protokolov pri zdravljenju«, »nepričakovan dogodek, ki lahko pacientu pusti škodo na zdravju kot npr. zamenjava pacienta, poseg na napačnem delu telesa, padci pacientov med hospitalizacijo«, »napačna diagnoza«, »nenamerna zdravstvena napaka« pa tudi »premalo poglobljen odnos zdravnika/zdravstvenega osebja do pacienta«, »ogrožena osebnost pacienta«, »grožnje, verbalno nasilje in fizično nasilje«. Opisujejo, da se opozorilni nevarni dogodki: (1) vedno lahko pojavijo in ponovijo, (2) se jih le do določene mere da preprečiti oziroma zmanjšati njihovo število in (3) so stalnica zaradi kompleksnosti zdravstvenega sistema in stalno prisotnega človeškega faktorja. Kot potrebne ukrepe za zmanjšanje pojavnosti opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov deležniki vidijo predvsem v: (1) različnih ukrepih za zmanjšanje obremenjenosti in izboljšanju strokovnosti zdravstvenih delavcev, (2) izboljšanju sodelovanja med izvajalci, med izvajalci in vodstvom, med izvajalci in pacienti ter med institucijami, (3) enotni in enostavni aplikaciji za sporočanje, ukrepanje in preverjanje realizacije ukrepov, (4) zaščiti sporočevalcev (»posameznik, ki prijavi opozorilni nevarni dogodek ne sme biti tarča napada«) in dekriminalizaciji področja, (5) pozitivnem odnosu medijev, (6) jasni odgovornosti vseh deležnikov pri zagotavljanju varnosti (tudi pacientov

samih) v zdravstvu, (7) dosledni obravnavi vsakega opozorilnega nevarnega ali drugega škodljivega dogodka in (8) »uzakonitvi kakovosti in varnosti«.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati ocene kakovosti delovanja notranjega sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov. Iz podatkov je razvidno, da se notranji sistemi sporočanja pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti (lokalna raven) razlikujejo. Vzpostavljeni so v bolnišnicah, na primarni ravni pa predvsem tam, kjer so bili izvajalci zdravstvene dejavnosti v postopkih akreditacije in pridobivanja mednarodnih certifikatov. Deležniki so kakovost notranjega sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji ocenili na lestvici od 1 (slabo) do 5 (odlično). Rezultati so predstavljeni v obliki povprečne vrednosti in standardnega odklona, ločeno glede na vključene skupine deležnikov (Tabela 1). Najnižjo oceno kakovosti delovanja notranjega sistema sporočanja in učenja so podali zastopniki pacientovih pravic (PV = 2,0; SO = 0,71), ki imajo izkušnje z delovanjem sistema iz vidika zunanjega opazovalca. Najvišjo oceno pa so podali iz bolnišnic (PV = 3,57; SO = 0,85), kjer gre praviloma za samooceno oziroma oceno lastnega sistema.

Tabela 1: Ocena kakovosti delovanja notranjega sistema sporočanja in učenja

Deležniki	povprečna vrednost	standardni odklon
bolnišnice	3,57	0,85
zdravstveni domovi	3,36	1,08
zastopniki pacientovih pravic	2,0	0,82
zbornice in strokovna združenja	2,5	0,71
združenja pacientov	2,5	0,88

Anketirani menijo, da notranji sistem še ni dovolj dobro definiran, da je predvsem premalo pozornosti usmerjeno na preprečevanje škodljivih dogodkov, na razvoj kulture varnosti (ciljna populacija: vodstvo ustanov), da ni pravnih in drugih dokumentov, da je prisotna potreba po izboljšavi obstoječih obrazcev, zagotovitvi enotne informacijsko komunikacijske podpore, časovno in vsebinsko ustreznega odziva ob škodljivem dogodku (prepozna seznanitev vodstva s škodljivim dogodkom, odziv na dogodek z zamudo) in izboljšanju analize vzrokov (premalo poglobljena, premalo znanja, prezahtevni obrazci, šibkost pri analizi kompleksnejših primerov).

Dežniki vidijo kot primerno odgovorno osebo za sporočanje opozorilnih nevarnih dogodkov na Ministrstvo za zdravje strokovnega direktorja oziroma z njegove strani pooblaščen osebno. V večinskem deležu so izrazili svoje strinjanje s sporočanjem določenih vrst opozorilnih nevarnih dogodkov na Ministrstvo za zdravje. Menijo pa tudi, da so potrebne korekcije in dopolnitve v primeru razširitve sporočanja na vse izvajalce zdravstvene dejavnosti. Ugotavljajo tudi, da kakovost internih strokovnih nadzorov, ki so uvedeni ob pojavu opozorilnega ali drugega škodljivega dogodka, še ni zadovoljiva. Manjkajo krovni vpogled v realizacijo priporočil, preverjanje uspešnosti realizacije, evidenca spremljanja ukrepov, možnost vpeljave nekaterih priporočil, ki se kažejo kot primer dobre prakse, na

celotno bolnišnico in širše, raziskovanje v slovenskem prostoru. Sicer jih veliko (razen iz bolnišnic) priznava, da o sistemu nimajo informacij. Izkušnje pacientov razkrivajo pomanjkljivosti: (1) prikrievanje neželenih dogodkov, (2) napačno sporočanje, (3) premalo komunikacije in empatije med zdravstvenimi delavci in pacientom, (4) naknadno popraviljanje napake, ki se je zgodila, (5) napačna ocena urgentnosti težave, (6) podcenjeno delo zdravstvenih delavcev in (7) slaba organizacija dela. Pri oceni deleža sporočenih opozorilnih nevarnih dogodkov na Ministrstvo za zdravje, glede na vse opozorilne nevarne dogodke, ki bi morali biti sporočeni, so bili deležniki zadržani. Najpogosteje se pojavi ocena od 20 do 40 %. Delež sporočanja na Ministrstvo za zdravje bi se po mnenju deležnikov povečal z: (1) aktivnostmi na področju izobraževanja o opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkih, (2) imenovanjem in delovanjem delovne skupine katero bi sestavljali pooblaščenca za varnost, (3) s spremembo miselnosti in uvedbo mehanizmov, da priznanje napake ne predstavlja sramote in nevarnosti »linčanja« v medijih, (4) poenostavitvijo postopkov, (5) večjo zavzetostjo svojcev in pacientov, (6) objavljanjem znanstvenih študij in implementacijo orodij povezanih s to tematiko, (7) analizo stanja na podlagi raziskav, (8) redno objavljene poročil in predlaganje ukrepov za izboljšave za tekoče leto oziroma usmeritve za prihodnjih nekaj let, (9) ozaveščanje in udejanjanje kulture varnosti za preseganje obvezne kakovosti (nagrajevati osebno kakovost zaposlenih v sistemu), (10) izvajanje večjega števila strokovnih nadzorov, nadzorov zdravstvenega inšpektorata in ostalih inštitucij, itd.

Po mnenju vseh skupin deležnikov, bi pacienti najverjetneje, če bi posumili, da je pri njihovi zdravstveni obravnavi prišlo do opozorilnega nevarnega dogodka, za prijavo le tega izbrali naslednje poti: (1) formalne poti pri izvajalcu, (2) pri zastopniku pacientovih pravic ali (3) neformalne poti pri izvajalcu. Nekoliko manj verjetno je, da bi izbrali ostale poti, kot so zbornice in strokovna združenja, Ministrstvo za zdravje, Varuha človekovih pravic, medije (časopis, TV), policija), informacijskega pooblaščenca, nevladne organizacije. Šele na zadnjem mestu, bi se obrnili po pomoč na sodišče. Po povprečni oceni znotraj posameznih skupin deležnikov se kaže (glede na oceno po 5- stopenjski lestvici od 1 - nizka potreba po spremembi do 5 - močna potreba po spremembi) potreba po spremembi sistema predvsem na področjih vpeljave in sledenje ukrepov ter širjenja izboljšav (Tabela 2).

Tabela 2: Ocena potrebe po spremembi po posameznih področjih sistema

Področje	Ocena
aktivnosti pred škodljivim dogodkom	od 3,5 do 4,4
takojšnje ukrepanje	od 2,69 do 5,0
priprava na analizo	od 2,94 do 4,8
potek analize	od 3,18 od 4,89
vpeljave in sledenje ukrepov	od 3,75 do 4,78
širjenje izboljšav	od 3,94 do 4,89

Deležniki od Ministrstva za zdravje pričakujejo konkretno posodobitev sistema kot npr. razširitev obveze sporočanja na vse izvajalce zdravstvene dejavnosti, taktno in premišljeno vključitev pacientov, številne aktivnosti pri odkrivanju in odpravljanju sistemskih pomankljivosti ter podporo pri razvoju kulture varnosti: »participativni model izboljševanja kakovosti in varnosti je edini celostni model, ki ponuja prave rešitve«.

## DISKUSIJA

Rezultati evalvacije kažejo na dejansko potrebo po posodobitvi sistema sporočanja in učenja o opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov. Prepoznane potrebe po spremembi sistema so v skladu s priporočili Evropske komisije (2014). Na vprašanje, kje vidijo različni deležniki v Sloveniji priložnosti za spremembo obstoječega sistema v Sloveniji, lahko odgovorimo v treh točkah, ki predstavljajo tudi strateške cilje v povezavi s posodobitvijo sistema spremljanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2017):

- izboljšati varnost pacientov s posodobitvijo sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov ter z dvigom kulture varnosti in pravičnosti pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti - za sistematično krepitev vloge izvajalcev zdravstvene dejavnosti, vodstva, zdravstvenih delavcev in sodelavcev, da s pomočjo multidisciplinarnega pristopa, vseživljenjskega izobraževanja in usposabljanja ter ustreznega upravljanja prevzemajo aktivno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacientov;
- vzpostaviti integriran dobro delujoč in elektronsko podprt sistem sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih dogodkov, ki bo omogočal razširitev na podlagi posebnih značilnosti posameznih področij zdravstvenega varstva v poznejših fazah razvoja, močno preventivno delovanje ter kakovostno ukrepanje ob opozorilnih nevarnih ter drugih škodljivih dogodkih;
- nadgraditi obstoječi sistem v skladu s priporočili na ravni Evropske unije v skladu s strokovnimi smernicami, znanstvenimi dokazi in primeri dobre prakse ter na podlagi ocene stanja in potreb ter definiranja potrebnih sprememb iz vidika različnih deležnikov v Sloveniji.

Posebno močna potreba po spremembi sistema se kaže predvsem na področjih vpeljave in sledenja ukrepov ter širjenje izboljšav. V študijah ugotavljajo, da učenje ovirajo neenotne definicije opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov ter odsotnost povratne zanke; če osebe ne prejme povratne informacije o opozorilnem nevarnem ali drugem škodljivem dogodku, o katerem so poročali (Anderson, et al., 2013; Stavropoulou, et al., 2015).

### Prednosti in omejitve študije

Pridobljeni podatki kljub temu, da ni bila v ospredju razlika v oceni med posameznimi skupinami deležnikov, predstavljajo posebno vrednost pri pripravi akcijskega načrta posodobitve. Omejitve, ki izhajajo iz kvantitativnega pristopa, so bile delno presežene s

vklučitvijo odprtih anketnih vprašanj in tematske analize vsebine odgovorov. Slabša odzivnost v skupini drugi izvajalci kaže na manjšo zavezanost za področje. Pri pridobivanju informacij z vidika pacientov pa je bolj smiselna uporaba fokusne skupine.

## ZAKLJUČEK

Pridobljena ocena stanja in potreb v okviru sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov je z vidika različnih deležnikov načrtala pot nadaljnjih ukrepov za izboljšano ugotavljanje porekla vzrokov za opozorilne nevarne in druge neželene dogodke, za boljše usmerjenost "strukture" k analizi, učenju ter preprečevanju opozorilnih nevarnih in drugih neželenih dogodkov ter ne v izkanje krivcev – za dvig kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in celotne zdravstvene dejavnosti.

### Zahvala

Zahvala je namenjena vsem sodelujočim pri evalvaciji sistema sporočanja in učenja iz opozorilnih nevarnih in drugih škodljivih dogodkov. Pri načrtovanju prenove sistema sodelujejo še Maja Rupnik Potokar, Katarina Kralj iz Ministrstva za zdravje in Mircha Poldrugovac iz Nacionalnega instituta za javno zdravje ter drugi.

### Literatura

Anderson, J. E. & Kodate, N. 2015. Learning from patient safety incidents in incident review meetings: Organisational factors and indicators of analytic process effectiveness. *Safety Science* 80: 105 -114.

Berwick, D. 2013. *A promise to learn – a commitment to act: improving the safety of patients in England*. London: Department of Health.

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Cummings, G. G., Birdsell, M. Y., & Norton, P. G. 2009. Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC Health Services Research*, 9, pp. 234.

Evans, S. M. 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality & Safety in Health Care*, 15(1), pp. 39-43.

Evropska komisija. 2014. Ključne ugotovitve in priporočila glede sistemov sporočanja in učenja o varnostnih zapletih za paciente po Evropi. Available at: [http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_reporting\\_learningsystems\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_sl.pdf) [2. 6. 2017].

Hutchinson, A., Young, T. A., Cooper, K. L., et al. 2009. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the *National Reporting and Learning System*. *Quality & Safety in Health Care*, 18(1), pp. 5-10.

Klemp, K., Dovey, S., Valderas, J. M., Rohe, J., Godycki-Cwirko, M., Elliott, P., Gerlach, F. M. & Hoffmann, B. 2015. Developing a patient safety incident classification system for primary care. A literature review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*, 14; 21(sup1), pp. 35-38.

Kreckler, K., Catchpole, P. & McCulloch, Handa, A. 2009. Factors influencing incident reporting in surgical care. *Quality and Safety in Health Care*, 18, pp. 5-10.

McElroy, L. M., Wods D. M. Yanes, A. F., Skaro, A. I., Daud A. I., Curtis, T., Wymore, E, Holl J. L., Abecassis, M. M. & Ladner, D. P. 2016. Applying the WHO conceptual framework for the International Classification for Patient Safety to a surgical population. *International journal for quality in healthcare*, 28 (2), pp. 166-174.

Ministrstvo za zdravje (n. d.). Poročanje o zapletih. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/porocanje\\_o\\_zapletih/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/porocanje_o_zapletih/) [3. 6. 2017].

Ministrstvo za zdravje. 2017. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/porocanje\\_o\\_zapletih/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/porocanje_o_zapletih/)[22. 6. 2017].

Poročilo Sveta o varnosti pacientov. 2009/ C151/01.. Available at: [http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_sl.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_report_sl.pdf) [3. 6. 2017].

Regenbogen, S. E., Hirose, M., Imanaka Y., Oh E. H., Gawande A. A., Takemura T. & Yoshihara H.. 2010. A comparative analysis of incident reporting lag times in academic medical centres in Japan and the USA. *Quality & Safety in Health Care*, 19 (16), e10.

Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025" Skupaj za družbo zdravja". *Uradni list RS*, št. 25/2016.

Robida, A. 2013a. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International journal for quality in health care*, 25 (4), pp. 469-47.

Robida, A. 2013b. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priručnik. Bled: Center za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt.

Stavropoulou, C., Doherty, C. & Tosey, P. 2015. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review. *Milbank Q*, 93(4), pp. 826-866.

*Zdravstveni program Evropske Unije 2014-2020*. 2014. Available on: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN> [3. 6. 2017].

Zsifkovits, J., Zuba, M., Geißler, V., Lepuschütz, L., Pertl, D., Kernstock, E. & Ostermann, H. 2016. Costs of unsafe care and cost-effectiveness of patient safety programmes. *Evropska komisija*. Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2016\\_costs\\_psp\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf). [7. 6. 2017].

## INTERNI KAZALNIKI KAKOVOSTI KOT ORODJE IZBOLJŠAV V ZDRAVSTVENI NEGI

## INTERNAL QUALITY INDICATORS AS TOOLS FOR IMPROVEMENTS IN HEALTH CARE

mag. Matejka Pintar Babič, univ. dipl. org.

dr. Jožica Peterka Novak, prof. soc. ped.

Stanislava Blagojevič, mag. zdr. nege

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija

jozica.peterka@psih-klinika.si

### IZVLEČEK

Kazalniki kakovosti predstavljajo merilno orodje za spremljanje in izboljševanje kakovosti obravnave pacientov, kliničnih storitev in podpornih dejavnosti zdravstvene organizacije. S pomočjo kazalnikov pridobivamo informacije o stanju procesov v zdravstveni dejavnosti, ki jih brez izboljšanja procesa ali sistema ni moč izboljšati. V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana so v uporabi obvezni kazalniki Ministrstva za zdravje in interni kazalniki kakovosti. Uvedba internih kazalnikov kakovosti v proces zdravstvene nege v psihiatriji je bila z vidika izboljševanja kakovosti nujna zaradi načrtovanja aktivnosti, ki so sledile dobljenim rezultatom. Interni kazalniki so se uvajali postopoma. Njihov prvotni namen je bil izboljšati najbolj pomembne procese v zdravstveni negi. V prispevku je predstavljenih 22 internih kazalnikov kakovosti, evidentiranih od leta 2012 do 2016. Izdelava in spremljanje kazalnikov je ključnega pomena za sistematično odkrivanje odklonov in posledično uvajanje usmerjenih izboljšav v specifično delovno okolje. Kazalniki pomagajo prepoznati odgovornosti in pristojnosti, ki so pomembne za učinkovit razvoj ter spodbujajo zaposlene pri izboljševanju prakse. Diplomirane medicinske sestre so zaradi multidisciplinarnega sodelovanja v zdravstvenem timu ključne za opazovanje, beleženje in analizo kazalnikov kakovosti. Hkrati pa imajo pomembno vlogo za dvig kakovosti procesov v posamezni zdravstveni organizaciji. Namen prispevka je prikazati uvajanje internih kazalnikov kakovosti v zdravstveno obravnavo pacientov z duševno motnjo, s ciljem proučiti njihovo praktično vrednost v kliničnem okolju.

**Ključne besede:** odkloni, kakovost, procesi, psihiatrija



## ABSTRACT

Quality indicators are measurement tools for tracking and improving the quality of treatment of patients, clinical services and support activities within healthcare organizations. With the help of indicators we can obtain information on the status of processes during healthcare activities, without which it is impossible to make improvements. In the University Psychiatric Clinic in Ljubljana are used compulsory indicators of the Ministry of Health and internal quality indicators. Internal indicators of quality were introduced into the process of psychiatric healthcare treatment in order to improve quality and were introduced gradually. Twenty-six internal indicators of quality documented from 2012-2016 are presented in this submission. The creation and tracking of indicators is of key importance in systematically detecting deviations and consequently introducing targeted improvements in a specific work environment. The indicators help to recognize responsibility and competence, which are important for effective development and encourage employees to improve their practice. Due to the multidisciplinary environment in a healthcare team, nurses are key for observing, recording and analysing indicators of quality. At the same time, registered nurses play an important role in raising the quality of processes in individual healthcare organizations. The purpose of this paper is to demonstrate the introduction of internal quality indicators into the treatment of patients with mental disorders in order to examine their practical value in a clinical setting.

**Keywords:** deviations, quality, processes, psychiatry

## UVOD

Kakovost zdravstvene obravnave je prizadevanje zdravstvenih strokovnjakov, pacientov, svojcev, raziskovalcev, plačnikov in načrtovalcev za spremembe, ki bodo privedle do boljših zdravstvenih izidov in večje uspešnosti delovanja zdravstvenega sistema (Robida, 2009). Proučevanje odstopanj je osnovno orodje za izboljšanje kakovosti v zdravstvu, ki temelji na določitvi kazalnikov kakovosti, postavitvi standardov ter presojo skozi sistem akreditacije (Simčič, et al., 2011). Celovito kakovost dosežemo s povezovanjem in sodelovanjem med različnimi partnerji, ravnmi in poklicnimi skupinami (Robida, et al., 2006; Kociper, 2007). Medicinske sestre so zaradi multidisciplinarnega sodelovanja v zdravstvenem timu ključne za opazovanje, beleženje in analizo kazalnikov kakovosti in s tem tudi za izboljševanje kakovosti (Čuk, 2010). Kazalniki kakovosti predstavljajo merilno orodje, ki ga uporabljamo kot vodilo za spremljanje, ocenjevanje in izboljševanje kakovosti delovanja zdravstvene organizacije (Robida, 2004). Predstavljajo vrednosti, izračunane na podlagi podatkov o posamezni zdravstveni storitvi. Vrednotenje rezultata je ključno, kajti šele ustrezna analiza nakaže morebitne nadaljnje aktivnosti v smeri izboljšav (Pribaković-Brinovec, et al., 2010). Kazalniki kakovosti so statistične ali druge merljive enote, ki prikazujejo posredno ali neposredno uspešnost delovanja sistema (McPake, Mills, 2000). V Sloveniji je Ministrstvo za zdravje prvič javno objavilo obvezne kazalnike kakovosti leta 2006, ki se spremljajo na nivoju države. V

Slovenji še nimamo zakona, ki bo pokrival področje kakovosti in varnosti v zdravstvu. Trenutno so v javni razpravi osnovna izhodišča za ta zakon. Zaradi potreb izboljševanja kakovosti na področju posamezne zdravstvene ustanove smo pristopili k uvedbi internih kazalnikov kakovosti.

Z uvedbo internih kazalnikov kakovosti lahko na podlagi meritev in opazovanja posameznih procesov vplivamo na kakovost storitev v zdravstveni obravnavi. Pribaković-Brinovec in sodelavci (2010) so mnenja, da podatki o internih kazalnikih kakovosti vrednotijo posamezni proces. Podatki iz opazovanega procesa so primerljivi le med seboj in to v različnih časovnih obdobjih merjenja. Najboljši kazalniki kakovosti so izbrani tako, da dodatno ne obremenjujejo zaposlenih, nastajajo skorajda sami od sebe ob rednem delu in vnašanju podatkov. Morajo biti dinamični indikatorji procesov. Pri tistih kazalnikih, ki ne prispevajo k izboljševanju procesov, je moč trditi, da je bil kazalnik postavljen napačno ali da meri dogajanje v procesu na napačnem mestu ali ob napačnem času. Zamenjava oziroma opustitev kazalnika je v tem primeru smiselna. Za izboljšavo procesov zdravstvene obravnave služijo tudi standardi zdravstvene obravnave in klinične poti. Gre za podobna orodja, ki omogočajo izboljševanje rezultatov zdravljenja in uvajanje kakovostne ter varne zdravstvene oskrbe (Rems, 2008).

Namen prispevka je prikazati uvajanje internih kazalnikov kakovosti v zdravstveno obravnavo pacientov z duševno motnjo, s ciljem proučiti njihovo praktično vrednost v kliničnem okolju.

### Potek uvajanja internih kazalnikov kakovosti

Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice pospešuje varnost in kakovost zdravstvene oskrbe, ki je povezana z organizacijsko kulturo, z izobraževanjem, usposabljanjem in spremembo vzorcev vedenja (Blagojević, 2011).

V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana) so bili poleg obveznih kazalnikov kakovosti, ki jih spremlja Ministrstvo za zdravje ([http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/kazalniki\\_kakovosti/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/kazalniki_kakovosti/)), izdelani interni kazalniki kakovosti. Z uvajanjem le teh smo začeli v letu 2013. Prvi interni kazalniki kakovosti so merili najbolj izpostavljene dele procesov, kot je sprejem pacienta v UPK Ljubljana in spremstvo pacienta izven UPK Ljubljana. V naslednjih letih so se pokazale potrebe, da merimo tudi dele procesov zdravstvene obravnave na širšem področju zdravstvene nege (Slika 1). Izbrani interni kazalniki kakovosti so po vsebini zajeli celotno področje zdravstvene obravnave na vseh štirih organizacijskih enotah UPK Ljubljana. Prikaz uvedenih in spremljanih internih kazalnikov kakovosti je prikazan v Tabeli 1.



Slika 1: Prikaz uvajanja internih kazalnikov kakovosti v UPK Ljubljana

Tabela 1: Uvedeni interni kazalniki kakovosti v UPK Ljubljana

I.	Ocena zahtevnosti sprejema po BVC (Brøset Violence Checklist )
II.	Spremnost pacientov na pregled izven UPK Ljubljana
III.	Nenačrtovani odhodi pacientov iz UPK Ljubljana
IV.	Preskrbljenost pacientov s pripomočki za osebno higieno, obleko in obutvijo
V.	Primerna urejenost pacienta na Enoti za zdravljenje odvisnih od alkohola
VI.	Intervencije zdravstvene nege ob samopoškodovalnem vedenju
VII.	Predčasna prekinitvev zdravstvene obravnave na Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog
VIII.	Analiza intervencij zdravstvene nege v specialistični ambulanti
IX.	Izpolnjevanje anket o izkušnjah pacientov v hospitalni obravnavi
X.	Prevalenca padcev v UPK Ljubljana
XI.	Prevalenca incidentov v UPK Ljubljana
XII.	Analiza zapisov ustnih/telefonskih naročila za zdravljenje z zdravili
XIII.	Analiza izpolnjenih lestvic BVC/OAS (The Overt Aggression Scale)
XIV.	Analiza evidence bolnišničnega perila na pacienta
XV.	Izpolnjevanje anket o izkušnjah pacientov v ambulantni obravnavi
XVI.	Klinična pot ob nenamerni zamenjavi zdravil
XVII.	Pogovori o varnosti pri poškodbah osebja
XVIII.	Evidenca prisotnosti na delu
XIX.	Analiza vizit zdravstvene nege
XX.	Najdeni ostri predmeti pri pacientih
XXI.	Evidenca aplikacije krvi in krvnih derivatov
XXII.	Analiza sprejema pacientov brez obveznega zdravstvenega zavarovanja

V nadaljevanju prispevka predstavljamo pet internih kazalnikov kakovosti, njihovo uvedbo in izboljšavo procesa, ki ga opredeljujejo (Tabela 2). Analizo vsakega kazalnika smo naredili na podlagi retrospektivne kvalitativne vsebinske analize zapisanih poročil.

Tabela 2: Uvajanje internih kazalnikov kakovosti

Interni kazalnik kakovosti	Leto uvedbe	Začetek spremljanja	2016
Ocena zahtevnosti sprejema po Brøset Violence Checklist BVC	2012	3060 sprejemov BVC : 1 (104), 2 (91), 3 (80), 4 (41), 5 (40), 6 (16), 7 (16);	3402 sprejemov BVC : 1 (75), 2 (80), 3 (92), 4 (51), 5 (16), 6 (15), 7 (19);
Analiza lestvic BVC/OAS (The Overt Aggression Scale)	2012	239	367
Prevalenca padcev v UPK Ljubljana	2014	332	497
Klinična pot ob nenamerni zamenjavi zdravil	2014	15	23
Intervencije zdravstvene nege ob samopoškodovalnem vedenju	2014	47	83

Analiza internega kazalnika »Ocena zahtevnosti sprejema po Brøset Violence Checklist (BVC)«

Uveden je bil leta 2012 in ga spremljamo še danes. Lestvica predstavlja orodje za hitro napoved nasilnega vedenja pacienta. Ob vsakem sprejemu pacienta se izpolni omenjena mednarodno priznana lestvica, ki prikazuje raven izraženega nasilnega vedenja. Lestvica ocenjuje nasilno vedenje v vrednosti od 1 do 7, kar pomeni od malo verjetnega do zelo verjetnega. Končna ocena predstavlja vsoto posameznih opazovanih vedenj, kar v primeru 7 pomeni direkten napad na ljudi. Že vsota 3 predstavlja visoko tveganje za nasilno vedenje in so potrebni prvi preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialnega nasilnega vedenja.

Analiza internega kazalnika »Lestvic BVC/OAS«

Uveden je bil leta 2012 in ga spremljamo še danes. V Tabeli 2 je prikazano število izpolnjenih lestvic in njihov porast, kar nakazuje na večjo osveščenost zaposlenih v zdravstveni negi v smislu prepoznavanja nasilnega vedenja.

Analiza internega kazalnika »Prevalenca padcev v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana«

Uveden je bil leta 2014 in ga spremljamo še danes. Na podlagi rezultatov kazalnika je moč ugotoviti, da se število evidentiranih padcev povečuje, kar nakazuje tudi na to, da je kultura sporočanja na vedno višjem nivoju, poleg drugih razlogov za padce. Podrobna kvalitativna

analiza kaže na porast sprejemov starejše populacije (nad 65 let in nad 85 let) in večjo prisotnost komorbidnosti.

Analiza internega kazalnika »Klinična pot ob nenamerni zamenjavi zdravil«

Uveden je bil leta 2014 in ga spremljamo še danes. Rezultati kazalnika kažejo na to, da je sporočanje nenamerne zamenjave terapije pogostejše. Interpretacija rezultatov dopušča sklepanje, da je javljanje odklonov bolj natančno. Poleg tega lahko tudi predvidevamo, da zaradi delovnih obremenitev prihaja do več napak.

Analiza internega kazalnika »Intervencije zdravstvene nege ob samopoškodovalnem vedenju«

Uveden je bil leta 2014 in ga spremljamo še danes. Rezultati analize kažejo na občuten porast samopoškodbenega vedenja v opazovanem obdobju.

## DISKUSIJA

Prvi uveden interni kazalnik kakovosti je meril najbolj izpostavljen proces v UPK Ljubljana, in je bil imenovan Ocena zahtevnosti sprejema po BVC. Rezultati iz prvega opazovanega obdobja so bili podlaga za izobraževanje zaposlenih v zdravstveni negi v smislu preventivnih pristopov k preprečevanju in obvladovanju nasilnega vedenja. O dobrobiti izobraževanj v smislu preventive poročajo tudi Hvidhjelm in sodelavci (2016). Dolgoročno spremljanje internega kazalnika je vplivalo na uvedbo delavnic, v katerih zaposleni pridobivajo praktične izkušnje za izvajanje varnega sprejema pacienta v bolnišnico. Zahtevnost sprejema v UPK Ljubljana se iz leta v leto povečuje medtem ko nam kazalnik omogoča natančnejši vpogled v proces zahtevnosti sprejemov (Tabela 2). Podatki iz leta 2014 so bili obdelani tudi s pomočjo korelacijske analize, analize variance - ANOVA, Hi- kvadrat poizkusa in Kendall testa. Na podlagi analize je bilo ugotovljeno, da z uporabo BVC ocenjevalne lestvice zanesljivo predvidimo število osebja pri sprejemu in načrtujemo dodatno pomoč policije (Lipovec, et al. 2015). *Kazalnik Analiza lestvic BVC/OAS v UPK Ljubljana podobno kot Ocena zahtevnosti sprejema vpliva na zagotavljanje večjih varnostnih ukrepov tako pri zaposlenih kot pri pacientih.* Longitudinalni pozitivni vpliv kazalnika se kaže v tem, da smo pričeli z izvajanjem varnostnih vizit, pogovorov o varnosti in drugih oblik izobraževanja zaposlenih v smislu varnosti, kar neposredno dviga kakovost zdravstvene obravnave. *Prevalenca padcev v UPK Ljubljana ima velik vpliv na zagotavljanje varnosti pacientov.* Padcev med starejšimi, tudi z najbolje organiziranimi preventivnimi ukrepi, ni mogoče preprečiti, možno pa je zmanjšati njihovo število (Soto-Varela, et al., 2015; Yang, et al., 2015; Voljč, 2016). Na podlagi podatkov, ki jih mesečno obravnavamo na Strokovnem kolegiju zdravstvene nege v UPK Ljubljana, planiramo aktivnosti, ki vplivajo na večjo varnost pacientov, od ocene tveganja za padec, aktivnosti, ki opredeljujejo posamezen nivo tveganja za padec, do varnostnih vizit in predstavitve primerov na enoti, pa do internih strokovnih nadzorov. Klinična pot ob nenamerni zamenjavi zdravil nam omogoča spremljanje odklonov v zdravstveni obravnavi, ki

temeljijo na varnosti zdravstvene obravnave in predstavljajo neposredno škodo za pacienta. Napake pri zdravljenju z zdravili so definirane kot napake, ki se pojavijo v kateri koli fazi ravnanja z zdravili (Werner, et al., 2012). Če izhajamo iz pravil 10P, predstavlja opustitev enega izmed prvih petih pravil lahko resno škodo za pacienta. Podatki iz omenjenega kazalnika nam služijo tudi za individualno učenje, za varnostne pogovore in za izobraževanja na temo poznavanja in rokovanja z zdravili. Wright (2013) navaja, da velja splošno prepričanje, da so medicinske sestre krive za visoko stopnjo napak pri aplikaciji zdravil v zdravstvu. Bistveno je poudariti, da spremljanje tega kazalnika kakovosti v UPK Ljubljana nima namena iskati krivca. Bračič (2011) meni, da le dokumentirani rezultati omogočajo boljše razumevanje razmerij med posameznimi koncepti, ki vplivajo na varnost pacientov. Intervencije zdravstvene nege ob samopoškodovalnem vedenju z izrazom nesamomorilno samopoškodbeno vedenje opišemo namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljiv in nima samomorilnega namena (Pintar Babič, 2016; Tomašević & Drobnič Radobuljac, 2017). Z uvedbo tega internega kazalnika in z rezultati, ki smo jih pridobili v prvem letu spremljanja, smo postavili temelje sodobne obravnave pacientov, ki izražajo to obliko vedenja. V ta namen smo standardizirali to vrsto zdravstvene obravnave, izdelali zloženko in varnostni načrt za paciente, ki so, prav tako kot zaposleni, vključeni v izobraževalni proces.

## ZAKLJUČEK

V UPK Ljubljana smo v prizadevanjih za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov z duševno motnjo uvedli interne kazalnike, ki so uporabno orodje za izboljšave kakovosti in varnosti. Primerjava rezultatov posameznih kazalnikov kaže, da je za uvedbo sprememb v delovni proces potreben čas, v katerem zaposleni sprejemajo spremembe, jih ozavešajo in začnejo upoštevati. Po preseženem času uvajanja lahko začnemo skrbno vrednotiti pojavnost posameznega opazovanega pojava in ob povečanem številu naredimo podrobnejšo analizo vzrokov. Z uvedbo internih kazalnikov smo vplivali na subjektivnost dožemanja zaposlenih v zdravstveni negi na pomembnost sporočanja opazovanih odstopanj od kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Ob tem smo zaznali potrebo po izvajanju aplikativnih raziskav in uvajanje celovite kakovosti. Naš cilj mora postati pregledno metodološko izboljševanje kakovosti, pri katerem aktivno sodeluje čim več zaposlenih. Nadaljevali bomo s spremljanjem internih kazalnikov kakovosti in se posluževali še drugih vrst analiz podatkov. Analiza dosedanjih internih kazalnikov kakovosti je pokazala dolgoročno koristnost uporabe, saj so bile uvedene izboljšave v klinično prakso, ki so izboljšale varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacientov z duševno motnjo.

## Literatura

Blagojević, S., 2011. *Vpliv preventivnih pristopov na pojavnost padcev pri starostnikih v gerontopsihiatrični obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 19–21.

Bračič, A., 2011. Varnost na področju predpisovanja in ravnanja z zdravili kot kompleksen sistemski problem. *Obzornik zdravstvene nege*, pp. 213–218.

Čuk V., 2010. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, pp. 21–26.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T., Rasmussen, K., Almvik, R., Bue Bjorner, J., 2016. Aggression in psychiatric wards: effect of the use of a structured risk assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), pp. 960–967.

Kociper, B., 2007. Kakovost in varnost zdravstvene oskrbe. In: Čuk, V., ed. *Kakovost in varnost v Psihiatrični zdravstveni negi, Vojnik 8. junij 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in tehnikov v psihiatriji, pp. 15–19.

Lipovec, A., Pintar Babič, M., Us, I., 2015. *Vpliv ocene tveganja Broset lestvice nasilnega vedenja (BVC) ob sprejemu pacientov z duševno motnjo na organizacijo zdravstvene nege v Psihiatrični kliniki Ljubljana: zbornik predavanj z recenzijo, 8. mednarodna znanstvena konferenca*, pp. 137–143.

McPake, B., Mills, A., 2000. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization*, 7(78), pp. 811–820.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. *Delovna področja in prioritete, zdravstveno varstvo, kakovost in varnost, kazalniki kakovosti*. Available at: [http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/kakovost\\_in\\_varnost/kazalniki\\_kakovosti/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/kazalniki_kakovosti/) [3.9.2017].

Pintar Babič, M., 2016. *Ocena vpliva znanja zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavo mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem: magistrsko delo*. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede, pp. 1–5.

Pribaković-Brinovec, R., Masten-Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskovšek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B., Tušar, S., 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 8–12, 196–201.

Rems, M., 2008. Kam nas usmerjajo kazalniki kakovosti? In: Kramar, Z. & Kraigher, A. eds. *Dejstvo za kakovost, 2. strokovni seminar dnevi Angele Boškin: zbornik predavanj. 2. dnevi Angele Boškin, Bled 10. in 11. april 2008*. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 29–34.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 10–72.

Robida, A., 2004. *Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljševanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV, pp. 14–97.

Simčič, B., Poldrugovac, M., Marušič, D., 2011. Quality indicators and accreditation as a tool for quality management in healthcare in Slovenia. *Issue 1(27)*. Available at: <https://doi.org/10.2478/v10221-011-0005-4>. [20.6.2017].

Soto-Varela, A., Faraldo-García, A., Rossi-Izquierdo, M., Lirola-Delgado, A., Vaamonde-Sánchez-Andrade, I., et al., 2015. Can we predict the risk of falls in elderly patients with instability? *Auris Nasus Larynx*, 42(1), pp. 8–14.

Tomašević, A., Drobnič Radobuljac, M., 2017. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena pri mladostnikih. *Medicinski razgledi*, 56(3), pp. 323–329.

Voljč, B., 2016. *Javno – zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. Analitsko poročilo v okviru Delovnega sklopa 4 projekta AHA.SI*. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje, pp. 3–4.

Werner, N.E., Nelson, E.T., Boehm-Davis, D.A., 2012. *Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy*, 41(1), pp. 5665–5667.

Wright, K., 2013. The role of nurses in medicine administration errors. *Nursing Standards*, 2(44), pp. 35–40.

Yang, F., King, G.A., Dillon, L., Su, X., 2015. Controlled whole-body vibration training reduces risk of falls among community-dwelling older adults. *Journal of Biomechanics*, 48(12), pp. 3206–3212.



## NAJPOGOSTEJŠI RAZLOGI ZA NASTANEK ZAPLETOV PRI ROKOVANJU Z ZDRAVILI IN ZAKAJ O NJIH NE POROČAMO

### MOST COMMON CAUSES FOR COMPLICATIONS IN HANDLING MEDICINAL PRODUCTS AND THE REASONS FOR NOT REPORTING THEM

pred. Danijela Pušnik, mag. zdr. nege  
Univerzitetni klinični center Maribor

pred., mag. Jožefa Tomažič, univ. dipl. org., viš. med. ses.  
viš. predav., mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru

danijela.pusnik@ukc-mb.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Skrb za varno zdravstveno obravnavo je ena temeljnih nalog zdravstvenih organizacij. Med najpogostejše neželene dogodke v zdravstveni obravnavi se uvrščajo zapleti, ki nastanejo v procesu ravnanja z zdravili. Varna in natančna priprava ter dajanje zdravil sta eni izmed najpomembnejših aktivnosti medicinske sestre. Pomembno je tudi primerno delovno okolje brez motečih faktorjev. Ustrezna varnostna kultura in primerna klima v organizaciji omogočata poročanje in obravnavo zapletov, ki nastanejo v procesu ravnanja z zdravili. Namen raziskave je bil ugotoviti razloge za zaplete ter razloge za neustrezno poročanje o zapletih. V ta namen sta bili postavljeni naslednji hipotezi ... Hipoteza 1: Na pojav zapletov pri pripravi in dajanju zdravil pacientom vplivajo delovne razmere na oddelku. Hipoteza 2: Poročanje o zapletih pri ravnanju z zdravili je odvisno od kulture varnosti v ustanovi. **Metode:** Raziskava je bila izvedena med zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi v hospitalnih enotah Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, ki so zaposleni več kot 1 leto in so neposredno vključeni v zdravstveno nego pacientov. Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov, vrnjenih 152 (76 % odziv). Podatki so bili analizirani s programom SPSS verzija 20.0 z opisno statistiko, (frekvenca, povprečje, odstotek), iskane so bile statistično pomembne razlike v odgovorih glede na starost, izobrazbo in delovno mesto. **Rezultati:** Kot najvišji možni vzrok za pojav napak so medicinske sestre navedle pogosto nadomeščanje zdravil z drugimi zdravili ( $\bar{x} = 5,2$ ), nečitljivost zdravnikovih naročil ( $\bar{x} = 4,6$ ), ter kadrovske in organizacijske ovire, ki vplivajo na pravočasnost in pravilnost dajanja zdravil. Pri odkrivanju vzrokov za nesporočanje napak so medicinske sestre najvišje ( $\bar{x} = 4,6$ ) ocenile trditev, da se preveč osredotoča na posameznika, namesto na iskanje sistemskih vzrokov. Strah jih je tudi odzivov in obtoževanj pacientov in svojcev. **Diskusija in zaključek:** Ob prepoznanih organizacijskih ovirah je potrebno zagotoviti varno klinično okolje in varno organizacijsko kulturo z iskanjem sistemskih rešitev. Potrebno bo opraviti še več raziskav

**Ključne besede:** zdravstvena nega, varnost pacientov, priprava in delitev zdravil, neželen dogodek

## ABSTRACT

**Introduction:** One of the basic tasks of healthcare organizations is to ensure safe medical treatment. Complications arising from handling medications are the most common adverse events in healthcare. The most important activity performed by nurses is to safely and precisely prepare and administer medications. Therefore, a suitable working environment without disturbing factors is also of great importance. Adequate safety culture and the right organizational atmosphere allow and facilitate the reporting and handling complications arising from handling medications. The objective of this study was to establish reasons for complications and related inadequate reporting activities. For this purpose, two hypotheses were set out. Hypthesis#1: The occurrence of complications during preparation and administration of medication to patients is affected by working conditions on wards. Hypthesis#2: Handling medications and related incident reporting depends upon the safety culture within the institution. **Methods:** The research was conducted among nurses and midwives who have been employed at the hospital wards within the University Medical Centre Maribor for over a year and are directly involved in providing healthcare services to patients. 200 questionnaires were handed out and 152 questionnaires were completed and handed back (76% feedback). Data was analyzed using the SPSS program version 20.0 and descriptive statistics (frequency, average, percentage). Statistically significant differences regarding the age, education and position were investigated. **Results:** As the most possible cause for the occurrence of errors nurses selected the replacement of therapy with other medications ( $\bar{x} = 5.2$ ), illegible handwriting or instructions written by physicians ( $\bar{x} = 4.6$ ), other HR related and organizational barriers affecting the administration of drugs in a timely and correct manner. As the main reason for not reporting incidents ( $\bar{x} = 4.6$ ) is the reporting procedure that focuses on the individual instead of looking for systemic factors. They are also scared of reactions and accusations from patients and their families. **Discussion and conclusion:** Having recognized organizational barriers, it is also necessary to ensure safe clinical environment and blame-free organizational culture with respect to systemic solutions. Further research is required.

**Keywords:** nursing care, patients' safety, preparation and administration of medications, adverse event

## UVOD

Varnost pacientov v zdravstvenih sistemih širom sveta je prioriteta v procesu zdravljenja, ki se je z vzpostavljanjem akreditacij s področja kakovosti in varnosti še povečala. Pomeni odsotnost za paciente nepotrebne škode ali potencialne škode v zvezi z zdravstveno obravnavo, to je izogibanje, preprečevanje in omilitev škodljivih izidov ali poškodb izvirajočih

iz procesov zdravstvene obravnave. Zagotavljanje varnosti pacientov vključuje zasnovano delovnih sistemov in procesov, ki zmanjšajo na najnižjo možno mero možnost nastanka napak in zvečajo do najvišje možne mere možnost prestreganja napak, ko se te zgodijo. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave sta profesionalna in organizacijska kultura in osredotočanje na dnevno delo (Prosunt, n.d.). Slaba kakovost in varnost pacientov pomenita tako prizadetost pacientov in svojcev kot tudi veliko ekonomsko breme zdravstvenega sistema in države.

Najpogostejši neželeni dogodki se zgodijo na področju ravnanja z zdravili, predvsem v fazi predpisovanja, prepisovanja, pripravljanja, dajanja in spremljanja učinkov zdravila (EMA, n. d., Cloete, 2015). Veliko teh napak je potencialnih in so prestrežene v 50 % do 86 %, preden dosežejo pacienta (Montesi & Lechi, 2009). V zahodnih evropskih državah pa tudi drugje v svetu, kjer imajo razvito visoko raven kulture varnosti v bolnišnicah in neželene dogodke sporočajo in spremljajo (Avstralija, Kanada, Združene države Amerike), poročajo o velikih finančnih stroških, nastalih zaradi tega (Cloete, 2015). Sporočanje neželenih dogodkov in analiza le teh je pomembna z vidika ustvarjanja izboljšav. Kljub vsemu je dokazano, da se neželeni dogodki sporočijo le v 37,4–67 % (Mayo & Duncan, 2004; Stratton, et al., 2004; Maiden, 2008; Mrayyan & Al-Atiyyat, 2011; Wakefield, et al., 1999 cited in Vrbnjak, 2016).

Za zmanjševanje zapletov pri ravnanju z zdravili je ključno prepoznati dejavnike in vzroke za pojav zapletov. Keers in sodelavci (2013) so pri pregledu empiričnih dokazov ugotovili, da so največkrat vzrok za napačno dano zdravilo neustrezna pisna komunikacija, neustrezno shranjevanje zdravil, ter previsoka delovna obremenitev. Prekinitve v procesu priprave in delitve zdravil (Johnson, 2017) in neustrezen prostor za pripravo zdravil prav tako pomembno vplivajo na pojav neželenih dogodkov (Alomari et al., 2017). Eden pomembnih dejavnikov za pojav zapletov je tudi pomanjkljivo teoretično in praktično znanje o ravnanju z zdravili (Montesi & Lechi, 2009; Niemann et al., 2014; Di Muzio et al., 2016).

V Sloveniji nimamo zbranih podatkov o številu neželenih dogodkov na področju ravnanja z zdravili, tudi nimamo podatkov o posledicah neželenih dogodkov tako na strani pacientov, svojcev kot zdravstvenega sistema in zdravstvene nege, saj primanjkuje tudi raziskav s tega področja. V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor (UKC MB) smo izvedli dve raziskavi z metodo opazovanja ravnanja z zdravili. V letu 2011 je bila v UKC Maribor izvedena raziskava v obliki strokovne presoje za aktivnost delitve peroralne terapije. S presojo je bilo ugotovljeno, da se izvajalci zdravstvene nege srečujejo s problemi v procesu ravnanja z zdravili, kot je neurejeno predpisovanje zdravil, prepisovanje terapije, motnje v procesu delitve terapije, neustrezno dokumentiranje neželenih dogodkov, učinkov zdravil, telefonska naročila, motnje z dobavo zdravil iz lekarne (Pušnik, 2011). Rezultati raziskave so bili predstavljeni Centru za kakovost ter strokovnim vodjem zdravstvene nege vseh oddelkov. V UKC so se pričele izvajati strategije za izboljšanje ravnanja z zdravili na nivoju ustanove in zdravstvene nege. Pripravili smo vrsto podpornih dokumentov in jih uvajali v klinično okolje.

V UKC MB ne poročamo dovolj o neželenih dogodkih pri ravnanju z zdravili, kljub temu, da na presojah zdravstvene nege ugotavljamo neskladja na več področjih. Pomanjkanje natančnih

informacij o vzrokih in posledicah neželenih dogodkov ovirajo razvoj strategij za izboljševanje praks na tem področju. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali so prisotni dejavniki tveganja za nastanek neželenih dogodkov na področju ravnanja zdravil ter kateri dejavniki so največkrat prisotni. Ugotoviti smo tudi želeli, zakaj neželenih dogodkov v primeru, da se zgodijo, ne sporočamo. Cilj raziskave je bil na podlagi dobljenih rezultatov pripraviti ali posodobiti ključne dokumente za zagotavljanje varnega delovnega okolja in jih prenesti v prakso ter zagotoviti ustrezno in varno delovno okolje. Na podlagi pregleda literature smo postavili naslednji hipotezi:

H1: Na pojav zapletov pri pripravi in dajanju zdravil pacientom vplivajo delovne razmere na oddelku,

H2: Poročanje o zapletih pri ravnanju z zdravili je odvisno od kulture varnosti v ustanovi.

## METODE

Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela z uporabo strukturiranega vprašalnika.

### Opis instrumenta

Za raziskavo smo uporabili slovensko validirano različico vprašalnika »Medication Administration Error survey«, (Wakefield, et. al, 2005) »Napake pri dajanju zdravil« (Vrbnjak, et al, 2016), za katerega smo pridobili avtoričino dovoljenje. Prvi sklop vprašalnika se nanaša na razloge za pojav zapletov pri rokovanju z zdravili. Sestavljen je iz 29 trditev, razdeljenih v 5 podskupin: komunikacija z zdravnikom, embalaža zdravil, predpisovanje zdravil, farmacevtski procesi in kadrovska zasedba. Drugi sklop se nanaša na vzroke in ovire za ne sporočanje o zapletih. Vsebuje 16 trditev v štirih podskupinah: nestrinjanje z napako, napor sporočanja o napaki, strah ter odziv na sporočene napake. V tretjem sklopu anketiranci navedejo delež napak, ki jih po njihovem mnenju sporočajo. Razdeljen je na napake pri intravenski in neintravenski terapiji. V prvih dveh sklopih so anketiranci imeli možnost izbire odgovora na 6-stopenjski lestvici, kjer so se s trditvijo lahko močno ne strinjali (1), se ne strinjali (2), se delno ne strinjali (3), se delno strinjali (4), se strinjali (5) ali se močno strinjali (6). V tretjem sklopu so lahko navedli odstotek posameznih sporočenih napak v delovni sredini, ločeno za intravensko in neintravensko dajanje zdravila na 10 stopenjski lestvici. (Vrbnjak et al., 2015). Vprašalniku smo dodali še socialno-demografske podatke: starost, delovno mesto in stopnjo izobrazbe. Za prispevek smo obravnavali podskupine komunikacija z zdravniki, predpisovanje zdravil ter kadrovska zasedbo v prvem sklopu ter drugi sklop vprašalnika. Koeficient Cronbach Alpha je bil 0,94, kar pomeni, da je vprašalnik zanesljiv.

## Opis vzorca

Vprašalnik je bil razdeljen 200 naključnim medicinskim sestram po hospitalnih oddelkih in intenzivnih terapijah, kar znaša 18 % zaposlenih. Vključitveni kriterij je bil več kot 1 leto delovnih izkušenj v hospitalnih enotah. Vprašalnike je izpolnilo 152 anketirancev (76 % odzivnost). 10 (6,7 %) anketirancev je bilo starih do 25 let, 52 (34,7 %) od 26 do 35 let, 49 (32,7 %) od 35 do 45 let, 30 (20 %) od 46 do 55 let in 9 (6 %) je bilo starejših od 56 let. Največ anketirancev je imelo visokošolsko izobrazbo ( $n = 70$ ; 46,7 %), sledi 63 (42 %) anketirancev s srednješolsko izobrazbo, 14 (9,3 %) anketirancev z magisterijem (znanstveni, bolonjski), 3 (2 %) pa so označili rubriko »drugo«. Na delovnem mestu srednje medicinske sestre (SMS) je zaposlenih 66 (43,7 %) anketirancev, 76 (50,3 %) na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.), 9 (6 %) pa na delovnem mestu strokovne vodje zdravstvene nege (SVZN).

## Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Raziskava je potekala v maju in juniju 2017. Zaposleni so bili seznanjeni z namenom raziskave, sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno, o tem so bili obveščeni v predgovoru vprašalnika. Podatke smo obdelali s programom Microsoft Excel in statističnim računalniškim programom SPSS verzija 20.0. Uporabili smo teste frekvenčne porazdelitve, t-test, anova in korelacijo. S testi smo želeli ugotoviti ali obstajajo razlike med neodvisnimi spremenljivkami. Stopnja značilnosti smo preverjali na ravni 5 % tveganja.

## REZULTATI

V Tabeli 1 so predstavljeni razlogi za pojav napak pri rokovanju z zdravili, ki nastanejo zaradi delovnih razmer. Kot najvišji možni vzrok za pojav napak so anketiranci navedli pogosto nadomeščanje zdravil z drugimi, cenejšimi zdravili ( $\bar{x} = 5,2$ ). Z oceno več kot 4 so bile označene še naslednje trditve: nečitljivost zdravnikovih naročil ( $\bar{x} = 4,6$ ), mnogi pacienti prejemajo enaka ali podobna zdravila ( $\bar{x} = 4,6$ ), vseh zdravil ni mogoče dati pravi čas ( $\bar{x} = 4,6$ ), kadrovska zasedba na oddelku ni ustrezna ( $\bar{x} = 4,5$ ), zaposleni na oddelku ne dobijo dovolj strokovnega usposabljanja o novih zdravilih ( $\bar{x} = 4,4$ ), medicinske sestre so pri aplikaciji zdravil prekinjene zaradi drugih opravil ( $\bar{x} = 4,3$ ), zdravniki pogosto spreminjajo naročila ( $\bar{x} = 4,2$ ) ter naročena zdravila niso pravilno prepisana/napisana na temperaturno terapevtski list ( $\bar{x} = 4,1$ ).

Tabela 1: Razlogi v delovnih razmerah za pojav zapletov pri rokovanju z zdravili

Zakaj po Vašem mnenju prihaja do napak pri dajanju zdravil na Vašem oddelku		$\bar{x} \pm s$
4	Zdravnikova naročila niso čitljiva.	4,6 ±1,27
5	Zdravnikova naročila niso jasna.	4,0 ±1,35
6	Zdravniki pogosto spreminjajo naročila.	4,2 ±1,32
7	Pri naročanju zdravniki uporabljajo kratice, namesto da bi naročilo izpisali v celoti.	3,3 ±1,49
8	Zdravila se namesto pisno, naročajo ustno.	3,5 ±1,36
13	Pogosto prihaja do nadomestitve zdravil (npr. za cenejša generična zdravila).	5,2 ±1,3
14	Med medicinskimi sestrami in zdravnikom je slaba komunikacija.	3,5 ±1,39
15	Mnogi pacienti prejemajo enaka ali podobna zdravila.	4,6 ±1,23
16	Zaposleni na oddelku ne dobijo dovolj strokovnega usposabljanja o novih zdravilih.	4,4 ±1,41
17	Na oddelku ni lahko dostopati do informacij o zdravilih.	3,2 ±1,42
18	Medicinske sestre na tem oddelku imajo pomanjkljivo znanje o zdravilih.	2,8 ±1,2
19	Medicinske sestre se menjujejo znotraj timov in oddelkov.	3,4 ±1,6
20	Ko pacient ne dobi zdravila pravočasno, medicinske sestre ne poročajo, kdaj mora slediti naslednji odmerek.	2,2 ±1,21
21	Medicinske sestre na tem oddelku ne upoštevajo sprejetih standardov dajanja zdravil.	1,9 ±0,98
22	Medicinske sestre so pri aplikaciji zdravil prekinjene, ker morajo opraviti druge naloge.	4,3 ±1,5
23	Kadrovska zasedba na tem oddelku ni ustrezna.	4,5 ±1,46
24	Vseh zdravil na oddelku ni mogoče dati pravi čas.	4,6 ±1,29
25	Naročena zdravila niso pravilno prepisana/napisana na temperaturni/terapevtski list.	4,1 ±1,34
26	Do napak prihaja pri označevanju terapije na temperaturnem/terapevtskem listu.	3,5 ±1,35
27	Do napak prihaja zaradi okvare opreme ali nepravilne nastavitve pripomočkov (npr. infuzijskih črpalk).	2,8 ±1,29
28	Do napak prihaja, ker medicinske sestre ne poznajo pacientove anamneze glede znanih alergij.	2,2 ±1,05
29	Pacienti niso na oddelku, ko bi morali prejeti zdravilo, ker so na različnih preiskavah.	4,1 ±1,2

Legenda:  $\bar{x}$ = srednja vrednost; s= standardni odklon

V Tabeli 2 so predstavljeni vzroki za nesporočanje napak pri rokovanju z zdravili z vidika kulture varnosti. Anketirane medicinske sestre so navedle kot najvišji možni vzrok s povprečno vrednostjo ( $\bar{x} = 4,6$ ) trditev, da se v primeru napak preveč osredotoča na

posameznika, namesto, da bi poiskali vzroke za napake v sistemu. Kot možen vzrok so z vrednostjo ( $\bar{x} = 3,9$ ) označile še trditev, da bi lahko pacient ali njegova družina negativno odreagirali na napako, ali pa bi medicinske sestre krivili, če bi se pacientu zaradi napake pri dajanju zdravil kaj zgodilo ( $\bar{x} = 3,8$ ). Z enako oceno ( $\bar{x} = 3,8$ ) so označile tudi trditev, da je preveč poudarka na napakah pri dajanju zdravil kot pokazatelju kakovosti ter, da ni pozitivnega odziva na pravilno dajanje zdravil ( $\bar{x} = 3,7$ ).

Tabela 2: Vzroki za nesporočanje napak pri rokovanju z zdravili

Prosim ocenite zakaj se po Vašem mnenju napake pri dajanju zdravil ne sporočajo na Vašem oddelku.	$\bar{x} \pm s$
1 Medicinske sestre se ne strinjajo z bolnišnično opredelitvijo napake povezane z zdravili.	2,7 ±1,17
2 Medicinske sestre ne prepoznajo, da je prišlo do napake.	2,3 ±1,14
3 Izpolnjevanje poročila o incidentu vzame preveč časa.	3,3 ±1,49
4 Kontaktiranje zdravnika o napaki vzame preveč časa.	2,3 ±1,15
5 Napaka v povezavi z zdravili ni jasno definirana.	2,9 ±1,28
6 Medicinske sestre menijo, da napaka ni dovolj pomembna, da bi bilo o njej potrebno poročati.	2,1 ±1,1
7 Medicinske sestre menijo, da jih bodo ostale medicinske sestre smatrale za nesposobne, če naredijo napako pri dajanju zdravil.	2,5 ±1,43
8 Pacient ali njegova družina lahko negativno odreagirajo na napako ali tožijo medicinsko sestro, če bo le-ta narejeno napako sporočila.	3,9 ±1,51
9 Pričakovanja, da so zdravila dana tako, kot so naročena, so nerealna.	2,8 ±1,43
10 Medicinske sestre je strah, da jih bo zdravnik okaral za storjeno napako.	3 ±1,53
11 Medicinske sestre je strah posledic poročanja napak.	3,2 ±1,63
12 Odziv nadrejenih medicinskih sester ni ustrezen glede na resnost storjene napake.	2,7 ±1,35
13 Medicinske sestre se lahko krivi, če se kaj zgodi pacientu zaradi napake pri dajanju zdravil.	3,8 ±1,49
14 Ni pozitivnega odziva za pravilno dajanje zdravil.	3,7 ±1,62
15 Preveč poudarka je na napakah pri dajanju zdravil kot pokazatelju kakovosti v zdravstveni negi.	3,8 ±1,47
16 Ko pride do napake, se preveč osredotoča na posameznika, namesto da bi poiskali vzroke za napake v sistemu kot potencialnega povzročitelja napake.	4,6 ±1,47

Legenda:  $\bar{x}$  = srednja vrednost; s = standardni odklon

Z raziskavo nismo ugotovili statistično pomembnih razlik v odgovorih glede na starost, delovno dobo in izobrazbo.

## DISKUSIJA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako zaznavajo medicinske sestre vzroke za pojav napak pri ravnanju z zdravili. Ugotovili smo, da je najpogostejši razlog pogosto menjavanje predpisanih zdravil z nadomestnimi produkti. V UKC MB redno nabavljamo nadomestna zdravila, za katere veliko krat kljub pobudam zaposlenih v zdravstveni negi nimajo slovenskega prevoda farmacevtskih značilnosti, ali pa nova zdravila niso dodana v seznam paralel. To potrjuje tudi trditev, da na oddelkih ni dovolj strokovnih usposabljanj za nova zdravila.

Rezultati presečne raziskave med medicinskimi sestrami v Kanadi govorijo o največ napak pri prepisovanju, predpisovanju in dajanju zdravil. Istočasno so ugotovili, da so medicinske sestre, ki so pripravljale hkrati zdravila za več pacientov, izvajale večje varnostne ukrepe za identifikacijo pacientov. Niso ugotovili razlik v oceni tveganj glede na starost in delovno dobo (Armutlu, et al., 2008; Keers, 2013; Cloete, 2015). Na podlagi dobljenih rezultatov so pripravili sistemske rešitve: priložnike s smernicami za dajanje zdravil (Armutlu, et al., 2008). V naši raziskavi smo prav tako ugotovili, da obstajajo razlogi za zaplete v sklopu predpisovanja zdravil. Anketirane medicinske sestre prepoznajo pomen čitljivega in tudi pravilnega predpisovanja zdravil, tvegano je tudi pogosto menjavanje predpisane terapije. Če je zdravilo napačno predpisano in medicinska sestra ni pozorna, bo pacient prejel napačno zdravilo ali dozo zdravila. Po nekaterih raziskavah je delež napak povzročenih s predpisovanjem ali naročanjem do 79 % (Huges & Blegen, 2008).

Kadrovska zasedba ima vpliv na možnost nastanka neželenih dogodkov. Ob premajhnem številu zaposlenih se pogosto dogaja, da je delitev zdravil prekinjena zaradi izvajanja drugih nalog. Prav tako ni možno razdeliti vse terapije ob pravem času, kot navajajo anketirane medicinske sestre. Ustrezni delovni pogoji zagotavljajo zbranost medicinskih sester pri delu. Huges in Blegen (2008) navajata v priložniku za medicinske sestre tri vzroke v delovnih pogojih za nastanek napak pri rokovanju z zdravili: a) organizacijski procesi, management (pomanjkanje kadra, pomanjkanje protokolov za dajanje zdravil); b) okoljski/timski procesi (prekinitve delitve terapije zaradi različnih razlogov); c) aktivne napake (nastale zaradi napačnih odločitev, pomanjkanje pozornosti, zavestno prezrta pravila). Predvsem prekinitve procesa delitve terapije povzročajo resne napake, nevarne za zdravje pacienta (Johnson, et al., 2017), prav tako tudi velike delovne obremenitve in utrujenost (Van Bogaert, et al., 2014).

Trditve v prvem sklopu vprašalnika so v polovici primerov ocenjene s srednjo vrednostjo 4 ali več in s standardnim odklonom pri vseh vprašanjih največ 1,5. Medicinske sestre so največ možnih razlogov za napake izrazile na področju predpisovanja zdravil ter kadrovske zasedbe, zato lahko hipotezo 1 potrdimo na teh področjih delovnih razmer na oddelku.

V drugem sklopu vprašalnika smo raziskovali vzroke, zakaj se napake pri dajanju zdravil ne sporočajo. Zrela kultura varnosti je tista skupna vrednota, ki omogoča, da se vsakdo



nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Je kultura odprtosti in pravičnosti, pri kateri ljudje lahko zvedo, kaj gre narobe, in potem stvari popravijo in nenehno izboljšujejo procese in sisteme, da postanejo bolj odporni na napake. Orodja za ocenjevanje kulture varnosti pospešijo razumevanje potrebnih sprememb v razmišljanju izboljševanja varnosti pacientov. Da bi lahko izboljšali kulturo varnosti v bolnišnicah, je pri tem prvi korak merjenje obstoječe kulture varnosti in tako ugotavljanje področij za izboljšave (Robida, 2011). Vrbnjak in sodelavci (2016) ugotavljajo, da organizacijske ovire, kot so kultura, sistem poročanja in vodstveno vedenje poleg osebnih in poklicnih ovir, kot so strah, odgovornost in značilnosti medicinskih sester, ovirajo poročanje o napakah pri zdravilih. Medicinske sestre so odgovorne za varnost bolnikov, zato jih je treba izobraževati in usposobiti za obvladovanje napak (Armutlu, 2008; Vrbnjak, et al. 2016). V raziskavi so medicinske sestre kot najpomembnejšo oviro za sporočanje napak navedle obtoževanje posameznika, tudi s strani pacientov in svojcev in ne sistemskega reševanja napak.

Iz analize zapisanih neželenih dogodkov lahko dobimo veliko podatkov, ki služijo pripravi smernic ali delovnih navodil. Na Finskem so iz obdelave teh podatkov dobili pomembne informacije o deležih neželenih dogodkov, ki so nastali v procesu dokumentiranja in branja zdravila, o deležih napačnih zdravil, ki so jih odkrili med preverjanjem in o deležih napačno danih zdravil (Härkänen, et al., 2015). Zato moramo s pravilnim pristopom in varno kulturo zagotoviti dokumentiranje neželenih dogodkov. Zaposlene je potrebno seznaniti, da je pravilno ravnanje z zdravili pokazatelj varnosti in kakovosti, neželen dogodek pa temu primerno analizirati.

## ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo ugotovili, da obstajajo razlogi za pojav neželenih dogodkov pri ravnanju z zdravili. Zavedati se moramo, da bodo napake vedno obstajale, ustanova pa je odgovorna za pripravo ustreznih delovnih pogojev za zmanjševanje napak na minimum. Po vzoru zahodnih držav lahko pripravimo ustrezne priročnike in izvajamo redna izobraževanja za vse poklicne skupine, ki sodelujejo na področju ravnanja z zdravili.

Na področju zagotavljanja varnosti pri ravnanju z zdravili imamo številne odprte možnosti za izboljšave. Skupaj z zdravniki in farmacevti lahko pripravimo strategijo preprečevanja oziroma zmanjševanja neželenih dogodkov. Ena takih možnosti je dvojno preverjanje predvsem pri tveganih zdravilih (pred aplikacijo druga medicinska sestra preveri pravo zdravilo, pravo dozo, pravi način aplikacije, pravi čas, pravega pacienta itd.). Skupaj s farmacevti lahko zagotovimo varne označbe zdravil s podobnimi imeni. Dolgoročno bo večja varnost zagotovljena tudi z elektronskim predpisom zdravila in elektronskim registriranjem danega zdravila, kar pa pomeni velike finančne vložke za začetek delovanja.

Zagotovo ima veliko nalog na tem področju tudi novoustanovljena delovna skupina za področje ravnanja z zdravili. Zaposlenim je potrebno predstaviti pomen spremljanja in odkrivanja neželenih dogodkov pri ravnanju z zdravili, torej tudi dokumentiranja le teh. To bomo dosegli z zagotovljeno dobro, nekaznovalno organizacijsko kulturo varnosti.

Bo pa potrebnih še več raziskav, tudi kvalitativnih z metodo opazovanja v kliničnem okolju v vseh fazah rokovanja z zdravili. S tem bomo odkrili tudi znanje medicinskih sester na področju ravnanja z zdravili.

## Literatura

Alomari, A., Wilson, V., Solman, A., Bajorek, B. & Tinsley, P., 2017. Pediatric Nurses' Perceptions of Medication Safety and Medication Error: A Mixed Methods Study. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 40 (3), pp. 1–17.

Cloete, L., 2015. Reducing medication errors in nursing practice. *Nursing standard*, pp. 29, 20, 50–59. Available at: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.20.50.e9507> [1. 6. 2017].

Di Muzio, M., Marzuillo, C., De Vito C., La Torre, G. & Tartaglino, D., 2016. Knowledge, attitudes, behaviour and training needs of ICU nurses on medication errors in the use of IV drugs: a pilot study. *Signa vitae*, 11(1), pp.182–206.

European medicines agency, n. d.. Medication errors. Available at: [www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special\\_topics/general/general\\_content\\_000570.jsp](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp) [3. 5. 2014].

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2015. Detecting medication errors: analysis based on a hospital's incident reports. *International Journal of Nursing Practice*. 21(2), pp.141–146.

Hughes, R.G. & Blege, M.A., 2008. Medication Administration Safety. In: Huges, R. G. eds. *Patient Safety and Quality..An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656/> [1. 6. 2017].

Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., et al., 2017. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses (abstract). *Journal of nursing management*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544351> [1. 6. 2017].

Keers R.N., Williams, S.D., Cooke, J. & Ashcroft, D.M., 2013. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11), pp.1045–1067.

Montesi, G. & Lechi, A., 2009. Prevention of medication errors: detection and audit. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 67(6), pp. 651-655.

Niemann, D., Bertsche, A., Meyrath, D., Oelsner, S., Ewen, A.L. & Pickardt, B., et al., 2014. Drug handling in a paediatric intensive care unit – can errors be prevented by a tree-step intervention? *Klinische Padiatrie*. 226(2), pp.62-67.

Prosunt, n.d.. Epidemiološke razsežnosti škodljivih dogodkov zaradi napak v zdravstvu po svetu in tudi pri nas. Available at: <http://www.prosunt.si/varnost-pacientov/> [1. 6. 2017].

Pušnik, D. & Pirš, K., 2011. Zagotavljanje varnega dajanja zdravil In: Kramar, Z., et al. eds. Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: strokovno srečanje: zbornik prispevkov / 4. dnevi Angele Boškin, 7. in 8. april 2011 apr 7–8. Gozd Martuljek. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 67–72.

Robida, A., 2011. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v splošnih bolnišnicah Anketa. Poročilo Ministrstva za zdravje za vse splošne bolnišnice. Available at:

[www.mz.gov.si/.../varnost...kultura/Bolnisnica\\_Porocilo\\_splosne\\_bolnisnice\\_MZKu...](http://www.mz.gov.si/.../varnost...kultura/Bolnisnica_Porocilo_splosne_bolnisnice_MZKu...) [10. 6. 2017].

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S.M., Van Heusden, D., Wouters, K. & Franck, E., 2014. Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), pp. 1123–1134.

Vrbnjak, D., Pahor, D., Štiglic, G., & Pajnikihar, M., 2016. Content validity and internal reliability of Slovene version of medication Administration error Survey. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 20–40.

Vrbnjak, D., Pahor, D. & Pajnikihar, M., 2016. Nurses perception of why medication errors are not reported. Available at:

[https://www.researchgate.net/publication/304604986\\_NURSES%27\\_PERCEPTION\\_OF\\_WHY\\_MEDICATION\\_ERRORS\\_ARE\\_NOT\\_REPORTED](https://www.researchgate.net/publication/304604986_NURSES%27_PERCEPTION_OF_WHY_MEDICATION_ERRORS_ARE_NOT_REPORTED) [1. 6. 2017].

Vrbnjak, D., Denieffe, S., O'Gorman, C. & Pajnikihar, M., 2016. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review (abstract). *International Journal of nursing studies*, 63, pp. 162–178. Available at:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637011> [1. 6. 2017].

Wakefield, B.J., Uden-Hoolman, T. & Wakefield, D.S., 2005. Development and validation of the medication administration error reporting survey. In: Henriksen, K., Battles, J.B., Marks, E.S., Lewin, DI. Eds. *Advances in patient safety: from research to implementation* (Volume 4:

# PROJEKT HIGIENE ROK V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

## THE PROJECT OF HAND HYGIENE PROMOTION IN GENERAL HOSPITAL JESENICE

Jana Lavtizar, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice, Enota za obvladovanje bolnišničnih okužb

jana.lavtizar@sb-je.si

### IZVLEČEK

Higiena rok je osnovni, najbolj enostaven, najcenejši ukrep za preprečevanje okužb povezanih z zdravstvom. V Splošni bolnišnici Jesenice je bil zato postavljen cilj, izboljšati doslednost higiene rok zaposlenih, kot tudi pri pacientov in obiskovalcev. Oblikovan je bil projekt z željo, da higiena rok postane navada. Maskota projekta je modra kaplja, ki v vseh prostorih bolnišnice vabi k razkuževanju rok. Projekt zajema štiri ključne točke: vključiti je potrebno vsakega zaposlenega, ne glede na izobrazbo in delovno mesto, zaposleni pričnejo prvi delovni dan z delavnico higiene rok, sledijo še izobraževanja o higieni rok preko leta in pogovori o varnosti po opazovanjih. V bolnišnici je bilo potrebno vzpostaviti razkuževalna mesta, ki zaposlenim omogočajo razkuževanje rok, kjer in ko je to potrebno. Ob razkuževalnih mestih so opomniki napisani v petih različnih jezikih, ki mimoidoče spodbujajo in vabijo k izvajanju higiene rok. V bolnišnici poteka opazovanje skladnosti higiene rok, ki je tudi kazalnik Ministrstva za zdravje in pa preizkus postopka dosledno izvedene higiene rok z Black box skrinjico. Z odstopanji in rezultati so zaposleni seznanjeni takoj po opazovanjih in najboljši oddelek tudi nagrajen. Promocija higiene rok poteka preko celega leta. Najbolj pomembna za higieno rok sta dogodka – svetovna dneva in sta odlična priložnost za promocijo tako v bolnišnici, kot v širši skupnosti, saj sodelujejo otroci iz vrtca, šole, dijaki, študentje, pacienti in obiskovalci. Aktivnosti so prestopile meje bolnišničnega okolja in bile medijsko zelo dobro sprejete ter tako povezale bolnišnico s širšo skupnostjo. S tem se uspešno izboljšuje izvajanje higiene rok in posledično zmanjšuje, obvladuje okužbe povezane z zdravstvom.

**Ključne besede:** promocija higiene rok, izobraževanje, obvladovanje okužb povezanih z zdravstvom

### ABSTRACT

Hand hygiene is a simple, easy and inexpensive means to prevent most health related infections. In the Jesenice General Hospital, our primary goal was to improve the hand hygiene of employees, patients and visitors. We also developed outreach programs to teach

the community at large the importance of good hand hygiene. Our strategy was to make hand hygiene a habit that everyone would practice. We decided that a symbol that would easily identify our project would be a blue drop representing. The mascot of the project is a blue drop. She invites people to stop and thoroughly disinfect their hands. The four key personnel strategies we developed to promote hand hygiene are: we require that every employee participates in the practicing and promoting good hand hygiene should be include, every new employee begins his or her first working day with a hand hygiene workshop, every employee attends mandatory refresher training on hand hygiene each year and we observe every employee periodically and do an interview. We also established strategically located disinfection stations throughout the hospital. At each station reminders written in five languages encourage staff and visitors to practice good hand hygiene. We do periodic observations of staff to monitor hand hygiene compliance as prescribed by the Ministry of Health. We meet with individual employees immediately after their observation. We also promote good hand hygiene throughout the year. These events include " Hand Hygiene World Days" which are opportunities to promote hand disinfecting in the hospital. School children are an important target audience since hand hygiene habits. Local and national media have helped us spread this message around the country as well. In conclusion, we have found that these practices can result in a significant reduction of infection spread by contact.

**Keywords:** hand hygiene promotion, education, management of health-related infections

## UVOD

Higiena rok je temeljni kamen preprečevanja okužb in nadzora v bolnišničnem okolju (Huskins et al., 2011 cited in Lavtižar, et al., 2016). Pittet in sodelavci (2006 cited in Lavtižar et al., 2016) trdijo, da je higiena rok ključni element za zaščito pacientov pred bolnišničnimi okužbami in kolonizacijo z večkratno odpornimi bakterijami in tudi Perry (2007 cited in Lavtižar et al., 2016) poudarja higieno rok zdravstvenega osebja kot najhitrejši, najcenejši in najenostavnejši ukrep za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Pittet in sodelavci (2000 cited in Tomažič & Dolinšek, 2013, p. 69) navajajo higieno rok kot dokazano najpomembnejši postopek za preprečevanje širjenja okužb v bolnišnici a zdravstveni delavci pogosto ne prepoznajo oziroma se ne zavedajo pomembnosti enostavnega postopka ter ga ne izvajajo v zadostni meri. Higiena rok je najpomembnejši ukrep za preprečevanje bolnišničnih okužb in strategije za izboljšanje skladnosti je potrebno izvajati neprekinjeno in multidisciplinarno (Armellino, et al., 2012; Al-Tawfiq, et al., 2013).

Namen prispevka je predstaviti projekt higiene rok Splošne bolnišnice Jesenice, v katerem so zajete vse pomembne aktivnosti, za izboljšanje higiene rok zaposlenih, pacientov in obiskovalcev.

## Strategija Svetovne zdravstvene organizacije o higieni rok

Strategija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o higieni rok je multimodalna, sestavljena iz petih komponent in je oblikovana tako, da je prilagodljiva vsaki ustanovi, ne da bi s tem ogrozili njeno strokovnost (Grol, 2003 cited in World Health Organization, 2009). Ključni elementi strategije za promocijo higiene rok so: sprememba sistema; razpoložljivost razkužila za roke ob pacientu; varna, neprekinjena oskrba s pitno vodo, milom in brisačami za enkratno uporabo; usposabljanje in izobraževanje zdravstvenih delavcev; spremljanje doslednosti izvajanja higiene rok in povratne informacije o učinkovitosti izvajanja higiene rok; opomniki na delovnem mestu; oblikovanje higienske varnostne kulture s sodelovanjem posameznih zdravstvenih delavcev in vodstva (World Health Organization, 2009).

Za uspešno implementacijo v delovno okolje je pomembnih pet korakov: pripravljenost objekta na spremembe in ukrepe, ocena trenutnega stanja, uvajanje izboljšav, spremljanje in ocena učinkovitosti izvajanja/uvajanja, načrt izvajanja in preverjanja za naslednjih 5 let. Minimalne zahteve implementacije strategije obsegajo: sistemske spremembe v smislu dostopnosti razkužila za roke ob pacientu ter dostopnosti čiste vode ter mila, brisač ob vsakem umivalniku ter minimalno 1 umivalnik na 10 postelj; izobraževanje in usposabljanje osebja takoj po opazovanju higiene rok ter usposabljanja po kratkoročnem, srednjeročnem in dolgoročnem načrtu; opazovanje izvajanja higiene rok in povratne informacije opazovanim; opomniki v delovnem okolju, ki ponazarjajo kako se izvede postopek higiene rok in 5 trenutkov za higieno rok, ki ponazarjajo kdaj si je potrebno razkužiti roke; varnostna kultura v ustanovi z zavzemanjem za varnostno kulturo in predvsem strategijo higiene rok s strani vodij in vodstva ter osebja s področja preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Pittet, et al., 2000, Hayden, et al., 2001 cited in World Health Organization, 2009). SZO je pripravila vrsto orodij, ki so na voljo kot pomoč za uvajanje strategije za izboljšanje in promocijo higiene rok: tehnično/informacijsko orodje, izobraževalno orodje, promocijsko orodje/opomniki, orodje spremljanja in opazovanja (World Health Organization, 2009).

### Higiena rok

Smernice SZO opisujejo 5 trenutkov za higieno rok:

- Trenutek 1 / pred stikom s pacientom je čas med zadnjim kontaktom rok zdravstvenega delavca s površinami, ki pripadajo okolici pacienta in pred prvim kontaktom rok s pacientom in s površinami, pripomočki, ki jih uporablja pacient.
- Trenutek 2 / pred aseptičnimi postopki je čas med zadnjim kontaktom s pacientom, površinami ali predmeti, ki se nahajajo v neposredni okolici pacienta in pred izvajanjem aseptičnega postopka.
- Trenutek 3 / po stiku s telesnimi tekočinami je čas po izpostavitvi rok telesnim tekočinam in higiena rok mora biti izvedena še pred postopkom pri istem pacientu.
- Trenutek 4 / po stiku s pacientom je čas po zapuščanju neposredne okolice pacienta in pred kontaktom površin izven nje.

- Trenutek 5 / po stiku s pacientovo neposredno okolico je čas po stiku katerekoli površine, ki je bila v stiku s pacientom tudi v primeru, da se zdravstveni delavec pacienta ni dotikal (World Health Organization, 2009).

#### Skladnost higiene rok

V raziskavi o skladnosti higiene rok so Lavtižar in sodelavci (2016) ugotovili pomembne razlike glede na dejanje ali je bilo razkuževanje izvedeno ali ni bilo. Doslednost razkuževanja rok je bila v vseh indikacija zelo visoka, razen v indikaciji po stiku s telesnimi tekočinami. Mahfouz in sodelavci (2013) v svoji študiji opisujejo, da je bila najvišja skladnost razkuževanja rok v indikaciji po stiku s pacientom, kar potrjujejo tudi Lavtižar in sodelavci (2016). SZO v smernicah (World Health Organization, 2009) navaja, da so rezultati v bolnišnicah, za posamezne poklicne kategorije, od 48 % doslednosti razkuževanja rok pri zdravnikih, do 64 % doslednosti razkuževanja rok pri medicinskih sestrah.

Lavtižar in sodelavci (2016) poudarjajo, da ne bi smelo prihajati do razlik v doslednosti razkuževanja med poklicnimi skupinami in kljub njihovem pričakovanjem, da bi si višje izobraženi bolj dosledno razkuževali roke tega z raziskavo niso dokazali. Skladnost razkuževanja rok je bila višja pri zaposlenih v zdravstveni negi kot pri zdravnikih, kar v svoji raziskavi potrjujejo tudi Mahfouz in sodelavci (2013), Almaguer-Leyva in sodelavci (2013), ki pravijo, da si medicinske sestre bolj dosledno razkužujejo roke kot zdravniki.

Jumaa (2005 cited in Lavtižar, et al., 2016) navaja, da je potrebno priznati, da nacionalne izboljšave na področju higiene rok niso edini ukrep, ki je potreben za zmanjšanje okužb in Pittet (2005 cited in Lavtižar, et al., 2016), da je prav tako potrebno priznati tudi pomen drugih dejavnikov, kot so higiena okolja, preobremenjenost, kadrovska zasedba in izobraževanja, kot del celotnega paketa za izboljšanje obvladovanja okužb.

#### Projekt higiene rok v Splošni bolnišnici Jesenice

V Splošni bolnišnici Jesenice je bila konec leta 2015 epidemija večkrat odporne bakterije. Pri pregledu vzrokov za širitev epidemije in vzroka za nastanek je bil eden najpomembnejših prav higiena rok. Z željo ustavitve epidemije je bilo izvedenih več aktivnosti s katerimi je bil dosežen uspeh. Prav projekt higiene rok je eden večjih izboljšav na področju obvladovanja okužb povezanih z zdravstvom v širšem pomenu in ne samo v sami skladnosti higiene rok.

Projekt higiene rok je začel nastajati po izvedenem opazovanju skladnosti higiene rok po 5. trenutkih za higieno rok SZO. Po izvedenem opazovanju rezultat ni bil tako zaskrbljujoč kot so bile zaskrbljujoče podrobnosti v izvajanju higiene rok in prepoznavanje postopka higiene rok ter seveda na koncu tudi prepoznavanje priložnosti kdaj je potrebno roke razkužiti. V času opazovanja je bilo ugotovljeno, da na voljo ni zadosti razkuževalnih mest ali da so ta nameščena na napačnem mestu in da zaposleni uporabijo premajhno količino razkužila. Na oddelku je nameščen plakat SZO, opisuje priložnosti kdaj razkužiti roke, vendar nihče od

zaposlenih ni točno vedel kdaj si razkužiti roke. Zaposleni, po izvedenem opazovanju, nikoli niso dobili ustne povratne informacije, ampak v obliki poročila nekaj dni po opazovanju. V okviru projekta je bila v začetku leta 2015 oblikovana Enota za obvladovanje bolnišničnih okužb.

#### Razkuževalna mesta v bolnišnici

Najprej se je v bolnišničnem okolju izvedla ocena o potrebi razkuževalnih mest in postavila so se nova razkuževalna mesta v ambulantni del, na hodnike bolnišnice, v bolniške sobe ob postelje in na vse vhode bolnišnice. Z namestitvijo razkuževalnih mest je bil izveden en del sprememb in nato je bilo potrebno poiskati način kako povabiti uporabnike k uporabi razkužila. Izdelana je bila maskota higijene rok v obliki modre kapljice, ki je zaposlene in obiskovalce povabila k doslednemu izvajanju higijene rok.

#### Izobraževanje o higijeni rok

Na področju usposabljanja in izobraževanja je bilo uvedenih več novosti. Vsak zaposleni (ne glede na izobrazbo in delovno mesto) je moral, prvi delovni dan, obiskati delavnico o obvladovanju bolnišničnih okužb, ki je obsegala vsebine o: osebni urejenosti, higijeni rok, uporabi osebne varovalne opreme, izolaciji, postopku po poškodbi z možnostjo prenosa okužbe, razkuževanju pacientove okolice in pravilnem odlaganju odpadkov. Delavnica je zajemala tudi praktično izvedbo higijene rok s preizkusom uspešnosti higijene rok, s pomočjo pripomočka Black box in praktičen prikaz uporabe osebne varovalne opreme. Na jutranjih raportih zdravnikov so bile izvedene ponovitvene delavnice o higijeni. Izobraževanja za zaposlene so potekala v obliki predavanj in praktične izvedbe postopka higijene rok in varnostnega razgovora, po opazovanju skladnosti higijene rok. Po izvedenem opazovanju skladnosti higijene rok je sledila takojšna predstavitev ugotovitev, odstopanj in ukrepov ter predlogov kaj spremeniti. Redno so se pripravljale aktivnosti ob 5. Maju svetovnem dnevu higijene rok in ob 15. oktobru svetovnem dnevu umivanja rok. Aktivnosti so bile del usposabljanja in izobraževanja širše javnosti, saj sodelujejo tudi dijaki Srednje šole na Jesenicah, zdravstvena smer, in študentje Fakultete Angele Boškin Jesenice. Prav tako je bilo izvedeno izobraževanje najmlajših v vrtcu. Vse te aktivnosti so bile zelo dobro medijsko sprejete in predstavljene tako, da smo s svojim delovanjem ozaveščali po celotni Sloveniji saj je bilo delovanje predstavljeno na različnih televizijskih programih in radijskih postajah. Novost in izboljšava so bile vsebine, o higijeni rok, v obliki E izobraževanja. Vsebine so bile teoretične in praktične. V izobraževanju je bilo slikovno bogato in je vključevalo film, v katerem je bila predstavljena izvedba postopka razkuževanja rok. Na koncu izobraževanja je bil preizkus znanja v obliki testa. Pri praktični izvedbi se je poudarjala količina razkužila, ki ga posameznik potrebuje za izvedbo higijene rok. V postopek izobraževanja so bili vključeni tudi zaposleni iz kuhinje, ki si roke umivajo in ne razkužujejo.



### Opazovanje skladnosti higijene rok

V bolnišnici je bilo pet izobraženih opazovalcev higijene rok, ki so pazovanje skladnosti higijene rok po 5. trenutkih za higijene rok SZO izvajali na vseh oddelkih, intenzivnih enotah in v urgentnem centru. Takoj po izvedenem izobraževanju so bile posredovane informacije o odstopanjih. Pri zaposlenih je bil ta način zelo dobro sprejet in tako se njihovo znanje o izvajanju higijene rok izboljševalo. Maja 2017, na svetovni dan higijene rok, je oddelek, ki je dosegel najvišji rezultat skladnosti higijene rok, prejel sladko presenečenje in priznanje vodstva.

### Maskota in opomniki

Oblikovana je bila maskota higijene rok, ki v roki drži stop znak in vabi k razkuževanju rok. Na vhodu bolnišnice in v urgentnem centru je večji plakat na katerem je maskota, na ostalih predelih bolnišnice pa so nameščeni manjši opomniki s katerih maskota vabi k razkuževanju rok, v 5 različnih jezikih. Opomniki v obliki stop znaka so nameščeni nad vsa razkuževalna mesta v bolnišnici. Sporočilo opomnika je, da se je ob razkužilu potrebno ustaviti in razkužiti roke. Na vseh oddelkih in hodnikih so plakati kjer so predstavljene priložnosti za izvajanje higijene rok.

### Promotorji higijene rok

V okviru delovanja Enot za obvladovanje bolnišničnih okužb sta bili oblikovani dve skupini. Promotorji higijene rok, ki so preverjali uspešnost higijene rok pri svojih sodelavcih na oddelkih, kar se je izvajalo tudi že v preteklem obdobju. Pri tem postopku je bila uvedena še ena dodana vrednost in sicer, da so bila oblikovana navodila kako opazovano oceniti. Vsi promotorji so bili seznanjeni z načinom ocenjevanja, uspešnosti izvajanja higijene rok. Ocena, ki je bila podana glede na obseg uspešno razkuženih rok je bila pokazatelj kako zaposleni prepoznajo odstopanja v postopku higijene rok. Pri tem postopku so sodelovali vsi, ki so bili prisotni na oddelku, ne glede na izobrazbo in delovno področje. V drugi skupini so bili člani za obvladovanje bolnišničnih okužb, ki so kot predstavniki oddelkov in enot poskrbeli za prenos informacij in novosti v delovna okolja. Obe skupini sta uspešno pripomogli k prepoznavanju pomembnosti higijene rok.

### Svetovni dnevi higijene rok

K izvajanju aktivnosti ob svetovnih dnevih in sami promociji higijene rok je pristopilo tako vodstvo kot zaposleni. Številne izvedene aktivnosti ob teh dnevih so higijeni rok dale posebno mesto v bolnišnici in tudi v širši javnosti.

## DISKUSIJA

Projekt higijene rok je rasel in zorel eno leto. S postavitvijo projekta smo želeli približati higijeno rok uporabnikom. Izobraževanja na prvi delovni dan so se izvajala dnevno in so predstavljala pomemben doprinos k izboljšanju higijene rok. Zaposlenim so bile pogosteje

predstavljene priložnosti kdaj si je potrebno razkužiti roke. Postopki higiene rok so bili predstavljeni na oddelčnih sestankih in raportih zdravnikov. S kadrovske službo je bilo usklajeno prihajanje novo zaposlenih na delavnico. Težko je bilo zajeti vsakega prihajajočega (študente, dijake, pripravnike zdravstvene tehnike, pripravnike zdravnikov, specializante, zunanje pripravnike ki so prišli na kroženje, novo zaposlene itd.).

Razkužila so bila dostopna vsepovsod v bolnišnici in opomniki nad njimi so dodana vrednost k razkuževalnikom. Opazovanje skladnosti higiene rok ni bila več tako stresna oblika nadzora kot je bila na samem začetku. Zaposleni so bili bolj pripravljeni sodelovati in sprejemati informacije, ki so jih lahko dobili od opazovalcev. Opazovanja skladnosti higiene rok v letu 2016 in 2017, niso prinesla odličnih rezultatov ampak celo nižje vrednosti, kot v preteklih letih, kar pa ni bilo zaskrbljujoče, saj so bile aktivnosti projekta med samim opazovanjem zelo dobro prepoznane. Zaposleni so si med delom razkuževali roke kot so predvidevali, da je prav in kadar so predvidevali, da je potrebno. Tega niso izvajali zaradi prisotnosti opazovalcev, kar je bilo razvidno iz postopkov dela. Malokrat je bilo razkuževanje izvedeno po nepotrebem in to je bila priložnost za opozarjanje in poučevanje takoj po izvedenem opazovanju kar Lehotsky in sodelavci (2015) navajajo, da takšen način lahko izboljša uspešnost higiene rok in tehniko higiene rok, ter je posledično manj izpuščenih razkuženih predelov na rokah. Prav tako so v Splošni bolnišnici Jesenice promotorji higiene rok redno preverjali uspešnost izvajanja higiene rok s skinjico Black box (World Health Organization, 2009) in tehnika razkuževanja rok se je izboljšala.

Aktivnosti ob svetovnih dnevih so bile drugačne, posebne, zanimive in so k sodelovanju privabile vodstvo, zaposlene, obiskovalce in paciente. Tudi Tartari in sodelavci (2017) navajajo, da je praznovanje svetovnega dneva higiene rok prepoznano kot priložnost za izboljšanje timskega sodelovanja med zaposlenimi in promotorji obvladovanja ter preprečevanja bolnišničnih okužb.

Veliko zdravstvenih ustanov in zdravstvenih delavcev je pristopilo k povabilu k praznovanju svetovnega dne 5. maja. Pozitiven odziv zdravstvenih ustanov na praznovanje svetovnega dne potrjuje, da je bil takšen pristop atraktiven način promocije higiene rok in dopolnilo številnih postavljenih strategij higiene rok.

Uporabnost opomnikov so prepoznali zaposleni, pacienti in obiskovalci. Mackert in sodelavci (2014) poudarjajo, da je v zdravstvenih ustanovah potrebno razvijati alternativne in ustvarjalne pristope, saj so opomniki sporočila s prepričevalnim učinkom in bodo poleg izobraževanja, izboljšala skladnost higiene rok in zdravje pacientov ter zaposlenih. Prav tako je pomembno kakšno sporočilo ima opomnik, Taylor (2017) pravi, da je pomembna razlika v tem kakšna je vsebina sporočila in na kakšen način je podana, saj je sporočilo neučinkovito, ker je neustrezno ali posredovano na napačen način.

## ZAKLJUČEK

Projekt higiene rok je bil zelo dobro sprejet pri vodstvu bolnišnice, pri zaposlenih in širši javnosti. Seveda pa s tem zgodba še ni končana in aktivnosti projekta se bodo nadaljevale. V prihodnje bodo vsi zaposleni na svoje elektronske naslove prejeli E-izobraževanje, ki se zaključi s testnim vprašalnikom. Izziv za zaposlene bo v prihodnosti tudi opominjanje pacientov na izpuščene trenutke higiene rok. Idej in priložnosti za izboljšave je še veliko.

## Literatura

Almaguer-Leyva, M., Mendoza-Flores, L., Medina-Torres, A.G., Salinas-Caballero, A.G., Vidana-Amaro, J.A., Garza-Gonzales, E., Camacho-Ortiz, A., 2013. Hand hygiene compliance in patients under contact precautions and in the general hospital population. *American Journal of Infection Control*, 14, pp. 976–978.

Al-Tawfiq, J.A., Abed, M.S., Al-Yami, N., Birrer, R.B., 2013. Promoting and sustaining a hospital-wide, multifaceted hand hygiene program resulted in significant reduction in health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 41, pp. 482–486.

Armellino, D., Hussain, E., Schilling, M.E., Senicola, W., Eichorn, A., Dlugacz, Y., et al., 2012. Using high-technology to enforce low-technology safety measures: the use of third-party remote video auditing and real-time feedback in healthcare. *Clinical Infectious Diseases*, 54, pp. 1–7.

Lavtižar, J., Sivec, G., Skela-Savič, B., 2016. Doslednost razkuževanja rok po metodi 5. trenutkov za higieno rok v Splošni bolnišnici Jesenice. In Skela Savič, B., et al., eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: zbornik predavanj z recenzijo. 9. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 9. junij*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 112–120.

Lehotsky, A., Szilagyi, L., Ferenci, T., Kovacs, L., Pethes, R., Weber, G., et al., 2015. Quantitative impact of direct, personal feedback on hand hygiene technique. *American Journal of Hospital Infection*, 91, pp. 81–84.

Mackert, M., Lazard, a., Champlin, S., Liang, M., Marby, A., Stroever, S., et al., 2014. Take time. Save lives. Clean hands protect. A comparison of two hand hygiene health promotion posters. *American Journal of Infection Control*, 42, pp. 530–532.

Mahfouz, A.A., Mohammad, N., El Gamal, M., Tarik, A., Al-Azraqi, T.A., 2013. Hand hygiene non-compliance among intensive care unit health care workers in Aseer Central hospital, south-western Saudi Arabia. *International Journal of Infectious Diseases*, 17, pp. 729–732.

Tartari, E., Pires, D., Bellissimo Rodrigues, F., De Kraker, M., Borzykowski, T.H., Allegranzi, B., et al., 2017. The global hand-sanitizing relay: promoting hand hygiene through innovation. *Journal of Hospital Infection*, 95, pp. 189–193.

Taylor, R.E., 2017. Perceived effectiveness of messages promoting hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 45, pp. 314–316.

Tomažič, M., Dolinšek, M., 2013. Promocija higijene rok v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Grmek Košnik, I., et al., eds. *Okužbe, povezane z zdravstvom: zbornik prispevkov z recenzijo. 4 simpozij Katedre za temeljne vede, Kranj 15. oktober*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvene nego, pp. 66–71.

World Health Organization, 2009. Guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, Switzerland, pp. 96–102. Available at:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf?ua=1)

[4.7.2017].

## PREGLED PREVENTIVNIH UKREPOV ZA PREPREČEVANJE VENTILATORSKE PLJUČNICE

### OVERVIEW OF VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA PREVENTIVE MEASURES

Rok DRNOVŠEK, dipl. zn.

Angie DEŽMAN, dipl. m. s.

Andreja MAROLT, dipl. m. s.

doc. dr. Andrej STARC

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija

rok.drn.zn@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Ventilatorska pljučnica je pogost zaplet oskrbe pacientov v enotah intenzivne terapije, ki lahko poslabša zdravstveno stanje pacienta in predstavlja velik strošek za zdravstveni sistem. Namen prispevka je predstaviti nekatere pomembne ukrepe za preprečevanje ventilatorske pljučnice ter oblikovati predloge za njihovo uspešno vključitev v klinično okolje. **Metode:** Narejen je bil pregled literature. Iskanje literature je potekalo v COBIB.SI in z iskalnikoma literature PubMed in SpringerLink. Uporabljenih je bilo 7 enot literature, ki so ustrezale vključitvenim kriterijem. **Rezultati:** Različni viri predstavljajo podobne ali prekrivajoče se nabore ukrepov za preprečevanje nastanka ventilatorske pljučnice. Združen nabor ukrepov je razdeljen na ukrepe za preprečevanje zatekanja vsebin v dihalne poti, ukrepe za varno umetno predihavanje in splošne preventivne ukrepe. **Diskusija in zaključek:** Nabor preventivnih ukrepov za preprečevanje ventilatorske pljučnice ni omejen na eno strokovno področje. Glavni izziv medicinskih sester je, da v sodelovanju z drugimi člani interdisciplinarnega tima uveljavi in pripomore k doslednemu izvajanju teh ukrepov v klinični praksi. Pri načrtovanju strategij za uspešnejše vključevanje preventivnih ukrepov v klinično okolje je v prispevku izpostavljena pomembnost združevanja ukrepov v skupke in neprekinjeno iskanje potencialno ogroženih pacientov za ustrezno načrtovanje nadaljnje oskrbe.

**Gljučne besede:** mehansko predihavanje, preventivni ukrepi, ocenjevanje ogroženosti.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Ventilator associated pneumonia is a common infection in intensive care units, that can negatively impact patient's health and presents unnecessary costs to healthcare organisations. Aim of this article is to find, combine and orderly present possible ventilator associated pneumonia prevention measures and strategies for their better implementation into clinical practice. **Methods:** Literature review was conducted, using PubMed and

SpringerLink search engines. Database COBIB.SI was used to gather literature in Slovenian language. According to inclusion criteria, 7 units of literature were selected for final analysis

**Results:** Different sources present similar or partially identical collections of preventive measures. Article presents a collection of preventive measures divided into basic preventive measures, prevention of pulmonary aspiration and safe ventilation practices. **Discussion and conclusion:** Collection of preventive measures is not limited to work tasks of a single profession. Therefore, main goal in nursing is achieving adequate compliance in clinical practice, with emphasis on cooperation and interdisciplinary team approach. This article highlights the importance of bundle care approach and continuous risk assessment in future interventions planning as important parts of ventilator associated pneumonia prevention strategies.

**Keywords:** mechanical ventilation, preventive measures, risk assessment.

## UVOD

Pljučnica, povezana z mehanskim predihavanjem (Ventilator-Associated Pneumonia - VAP), je okužba spodnjih dihal, ki se začne najmanj 48 ur po intubaciji oz. traheotomiji in je pogost zaplet pri pacientih, hospitaliziranih v enoti intenzivne terapije (EIT) (Chastre & Fagon, 2002). VAP je najpogostejša bolnišnična okužba (24,1 primerov na 1000 ventilacijskih dni), sledijo okužbe zaradi žilnih katetrov na drugem in okužbe zaradi urinskih katetrov na tretjem mestu (Marchaim & Kaye, 2017). Glavni vzrok za nastanek VAP je aspiracija bakterij, ki so naseljene v nosno-žrelnem prostoru in vsebine, ki prispejo iz želodca retrogradno v žrelo, od tam pa s ponavljajočimi mikroaspiracijami ob mešičku endotrahealnega tubusa preidejo v spodnja dihala (Hillier, et al., 2013). Najpogostejši povzročitelji so (po Gramu) negativne bakterije (*Escherichia coli*, *Enterobacter species spp.*, *Klebsiella spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter spp.*) in pozitivne bakterije (*Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*). Redkeje so povzročitelji virusi (virus gripe, Herpes simplex in citomegalovirus) ali glive oziroma plesni (Videčnik Zorman, 2007).

Vsaka okužba VAP veča finančno breme posamezne zdravstvene organizacije in na državni ravni obremenjuje celoten zdravstveni sistem. Dodatni stroški izhajajo iz ležalne dobe v EIT, ki je običajno 5-7 dni, pri pacientih, ki zbolijo za VAP, pa se ta doba podaljša (Hillier, et al., 2013; Frost, et al., 2013). VAP ne predstavlja samo dodatnih stroškov zdravljenja ampak ogroža tudi človeško življenje. Obsežna francoska raziskava med leti 1997 in 2008, ki je ugotavljala smrtnost pacientov zaradi VAP-e, je predvidevala 4,4-odstotno smrtnost v 30-ih dneh in 5,9-odstotno v 60-ih dneh. Število umrlih se je izkazalo za veliko večje od predvidevanja, in sicer 23,3-odstotna smrtnost v 30-ih dneh in 25,6-odstotno smrtnost v 60-ih dneh (Bekaert, et al., 2011). Avtorji raziskave opozarjajo na moteče spremenljivke, neenotne kriterije za postavitev diagnoze VAP in neuskkljenost metodoloških pristopov raziskovalne dejavnosti na področju. Ocene smrtnosti zaradi VAP-e se zato glede na različne raziskave razlikujejo med 20 do 76 in celo 86 odstotkov v povezavi z antibiotično rezistenco

(Joseph, et al., 2010).

Namen prispevka je zajeti nabor ukrepov za preprečevanje VAP-e in predstaviti predloge za njihovo uspešno vključitev v klinično okolje. Pri preprečevanju okužbe so pomembni tudi dejavniki tveganja, povezani s pacientovim zdravstvenim stanjem, razpoložljivimi pripomočki, napravami in načinom dela zdravstvenih delavcev, vendar se prispevek osredotoča zgolj na preventivne ukrepe.

## METODE

Narejen je bil pregled literature. Iskanje znanstvene in strokovne literature je potekalo v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov (COBIB.SI) in s pomočjo tujih iskalnikov znanstvene in strokovne literature PubMed, in SpringerLink. Iskanje in pregledovanje literature je potekalo od januarja do maja 2017. Za iskanje relevantne literature smo uporabili ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku: "healthcare quality", "VAP", "ventilation associated pneumonia", "prevention" ter "ventilatorska pljučnica", "intenzivna terapija", "ventilacija", "aspiracija", "subglotična aspiracija" in "nega". V podatkovni bazi COBIB.SI je bilo zajetih 105 enot literature, z iskalnikom PubMed 85 enot literature in iskalnikom Springerlink 118 enot literature. Tekom pregleda smo izločili podvojene vire in enote literature, ki niso ustrezale vključitvenim kriterijem. Uporabili smo vključitvene kriterije: dostopnost v celotnem obsegu besedila, objava od leta 2012 ter tematska ustreznost. Izločena je bila literatura, ki se nanaša na preprečevanje VAP-e v pediatričnih in neonatalnih enotah intenzivne terapije in viri, objavljeni v zbornikih konferenc.

V končno analizo smo vključili 7 enot literature, izmed katerih smo 4 vire pridobili z iskalnikom PubMed in 1 vir iz podatkovne baze COBIB.SI. Dva vira, vključena v končno analizo, smo pridobili z dodatnim poglobljenim iskanjem.

## REZULTATI

S pregledom strokovne in znanstvene literature smo našli 7 virov, ki obravnavajo tematiko prispevka. Zajeti viri izpostavljajo podobne ali enake ukrepe za preprečevanje nastanka VAP-e. Ukrepi so združeno predstavljeni in razdeljeni na splošne preventivne ukrepe, ukrepe za preprečevanje zatekanja vsebin v dihalne poti in ukrepe za varno umetno predihavanje.

Ukrepi za preprečevanje zatekanja vsebin v dihalne poti

Pomemben mehanizem nastanka VAP-e je zatekanje vsebin v dihalne poti. Več avtorjev zato izpostavlja ohranjanje polsedečega položaja oziroma dvig vzglavja na najmanj 30° (Bell, et al., 2012; Álvarez Lerma, et al., 2014; Okgün Alcan, et al., 2016), Schallom s sodelavci (2015) poudarja, da je zaradi hitrega pojava mikroaspiracij pomembno ohranjati takšen položaj tudi med negovanjem pacienta. Vsebine prehajajo v dihalne poti iz ustne votline, iz česar izhaja

potreba po dosledni oskrbi ustne votline. Ustna nega naj bo pri intubiranih pacientih izvedena vsaki dve uri, izvajalci pa naj ob tem spremljajo stanje ustne sluznice (Gupta, et al., 2016). Avtorji sicer izpostavljajo ščetkanje zob in uporabo različnih antiseptičnih raztopin za zmanjševanje števila mikroorganizmov v ustni votlini (Álvarez Lerma, et al., 2014; Kučan, et al., 2015), vendar v pregledu literature zajeta metaanaliza ni uspela prikazati neizpodbitnih prednosti ščetkanja, kot najučinkovitejšo metodo pa izpostavlja rabo klorheksidina (Shi, et al., 2013).

Za zagotavljanje ustreznega prehranskega statusa pacienta različni viri zagovarjajo varno enteralno hranjenje s pomočjo hranilne sonde (Álvarez Lerma, et al., 2014; Okgün Alcan, et al., 2016; Bell, et al., 2012). Ob vstavitvi sonde je potrebno z zanesljivo metodo potrditi pravilno lego sonde, hranjenje naj poteka kontinuirano, rezidualni volumni pa naj bodo dosledno spremljani in upoštevani pri poteku hranjenja (Bell, et al., 2012). S preprečevanjem zatekanja vsebin v dihalne poti je povezana tudi izbira endotrahealnega tubusa z dodanimi antiseptičnimi sredstvi in možnostjo subglotične aspiracije (Álvarez Lerma, et al., 2014; Kučan, et al., 2015). Mešiček tubusa mora zagotavljati dobro tesnjenje in pri tem ne sme povzročati razjede zaradi pritiska (Kučan, et al., 2015). Avtor zato poudarja, da je smiselna izbira mešičkov iz mehkih materialov (poliuretan) in priporoča stožčasto obliko. Za preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska je pomembno tudi ohranjanje primerne pritiska v mešičku. Avtorji priporočajo uporabo mešička z večjim volumnom, ki dobro tesni tudi ob manjšem pritisku. Pritisk naj bo kontinuirano spremljan s pomočjo merilnih naprav, saj spremljanje s tipanjem ni dovolj zanesljivo (Álvarez Lerma, et al., 2014; Kučan, et al., 2015).

#### Varno umetno predihavanje

Ne glede na preventivne ukrepe je invazivno umetno predihavanje za pacienta ogrožajoče. Če zdravstveno stanje to omogoča, se je smiselno umetnemu predihavanju v celoti izogniti ali poseči po neinvazivnih metodah umetnega predihavanja (Álvarez Lerma, et al., 2014). Avtorji (Bell, et al., 2012; Álvarez Lerma, et al., 2014; Okgün Alcan, et al., 2016) opozarjajo na redno dnevno ocenjevanje pacientove pripravljenosti za ekstubacijo in čim zgodnejšo traheotomijo ali prekinitvev umetnega predihavanja. Pri negi intubiranega pacienta moramo biti pozorni na pravilno oskrbo dihalne poti, ki vključuje ogrevanje in vlaženje dihalne poti, redne aspiracije dihalnih poti z zaprtimi aspiracijskimi sistemi, kontinuirano subglotično aspiracijo in odstranjevanje biofilma v notranjosti endorahelnega tubusa (Kučan, et al., 2015; Álvarez Lerma, et al., 2014). Poleg teh osnovnih postopkov opozarjajo nekateri avtorji tudi na upoštevanje higienskih predpisov, ki vključujejo uporabo antimikrobnih filtrov, redno menjavo dihalnih cevi, pripomočkov in antimikrobnih filtrov, redno mikrobiološko testiranje, nadzor izvajanja higienskih predpisov ter dosledno higieno rok z umivanjem in razkuževanjem pred rokovanjem z intubiranim pacientom (Bell, et al., 2013; Álvarez Lerma, et al., 2014).



## Splošni preventivni ukrepi

Med splošnimi preventivnimi ukrepi lahko poleg doslednega izobraževanja zdravstvenih delavcev izpostavimo spodbujanje pacientove mobilnosti, ki vključuje fizioterapevtsko obravnavo in spodbujanje pacientovega samostojnega gibanja (Bell, et al., 2012; Álvarez Lerma, et al., 2014). V pregledu literature smo kot pomembne ukrepe za preprečevanje VAP-e zaznali tudi farmakološke metode, ki vključujejo selektivno dekontaminacijo prebavne poti in orofarinksa, uporabo probiotikov, kratkotrajno in ciklično rabo antibiotikov, aplikacijo antibiotikov neposredno v dihalne poti (Bell, et al., 2012; Álvarez Lerma, et al., 2014) ter minimalno rabo narkotikov in sedativov (Bell, et al., 2012). Avtorji so v naborih preventivnih ukrepov izpostavili tudi preventivo globoke venske tromboze in peptične razjede kot pomembna dela preventive v EIT (Okgün Alcan, et al., 2016; Bell, et al., 2012), vendar se ti ukrepi ne navezujejo neposredno na preprečevanje VAP-e.

## DISKUSIJA

Zaznali smo več naborov preventivnih ukrepov, ki se med seboj prekrivajo ali dopolnjujejo. Strategije za preprečevanje VAP-e so si zato podobne, izziv zdravstvenih delavcev pa je dosledno izvajanje ukrepov v klinični praksi. Strategije za zmanjševanje posledic VAP-e so najpogosteje usmerjene v izvajanje preventivnih ukrepov, ki pa kljub temu niso dosledno izvajani (Lambert, et al., 2013). Tudi izobraževanja zdravstvenih delavcev ne vodijo nujno v večjo doslednost upoštevanja prepoznanih preventivnih ukrepov, tako imajo dodatna strokovna izobraževanja omejen vpliv (Jahansefat, et al., 2016; Aloush, 2017).

Predstavljeni ukrepi sodijo v velikem deležu na področje zdravstvene nege, vendar celovite strategije za preprečevanje VAP-e nikakor ne smejo sloneti izključno na izvajalcih zdravstvene nege. Glede na rezultate namreč izpostavljamo, da je za preprečevanje VAP-e potrebno tesno interdisciplinarno sodelovanje, saj izdelana strategija zahteva sodelovanje strokovnjakov zdravstvene nege, medicine in menedžmenta. Izključno na področju zdravstvene nege lahko izpostavimo zagotavljanje ustrezne higiene rok, redne in strokovno izvedene endotrahealne in subglotične aspiracije ter zagotavljanje kakovostne ustne higiene. Ukrepi kot so kratkotrajna in ciklična raba antibiotikov, minimalna raba sedativov, dolžina intubacije itd., pa že spadajo v domeno medicinske profesije ali menedžmenta v primerih nabave ustreznih pripomočkov in naprav (npr. zaprti aspiracijski sistemi, tubusi, ki omogočajo subglotično aspiracijo, pripomočki za nadzorovanje pritiska v mešičku).

## Spreminjanje delovnih procesov

Osredotočanje na neželene dogodke ali promocijo posameznih ukrepov za preprečevanje VAP-e se je v preteklosti izkazalo za manj učinkovito. Zaradi deljene odgovornosti različnih zdravstvenih poklicev se ne osredotočamo na zdravstvene delavce neposredno ob pacientu, ampak na vodenje vseh delovnih procesov v organizaciji. Zgolj celostno spreminjanje procesov lahko namreč zagotovi izboljšanje kakovosti na sistemski ravni in zmanjša

pojavnost neželenih dogodkov (Robida, 2009) in s tem tudi VAP-e. Zato poskušajo zdravstvene organizacije pri preprečevanju različnih bolnišničnih okužb ukrepe implementirati v formuliranih, na dokazih osnovanih skupkih, kar naj bi zagotovilo doslednejše izvajanje in preprečilo okužbe (angl. bundle care approach) (Weavind, et al., 2013). Pristop temelji na predpostavki, da bo vpeljava razširjenega protokola izvajanja zdravstvene oskrbe, ki vključuje več ukrepov za preprečevanje VAP-e, zagotovila doslednejše izvajanje kot zgolj promocija posameznih ukrepov ali splošna promocija standardiziranega načina dela v organizaciji.

Primer takšnega skupka ukrepov so tudi rezultati tega prispevka, vendar je za prenos v klinično okolje potrebna prilagoditev glede na potrebe in zmožnosti posamezne zdravstvene organizacije ter glede na poklicne kompetence posameznih strokovnjakov. Skupek (bundle) naj bo v končni obliki formuliran protokol dela, ki znotraj zdravstvene organizacije celostno zajema potrebne ukrepe in je ustrezno integriran v delovne procese ter zdravstveno dokumentacijo organizacije (Augustyn, 2007). Pristop implementacije interdisciplinarnih skupkov smo zaznali tudi v zajeti literaturi (npr. Álvarez Lerma, et al., 2014; Okgün Alcan, et al., 2016).

#### Odkrivanje ogroženih pacientov

Za zmanjševanje pojavnosti VAP-e je smiselno tudi aktivno iskanje pacientov, ki so za nastanek okužbe bolj ogroženi, informacija o ogroženosti pa naj vpliva na načrtovanje nadaljnjih ukrepov in zdravstvene obravnave (Gupta, et al., 2016). Možen način učinkovitega ocenjevanja ogroženosti v praksi so integrirani odločitveni modeli, ki s pomočjo vnesenih podatkov o pacientu in njegovi zdravstveni obravnavi namesto nas sprejemajo odločitve glede na predhodno določene kriterije.

Kot primer izpostavljam odločitveni model po Drnovšek in Rupar (2016), ki je bil razvit s programsko opremo DEXi. Model vsebuje kriterije tehnologije (vrsta tubusa, vrsta mešička, tip aspiracijskega sistema in način merjenja pritiska v mešičku), kriterije pacienta (pacientova starost, pridružene bolezni, zmanjšana imunost in čas intubacije) in kriterije procesov zdravstvene obravnave (zagotavljanje ustreznega položaja pacienta in ustrezne ustne nege). Odločitveni model omogoča določitev stopnje ogroženosti in identifikacijo problematičnih področij.

Odločitveni modeli naj bodo sicer prilagojeni specifičnemu delovišču in so najprimernejši za uporabo v ustanovah, ki že uporabljajo digitalno dokumentacijo. S tem lahko ustrezna integracija odločitvenega modela omogoči avtomatizirano ocenjevanje ogroženosti s pomočjo že dokumentiranih podatkov. Ocenjevanje ogroženosti postane s tem vsakodnevni in kontinuiran proces v obravnavi pacienta v EIT.

## ZAKLJUČEK

Nekateri ukrepi za preprečevanje nastanka VAP-e sodijo v področje dela zdravstvene nege, zato lahko z doslednim izvajanjem vsaka medicinska sestra pripomore k zmanjševanju pojavnosti okužbe. Kljub temu se pri preprečevanju VAP-e ne smemo osredotočiti na retrospektivno analizo neželenih dogodkov in individualno odgovornost posameznika. K implementaciji sprememb moramo pristopati sistemsko in interprofesionalno, saj smo lahko pri preprečevanju bolnišničnih okužb uspešnejši s prilagajanjem delovnih procesov in zgodnjim odkrivanjem ogroženih pacientov za uspešno načrtovanje njihove nadaljnje zdravstvene oskrbe.

## Literatura

Aloush, S. M., 2017. Does educating nurses with ventilator-associated pneumonia prevention guidelines improve their compliance? *American Journal of Infection Control*, 45(9), pp. 969–973.

Álvarez Lerma, F., Sánchez García, M., Lorente, L., Gordo, F., Añón, J.M., Álvarez, J., et al., 2014. Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia and their implementation. The Spanish “Zero-VAP” bundle. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 38(4), pp. 226–236.

Augustyn, B., 2007. Ventilator-associated pneumonia: risk factors and prevention. *Critical care nurse*, 27(4), pp. 32–36, 38–39.

Bekaert, M., Vansteelandt, S., Depuydt, P., Timsit, J.-F., Vésin, A., Decruyenaere, J., et al., 2011. Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: A reappraisal using causal analysis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 184(10), pp. 1133–1139.

Bell, C., Bernier, P., Boiteau, P., Cass, M., Couves, L., DesRoches, V., et al., 2012. Prevent ventilator associated pneumonia. *Safer Healthcare Now*, Available at: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Documents/Interventions/Ventilator-Associated%20Pneumonia/VAP%20Getting%20Started%20Kit.pdf> [12. 9. 2017].

Chastre, J., & Fagon, J.-Y., 2002. Ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 165(7), pp. 867–903.

Drnovšek, R., Rupar, T., 2016. Model ocenjevanja ogroženosti za nastanek ventilatorske pljučnice. In: Leskošek, B. & Juvan, P., eds. *Moč sodelovanja za zdravje: zbornik prispevkov. Kongres MI'2016, Zreče 10. in 11. november 2016. Ljubljana: SDMI, pp. 112.*

Frost, S. A., Azeem, A., Alexandrou, E., Tam, V., Murphy, J. K., Hunt, L., et al., 2013. Subglottic secretion drainage for preventing ventilator associated pneumonia: A meta-analysis. *Australian Critical Care*, 26(4), pp. 180–188.

Gupta, A., Gupta, A., Singh, T.K., & Saxena, A., 2016. Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Saudi journal of anaesthesia*, 10(1), pp. 95–97.

Hillier, B., Wilson, C., Chamberlain, D., & King, L., 2013. Preventing ventilator-associated pneumonia through oral care, product selection and application method. *AACN Advanced Critical Care*, 24(1), pp. 38–58.

- Jahansefat, L., Vardanjani, M. M., Bigdelian, H., Massoumi, G., Khalili, A., & Mardani, D., 2016. Exploration of knowledge of, adherence to, attitude and barriers toward evidence-based guidelines (EBGs) for prevention of ventilator-associated pneumonia (VAP) in healthcare workers of pediatric cardiac intensive care units (PCICUs): A Quali-Quantitative survey. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(9), pp. 67–73.
- Joseph, N. M., Sistla, S., Kumar Dutta, T., Shankar Badhe, A., & Parija, S. C., 2010. Ventilator - associated pneumonia : A review. *European Journal of Internal Medicine*, 21(5), pp. 360–368.
- Kučan, M., Djekić, B., & Ravljen, M., 2015. Vpliv mešička tubusa na pojav ventilatorske pljučnice. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(3), pp. 222-232.
- Lambert, M.-L., Palomar, M., Agodi, A., Hiesmayr, M., Lepape, A., Ingenbleek, A., et al., 2013. 'Prevention of ventilator-associated pneumonia in intensive care units: An international online survey'. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 2(1), pp. 1–8.
- Marchaim, D., & Kaye, K., 2017. Infections and antimicrobial resistance in the intensive care unit: Epidemiology and prevention. *UpToDate*, Available at: <https://www.uptodate.com/contents/infections-and-antimicrobial-resistance-in-the-intensive-care-unit-epidemiology-and-prevention#H25151042> [12. 9. 2017].
- Okgün Alcan, A., Demir Korkmaz, F., & Uyar, M., 2016. Prevention of ventilator-associated pneumonia: Use of the care bundle approach. *American Journal of Infection Control*, 44(10), pp. e173–e176.
- Robida, A., 2009. Pot do odlične zdravstvenoprakse. Ljubljana: Planet GV, pp. 81–85.
- Schallom, M., Dykeman, B., Metheny, N., Kirby, J., & Pierce, J., 2015. Head-of-bed elevation and early outcomes of gastric reflux, aspiration and pressure ulcers: A feasibility study. *American Journal of Critical Care*, 24(1), pp. 57–66.
- Shi, Z., Xie, H., Wang, P., Zhang, Q., Wu, Y., Chen, E., et al., 2013. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia, in: S. Furness (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Videčnik Zorman, J., 2007. Preprečevanje pljučnic, povezanih z mehanskim predihavanjem. In: Muzlovič, I. et al. eds. *Respiracijski center: 50 let prvega slovenskega oddelka intenzivne terapije Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj*. Ljubljana 11. in 12. maj 2007. Ljubljana: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center: Združenje za infektologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu, pp. 233–240.
- Weavind, L. M., Saied, N., Hall, J. D. and Pandharipande, P. P., 2013. 'Care bundles in the adult icu : Is it evidence-based medicine ?'. *Current Anesthesiology Reports*, 3, pp. 79–88.

## OGROŽENOST ZA PADCE PACIENTOV Z INTERNISTIČNIMI OBOLENJI

### RISK FOR FALLS IN PATIENTS WITH INTERNAL DISEASES

asist. Mag. Maja Klančnik Gruden, prof. zdr. vzg.

Irena Košir, prof. raz. pouka

Majda Cotič Anderle, dipl. m. s.

Alenka Roš, mag. zdr. neg.

Urška Hvala, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovenija

maja.klancnik@kclj.si

#### IZVLEČEK

Padci hospitaliziranih pacientov so velik problem v akutnih bolnišnicah in so eden najpogosteje poročanih varnostnih zapletov. V presečni študiji z naslovom Ogroženost odraslih pacientov za padce v UKC Ljubljana, ki jo bila izvedena na enajstih klinikah v UKC Ljubljana, je bil eden izmed ciljev raziskave ugotoviti ogroženost za padce pri pacientih z internističnimi obolenji. **Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna paradigma, presečna opazovalna študija. Kot inštrumentarij je bil uporabljen vprašalnik, razvit za namen študije. V vzorec so bili zajeti pacienti, hospitalizirani na internističnih oddelkih v UKC Ljubljana, stari 18 let ali več. V vzorec je bilo vključenih 418 pacientov. Obdelava podatkov je bila narejena s pomočjo programa Excel in SPSS. **Rezultati:** Rezultati kažejo, da je 76,08% pacientov z internističnimi obolenji ogroženih za padce in pri tem je 31,58% pacientov visoko ogroženih. Najpogosteje prepoznana dejavnika tveganja s pomočjo Morsejine lestvice padcev sta prisotnost sekundarne medicinske diagnoze (91%), sledi prisotnost žilnega katetra (66,03%), sledita pa motnje hoje (30,14%) in uporaba pripomočkov ali pomoči pri hoji (24,88%). Ženske pacientke so statistično bolj visoko ogrožene od moških pacientov. Med kliničnimi oddelki Interne klinike so pomembno višje ogroženi pacienti hospitalizirani na Kliničnem oddelku za žilne bolezni. Med skupinami bolezni pa pomembno izstopajo v višji ogroženosti pacienti z obolenji dihal ter nekaterimi infekcijskimi in parazitskimi boleznimi. **Diskusija in zaključek:** Več kot tri četrtine pacientov z internističnimi obolenji je ogroženih za padce. Med najpomembnejše dejavnike tveganja za padce sodijo: polimorbidnost, žilni kateter, ženski spol, motnje hoje, napredovala starost, obolenja dihal, infekcijske in parazitske bolezni, bolezni arterij, arteriol in kapilar. Kombinacija več dejavnikov tveganja pomembno vpliva na višjo ogroženost za padce. Stalna pozornost ter kontinuirano rutinsko ocenjevanje ogroženosti za padce je pomemben ukrep na področju preprečevanja padcev.

**Ključne besede:** padci pacientov, Morsejina lestvica padcev, dejavniki tveganja za padce

## ABSTRACT

Inpatients falls are major problem in acute care setting and are one of the most commonly reported safety incidents. In order to identify more vulnerable patients for falls different scales were developed to assess the risk for falls. Morse Fall Scale for assessing the risk for falls is one of the most commonly used screening tool, which has been also used in UKC Ljubljana. In a cross-sectional study titled "Risk for falls in UKC Ljubljana", which was carried out at eleven clinics in UKC Ljubljana, one of the goals of the study was to identify the risk for falls in patients with internal diseases. Research questions: What is the level of risk for falls in patients with internal diseases? What risk factors for falls are the most commonly present? Research hypotheses: H1: The risk for falls in patients with internal diseases varies significantly according to gender. H2: The risk for falls in patients with internal diseases varies significantly depending on the department they are admitted. H3: The risk for falls in patients with internal diseases varies significantly depending on the main medical diagnosis.

**Methods:** A quantitative research paradigm, a cross-sectional observational study was done. A questionnaire developed for the purpose of the study was used as an instrument. The sample included patients hospitalized at internist departments in UKC Ljubljana aged 18 years or more. The sample included 418 patients. Data processing was done using Excel and SPSS. **Results:** The results show that 76.08% of patients with internal diseases were at risk for falls, and among them 31.58% at high risk. The most commonly identified risk factor according to Morse Falls Scale was the presence of a secondary medical diagnosis (91%), followed by the presence of vascular catheter (66.03%) followed by walking disturbances (30.14%) and the use of gadgets or walking aid (24, 88%). Female patients were statistically more at risk for falls than male patients. Among clinical departments of Internal Clinic, patients with significantly higher-risk for falls were hospitalized at the Department of Vascular Diseases. Among the diseases, however, there was a significantly higher risk in patients with Diseases of the respiratory system and Certain infectious and parasitic diseases.

**Discussion and conclusion:** More than three quarters of patients with internal diseases were at risk for falls. The most important risk factors for falls are: polymorbidity, vascular catheter, females, walking disorders, advanced age, respiratory diseases, infectious and parasitic diseases, diseases of arteries, arterioles and capillaries. The combination of several risk factors has a significant impact on the higher risk for falls. Constant attention and continuous routine risk for falls assessment is an important step in the prevention of patient falls.

**Key words:** patient falls, Morse Falls Scale, risk factors for falls

## UVOD

Padci starejših oseb so pogosti ter so najpogostejši dejavnik tveganja za izgubo samostojnosti pri starejših posameznikih (Kiel, 2016). Padci hospitaliziranih pacientov v akutnih bolnišnicah so pogosti med starejšimi pacienti (Berry & Kiel, 2016) ter znižujejo kakovost življenja starejših odraslih (Draper, 2016). So eden od najpogostejše poročanih varnostnih zapletov v bolnišnicah. Število padcev na 1000 bolnišnično oskrbnih dni se giblje med 3 in 5 (Zhao & Kim, 2015), medtem ko je število padcev pacientov z internističnimi obolenji še večje. Padci se pogosto končajo z neke vrste poškodbo. Večinoma so to manjše poškodbe mehkih tkiv, medtem ko se deset odstotkov padcev pacientov sprejetih v inštitucijo konča s težjo posledico oz. poškodbo, ki zahteva akutno obravnavo (Kiel, 2016).

Med dejavnike tveganja za padce sodijo: starost, kognitivne motnje, zmanjšana mobilnost z motnjami ravnotežja, podaljšano trajanje hospitalizacije, anamnestični podatek o padcih v preteklosti (Zhao & Kim, 2015), ženski spol, nizka teža, odvisnost pri aktivnostih vsakodnevnega življenja, ortostatska hipotenzija, zdravila, polifarmacija, zloraba alkohola, sladkorna bolezen, motnje vida, motnje ravnotežaj oz. koordinacije, urinska inkontinenca, neprimerna obutev, okoljski dejavniki, mišična oslabelost, depresija (Draper, 2016), samsko življenje, uporaba pripomočkov, fiziološka obolenja vključno z akutnim obolenjem (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Za oceno ogroženosti za padce hospitaliziranih pacientov so bile izdane številne lestvice, kot so: Morsejina lestva padcev, Hendrich II model, Schmidova lestvica za oceno tveganja padcev, John Hopkins lestvica za oceno tveganja za padce v bolnišnici in St. Thoma'sova lestvica (Barry & Kiel, 2016). Morsejina lestvica padcev je ena najpogosteje uporabljenih, ki sestoji iz šestih elementov: anamnestični podatek o padcu v zadnjih treh mesecih, prisotnost sekundarne diagnoze, uporaba pripomočkov, prejemanje intravenske terapije, motnje pri hoji, duševne motnje (Schwendimann, et al., 2006). Metaanaliza, ki so jo izvedli v Avstraliji (Haines, et al., 2007) je pokazala, da ni pomembne razlike med klinično presojo ogroženosti pacientov za padce, ki jo poda izkušena medicinska sestra ter rezultatom, ki ga izračuna na podlagi ocenjevalne lestvice. Barry in Kiel (2016) še vedno menita, da lahko uporaba ocenjevalnih lestvic pripomore pri prepoznavanju ogroženih pacientov za padce. Morsejina lestvica padcev se uporablja tudi v UKC Ljubljana od leta 2009. Njena uporaba je hitra in enostavna.

Namen pričujočega članka je prikazati ogroženost za padce pri pacientih z internističnimi obolenji.

Raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je stopnja ogroženosti za padce pri pacientih z internističnimi obolenji hospitaliziranimi v UKC Ljubljana?
- Kateri dejavniki tveganja so prisotni najpogosteje?

## Raziskovalne hipoteze

- H1: Ogroženost hospitaliziranih pacientov za padce se, glede na spol pomembno razlikuje.
- H2: Ogroženost hospitaliziranih pacientov za padce se, glede na oddelek, na katerem se zdravijo, pomembno razlikuje.
- H3: Ogroženost hospitaliziranih pacientov za padce se, glede na glavno medicinsko diagnozo, pomembno razlikuje.

## METODE

Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna paradigma, presečna opazovalna študija. Predstavljena študija je del večjega projekta poimenovanega »Ogroženost pacientov za padce v UKC Ljubljana«. Za potrebe raziskave je bil razvit inštrument za zbiranje podatkov. Inštrument je bil razdeljen v dva dela; v prvem so bila vprašanja o oddelku (10 vprašanj), v drugem delu pa o hospitaliziranih pacientih (12 vprašanj). Vseboval je zaprta in polodprta vprašanja. Razumljivost inštrumenta je bila testirana na enem oddelku in dveh pacientih. Zanesljivost in veljavnost nista bili izmerjeni.

Vzorec je vključeval paciente hospitalizirane na Interni kliniki UKC Ljubljana stare 18 let ali več na dan izvajanja študije ( $n = 453$ ), vključenih je bilo 418 pacientov. Realizacija vzorca je bila 92,3%, saj so bili nekateri pacienti v času raziskave odsotni z oddelka zaradi dlje časa trajajočih diagnostično-terapevtskih postopkov. Pacienti vključeni v raziskavo so predstavljali tretjino vseh pacientov vključenih v študijo ( $n = 1365$ ). Interna klinika je razdeljena v enajst kliničnih oddelkov, ki so bili vsi vključeni v raziskavo. Interna klinika letno obravnava 20.000 pacientov, od tega jih je 65% sprejetih urgentno. Povprečna ležalna doba je 7 dni. Število padcev na 1000 bolnišnično oskrbnih dni v letu 2015 je bilo 3,19 na Interni kliniki. Povprečna starost hospitaliziranih pacientov na Interni kliniki je 75 let, medtem ko je bila povprečna starost pacientov zajetih v vzorec 68 let. Večina hospitaliziranih pacientov je polimorbidnih. Starostna struktura pacientov na Interni kliniki je uravnotežena, kot je tudi starostna struktura pacientov zajetih v vzorec (53% moških, 47% žensk).

Raziskava je na Interni kliniki potekala od 14.10. do 3.11.2015 tako, da so bili vsi pacienti enega kliničnega oddelka v celoti pogledani na isti dan. Navodila za izvedbo študije ter predstavitev vprašalnika so bila podana glavnim medicinskim sestram in medicinskim sestram za kakovost, ki so tudi izpolnjevale vprašalnike na dan študije. Vse izpolnjene vprašalnike je zbrala medicinska sestra za kakovost na ravni klinike. Vsi zbrani podatki so bili anonimizirani. Podatki zbrani v papirnati obliki so bili preneseni v okolje Microsoft Office Excel 2010 ter obdelani s statističnim programom IBM SPSS Statistics 24. Statistično pomembne razlike med spremenljivkami so bile izračunane s pomočjo Mann-Whitney U testa in ANOVA testa ob upoštevanju meje statistične zanesljivosti ( $p < 0,05$ ).

Raziskava je bila odobrena s strani Strokovnega sveta zdravstvene nege UKC Ljubljana ter Skupine za raziskovanje v zdravstveni negi UKC Ljubljana.



## REZULTATI

Za ocenjevanje ogroženosti pacientov za padce je bila uporabljena Morsejina lestvica padcev. Kot je razvidno iz Tabele 1 je bila večina pacientov zajetih v vzorec zmerno ogroženih za padec.

Tabela 1: Ogroženost za padce pacientov z internističnimi obolenji

Ogroženost za padce	n	%
Nizka ogroženost (0-24)	100	23,9
Zmerna ogroženost (25-50)	186	44,5
Visoka ogroženost (>50)	132	31,6
Skupaj	418	100

Legenda:  $n$  – število pacientov

Pri analizi dejavnikov tveganja smo v Morsejini lestvici padcev zanemarili razdelitev določenih dejavnikov v podkategorije ter tako primerjali med sabo samo glavne kategorije dejavnikov tveganja. Isti pacient je imel lahko več dejavnikov tveganja, zato je skupno število dejavnikov tveganja večje od skupnega števila pacientov. Najpogosteje prisotna dejavnika tveganja sta bila: prisotnost sekundarne medicinske diagnoze in i.v. kanal, kar je razvidno v Tabeli 2.

Tabela 2: Prisotnost dejavnikov tveganja za padce

Dejavniki tveganja (število pacientov – 418)	n	%
Sekundarna diagnoza	381	91,1
i.v. kanal	276	66,0
Hoja/premeščanje	126	30,1
Pripomočki za gibanje	104	24,9
Anamnestični podatek o padcih	75	17,9
Duševno stanje	72	17,2

Legenda:  $n$  – število dejavnikov tveganja

Analiza podatkov po spolu je s pomočjo Mann-Whitney U testa pokazala, da obstaja statistično pomembna razlika v ogroženosti pacientov glede na spol ( $Z = -2,310$ ,  $p=0,021$ ). V Tabeli 3 lahko vidimo, da so ženske pacientke v povprečju bolj ogrožene od moških.

Tabela 3: Ogroženost za padce in spol

Spol	n	%	$\bar{x}$	s
moški	223	53,9	41,9	24,7
ženski	191	46,1	47,4	25,3
skupaj	418	100	44,5	25,2

Legenda:  $n$  – število pacientov  $\bar{x}$  – povprečna ogroženost,  $s$  – standardni odklon

Analiza podatkov po oddelkih je s pomočjo enosmernega ANOVA testa pokazala, da obstaja statistično pomembna razlika v ogroženosti za padce med oddelki ( $F = 4,084$ ,  $p = 0,000$ ). Porazdelitev povprečnih vrednosti je razvidna v Grafu 1. V Tabeli 4 lahko vidimo, da od povprečne ogroženosti za celotno kliniko statistično pomembno izstopata dva oddelka. Klinični oddelek za žilne bolezni ima statistično značilno bolj ogrožene paciente, Klinični oddelek za kardiologijo pa manj ogrožene glede na ogroženost vseh pacientov na Interni kliniki.

Tabela 4: Ogroženost za padce in oddelek

KO	n	%	$\bar{x}$	s	Z	p
za hematologijo	37	8,9	36,2	19,7	-1,899	0,058
za hipertenzijo	31	7,4	52,3	29,1	-1,155	0,248
za intenzivno interno medicino	9	2,2	57,22	15,4	-1,927	0,054
za endokrinol., diabetes in bolezni presnove	31	7,4	48,23	25,9	-1,032	0,302
IPP	6	1,4	47,50	19,2	-0,575	0,565
za žilne bolezni	54	12,9	58,9	19,4	-4,437	0,000
za pljučne bolezni in alergije	10	2,4	38,0	23,4	-0,430	0,667
za kardiologijo	101	24,2	36,2	24,5	-3,283	0,001
za gastroenterologijo	62	14,8	42,9	19,6	-0,479	0,632
za kl. toksikolog. In farmakologijo	22	5,3	48,9	19,6	-1,145	0,252
za nefrologijo	24	5,7	36,7	23,2	-1,501	0,133
za geriatrično medicino	14	3,3	54,6	26,6	-1,473	0,141
za revmatologijo	17	4,1	40,6	32,9	-0,932	0,351
Interna klinika	418	100	44,4	25,2	/	/

Legenda: KO – klinični oddelek/center, n – število pacientov,  $\bar{x}$  – povprečje, s – standardni odklon, Z – Mann-Whitney U test, p – statistična pomembnost

Analiza podatkov po skupinah bolezni smo izvedli tako, da smo pri vseh pacientih glavno medicinsko diagnozo razvrstili v eno od glavnih skupin bolezni po Mednarodni klasifikaciji bolezni – MKB-10 (Berger Moravec, 1995). V skupino »Druge bolezni« smo zaradi nizkega števila združili medicinske diagnoze iz skupin: »Dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje in na stik z zdravstveno službo«, »Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov«, »Prirojene malformacije, deformacije in kromosomske nepravilnosti« ter »Simptomi, znaki ter nenormalni klinični in laboratorijski izvidi, neuvrščeni drugje«. Analiza je s pomočjo enosmernega ANOVA testa pokazala, da obstaja statistično pomembna razlika v

ogroženosti za padce med skupinami bolezni ( $F = 2,714$ ,  $p = 0,004$ ). Razlike med ogroženostjo pacientov v posamezni skupini bolezni ter ogroženostjo vseh pacientov pa je bila izračunana s pomočjo Mann-Whitney U testa. V Tabeli 5 lahko vidimo, da od povprečne ogroženosti vseh pacientov statistično pomembno izstopajo štiri skupine bolezni. Statistično pomembno bolj ogroženi za padce od vseh pacientov z internističnimi obolenji so pacienti z boleznimi dihal ter nekaterimi infekcijskimi in parazitskimi boleznimi, medtem ko so statistično pomembno manj ogroženi pacienti z boleznimi mišičnoskeletnega sistema ter neoplazmami.

Tabela 5: Ogroženost za padce in glavna medicinska diagnoza

Bolezen	n	%	$\bar{x}$	s	Z	p
Bolezni dihal	30	7,2	52,83	20,3	-2,173	0,030
Bolezni krvi in krvotvornih organov ter nekatere bolezni, pri katerih je udeležen imunski odziv	8	1,9	35,63	24,0	-0,618	0,536
Bolezni mišično-skeletnega sistema	9	2,1	23,33	27,3	-2,789	0,005
Bolezni obtočil	179	42,8	45,87	25,8	-0,460	0,645
Bolezni prebavil	45	10,8	46,44	27,4	-0,499	0,617
Bolezni sečil in spolovil	22	5,3	34,09	21,6	-1,907	0,056
Druge bolezni	40	9,6	45,13	23,3	-0,569	0,569
Endokrine, prehranske in presnovne bolezni	18	4,3	42,50	26,8	-0,287	0,774
Nekatere infekcijske in parazitske bolezni	18	4,3	56,67	24,1	-2,034	0,042
Neoplazme	49	11,7	37,24	21,9	-2,049	0,040
Skupaj	418	100	44,37	25,2	/	/

Legenda: n – število pacientov,  $\bar{x}$  – povprečje, s – standardni odklon, Z – Mann-Whitney U test, p – statistična pomembnost

## DISKUSIJA

Raziskav je pokazala, da je več kot 75% pacientov z internističnimi obolenji ogroženih za padce, od tega jih je skoraj tretjina visoko ogroženih. Najpogosteje prisotna dejavnika tveganja ugotovljena na podlagi Morsejine lestvice padcev sta prisotnost sekundarne medicinske diagnoze ter žilni pristop. Potrdili smo tudi vse tri raziskovalne hipoteze. Ogroženost pacientov za padce se statistično pomembno razlikuje po spolu. Ženske pacientke so pomembno bolj ogrožene od poških. Ogroženost pacientov se pomembno razlikuje tudi glede na oddelek, na katerem so pacienti hospitalizirani. Pacienti ležeči na Kliničnem oddelku za žilne bolezni so pomembno bolj ogroženi glede na vse paciente z internističnimi obolenji, pacienti hospitalizirani na Kliničnem oddelku za kardiologijo pa so statistično pomembno manj ogroženi za padce. Razlike v ogroženosti za padce pa smo

potrdili tudi med posameznimi skupinami bolezni. Pacienti z boleznimi dihal ter nekaterimi infekcijskimi in parazitskimi boleznimi so pomembno bolj ogroženi za padce glede na vse paciente z internističnimi obolenji, medtem ko so pacienti z obolenjem mišičnoskeletnega sistema ter neoplazmami pomembno manj ogroženi.

Ugotovitve študije glede ogroženosti po spolu so skladne z literaturo, kjer avtorji ugotavljajo, da so ženske bolj ogrožene od moških (Draper, 2016; Kiel, 2016). Ob primerjavi ugotovitev s podatki o padcih pacientov po spolu, pa smo ugotovili, da je bilo na Interni kliniki zabeleženih več padcev moških (58%). Predvidevamo, da moški pacienti težje prosijo za pomoč kot ženske. Ugotovitve študije, da so pacienti s primarno medicinsko diagnozo povezano z obolenjem dihal in okužbo bolj ogroženi od povprečja nismo našli v literaturi, vendar pa Herdman in Kamitsuru (2014) navajata kot enega od dejavnikov tveganja akutno somatsko obolenje, kamor sodijo tudi nekatera obolenja dihal in okužbe. Kot oddelek, kjer je hospitaliziranih največ visoko ogroženih pacientov je bil izpostavljen Klinični oddelek za žilne bolezni, kjer je delež pacientov z obolenji dihal nizek (5,5%), najvišji pa je delež pacientov z boleznimi obtočil (87%), večinoma boleznimi arterij, arteriol in kapilar (46,8%), ki močno vplivajo na mišično oslabeledost spodnjih okončin ter motnje hoje, kar pa je tudi v literaturi prisoten dejavnik tveganja (Kiel, 2016). Povprečna starost pacientov na omenjenem oddelku je višja (74,6 let) od povprečne (68 let), kar je prav tako v literaturi naveden pomemben delavnik tveganja (Kiel, 2016; Berry & Kiel, 2016; Zhao & Kim, 2015; Herdman & Kamitsuru, 2014).

## ZAKLJUČEK

Pacienti z internističnimi obolenji so zelo pogosto ogroženi za padce. V študiji so se potrdili, kot najpomembnejši dejavniki tveganja: polimorbidnost, žilni kateter, ženski spol, motnje hoje, napredovala starost, obolenja dihal, infekcijske in parazitske bolezni, bolezni arterij, arteriol in kapilar. Kombinacija več dejavnikov tveganja pomembno vpliva na višjo ogroženost za padce. Uporaba ocenjevalne lestvice nudi medicinski sestri pomoč pri določanju stopnje ogroženosti, poleg tega deluje kot opomnik, ki medicinko sestro že ob sprejemu pacienta opozori na morebitno prisotnost ogroženosti za padce. V nadaljevanju bi bilo potrebno raziskati uspešnost ukrepov za preprečevanje padcev na padce pacientov.

Za pomoč pri pripravi inštrumenta za zbiranje podatkov se zahvaljujemo Klavdiji Peternelj, za sodelovanje pri zbiranju podatkov se zahvaljujemo vsem medicinskim sestram za kakovost in drugim na Interni kliniki UKC Ljubljana, za pomoč pri analizi podatkov v programu SPSS pa Zali Gruden.

## Literatura

Berger Moravec, N. ed., 1995. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 10. revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Berry, S. & Kiel, D.P., 2016. Falls: prevention in nursing care facilities and the hospital setting. *UpToDate*. Available at: [https://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting?source=search\\_result&search=Falls:%20prevention%20in%20nursing%20care%20facilities&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting?source=search_result&search=Falls:%20prevention%20in%20nursing%20care%20facilities&selectedTitle=1~150) [Accessed:10.3. 2017].

Draper, R., 2016. Prevention of falls in the elderly. *UpTo Date*. Available at: <http://m.patient.media/pdf/2663.pdf?v=636220947989258165> [Accessed: 10.3.2017].

Haines, T.P., Hill, K., Walsh, W. & Osborne, R., 2007. Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62(6), pp. 664.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S., eds., 2014. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2015-2017. Chichester: Wiley Blackwell.

Kiel, D.P., 2016. Falls in older persons: risk factors and patient evaluation. *UpToDate*. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation?source=machineLearning&search=risk%20for%20falls&selectedTitle=1~150&sectionRank=1&anchor=H21#H21> [Accessed: 28.7.2017].

Mattison, M., 2016. Hospital management of older adults. *UpToDate*. Available at: [https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults?source=search\\_result&search=Hospital%20management%20of%20older%20adults&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults?source=search_result&search=Hospital%20management%20of%20older%20adults&selectedTitle=1~150) [Accessed:10.3.2017].

Schwendimann, R., De Geest, S. & Milisen, K., 2006. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. *Age Ageing*, 35(3), pp. 311-3.

Zhao, Y.L. & Kim, H., 2015. Older adult inpatient falls in acute care hospitals: intrinsic, extrinsic, and environmental factors. *J Gerontol Nurs*, 41(7), pp. 29-43.

## VLOGA ENTEROSTOMALNE TERAPIJE V BOLNIŠNICI\*

### THE ROLE OF ENTEROSTOMAL THERAPY IN HOSPITAL

Suzana Majcen Dvoršak, dipl. m. s. (VS), ET, univ. dipl. org.

Valencia Stoma-Medical d.o.o.

viš. pred. mag. Boris Miha Kaučič

prof. dr., Republika Finska, Danica Železnik, prof. zdr. vzg.

suzana.md@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** Enterostomalna terapija je specialno področje delovanja medicinskih sester, ki se ukvarja s pacienti z dihalnimi, prehranjevalnimi in izločalnimi stomami, kroničnimi ranami in inkontinenco. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri medicinske sestre v bolnišnicah prepoznajo potrebo po medicinskih sestrah s specializacijo ali specialnimi znanji s področja enterostomalne terapije in kako, naj bi bilo izvajanje te dejavnosti, za zagotavljanje kakovostne, varne in vsem dostopne zdravstvene nege organizirano v bolnišnici. **Metoda:** Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije, sinteze in komparacije ter tehniko anketiranja. Anketni vprašalnik je bil razvit na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili 49 izvajalcev zdravstvene nege v 11 regijskih bolnišnicah po Sloveniji. Vrnjenih je bilo 33 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 67 % realizacijo vzorca. Podatki so bili zbrani in analizirani v programu SPSS 20.0. **Rezultati:** Da v bolnišnicah obstaja potreba po zdravstveni negi s področja enterostomalne terapije meni 29 (93,55 %) anketiranih, 31 (93,94 %) pa, da obstaja potreba po dodatno izobraženih medicinskih sestrah – enterostomalnih terapevtkah, ki to zdravstveno nego izvajajo. 27 (87,10 %) anketiranih je mnenja, da bi morala biti dejavnost enterostomalne terapije organizirana na nivoju bolnišnice. **Razprava:** Ugotovili smo, da medicinske sestre v bolnišnici prepoznajo potrebo po medicinskih sestrah s specializacijo ali specialnimi znanji s področja enterostomalne terapije. Menijo, da bi morala biti dejavnost enterostomalne terapije organizirana na nivoju bolnišnice.

**Ključne besede:** specialistična zdravstvena nega, enterostomalna terapija, znanje, medicinske sestre.

#### ABSTRACT

**Theoretical background:** Enterostomal therapy is a special field for nurses, who deal with breathing, eating or discharging stomas, chronic wounds and incontinence. With our

research we wanted to establish to which extent nurses in hospitals recognize the need for nurses with a specialization or special skills in the field of enterostomal therapy and how should the implementation of these activities be organized in hospitals in order to provide high-quality, safe and accessible nursing care. **Method:** We used quantitative method, description method and technique of the survey. We used a survey questionnaire, which was developed based on a review of literature and was composed of 4 thematic sections. In non-random, dedicated sample we included 49 providers of medical care in 11 hospitals in Slovenia. 33 survey questionnaires were returned, which represents 67 % of the pattern. Data is collected and analyzed in the program SPSS 20.0.0. **Results:** 31 (93, 94 %) of respondents believed that there is a need for additional educated nurses enterostomal therapist. 29 (93, 55 %) of respondents stated that there is a need for medical care in the field of enterostomal therapy. A higher percentage of respondents 27 (87, 10 %), stated that enterostomal therapy should be organized at the level of the hospital. **Discussion:** We found out that the nurses in the hospitals identify a need for nurses with specialization or special skills in the field of enterostomal therapy. Most believe that the activities of enterostomal therapy should be organized at the level of the hospital.

**Keywords:** specialist care, the roll of enterostomalna therapy, knowledge, nurses.

## UVOD

»Enterostomalna terapija je področje v zdravstveni negi, ki pokriva obsežno delovanje medicinskih sester. Razteza se na primarni, sekundarni in terciarni nivo zdravstvenega varstva. Pacient, ki potrebuje znanje s strani enterostomalnega terapevta, ni omejen s starostjo; v vseh starostnih obdobjih bo namreč pacient s stomo, rano ali inkontinenco. Prav tako lahko enterostomalni terapevt<sup>1</sup> (ET) s svojim znanjem deluje na področju zdravstvene nege kirurškega, internističnega, nevrološkega, ginekološkega idr. pacienta. Širina, ki jo prinaša specializacija iz enterostomalne terapije, za zdravstveni sistem omogoča racionalno in kakovostno obravnavo pacienta s stomo, rano in inkontinenco, saj z znanjem medicinska sestra enterostomalna terapevtka omogoči pacientu z najnižjimi možnimi stroški, zadovoljstvo in kakovost življenja, kljub spremembam, ki jih v življenje vnese izpeljana stoma, kronična rana ali inkontinenca« (Štemberger Kolnik & Majcen Dvoršak, 2011, p. 7). »Zaradi širine specialističnega področja, ki ga pokriva enterostomalna terapija, se lahko potreba po izvajanju zdravstvene nege pacientov s stomo, rano ali inkontinenco pojavi kjer koli v bolnišnici. Če medicinska sestra s specialističnimi znanji deluje samo v okviru enega oddelka, se lahko izpostavi problem neenakovredne obravnave ter zmanjšajo kakovost, varnost in optimizacija zdravstvene nege posameznega pacienta, kar pa se zdi uporabnikom storitev v današnjem času zelo pomembno« (Majcen Dvoršak, 2014, p. 2).

---

<sup>1</sup> ET - enterostomalni terapevt

Hajdinjak in Meglič (2006) navajata, da je tako fizična kot psihična varnost pacienta zelo pomembna iz več vidikov. Fizična varnost je odvisna od strokovnega znanja in spretnosti medicinske sestre, zanjo je medicinska sestra pacientu odgovorna. Psihična varnost pa pogojuje zaupanje, ki ga mora znati medicinska sestra vzpostaviti ipd. Iz definicije omenjenih avtoric razberemo pomen strokovnega znanja, torej izobraževanja in poznavanja področja delovanja za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege ter posledično varnosti pacienta.

Varnost pacienta, ob zahtevah po zniževanju stroškov, lahko torej zagotovimo samo z izvajanjem kakovostne zdravstvene nege, kar lahko dosežemo samo z optimizacijo dela in procesov v zdravstveni negi, temelječ na kakovostnem znanju, tako stroke kot tudi organizacije dela. Crawshaw (2010) to zelo dobro povzame in prenese na nivo izvajalcev, ko pravi, da moramo biti pozorni, kako zaščititi kakovost in hkrati sodelovati pri naporih managementa po bolj ekonomični zdravstveni negi.

## Vloga in pomen specialistične zdravstvene nege

Specialist zdravstvene nege je oseba, ki ima opravljeno formalno izobraževanje in praktično usposabljanje, ki presega izobrazbo in usposabljanje splošne medicinske sestre/zdravstvenika, ter je pooblaščen, da dela kot izvajalec zdravstvene nege, specialist z naprednim strokovnim znanjem na določenem področju zdravstvene nege. Usposabljanje in izobraževanje omogoča dodatne, razširjene in poglobljene kompetence in s tem povečuje profesionalno avtonomnost izvajalcev zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene nege – specialisti zapolnjujejo vrzeli med nekaterimi področji zdravstvenega varstva ali pa zagotavljajo visoko kakovostno zdravstveno nego pri nalogah, kjer se prekrivata zdravstvena nega in medicina (Vilar & Ažman, 2011).

Danes medicinske sestre specialistke prevzemajo vodilno vlogo pri zagotavljanju najkakovostnejše možne oskrbe pacientov. Njihovo delovanje je strokovno in ekonomsko opravičljivo. Strokovnjaki Royal College of Nursing<sup>2</sup> v dokumentu Specialist nurses; Changing lives, saving money (2010) definirajo, da so medicinske sestre specialistke aktivne na določenih specialističnih področjih zdravstvene nege in se ukvarjajo s pacienti, ki trpijo zaradi dolgotrajnih, kroničnih stanj in bolezni.

Svetovno združenje enterostomalne terapije<sup>3</sup> (WCET) ne razpolaga s podatki o položaju enterostomalne terapije in medicinskih sester ET v svetu. Enterostomalna terapija je opredeljena kot specialno področje zdravstvene nege, ki pokriva področje oskrbe pacientov s stomami, ranami in inkontinenco (WCET, 2013).

Medicinske sestre specialistke, ki zagotavljajo ustrezno zdravstveno nego na področju enterostomalne terapije, lahko naredijo razliko v rehabilitaciji pacienta s stomo. Pridobljena znanja in veščine ter njihova uporaba v praksi vplivajo, ne samo na uspešnost in učinkovitost

---

<sup>2</sup> RCN – Royal College of Nursing

<sup>3</sup> WCET – The World Council of Enterostomal Therapists/Svetovno združenje enterostomalne terapije



zdravstvene nege, temveč tudi na zadovoljstvo zdravstvenih delavcev ter definirajo kakovost zdravstvene nege, ki jo ti zagotavljajo (Williams, 2008). Potrjena je tudi njihova vloga pri hospitaliziranih pacientih, kjer je z raziskavami, med drugim, dokazana krajša ležalna doba ter manjše število pooperativnih komplikacij («Specialist nurses; Changing lives, saving money«, 2010).

Na osnovi rezultatov, obsežne tri leta trajajoče raziskave, Jeyarajah in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so v okviru specialistične enote, ki so jo vodile medicinske sestre specialistke koloproktološke zdravstvene nege<sup>4</sup>, ob zagotavljanju kakovostne obravnave, znižali predhodno objavljene stroške oskrbe pacientov po operativnem posegu zaradi kolorektalnega karcinoma.

Tudi pacienti prepoznajo in cenijo delo medicinskih sester s specialnimi znanji. V nacionalni raziskavi RCN/National Voices 2009 jih uvrščajo višje kot kateri koli drugi poklic v zdravstvu in socialnem varstvu. Med drugim navajajo, da te razumejo pacientove potrebe, oblikujejo negovalne načrte in jih izvajajo ter pridobijo pacientovo povratno informacijo («Specialist nurses; Changing lives, saving money«, 2010).

## Enterostomalna terapija v slovenskem prostoru

Specialno področje delovanja medicinske sestre ET v Sloveniji je razvidno iz zbornika vsebin izobraževanja Šola enterostomalne terapije, po katerem so medicinske sestre ET opolnomočene z znanji za obravnavo pacientov z dihalnimi, prehranjevalnimi in izločalnimi stomami, obravnavo pacientov s kroničnimi in kompleksnimi akutnimi ranami ter fekalno in urinsko inkontinenco (Gavrilov & Trček, 2006). Izobraževanja za medicinsko sestro ET, ki se organizira v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom Ljubljana po priporočilih kurikuluma WCET (WCET, 2010) in obsega po 160 ur teorije in praktičnega dela ter izdelavo dispozicije raziskave (Gavrilov & Trček, 2006), se lahko udeležijo medicinske sestre z višjo ali visoko strokovno izobrazbo in z najmanj triletnimi delovnimi izkušnjami na področju zdravstvene nege («Utrip«, 2011). Iz raziskave, ki jo je opravila Gantarjeva (2011), razberemo, da je bilo v Slovenji 69 medicinskih sester s priznanim funkcionalnim izobraževanjem, ki delujejo v okviru zdravstvenih domov, bolnišnic v okviru kirurških oddelkov in zasebne dejavnosti, ki skrbi za paciente v domačem okolju.

Namen raziskave je ugotoviti, ali medicinske sestre prepoznavajo pomen izvajanja specialistične zdravstvene nege s področja enterostomalne terapije in kako bi naj le-ta bila organizirana, da bi se v bolnišnici zagotavljalo kakovostno zdravstveno obravnavo pacientov s stomami, ranami in inkontinenco.

---

<sup>4</sup> Colorectal Nurse Specialist

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega vprašanja smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanji:

- RV1: V kolikšni meri medicinske sestre v bolnišnici prepoznajo potrebo po medicinskih sestrah s specializacijo ali specialnimi znanji s področja enterostomalne terapije?
- RV 2: Kako naj bi bila organizirana dejavnost enterostomalne terapije v bolnišnici?

## METODA DELA

Metoda dela: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije, sinteze in komparacije.

Vzorec: Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. Raziskava je potekala v 11 slovenskih bolnišnicah. V raziskavo so bile vključene medicinske sestre ET in medicinske sestre, ki se ukvarjajo z oskrbo pacientov z izločalnimi stomami in ranami, medicinske sestre na nivoju srednjega managementa in vrhnjega managementa. Razdelili smo 49 (100 %) anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo 33, kar predstavlja 67 % realizacijo vzorca. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Anketiranim smo pojasnili, da lahko sodelovanje v raziskavi odklonijo.

Merski instrument: Za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen na osnovi pregleda trenutnega stanja na področju enterostomalne terapije in pregleda literature (Gavrilov, 2004; »Ostomy Care and Management; Clinical Best Practice Guidelines«, 2009; Trček, 2006). Anketiranim smo postavili tri vprašanja na temo vloge specilistične zdravstvene nege s področja enterostomalne terapije, potrebe po dodatno izobraženih medicinskih sestrah in organiziranosti dela v bolnišnici na tem področju. Pridobljeni rezultati so predstavljeni v nadaljevanju.

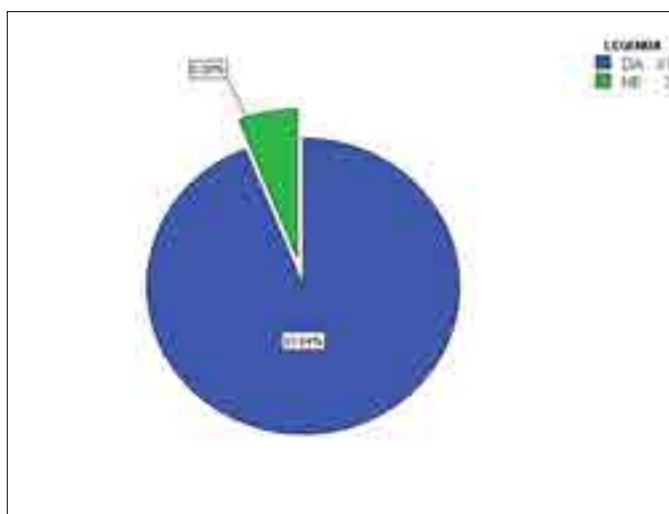
Postopek zbiranja in analize podatkov: Anketiranje v bolnišnicah smo izvedli v času od februarja do avgusta 2014. Za izvajanje raziskave smo predhodno pridobili soglasja s strani raziskovalnega okolja (slovenskih bolnišnic). Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo programa SPSS 20.0.. Pri posameznem vprašanju je bilo v analizi upoštevano dejansko število odgovorov.

Etični vidik raziskovanja: Pri izvedbi raziskovanega dela je bilo upoštevano VII načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki govori o tem, da je pri opravljanju raziskovalnega dela potrebno spoštovati pravice raziskovalcev in upoštevati etične smernice v raziskovanju. Anketiranci so bili seznanjeni s pravicami in možnostjo odstopa, v postopku zbiranja, analize in predstavljanja pridobljenih podatkov jim je bila zagotovljena anonimnost.

## REZULTATI

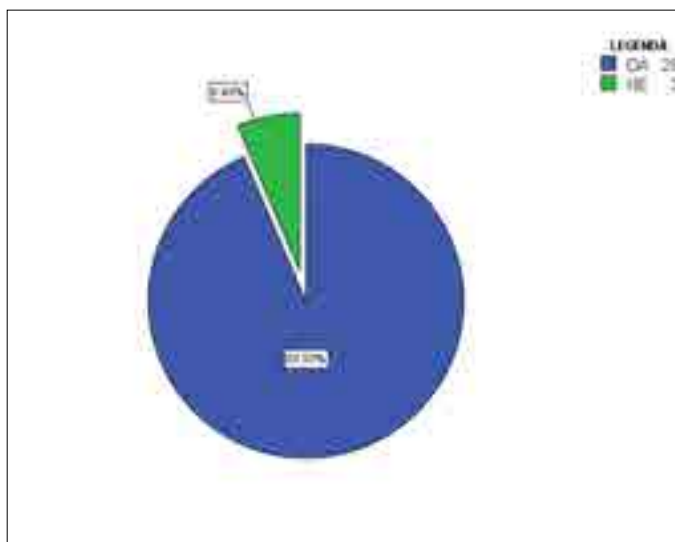
V nadaljevanju predstavljamo rezultate, ki se nanašajo na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Graf 1: Mnenje anketiranih medicinskih sester o potrebah po dodatno izobraženih medicinskih sestrah ET v bolnišnici



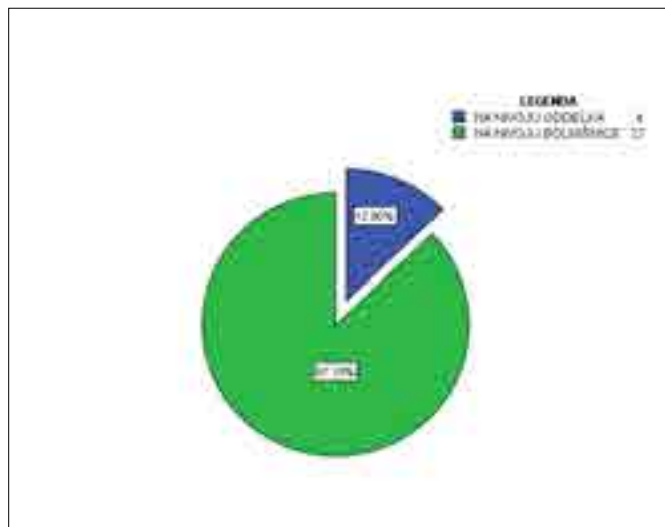
Skoraj vse anketirane medicinske sestre 31 (93,94 %) menijo, da v bolnišnicah obstaja potreba po dodatno izobraženih medicinskih sestrah ET. Dve (2) (6,06 %) menita, da za to ni potrebe (graf 1).

Graf 2: Mnenje anketiranih medicinskih sester o potrebah po zdravstveni negi s področja enterostomalne terapije



Iz grafa 2 je razvidno, da anketirane medicinske sestre v veliki meri, 29 (93,55 %), menijo, da obstaja potreba po zdravstveni negi s področja enterostomalne terapije, le 2 (6,45 %) menita, da ne.

Graf 3: Organiziranost dejavnosti enterostomalne terapije v bolnišnici po mnenju anketiranih medicinskih sestrah



Večina, 27 (87,10 %), anketiranih meni, da bi bilo treba službo enterostomalne terapije organizirati na nivoju bolnišnice, 4 (12,9 %) pa na nivoju oddelka (graf 3).

## DISKUSIJA

Mnenje, da, obstaja potreba po medicinskih sestrah s specializacijo ali specialnimi znanji s področja ET in potreb po zdravstveni negi s področja enterostomalne terapije je izrazilo pretežni del anketiranih medicinskih sester. Prednosti specialistične zdravstvene nege na področju enterostomalne terapije za zdravstveni sistem in pacienta sta opredelili že Štemberger Kolnik in Majcen Dvoršak (2011), ki med drugim navajata, da ta omogoča racionalno in kakovostno obravnavo pacienta s stomo, rano in inkontinenco.

Na vprašanje, kako naj bi bila organizirana dejavnost ET v bolnišnici so v manjšem deležu anketirane medicinske sestre odgovorile, da na nivoju oddelka, večina pa, da na nivoju bolnišnice, kar za zagotavljanje kakovosti in preprečevanja možnih napak predlagata tudi Ivanuša in Železnik (2008), ki menita tudi da morajo enotna doktrina in strokovne usmeritve veljati povsod, kjer deluje zdravstvena nega.

Da bi na nivoju bolnišnice bilo smiselno organizirati specialistično službo zdravstvene nege, v našem primeru enterostomalne terapije, lahko podkrepimo z ugotovitvami Pollarda in sodelavcev (2010), ki med drugim navajajo, da je naloga medicinske sestre specialistke, da deluje kot kontaktna točka za paciente, zagotavlja informacije in podporo za paciente in zdravstvene delavce, deluje kot član multidisciplinarnega tima in povezuje z drugimi specialnostmi v zdravstvu ter koordinira sprejem in aktivnosti v procesu zdravstvene oskrbe

ob zagotavljanju optimalnega prehajanja pacienta skozi sistem, kar je pri današnji organiziranosti zdravstvenih zavodov nemogoče zagotoviti.

## ZAKLJUČEK

Enterostomalna terapija je široko specialno področje zdravstvene nege, kjer je mogoča zelo visoka stopnja samostojnosti delovanja medicinskih sester in, ki lahko s samostojnim delovanjem bistveno prispeva h kakovosti, varnosti in znižanju stroškov zdravstvene obravnave pacientov z izločalnimi, dihalnimi in prehranjevalnimi stomami, fistulami, kroničnimi ranami in inkontinenco.

Postavlja pa se vprašanje, zakaj so torej njena vloga, vrednost in možnosti njenega delovanja, še vedno slabo prepoznane in izkoriščene in zakaj, zaradi neprilagojene organiziranosti dela, ni vsem pacientom zagotovljena enakovredna, kakovostna in varna zdravstvena nega s področja enterostomalne terapije.

## Literatura

Crawshaw A. Uniting with one voice for stoma care. *British Journal of Nursing*, 2010 (Stoma Care Supplement), Vol 19, No 17: S2.

Gavrilov N. Svetovalna služba zdravstvene nege v kliničnem centru. In: Tomc Šalamun D, Batas R, eds. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Škofja Loka, 19. –20. april 2004*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom; 2004: 19–25.

Gavrilov N, Trček M, eds. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego; 2006.

Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2006: 9–16.

Ivanuša A, Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Jeyarajah S, Adams KJ, Higgins L, Ryan S, Leather AJM. and Papagrigoriadis S. Prospective evaluation of a colorectal cancer nurse follow-up. *Clinic Colorectal Disease, The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. 2010, 13: 31–38.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije skladno., 2014. Dostopno na: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/kodeks\\_etike\\_v\\_zdravstveni\\_negi\\_in\\_oskrbi\\_slovenije\\_marec\\_2014\\_sklep\\_uo\\_11\\_6\\_2014\\_podlaga.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014_sklep_uo_11_6_2014_podlaga.pdf) (15.9.2017)

Majcen Dvoršak S. *Model organiziranosti službe enterostomalne terapije v bolnišnici*. Visoka šola za zdravstveno nego, Slovenj Gradec; 2014: 2. [diplomsko delo]

Ostomy Care and Management; Clinical Best Practice Guidelines. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario; 2009.

Pollard CA, Garcea G., Pattenden CJ, Curran R, Neal CP, Berry DP, Dennison AR. Justifying the expense of the cancer Clinical Nurse Specialist. *European Journal of Cancer Care*. 2010; 19: 72–79.

Specialist nurses – Changing lives, saving money. London: Royal College of Nursing; February 2010.

Štemberger Kolnik T, Majcen Dvoršak S. Stoma, rana, inkontinenca – aktivnosti v zdravstveni negi. In: Majcen Dvoršak S, Ščepanović D, eds. Zbornik predavanj simpozija z mednarodno udeležbo, Ankaran, 3., 4. in 5. marec 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2011: 7.

Trček M. Management v svetovalni službi zdravstvene nege [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede; 2006.

»Utrip«. Oglasna deska. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Univerzitetni klinični center LjubljanaPodročje za zdravstveno nego in oskrbo, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. *Utrip*. 2011; XIX (11): 12.

Vilar V, Ažman M. Nekatera izhodišča za razvoj specializacij: program, pooblaščen izvajalci, razpis, mentorstvo, zagotavljanje kakovosti izvedbe, potrebe po specializacijah, izvedba ... In: Skela Savič B, eds. Moja kariera – quo vadis: specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: posvet z okroglo mizo/4. posvet z mednarodno udeležbo = My career: specialization in nursing – partnership between nursing and medicine/The 4<sup>th</sup> International Consultation. Ljubljana, 8. marec 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 1–10.

WCET . ETNEP/REP Recognition process guidelines, World Council Of Enterostomal Therapists; November 2010. Dostopno na: <http://www.wceten.org/assets/Education/guidelines%20to%20develop%20an%20etnep%20or%20a%20rep.pdf> (17. 5. 2013)

WCET . The WCET mission, vision, values statmenet. World Council of Enterostomal Therapists; 2013. Dostopno na: <http://www.wceten.org/mission-values-a-vision> (9. 5. 2013)

Williams J, Towards tomorrow, today. *British Journal of Nursing*. 2008 (STOMA CARE SUPPLEMENT), Vol 17, No 17: S3.

#### NEOBJAVLJENI IN UPORABLJENI VIRI

Gantar M. Položaj ET v delovnih okoljih, kakšen status imamo? Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Novo mesto; 2011 [neobjavljeno interno gradivo].

# VPLIV VODENJA NA ZADOVOLJSTVO IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE

## THE IMPACT OF LEADERSHIP ON THE SATISFACTION OF NURSING CARE PROVIDERS

dr. Ljiljana Leskovic, viš.pred.

Boštjan Duh Klemenc, dipl. zdr.

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto

[ljiljana.leskovic@guest.arnes.si](mailto:ljliljana.leskovic@guest.arnes.si)

### IZVLEČEK

**Uvod:** Vodenje je vplivanje na ljudi, motiviranje, usmerjanje, da bi zadane naloge bolje opravili, z manjšimi stroški in z večjim osebnim zadovoljstvom. Zagotavljanje teh pogojev je večkrat povezano z stili vodenja nadrejenega in organiziranosti službe. Namen prispevka je predstaviti zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege z vodenjem in delovnimi pogoji v reševalni postaji Pacient. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo priložnostni vzorec, v katerega smo vključili izvajalce zdravstvene nege v reševalni službi. Od skupno posredovanih po elektronski pošti 32 anketnih vprašalnikov, je bilo pravilno izpolnjenih in vrnjenih 32 anketnih vprašalnikov (100 % realizacija vzorca). Pridobljeni podatki so bili obdelani z računalniškima programoma SPSS 20.0. **Rezultati:** Stili vodenja so močno pozitivno povezani z zadovoljstvom izvajalcev zdravstvene nege reševalne službe ( $r = 0,895$ ,  $p = 0,000$ ). Zelo močna pozitivna povezanost je tudi nakazana med zadovoljstvom zaposlenih in dobrim odnosom z vodjo in vodstvom organizacije ( $r = 0,890$ ,  $p = 0,000$ ). Močna pozitivna povezanost je opažena med zadovoljstvom in podporo vodje pri razreševanju strokovnih težav ( $r = 0,766$ ,  $p = 0,000$ ), z možnostjo napredovanja ( $r = 0,779$ ,  $p = 0,000$ ). Statistično nizko povezanost smo ugotovili med vodenjem in zadovoljstvom zaposlenih z delom ( $r = 0,376$ ,  $p = 0,034$ ) in s sodelavci ( $r = 0,376$ ,  $p = 0,034$ ). **Diskusija in zaključek:** Na področju zdravstvenega menedžmenta reševalne službe ugotavljamo, da stanje ni optimalno. Za zadovoljstvo je pomemben način vodenja, odnos nadrejenih in podpora nadrejenih, ki zagotavlja dobro počutje in zadovoljstvo. V prihodnje je potrebno delati na ozaveščanju menedžmenta. Raziskava, ki smo jo izvedli, ima določene metodološke omejitve, zaradi majhnega vzorca. Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti v vseh reševalnih službah v slovenskem prostoru.

**Ključne besede:** vodenje, zadovoljstvo, motivacija, medsebojni odnosi

## ABSTRACT

**Introduction:** Leading is influencing people, motivating, steering in order to better perform the given tasks, with lower costs and with greater personal satisfaction. Providing these conditions is often linked to the styles of managing the leadership and the organization of the service. The purpose of the paper is to present the satisfaction of the nursing care providers with the management and working conditions at the rescue station Patient.

**Methods:** The research was based on a quantitative research approach, a descriptive method. A structured questionnaire was used for the measuring instrument, which was designed based on a review of professional and scientific literature. We used a dedicated casual sample in which we included nursing care providers in the emergency service. Of the 32 questionnaires sent electronically, 32 questionnaires were correctly filled in and returned (100% sample realization). The obtained data were processed with computer programs SPSS 20.0.

**Results:** Management styles are strongly positively related to the satisfaction of emergency service contractors ( $r=0.895$ ,  $p = 0.000$ ). A very strong positive relationship is also indicated between employee satisfaction and a good relationship with the manager and the management of the organization ( $r = 0.890$ ,  $p = 0.000$ ). A strong positive correlation was observed between the satisfaction and support of the manager in solving professional problems ( $r = 0,766$ ,  $p = 0,000$ ). The possibility of progression ( $r = 0,779$ ,  $p = 0,000$ ) statistically low correlation was found during the management and satisfaction of employees with work ( $r = 0.376$ ,  $p = 0.034$ ), and with colleagues ( $r=0.376$ ,  $p = 0.034$ ).

**Discussion and conclusion:** In the field of health care management, we have determined that the situation is not optimal. For pleasure, an important way of leadership, a parent's relationship, superiors support, which provides well-being and satisfaction. In the future, we should work on raising awareness. The research we carried out has certain methodological limitations due to a small sample. It would be worth repeating the research in all rescue services in Slovenia.

**Keywords:** leadership, satisfaction, motivation, interpersonal relationship,

## UVOD

Oprelitev zadovoljstva zaposlenih sodelavcev ni enostavna naloga. Zadovoljstvo je sklop sestavin (konstrukt), ki ga ljudje razumemo, ga občutimo, vendar težko opredelimo in zajema vsa možna stanja, od izrazitega nezadovoljstva do izrazitega zadovoljstva (Moretti, 2012). Zadovoljstvo z delom v zdravstvu je tako kot v drugih sektorjih odvisno od mnogih dejavnikov, med drugim od dela, plače, možnosti napredovanja, priznanja, delovnih pogojev, osebnosti, vodij, izvajalcev zdravstvene nege, organizacije in vodstva (Prosen, 2010). Zadovoljstvo pri delu je tako skupek občutkov in prepričanj zaposlenih o njihovi trenutni zaposlitvi (Špitalar, 2009).

Vodenje je zelo zapleten medosebni proces (Kovač, et al., 2004). Vodja mora biti zdrava in celovita osebnost, ki lahko združuje svojo strokovno vlogo, vlogo člana in koordinatorja tima.



Na podlagi rezultatov raziskave sta Kouzes in Posner (1987, cited in Možina, 1994) ugotovila, da zaposleni od svojih vodij pričakujejo: integralnost, sposobnost, odločnost, verodostojnost, usmerjenost v prihodnost, sposobnost za motivacijo ljudi.

Po mnenju Schermerhorna in sodelavcev (2010, p.125) je »zadovoljen delavec učinkoviti delavec«. Mihalič (2008) meni, da se posameznik identificira z organizacijo šele, ko razvije določene adaptivne sposobnosti in sprejema pomoč s strani vodje in sodelavcev.

Raziskav s področja merjenja zadovoljstva zaposlenih je veliko. O tem so namreč raziskovali Connolly & Viswesvaran, 2000; Judge & Larsen 2001; Thoresen, et al., 2003; Bruk-Lee, et al., 2009; Van Der Westhuizen, et al., 2012; Bouckenooghe, et al., 2013; Rayton & Yalabik 2014 idr. Z merjenjem zadovoljstva pridobimo informacije o trenutnem stanju zadovoljstva zaposlenih v organizaciji (Mihalič, 2008).

Raziskava opravljena med medicinskimi sestrami v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, je pokazala več dejavnikov, ki vplivajo na nezadovoljstvo zaposlenih; neprimerno, slabo vodenje in organiziranje; slabi pogoji dela in organiziranost, preobremenjenost, neupoštevanje pripomb, primanjkljaj kreativnosti; neprimerna komunikacija vodij; premalo pohval s strani nadrejenih; večina nima možnost dodatnega strokovnega izpopolnjevanja (Mrak, 2005).

Izhajajoč iz predstavljenih ugotovitev dosedanjih raziskav je bil namen in cilj naše raziskave ugotoviti stališča zaposlenih o stilu vodenja nadrejene osebe v reševalni službi Pacient.

Postavili smo naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kako stil vodenja nadrejene osebe vpliva na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege v reševalni službi Pacient?
- Kakšna je povezanost med demografskimi značilnostmi in zadovoljstvom izvajalcev zdravstvene nege v proučevani reševalni službi?

## METODA

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika. Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega programom SPSS 20.0

### Opis merskega instrumenta

Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen iz dveh vsebinskih sklopov: zadovoljstvo z vodenjem, (10 trditev), osebno zadovoljstvo z delom in, sodelavci (11 trditev). Vsako trditev so anketiranci ocenjevali po 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico, pri čemer je vrednost 1 pomenila se ne strinjam, vrednost 2 - se malo strinjam, vrednost 3 - se strinjam in vrednost 4 - se zelo strinjam. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran

anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo priložnostni vzorec, v katerega smo vključili izvajalce zdravstvene nege v reševalni službi. Od skupno posredovanih po elektronski pošti 32 anketnih vprašalnikov, je bilo pravilno izpolnjenih in vrnjenih 32 anketnih vprašalnikov (100 % realizacija vzorca) Za merjenje zadovoljstva zaposlenih smo uporabili dva vprašalnika, in sicer Minnesota vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih (MSQ – angl. Minnesota Satisfaction Questionnaire) in Opisni indeks dela (JDI - angl. Job Descriptive Index) (Schermerhorn, et al., 2010) ter jih priredili za potrebe raziskave.

Za vsak posamezni sklop smo izračunali tudi zanesljivost merjenja z mero ugotavljanja notranje konsistentnosti podatkov oz. Cronbach koeficientom alfa, pri čemer je izračun zanesljivosti za celoten merski instrument znašal 0,867. Za posamezne tematske sklope pa je znašal: 0,711 (zadovoljstvo z vodenjem), 0,767 (zadovoljstvo z delom), 0,891 (zadovoljstvo s sodelavci).

#### Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec. Anketirani so bili izvajalci zdravstvene nege reševalne službe Pacient. Za reševanje posameznega sklopa vprašalnika so anketiranci porabili 12-15 minut. V anketiranje je bilo vključenih 32 izvajalcev zdravstvene nege. Pravilno izpolnjenih in vrnjenih smo dobili dvaintrideset 32 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 100 odstotno realizacijo vzorca. Anketni vprašalnik je izpolnilo 14 žensk in 18 moških. 15 anketiranih je bilo starih od 21 do 30 let (46,88 %), 7 anketiranih je bilo starih do 20 let (21,88 %), 4 anketirani so bili stari do 20 let. 4 anketirani so bili stari od 31 let do 40 let in od 41 let do 50 let (12,50 %). Po 1 anketiran (3,13 %) je v starostni skupini od 51 let do 60 let in več kot 60 let (3,13 %). 20 anketiranih (62,50 %) imelo izobrazbo zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnica. 11 anketiranih (34,38%) imelo izobrazbo srednja medicinska sestra in 1 anketiran (3,13 %) imel izobrazbo višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik. Kot reševalec je zaposlenih 24 anketiranih (75,00 %), kot spremljevalec so zaposleni 4 anketirani (12,5 %). 2 anketirana (6,25 %) sta zaposlena kot voznik in 2 anketirana (6,25 %) kot zdravstveni tehnik. V reševalni službi so bili zaposleni s povprečno delovno dobo 6,25 let ( $\pm 13,45$  let).

#### Opis postopka zbiranja in analize podatkov

Anketiranje je potekalo 1 do 31. 3. 2016. S pomočjo elektronske pošte smo posredovali prošnjo za izpolnitev vprašalnika s povezavo na spletni vprašalnik (aplikacija 1KA). Sodelovanje udeležencev je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje pristojne institucije. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, pri kateri so bile za vsako posamezno merjeno trditev izračunan Pearsonov korelacijski koeficient (r) in dvostranski preizkus (p). Demografske značilnosti vzorca so bile pregledane s frekvenčno in odstotkovno analizo. Statistično značilne povezave smo iskali, med vodenjem in zadovoljstvom izvajalcev zdravstvene nege in osebno zadovoljstvo z delom

in delovnimi pogoji ter sodelavci. Za statistično značilne smo upoštevali vrednosti  $p \leq 0,050$ . Vse analize podatkov so potekale v statističnem programu SPSS, 20.0.

Etični vidik raziskovanja

Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Helsinško-Tokijsko deklaracijo.

## REZULTATI

V nadaljevanju so podrobneje predstavljeni rezultati korelacije zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege reševalne službe z vodenjem nadrejenega, odnosom nadrejenega in delovnimi pogoji.

Tabela 1: Korelacija med različnimi delovnimi pogoji in zadovoljstvom na delovnem mestu v reševalni službi (n=32)

TRKIVKE		ZADOVOLJSTVO									
		z delom	z vsotnim organizacijo	s sodelavci	z uspešnostmi za napredovanje	v plačo	s statusom v organizaciji	z delovnimi pogoji	z uspešnostmi in napredovanjem in izboljševanju	s stabilnostjo zaposlitve	z delovnim časom
NMS se pogovornja z mano o problemih povezanih z delom	P	0,376*	0,675**	0,376*	0,689**	0,658**	0,614**	0,584**	0,566**	0,658**	0,652**
	S	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Odnosi z NMS so pozitivni in megera zadovoljstva ali strva	P	0,25	0,419*	0,11	0,411*	0,398*	0,406*	0,33	0,535**	0,502**	0,519**
	S	0,16	0,02	0,56	0,02	0,02	0,02	0,07	0,00	0,00	0,00
V primeru težav z NMS se za pozitivne pojave obravnava glavn MS	P	0,28	0,764**	0,30	0,745**	0,583**	0,461**	0,590**	0,565**	0,558**	0,565**
	S	0,12	0,00	0,10	0,00	0,00	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00
NMS imajo dobre medosebne odnose	P	0,376*	0,890**	0,388*	0,895**	0,649**	0,567**	0,672**	0,506**	0,600**	0,645**
	S	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Težave v medosebnih odnosih na delovnem mestu lahko napram NMS	P	0,34	0,617**	0,367*	0,601**	0,508**	0,412*	0,451*	0,397*	0,598**	0,459*
	S	0,06	0,00	0,04	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,00	0,01
NMS ni za slabše opravlja no dela strva karitativno	P	0,33	0,376*	0,28	0,416*	0,383*	0,374*	0,32	0,476**	0,636**	0,400*
	S	0,07	0,03	0,12	0,02	0,03	0,04	0,08	0,01	0,00	0,02
NMS ni za dobro opravlja dela strva podralo	P	0,30	0,697**	0,27	0,735**	0,624**	0,477**	0,533**	0,490**	0,543**	0,577**
	S	0,10	0,00	0,14	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
NMS ni nudi zaščito in podporo tudi pri vsjeem vobitru	P	0,25	0,581**	0,15	0,599**	0,522**	0,557**	0,563**	0,523**	0,573**	0,616**
	S	0,18	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NMS ni nudi pomoči pri varstvenju skovnih težav	P	0,441*	0,766**	0,376*	0,779**	0,636**	0,638**	0,629**	0,615**	0,685**	0,729**
	S	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
NMS sprejema in spoznavanje za doseganje boljših	P	0,28	0,656**	0,24	0,646**	0,610**	0,516**	0,542**	0,511**	0,365**	0,589**
	S	0,12	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Legenda: \* Korelacija je pomembna na ravni 0,05 (2-tailed) \*\* Korelacija je pomembna na ravni 0,01(2-tailed) P- Pearson Correlation; S- Sig. (2-tailed); MS- medicinska sestra; NMS – nadzorna medicinska sestra  
Vir, Anketni vprašalnik 2016

Na podlagi statistične analize (Tabela 1) so stili vodenja močno pozitivno povezani z zadovoljstvom izvajalcev zdravstvene nege reševalne službe ( $r = 0,895$ ,  $p = 0,000$ ). Zelo močna pozitivna povezanost je tudi nakazana med zadovoljstvom zaposlenih in dobrim

odnosom z vodjo in vodstvom organizacije ( $r = 0,890$ ,  $p = 0,000$ ). Ugotovili smo močno pozitivno povezanost med zadovoljstvom in podporo vodje pri razreševanju strokovnih težav ( $r = 0,766$ ,  $p = 0,000$ ) ter z možnostjo napredovanja ( $r = 0,779$ ,  $p = 0,000$ ). Statistično nizko povezanost smo ugotovili med vodenjem in zadovoljstvom zaposlenih z delom ( $r = 0,376$ ,  $p = 0,034$ ) in s sodelavci ( $r = 0,376$ ,  $p = 0,034$ ). Pozitivno šibko povezanost smo ugotovili med vodenjem glede na starost ( $r = 0,398$ ,  $p = 0,024$ ) in vodenjem z možnostmi napredovanja ( $r = 0,361$ ,  $p = 0,043$ ). Pri ostalih spremenljivkah ne obstajajo statistično pomembne razlike med demografskimi značilnostmi vzorca na zadovoljstvo zaposlenih. Torej spol ( $r = 0,063$ ,  $p = 0,743$ ), starost ( $r = 0,201$ ,  $p = 0,271$ ); stopnja izobrazbe ( $r = 0,138$ ,  $p = 0,453$ ); delovno mesto ( $r = 0,151$ ,  $p = 0,409$ ); delovne izkušnje ( $r = 0,170$ ,  $p = 0,354$ ) in čas zaposlitve v reševalni službi ( $r = 0,059$ ,  $p = 0,750$ ).

## DISKUSIJA

V opravljeni raziskavi med izvajalci zdravstvene nege na primeru ene reševalne službe smo ugotovili, da stili vodenja vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih. Na zadovoljstvo zaposlenih vpliva tudi dober odnos z vodjo in vodstvom organizacije. Ugotavljamo, da zadovoljstvo pri zaposlenih dosežemo s podporo vodje pri razreševanju strokovnih težav ter z možnostjo napredovanja zaposlenih. Povezanosti nismo ugotovili med vodenjem in zadovoljstvom zaposlenih z delom ter sodelavci. Zelo nizko stopnjo značilnosti ugotavljamo s starostjo in z možnostmi napredovanja. Pri ostalih demografskih spremenljivkah ne najdemo statistično pomembnih razlik, ki bi vplivale na zadovoljstvo zaposlenih. Torej spol, starost, stopnja izobrazbe; delovno mesto, delovne izkušnje ter čas zaposlitve niso v povezavi z zadovoljstvom z vodenjem nadrejenih. Kako stil vodenja nadrejene osebe vpliva na zadovoljstvo?

Na prvo raziskovalno vprašanje »*Kako stil vodenja nadrejene osebe vpliva na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege v reševalni službi Pacient*« ?, smo ugotovili, da stil vodenja vpliva na zadovoljstvo zaposlenih.

V organizacijah različnih značilnosti (velikosti, dejavnosti, starosti) si v pretežni meri prizadevajo za večjo donosnost kapitala ter v tem prizadevanju pozabljajo na svoje zaposlene sodelavce, njihove kompetence ter njihovo zadovoljstvo pri delu (Certo & Certo, 2009; Armstrong, 2009; McAuley, et al., 2014). Skela Savič in Pagon (2007) pa menita, da je osnova za uspešno izvajanje sprememb v zdravstveni organizaciji v vzpostavitvi mehanizma pretoka informacij od spodaj navzgor.

Dajati smisel delu, ki ga opravljajo sodelavci, je pogoj za zavzetost in pripadnost organizaciji. Z veseljem sodelujejo z drugimi člani tima pri doseganju ciljev organizacije in v svojem delu vidijo smisel (Verle & Markič, 2010).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da izvajalci zdravstvene nege niso zadovoljni z vsemi elementi vodenja. Podobne rezultate beleži raziskava opravljena na področju slovenskega zdravstvenega menedžmenta, ki opozarja, da stanje na področju zdravstvenega menedžmenta ni optimistično (Skela Savič, 2008).

Na drugo zastavljeno raziskovalno vprašanje »*Kakšna je povezanost med demografskimi značilnostmi in zadovoljstvom izvajalcev zdravstvene nege v proučevani reševalni službi?*«, smo ugotovili zelo nizko statistično povezanost glede na starost in napredovanje. Ostale demografske spremenljivke nimajo vpliva na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege v reševalni službi Pacient.

Raziskava, ki smo jo izvedli, ima določene metodološke omejitve. Pri posploševanju dobljenih ugotovitev je zato potrebno imeti v uvidu, da gre za samo-ocenjevanje zadovoljstva zaposlenih, ki vključuje tudi tveganje, da posamezniki ocenjujejo pričakovano in želeno stanje ali izražajo uveljavljeno splošno mnenje v instituciji in ne lastnih stališč. Kljub navedenemu pa je naša raziskava zajela zbiranje podatkov o zadovoljstvu z vodenjem in delom na celotni populaciji izvajalcev zdravstvene nege v reševalni službi Pacient. Torej zadovoljstvo z vodenjem in delovnimi pogoji se nanašajo na imenovano reševalno službo izvajalcev zdravstvene nege in ni odraz stanja v vseh slovenskih reševalnih službah.

## ZAKLJUČEK

Izvedena raziskava se je osredotočila na zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege z vodenjem, delom, delovnimi pogoji in zadovoljstvom s sodelavci. Ugotovitve so pokazale, da lahko zadovoljstvo zaposlenih v reševalni službi izboljšamo s pravilnim človeškim in profesionalnim odnosom nadrejenega, z njegovo podporo v kriznih delovnih situacijah.

Ugotovili smo, da stili vodenja vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih. V nadaljevanju ugotovimo, da demografske značilnosti anketirancev nimajo vpliva na zadovoljstvo zaposlenih. V nadaljevanju bi bilo potrebno predstaviti nadrejenemu v organizaciji rezultate, katere bi lahko upošteval in uporabil pri svojem delu. Bistveni element uspešnega uvajanja sprememb v neposredni praksi je vključevanje podrejenih v proces uvajanja sprememb.

Predlagamo, da bi v nadaljevanju raziskali, kako močan je vpliv vodenja na zadovoljstvo zaposlenih in kako vpliva na kakovost opravljanja dela zaposlenih. Oblikovati bi bilo treba model ozaveščanja vodstva o vplivu njihovega vodenja na zaposlene in jim omogočiti edukacijo. Tudi zaposlene bi bilo potrebno izobraziti o vodenju, saj bi lahko bolje razumeli vlogo vodje in ga sprejeli kot dobro in nujno potrebno za vzpostavitev nemotenega delovnega procesa.

## Literatura

- Armstrong, M. 2009. *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. London: Kogan Page.
- Bouckenooghe, D., Raja, U., Butt, A. N., 2013. Combined effects of positive and negative affectivity and job satisfaction on job performance and turnover intentions. *The Journal of Psychology*; 147(2), pp.105–123.
- Bruk-Lee, V. H., Khoury, A. E., Nixon, A., Goh, P. E., 2009. Spector. Replicating and extending past personality/job satisfaction meta-analyses. *Human Performance* 22 (2), pp. 156–189.
- Certo, S. C. & T. S. Certo. 2009. *Modern management: Concepts and skills*. New Jersey: Pearson Education International.
- Connolly, J. J., & Viswesvaran, C., 2000. The role of affectivity in job satisfaction. A metaanalysis. *Personality and Individual Differences* 29(2), pp. 265–281.
- Judge, T. A., & Larsen, R. J., 2001. Dispositional affect and job satisfaction: A review and theoretical extension. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 86(1), pp. 67–98.
- Kovač, J., Mayer J., Jesenko. M., 2004. *Stili in značilnosti uspešnega vodenja*. Kranj: Moderna organizacija.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št.71.
- Helsinško-Tokijsko deklaracijo*. [www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Zdravstvene- napake.pdf](http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Zdravstvene- napake.pdf).
- McAuley, J., J. Duberley & P. Johnson. 2014. *Organization theory: challenges and perspectives*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Mihalič, R., 2008. *Povečamo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Managerjeva orodja.
- Možina, S., 1994. Management. Radovljica: Didakta, pp. 8-15
- Mrak, Z., 2005. Zadovoljstvo zaposlenih - kakovostno in uspešno delo. Komunicirajmo med seboj. In: Trampuž, R., at.al. eds. *Komunicirajmo med seboj*: Ajdovščina: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica. pp. 30–31.
- Moretti, M., 2012. Zadovoljstvo učiteljev z odnosi v šoli v povezavi z vodenjem. *Vodenje v vzgoji in izobraževanju* 10(1), pp. 33–48.
- Prosen, M., 2010. Zadovoljstvo z delom v zdravstveni negi: indikatorji zadovoljstva medicinskih sester. *Obzornik Zdravstvene Nege*; 44(2).pp.71-78.
- Rayton, B. A., & Yalabik, Z. Y., 2014. Work engagement, psychological contract breach and job satisfaction. *The international Journal of Human Resource Management* 25(17), pp.2382–2400.
- Schermerhorn, J. R., Osborn, R.N., Hunt J. G., Uhl-Bien, M., 2010. *Organizational behavior*. New Jersey: John Wiley & Sons. pp.125-125.
- Skela Savič B, Pagon M. 2007. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. 2007 *Revija Organizacija*. 40(4), pp.63-74.

Skela Savič B., 2008. Ali so potrebne spremembe na področju vodenja zaposlenih v slovenskem zdravstvu? Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu. In: Skela Savič, B., et al. eds. 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp.14 - 17.

Špitalar, D., 2009. *Zadovoljstvo zaposlenih pri delu. diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.

Thoresen, C. J., Kaplan, S. A., Barsky, A., Warren, C. R., deChermont, K., 2003. The affective underpinnings of job perceptions and attitudes: A meta-analytic review and integration. *Psychological Bulletin* 129 (6): 914–945  
Van Der Westhuizen, W., G. Pacheco, D. J. Webber. 2012. Culture, participative decision making and job satisfaction. *The international Journal of Human Resource Management*, 23 (13): 2661–2679.

Verle, K. & Markič, M., 2010. Procesna organiziranost in zadovoljstvo zaposlenih. *Fakulteta za management*, 5(2), str. 131–147.



## TRIAŽA V URGENTNEM CENTRU JESENICE

## TRIAGE IN EMERGENCY CENTER JESENICE

Renata Lukančič, dipl. m. s.

Nada Macura Višič, dipl. m. s.

Mojca Rabič, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center

lukancic.renata@sb-je.si

### IZVLEČEK

Proces triaže temelji na prepoznavanju problema, ki ga določimo z zbiranjem in analiziranjem informacij s katerimi pridemo do pravilne izbire poti oskrbe. Pojem triaža definira oceno pacientovega zdravstvenega stanja in določitev prioritete oskrbe. Prihodi pacientov v urgentni center se razlikujejo od prihodov pacientov v redne ambulante. Zato je namen triaže zagotoviti pravočasno in pravilno oskrbo glede na težave zaradi katerih prihajajo. Izvajanje triaže bistveno prispeva k dobri in učinkoviti organizaciji urgentnega centra, ki je zagotovo ena največjih prostorskih pridobitev v zgodovini Splošne bolnišnice Jesenice.

**Ključne besede:** triaža, urgentni center, matrika, triažna medicinska sestra

### ABSTRACT

Triage is sorting of patients according to the urgency of their need for care. In order to manage a large influx of patients at any given time, an emergency room triage process prioritizes those with the most critical injuries before addressing those with more minor or non – life threatening injuries or illnesses. An effective triage system and its connectivity is critical to saving lives in emergency room and the goal of triage is maximum effectiveness in an emergency management situation.

**Keywords:** triage, emergency center, triage matrix, triage nurse

### UVOD

Sistem triaže se je pričel vzpostavljati konec 90 let prejšnjega stoletja, z namenom, da med množico akutno prizadetih pacientov odkrije tiste ki potrebujejo zdravstveno oskrbo takoj. Prvi triažni sistemi so temeljili na intuiciji, ter niso omogočali zanesljivosti in ponovljivosti. Danes poznamo številne triažne sisteme: Kanadski, Avstralski in Manchesterski sistem, ki so

ga v Angliji sprejeli kot nacionalno triažno shemo (Šafarič, 2017). Namen našega prispevka je predstaviti delovanje triaže v Urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice.

Triaža predstavlja postopek določanja klinične prioritete pacienta. S pomočjo triažnih algoritmov, ki zajemajo vse znake in simptome ocenimo prizadetost in ogroženost pacientovega stanja. Proces triaže temelji na prepoznavanju problema, ki ga določimo z zbiranjem in analiziranjem informacij s katerimi pridemo do pravilne zbirke poti oskrbe. Pojem triaža definira oceno pacientovega zdravstvenega stanja in določitev prioritete oskrbe. Pri tem je predpostavljeno, da kriterij za vrstni red nikakor ne predstavlja ura prihoda v zdravstveno ustanovo, temveč ogroženost pacienta.

Prihodi pacientov v urgentni center se razlikujejo od prihodov pacientov v redne ambulante. Pacienti niso naročeni, jih ne poznamo, prav tako ne poznamo zgodovine njihovega zdravstvenega stanja, ki ima lahko razpon od neprizadetosti do življenjske ogroženosti (Rajapakse, 2015). Prihajajo posamezno, ali pa se jih vpiše več naenkrat ob istem času. Zato je namen triaže zagotoviti pravočasno in pravilno oskrbo glede na težave zaradi katerih prihajajo na obisk k zdravniku (Čander, 2013). Izvajanje triaže bistveno prispeva k dobri in učinkoviti organizaciji urgentnega centra.

Triaža nam predstavlja kontinuiran proces, saj mora medicinska setra za vsakega pacienta narediti triažno razporeditev in prilagajati stanje že čakajočih pacientov in prizadetost tistega, ki pride (Vraneševič, 2007). Triažo izvaja za to usposobljena diplomirana medicinska sestra ozr. diplomirani zdravstvenik z vsaj 3 leti praktičnih izkušenj iz področja urgentne medicine z opravljenim tečajem triaže. Slovenska zakonodaja opredeljuje zdravnika kot vodjo dejavnosti ozr. tima, v praksi pa zaradi časovne in kadrovske stiske delo opravljajo medicinske sestre. Glede na obstoječo zakonodajo lahko težave nastopijo ob morebitni napaki triažne medicinske sestre, saj je odgovoren vodja tima (Gričar, 2007). V Slovenskem zdravstvenem sistemu je v uporabi Manchesterski triažni sistem (Tabela 1) pri katerem razvrstitev pacientov v triažne skupine poteka na podlagi 55 algoritmov odločanja. Vsaki barvni oznaki je določen tudi najdaljši čas oskrbe. Algoritmi so določeni glede na težave zaradi katerih pacienti prihajajo in jih s pomočjo pridobljenih podatkov lahko uvrstimo v ustrezno triažno kategorijo (Mackway et al., 2006).

Tabela 1: Manchesterska triažna lestvica (Mackway, et al., 2006)

Številka	Poimenovanje	Barvna oznaka	Najdaljši čas do oskrbe
1	takojšnji	rdeča	0 min
2	zelo urgentni	oranžna	10 min
3	urgentni	rumena	60 min
4	standardni	zelena	120 min
5	neurgentni	modra	240 min

## Urgentni center Jesenice

Konec leta 2015 je pričel z delovanjem Urgentni Center Jesenice. V nove, skoraj trikrat večje prostore smo se preselili z istim številom kadra – 10 diplomiranih medicinskih sester. in 13 zdravstvenih tehnikov. Pridobili smo tudi dve novi dejavnosti; triaža in prostor za opazovanje pacientov z 11 posteljami. Delovno mesto triaže je bilo vzpostavljeno 4. januarja 2016. Kadrovsko zelo podhranjeni, smo začeli z delom triaže z 5 dipl. m. s. v dopoldanskem in popoldanskem času. Tekom leta 2016 je tečaj triaže po Manchesterskem sistemu opravilo še 5 diplomiranih medicinskih sester. Trenutno triažo izvaja 7 zaposlenih.

Za trižiranje smo na začetku pričeli uporabljati aplikacijo e - triaže, ki pa smo jo zaradi težav v smislu nedelovanja, večkratne okvare sistema, izgube podatkov in trenutne onemogočenosti integracije v naš informacijski sistem junija nadomestili s trižnim programom v obstoječem informacijskem sistemu Birpis.

Pot pacienta v urgentnem centru poteka najprej preko administrativnega vpisa. Prihod v triažo predstavlja za paciente prvi stik z zdravstvenim osebjem in začetek zdravstvene obravnave s strani usposobljene medicinske sestre. Ker triaža pacienta predstavlja tako kompleksen proces, je bila za varno vodenje pretoka pacientov izdelana trižna matrika. Tabela 2 nam prikazuje trižno matriko glede na vzrok prihoda ozr. vodilno težavo pacienta in trižno kategorijo, ki določa kateri specialist bo prevzel zdravljenje le- tega.

Tabela 2: Triažna matrika v Urgentnem centru Jesenice (Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center Jesenice)

Vzrok prihoda/vodilna težava	Rdeča	Oranžna	Rumena	Zelena	Modra
Bolečina v trebuhu (odrasli)	REA	INT	ZD/INT	ZD	
Padci	REA	KRG	ZD/KRG	ZD	ZD
Poškodbe otrok	REA	KRG+PED	KRG+PED	KRG	KRG
Slabo počutje otroka	REA	ZD+PED	ZD+PED	ZD	ZD

Ves čas trižna medicinska sestra lahko konzultira prisotne specialiste osebno in preko dežurnih mobitelov. Urgentni center Jesenice predstavljajo Enota za hitre preglede v sklopu Zdravstvenega doma Jesenice z dežurnim zdravnikom specialistom splošne medicine, Enota za poškodbe z specializantom in specialistom kirurgije in Enota za bolezni s prisotnim internistom ozr. specializantom interne medicine.

Tako trižna medicinska sestra ne glede na to, ali pacient prihaja z napotnico ali brez, s pomočjo trižne matrike določi vrsto obravnave. Bolezni otrok do 18. leta brez napotnice obravnavajo v Enoti za hitre preglede, razen v primeru njihove odsotnosti na terenu in ob določitvi oranžne in rumene trižne kategorije pacientu. Takrat trižna medicinska sestra kontaktira po telefonu dežunega pediatra. Poškodbe otrok do 19. leta starosti tudi brez napotnice pregleda specialist kirurg v Enoti za poškodbe.

Za pacientke z ginekološkimi težavami se triažna medicinska sestra konzultira po telefonu z dežurnim ginekologom, kateremu pove težave in na podlagi triažne matrike so lahko pacientke napotene k specialistu ginekologu tudi brez ustrezne napotnice.

Pacienta, ki obišče urgentno ambulanto v Urgentnem centru Jesenice se v nobenem primeru ne sme odkloniti ali ga napotiti v drugo zdravstveno ustanovo brez predhodno opravljene triaže in pregleda zdravnika (Macura, 2016).

V letu 2016 je bilo v Urgentnem centru Jesenice pregledanih 37.730 pacientov. Od tega v Enoti za hitre preglede 9.596, v kirurški obravnavi 20.979 in v Enoti za bolezni 7.155 pacientov. Številke pregledanih pacientov so se v primerjavi s prejšnjimi leti povečale (Slika 1).



Slika 1: Pregled obravnavanih pacientov v Urgentnem centru Jesenice v letu 2016

Od vseh pregledanih pacientov je bilo 0,21 % določena rdeča triažna kategorija, 6,35 % oranžna, 30,72 % rumena, 59,25 % zelena in 3,46 % modra triažna kategorija. Iz zgoraj navedenih podatkov je razvidno, da smo obravnavali največ pacientov katerim smo določili zeleno in rumeno triažno kategorijo (Slika 2).



Slika 2: Pregled triažnih kategorij obravnavanih pacientov v letu 2016

## DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Namen našega prispevka je predstaviti začetke vzpostavitve triaže in potek dela v Urgentnem centru Jesenice. Z vpeljavo enotne metodologije oblikovanja in organizacije urgentnih centrov v Sloveniji, smo pridobili tudi novo organizacijo delovnih procesov in s tem novo dejavnost – delovno mesto triaža. Triaža se izvaja v različnih okoljih in pod različnimi pogoji, pomeni razvrščanje pacientov glede na nujnost obravnave. Kovač (2011) navaja, da je triaža običajen postopek na urgentnih oddelkih kjer je vedno več bolnih in poškodovanih, ter ne morejo biti vsi naenkrat pregledani in ustrezno oskrbljeni.

Kot vedno in kot je že običaj v vseh slovenskih ustanovah, smo se na začetkih izvajanja triaže srečevali s kar nekaj težavami. Kar nekaj ovir je bilo z aplikacijo sistema e-triaže, ki smo jo kasneje nadomestili z programom Triaža v obstoječem informacijskem sistemu. Vsi pacienti, ki pomoč poiščejo v Urgentnem centru Jesenice so ustrezno triažirani, izvajalci zdravstvenih storitev vnaprej določeni glede na triažno matriko. Zelo pomembno je hitro ukrepanje in strokovnost zdravstvenega osebja, predvsem pa sprejemanje težkih odočitev. Za dobro triažiranje je potrebno ogromno znanja in sposobnosti oceniti situacijo in pravilno odreagirati (Čuček, 2015). Triaža se izvaja na osnovi medicinskih kriterijev, ki vključujejo vitalne znake (dihanje, srčni utrip, krvni tlak in telesna temperatura), stanja zavesti in mehanizme poškodbe. Najpogostejše napake, ki se pojavljajo v procesu triaže nam predstavljajo slaba ocena bolečine, spregledanost potencialno nevarnih kliničnih stanj ter neprimerna evalvacija vitalnih znakov (Grmec & Klemen, 2005). Nekateri zdravniki so bili mnenja, da jim sedaj medicinske sestre določajo vrstni red in čase pregleda v ambulanti. Cotič (2009) je v svojem prispevku zapisala, da je v slovenski zakonodaji opredeljen zdravnik kot vodja dejavnosti, triažo pa zaradi časovne in kadrovske stiske opravljajo profili, ki izvajajo sprejem pacientov. Težave bi se lahko pojavile ob morebitni napaki, saj je odgovoren vodja

tima. Nekatere težave smo odpravili hitro, nekatere rešujemo sproti, kadrovske pa vsi skupaj upamo, da bodo rešene kmalu.

Najpomembnejšo vrednoto ljudi predstavlja zdravje in glavni cilj zdravstvenega sistema je kakovost zdravstvene oskrbe. Zahteve po zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene oskrbe strmo naraščajo. V Urgentnem centru Jesenice predstavlja delovno mesto triažne medicinske sestre odgovorno in zahtevno delovno mesto. Od triažne medicinske sestre se pričakuje hitra prepoznavna simptomov, kateri bi lahko vplivali na resne posledice za pacienta, zato svojega dela ne sme opravljati rutinsko. Zaposleni pa moramo stremeti k rednemu izobraževanju in s tem poglobljanju svojega znanja, saj le tako lahko opravljamo svoje delo kakovostno in varno za pacienta.

## Literatura

- Cotič A. M., 2009. Triaža – krizni menedžment urgentnih oddelkov. *Zbornik predavanj 7. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana 11-13 maj 2009*
- Čander, D., 2013. Uvajanje triaže v sistem NMP. In: Gričar M., et al. eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja, Portorož*. Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 52-55
- Čuček, M., 2015. *Usposobljenost triažiranja med zdravstvenimi delavci: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Gričar, M., 2007. Pomen triaže v urgentni medicini. In: Štromajer D, Cotič AM, Mahnič S, et al. Eds. *Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Čatež 18-20. oktober 2007*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci; 2007: 47-48.
- Grmec, Š., Klemen, P., 2005. Ali smo pri triaži z več ponesrečenci res sistematični? *Urgentna medicina- izbrana poglavja*; 174-176.
- Kovač, M., 2011. Triaža ponesrečenih v množični nesreči. *Delavnice urgentne medicine: prometna nesreča*, 22-27.
- Mackway, J.K., Marsden, J., Windle, J, eds., 2006. *Emergency triage/Manchester triage group*. 2th ed. Oxford: Blackwell Publishing.
- Macura, N., 2016. *Sodelovanje primarnega in sekundarnega nivoja- primer dobre prakse*.
- Rajapakse, R., 2015. <http://zdravstvena.info/triaza-v-urgentnih-ambulantah-nmp-triaza.html>
- Šafarič, P., 2017. *Vloga medicinske sestre pri Manchesterskem sistemu v urgentni ambulanti: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 3–4.
- Vraneševič, T., 2007. Vloga medicinske sestre pri triaži pacientov v ambulanti NMP. In: Štromajer, D., Cotič, A. M., Mahnič, S., et al., eds. *Zbornik predavanj 1. kongresa sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, Čatež 18-20. oktober 2007*. Ljubljana: sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci; pp. 53–55.

# SPREMLJANJE ZADOVOLJSTVA UPORABNIKOV STORITEV ČIŠČENJA KOT DEL VODENJA PROJEKTA ZUNANJEGA IZVAJANJA DEJAVNOSTI

## SUPERVISING THE CONTENT OF CLEANING SERVICES USERS AS A PART OF OUTSOURCING BUSINESS PROJECT

Lidija Mrak, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.,

Nataša Hvala, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

lidija.mrak@pb-idrija.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Čiščenje sodi med tiste dejavnosti za katerega se delovne organizacije najpogosteje odločijo, da ga zaupajo zunanjim izvajalcem. Razmerje mora temeljiti na modelu obojestranske pridobitve ter porazdelitvi in obvladovanju tveganj. Potrebna je natančna opredelitev ciljev, ustrezen proces vodenja ter vzpostavitev kontrolnih mehanizmov in objektivnih kazalcev uspešnosti izvajanja storitev. Namen raziskave je ugotoviti stopnjo zadovoljstva in pomembne razlike med zaposlenimi na vodstveni funkciji in ostalimi zaposlenimi. **Hipoteza:** V stopnji zadovoljstva zaposlenih s kakovostjo izvajanja storitev čiščenja obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi na vodstveni funkciji in ostalimi zaposlenimi. **Metode:** V teoretičnem delu prispevka je bila uporabljena opisna metoda pregleda literature, v raziskovalnem pa kvantitativni pristop zbiranja podatkov z metodo anketiranja. Kot merski instrument je bil uporabljen nestandardiziran vprašalnik. Uporabljen je bil neslučajnostni, namenski vzorec V raziskavi je sodelovalo 60 zaposlenih; od tega 14 (23,33 %) na vodstveni in 46 (76,67 %) ostalih zaposlenih. Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 20.0. Za analizo je bila uporabljena opisna statistika ter t-test ob upoštevanju statistični značilnosti  $p < 0,05$ . **Rezultati:** Rezultati pokažejo nižjo povprečno stopnjo zadovoljstva s kakovostjo izvajanja storitev čiščenja pri anketirancih na vodstveni funkciji. Razlika v primerjavi z ostalimi anketiranimi je statistično pomembna. **Diskusija in zaključek:** Izvedena raziskava izkazuje, da so ocene storitev čiščenja s strani zaposlenih lahko objektivni kazalec kakovosti. Večja stopnja kritičnosti se povezuje z odgovornostjo zaposlenih na vodstveni funkciji. Priložnosti nadaljnega raziskovanja so na področju varovanja informacij pacientov s strani zunanjih izvajalcev ter spremljanju zadovoljstva zunanjih izvajalcev v odnosu do naročnika.

**Ključne besede:** zunanje izvajanje dejavnosti, management, kakovost, zadovoljstvo

## ABSTRACT

**Introduction:** Cleaning is one of the activities that work organisations most often hand over to outside contractors. The relationship must be based on a model of mutual acquisition, distribution and risk management. A precise definition of objectives, an appropriate management process and the establishment of control mechanisms and objective indicators of the service performance is needed. The purpose of this contribution is to represent monitoring of content with cleaning services as a part of the outsourcing project. The purpose of the research is to determine the level of content and significant differences between employees in managerial positions and other employees. Hypothesis: In the level of employee content with the quality of cleaning services, there is a statistically significant difference between employees in managerial positions and other employees. **Methods:** A descriptive method with review of literature was used in the theoretical part and the quantitative approach of data collection with the method of survey was used in the research part. A non-standardized questionnaire was used as a measuring instrument. The survey involved 60 employees; 14 (23,33%) at managerial level and 46 (76,67%) on non-formal functions. Descriptive statistics and t-tests were used for the analysis, taking into account the statistical characteristics  $p < 0,05$ .

**Results:** The results show a lower average level of satisfaction with the quality of cleaning services performed by respondents in the management role. The difference in comparison with the other respondents is statistically significant. **Discussion and conclusion:** The conducted survey shows that estimates of cleaning services by employees can be objective quality indicator. A higher degree of criticality is associated with the responsibility of employees in the management role. The opportunities for further research are in the area of patient information protection by external contractors and monitoring the satisfaction of outsources in relation to the client.

**Keywords:** outsourcing, management, quality, satisfaction

## UVOD

Zunanje izvajanje dejavnosti (ang. outsourcing) je opredeljeno kot dolgoročni ali stalni pogodbeni prenos določene dejavnosti v izvajanje zunanjemu izvajalcu. Predstavlja posebno sodelovalno strategijo, v kateri organizacija ohrani določen del pristojnosti in odgovornosti za kontrolo aktivnosti, strateško načrtovanje ter povezovanje v celoto, na zunanjega izvajalca pa prenese ljudi in materiale. Zaupa mu podporne dejavnosti, to je tiste dejavnosti, ki niso ključnega pomena za povečevanje in ohranjanje konkurenčnosti same organizacije oziroma jih zunanji specialisti lahko opravljajo bolje (Kavčič, 2007; Kavčič & Bertonec, 2009; Blair, et al., 2011). Z učinkovitim zunanjim izvajanjem dejavnosti organizacija zmanjša stroške ter poveča lastno produktivnost (Skukan, 2007 cited in Vodopivec, 2008).

Nujno je, da odločitev glede zunanjega izvajanja dejavnosti temelji na predhodni analizi stroškov in koristi obeh organizacij (Kavčič, 2007; Vintar & Stanimirović, 2011). V



partnerstvu, ki sledi modelu obojestranske pridobitve, je predvidena tudi porazdelitev tveganj, ki nastajajo za organizaciji. Le-te se minimalizira z natančno opredelitvijo ciljev in pričakovanj. Zmanjšuje se jih z ustreznim procesom vodenja, ki obsega stalno koordinacijo in komunikacijo z zunanjim izvajalcem ter komunikacijo z vključenimi zaposlenimi v organizaciji (Jaki, 2006; Vodopivec, 2008; Sprague, 2011).

Storitve čiščenja sodijo v eno izmed tistih dejavnosti za katere se delovne organizacije najpogosteje odločijo, da ga zaupajo v izvajanje zunanjim izvajalcem (Kavčič, 2007). Čeprav se zdijo dokaj nepomembne, imajo v bolnišničnem kompleksnem sistemu pomembno vlogo. Ključnega pomena za management bolnišnice je zavedanje, da sodelujejo v obsežnem programu preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb; posredno vplivajo na celostno zadovoljstvo pacientov (Miller, 2015) in imajo, skupaj z nizko prezentirano stopnjo okužb, tudi pomemben vpliv na pacientovo odločitev pri izbiri bolnišnice (Trueland & Doherty, 2008).

Namen prispevka je prikazati vodenje projekta zunanjega izvajanja dejavnosti. Osredotočamo se na spremljanje zadovoljstva s storitvami čiščenja s strani zaposlenih. Namen raziskave je ugotoviti stopnjo zadovoljstva in pomembne razlike med zaposlenimi na vodstveni funkciji in ostalimi zaposlenimi. Postavili smo hipotezo: V stopnji zadovoljstva zaposlenih s kakovostjo izvajanja storitev čiščenja obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi na vodstveni funkciji in ostalimi zaposlenimi.

## METODE DELA

V teoretičnem delu prispevka je bila uporabljena metoda pregleda literature. Literatura je bila pridobljena s pomočjo podatkovnih baz Google, Google učenjak, MEDLINE, Eric in CINAHL with full text. Vključitveni kriteriji so bili: brezplačni dostop do celotnega teksta v angleškem jeziku in časovno obdobje od leta 2007 do 2017. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile zunanje izvajanje dejavnosti, bolnišnična higiena, management, kakovost, zadovoljstvo, ocenjevanje in outsourcing, hospital hygiene, management, quality, satisfaction in evaluation v angleškem jeziku. Z iskanjem je bilo v prvem koraku pridobljenih skupno 719 zadetkov različnih zvrsti. Izločena je bila literatura, katerih vsebina se ni neposredno nanašala na storitve čiščenja v bolnišnicah in zunanje izvajanje dejavnosti. V drugem koraku je bilo pregledanih 50 zadetkov in uporabljenih 15. Kot dodatni vir je bilo uporabljeno interno gradivo proučevane delovne organizacije.

V raziskovalnem delu prispevka je bil uporabljen kvantitativni pristop zbiranja podatkov z metodo anketiranja. Kot merski instrument smo uporabili nestandardiziran vprašalnik, ki je bil razvit na osnovi pregleda literature s področja bolnišnične higiene in preprečevanja okužb povezanih z zdravstvom (Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2009; Centers for disease control and prevention, 2010; Peterka Novak & Us, 2013). Vprašalnik je obsegal tri vsebinske sklope. Prvi sklop vključuje podatke o vodstveni oz. nevodstveni funkciji ter delovnem mestu v

medicinskem oz. nemedicinskem sektorju. Drugi sklop, sestavljen iz 18 trditev, se je nanašal na oceno zadovoljstva zaposlenih s storitvami čiščenja. Za vrednotenje odgovorov je bila uporabljena petstopenjska Likertova lestvica, s katero so anketiranci ocenili stopnjo zadovoljstva (1 – zelo nezadovoljen, 2 – nezadovoljen, 3 – delno zadovoljen, 4 - zadovoljen, 5- zelo zadovoljen). Tretji sklop, ki zajema 8 trditev pa se je nanašal na oceno strinjanja s trditvami o kakovosti izvajanja storitev čiščenja. Za vrednotenje odgovorov je bila uporabljena petstopenjska Likertova lestvica, s katero so anketiranci ocenili stopnjo strinjanja s trditvami glede storitev čiščenja (1 - sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Za analizo zanesljivosti vprašalnika je bil uporabljen Cronbach alfa test (0,947), ki je pokazal visoko notranjo skladnost vprašalnika.

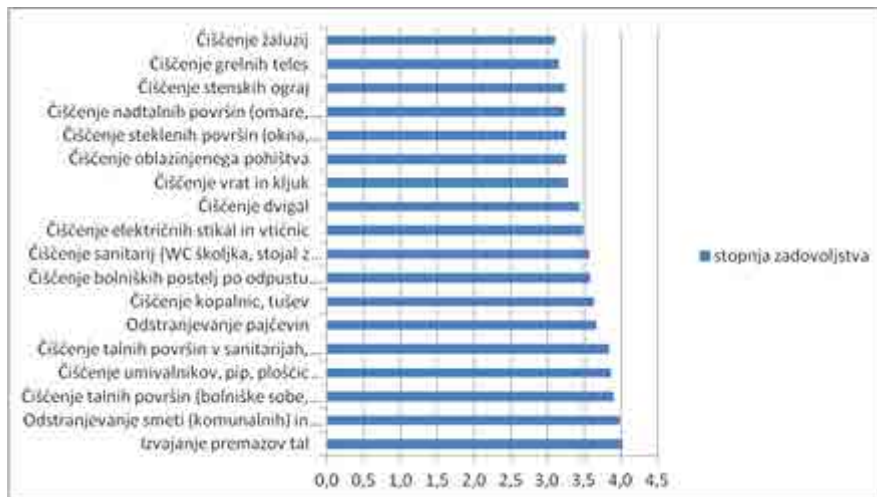
V neslučajnostni, namenski vzorec je bilo povabljenih 216 zaposlenih v izbrani Psihiatrični bolnišnici Idrija, kjer je v medicinskem sektorju zaposlenih 175 (81 %) in v nemedicinskem sektorju 41 (19 %). Soglasje za sodelovanje je podalo 92 anketirancev. Od 92 vprašalnikov jih je bilo 74 (80,4 %) razdeljenih med zaposlene v medicinskem sektorju in 18 (19,6 %) med zaposlene v nemedicinskem sektorju; 17 (18,5 %) vprašalnikov je bilo razdeljenih med zaposlene na vodstveni funkciji in 75 (81,5 %) med zaposlene na nevodstveni funkciji. Odzivnost je bila 65,2 %.

Vključenih v analizo je bilo 60 vprašalnikov, ki so bili oddani in pravilno izpolnjeni. Od tega je bilo 14 (23,3 %) zaposlenih na vodstveni funkciji in 46 (76,7 %) zaposlenih na nevodstveni funkciji. Večji je bil delež zaposlenih v medicinskem sektorju 42 (70 %).

Izvedba anketiranja je potekala od 20. januarja 2017 do 31. marca 2017. Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 20.0. Z neodvisno spremenljivko (vodstvena funkcija) je pojasnjena odvisna spremenljivka (zadovoljstvo s storitvami čiščenja). Uporabljen je bil test za neodvisne vzorce (Independent-Samples T Test), s katerim smo preverili razlike v povprečne vrednosti spremenljivke med dvema skupinama. Stopnja značilnosti je preverjena na ravni 5 % tveganja ( $p = 0,05$ ).

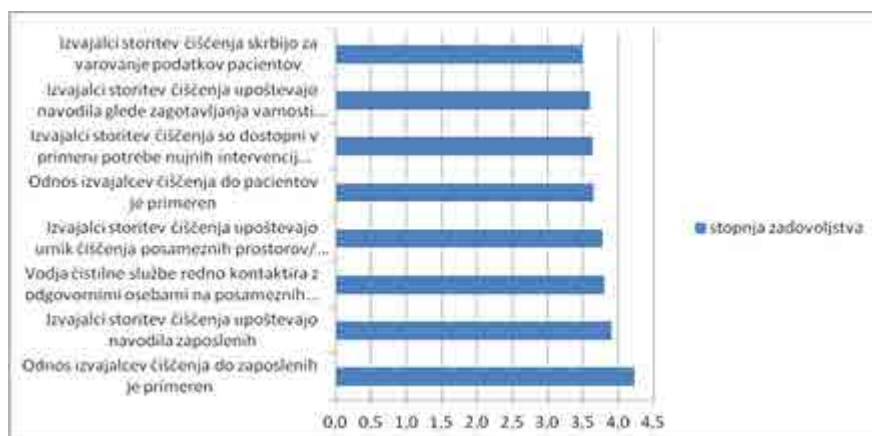
## REZULTATI

Anketiranci so v drugem sklopu anketnega vprašalnika ocenjevali zadovoljstvo s storitvami čiščenja. Iz rezultatov opisne statistike je razvidno, da je povprečna vrednost (v nadaljevanju PV) stopnje zadovoljstva ocenjena 3,52. Iz Slike 1 je razvidno, da so zaposleni najbolj zadovoljni s kakovostjo izvajanja talnih premazov PV=4,02, odstranjevanjem komunalnih smeti PV=3,98, čiščenjem talnih površin PV=3,90 ter umivalnikov, pip in ploščič okrog umivalnikov PV=3,87. Najmanj pa so zadovoljni s kakovostjo čiščenja žaluzij PV=3,10, grelnih teles PV=3,15 ter stenskih ograj PV=3,23.



Slika 1: Stopnja zadovoljstva zaposlenih glede na posamezne elemente čiščenja

V tretjem sklopu anketnega vprašalnika so anketiranci ocenjevali strinjanje s trditvami o kakovosti izvajanja storitev čiščenja. V povprečju se anketiranci strinjajo z oceno PV=3,76.



Slika 2: Stopnja zadovoljstva zaposlenih z izvajalci čiščenja

Iz slike 2 je razvidno, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvami, o primernem odnosu izvajalcev čiščenja do zaposlenih PV=4,23 ter s trditvijo o upoštevanju navodil PV=3,90. Najnižje pa je bilo ocenjeno strinjanje s trditvijo glede varovanje podatkov pacientov PV=3,50.

Hipotezo (V stopnji zadovoljstva zaposlenih s kakovostjo izvajanja storitev čiščenja obstaja statistično pomembna razlika med zaposlenimi v vodstveni funkciji in ostalimi zaposlenimi), smo želeli potrditi s t-testom razlike aritmetičnih sredin za dva neodvisna vzorca. Splošno zadovoljstvo zaposlenih s storitvami čiščenja je izraženo z novo spremenljivko, ki je povprečje vseh 18 spremenljivk s katerim je merjeno zadovoljstvo zaposlenih. Splošno zadovoljstvo s kakovostjo čiščenja je namreč številska spremenljivka, delovna funkcija pa je kategorična spremenljivka z dvema kategorijama, ki definira obe skupini. Ničelna in alternativna hipoteza se tako glasita:  $H_0: \mu_1 = \mu_2$  razlike med skupinama niso bile

statistično pomembne;  $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$  razlike med skupinama so statistično pomembne. Testna statistika znaša -2,164 pri stopnji značilnosti 0,035. Dano hipotezo tako potrdimo. S 3,5 % tveganjem smo ugotovili, da se v povprečju stopnja zadovoljstva s kakovostjo izvajanja storitev čiščenja razlikuje med oceno anketirancev na vodstveni funkciji in med drugimi zaposlenimi (Tabela1).

Tabela 1: Povprečna stopnja zadovoljstva s kakovostjo čiščenja glede na funkcijo (vodstvena/ nevodstvena)

Vodstvena funkcija		N	M	SD
Povprečna stopnja zadovoljstva s storitvami čiščenja	DA	14	3,2897	,40426
	NE	46	3,5951	,47653

Legenda: N – število anketirancev, M- aritmetična sredina, SD – standardni odklon

Rezultati pokažejo, da je povprečna ocena kakovosti čiščenja na lestvici od 1 do 5 (ocena 1 pomeni, da so anketiranci s storitvami čiščenja zelo nezadovoljni, ocena 5 pa zelo zadovoljni) nekoliko nižja pri anketirancih na vodstveni funkciji, kot pri ostalih anketirancih. Rezultati kažejo, da so anketiranci na vodstveni funkciji nekoliko bolj kritični pri ocenjevanju zadovoljstva s kakovostjo storitev čiščenja.

## DISKUSIJA

Rezultati raziskave pokažejo, da so anketirani zaposleni v izbrani bolnišnici v povprečju najbolj zadovoljni s storitvami kot so kakovost izvajanja talnih premazov, odstranjevanje komunalnih smeti, čiščenje talnih površin ter umivalnikov, pip in ploščič okrog umivalnikov oziroma s storitvami, ki dajejo predvsem vtis splošne urejenosti. Povprečna stopnja zadovoljstva zaposlenih je nižja pri storitvah čiščenja kontaktnih površin in prostorov z večjim tveganjem za prenos okužbe.

Navedene ugotovitve odpirajo in kažejo področje tveganj, ki lahko obstajajo in/ ali nastajajo v projektu zunanjega izvajanja dejavnosti. Za njihovo obvladovanje so potrebne različne aktivnosti vrhnjega managementa pred in med samim izvajanjem projekta (Kavčič, 2007; Kumar, et al., 2007). Tveganja, ki so povezana s storitvami čiščenja, zahtevajo v bolnišničnem okolju hitro in dosledno ukrepanje, saj predstavljajo nevarno situacijo tako za paciente in obiskovalce kot tudi za zdravstvene delavce. Pri njihovem obvladovanju in izpeljavi ustreznih korektivnih ukrepov se je pomembno zavedati tako pomena in teže dejavnosti kot tudi dejavnikov, ki imajo za rezultat neučinkovito očiščeno površino. Iz pregleda literature je razvidno, da na storitve čiščenja vpliva zaskrbljujoč trend varčevanja, dejstvo, da ga, v večini, opravljajo predvsem nižje izobražene ženske, ki so pogosto brez znanja, ustreznih pripomočkov in zaščitnih sredstev. Pogosto njihovo vodenje in koordinacijo usmerja delodajalec na »daljavo«. Na rezultat čiščenja lahko vpliva tudi sam naročnik, ki njihovega dela ne spoštuje. Pričakuje, da so zaposlene neopazne in delo opravijo hitro. Prednost daje

lastnim aktivnostim in postopkom z in za paciente (Salerno, et al., 2012; Zuberi, 2013 cited in Reich, 2015; Dressner, 2015).

Rezultati tretjega sklopa vprašanj, ki v ospredje postavljajo odnos, kažejo, da so zaposleni v povprečju najbolj zadovoljni s primernim odnosom izvajalcev čiščenja do zaposlenih ter upoštevanjem njihovih navodil. Med rezultati z nižjo ocenjeno povprečno stopnjo zadovoljstva zaposlenih gre izpostaviti redne kontakte vodje čistilne službe z odgovorno osebo na posameznem oddelku, upoštevanje urnika čiščenja posameznih prostorov in primernost odnosa izvajalcev čiščenja do pacientov. Zaposleni v povprečju najnižje ocenjujejo trditev povezano z varovanjem podatkov pacientov.

Izpostavlja se določena stopnja tveganja vezana na odnos, ki ga poudarjajo predvsem sistemi vodenja kakovosti. S ciljem vzajemno koristnega in poslovno uspešnega delovanja narekujejo jasno definiranje odnosa že v samih pogodbenih določilih. Omenjeno predstavlja in pomeni integracijo zunanjega dobavitelja storitev čiščenja v skupno vizijo, vrednote in cilje organizacije. Ključnega pomena je obojestransko prepoznavanje in zadovoljevanje potreb končnega odjemalca, spremljanje in vpeljevanje novosti, prožnost ter delo v skladu s postopki dela (Kehoe, 2013; Ford, 2014; Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2017).

Sklepati gre, da je statistično pomembna nižja stopnja zadovoljstva s storitvami čiščenja pri vodjih povezana z odgovornostjo, ki se s strani vodstva delegira na nižje ravni. Vodje pridobivajo na lastni avtonomnosti, a imajo hkrati tudi večjo odgovornost. Zavedajo se dodane vrednosti, ki jo prinaša čisto in urejeno okolje (Miller, 2015; Trueland & Doherty, 2008; Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2017). Preko pričujoče raziskave se potrди, da so ocene storitev čiščenja pridobljene s strani zaposlenih povsem ustrezne (Peterka Novak & Us, 2013). Poleg drugih objektivnih kazalcev kot je vidni nadzor, opazovanje ter odvzem vzorcev za mikrobiološko določitev mikroorganizmov, so rezultati lahko v pomoč vodstvu tako pri pogovorih s predstavniki zunanjega dobavitelja storitev čiščenja kot tudi pri izpeljavi morebitnih korektivnih ukrepov (Peterka Novak & Us, 2013; Agency for healthcare research and quality, 2014; Han, et al., 2015).

#### Omejitve

Omejitev raziskave je v izbrani metodologiji in izvedbi na malem vzorcu zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Idrija.

#### ZAKLJUČEK

Pridobljene povratne informacije vodstvu dajejo celovit vpogled v proces izvajanja storitev čiščenja s strani zunanjega dobavitelja. Aplikacija spremljanja zadovoljstva s strani zaposlenih v stalno prakso omogoča lažje zaznavanje posameznih odklonov ter načrtovanje ustreznih aktivnosti za njihovo odpravo. Ugotovitve dajejo priložnost za raziskovanje, v zdravstvu

občutljivega področja, varovanja informacij o pacientih s strani zunanjih izvajalcev ter spremljanje zadovoljstva zunanjih izvajalcev v odnosu do naročnika.

## Literatura

Agency for health care research and quality, 2014. Environmental cleaning for the prevention of healthcare-associated Infections (HAI). Rockville, Agency for health care research and quality, pp. 34–40. Available at: [https://ahrq-ehc-application.s3.amazonaws.com/media/pdf/healthcare-infections\\_technical-brief.pdf](https://ahrq-ehc-application.s3.amazonaws.com/media/pdf/healthcare-infections_technical-brief.pdf) 15. 5. 2017 .

Blair, M., O'Hara O'Connor, E., Kirchoefer, G., 2011. Outsourcing, Modularity, and the Theory of the Firm. *BYU Law Review*, 2(1), pp. 263 – 314.

Centers for disease control and prevention (2010). Options for evaluation environmental cleaning. Atlanta: Centers for disease control ad prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/hai/toolkits/evaluating-environmental-cleaning.html> 15. 5. 2017 . Dressner, M., 2015. Cutting costs, growing problems: hospital issues in the United States and Canada. *Monthly Labor Review*, U.S. Bureau of Labor Statistics.

Ford, L., 2014. The changes facing environmental services. *Health facilities magazine*, p. 44.

Han, J.H. & Sullivan, N. & Leas, B. F. & Pegues, D. A. & Kaczmarek, J. L. & Umscheid C. A., 2015. Cleaning hospital room surfaces to prevent health care – associated infection: a tehcnical brief. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), pp. 598-607.

Jaki, A., 2006. *Od izvajalca do delodajalca zunanjega izvajanja dejavnosti: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 11-32.

Kehoe, B., 2013. Keeping score on cleanliness. *Health facilities magazine*, pp. 9-33.

Kavčič, K., 2007. Zunanje izvajanje dejavnosti: analiza slovenskih podjetij. *Management*, 2(4), pp. 303–318.

Kavčič, K. & Bertoncej, A., 2009. *Management zunanjega izvajanja kakovosti*. Koper: Fakulteta za management, pp. 17-24.

Kumar, S. & Aquino, E. C. & Anderson, E., 2007. Application of a process methodology and a strategic decision model for business process outsourcing. *Information Knowledge Systems Management*, 6, pp. 323–334.

Miller, K., 2015. A customer-centric approach to environmental services. Available at: <http://www.hfmmagazine.com/articles/1700-a-customer-centric-approach-toenvironmental-services> 15. 5. 2017

Peterka Novak J. & Us I., 2013. Ocena zaposlenih v zdravstveni negi o izvedbi čiščenja: študija primera. In: Klemenc, D., et al. eds. *Moč za spremenbe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik predavanj z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 431 – 437.

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2009. *Program obvladovanja bolnišničnih okužb* (interno gradivo).

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2017. *Poslovno poročilo za leto 2016*, pp. 25-7, 42-51, 3-6. Available at: <https://www.pb-idrija.si/o-bolniscnici/letna-porocila> 10. 5. 2017 .

Reich, A., 2015. Cleaning Up: How Hospital Outsourcing is Hurting Workers and Endangering Patients by Dan Zuberi (review). *Journal of Canadian labour studies*, 76(2015), pp. 248-249.

Salerno, S., Kolman, V., Livignib, L., Magrinib, A., Boscoc, M.G., Talmanca, F.I., 2012. Women's working conditions in hospital cleaning: a case study. *Work*, 41(Supl 1), pp. 4315-4319.

Sprague, C., 2011. Outsourcing Benefits--Rules of the Road. *Benefits Magazine*, 48(9), pp. 37-40.

Trueland, J. & Doherty, L., 2008. Scotland goes 'back to the future' with ward hygiene inspection role. *Nursing standard*, 23(7), pp. 10.

Vodopivec, S., 2008. *Zunanje izvajanje informatike kot vzvod zagotavljanja konkurenčne prednosti: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 4-13.

Vintar, M. & Stanimirović, D., 2011. Evaluation of impact of outsourcing on efficiency of public sector organizations. *International Journal of Business and Management* 3(2), pp. 211-225.

# STROŠKOVNO UČINKOVITA UPORABA RAZKUŽIL V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

## COST EFFECTIVE USE OF DISINFECTANTS IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Milena Prosen, dipl. m. s.  
Ecolab d.o.o., Slovenija

milena.prosen@ecolab.com

### IZVLEČEK

Pojav večkratno odpornih mikroorganizmov zahteva bolj kompleksen pristop k preprečevanju okužb, povezanih z zdravstvom. Učinkovita uporaba razkužil je del strategije za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Model sodobne stroškovno učinkovite uporabe razkužil v zdravstvenih ustanovah vključuje proaktivno razmišljanje zdravstvenih delavcev. Namen prispevka je spodbuditi zdravstvene delavce k proaktivnemu pristopu pri izbiri ustreznega razkužila s ciljem, da bi se želeli izobraziti na tem področju v smislu poznavanja aktivnih učinkovin, priprave, uporabe, izvajanja varnostnih ukrepov in stroškovne učinkovitosti. V zdravstvenih ustanovah je izbira razkužil prepuščena predvsem nabavnim ali finančnim službam, ki o razkužilih nimajo potrebnega znanja, imajo pa potrebno znanje o stroškovni učinkovitosti. Zato bi bilo najbolje vzpostaviti sodelovanje med zdravstvenimi delavci in nabavnimi oziroma finančnimi službami. Pacientom in zaposlenim v zdravstvenih ustanovah dolgujemo nenehno preučevanje izzivov okolja v zdravstvenih ustanovah in omogočanje premišljenega, proaktivnega pristopa, ki bo zagotavljal kakovostno obravnavo in stroškovno učinkovitost.

**Ključne besede:** okužbe, povezane z zdravstvom, razkužila, stroškovna učinkovitost

### ABSTRACT

The occurrence of multiple resistant microorganisms requires a more complex approach to preventing healthcare-related infections. The effective use of disinfectants is part of a strategy to prevent healthcare-related infections. A model of modern cost-effective use of disinfectants in health facilities involves the proactive thinking of healthcare professionals. The aim of this paper is to encourage healthcare professionals to proactively approach to the selection of appropriate disinfectants with the aim of educating themselves in this area in terms of knowledge about active substances, preparation, use, implementation of safety measures and cost-effectiveness. In health institutions, the choice of selection of disinfectants is left to purchasing or financial services, which do not have the necessary knowledge about disinfectants, but they have knowledge about cost-effectiveness. It would therefore be best to establish cooperation between health professionals and purchasing or financial services. We are obliged to patients and employees in health care institutions to



continuously study the environmental challenges in healthcare facilities and to allow for a deliberate, proactive approach that will ensure quality treatment and cost-effectiveness.

**Keywords:** healthcare acquired infections, disinfectants, cost effectiveness

## UVOD

Stroški zdravstvenega varstva se povečujejo po vsem svetu in so v veliki meri posledica težkega in naraščajočega bremena nenalezljivih bolezni, vključno s težavami v duševnem zdravju, starajoče se družbe, novih dragih zdravljenj in tehnik, pa tudi povečanih zahtev odjemalcev storitev. Naraščajoči stroški zdravstvenega varstva pomenijo veliko finančno breme za zdravstvene sisteme in svetovno človeško populacijo. Podatki o stroških in stroškovne analize zdravstvene oskrbe so pomembni za proces načrtovanja in odločanja o tem, kako v okviru omejenih finančnih, človeških in drugih virov stvari narediti bolje (Požun, 2015). Pritiski na zdravstveni sistem se bodo nadaljevali kot posledica rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega staranja populacije. Slovenija je v Evropski skupnosti ena izmed držav, v kateri se bodo javni izdatki zaradi staranja populacije do leta 2060 najbolj povečali. Izdatki za zdravstvo se bodo med letoma 2010 in 2060 predvidoma povečali od 0,5 do 2,6 odstotka bruto domačega proizvoda (BDP). Izdatki za dolgotrajno oskrbo pa se bodo verjetno povečali z 1,4 odstotka BDP v 2010 na 2,8 do 5,6 odstotka BDP v letu 2060 (European Commission, 2012). Izdatki za zdravstvo so namreč tesno povezani s prihodki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), saj se mora ZZZS financirati brez državnih posojil na centralni ravni in brez povečanj prispevnih stopenj za zavarovanje. Kljub manjši količini sredstev se storitve oziroma obseg kupljenih storitev v preteklih nekaj letih ni bistveno spremenil; pravzaprav je ZZZS še naprej plačeval za postavke, ki jih ni financiral v letih pred krizo, kot sta na primer pripravištva in specializacije, hkrati pa je moral kriti višje stopnje davka na dodano vrednost (DDV). Sprejeti so bili varčevalni ukrepi z željo, da bi se ohranila raven zdravstvenih programov in dostopnosti do storitev. Obseg storitev se je ohranil z znižanjem cen, odlaganjem plačil in prestavljanjem stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje (Ministrstvo za zdravje, 2015). Zaradi pojava večkratno odpornih mikroorganizmov, staranja prebivalstva, pomanjkanja finančnih, materialnih, človeških resursov, prezasedenosti bolniških postelj, predolgi čakalni dob in še bi lahko naštevali, predstavlja zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe vedno večji izziv. Poleg ostalih ukrepov, ki pripomorejo k kakovostni zdravstveni oskrbi, je potrebno zagotoviti stroškovno učinkovito uporabo razkužil, ki jo dosežemo z dobrim poznavanjem človeških in finančnih resursov, poseljenosti mikroflora v ustanovi, kemičnih in fizikalnih lastnosti razkužil ter dobrim poznavanjem tržišča. Namen prispevka je ozavestiti zdravstvene delavce, da ni vsako razkužilo pravo razkužilo za vsako ustanovo. Prav tako kot se razvija zdravstvena stroka, v podjetjih poteka tudi razvoj na področju razkužil. Predpostavljamo, da imajo zaposleni v zdravstvenih ustanovah, ki so zadoženi za izbiro ustreznega razkužila, premalo znanja o aktivnih učinkovinah razkužil. Zato je cilj prispevka ozavestiti zdravstvene delavce kako

pomembna je pravilna izbira in uporaba razkužil. Izbira razkužila bi morala biti izvedena s strani zdravstvene in ne ekonomske stroke. Metoda dela, ki je bila uporabljena pri pripravi članka, je sistematični pregled literature.

## Učinkovitost v zdravstvu

Kakovost zdravstvene obravnave je temelj uspešnega zdravljenja. Zdravstveno varstvo predstavlja pomemben del zdravstvenega sistema, katerega končni cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja. Da bi lahko izpolnili pričakovanja glede učinkovitosti in varnosti zdravstvenega sistema, je treba zagotoviti ustrezno kakovost zdravstvenih storitev. Le dobro usmerjeni ukrepi na področju zagotavljanja kakovosti in varnosti dolgoročno vodijo do zmanjševanja stroškov zdravstvene oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010). Ministrstvo za zdravje je v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo pri pregledu izdatkov v zdravstvu prišlo do naslednjih ključnih ugotovitev:

- Prispevki za zdravstveno varstvo so zelo odvisni od sprememb na trgu dela. Ekonomska kriza je v Sloveniji vodila v pomembna zmanjšanja prilivov ZZS zaradi porasta nezaposlenosti, počasnejše rasti plač, povečanja deleža neaktivnih zavezancev, ki mesečno primerljivo prispevajo manj, ter nezadostnih proticikličnih ukrepov za financiranje sistema zdravstvenega varstva.
- Makroekonomske napovedi kažejo, da razmere na trgu dela v kratkem ne bodo dosegle stanja pred krizo, kar pomeni, da se bo sistem zdravstvenega varstva tudi v prihodnjih letih soočal s finančnimi pritiski. Staranje populacije stanje še dodatno poslabšuje, saj upokojnenci v ZZS prispevajo pomembno manj kot znašajo povprečni prispevki zaposlenih.
- Zmanjšanje rasti prispevkov ZZS je bilo izrazitejše kot zmanjšanje rasti davčnih prilivov v proračun – med letoma 2005 in 2013 so celotni davčni prilivi kot delež BDP porasli za 1,8 odstotne točke, medtem ko so prispevki ZZS porasli samo za 0,3 odstotne točke. Poraba za zdravstvo v državnem in lokalnih proračunih ostaja nizka glede na primerjave v EU, čeprav se je v zadnjih letih rahlo povečala. Zato bi moral biti glavni cilj, da se doseže večja razpršenost prilivov v ZZS in zagotovi proticiklične mehanizme za večjo stabilnost virov v zdravstvu. Brez stabilnega in zanesljivega sistema javnega financiranja bo težko tako za ZZS kot tudi za izvajalce načrtovati poslovanje za dlje od šest mesecev do enega leta in zagotoviti dostop do kakovostne oskrbe. Skoraj vsi zdravstveni sistemi v Evropi, vključno s tistimi, ki jih tradicionalno umeščamo med sisteme socialnega zdravstvenega zavarovanja (npr. Francija, Litva, Češka), so v pomembnem deležu financirani iz proračunskih virov oziroma splošnih davkov.
- Izdatki za zdravstvo so tesno povezani s prispevki ZZS, saj mora ta zagotavljati sredstva brez posojil iz proračuna RS in ne more povečevati prispevne stopnje za zdravstvo. Kljub zmanjšanim virom se vsebina in obseg storitev v zadnjih nekaj letih nista pomembno spremenila.

- Varčevalni ukrepi ZZZS so bili sprejeti s ciljem, da se ohrani raven programov zdravstvenega varstva in dostopnost do storitev. Da bi v okviru razpoložljivih sredstev ohranili obseg storitev, so morali uporabiti tri strategije: zniževanje cen, odlog plačil ali prenos stroškov na dopolnilno zdravstveno zavarovanje.
- Rezultat je bil, da je zmanjšanje prilivov ZZZS najbolj prizadelo izvajalce zdravstvene dejavnosti in so si nekateri nakopali finančne izgube, manjše število javnih bolnišnic pa je potrebovalo finančno pomoč Ministrstva za finance v obliki likvidnostnih posojil iz zakladnice.
- ZZZS plačuje tudi nekaj proračunskih postavk, ki jih ni financiral v letih pred krizo – to so na primer usposabljanja izvajalcev in specializacija zdravnikov. To predstavlja pomemben strošek, primerljiv s celotnim stroškom poslovanja in dobičkom dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ), ki bi ga lahko prenesli nazaj v proračun RS.
- Čeprav ima DZZ veliko pomanjkljivosti (visoki administrativni stroški zavarovalnic v primerjavi z ZZZS in dobički, ki ne ostajajo zdravstvu), je imel v času krize pomembno vlogo pri preprečevanju visokih izdatkov za doplačila v gospodinjstvih, do neke mere pa tudi pri delnem subvencioniranju storitev, saj zasebne zavarovalnice plačujejo izvajalcem za doplačila tudi po tem, ko so ti že izpolnili pogodbene obveznosti do ZZZS. Vse to je prispevalo k zagotavljanju dostopnosti do zdravstvenih storitev in finančni varnosti gospodinjstev.
- Zavarovalnice za DZZ so med krizo ostale dobičkonosne, čeprav dobički predstavljajo le manjši delež izdatkov za zdravstvo. V letu 2014 so dobički predstavljali 0,3 odstotka celotnih izdatkov za zdravstvo v letu 2014.
- Plače zdravstvenih delavcev v povprečju niso visoke, vendar je to predvsem zaradi nizkih plač medicinskih sester in drugih nezdravnikov v zdravstvu; obstajajo pomisleki glede plačil nadurnega dela, a čeprav so ta precej visoka, predstavljajo le zelo majhen delež celotnih izdatkov v zdravstvu.
- Glede na trenutne izhodiščne napovedi bo staranje populacije vodilo v večjo rast izdatkov za zdravstvo in dolgotrajno oskrbo glede na BDP kot primerljivo povprečju v EU28. Dolgoročno bo zaradi povečanih potreb in manjše rasti socialnih prispevkov nujno zagotoviti alternativne vire ali zmanjšati košarico pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) ali konstantno zniževati cene za ohranitev obsega in kakovosti storitev (Ministrstvo za zdravje, 2016).

### Stroškovno učinkovita uporaba razkužil v zdravstvenih ustanovah

Zdravstvene storitve se izvajajo v okviru omejenih finančnih in človeških virov, zato je pomembno, da stroške in koristi zdravstvenega varstva upoštevamo v celoti (Požun, 2015). V Zdravstvenem statističnem letopisu so leta 2015 objavljeni celotni in tekoči izdatki za zdravstveno varstvo iz katerega je razvidno, da je skoraj tri desetine celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo financiranih iz zasebnih virov. Kar zadeva samo gibanje virov, so se v letu 2014 povečali tako javni kot zasebni viri, in sicer za 1,3 oziroma 1,4 %. V vseh letih

opazovanja so glavni nosilci financiranja zdravstvenega varstva skladi socialne varnosti, ki so v letu 2014 pokrili skoraj dve tretjini celotnih izdatkov za zdravstvo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

v 1.000 EUR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Javni sektor</b>										
Celotni izdatki	1.786.441	1.000.094	1.997.410	2.343.143	2.452.719	2.387.626	2.417.486	2.403.037	2.352.222	—
Tekoči izdatki	1.710.718	1.000.269	1.884.238	2.181.143	2.262.818	2.275.964	2.310.211	2.255.937	2.233.131	2.264.523
<b>Zasebni sektor</b>										
Celotni izdatki	665.765	712.637	764.282	893.808	869.240	830.529	866.998	905.340	925.847	—
Tekoči izdatki	617.192	661.723	750.277	787.752	833.840	827.930	840.797	886.039	912.047	934.260
<b>SKUPAJ<sup>1)</sup></b>										
Celotni izdatki	2.452.206	1.712.731	2.761.692	3.236.951	3.321.959	3.218.155	3.284.484	3.308.377	3.278.069	—
Tekoči izdatki	2.327.910	1.661.992	2.634.515	2.968.895	3.096.658	3.103.894	3.151.008	3.141.976	3.145.178	3.198.783

Slika 1: Celotni in tekoči<sup>1)</sup> izdatki za zdravstveno varstvo po virih financiranja, Slovenija, 2005–2014<sup>2)</sup> (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015)

Legenda:

- 1) Tekoči izdatki ne vključujejo izdatkov za investicije.
- 2) Od leta 2014 dalje upoštevana metodologija SHA 2011.
- 3) Zaradi zaokroževanja se vsote lahko ne ujemajo.

Če pogledamo tekoče izdatke po namenih pa ugotovimo, da je bilo leta 2014 malo manj kot tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo porabljeno za financiranje storitev kurativnega zdravljenja (52,0 %) ter za zdravila in drugo medicinsko blago (22,7 %) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).



Slika 2: Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo po namenih, Slovenija, 2014 (v 1000 evrih) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015)

Glede na predstavljene izdatke v zdravstvu vidimo, kako velik delež zajemajo zdravila in drugo medicinsko blago. Zato je zelo pomembno, da smotrno upravljamo s sredstvi, ki jih imamo na voljo za izbiro razkužil v okviru storitve kurativnega zdravljenja (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

Svetovna zdravstvena organizacija je v svojih smernicah o osnovnih komponentah preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom, izdala izjavo o dobri praksi, ki pravi, da je potrebno dejavnost oskrbe pacientov izvajati v čistem in/ali aseptičnem okolju, ki olajša izvajanje ukrepov, povezanih s preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom z vsemi elementi infrastrukture, storitev in dostopnosti do ustreznih materialov ter opreme, kar vključuje tudi razkužila. Vse površine za oskrbo pacientov, medicinski pripomočki in

uporabljena oprema v zdravstvu so lahko potencialno kontaminirane z mikroorganizmi in zato predstavljajo tveganje za paciente, osebje in obiskovalce (World health organisation, 2016). Centers for disease control and prevention (CDC) pa je že leta 2003 izdal priporočila, kjer je opredelil spoštovanje pravilne uporabe razkužil, pravilno vzdrževanje medicinske opreme, ki uporablja vodo, standarde kakovosti vode za hemodializo in ustrezne standarde prezračevanja za specializirana področja kot zmanjšanje tveganja za okužbe, povezane z zdravstvom (CDC, 2003) kot priporočene ukrepe za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Model sodobne stroškovno učinkovite uporabe razkužil v zdravstvenih ustanovah vključuje proaktivno razmišljanje zunaj znanih okvirov. Prišel je čas, da izboljšamo nadzor nad preprečevanjem okužb, povezanih z zdravstvom tudi s pomočjo proaktivnega vedenja zaposlenih v zdravstvu pri uporabi razkužilnih sredstev, saj se zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu povezuje z izboljšano kvaliteto zdravstvene oskrbe. Proaktivnost na delovnem mestu posledično pozitivno pripomore k zagotavljanju pacientove varnosti, zato jo je potrebno v zdravstvenih ustanovah spodbujati (Ray-Sannerud, et al., 2015). Proaktivnost pri izbiri ustreznega razkužila vključuje poznavanje mikrobne flore v delovnem okolju, vrsto površine oziroma predmet razkuževanja, ovire v okolju, zdravstveni status zaposlenih, delovne navade zaposlenih, poznavanje materialnih, finančnih in človeških resursov, razmišljanje izven ustavljenih okvirov (World health organisation, 2016a) in se glede na težave ter izzive individualno odločati za uporabo razkužilnih sredstev. Izbrana sredstva, postopki in oprema bi morali biti enostavni za razumevanje in uporabo, saj je lahko nepravilna uporaba razkužilnih sredstev, npr. nepravilna priprava delovne raztopine, neupoštevanje kontaktnega časa, premalo širok spekter delovanja, nepravilna izbira glede na področje uporabe,...itd., vzrok hudim posledicam, ki se lahko kažejo v povečanju okužb, povezanih z zdravstvom, ogrožanju varnosti pacienta in zdravstvenega osebja ter povečanju finančnih izdatkov. Pri izbiri razkužilnega sredstva je potrebno upoštevati naslednje dejavnike:

- Učinkovitost (ustrezna dokazila)
- Enostavnost uporabe
- Hitrost učinkovitosti
- Zahtevana koncentracija
- Timski pristop
- Nevarnost za zdravstvene delavce in okolje
- Upoštevanje svetovnih smernic in priporočil
- Strokovna podpora proizvajalca razkužil
- Skladnost s standardi in pravilniki (World health organisation, 2016b).

V tabeli 1 je prikazan praktični primer stroškovno učinkovite uporabe razkužil.

Tabela 1: Prikaz stroškovno učinkovite uporabe razkužil

	PROIZVOD X	PROIZVOD Y
CENA V €	42,60/5L	55,05/6L
CENA V € /LITER	8,52	9,17
KONCENTRACIJA GLEDE NA UČINKOVITOST V 5 MIN	2%	0,25%
CENA DELOVNE RAZTOPINE V € /LITER	0,17	0,023
CENA 100 LITROV DELOVNE RAZTOPINE V €	17	2,3
PRIHRANEK PRI 100 LITRIH DELOVNE RAZTOPINE V €	0	14,7

Z upoštevanjem vseh kriterijev dosežemo stroškovno učinkovitost, saj lahko prihranimo pri dodatnih, nepotrebnih stroških za zdravljenje pacientov in zaposlenih, uporabi materiala, menjavi opreme ter ohranjanju okolja.

## DISKUSIJA

Stroškovno učinkovita uporaba razkužil v zdravstvenih ustanovah je kompleksen izziv. Dosedanja praksa zdravstvenih ustanov kaže na to, da je izbira razkužil prepuščena kadru, ki je neizobražen in neusposobljen za to delo. Poseben izziv pri izbiri razkužil v zdravstvenih ustanovah predstavljajo tudi javna naročila, ki so se s spremembo zakona končno približala naročniku in mu pustila možnost strokovnega dialoga s proizvajalci razkužil. Vendar se zdravstvene ustanove tega še zelo nerade poslužujejo zaradi slabih izkušenj v preteklosti, v smislu tožb zaradi preferiranja proizvajalcev razkužil. Pa vendar se ključ do stroškovno učinkovite izbire razkužil kaže v multidisciplinarnem sodelovanju znotraj zdravstvenih ustanov in tudi s proizvajalci razkužil. Omejitve pri stroškovno učinkoviti izbiri razkužil v zdravstvenih ustanovah pa se kažejo v pomanjkanju človeških in finančnih resursov.

## ZAKLJUČEK

Zaradi rastočih potreb in stroškov v času stabilizacije gospodarstva, stalnega uvajanja novih tehnologij, rastočega bremena kroničnih nenalezljivih bolezni in hitrega staranja populacije lahko pričakujemo nadaljevanje pritiska na zdravstveni sistem. Pacientom moramo zagotoviti bolj varno okolje, ki bo omogočal kakovostno obravnavo in posledično stroškovno učinkovitost. Za zagotavljanje varnosti za paciente, zaposlene in okolje moramo izvajati ukrepe za preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom. Omenjeni ukrepi so povezani s stroški, zato je s proaktivnim vedenjem zaposlenih potrebno zagotoviti stroškovno učinkovito uporabo razkužil, ki nam bo omogočila prihranek. Izbira neustreznega razkužila je namreč povezana z dodatnimi, nepredvidenimi stroški, ki niso zaželeni, saj so povezani s trošenjem prepotrebnih resursov v zdravstvu. Zdravstveni delavci bi morali aktivno vplivati

na izbiro razkužil v zdravstvenih ustanovah, saj so prav oni tisti, ki izvajajo postopke razkuževanja. Zato bi se morali dodatno izobraziti o aktivnih učinkovinah razkužil, postopkih priprave delovnih raztopin, prostorskih zahtevah, postopkih pravilne uporabe razkužil, uporabi osebne varovalne opreme in možnih negativnih vplivih na njihovo zdravje ter okolje. Vse to nakazuje na multidisciplinarni pristop, ki poleg zdravstvene oskrbe vključuje tudi varstvo zaposlenih pri delu, varstvo okolja, varovanje pacientovih pravic, preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom, vzdrževanje higiene prostorov in opreme, mikrobiološki laboratorij, enoto sterilizacije, finančno službo in nenazadnje tudi proizvajalce razkužil, skratka pester nabor strokovnjakov, ki pa naj bi imeli isti cilj: varnost, kakovost in stroškovna učinkovitost.

## Literatura

Centers for disease control and prevention (CDC), 2003. *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities*. Available at: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html> [6.7.2017].

European Commission, 2012. *The 2012 Ageing Report, European Economy, 2, Brussels*. Available at: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf) [6.7.2017].

Ministrstvo za zdravje, 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki\\_kakovosti\\_dec\\_2010/Prirocnik\\_kazalniki\\_kakovosti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.pdf) [6.7.2017].

Ministrstvo za zdravje, 2015. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pregled izdatkov v zdravstvu*. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016\\_porocila\\_SL/Report\\_Expenditure\\_review\\_Slovenia\\_FINAL\\_FORMATTED\\_SI\\_4.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/04022016_porocila_SL/Report_Expenditure_review_Slovenia_FINAL_FORMATTED_SI_4.pdf). [6.7.2017].

Ministrstvo za zdravje, 2016. *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji. Pregled izdatkov v Sloveniji*. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza\\_ZS\\_povzetek\\_in\\_ključne\\_ugotovitve\\_lektorirana\\_verzija.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/analiza_ZS_povzetek_in_ključne_ugotovitve_lektorirana_verzija.pdf) [6.7.2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Izdatki in viri financiranja zdravstvenega sistema*. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/9\\_izdatki\\_in\\_viri\\_za\\_zdravstvo\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/9_izdatki_in_viri_za_zdravstvo_2015.pdf) [6.7.2017].

Požun, P., 2015. Stroškovna učinkovitost ob učinkoviti zdravstveni oskrbi – medicinske sestre: sila za spremembe – stališča Mednarodnega sveta medicinskih sester. *Razvojne usmeritve zdravstvene in babiške nege: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. p.p. 19–43.

Ray-Sannerud, B.N., Leyshon, S., Vallevik, V.B., 2015. Introducing routine measurement of healthcare worker's well-being as a leading indicator for proactive safety management systems based on Resilience Engineering. *Procedia Manufacturing*, 3, pp. 319–326.

World health organisation, 2016a. *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf?ua=1> [6.7.2017] .

World health organisation, 2016b. *Health care without avoidable infections. The critical role of infection prevention and control*. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246235/1/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf?ua=1> [17.4.2017].



## SODELOVANJE MED IZVAJALCI ZDRAVSTVENE NEGE

### COOPERATION AMONG PROFESSIONALS IN NURSING

Blažena Berus, viš. med. ses., dipl. org. dela

Marinka Cerovšek, dipl. m. s.

Vida Novinec, dipl. m. s.

Šolski center Novo mesto, Srednja zdravstvena in kemijska šola

blazena.berus@sc-nm.si

#### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Usposabljanje za poklic pomeni pridobiti znanje in spretnosti, s katerimi se mlad človek lahko vključi in konkurira na trgu dela. Nenehen razvoj in nove tehnologije zahtevajo vedno nova znanja, zato se mora izobraževalni sistem spreminjati in prilagajati. Izobraževanje za zdravstveno nego se je skozi zgodovino spreminjalo in razvijalo. Pri svojem delu se morajo delavci z različno stopnjo izobrazbe povezovati in dopolnjevati; vsak mora prispevati svoj del, če hočejo doseči zastavljeni cilj. Sistem dela mora biti takšen, da se delo povezuje in dopolnjuje, ne ločuje. **Metode:** V prispevku je predstavljeno izobraževanje za zdravstveno nego v Republiki Sloveniji in sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege z različno stopnjo izobrazbe. Narejena je bila raziskava o medsebojnem sodelovanju. Oblikovan je bil vprašalnik, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa. Izpolnili so ga zdravstveni delavci z različno stopnjo izobrazbe, zaposleni na različnih delovnih mestih. **Rezultati:** Raziskava je pokazala, da je sodelovanje med SMS in DMS trenutno dobro in ga je potrebno vzdrževati še naprej. Medicinske sestre, ne glede na izobrazbo ali delovno mesto, lahko same največ naredijo za vzdrževanje in razvijanje dobrih medsebojnih odnosov.

**Ključne besede:** izobraževanje, zdravstvena nega, sodelovanje

#### ABSTRACT

**Bases:** Vocational education and training means gaining knowledge and skills that enable a young person to become a part of the labour market and be competitive in it. Constant development and new technologies require new proficiencies, therefore the education system needs to evolve and adapt to them. Education in nursing has changed and evolved in the course of time. In health care, professionals with different levels of education need to cooperate and complement one another, each has to contribute their part in order to achieve their aims. The system of work has to ensure that work connects and complements, not divides. **Methods:** The article presents nursing education in the Republic of Slovenia and cooperation between nursing professionals with different levels of education. A survey on cooperation was performed. A questionnaire that contained closed-type questions was

completed by health care professionals with different levels of education and different job positions. **Results:** The survey showed that cooperation between state enrolled nurses and registered nurses was good and it should be maintained such in the future. Nurses, regardless of their education or job position, are the ones who can contribute most to developing and maintaining good mutual relations.

**Keywords:** education, nursing, cooperation

## UVOD

Zdravstvena nega je bila nekoč podrejena medicini, danes pa se je razvila v samostojno stroko. Skupaj s stroko se je spreminjalo tudi izobraževanje in nazivi po končanem izobraževanju. V praksi se lahko srečamo z različnimi nazivi izvajalcev zdravstvene nege, pri čemer ni nujno, da je razlika tudi v stopnji izobrazbe. Na razvoj stroke je vedno vplivala zakonodaja. Trenutno je v pripravi nova zdravstvena zakonodaja, kateri se bo morala prilagoditi tudi zdravstvena nega. Na področju izobraževanja se pripravljajo novi poklicni standardi, veliko se razpravlja o nazivih in kompetencah. Če želijo izvajalci zdravstvene nege slediti potrebam stroke, morajo neprestano pridobivati novo znanje in kompetence (Rešetič 2016). Pri hitrem razvoju in težnjah po novem znanju se pogosto pozabi, da delo v zdravstveni negi ni individualno ampak timsko. V prvem delu prispevka je prikazano trenutno stanje na področju izobraževanja za zdravstveno nego in smernice za prihodnost. V drugem delu smo na osnovi anketnega vprašalnika poskusili ugotoviti poglede medicinskih sester s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo na medsebojno sodelovanje in delitev dela.

## Izobraževanje in pridobivanje kompetenc za zdravstveno nego

Zdravstvena nega je stroka, ki se hitro razvija. Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje je leta 2011 pripravila strategijo razvoja stroke. V njej je opredeljena dejavnost zdravstvene nege, izobraževanje in izvajalci. Nosilka dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, ki ima strokovno sodelavko («asistenta za področje zdravstvene nege»). Do sedaj sprejeti in uporabljeni nazivi zanju so srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik, zdravstveni tehnik/ca, tehnik/ca zdravstvene nege, srednja medicinska sestra/srednji medicinski tehnik, ki je izobražen na srednješolski ravni in se v skladu s poklicnimi kompetencami in aktivnostmi vključuje v izvajanje zdravstvene nege (Kadivec et al., 2011). Skupaj s spremembami izobraževalnih programov so se spreminjali tudi nazivi.

Po sprejetju strategije je bil pripravljen Dokument o razmejitvi dela izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege, ki dopolnjuje Poklicne aktivnosti in kompetence zdravstvene in babiške nege iz leta 2008. Kmalu po sprejemu so se pojavile težnje po novi razmejitvi del in opredelitvi kompetenc. Na področju izobraževanja je prišlo do prenove programov na srednješolski in visokošolski ravni. Prenovil se je program srednjega strokovnega

izobraževanja, ki omogoča vpis učencev za pridobitev poklica srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. Na področju visokega šolstva se je oblikoval dodiplomski visokošolski strokovni študijski program zdravstvena nega. (Železnik, 2009)

Izobraževanje na srednješolski ravni traja štiri leta in se zaključi s poklicno maturo. Dijaki, ki uspešno opravijo poklicno maturo, se lahko zaposlijo v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih ali nadaljujejo izobraževanje na visokošolski ravni. Diplomanti po zaključeni prvi stopnji visokošolskega izobraževanja lahko nadaljujejo na magistrskem in doktorskem študiju. V strategiji razvoja je opredeljeno, da bodo magistrice zdravstvene nege usposobljene za prevzemanje odgovornosti za sistematično spremljanje kliničnega dela, vodenje timov za izboljševanje klinične prakse, bodo pobudnice sprememb in izboljšav, mentorice študentom in visokošolske učiteljice na prvi bolonjski stopnji. Doktorice zdravstvene nege bodo usposobljene za vodenje in usmerjanje kliničnih in temeljnih raziskav, za postavitev standardov, smernic, teorij in razvoj novih pristopov v zdravstveni obravnavi ter visokošolske učiteljice predvsem na drugi in tretji bolonjski stopnji. (Kadivec, 2011) Skela Savič (2010) pa vidi delo magistric in doktoric zdravstvene nege ob bolniški postelji. Zaključen magisterij ali doktorski študij ne pomeni bega od bolniške postelje ali novo delovno mesto, ampak pomeni več znanja za izvajanje bolj kakovostne zdravstvene nege na obstoječem delovnem mestu v kliničnem okolju. Znanje naj ne beži v pisarne, ampak se ga naj uporablja in razvija ob bolniku in razširja v timski metodi dela ter predaja študentom. Piramido vrednostnega sistema v Sloveniji, da diplomirane medicinske sestre delajo samo dopoldne in to predvsem na delovnih mestih, kjer organizirajo delovni proces, je potrebno obrniti.

Ne v teoriji ne v praksi ni čisto jasno, kaj naj bi posamezni profil kadra delal. Pri srednješolsko izobraženem kadru ni težava le v neopredeljenih kompetencah, ampak tudi v samem nazivu. Trenutno dijak po opravljeni poklicni maturi dobi naziv srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. Če opravi pripravništvo in strokovni izpit, dobi naziv tehnik /tehničarica zdravstvene nege.

Tičarjeva (2012) opozarja na nekontrolirano povečevanje vpisa na visoke zdravstvene šole, podaljševanje delovne dobe in posledično presežek diplomiranih medicinskih sester. Klemenčeva (2012) v Regulaciji vpisnih mest pravi, da bo čas pokazal, ali so bile poteze na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi pravilne. Trdi, da smisel ni v količini temveč v kakovosti izobraževanja.

V praksi je srednja medicinska sestra še vedno največ časa ob pacientu, čeprav se njene kompetence zmanjšujejo. Kompetence diplomirane medicinske sestre se sicer širijo, vendar se kvalitativno ne dvignejo na višji nivo. Mihalič (2006) v Managementu človeškega kapitala ugotavlja, da ni nujno, da se z obsegom kvantitete dviga tudi kvaliteta znanj.

## Sodelovanje

Delo v zdravstveni negi ni nikoli individualno. Medicinska sestra s katerokoli stopnjo izobrazbe mora sodelovati z drugimi. O tem govori tudi kodeks etike. Zdravstvena obravnava pacienta naj predstavlja skupno prizadevanje strokovnjakov različnih zdravstvenih poklicev: medicinska sestra se zaveda poklicne pripadnosti ter priznava in spoštuje delo sodelavcev.

Kakovostni medsebojni odnosi so ključ do delovnega uspeha. Odnosi na delovnem mestu pomembno vplivajo na počutje, zdravje in posledično na zadovoljstvo z delom, ki ga medicinske sestre opravljajo, ter omogočajo večjo učinkovitost (Saje, 2014). Za kvalitetno delo v zdravstveni negi bi morali spodbujati sodelovanje med izvajalci na vseh ravneh. Šole bi morale učiti timskega sodelovanja in spodbujati timsko delo. Ena izmed oblik sodelovanja bi bilo lahko sodelovanje med srednjimi in visokimi šolami. Veliko dijakov se po zaključeni srednji šoli vpiše na visoko zdravstveno šolo, čeprav so predlagane smernice razvoja stroke, da bi se na visokošolski študij vpisali kandidati s končano splošno izobraževalno srednjo šolo (gimnazijo). Pri tem se pojavi vprašanje prehodnosti oziroma nadgradnje izobraževanja po vertikali. Kandidati so v času vpisa stari v povprečju devetnajst let, ko so že oblikovane osebnosti. Delo v zdravstveni negi je delo z ljudmi, ki zahteva veliko mero čustvene inteligence, empatije, pa tudi spretnosti, kar je nedvomno lažje razvijati pri mlajših skozi daljše časovno obdobje.

Osnovna naloga diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DMS) in srednje medicinske sestre (v nadaljevanju SMS) je skrb za uporabnika zdravstvene nege. Skupaj sodelujeta v negovalnem timu, kjer se njuno delo medsebojno prepleta, nadgrajuje in dopolnjuje za doseganje skupnega cilja, ki je vezan na zdravega ali bolnega posameznika ali skupino.

Namen in cilj raziskave je ugotoviti, kakšno je sodelovanje med SMS in DMS. Hipoteze se nanašajo predvsem na področje raziskovanja, ki smo ga zajeli v prispevku kompetence, znanje, sodelovanje.

## METODE

### Hipoteze

1. Kompetence, ki jih SMS in DMS pridobita v času šolanja zadoščajo za delo v zdravstvenih in socialnih ustanovah.
2. V timu je med SMS in DMS čutiti spoštovanje.
3. Delo DMS in SMS se medsebojno prepleta in ga ni mogoče popolnoma razmejiti.
4. Zbornica Zveza podpira sodelovanje SMS in DMS.

Za namen raziskave smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop in vprašalnik kot tehniko zbiranja podatkov. Uporabili smo strukturiran vprašalnik, ki je vseboval dvajset vprašanj zaprtega tipa. Uporabljena je bila štiristopenjska lestvica od povsem drži do sploh ne drži. Prva štiri vprašanja so se nanašala na poklicno področje, ostala pa na kompetence za delo in sodelovanje.

Prvi del anketiranja je bil izveden maja 2017 na strokovnem seminarju sekcije DMSZTB v Novem mestu. Drugi del anketiranja je bil izveden v DSO in VDC Novo mesto, ker na seminarju ni bilo predstavnikov socialnih zavodov. Anketirani so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave in so imeli tudi možnost odklonitve sodelovanja. Vsi oddani anketni listi so bili veljavni.

#### Vzorec

V raziskavo je bilo zajetih 80 oseb, od tega je bilo anketiranih 30 SMS, 35 DMS in 15 drugih profilov. 26 anketiranih je zaposlenih v bolnišnici, 19 v socialnem zavodu, 11 v zdravstvenem domu, 19 anketiranih pa je iz drugih področij. Pri starostni strukturi anketiranih oseb največji delež (30 %) predstavljajo osebe, ki so zaposlene 30 let in več, sledi skupina zaposlenih z manj kot deset let delovne dobe (26 %), zaposleni, ki imajo od 11 do 20 let delovne dobe z 21 % ter zaposleni od 21 do 30 let delovne dobe s 23 %. Ugotovimo lahko, da je starostna struktura anketiranih oseb dokaj enakomerno porazdeljena, ker nobena od starostnih skupin po številu oseb bistveno ne izstopa.

#### REZULTATI IN RAZPRAVA

Večina anketiranih se strinja, da kompetence, ki jih pridobijo v času izobraževanja zadostujejo za delo, ki ga opravljajo tako za SMS kot za DMS. Vprašani menijo, da v povprečju SMS in DMS pridobijo dovolj izkušenj za delo v enem letu. Več kot 80 % vprašanih meni, da se SMS in DMS v timu spoštujeta, medtem ko so odgovori na vprašanje o medsebojnem nezaupanju deljeni. Malo manj kot 90 % vprašanih se vsaj delno strinja, da DMS vodi in usmerja delo na oddelku. Pri ločenem pregledu odgovorov DMS in SMS pa se s trditvijo strinja 97 % DMS in le 73 % SMS. Odgovori na vprašanje, ali imajo preveč kompetenc, so deljeni, vendar podobni za SMS in DMS. Glede poseganja SMS v kompetence DMS in obratno je večina izbrala odgovor, da delno drži oziroma delno ne drži. Večina trdi, da je SMS več ob pacientu kot DMS. Rezultati so pokazali, da SMS in DMS pri delu sodelujeta in si želita še več sodelovanja. Le četrtnina vprašanih meni, da Zbornica Zveza podpira sodelovanje, medtem ko večina o tem ni povsem prepričana.

Odgovori na vprašanja o kompetencah in sodelovanju med SMS in DMS so prikazani v tabeli.

Tabela 1: Odgovori na anketna vprašanja

Vprašanje	povsem drži (v %)	delno drži (v %)	delno ne drži (v %)	sploh ne drži (v %)	drugo (v %)
Strokovno znanje (kompetence), ki jih SMS pridobijo v času šolanja, zadošča za delo v vaši ustanovi.	18,75	53,75	12,75	13,75	1,25
Strokovno znanje (kompetence), ki jih DMS pridobijo v času šolanja, zadošča za	15	52,5	10	17,5	5

delo v vaši ustanovi.					
Po končani srednji šoli SMS na delovnem mestu pridobi dovolj praktičnih izkušenj za samostojno opravljanje poklica.	8,75	60	13,75	17,5	0
Po končani visoki šoli DMS na delovnem mestu pridobi dovolj praktičnih izkušenj za samostojno opravljanje poklica.	6,25	50	18,75	25	0
V timu, kjer sodelujeta DMS in SMS, je med njima čutiti spoštovanje.	22,5	60	8,75	6,25	2,50
V timu, kjer sodelujeta DMS in SMS, je med njima čutiti nezaupanje.	2,50	47,5	17,5	32,5	1,25
DMS usmerja, vodi in kontrolira delo na oddelku.	30	57,5	6,25	3,75	2,50
SMS ima preveč kompetenc za delo, ki ga opravlja.	11,25	41,25	15	31,25	1,25
DMS ima preveč kompetenc za delo, ki ga opravlja.	7,5	45	15	28,75	3,75
SMS s svojimi kompetencami posega v delo DMS.	11,25	42,5	13,75	32,5	0
DMS s svojimi kompetencami posega v delo SMS.	10	42,5	16,25	30	1,25
SMS je neposredno ob pacientu prisotna/potrebna več časa kot DMS.	71,25	20	2,20	6,25	0
Delo SMS in DMS ob pacientu zahteva medsebojno sodelovanje in ga težko ločimo.	62,5	32,5	1,25	3,75	0
DMS pri delu sodeluje s SMS.	58,75	35	2,5	3,75	0
Med DMS in SMS želim več medsebojnega sodelovanja.	67,5	28,75	1,25	0	1,25
Zbornica Zveza podpira in spodbuja sodelovanje med SMS in DMS.	25	46,25	6,25	18,75	3,75

V raziskavi so bile potrjene prva, druga in tretja hipoteza ter delno četrta. Rezultati kažejo, da večina anketiranih meni, da kompetence, ki jih SMS in DMS pridobita v času šolanja, zadoščajo za delo v zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanovah. Dovolj izkušenj za samostojno delo pridobijo v enem letu. Vprašani o pridobivanju kompetenc v času šolanja sta bili splošni, posamezne kompetence niso bile izpostavljene. Čukova (2006) v raziskavi med študenti zdravstvene nege ugotavlja, da le-ti v kliničnem okolju razvijejo etične vrednote, sposobnost komuniciranja s pacienti ter se usposobijo za uporabo diagnostičnih pripomočkov za izvajanja intervencij zdravstvene nege, manj kompetenc pa pridobijo s področja planiranja, sposobnosti za reševanje problemov in timsko delo. Tudi medsebojne odnose anketirani ocenjujejo dobro. Trdimo lahko, da je raven medsebojnega spoštovanja in zaupanja visoka v primerjavi z raziskavo, ki jo je izvedla Ovijačeva (2007) in ugotovila, da

medicinske sestre pričakujejo spoštovanje v odnosu do zdravnikov, same pa ga v odnosu do zdravstvenih tehnikov ne izkazujejo dovolj. Tako SMS kot DMS se zavedajo, da je pri delu v zdravstveni negi potrebno dobro medsebojno sodelovanje, ki si ga želijo še izboljšati.

## ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega se ves čas razvija in spreminja, menjajo se tudi vloge posameznih izvajalcev in posledično odnosi v negovalnem timu. Dobri medsebojni odnosi pomembno vplivajo na uspeh in zadovoljstvo pri delu. Raziskava je pokazala, da je sodelovanje med SMS in DMS trenutno dobro in ga je potrebno vzdrževati še naprej. Medicinske sestre, ne glede na izobrazbo ali delovno mesto, lahko same največ naredijo za vzdrževanje in razvijanje dobrih medsebojnih odnosov. Glede podpore Zbornice Zveze pri razvijanju sodelovanja med SMS in DMS so mnenja deljena. Predlagamo večjo transparentnost Zbornice Zveze v prid sodelovanju in povezovanju. Vzorec je bil relativno majhen, za posploševanje rezultatov bi morali anketirati večje število izvajalcev zdravstvene nege. Prav tako bi morali za celovito sliko preveriti sodelovanje širše, ne le med SMS in DMS. Pri timskem delu je pomemben vsak posameznik, ker je le s sodelovanjem mogoče doseči cilj. Razvijanje timskega dela in medsebojnega sodelovanja bi morali sistematično razvijati že v času izobraževanja na vseh stopnjah in smereh, kjer se usposabljujejo kadri za delo z ljudmi.

## Literatura

Čuk, V., 2013, *Razvoj kompetenc študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju*, 6. mednarodna znanstvena konferenca *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi*, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, pp. 266–272.

Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarevič, I., Černivec, J., Horvat, M., Klemenc, D., et al., 2011, *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Klemenc, D., Požun, P., Buček Hajdarevič, I., 2012, *Regulacija vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi na visokošolski ravni v Sloveniji – vloga in mesto Zbornice zveze*, Moja kariera – Quo Vadis 5. posvet z mednarodno udeležbo, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 69–82.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Mihalič, R., 2006, *Management človeškega kapitala*, Škofja Loka, Mihalič in Partner, pp. 99–110.

Ovijač, D., 2007, *Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in zdravnikov*, Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 61–73.

Rešetič, J., 2016, *Kakovost je tudi izobraževanje zaposlenih v zavodu*, *Kakovost zdravstvenih storitev*, 8. dnevi Marije Tomšič, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 79–90.

Saje M., 2014, *Reševanje konfliktov v medsebojnih odnosih*, *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi*, 6. dnevi Marije Tomšič, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 68–77.

Skela Savič B., 2010, *Zdravstvena nega – odgovor na potrebe pacientov v sodobni družbi*, Od besed k dejanju: opolnomočenje managementa zdravstvene nege za uspešno sodelovanje pri upravljanju zdravstvenih zavodov: zbornik povzetkov referatov, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu, Ljubljana.

Tičar Z., 2012, *Slovenske izkušnje z visokošolskim izobraževanjem v zdravstveni negi – pogled Ministrstva za zdravje*, Moja kariera – Quo Vadis 5. posvet z mednarodno udeležbo, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 19–22.

Železnik, D, Verbič, M, Trobec, I, Ovijač, D. *izobraževanje za poklice v zdravstveni negi = education for the professions in the field of nursing care. v: Majcen Dvoršak, S (ur.), et al. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2009, 211a, pp. 1–13.

Železnik D., Brožnik M., Buček Hajdarevič I., Dolinšek M., Filej B., Istenič B., 2008, *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*, Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije



# SPODBUJANJE REFLEKSije DIJAKOV ZDRAVSTVENE NEGE Z IZOBRAŽEVANJEM S POMOČJO FILMA

## PROMOTING THE REFLECTION OF NURSING STUDENTS WITH EDUCATION THROUGH FILM

Mojca Kotnik, prof. zdr. vzg.  
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

mojca.kotnik@guest.arnes.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Izobraževanje skozi film je učinkovit in zabaven način, ki pomaga dijakom učenja profesionalizma, spodbujanje razvoja in kritičnega razmišljanja. Klinične izkušnje kažejo, da so življenjske zgodbe močan vir učenja. Namen raziskave je ovrednotiti pomen filma k spodbujanju refleksije dijakov zdravstvene nege pri izbirnem predmetu paliativna oskrba pacienta. **Metode:** Od decembra 2016 do aprila 2017 je bilo analiziranih 24 refleksij dijakov 3. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Pri analizi refleksij dijakov je bila uporabljena kvalitativna obdelava podatkov z metodo vsebinske analize. Z njo je bilo analizirani pet vsebinskih kategorij in frekvenc pojavnosti. **Rezultati:** Pri kategoriji »zdravstveni delavci in komunikacija s pacienti, svojci« sta bila najbolj izpostavljena področja, pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih ter čustvena podpora družini (34 %), pri »problemih svojcev« čustvena prizadetost (66 %). V 48 % so dijaki doživljali pozitivna čustva pri ogledu filma. Vsi dijaki (100 %) so podali pozitivno priporočilo za ogled filma in 96 % dijakom je pozitivno ocenilo takšen način ocenjevanja. **Diskusija in zaključek:** Glede na dobljene rezultate, je bilo ugotovljeno, da je potrebno nadaljevati z ogledom filmov tudi na drugih področjih zdravstvene nege. Mogoče bolj s kratkimi odseki filmov in analizo le-teh.

**Ključne besede:** dijaki, paliativna zdravstvena nega, kinematografija

### ABSTRACT

**Background:** Education using film is a fun and effective way to help students learn professionalism. As well as this, it promotes development and critical thinking. Clinical experiences show that life stories are a powerful source of learning. The aim of the study is to evaluate the importance of film to stimulate the reflection of nursing students in the selection module of palliative care of the patient. **Methods:** From December 2016 to April 2017 were analysed twenty-four reflections of students of the 3rd year of the Secondary School of Nursing Ljubljana. In the analysis of students' reflections, a qualitative method of

research was used in combination with the content analysis method. The research analysed five content categories and incidence frequencies. **Results:** The category "health workers and communication with patients, relatives" were the most exposed areas, support for basic life activities and emotional support for the family (34%), emotional disability (66%) for "problems of relatives". In 48%, students experienced positive emotions when watching a movie. All students (100%) gave a positive recommendation to watch the film, and 96% of the students assessed this kind of assessment positively. **Discussion and conclusion:** The obtained results suggest that we should expand watching films also to other areas of nursing. Watching only short sections of films and their analysis is an alternative.

**Keywords:** nursing students, palliative care, cinemeducation

## UVOD

Pripovedovanje zgodb je oblika komunikacije, učenja, ki je poznana že od otroštva dalje (Blasco, et al., 2011; Kalra, 2011). Zgodbe spodbudijo razmišljanje, refleksijo ter širijo obzorje. Klinične izkušnje kažejo, da so življenjske zgodbe močan vir učenja. Lahko koristijo tako pacientom, medicinskim sestram, zdravnikom, kot dijakom (Kotnik, et al., 2013). Ker je v današnjem času način življenja izredno hiter, se večinoma informacije pridobivajo s pomočjo sodobne inovativne tehnologije, kar vključuje tudi filme.

Učenje s pomočjo filma ima pomembno vlogo v različnih akademskih disciplinah, kot je znanost, pravo, zdravstvena nega in ekonomija (Shelley, 2016). Informacije se skozi film pridobivajo avdiovizualno, hitro in s čustveno intenzivnostjo (Blasco, et al., 2006). V preteklosti so bili filmi namenjeni v komercialne namene, sedaj so v učne. Aleksander, et al. (2007), je že pred leti predstavil termin »cinemeducation«, ki je opredeljeno kot uporaba filmov, filmskih odsekov za poučevanje o bio-psiho-socialno-duhovnih vidikih zdravstvene oskrbe (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2011; Klemenc-Ketiš, 2014). Oh, et al. (2012), je termin nadgradil in razvil termin »cinenureducation«, kjer je združil besede cinema, nursing in education (kino, zdravstvena nega in izobraževanje). Ta izraz ima možnost pomagati dijakom in učiteljem pri premagovanju omejitev in vrzeli, ki se lahko pojavijo pri učenju ali učenju iz učbenikov. Z ogledom filmov ali izsekov filma lahko razumemo, kakšen vpliv ima bolezen na pacienta in celotno njegovo družino (Weber & Silk, 2007; Lumlertgul, et al., 2009). Na učinkovit in zabaven način (Wilson, et al., 2013), se pomaga dijakom, učenja profesionalizma, spodbujanje razvoja in kritičnega razmišljanja. Filmi imajo tudi odlične simulacijske scenarije, ki pomagajo dijakom pripravo na resnične življenjske situacije. Učenje s pomočjo filma se po učinkovitosti približuje učenju v praksi oz. učenju ob pacientu (Darbyshire & Baker, 2012; Klemenc-Ketiš, 2014).

Dijaki 3. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana (SZŠ Ljubljana) so imeli pri izbirnem predmetu paliativna oskrba ocenjeno tudi svoje individualno delo. Ena vsebina individualnega dela je bil tudi ogled filma in pisanje refleksije o gledanem filmu. Pomen te

metode dela je bil, da dijaki s pomočjo filma spoznajo veščine koordinacije tima, kako bolezen zraven pacienta vpliva tudi na svojce in kako učinkovit je takšen način učenja. Namen raziskave je ovrednotiti pomen filma k spodbujanju refleksije dijakov zdravstvene nege pri izbirnem predmetu paliativna oskrba pacienta.

Raziskovalna vprašanja na katera smo želeli odgovoriti, so bila:

- Kako so dijaki v filmu videli vlogo zdravstvenih delavcev do pacienta in svojcev?
- Kako so dijaki videli in ovrednotili probleme s katerimi so se srečevali svojci pacienta?
- Kako so dijaki doživljali gledan film?
- Kaj dijaki menijo o tovrstnih metodah za podajanje znanja?

## METODE

Uporabljen je bil kvalitativen raziskovalni pristop. Vzorec je zajemal 24 dijakov 3. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, smer zdravstvena nega. Dijaki so si pri izbirnem predmetu Paliativna oskrba, ogledali nemški film z naslovom »Ustavljen na poti« (Halt auf freier Strecke, iz leta 2011, režiser Andreas Dresen). Dijaki so film spremljali zvočno in s pomočjo slovenskih podnapisov. Filmska zgodba predstavlja 44-letnega Franka, ki živi običajno družinsko življenje z ženo in dvema otrokoma (8-letnim sinom in 14-letno hčerko). Po nenadni diagnozi neoperabilnega možganskega tumorja se njemu in njegovi družini življenje postavi na glavo. Skozi film se spremlja prilagajanje njega in njegove družine na življenje z neozdravljivo boleznijo (Klemenc-Ketiš, 2014, p. 104). Zbiranje podatkov je bilo izvedeno s pomočjo refleksije v eni fokusni skupini dijakov, ki si je predhodno ogledala skrbno izbrani film. Zbiranje podatkov je potekalo od decembra 2016 do aprila 2017. Omejitveni kriteriji pri gledanju filma so bili: majhen vzorec dijakov (vendar vključeni vsi, ki so pri avtorici obiskovali omenjeni predmet), vsi dijaki niso hkrati gledali filma, ker so bili odsotni zaradi praktičnega pouka pri delodajalcu (PUD-a) oz. dva dijaka nista gledala filma v celoti in nista odgovorila na posamezno vprašanje, film so si zaradi njegove dolžine dijaki ogledali v dveh delih. Vključitveni kriteriji so bili: dijaki so film gledali v šoli, avtorica prispevka je bila ob tem navzoča in ja na koncu ogleda filma izvedla kratek pogovor z dijaki.

Metoda vsebinske analize, s katero so bile identificirane vsebinske kategorije in frekvence pojavnosti, je bila uporabljena za analizo zbranih podatkov (Vogrinc, 2008). Na podlagi analize besedila so določene kode, ki so razvrščene v podkategorije in le-te v pet kategorij in eno temo (Graneheim & Lundman, 2004). Navedeni so tudi posamezni primeri izjav dijakov, na podlagi katerih so določene kode. Glavna tema raziskave je ovrednotiti pomen filma pri refleksijah dijakov pri predmetu paliativna oskrba pacienta. Omenjena tema je proučevana z vidika petih kategorij: vloga zdravstvenih delavcev in komunikacija s pacientom, svojci, ki so jih v filmu zaznali dijaki; težave svojcev pacienta med njegovo boleznijo, ki so jih v predvajanem filmu prepoznali dijaki; izražanje čustev dijakov med ogledom filma; priporočila za ogled filma; mnenja dijakov o tovrstnih metodah za podajanje znanja.

## REZULTATI

V kategorijo »Vloga zdravstvenih delavcev in komunikacija s pacientom, svojci, ki so jih v filmu zaznali dijaki« so vključene naslednje podkategorije: sporočanje slabe novice, pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih (TŽA), čustvena podpora družini in nato so poimenovane kode in določene frekvence pojavnosti.

Tabela 1: Vloga zdravstvenih delavcev in komunikacija s pacientom, svojci, ki so jih v filmu zaznali dijaki

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Sporočanje slabe novice	16	32%	Pietetičen odnos, sočutje, svetovanje, bolezni, zdravljenje, napredovanje bolezni, smrt.
Pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih (TŽA)	17	34%	Osebna higiena, nega, hoja, samostojnost, lajšanje bolečin, nasveti.
Čustvena podpora družini	17	34%	Podpora, sočutje, soočanje z boleznijo, obnašanje pacienta, razumevanje smrti.
SKUPAJ	50	100%	

Dijaki so navedli naslednje primere:

*»Zdravstveni delavci so mu pomagali, da se sooči z boleznijo ter nauči živeti z njo. Pogovorili so se tudi z njegovo ženo ter ji vse do konca stali ob strani ter jo spodbujali, da ne obupa.« (D16 – dijak 3. letnika)*

*»Zdravnica svojcem pove, kako morajo z njim ravnati in da je najbolje, če umre v miru doma, ker bodo tudi otroci videli, da smrt ni nekaj groznega.« (D21- dijak 3. letnika).*

*»Drugi obisk zdravnice: žena se popolnoma sesede. Zdravnica ji, da oporo, na lep način pove, da se bo stanje poslabšalo in nekoč, bo za vedno zaspal.« (D24 – dijak 3. letnika)*

V kategorijo »Težave svojcev pacienta med njegovo boleznijo, ki so jih v predvajanem filmu prepoznali dijaki« so vključene naslednje podkategorije: čustvena prizadetost, vedenjske spremembe pacienta, fizična prizadetost, poimenovane so kode in določene so frekvence pojavnosti.

Tabela 2: Težave svojcev pacienta med njegovo boleznijo, ki so jih v predvajanem filmu prepoznali dijaki

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Čustvena prizadetost	29	66%	Stres, žalost, potrtnost, trpljenje, jok, mimika obraza.
Vedenjske spremembe	7	16%	Agresivnost, depresija, obup, zmedenost,

pacienta			žalitve, odklanjanje pomoči, smrt.
Fizična prizadetost	8	18%	Izčrpanost, utrujenost, povečana skrb za družino, povečana skrb za otroka.
SKUPAJ	44	100%	

Dijaki so navedli naslednje primere:

*»Doživeli so zavračanje, zanikanje, odklanjanje pomoči in raznih pripomočkov, Nesramnost in žaljenje. Svojem je bilo težko, vendar so se zavedali, da je to del bolezni. Po malem že utrujeni in nemočni, želeli so si čim prej konec mučenja za njih in pacienta.« (D5 - dijak 3. letnika).*

*»Žena je najbolj pod stresom, utrujena tako fizično kot psihično, bori se skupaj s Frankom, hkrati pa otrokoma želi povedati, da to (smrt) ni nekaj groznega, da je to del življenja.« (D23 - dijak 3. letnika).*

V kategorijo *»Izražanje čustev med ogledom filma«* je vključena naslednja podkategorija: odziv dijakov do gledanega filma, poimenovane kode in določene frekvence pojavnosti.

Tabela 3: Izražanje čustev med ogledom filma

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Odziv dijakov do gledanega filma	21	48%	Pozitivna doživljanja
	11	25%	Sprememba vrednot
	12	27%	Negativna doživljanja
SKUPAJ	44	100%	

Dijaki so navedli naslednje primere:

*»Ob gledanju filma sem spoznala, da kljub bolezni moraš živeti svoje sanje, ljubiti, se imeti rad...« (D9 - dijak 3. letnika).*

*»Ob filmu sem se na trenutke počutila grozno, saj vidiš krute in realne posledice bolezni.« (D16 - dijak 3. letnika).*

*»Med filmom sem spoznala, da je včasih svojem težje kot samemu pacientu. Naučila sem se oz. nekako zaobljubila, da ko bom nekoč zaposlena kot medicinska sestra, se ne bom trudila samo za paciente, ampak tudi njegove svojce, ki so v posameznih trenutkih potrebni pomoči, podpore...« (D18 - dijak 3. letnika).*

V kategorijo *»Ogled filma«* je vključena naslednja podkategorija: priporočilo za ogled filma, poimenovane kode in določene frekvence pojavnosti.

Tabela 4: Oglad filma

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Priporočilo za ogled filma	24	100%	Da
	0	0 %	Ne
SKUPAJ	24	100%	

Dijaki so navedli naslednje primere:

*»Drugim dijakom bi priporočala ogled filma, saj bi jih vsaj malo pripravila na takšno situacijo, če se jim na delovnem mestu, ali doma to kdaj zgodi. Tudi staršem bi priporočala ogled filma. Da se tudi oni kaj naučijo o našem poklicu.« (D2 - dijak 3. letnika).*

*»Predvsem bi ga priporočil mlajši populaciji, ki si neizmerno želijo materialne, drage stvari, da se spet osvestijo o pomembnosti zdravja v našem življenju. » (D7 – dijak 3. letnika).*

*» Film bi priporočila tistim, ki imajo podobno ali isto diagnozo bolezni, saj film spreminja pogled na bolezen, trpljenje, ljubezen, starševstvo, sočutje in ne nazadnje na smisel življenja.« (D9- dijak 3. letnika).*

V kategorijo »Mnenja dijakov o tovrstnih metodah za podajanje znanja« je vključena naslednja podkategorija: način pridobivanja ocene, poimenovane kode in določene frekvence pojavnosti.

Tabela 5: Mnenja dijakov o tovrstnih metodah za podajanje znanja

PODKATEGORIJE	FREKVENCE	ODSTOTKI	KODE
Način pridobivanja ocene	23	96%	Pozitivno
	0	0 %	Negativno
	1	4 %	Brez odgovora.
SKUPAJ	24	100%	

Dijaki so navedli naslednje primere:

*»Zdi se mi eno izmed najboljših načinov pridobivanja ocen. Tudi sama si bom od tega najbolj zapomnila snov in se iz tega veliko naučila. Lahko bi dobili še več takšnih ocen.« (D19 – dijak 3. letnika).*

*»Menim, da je super. Želim si čim več takšnih ocen, filmov, knjig. Dobro je za nas, spoznamo, da so naše težave mikroskopske v primerjavi z drugimi. Največ se tako naučimo. (D23 – dijak 3. letnika).*

## DISKUSIJA

Paliativna oskrba je nastajajoče medicinsko področje, kjer pozitivizem sodobnih medicinskih tehnologij izgubi svoj rob moči in je zato napolnjen z etičnimi dilemami, komunikacijskimi problemi in izzivi za profesionalno vedenje. Primerjava z družinsko medicino, nabor filmov, učenje s pomočjo filmov daje dijakom dovolj časa za refleksijo, diskusijo s profesorjem glede vsebine, in jim pomaga poiskati podobne probleme v klinični praksi (Klemenc-Ketiš & Švab, 2017). Refleksija je učna izkušnja, ki ustvarja pozitivne spremembe skozi racionalen in intuitiven proces. Z njeno pomočjo se lahko učenci naučijo ne samo tehničnih veščin, temveč tudi smiselnega znanja in jim omogoča, da izboljšajo stališča in integrativne vrednote (Oh, et al., 2012).

V rezultatih iz Tabele 1 je razvidno, da so dijaki v 34 % izpostavili čustveno podporo družini in pacientu, ki so jim jo nudili zdravstveni delavci ter enak delež tudi pri pomoči zdravstvenih delavcev pri temeljnih življenjskih aktivnostih. Izmed zdravstvenega osebja niso izpostavili negativno nobenega poklicnega profila, kot so to naredili v študiji avtorjev Klemenc-Ketiš & Kersnik, (2011), kjer so ugotovili, da se zdravniki izogibajo vprašanju o koncu življenja. Dijaki so v refleksijah povezali tudi svoje lastne izkušnje, nekateri tudi izkušnje iz klinične prakse.

Filmi in filmski odseki so primerni za predavanje, seminarske naloge in ocenjevanje. S pomočjo ustnega izseka se lahko vodi dijaka, da analizira določen odsek filma (npr. sporočanje slabe novice). Študija avtorja Lumlertlug, et al., (2009) omenja, da so njihovi študenti s pomočjo refleksij lažje razumeli vpliv bolezni na pacienta in njihove svojce. Na podlagi analize rezultatov refleksij dijakov SZŠ Ljubljana, so svojci v filmu najtežje doživljali (v 66 %) čustveno prizadetost, kar je prikazano v Tabeli 2. Tudi v tem primeru so dijaki v refleksijah povezali svoje lastne izkušnje, nekateri tudi izkušnje iz klinične prakse.

Darbyshire & Baker (2012) navajata, da podobno kot ima film zvok in sliko, ima medicina, zdravstvena nega, pacienta, ki ga pri svojem delu opazuje in posluša. Rezultati v Tabeli 3 prikazujejo, da se je pri 48% dijakov razvil pozitiven odnos do filma, 25 % dijakom je to pomenilo spremembo vrednot, kar so doživljali tudi študenti družinske medicine Univerze v Mariboru (Klemenc-Ketiš & Kersnik, 2011). Omenjeni študenti so doživeli stres, ker so mislili, da zdravnik planira paliativno oskrbo in oživljanje skupaj s pacientom in nato ugotovili, da se razen medicinske sestre nihče ne pogovarja o smrti in postopku oživljanja. Študija avtorja Price, et al., (2015) sporoča, da je pripovedovanje digitalnih zgodb morda učinkovita metoda za izboljšanje učenja o zapletenih temah z uporabo osebnih zgodb in izkušenj.

Učenje s pomočjo filmov je inovativna metoda za promoviranje poučevanja, ki ga sedaj zahteva izobraževanje (Blasco, et al., 2011). Blasco et al., (2006) poudarja razliko med ameriškimi filmi in evropskimi, azijskimi. Ameriški filmi predstavljajo zgodbe na preprost in nekomplificiran način, medtem ko evropski in azijski filmi pogosto spodbujajo globoko meditacijo, s ciljem na človeške vrednote, zahtevajo več časa in pozornosti učencev. Avtor

Oh, et al., (2012) povzema pomen filmov, ki govorijo o umiranju, invalidnosti in smrti (film Wit), ker vsi študentje zdravstvene nege ne bodo nujno izpostavljeni takim okoliščinam v praksi. To si lahko razlagamo tudi v rezultatih v Tabeli 4, kjer so vsi dijaki (100%) izrazili mnenje, da si omenjeni film ali filme s podobno vsebino ogledajo tudi drugi (svojci, prijatelji), ki imajo podobno diagnozo oz. se njihovi bližnji srečujejo z umiranjem, smrtjo, neozdravljivo boleznijo. Dijaki se s pisanjem refleksij v učnem procesu, z namenom ocenjevanja, ne srečujejo pogosto. To je razvidno iz rezultatov iz Tabele 5, kjer jim je bil ta način ocenjevanja v 96% vseh in si tega želijo še več. Kot je bilo ugotovljeno v raziskavi, so tudi drugi avtorji pri znanju in ocenjevanju (Oh, et al., 2012; Wilson, et al., 2013) navajali večjo sposobnost kritičnega razmišljanja in boljše razumevanje teorije.

Banos & Bosch (2015) svetujeta, da se pripravi izbor koristnih učnih filmov, da se ne uporabi samo filmov iz angleškega govornega področja, da se zaradi dolžine današnjih filmov pripravijo izseki določenih filmov, na podlagi katerega poteka razprava ali napiše esej, refleksija, da se pripravi kratek tekst pred ogledom filma, film se gleda skupaj z dijaki, da se spremlja njihov odziv na film. V omenjeni raziskavi so bile izkušnje pozitivne.

## ZAKLJUČEK

Ta pristop pri poučevanju lahko pomaga dijakom pri razumevanju vpliva bolezni na pacienta in njegove svojce ter pomaga učitelju predstaviti različne scenarije, ki jih težje razume s pomočjo teksta (sporočanje slabe novice, simptomi bolezni, vpliv bolezni na družinske člane...). Seznanijo se tudi z različnimi načini komunikacije zdravstvenih delavcev s pacientom in njihovimi svojci. Glede na pridobljene rezultate, je priporočljivo, da se z ogledom filmov nadaljuje tudi na drugih področjih zdravstvene nege. Mogoče bolj s kratkimi odseki filmov, analizo le-teh, s kombinacijo različnih metod dela in z upoštevanjem priporočil različnih avtorjev oz. razvitostjo znanstvenega ocenjevalnega orodja za potrditev uporabe filmov v izobraževanju za zdravstveno nego.

## Literatura

Alexander, M., Pavlov, A. & Lenahan, P., 2007. Lights, camera, action: using film to teach the ACGME competencies. *Family Medicine*, 39(1), pp. 20-3.

Banos, J.E. & Bosch, F., 2015. Using feature films as a teaching tool in medical schools. *Education Medicine*, 16(4), pp. 206-11.

Blasco, P.G., Moreto, G., Roncoletta, A.F.T., Levites, M.R. & Janaudis, M.A., 2006. Using movies clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Family Medicine*, 38(2), pp. 94-6.

Blasco, P.G., Blasco, .MG., Levites, M.R., Moreto, G. & Tysinger, J.W., 2011. Education through movies: How Hollywood fosters reflection. *Creative Education*, 2(3), pp. 174-80.



- Darbyshire, D. & Baker, P., 2012. A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. *Medical Humanit* 38, pp. 28-33.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), pp. 105-12.
- Kalra, G., 2011. Psychiatry movie club: A novel way to teach psychiatry. *Indian Journal of. Psychiatry*, 53(3), pp. 258 – 60.
- Klemenc-Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Using movies to teach professionalism to medical students. *BMC Medical Education*, 23(11), pp. 60.
- Klemenc-Ketiš, Z., 2014. *Učenje družinske medicine s pomočjo filmov: priročnik za učitelje*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 7-121.
- Klemenc-Ketiš, Z. & Švab, I., 2017. Using movies in family medicine teaching: a reference to EURACT educational agenda. *Zdravstveno Varstvo*, 56(2), pp. 99-106.
- Kotnik, M., Matković, M., Lokar, K. & Kalender Smajlović, S., 2013. Uporaba objavljenih zgodb pacientov z rakom pri učenju študentov v kliničnem okolju. In: Klemenc, D. & Majcen Dvoršak, S. & Štemberger Kolnik, T. eds. *Moč za spremenbe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 213-219.
- Lumlertgul, N., Kijpaisalratana, N., Pityaratstian, N. & Wangsaturaka, D., 2009. Cinemeducation: a pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. *Medical Teacher*, 31(79), pp. 327-32.
- Oh, J., Kang, J. & De Gange, J.C., 2012. Learning concepts of cinemeducation: an integrative review. *Nurse Education Today*, 32, pp. 914-19.
- Price, D.M., Strodtman, L., Brough, E., Lonn, S. & Luo, A., 2015. Digital Storytelling: an innovative technological approach to nursing education. *Nurse Educator*, 40(2), pp. 66-70.
- Shelley, B.P., 2016. Re-humanizing »high-tech, no touch« medicine. Narrative medicine and cinemeducation perspectives. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 4(1), pp. 1-5.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, pp. 143-90.
- Weber, C.M. & Silk, H., 2007. Movies and medicine; an elective using film to reflect on the patient, family, and illness. *Family Medicine*, 39(5), pp. 317-9.
- Wilson, A.H., Blake, B.J., Taylor, G.J. & Hannings, G., 2013. Cinemeducation: Teaching family assessment skills using full-length movies. *Public Health Nursing*, 30(3), pp. 239-45.

## SENZORIČNO GLEDALIŠČE – POMEN SIMULACIJSKIH OKOLIJ V ZDRAVSTVENI NEGI

### SENSORIAL THEATRE – THE MEANING OF SIMULATION – BASED ENVIRONMENTS IN HEALTH DISCIPLINES

dr. Andreja Prebil

Matejka Gornjak

Srednja zdravstvena šola Ljubljana

andreja.prebil@guest.arnes.si

#### IZVLEČEK

Učna metoda simulacije je dokazano izredno učinkovita metoda v zdravstveni negi, in sicer tako na področju učenja in pridobivanja novih praktičnih sposobnosti, veščin, kot tudi na področju komunikacije s pacientom. Namen strokovnega prispevka je predstavitev mnenj in občutenj kliničnih mentorjev v šolskem projektu Senzorično gledališče (Vživimo se v pacienta) – kot ena izmed metod simulacijskega učenja – ter na njihovi osnovi prikazati pomen nadgradnje tovrstne izkušnje. S pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki ga je po udeležbi v senzoričnem gledališču izpolnjevalo 32 kliničnih mentorjev iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, smo ugotovili, da smo dosegli svoj namen: udeleženci so na lastno doživljanje začutili, kako čuti in se počuti pacient ob določenih negovalnih intervencijah ter kakšen pomen ima komunikacija s pacientom. V posameznih tujih državah je prav zaradi teh dejstev učna metoda simulacije (tj. komunikacije in odnosa) s pacienti že ustaljena in priznana praksa, ki ne samo, da doprinese k boljši kakovosti odnosov med zdravstvenim osebjem in pacienti, temveč ima pozitiven vpliv tudi na »mikro« ravni: tj. je možnost vpogleda v samega sebe, samorefleksija, samoovedenje (npr. z vprašanji: »Ali delam prav?«; »Ali sem storil/a vse, kar je v moji mōči?«; »Bi lahko storil/a kako drugače?«). To, kako bi lahko bilo drugače, pa je predmet naših predlogov za nadgradnjo senzoričnega gledališča.

**Ključne besede:** izkustveno učenje, empatija, samorefleksija, profesionalizacija komunikacije

#### ABSTRACT

Simulation-based education is a very effective method in nursing care, namely as well in the field of basic learning of practical skills as in the field of acquiring skills concerning communication with patients. The purpose of our article is to represent the opinions and feelings of participants who were involved in our school project, i. e. sensorial theatre (being empathic with the patient), and on this basis represent the meaning of upgrading our

project. To obtain desired data we used a semi-structured interview. 32 participants from University Medical Centre Ljubljana were included in the project. Their answers let us know that we have achieved our main goal: participants have gained a deep knowledge how the patients feel (“being-in-role”) when being part of certain clinical interventions, and how important is constant communication with patients. Simulation-based education is in some foreign countries precisely because of these facts well known and a part of well-established practice. That is because of its proven effects on relationship between health workers` and patients, as well as its contribution to the establishment of individual self-reflection, self-examination, inner insight etc. (for example – with the questions as: “Am I doing right?”; “Have I done everything I could?”; “Could I do it differently, and how?”). In addition, precisely in this word “how” is hidden our main proposal for the improvement of currently established sensorial theatre.

**Keywords:** experiential learning, empathy, self-reflection, professionalization of communication

## UVOD

Učna metoda simulacijskega učenja (ang. *simulation-based learning, education or training*) je metoda, ki temelji na izkustvenem učenju. Gre za to, da imajo udeleženci v učnem procesu možnost prenosa naučenega (teorije) v prakso; se pravi, možnost izkusiti »na lastni koži« to, kar so se naučili oz. pridobili v času svojega izobraževanja. Metoda simulacije je sicer že dolgo poznana drugim poklicnim skupinam – na primer v aviaciji, vojski in v jedrski industriji (Holtschneider, 2007; Aebersold & Tschannen, 2013). Tako je med drugim nastalo tudi Mednarodno združenje medicinskih sester za klinično simulacijo in učenje (ang. The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning)<sup>1</sup>, v okviru katerega se - poleg učenja negovalnih, praktičnih intervencij - spodbuja tudi simulacijsko učenje komunikacije, empatije, k pacientu usmerjene zdravstvene nege in nekaterih vsebin iz etike.

Metode simulacijskega učenja prinašajo v izobraževalni proces velik doprinos, saj s svojimi inovativnimi in izkustvenimi pristopi močno presegajo že dolgo uveljavljene, tradicionalne učne pristope. Veščine namreč razvrščamo na tri področja: na praktične (tehnične), kognitivne in vedenjske. Tradicionalne učne metode, kot je na primer predavanje, prikazi na zaslonih in določeni tipi delavnic spadajo pod kognitivno področje in imajo posledično manjši učinek na področje vedenja. Veščina komunikacije oz. profesionalno izražanje empatije pa mora segati prav na področje vedenja, če želimo doseči nek vpliv, neko spremembo, uvid. Najbolj učinkovite metode, s pomočjo katerih želimo izboljšati, spreminjati in vplivati na način komunikacije so tiste, ki so aktivne in temeljijo na izkustvenem učenju. Res je, da se v resničnih situacijah lahko zgodi marsikaj nepredvidljivega in neobičajnega. Toda kljub temu si lahko s pomočjo izkustvenega učenja pridobimo širok nabor kompetenc, ki si jih drugače ne

---

<sup>1</sup> Splet: <https://www.inacsl.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1> (dostopno dne 24. 6. 2017).

bi; če ne drugega, nas možnost, da s pomočjo takšnega učenja dobimo vpogled v delo drugih zdravstvenih poklicev, kot tudi možnost medsebojnega sodelovanja, izjemno obogati. Učna metoda simulacije nas premakne iz položaja, ko se učimo naključno, v položaj, ko se učimo nekaj s točno določenim namenom. Podobnosti z resničnimi situacijami pa lahko dosežemo le z dobro izdelanimi scenariji ter strokovnjaki, ki imajo poleg izkušenj s področja komunikacije, tudi ostala znanja (koordiniranje, vodenje, moč vživljanja, poznavanje zdravstvenih disciplin, znanje s področja raziskovanja, poznavanje področja zdravstvene nege in izkušenj iz klinične prakse, itd.). Tovrstna učna metoda udeležencem omogoča tudi samorefleksijo in čas za pridobitev samega razumevanja kompleksnosti komunikacije (Aebersold & Tschannen, 2013; Bauchat, et al., 2016); prav tako omogoča diskusijo o primernih in neprimernih komunikacijskih veščinah, povratne informacije, transformacijo vedenja, iskanje rešitev, deljenje izkušenj in delo v timu; nenazadnje lahko izboljšanje veščine komuniciranja vpliva tudi na zmanjšanje napak, ki se dogajajo pri obravnavi pacientov oz. vpliva na varnost pacientov, pa tudi na njihovo stopnjo zaupanja in zadovoljstva (Pinar & Peksoy, 2016). Vpliv na resničnost izkušnje, ki jo udeleženci dobijo s pomočjo tovrstne učne metode, imajo različni pristopi oz. sredstva, s katerimi jo izvajamo. Tako lahko uporabimo različne računalniške programe, lutke in igralce (oz. t. i. standardizirane paciente). T. i. standardizirani pacienti so strokovnjaki (pravzaprav igralci), ki igrajo vloge pacientov z različnimi bolezenskimi stanji, značaji in čustvenimi stanji. Prednost vključevanja takšnih strokovnjakov je ta, da ima vsak udeleženec možnost izkusiti enako situacijo, v določenem časovnem okviru, v nadzorovanem in varnem okolju. Poleg tega so ti strokovnjaki tudi usposobljeni za to, da dajo udeležencu kvalitetno povratno informacijo o učinkovitosti njegove komunikacije. Prav tako lahko zagotovijo povsem resnično soočenje med zdravstvenim delavcem in pacientom. Študenti, ki trenirajo svoje komunikacijske veščine na ta način, so poročali o znatnem zmanjšanju občutij strahu in o povečanju samozavesti (Rosenzweig, 2008).

V slovenskem prostoru se nahajajo različna simulacijska okolja, kot so učilnice, kabineti, namenjeni učenju praktičnih veščin, intervencij zdravstvene nege, postopkov ter simulacijski centri v zdravstvenih domovih in drugih ustanovah (Medicinski simulacijski center (MSC) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, SIM center Zdravstvenega doma Ljubljana, Simulacijski center Fakultete za zdravstvene vede Maribor, Human Patient Simulator (HPS) v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor). Mariborska porodnišnica je na eni izmed stojnic, ki so jo pripravili ob jubileju porodnišnice, prikazala simulacijo porodnih popadkov. Tako so lahko tudi moški začutili porodne popadke. Simulacijo v zdravstveni negi zasledimo kot posamezni dogodek: Virtual Dementia Tour v Domu upokojencev Izola, katere namen je bil povečanje občutljivosti, senzibilnosti udeležencev do oseb, ki trpijo za demenco.<sup>2</sup> Nismo pa zasledili oddelka, centra ali inštituta, ki bi se profesionalno, interdisciplinarno, aktivno, usmerjeno in stalno ukvarjal s simulacijo komunikacije v zdravstveni negi ali medicini. V tujini

---

<sup>2</sup> Glejte: <http://www.nijz.si/sl/simulacija-demence-v-domu-upokojencev-izola> (dostopno dne 24. 6. 2017).

takšni centri obstajajo že kar nekaj časa in so običajno del fakultet.<sup>3</sup> Komunikacija je bistveni element zdravstvene nege, znanje komuniciranja pa je za medicinsko sestro ena od najzahtevnejših veščin. Raziskave (Rylance, 2002 cited in Lešnik, 2007) so pokazale, da je dobro komuniciranje med pacientom in medicinsko sestro vsaj tako pomembno, kot dobra strokovna obravnava in da se nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo veže prav na ta del obravnave. S komuniciranjem lahko pridobivamo informacije in jih tudi dajemo. Informacije so bistveni element, ki nam omogočajo, da se v okolju znajdemo. Podatke iz okolja pridobivamo s pomočjo naših čutil, ki so osnova za vnos informacij v naš organizem. Komuniciranje je življenjsko pomembna aktivnost (Mumel, 2008). Najpogostejše motnje v komunikaciji med pacientom in medicinsko sestro so, da ji pri obravnavi pacienta primanjkuje časa, svoje delo opravlja rutinsko, na komunikacijo s pacientom pozabi (Pajnkihar & Lahe, 2006).

Pomen verbalne in neverbalne komunikacije smo želeli poudariti v našem senzoričnem gledališču. Tu se udeleženec postavi iz sebe v drugega; občuti drugega. Toda občutiti in videti mora tudi sebe. Komunikacija je namreč vedno pretakajoči se, dvosmerni proces. Način naše lastne komunikacije, predvsem neverbalne, ki ima lahko večjo moč kot verbalna, se večinoma odvija na nezavedni ravni. Šele simulacijska okolja, kjer moramo odigrati kakšno izmed vlog, nam lahko ponudijo vpogled v to, kako resnično komuniciramo z drugimi (verbalno in neverbalno); našo lastno komunikacijo nam pomagajo ozavestiti. Na tej točki ozaveščenosti pa so možne resnične spremembe. Tako ne samo, da vemo, kaj občuti drugi, temveč se znamo na to tudi pravilno odzvati. Na primer: eden izmed takšnih primerov je raziskava, ki je vključevala študente medicine, zdravstvene nege, fizioterapije in farmacije. Interdisciplinarni tim predavateljev in zdravstvenih delavcev je najprej oblikoval tri – na dokazih-podprti komunikaciji – scenarije, ki so jih odigrali profesionalni igralci, skupaj s študenti, celotne igre vlog pa so bile posnete. Študenti so imeli nato priložnost opazovati svojo komunikacijo iz štirih različnih snemalnih kotov ter jo, na podlagi ugotovljenega, analizirati znotraj posamezne discipline, kot tudi zunaj nje. Študenti so na ta način izboljšali svoje znanje o komunikaciji, jo nadgradili z osvojenimi veščinami in si pridobili nekaj samozavesti pri komuniciranju z umirajočimi pacienti (Efstathiou & Walker, 2014). Naj omenimo še to, za učenje katerih komunikacijskih veščin gre: ponavadi imajo raziskovalci oz. drugi posamezniki, ki proučujejo simulacijo komunikacije med standardiziranimi pacienti in bodočimi študenti medicine ali zdravstvene nege, že izdelano ocenjevalno metodo (ang. Health Communication Assessment Tool), s pomočjo katere vrednotijo oz. ocenjujejo različne vidike komunikacije (npr.: ali se je udeleženec pacientu predstavil, na kakšen način je izrazil pozornost do njega – rahla sklonjenost telesa naprej, ali je uporabljal primeren dotik, kako je poslušal – več, kot pa govoril, kakšne vrste vprašanj je uporabljal itd.) (de Goesm, et al., 2017).

---

<sup>3</sup> Npr.: <http://health.uottawa.ca/ciesn/simulation/> (dostopno dne 24. 6. 2017).

Naš učni pristop, tj. senzorično gledališče, vrednotimo kot prvi korak na poti ustvarjanja simulacijskih okolij na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana, v okviru katerih bi imeli možnosti izkustvenega učenja večšine komunikacije, kasneje morda tudi njenega proučevanja, raziskovanja. Zavedamo pa se, da je pot do takšne realizacije še dolga. Zato smo se v začetku usmerili v izvedbo šolskega senzoričnega gledališča, najprej skupaj z dijaki (kot bo opisano v nadaljevanju), nato pa s kliničnimi mentorji. Lahko bi rekli, da je bila prva izvedba bolj poskusne narave, pri drugi pa smo že bili bolj utečeni. Predvsem smo – na podlagi zbranih odzivov kliničnih mentorjev – dosegli zastavljeni cilj: klinični mentorji so dobili vpogled v nekatera možna pacientova občutja in na podlagi tega spoznali, kako pomembna je stalna in k pacientu usmerjena komunikacija.

## Organizacija, izvedba in potek senzoričnega gledališča na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana

Ustanoviteljica in koordinatorica senzoričnega gledališča na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana, Matejka Gornjak, je idejo na šolo prinesla po udeležbi na seminarju »Senzorično gledališče – izkustvo, umetnost in pedagoški medij«, ki ga je pripravilo Združenje za socialno pedagogiko in po predstavi senzoričnega gledališča na Srednji zdravstveni šoli Celje – Čas življenja, katerega glavna idejna pobudnica je bila dr. Andreja Grobelšek. Zgodbo in scenarij z naslovom Vživimo se v pacienta je Matejka Gornjak oblikovala na podlagi izkušenj, ki jih je pridobila kot učiteljica praktičnega pouka na kliničnem oddelku. Pri svojem delu je opazila, da so dijaki ob prvem stiku s pacienti v resničnem (kliničnem) okolju manj govorniško-retorično spretni, čeprav jih v procesu izobraževanja pripravljamo na komunikacijo ob izvajanju intervencij zdravstvene nege. K sodelovanju je povabila koordinatorico nadarjenih dijakov Andrejo Prebil, s katero sta takoj naslednje leto senzorično gledališče tudi izvedli. Pri izvedbi so sodelovali tudi dijaki Srednje zdravstvene šole Ljubljana (dijaki 3. in 4. letnika). Vključenih je bilo 15 dijakov, ki so zgodbo oz. scenarij z vnaprej določeno/dodeljeno vlogo (s pomočjo različnih pripomočkov: od rut, instrumentov, primerne učilnice, do zvokov, kozarčkov, robčkov, vprašalnikov, ... ) v senzoričnem gledališču odigrali. Pri senzoričnem gledališču pravzaprav ne gre za klasično predstavo, temveč za vzpostavitev organiziranega doživljajskega okolja, ki ima lahko različne vsebine in temu primerno tudi sporočilno vrednost. Udeleženci tako z zaprtimi očmi potujejo skozi določeno senzorično pot, ki je že vnaprej postavljena, načrtana.<sup>4</sup> Udeleženci našega prvega senzoričnega gledališča so bili nadarjeni dijaki, ki smo jih v okviru rednih šolskih izmenjav nadarjenih dijakov gostili na naši šoli. Svoje doživljanje so na koncu (v obliki kratke evalvacije) zapisali: *»(...) Ko se postaviš v vlogo pacienta in doživiš, kar on doživlja, se zamisliš. Definitivno spremeniš sam stik s pacientom in ugotoviš, da je komunikacija zelo pomembna.«*

Senzorično gledališče z istim naslovom, smo ponovno izvedli v letu 2017, ko smo na šoli organizirali Program usposabljanja mentorjev praktičnega usposabljanja z delom (PUD) – za

---

<sup>4</sup> Glejte tudi Sovdat, M. (2015): Senzorično gledališče z vidika ustvarjalcev in udeležencev (diplomsko delo).

klinične mentorje iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Senzorično gledališče se je za vsakega udeleženca začelo v t. i. »čakalnici pred sprejemno ambulanto«; kasneje je bil povabljen naprej v učilnico t. i. »sprejemno ambulanto«, kjer ga je pričakala dijakinja in ga vprašala po počutju ter vzela kratko negovalno anamnezo. Preden je udeleženec zapustil »sprejemno ambulanto«, mu je dijakinja čez oči zavezala ruto, ki je preprečevala, da bi lahko videl, kaj sledi. Z zavezanimi očmi ga je pospremila na senzorično pot, po kateri so ga skozi intervencije zdravstvene nege izmenjaje vodili še ostali dijaki.

Njihovi pozitivni odzivi so samo potrdili sam pomen tovrstnih dogodkov: to, da so imeli možnost prestaviti se v »čevlje in kožo« drugega, je na njih pustilo določen pečat. V prihodnosti bomo skušali gledališče tudi nadgraditi, saj imajo takšne vsebine velik pomen za razvoj vseh zdravstvenih disciplin.

## METODA PROUČEVANJA IN REZULTATI

Pri analizi doživljanja izkušenj udeležencev v senzoričnem gledališču smo uporabili polstrukturiran intervju. V senzoričnem gledališču je bilo udeleženi 32 kliničnih mentorjev iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Vsak izmed njih je rešil vprašalnik s šestimi vprašanji. Udeležencem se na vprašalnik ni bilo potrebno podpisati. V vprašalniku smo udeležence spraševali o (1) njihovem prvem vtisu o senzoričnem gledališču, (2) o njihovem doživljanju, (3) o občutkih, ki so jih doživljali, (4) o vrednotenju (oceni) izkušnje v senzoričnem gledališču, (5) o tem, ali naj bi bila takšna izkustvena metoda dobrodošla za vse zdravstvene delavce in (6) o njihovih morebitnih predlogih, kritikah itd.

Udeleženci so ob različnih intervencijah doživljali predvsem negativna, neprijetna občutja, kot so: občutek odvisnosti, prepuščenosti nekemu drugemu, tujemu, neznanemu, nelagodje, negotovost, strah, stres, žalost, nemoč, tesnobo, kaotičnost, zmedo, brezosebnost; nekateri so se počutili kot »predmet«, ki ga nekdo prestavlja iz ene situacije v drugo, ne pa kot osebe; drugi so le-to poimenovali kot »zbijanje« samopodobe (mi bi lahko temu rekli tudi dostojanstva kot občutja lastne vrednosti), ali pa kot da so na »tekočem traku«; nekateri so občutili strah pred tem, da ne veš, kaj se dogaja (prisoten je bil tudi strah pred padcem ter pri vožnji z invalidskim vozičkom); drugi so občutili močno potrebo, da bi zaslišali vsaj kak glas; nekateri so začutili odpor pred siljenjem v določene aktivnosti (hranjenje); nekateri so čutili, da se nekateri postopki izvajajo nestrokovno (merjenje krvnega tlaka, umivanje rok), predvsem pa so se jih tudi zbal, ko so jih na lastni koži občutili (nameščanje hlačne predloge, mrzel jogurt, hladna voda); nekatere je motil tudi malce trši, nečuteč dotik.

Poudariti še velja, da je večina udeležencev preko doživljanja različnih občutij v senzoričnem gledališču prišla do spoznanja oz. zavedanja o pomembnosti komunikacije (npr. »par besed pomeni več kot milijon dejanj«), o tem, kako se počuti pacient ob določenih intervencijah, ter kako je pomembno, da se znamo vanj vživeti (empatija), mu predhodno pojasniti postopke, ker sicer pacient resnično ne ve, kaj naj pričakuje in kako bo le-to doživljal;

pomembno je tudi, da si zanj vzamemo čas. Izkušnja različnih intervencij, ki so jih naši dijaki na udeležencih izvajali, jim je dala tudi spoznanje o tem, da lahko pacienti različne intervencije, postopke občutijo in vidijo povsem drugače, kot pa jih zdravstveni delavci. To pomeni, kot so udeleženci tudi spoznali, da se premalo ozirajo na njihova čustva (kar pomeni prav zmožnost empatije), na to, kar jih moti; da včasih delo opravljajo preveč rutinsko in »samoumevno« in tako pozabijo na sočloveka, ki potrebuje predvsem njihovo pomoč, sočutje, podporo (pri premagovanju različnih stisk, strahov), pozornost, prijaznost.

Izvedba senzoričnega gledališča na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana je tako utrdila našo domnevo, da lahko preko izkustvenega učenja (ne zgolj formalnega oz. teoretičnega) v udeležencih sprožimo spremembe razmišljanja; da jim lahko šele konkretna izkušnja »odpre oči« in jih popelje na pot samoprespraševanja. Slednje je plod predvsem našega subjektivnega opazovanja odzivov udeležencev. Le-te so na neverbalni ravni izražali kot lažjo pretresenost, žalost, »poteg vase«; nekateri so ostali skoraj brez besed; drugi pa so vznemirjeni pritrjevali pomenu senzoričnega gledališča – da je to zelo potrebna izkušnja, ki bi jo morali doživeti vsi zdravstveni delavci.

## DISKUSIJA

Programi, ki udeležence usposabljaajo za empatično komuniciranje s pomočjo izkustvenega učenja (igra vlog, snemanje komunikacije in analiza le-te), imajo velik vpliv na povečanje stopnje empatičnosti, na boljše oz. spremenjeno razumevanje samega sebe (samorefleksija) ter na povečanje pomena osebne odgovornosti (Nedrum & Ronnestad, 2004). Tudi rezultati naše raziskave kažejo na to, da so udeleženci v senzoričnem gledališču spoznali, kako premalo se ozirajo na pacientova občutja in čustva. Obstajajo randomizirane raziskave, ki kažejo na to, da imajo simulacijske metode učenja komunikacije večji vpliv na razvoj komunikacijskih kompetenc, kot pa klasične metode učenja (Hsu, et al., 2015). Temu lahko pritrdimo: udeleženci v senzoričnem gledališču so izrazili tako občutja navdušenosti nad izkušnjo, kot tudi pretresenost, kar lahko pripišemo vplivu senzorične izkušnje na njihovo razumevanje pacientov, na način razmišljanja o njihovem delu; če je šlo tudi za spremembo vedenja, tega (še) ne vemo. Tudi raziskava, ki se je ukvarjala s proučevanjem poskusa enodnevne hospitalizacije študentov medicine (preden so sploh začeli s kliničnimi rotacijami), je razkrila nekatera presenetljiva dejstva, ki so podobna tudi našim ugotovitvam: študenti so poročali o bolečem občutku izgube zasebnosti, o hladnosti in sterilnosti sob (tudi zdravnikov, v nasprotju z medicinskimi sestrami), o nespečnosti, negotovosti glede postopkov, o dolgčasu (»nihče se ne pogovarja z menoj«), o obravnavanju in preiskovanju njihovih teles, kot da bi bili zgolj predmet proučevanja (»vsi so nenehno tipali moj trebuh, ne da bi me karkoli vprašali ter o meni govorili vpričo drugih pacientov v sobi«); na koncu so se vsi počutili resnično bolne in to zgolj po enem dnevu poskusne hospitalizacije v bolnišnici. Izpostavili so še naslednja spoznanja: da je komunikacija ključna (!), da bi bili do pacientov bolj sočutni, skrbni, da bi izražali več spoštovanja, večkrat uporabili besedici »prosim« in »ali



lahko«, jih večkrat pogledali v oči ter jih tudi večkrat obiskali, se usedli zraven njih in z njimi več govorili. Kot smo že omenili, opisana izkušnja študentov je vplivala na njihova razmišljanja o poklicu, za katerega se šolajo, ter spremenila nekatera njihova stališča (Wilkes, et al., 2017).

Kljub temu, da obstajajo biološke predispozicije za empatijo, se mora le-ta tudi razviti; v prvih letih otrokovega razvoja imajo velik vpliv na razvoj empatije otrokovi starši. Starši, ki otroku zagotavljajo ljubeče, toplo in pozitivno družinsko okolje, ki so jim sami zgled skrbnega in čutečega ravnanja z drugimi, ki z otrokom vzpostavljajo sinhrono čustveno-odzivne interakcije, ki otroka učijo o pravilnem in nepravilnem ravnanju, lahko pričakujejo, da bodo njihovi otroci bolj empatični, kot pa tisti otroci, ki teh možnosti in izkušenj nimajo (McDonald & Messinger, n. d.). Vsekakor lahko tudi v zrelejšem obdobju posameznikov vplivamo (vsaj) na njihovo samovrednotenje empatičnosti in vešče izražanje le-te, če jim le ponudimo primeren zgled (Lim, et al., 2011). Če bi nas večina sledila temu stalnemu izkustvenemu modelu učenja in usvajanja empatičnih veščin v odnosu do pacientov (nenazadnje tudi do sodelavcev), verjamemo, da bi zaposlenim v zdravstvenih disciplinah nastavili nadvse učinkovita »ogledala«. Kljub temu, da ostaja odprto vprašanje, ali bi takšne simulacije komunikacije dejansko vplivale na trajno povečanje empatičnosti zdravstvenih delavcev, je tu prisotno dejstvo, da jim vključenost v takšne oblike učenja »odpre oči«, jih čustveno afektira ter jim preko učenja na napakah nudi možnost za osebne spremembe in samorefleksijo (Wilkes, et al., 2002; de Goes, et al., 2017); kar tradicionalne učne metode (neizkustvene), kot smo že ugotovili, ne počnejo.

## ZAKLJUČEK

Učenje komunikacijskih veščin, še posebej empatičnih, se ne bi smele odvijati zgolj v obliki predavanj, temveč bi morale biti tovrstne vsebine (lahko tudi določene etične vsebine) »vtkane« v izkustveno učenje. Odnos med različnim zdravstvenim osebjem in pacienti je »živa entiteta«, znotraj katere se lahko zgodijo različna nepričakovana vprašanja s strani pacientov, presenečenja, na katera se moramo skrbno in podporno ter takoj odzvati (Shochet, et al., 2013). Prav to (simulacijo komunikacije) lahko učinkovito vadimo v varnih in nadzorovanih simulacijskih okoljih, kjer naše napake, ki jih storimo v odnosu do pacientov, še ne bolijo, temveč jih lahko popravimo, se izboljšamo. Na ta način lahko tudi vplivamo na spremembo vedenja udeležencev (npr. izboljšanje komunikacije, vzpostavitev samorefleksije itd.). Pri vpeljevanju tovrstne metode učenja pa - poleg usposobljenega osebja - potrebujemo tudi primerno okolje, prostor; tako vzgojno-izobraževalni zavodi v tujini odpirajo in ustanavljajo različne centre, inštitute, oddelke za proučevanje komunikacije v zdravstvenih disciplinah oz. simulacijske centre za učenje le-te (pa najsi gre za področje medicine, zdravstvene nege, ali celo drugih zdravstvenih disciplin). To pa so organizacijsko kompleksne zadeve, saj zahtevajo celovito vsebinsko in kadrovsko zasnovo, kot tudi željo po spremembi.

Naše senzorično gledališče je uspelo v udeležencih prebuditi občutja »drugega«; dali smo jim možnost, da začutijo, kako se počutijo pacienti, ko so deležni določenih negovalnih intervencij. To spoznanje (upamo!) zdaj nosijo v sebi. A kot smo rekli, morali bi iti še dlje: to pomeni, da bi morali začeti razmišljati o profesionalizaciji komunikacije, ki bi jo razvijali s pomočjo različnih simulacijskih učnih metod (dobro načrtovane in izpeljane igre vlog, primerni in relevantni scenariji, vključenost različnih strokovnjakov – interdisciplinarnost, snemanje in možnost strokovno podane povratne informacije, relevantne komunikacijske situacije ter temu primerni ocenjevalni obrazci); seveda ne kot enkratni dogodek, temveč kot del stalnega in rednega izobraževanja. Kajti obstaja naslednji rek, ki je več kot zgolj zrno resnice: »Povej mi, a bom pozabil. Pokaži mi, mogoče si bom zapomnil. Vključi me in bom razumel.« (Konfucij)

## Literatura

- Aebersold, M., Tschannen, D., 2013. Simulation in nursing practice: the impact on patient care. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2).
- Bauchat, R.J., Seropian, M., & Jeffries, R.P., 2016. Communication and empathy in the patient-centred care model – why simulation-based training is not optional. *Clinical Simulation in Learning*, 12, pp. 356–359.
- De Goes, F. Dos Santos Nogueira, Aredes, N. Del' Angelo, Nakata, C.Y., Mara, L., Fonseca, M., Campbell, S.H., 2017. Simulation with standardized patients: nursing student's communication skills in health. *Revista Rene*, 18(3), pp. 383–389.
- Efstathiou, N., Walker, M.W., 2014. Interprofessional, simulation-based training in end of life care communication: a pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), pp. 68–70.
- Holtzschneider, E.M., 2007. Better communication, better care through high-fidelity simulation. *Nursing management*, 38(5), pp. 55–57.
- Hsu, L.L., Chang, H.W. & Hsieh, I.S., 2015. The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, 31(1), pp. 37–49.
- Lešnik, A., 2007. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomije v času sprejema in obravnave v zdravstveni ustanovi: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Lim, B.T, Moriarty, H. & Huthwaite, M., 2011. "Being-in-role": A teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Medical Teacher*, 33(12), pp. 663–669.
- Nedrum, P., Ronnestad, H.M., 2004. Changes in therapists' conceptualization and practice of therapy following empathy training. *The Clinical Supervisor*, 22(2), pp. 37–61.
- McDonald, N.M. & Messinger, D.S. The Development of Empathy: How, When, and Why. Available at:

[http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c\\_c/rsrscs/rdgs/emot/McDonald-Messinger\\_Empathy%20Development.pdf](http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/McDonald-Messinger_Empathy%20Development.pdf) (9.9.2017).

Mumel, D., 2008. *Komuniciranje v poslovnem okolju*. Maribor: Založba Zlatko Weingerl.

Pajnkihar, M. & Lahe, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: Filej, B., et al. eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, 21. september 2006*. Maribor: Kongresni center Habakuk.

Pinar, G., Peksoy, S., 2016. Simulation-based learning in healthcare ethics education. *Creative Education*, (7), pp. 131–138.

Sovdat, M., 2015. *Senzorično gledališče z vidika ustvarjalcev in udeležencev*: diplomsko delo univerzitetnega študija. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta, pp. 11–14.

Rosenzweig, M., Hravnak, M., Magdic, K., Beach, M., Clifton, M. & Arnold, R., 2008. Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. *American Journal of Critical Care*, 17(4), pp. 364–372.

Shochet, R., King, J., Levine, R., Clever, S. & Wright, S., 2013. Thinking on my feet': an improvisation course to enhance students' confidence and responsiveness in the medical interview. *Education for Primary Care*, 24, pp. 199-124.

Wilkes, M., Milgrom, E. & Hoffman J.R., 2002. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Medical education*, 36, pp. 528-533.

# ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELOVANJE MEDICINSKIH SESTER NA PODROČJU OTROK IN MLADOSTNIKOV V SAVINJSKO ŠALEŠKI DOLINI

## NURSES ACTIVITIES IN HEALTH EDUCATION OF CHILDREN AND ADOLESCENT IN SAVINJSKO ŠALEŠKA VALLEY

Karmen Petek, mag. zdrav. nege

Zdravstveni dom Velenje

karmen.petek@zd-velenje.si

### IZVLEČEK

Medicinske sestre sodelujemo v aktivnostih zdravstvene vzgoje na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Kompetentne smo za učenje in vzgojo ljudi za doseganje optimalnega zdravja, zato mora biti zdravstvenovzgojno delo dobro načrtovano in sistematično. Pri zdravstveni vzgoji otrok in mladostnikov gre za posredovanje vrednot in načel v zvezi z zdravjem, podporo razvoju samospoštovanja in odgovornosti ter usmerjanje v sprejemanje različnosti. Namen prispevka je predstaviti delovanje medicinskih sester na področju zdravstvene vzgoje ter vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov na področju Savinjsko Šaleške regije. Z zdravstveno vzgojo v tej regiji od leta 1982 strmimo k zviševanju ravni zdravja in veščin za doseganje optimalnega zdravja. Prav tako delujemo v smeri povečevanja sposobnosti za nadzor nad lastnim zdravjem in življenjem ter vplivanja na oblikovanje lastnih zdravih prepričanj, ki jih mladi potrebujejo, da lahko osveščeno in odgovorno odločajo o svojem zdravju.

**Ključne besede:** medicinska sestra, učenje, znanje, otrok/mladostnik

### ABSTRACT

Nurses within the primary, secondary and tertiary level of health care activities, participate in health education activities. We are competent to teach and educate people, which must be planned and systematic work. In the health education of children and adolescents, it is about mediating values and principles, developing respect for oneself, accepting diversity, and developing a sense of responsibility. The purpose of the paper is to present the work of nurses in the field of health education and education for health in the Savinjska Šaleška valley. With school health care education, since 1982 we have been increasing the level of health and skills. As well as abilities for control and we've also been affecting on design of healthy beliefs, which are most welcome by the young people, so that they can consciously and responsibly decide about their own life.

**Keywords:** nurse, learning, knowledge, child/adolescent

## UVOD

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je zapisano, da je temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja. V dokumentu Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi (2008) je opredeljeno, da tim zdravstvene nege sestavljajo: profesor zdravstvene vzgoje, diplomirana medicinska sestra, višja medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege. Kompetence diplomirane in višje medicinske so: promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja. Kajti le poučen in zdravstvenovzgojen posameznik bo upošteval načela zdravega načina življenja v svoji vsakodnevni praksi, znal bo preprečiti nastanek bolezni. Ob nastopu bolezni bo motiviran, da aktivno sodeluje v procesu zdravljenja, ko bo ozdravel, pa bo znal ohranjati in krepiti svoje zdravje. Na podlagi svetovanja posameznikom pomaga pri odkrivanju škodljivih navad in tako s pomočjo pridobljenih informacij oblikuje nova stališča ter nato posameznika vodi skozi določene spremembe do cilja.

Zdravstvena vzgoja je proces, s pomočjo katerega se posameznik in skupine učijo krepiti, ohranjati in uveljavljati zdravje, je kombinacija učenja in vzgoje. Tudi na področju zdravstvene vzgoje ločimo primarno, sekundarno in terciarno raven. Zdravstvena vzgoja na primarni ravni je namenjena zdravemu prebivalstvu. Zdravstveno vzgojno delo se izvaja predvsem na območjih, kjer ljudje živijo, delajo in se šolajo. Njena naloga je obveščati o dejavnostih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas. Prav tako obvešča o tistih dejavnostih, ki zdravje vzdržujejo in ga povrnejo. Na tej ravni želimo z zdravstveno vzgojo doseči ravnanje, ki krepi zdravje in tako preprečuje zbolevanje. Doseči želimo čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranosti in odgovornosti za lastno zdravje (Eder, 2012). Mladostnik, ki je pravočasno in ustrezno poučen o zdravju, se kasneje lažje upre težavam, povezanih z nezdravim načinom življenja (Vodnjov, et al., 1995). Na sekundarni ravni zdravstvena vzgoja zajame skupine, ki so ogrožene zaradi določenega dejavnika tveganja. Terciarna raven je namenjena vzgoji ljudi za življenje z že nastalo škodo, za preprečevanje povrnitve bolezni ali poslabšanja stanja (Kofol, 2004).

Glanz in sodelavci (2008) opredeljujejo zdravstveno vzgojo kot nepretrgan proces. Zdravstvena vzgoja je tako prisotna na področju preprečevanja bolezni, pri promociji zdravja, prepoznavanju bolezni in njenega zdravljenja ter pri rehabilitaciji. Naloga izvajalcev zdravstvene vzgoje je opozarjati na nevarnosti za zdravje.

Pomembno je, da se ne le zdravstveni delavci in strokovnjaki s področja promocije zdravja, ampak tudi delavci s področja vzgoje in izobraževanja zavedajo, da je šola eden izmed ključnih dejavnikov v izvajanju vzgoje in ozaveščanja o zdravem načinu življenja. Znanje, veščine in stališča, ki jih osvojimo v otroštvu in mladostništvu, so osnova za zdrav način življenja odraslih ljudi. Pouk o zdravju se namreč ne začne in ne konča v razredu. Sporočila,

ki jih otroci sprejemajo o zdravju vsakdanjega življenja šole, so prav tako pomembna kot tista, ki jih dobijo med poukom. Pouk o zdravju je odgovornost, ki jo šole delijo z drugimi, družino, skupnostjo in zdravstvenim osebjem. Šola je prostor, ki posredno in neposredno sooblikuje izkušnje, stališča, znanje, vrednote in ravnanje.

Namen prispevka je predstaviti delovanje medicinskih sester Savinjsko Šaleške regije na področju zdravstvene vzgoje in vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov.

## Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgojenost je del splošne vzgoje in odraz splošne izobrazbe in kulture posameznika ter celotnega naroda. Spada v področje javnega zdravstva in je metoda dela v preventivni medicini ter zdravstvenih strokah, ki se razvijajo ob medicini in zdravstveni negi (Hoyer, 2005).

Zdravstvena vzgoja je samostojna disciplina, ki jo opredeljujejo cilji, načela, vsebine, metode, sredstva, kadri, organizacija dela in raziskovalno delo (Rehar, 1986). Tesno se povezuje z drugimi znanostmi in uporablja njihova spoznanja. To so predvsem andragogika, pedagogika, didaktika, teorija vzgoje, statistika, psihologija, sociologija, komunikologija, pravo, ekologija in druge. Pomembno je, da je zdravstvena vzgoja stalen proces in se ne omejuje na posamezne akcije (Hoyer, 2005). Zaletel-Kragelj in sodelavci(2007) navajajo, da je vzgoja za zdravje prenos znanstveno utemeljenih spoznanj o ohranjanju in krepitvi zdravja v ljudsko prakso.

Namen vzgoje za zdravje je informirati in motivirati posameznika ali skupino k skrbi za svoje zdravje (NIJZ, 2011). Pri tem upošteva konkretno ciljno populacijo, njene značilnosti in načrtuje delovanje v smislu razvijanja veščin, strategij ob aktivni participaciji in upošteva ožji in širši družbeni kontekst, individualne in skupnostne vidike (kot so prepričanja, vrednote, stališča, vpetost v različne sisteme, skupnosti, različne vplive). Pojem vzgoja za zdravje torej vključuje vse, ki delajo na področju zdravja in vplivajo na tak ali drugačen način na telesno in duševno dobro počutje in razvitost vseh posameznikovih potencialov.

Krašovec Ravnik (2007) navaja, da se je zdravstvena vzgoja razvila v akademsko disciplino, ki je uporabna za izboljšanje zdravstvenega stanja ali odpravo določenega zdravstvenega problema. Spoznanje, da je večina današnjih velikih zdravstvenih problemov, izrazito povezanih z načinom življenja, nam narekuje potrebo po spremembi načina življenja in spremembi okolja, ki naj te spremembe omogoči. Z zdravstveno vzgojo lahko spremenimo neustrezne življenjske navade, ki največkrat pogojujejo pojav bolezni.

Vzgojne in izobraževalne institucije bi morale v svoje programe vključiti zdravstveno vzgojne vsebine in jih izvajati na vseh ravneh (vrtci, osnovna šola, srednja šola, univerza). Sodelovanje zdravstvenega in izobraževalnega družbenega sektorja pri določanju skupnih ciljev, planiranju kadrov, izvedbenih aktivnostih in ovrednotenju dosežkov zdravstvene vzgoje je smiselno in bi zato moralo dobiti tudi sistemsko (poklicno, zakonsko in finančno) podporo (Premik, 1996).

Hoyer (2005) navaja, da so cilj zdravstveno vzgojne dejavnosti dejavni posamezniki oziroma skupnost, ki pozna dejavnike, ki podpirajo zdravje, dejavnike tveganja pri posamezniku in v okolju ter se zna in si želi prizadevati za svoje zdravje. To pomeni, da so ljudje pravočasno, pravilno in popolno obveščeni o škodljivostih, ki ogrožajo njihovo zdravje in okolje. So motivirani do stopnje, ko si prizadevajo ohraniti lastno zdravje in zdravo življenjsko okolje ter dejavno sledijo sodobnim preventivnim ukrepom. Imajo razvite telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja, kar pomeni osebno odgovornost za ohranjanje in izboljšanje lastnega zdravja v okolju. Privzgojitev zdravstvene zavesti spada med temeljne kulturne vrednote naroda in je enako pomembna, kot sta na primer pismenost in nacionalna zavest. Torej je to trajna naloga, ki jo bo mogoče uresničiti v procesu odraščanja in razvoja posameznika. Je del vseživljenjskega izobraževanja (Hoyer, 2005).

Medicinska sestra je član tima, ki izvaja zdravstveno vzgojno delo s pacienti in njihovimi svojci, izvaja pedagoške dejavnosti za sodelavce, otroke, dijake in študente. Da delo poteka nemoteno, potrebuje sposobnost komuniciranja, sposobnost timskega dela, zanesljivost, prijaznost v odnosu do pacienta in njihovih svojcev, tolerantnost, vestnost in potrpežljivost. Medicinska sestra, ki sama ne verjame v pomen zdravega načina življenja, ne more izvajati njegove promocije. Kemm in Close (1995) opozarjata, da mora biti pristop medicinske sestre zaupen in skrben, hkrati pa mora posredovati pozitivno sporočilo. Zato mora: predstavljati pravilno podobo, pomembnost prvega vtisa in pozitivnega sporočila; biti zgled, se zavedati svojega vpliva na druge ter imeti dovolj znanja in veščin za soočanje z nepričakovanim. Le primerno usposobljene medicinske sestre bodo kos izzivom, ki jih od njih pričakuje stroka, predvsem pa otrok/ mladostnik.

Lepičnik Vodopivec (1996) meni, da je najpomembnejši in sestavni del medsebojnih odnosov komunikacija, ki je oblika in način, v katerem se medsebojni odnosi prikazujejo. Znati komunicirati pomeni znati in biti sposoben prilagoditi svojo komunikacijo trenutnemu položaju, določenim sogovornikom in ciljem, vendar v povezavi s temeljnimi etičnimi načeli, kar je v zdravstvu zelo pomembno. Tako je tudi za zdravstveno vzgojno delo komunikacija nepogrešljiva in brez nje si ga ni mogoče predstavljati. V zdravstveni vzgoji to pomeni, da je osnovni instrument vzgoje pogovor med zdravstvenimi delavci in pacienti, samo med zdravstvenimi delavci in tudi med pacienti, česar se premalo zavedamo. Pogovor je ena od podlag za spretnosti medsebojnega komuniciranja. Ob tem je treba ustvariti vzdušje odprtosti, zaupanja in vzajemnega spoštovanja, ko si lahko izmenjujemo življenjske izkušnje. Zdravstveni delavci smo tako odgovorni za pošiljanje, sprejemanje in delovanje svojih sporočil. Dober zdravstveni vzgojitelj mora znati posredovati čim več potrebnih informacij (Hoyer, 2005). Intihar in Kepec (2002) opisujeta, da je komunikacija uspešna takrat, ko podano sporočilo prejemnik razume in si ga razlaga tako, kot je pošiljatelj želel. To pa se doseže le z jasnimi in nedvoumnimi podajanjem sporočil. Uspešna in kakovostna komunikacija mora temeljiti na zaupanju in medosebnem spoštovanju. To pa lahko dosežemo le z odprtostjo, ki nam omogoča, da se posamezniki v pogovoru slišijo in poslušajo.

## Zdravstvena vzgoja v Savinjsko Šaleški dolini

V okviru zdravstvenovzgojnega programa v Zdravstveno vzgojnem centru Velenje že 34 let izvajamo predavanja namenjena otrokom in mladostnikom, s katerimi jim želimo na zanimiv in enostaven način približati osnove zdravega življenjskega sloga. Leta 1982 je bila v Zdravstvenem domu Velenje ustanovljena enota Referat za zdravstveno vzgojo, katerega naloga je bila posredovanje zdravstveno vzgojnih vsebin, učencem prvega, tretjega, šestega in osmega razreda osnovne šole. Ta je sprva zajemala tematiko zdrave prehrane, kajenja, odvisnosti, spolne vzgoje in zdravega načina življenja, s predavanji, ki so potekali na osnovnih šolah. V letu 1990 se je na pobudo Zdravstvenega doma Velenje, ob podpori Mestne občine Velenje, program nadgradil in razširil na vse starostne skupine oz. vse razrede osnovne šole. Otrok/mladostnik mora namreč poznati vse dejavnike, ki vplivajo na zdravje. Predavanja vključujejo skrb za osebno higieno in zdravo prehrano, pomen gibanja, odgovorno spolnost, spremembe telesne in duševne zrelosti v najstniškem obdobju, pasti in nevarnosti dovoljenih in nedovoljenih drog. Prav tako je poznavanje nudenja prve pomoči v vsakdanjem življenju otroka/mladostnika izredno pomembno, saj le tako lahko na kraju dogodka izvedejo nekatere pomembnejše ukrepe še pred prihodom nujne medicinske pomoči in sočloveku s tem morda rešijo celo življenje. S kombinacijo učenja in vzgajanja opozarjamo mladostnike o potrebi, da so zdravi, da ostanejo zdravi in jim pomagamo, da poiščejo pomoč, kadar jo potrebujejo. V mestni občini Velenje in občinah Šoštanj in Šmartno ob Paki izvajamo programirano vzgojo, na 8 matičnih osnovnih šolah, 7 podružničnih osnovnih šolah ter na Centru za vzgojo, izobraževanje in usposabljanje. Na podlagi dejstva, da vsi dijaki, ki se šolajo na Šolskem centru Velenje, niso poslušali zdravstveno vzgojnih vsebin v vseh razredih osnovne šole, smo se leta 2002 odločili in pripravili zdravstveno vzgojne vsebine še za srednješolce. V sklopu Šolskega centra Velenje so v predavanja vključeni dijaki poklicnih, strokovnih in gimnazijskih oddelkov. Vsaka srednja šola v Velenju ima možnost v okviru obveznih izbirnih vsebin, promovirati zdravje. V letu 2015 je Nacionalni inštitut za javno zdravje pričel s pripravo vsebin zdravstveno vzgojnih programov za predšolske, šolske otroke in srednješolce, ki se sedaj poenoteno izvajajo po vsej Sloveniji. Program vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, je nastal v okviru projekta Skupaj za zdravje in se nanaša na dejavnosti, ki se izvajajo v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Program obsega dejavnosti vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike v starosti od 0 do 19 leta (do zaključka srednješolskega izobraževanja in ne vključuje dejavnosti, ki se tičejo zobozdravstvene vzgoje, patronažnega varstva, šol za starše indejavnosti vzgoje za zdravje za študentsko populacijo (Pucelj et. al, 2016). Svoje dolgoletne izkušnje na področju zdravstvenovzgojnega delovanja, smo kot primer dobre prakse posredovali snovalcem programa, saj ima sodelovanje med zdravstvenim domom Velenje in šolami v Savinjsko Šaleški regiji že dolgoletno tradicijo. Z novim šolskim letom 2016/2017 sprejete novosti, tako za nas niso pomenile velikih sprememb ali težav.



## DISKUSIJA

Naloge izvajalca zdravstvene vzgoje naj bi ne bila le prenašanje vrednot s starejših na mlajše, temveč seznanjanje odraščajočih z vrednotami ter spodbujanje moralnega razsojanja (Medveš, 1991). Medicinska sestra je pri svojem delu odgovorna za krepitev zdravja in preprečevanje bolezni. Naidoo in Wills (2005) navajata, da medicinska sestra v vlogi zdravstvene vzgojiteljice potrebuje dve kompetenci, izobraževalno in vzgojno. Prva se nanaša predvsem na znanstvena spoznanja, druga na vrednote, obe pa močno pogojuje učiteljeva osebnostna struktura. Hoyer (2005) opozarja, da poznamo številne definicije zdravstvene vzgoje, vsem pa je skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Cilj zdravstveno vzgojnega delovanja je spreminjanje že ustaljenih (včasih pa tudi vpeljevanje novih) življenjskih navad in ravnanj, ki bodo prispevala k boljšemu zdravstvenemu stanju posameznika.. Zdravstvena vzgoja je nepogrešljiva metoda krepitev zdravja in je s svojimi najrazličnejšimi metodami dela usmerjena v skupine in posameznika. Doseganje optimalnega zdravja posameznika in s tem zdravstvene vzgojenosti ni naloga samo enega družbenega področja, npr. zdravstva, pač pa skrb vsake vlade, vladnih in nevladnih organizacij, vseh področij družbe in ne nazadnje vsakega posameznika. Je nepogrešljiva sestavina strokovnega pristopa zdravstvenih delavcev, ki narekuje zdravju prijazen odnos med ljudmi in okoljem, v katerem živijo, delajo in preživljajo prosti čas. Opredeljuje način ravnanja in učenja v smeri krepitev zavesti, kako prilagoditi osebno in skupno ravnanje za ohranjanje in izboljšanje ravni zdravja. Arko in sodelavci (1991) opredeljujejo zdravstveno vzgojo kot proces oblikovanja človeške miselnosti, odnosa in vedenja do zdravja. Zdravstvena vzgoja ni samo širjenje informacij, ampak je aktivni proces učenja ob upoštevanju lastnih izkušenj in socioekonomskih dejavnikov. Z zdravstveno vzgojo v Savinjsko Šaleški regiji skušamo zvišati raven zdravja in veščin potrebnih za doseganje zdravja, povečati sposobnosti za nadzor nad zdravjem in vplivati na oblikovanje zdravih prepričanj, ki jih mladi potrebujejo, da lahko osveščeno in odgovorno odločajo o svojem zdravju.

## ZAKLJUČEK

Mladostništvo je obdobje, ki pomembno vpliva na razvoj in izoblikovanje osebne identitete ter na oblikovanje vrednot in sposobnosti uspešnega reševanja sodobnih izzivov ter dvig kakovosti življenja tako na individualnem nivoju kot v skupnosti. Šola ima pri mladostniku pomembno vlogo, saj mladostniki v času od otroštva do adolescence v šoli preživijo približno petnajst tisoč ur, zato je šola edinstveno okolje za promocijo zdravja. Dobro zastavljena zdravstvena vzgoja je načrtovana, nepretrgana in sistematična in lahko učinkovito preprečuje tvegane oblike vedenja in nezdrave življenjske navade ter s tem izboljša zdravje otrok in mladostnikov. Z zdravstveno vzgojnim delovanjem v Savinjsko Šaleški regiji skrbimo, da mladostniki razumejo pomen zdravega načina življenja in osvojijo procese za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja. Medicinske sestre se na svoji profesionalni poti srečujemo z

ljudmi v vseh življenjskih obdobjih razvoja, od rojstva do smrti. Prav zato imamo veliko možnost nanje dobro zdravstveno vzgojno delovati in si prizadevati, da mladostnik v največji meri ohrani zdravje. Kombinacija učenja in vzgajanja pomeni, da imajo mladi zdrav pogled na zdravje, strokovne, preverjene informacije ter da je to povezano z vrednotami. Primer izvajanja zdravstveno vzgojnih vsebin je lahko primerno izhodišče za nadaljnje raziskovanje in posodobitev vzgoje za zdravje v šolah.

## Literatura

Arko, U., Hrovatin, M, Jazbec, R., 1991. *Zdravstvena vzgoja v osnovni šoli*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: Istenič, B., ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja*, Ljubljana, 12 april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 3–11.

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, pp.1, 4, 6–8, 113–116.

Glanz, K., Rimer, B.K., Viswanath K. 2008. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 11–14.

Intihar, D., Kepec, M., 2002. *Partnerstvo med šolo in domom*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Kemm J, Close A. 1995. *Health promotion. Theory&Practice*. London: Macmillan.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Kofol, T., 2004. Zdrava prehrana in vzdrževanje telesne teže. In: Trampuž, R., Kofol, T., 2004. *Poskrbimo za svoje zdravje* Ajdovščina: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, pp. 53–60.

Lepičnik Vodopivec, J., 1996. *Med starši in vzgojitelji ni mogoče ne komunicirati*. Ljubljana: Misch, Oblak in Schwarz, pp. 53.

Medveš, Z., 1991. Pedagoška etika in koncept vzgoje, 2. del). *Sodobna Pedagogika*, 42(5–6), pp. 213–26.

Naidoo, J, Wills, J., 2005. *Public health and health promotion: developing practice*. 2nd ed. United Kingdom: Gail Wright.

Premik, M., 1996. Socialno medicinski vidiki zdravstvene vzgoje. *Zdravniški Vestnik*, I (3), pp. 3–66.

*Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi.* 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 9, 21, 23–6, 40–89.

Pucelj, V., Peternel, L., Drglin, Z., Torkar, T., Hafner, A., Koprivnikar, H., Kuhar, D., 2016. *Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov: program za zdravje za otroke in mladostnike (0 do 19 let).* Ljubljana: Inštitut zavarovanje zdravja Republike Slovenije.

Rehar, V., 1986. Oblikovanje in izvajanje programov zdravstvene vzgoje na celjskem območju. *Zdravstveni Obzornik*, 20(3-4), pp. 147–165.

Vodnjov, M., Brcar, P., Weibl, B., 1995. Zdravstvena vzgoja šolskih otrok in mladine na primarni ravni zdravstvenega varstva, včeraj, danes, jutri. *Zdravstveno Varstvo*, 34, pp. 405–409.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje, pp. 168–170, 174–179, 208–209, 288–292, 305–307.

»POKONČNA DRŽA« PRI UČENCIH OSNOVNIH ŠOL – PILOTNI PROJEKT  
ZDRAVSTVENEGA DOMA LJUBLJANA

“UPRIGHT POSTURE” AT THE PRIMARY SCHOOL PUPILS – PILOT PROJECT OF  
THE COMMUNITY HEALTH CENTER LJUBLJANA

Alenka Slapšak, dipl. m. s.

Majda Šmit, dipl. m. s.

Saša Stapski Dobravec, dr. med. spec. radiologije

Zdravstveni dom Ljubljana

alenka.slapsak@zd-lj.si

IZVLEČEK

**Uvod:** Bolečina v hrbtu je vse bolj pogosta zdravstvena težava pri otrocih in mladostnikih. Sodoben življenjski slog spodbuja sedeči način življenja. Otroci so manj telesno aktivni in prosti čas pretežno preživljajo sede. Namen raziskave je bilo preveriti ali se pokažejo spremembe v razmišljanju in v odnosu do pokončne drže telesa po intervenciji. Cilj raziskave je bil doseči vsakodnevno izvajanje naučenih vaj za hrbtenico in dobro držo pri otrocih osnovnih šol, ki vaje izvajajo med poukom in doma s starši, v primerjavi s kontrolno skupino otrok. **Metode:** Izvedena je bila deskriptivna kvantitativna metoda dela, s katero se je želelo pridobiti podatke, v kolikšni meri so učenci testnih razredov ozavestili izvajanje vaj in jo vnesli v spremembo vedenjskega vzorca v družini, v primerjavi s štirimi kontrolnimi razredi. Podatki so bili zbrani z anketiranjem 178 učencev, v osmih razredih štirih ljubljanskih osnovnih šol. Kot instrument je bil uporabljen strukturirani vprašalnik. Podatki so bili obdelani s frekvenčno porazdelitvijo in deskriptivno statistiko. **Rezultati:** Statistično značilne razlike so se pokazale pri spremenljivki »Igram se zunaj sam« ( $t=-2,984$ ;  $p=0,004$ ) in pri spremembi povprečij glede ocene o koristnosti vaj za hrbet za »Pokončno sedenje med poukom« ( $t=-2,794$ ;  $p=0,007$ ), »Pred računalnikom doma« ( $t=-5,747$ ;  $p=0,000$ ) ter »Za lepšo držo telesa« ( $t=-2,467$ ;  $p=0,016$ ). **Diskusija in zaključek:** Otroci interventnih skupin so ozavestili pozitiven odnos do izvajanja vaj za pokončno držo in vpliv le teh na njihovo zdravje. Z rezultati raziskave naj bi vplivali na razširitev programa na nacionalni nivo.

**Ključne besede:** pokončna drža, učenci, bolečina hrbtenice, vaje za hrbtenico, zdravstvena vzgoja

ABSTRACT

**Introduction:** Pains in the spine is an increasing health trouble for children and youngsters. Modern life-style stimulates the sitting way of life. The children are less physically active and

spend most of their free time sitting. The purpose of this research project was to find out if changes in mind and a different comprehension of the upright posture of the body develop after intervention. The aim of the research was to attain every day's practice of the trained exercises for spine and upright posture of the body at primary school pupils, who practice the exercises during the lessons and at home together with their parents – in comparison with the control group of pupils. **Methods:** A descriptive quantitative working method was carried out with an aim to collect data to what extent the pupils accepted practicing of the exercises and made a change in their behavior pattern of the family, in comparison with four control classes. The data were collected questioning 178 pupils in eight classes of four primary schools in Ljubljana. The data were treated for frequency distribution in descriptive statistics. **Results:** Statistically significant differences were observed for the variable "I am playing outside on my own" ( $t=-1.964$ ;  $p=0.05$ ) and for the changes of the means concerning appraisal about the usefulness of the exercises for the back "Upright sitting during the lectures" ( $t=-2.794$ ;  $p=0.007$ ), "At the computer at home" ( $t=-5.747$ ;  $p=0.000$ ) and for "Prettier body posture" ( $t=-2.467$ ;  $p=0.016$ ). **Discussion and conclusion:** The children of the tested groups attained positive attitude towards practicing exercises for upright posture and recognized their influence upon health. The results of this research should stimulate expansion of program at the national level.

**Keywords:** upright posture, pupils, pains in the spine, exercises for spine, health education

## UVOD

Med mnoge sedanje in prihodnje vodilne vzroke smrti, bolezni in invalidnosti spada tudi sedeči način življenja (World health organization, 2017). Heyman & Dekel (2009) navajata, da smo v sodobni družbi obsojeni na to, da večino dneva preživimo sede (doma, v šoli, v službi). Katzmarzyk et al. (2015) navajajo, da je 21. stoletje nagnjeno k sedečemu življenjskemu slogu. Neprimerna drža se lahko v veliki meri pripiše sodobnemu sedečemu načinu življenja, ne samo v šolskem okolju, ampak tudi pri veliko drugih dnevnih aktivnostih (Syazwan, et al, 2009).

Nizka telesna aktivnost in naraščajoče število ur, ki se jih v otroštvu preživi v sedeči poziciji doma in v šoli, pred računalnikom, gledanjem televizije, drža med delanjem domače naloge, pretežka šolska torba in indeks telesne teže so ergonomski razlogi, ki zvišajo tveganje za razvoj kostno- mišične bolečine (Lafond, et al., 2007; Syazwan, et al., 2009; Turk, et al., 2011; Azabagic, et al, 2016). Število osnovnošolskih otrok z bolečinami v hrbtu narašča. Med dejavnike tveganja sodita pomanjkanje gibanja, slaba telesna aktivnost, sedeč način življenja mladostnikov in prekomerna prehranjenost (Groll, et al., 2009; Calvo-Munoz, et al., 2013).

Pirnat & Skela Savič (2013) navajata, da številne raziskave kažejo, da mladi prosti čas preživijo preveč pasivno pred televizijskim ekranom in predvsem pred računalnikom.

Pretirana, prepogosta in nenadzorovana uporaba interneta je, še posebej za mladostnike, zelo škodljiva. Obdobje pubertete naredi mladostnike dovzetne za razvoj defektov drže in pomanjkanje mišic (Ningthoujam, 2014; Quka, et al, 2015) in ima vpliv na prekomerno težo, kar povzroči pri otrocih metabolični sindrom (Dias, et al, 2015).

Znano je, da je ključnega pomena za to, kakšne gibalne pred dispozicije bo otrok razvil, njegova praktična izkušnja. Tiste gibalne spretnosti, ki jih izvaja pogosteje, bo razvijal vedno bolj. Katere bodo te spretnosti, pa je veliko odvisno od tega, kakšne možnosti za gibalno udejstvovanje nudi otroku okolje samo. Gre za vlogo ožjega otrokovega okolja (družina, šola) in širšega okolja (možnosti v kraju bivanja), (Zurc, 2008). Telesna dejavnost je ključnega pomena za razvoj, zdravje in dobro počutje otrok.

### Namen in cilji

Namen pilotnega projekta je bilo preveriti ali se pokažejo spremembe v razmišljanju, razliki poznavanja in izvajanja vaj ter odnosa do pokončne drže telesa, po intervenciji. Cilj raziskave je bil doseči vsakodnevno izvajanje naučenih vaj za hrbtenico in dobro držo pri otrocih osnovnih šol, ki vaje izvajajo med poukom in doma s starši, v primerjavi s skupino otrok in njihovih staršev, ki so bili kontrolna skupina in niso bili deležni intervencij.

Na podlagi tega sta bili oblikovani naslednji hipotezi:

H1: Otroci, ki so izvajali vaje in so bili del programa, so povečali telesno aktivnost med prostim časom.

H2: Otroci, ki so izvajali vaje in so bili del programa, so ozavestili koristi za svoje zdravje in dobro počutje.

## METODE

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna kvantitativna metoda dela s pregledom domače in tuje literature. Za zbiranje podatkov je bil razvit vstopno/izstopni vprašalnik. Pregledala ga je skupina strokovnjakov Zdravstvenega doma Ljubljana in Zdravstvene fakultete v Ljubljani, nato je bil z namenom preverjanja razumevanja pregledan še s strani magistre psihologije, zaposlene v osnovni šoli. Uveden sklop devetih vaj, ki so jih otroci izvajali vsak dan z učiteljem med poukom, je delo diplomiranega fizioterapevta in zdravnice, specialiste pediatrične radiologije.

### Opis inštrumenta

Podatki so bili pridobljeni s pomočjo vstopno/izstopnega vprašalnika za otroke, sestavljenega iz osmih vprašanj. Vprašanja so bila zaprtega tipa. Dve vprašanji sta bili sestavljeni iz osmih, eno vprašanje pa iz petih postavk. Anketirani so se do postavk opredelili na številčni ali numerični ocenjevalni lestvici, kjer so odgovori označeni s številkami: 0x, 1x, 2x, 3x, 4x in več ter s pomočjo štiri stopenjske lestvice, z naslednjimi pomeni: 1 – »ni koristno«, 2 – »malo

koristno«, 3 - »koristno«, 4 - »zelo koristno«. Prvo vprašanje, kjer je bila izpostavljena pogostost in vrsta aktivnosti med prostim časom, ima še dve pod vprašanji, kjer so navedli vrsto športa, ki ga trenirajo in kateri inštrument igrajo, sicer so pustili prazno. Štiri vprašanja so ponujala dve možnosti: da ali ne, kjer je anketiranec izbral enega izmed navedenih odgovorov. Kombiniran tip vprašanja, kjer so lahko zaprti tip vprašanja, dopolnili s prosto napisanim odgovorom anketiranca, sestavlja več postavk, ki so ga označili z enim ali več odgovorov. Vprašalnik ni bil anonimen saj nas je zanimala sprememba pod vplivom določene aktivnosti ob zaključku raziskave. Zbrani podatki so se statistično obdelali šifrirano.

#### Opis vzorca

Namenski vzorec je vključeval osnovne šole (OŠ) Livada, Ledina, Vodmat in Brezovica. Na vsaki šoli je sodeloval en četrti razred kot interventna in en četrti razred kot kontrolna skupina, ki ni bila deležna intervencij. Kontrolna skupina je bila vključena zaradi primerjave razlik v povprečnih odgovorih pred in po intervencijah z namenom, da se pokažejo razlike vpliva vsakodnevnega izvajanja vaj za pokončno držo in ozaveščanja zdravja pri interventni skupini. V celotno raziskavo je vstopilo 178 otrok, izstopilo pa 166 otrok. Razlika ob vstopu in izstopu nastaja zaradi odsotnosti otroka (bolezen, preselitev, odhod v tujino, prepis na drugo šolo). V OŠ Livada je vstopilo 33, izstopilo 29 otrok. V OŠ Ledina je vstopilo 50, izstopilo 46 otrok. V OŠ Vodmat je vstopilo 46, izstopilo pa 44 otrok. V OŠ Brezovica je vstopilo 49, izstopilo 47 otrok. V raziskavo z intervencijo je vstopilo 43 (49,4 %) dečkov in 44 (50,6 %) deklic. Izstopni vprašalnik jih je izpolnilo malo manj in sicer 40 dečkov (48,2 %) in 43 deklic (51,8 %). Skupaj je v testiranje interventne skupine vstopilo 87 otrok in ga zaključilo 83. V OŠ Livada je vstopilo 15 otrok, izstopilo 14 otrok. V OŠ Ledina je vstopilo 23, izstopilo 21 otrok. V OŠ Vodmat je vstopilo in izstopilo 24 otrok. V OŠ Brezovica je vstopilo 25, izstopilo 24 otrok.

#### Opis poteka raziskave in obdelave vzorcev

Raziskava pilotnega projekta Pokončna drža je potekala od septembra 2016 do junija 2017. Vsem sodelujočim otrokom interventne skupine, učiteljem, vodstvu šole in staršem je bil predstavljen projekt s pojasnili namena in cilja, poteka ter časa izvedbe raziskave. Pridobljena so bila soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, vodstva šole, učiteljev in staršev vseh vključenih otrok. Otroci interventnih in kontrolnih razredov so vprašalnike izpolnili pred začetkom in po zaključku pilotnega projekta Pokončna drža. Pridobljeni podatki so bili obdelani s pomočjo računalniškega programa SPSS IBM Statistics 24.0. Podatki so bili obdelani s frekvenčno porazdelitvijo in deskriptivno statistiko. Za statistično pomembne podatke so bile upoštevane razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

## REZULTATI

V raziskavi ugotavljamo, da so se otroci interventnih razredov pred začetkom raziskave v povprečju najpogosteje (2x tedensko) igrali zunaj s prijatelji ( $\bar{x}=3,5; \pm 1,5$ ), brali ( $\bar{x}=2,9; \pm 1,4$ ) in obiskovali športni/plesni krožek ( $\bar{x}=2,7; \pm 1,4$ ). Manj pogosto (1x tedensko) so počeli ostale stvari kot gledanje televizije več kot eno uro ( $\bar{x}=2,5; \pm 1,4$ ), igranje zunaj s prijatelji ( $\bar{x}=2,3; \pm 1,5$ ), ter igranje igrice več kot eno uro ( $\bar{x}=1,6; \pm 1,1$ ). V povprečju pa so redkeje, skoraj nikoli ( $\bar{x}=1,5; \pm 1,0$ ) obiskovali glasbeno šolo. Medtem, ko so se po zaključku pilotnega projekta v povprečju pogosteje (3x tedensko) igrali zunaj s prijatelji ( $\bar{x}=3,9; \pm 1,3$ ). Tudi sami so se zunaj igrali pogosteje ( $\bar{x}=2,9; \pm 1,6$ ) in sicer prej v povprečju 1x tedensko, kasneje pa 2x tedensko. Enako pogosto (2x tedensko) so brali ( $\bar{x}=3,5; \pm 1,4$ ), ter obiskovali športni oziroma plesni krožek ( $\bar{x}=2,8; \pm 1,5$ ). V povprečju enako pogosto (1x tedensko) so tudi gledali televizijo več kot 1 uro ( $\bar{x}=2,3; \pm 1,2$ ) in igrali računalniške igrice več kot 1 uro ( $\bar{x}=1,7; \pm 0,0$ ). Enako pogosto so obiskovali tudi glasbeno šolo ( $\bar{x}=1,5; \pm 0,9$ ).

Iz Tabele 1 je razvidno, da so se statistično značilne razlike (Paired samples test) pokazale le pri spremenljivki »Igram se zunaj sam« ( $t=-2,984; p=0,004$ ). Razlike v povprečjih v interventni skupini, ki so izvajali vaje, kažejo, da so se po intervenciji v povprečju pogosteje igrali zunaj sami. Pred vstopom so se v povprečju zunaj sami igrali 1x tedensko, po intervenciji pa 2x tedensko.

Razlike se niso pokazale pri spremembi v pogostosti igranja zunaj s prijatelji ( $t=-1,793; p=0,077$ ). Pred začetkom in po intervenciji so se v povprečju zunaj s prijatelji igrali 3x tedensko (začetno povprečje  $\bar{x}=3,58$  in končno povprečje  $\bar{x}=3,91$ ). Prav tako razlik v povprečjih pred začetkom in po koncu intervencije ni bilo opaziti pri obiskovanju športnega/plesnega krožka (začetno povprečje  $\bar{x}=2,79$ , končno povprečje  $\bar{x}=3,91$ ).

Tabela1: Pogostost izvajanja aktivnosti med prostim časom pri interventni skupini otrok

	Vprašalnik pred testiranjem; vprašalnik po testiranju	N	Aritm. sredina	t-test	p
Igram se zunaj sam	Vstopni	81	2,28	-2,984	0,004*
	Izstopni		2,28		
Igram se zunaj s prijatelji	Vstopni	81	3,58	-1,793	0,077
	Izstopni		3,91		
Obiskujem športni/plesni krožek	Vstopni	81	2,79	-0,220	0,826
	Izstopni		2,83		

\* statistično pomembne razlike pri stopnji manjši od 0,05



Ob vprašanju kaj treniraš, so otroci interventne skupine navedli atletiko, gimnastiko, judo, košarko, rokomet, odbojko, nogomet, triatlon, plezanje, ples, jahanje in mažoretke. Po zaključku intervencije pa še boks. Navajajo igranje inštrumentov: bobne, kitaro, flavto, harmoniko, klavir, palčke, saksofon in violino. Pri vstopu v intervencijo (N=53; 60,9 %), kot tudi po njej (N=62; 74,7 %) večine otrok ni bolel hrbet. Vidimo pa, da se je odstotek tistih, ki jih je bolel hrbet na začetku (N=34; 39,1 %) zmanjšal (N=21; 25,3 %). Pri vstopu je katero koli vajo za hrbtenico poznalo 55,2 % otrok (N=48), po izstopu iz intervencije pa se je ta odstotek povečal na 85,5 % (N=71). Medtem, ko se je odstotek tistih, ki vaj ne poznajo znižal iz 44,8 % na začetku (N=39) na 14,5 % (N=12). Že pri vstopu je večina menila, da vaje za hrbtenico lahko vplivajo na njihovo zdravje (N=76; 87,4 %), ta odstotek se je pri izhodnem vprašalniku povečal le za manjši delež (N=73; 88,0 %). Medtem, ko sta bila odstotka tistih, ki so menili, da vaje za hrbtenico ne vplivajo na zdravje, zelo majhna na začetku (N=11, 12,6 %) in na koncu (N=10; 12,0 %). Pri vstopu v intervencijo so otroci ocenili, da so vaje za hrbtenico zelo koristne za močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet ( $\bar{x}=3,7; \pm 0,7$ ). Kot koristne so vaje označili za bolj pokončno hojo ( $\bar{x}=3,5; \pm 0,8$ ), lepšo držo telesa ( $\bar{x}=3,5; \pm 0,9$ ) in pokončno sedenje med poukom ( $\bar{x}=3,4; \pm 0,9$ ). V povprečju so vaje označili za malo koristne za pokončno sedenje pred računalnikom doma ( $\bar{x}=2,3; \pm 1,1$ ). Po intervenciji pa so otroci v povprečju vaje za hrbtenico označili kot zelo koristne za lepšo držo telesa ( $\bar{x}=3,8; \pm 0,5$ ), za pokončno sedenje med poukom ( $\bar{x}=3,7; \pm 0,6$ ), za močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet ( $\bar{x}=3,7; \pm 0,6$ ), ter za bolj pokončno hojo ( $\bar{x}=3,6; \pm 0,7$ ). V povprečju so vaje ocenili kot koristne za bolj pokončno sedenje pred računalnikom doma ( $\bar{x}=3,1; \pm 1,1$ ). Celotna povprečna ocena tega sklopa se je povečala iz 3,3 na 3,6.

V Tabeli 2 prikazujemo statistično značilne razlike (Paired samples test), ki so se pojavile pri interventni skupini pri spremembi povprečij glede ocene o koristnosti vaj za hrbet za pokončno sedenje med poukom ( $t=-2,794; p=0,007$ ), pred računalnikom doma ( $t=-5,747; p=0,000$ ) ter za lepšo držo telesa ( $t=-2,467; p=0,016$ ). Otroci interventne skupine so vaje v povprečju ocenili na začetku kot koristne ( $\bar{x}=3,41$ ) za *pokončno sedenje med poukom*, po intervenciji pa kot zelo koristne ( $\bar{x}=3,70$ ). V povprečju so pred intervencijo vaje za hrbet ocenili kot malo koristne ( $\bar{x}=2,25$ ), po intervenciji pa kot koristne ( $\bar{x}=3,12$ ) za *pokončno sedenje pred računalnikom doma*. Prav tako so vaje ocenili pred intervencijo kot koristne ( $\bar{x}=3,53$ ), po intervenciji pa kot zelo koristne ( $\bar{x}=3,79$ ) za *lepšo držo telesa*. Statistično značilnih razlik v povprečjih pred testiranjem in po testiranju ni bilo opaziti pri oceni pomembnosti vaj za bolj pokončno hojo, ter močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet.

Tabela2: Koristnost rednega izvajanja vaj za hrbtenico za zdravje in dobro počutje pri interventni skupini otrok

	Vprašalnik pred testiranjem; vprašalnik po testiranju	N		Aritm. sredina	t-test	p
Pokončno sedenje med poukom	Vstopni	81		3,41	-2,794	0,007*
	Izstopni			3,70		
Pokončno sedenje pred računalnikom doma	Vstopni	81		2,25	-5,474	0,000*
	Izstopni			3,12		
Bolj pokončna hoja	Vstopni	81		3,56	-0,253	0,801
	Izstopni			3,58		
Močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet	Vstopni	81		3,67	-0,600	0,551
	Izstopni			3,73		
Lepša drža telesa	Vstopni	81		3,53	-2,467	0,016*
	Izstopni			3,79		

\* statistično pomembne razlike pri stopnji manjši od 0,05

Pred vstopom je polovica (N=45; 50,6 %) sodelujočih otrok izvajala vaje za hrbtenico doma, po končani intervenciji pa je vaje doma izvajala velika večina otrok (N=72; 86,7 %). Odstotek tistih, ki vaj niso izvajali se je iz začetne skoraj polovice (N=43; 49,4 %) zelo zmanjšal (N=11; 13,3 %). Pred vstopom v intervencijo so otrokom v najvišjem odstotku vaje pokazali starši (N=23; 52,3 %) ali trener (N=15; 34,1 %). Po intervenciji pa jim je vaje najpogosteje pokazal učitelj v razredu (N=49; 68,1 %). Tako pred vstopom, kot tudi po vstopu v intervencijo je bila najpogosteje omenjena medicinska sestra. Pri vstopu v raziskavo anketiranci v največjem odstotku vaj niso izvajali z nobeno izmed naštetih oseb. Po intervenciji pa so vaje v največjem odstotku izvajali z učiteljico in sošolci v razredu (90,4 %), sami (80,8 %), z mamo doma (62,6 %) ter z učiteljem med telovadbo (55,4 %). Tis , ki so vaje delali, so jih v povprečju po testiranju izvajali 4x tedensko ali pogosteje z učiteljico ( $\bar{x}=4,6; \pm 0,8$ ). V povprečju so vaje dvakrat tedensko izvajali sami ( $\bar{x}=3,5; \pm 1,1$ ), z učiteljem med telovadbo ( $\bar{x}=3,4; \pm 1,0$ ), s starši ( $\bar{x}=3,3; \pm 1,1$ ) ali sorojenci doma ( $\bar{x}=3,2; \pm 1,2$ ). Nekateri so jih v povprečju 2x tedensko izvajali tudi samo z mamo ( $\bar{x}=3,0; \pm 1,0$ ) ali samo z očetom ( $\bar{x}=2,7; \pm 0,9$ ).

## DISKUSIJA

V raziskavi Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (Drev, 2015) navajajo, da približno vsak peti mladostnik (18,2 %) v prostem času več kot štiri ure na dan preživi v sedečem položaju, dekleta v pomembno višjem deležu kot fantje. Čezmerna sedeča vedenja s starostjo naraščajo. Z izvedeno raziskavo smo delno pritrdilno odgovorili, da so otroci, ki so izvajali vaje in bili del programa povečali telesno aktivnost med prostim časom. Rezultati so pokazali, da spodbujanje izvajanja vaj za Pokončno držo med poukom pri mlajši populaciji vpliva na bolj aktivno preživljanje prostega časa, tako sami, kot v družbi prijateljev. Igranje računalniških iger in gledanje televizije se časovno ne spreminja,

zato je še bolj pomembno, da se v šolski program vključi dodatno gibanje med poukom. Podobne statistično značilne razlike so se pojavile tudi pri kontrolni skupini, ki se je prav tako v povprečju pogosteje igrala zunaj (tako s prijatelji, kot tudi sami), medtem, ko prav tako razlik v povprečjih ni bilo pri obiskovanju dodatne športne aktivnosti. Vprašljivo je ali je do sprememb povprečij, ki so se pojavile v interventni in kontrolni skupini prišlo zaradi same intervencije ali zaradi vpliva več prostega časa ob koncu šolskega leta.

V raziskavi smo potrdili, da so otroci ozavestili koristi rednega izvajanja vaj za hrbtenico na njihovo zdravje. Dodatno so povečali zavedanje, da je telesna aktivnost koristna tudi za lepšo držo telesa, za pokončnost sedenja med poukom in pred računalnikom doma. Bolečine hrbtenice večina otrok ne navaja. Po intervencijah se je odstotek otrok z bolečino še dodatno zmanjšal. To dokazuje, da je potrebno ohraniti telesno gibanje in preprečevati možnosti kasnejšega nastanka bolečin in možnih vzrokov izostankov od pouka. Zurc (2008) navaja, da je obdobje med 6. in 11. letom starosti oziroma zgodnje šolsko obdobje najuspešnejše za učenje gibalnih vzorcev. Kar zamudi osemletni otrok, tega osemnajstletnik ne bo mogel nadomestiti. V raziskavah (Syazwan, et al., 2011; Vidal, et al., 2011) so rezultati pokazali, da se znanje učencev lahko izboljša s spodbujanjem zdravja in modifikacijo njihovega okolja in, da so se otroci sposobni naučiti zdravih življenjskih navad, ki lahko v prihodnosti doprinesejo k preprečevanju bolečin v spodnjem delu hrbta. Raziskava Rücken Kult-Tour, ki je vključevala učence, učitelje in starše, navaja, da ima koncept preventive pozitiven učinek na znanje osnovnošolcev in je lahko osnova za navade, ki so dobre za držo hrbtenice (Groll, et al, 2009).

V rezultatih naše raziskave se je delež tistih, ki poznajo katero koli vajo za hrbtenico zelo zvišal. Prav tako je velika večina otrok izvajala vaje doma, ali sami ali s kom od domačih. Vpliv povečanja zdravega načina življenja in skrbi za lastno zdravje se pozitivno prenaša in širi tudi izven šolskega okolja. Kim&Kim (2007) v svoji raziskavi navajata, da imajo pomembno vlogo pri izobraževanju o zdravi hrbtenici ne samo diplomirane medicinske sestre, ampak tudi učitelji in starši. Obstaja visoka potreba po izobraževanju o zdravju hrbtenice in intervencijah za razvoj zdravih navad, ki spodbujajo higieno hrbtenice med osnovnošolci. Z ugotovitvami naše raziskave se lahko sprejme, da pomen dela učitelja v razredu in zdravstveno vzgojno delo diplomirane medicinske sestre pri učenju in motiviranju otrok vpliva na njihov spremenjen odnos do pokončne drže.

Najvišji odstotek pokazanih vaj so izvajali otroci skupaj z učiteljem, v razredu. Šola je primerno okolje za učenje zdravih navad in prva leta šolskega življenja, ko posamezniki še rastejo, je najprimernejša za izvajanje preventivnih programov, katerih cilj je sprememba navad (Vieira, et al., 2015). Diplomirana medicinska sestra je pridobila znanje pravilnega izvajanja vaj od diplomirane fizioterapevtke. Teoretično in praktično znanje je prenesla učiteljem in otrokom. Posredovala je vsebine o nujnem in obveznem minimumu vsakodnevnih aktivnosti za vzdrževanje pokončne drže. Raziskava Deutsch Fonseca et al (2015) navaja, da bi pedagoški delavci morali povečati svojo ozaveščenost o dejavnikih, ki so

del drže pri otrocih in mladostnikih in povečati nivo teoretičnega in praktičnega znanja o dobri držbi. Naša raziskava dokazuje, da z zdravstveno vzgojnim delom in vodenjem otrok prihaja do boljših rezultatov, posebno v kombiniranem sodelovanju učitelja in diplomirane medicinske sestre. Povečal se je tudi delež izvedbe vaj doma. S tem je bila uvedena dodatna telesna aktivnost v družine, preko katere se lahko vpliv zavedanja o pomenu vaj za hrbtenico prenese v širše socialno okolje.

Omejitve raziskave se kažejo v manjšem vzorcu, ki vključuje le osnovne šole urbanega okolja. Z razširjeno raziskavo na večjem vzorcu bi v bodoče lahko pridobili podatke o razlikah v odnosu do pokončne drže med otroki v urbanem in ruralnem okolju.

Naša raziskava predstavlja pilotni projekt in nakazuje le nekatere dimenzije, vendar prispeva k razumevanju problema tveganja slabe drže hrbtenice med otroki, k odpravljanju sedečega vedenja ter opozarja na potrebe po ustreznem pristopu k nastalemu problemu.

## ZAKLJUČEK

Iz rezultatov raziskave je razvidno, da se nakazuje potreba v smeri promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za preprečitev slabe drže otrok. Vaje za pokončno držo med poukom prispevajo k boljšemu počutju in zdravju otrok. Otroci, ki so vaje redno izvajali so ozavestili koristi vaj za boljšo držo telesa, bolj pokončno sedenje med poukom in doma pred računalnikom. S pozitivnim odnosom otrok do rednega in vsakodnevnega izvajanja vaj dosežemo zdravstveno vzgojni namen, da vaje postanejo vsakodnevna rutina v smislu higijene hrbtenice, kot vsakodnevno umivanje zob.

Raziskava je osvetlila področje, da obstaja analogija s povezavo zobozdravstvene vzgoje in preventive ter vsakodnevnega izvajanja vaj za pokončno držo. Danes je nespodobno, če bi dobili vprašanje ali smo si umili zobe in vsi razumemo zakaj. Prav tako naj v prihodnosti postane nespodobno vprašanje ali smo izvedli vaje za pokončno držo. Na tem mestu postane vloga diplomirane medicinske sestre zelo pomembna. Še boljšo implementacija programa bi bila omogočena z dobrim rednim sodelovanjem v širšem timu, na primer s fizioterapevti, kineziologi.

Predlagamo, da postanejo rezultati raziskave osnova in podlaga za nadaljnji razvoj in vključitev vaj v šolski sistem ter razširitev programa na nacionalni nivo.

## Literatura

Azabagic, S., Spahic, R., Pranjić, N. & Mulic, M., 2016. Epidemiology of musculoskeletal disorders in primary school children in Bosnia and Herzegovina. *Materia Socio-Medica*, 28(3), pp. 164-167. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949050/pdf/MSM-28-164.pdf> (15.5.2016)

- Bartz, P.T., Vieira, A., Noll, M. & Candotti, C.T., 2016. Effectiveness of the back school program for the performance of activities of daily living in users of a basic health unit in Porto Alegre, Brazil. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(9), pp. 2581-2586.
- Calvo Muñoz, I., Gómez Conesa, A. & Sánchez Meca, J., 2013. Prevalence of low back pain in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC pediatrics*, 13(1), pp.14. Available at: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-14> (26.1.2013)
- Detsch Fonseca, C., Cardoso dos Santos, A., Tarragô Candotti, C., Noll, M., Hecker Luz, A.M. & Otávio Corso, C., 2015. Postural education and behavior among students in a city in southern Brazil: student postural education and behavior. *Journal of physical therapy science*, 27(9), pp. 2907–2911.
- Dias, K.A., Green, D.J., Ingul, C.B., Pavey T.G. & Coombes J.S., 2015. Exercise and vascular function in child obesity: a meta-analysis. *Pediatrics*, 136(3), pp. 648–659.
- Drev, A., 2015. Z življenjskim slogom povezana vedenja. In: Jeriček Klanšček, H. Et al., eds., 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. El. knjiga. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 38-47. Available at: [http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc\\_2015\\_e\\_verzija30\\_06\\_2015.pdf](http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf)
- Geldhof, E., Cardo, G., De Bourdeaudhuij, I. & De Clercq, D., 2007. Back posture education in elementary schoolchildren: a 2-year follow-up study. *European spine journal*, 16(6), pp. 841-50. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2200726/> (30.9.2006)
- Groll, C., Heine-Goldammer, B. & Zalpour, C. 2009. Evaluation eines Präventionskonzepts im Setting Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(1), pp. 51-57. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11553-008-0152-y> (15.1.2009)
- Heyman, E. & Dekel, H., 2009. Ergonomics for children: an educational program for elementary school. *Work*, 32(3), pp. 261-265.
- Katzmarzyk, P.T., Barreira, T.V., Broyles, S.T., Champagne, C.M., Chaput, M., Fogelholm, M., et al., 2015. Physical activity, sedentary time, and obesity in an international sample of children. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(10), pp. 2062–2069.
- Kim, S. & Kim, J.S., 2007. Knowledge of Good Posture and Postural Habits in Elementary School Children. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing*, 13(2), pp. 182-190.
- Lafond, D., Descarreaux, M., Normand, M.C. & Harrison, D.E., 2007. Postural development in school children: a cross-sectional study. *Chiropractic & Osteopathy*, 15(1), pp. 1-7. Available at: <http://doi:10.1186/1746-1340-15-1> (4.1.2007)
- Ningthoujam, R., 2014. Postural deformities in lower extremities among school children. *International Journal of Physical Education, Health & Sports Sciences* 3(1), pp. 78–84.
- Pirnat, J. & Skela Savič, B., 2013. Pomen interneta za zdravje mladostnikov in izzivi za vzgojo za zdravje v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4), pp. 309–316.
- Quka, N., Stratoberdha, D. & Selenica, R., 2015. Risk factors of poor posture in children and its prevalence. *Academic Journal Interdisciplinary Studies*, 4(3), pp. 97–101.

Rajan, P. & Koti, A., 2013. Musculoskeletal health in urban underprivileged school children in Western India. *International Journal Of Management & Behavioural Sciences (IJMBS)*. Special Edition, 3, pp. 47–51.

Syazwan, A.I., Tamrin, S.B.M. & Hassim, Z., 2009. The association between ergonomic risk factors, RULA score and musculoskeletal pain among school children: a preliminary result. *Global Journal of Health Science*, 1(2), pp. 73–84.

Syazwan, A., Azhar, M.M., Anita, A., Azizan, H., Shaharuddin, M., Hanafiah, J.M., et al, 2011. Poor sitting posture and a heavy schoolbag as contributors to musculoskeletal pain in children: an ergonomic school education intervention program. *Journal of pain research*, 4, pp. 287–296. Available at: <http://doi.org/10.2147/JPR.S22281> (14.9.2011)

Turk, Z., Vauhnik, R. & Mičetić Turk, D., 2011. Prevalence of nonspecific low back pain in schoolchildren in north-eastern Slovenia. *Collegium antropologicum*, 35(4), pp. 1031-1035.

Vidal, J., Borrás, PA., Ortega, F.B., Cantalops, J., Ponseti, X. & Palou, P., 2011. Effects of postural education on daily habits in children. *International journal of sports medicine*, 32(4), pp. 303-308.

Vieira, A., Treichel, T. D. L., Candotti, C. T., Noll, M. & Bartz, P.T., 2015. Effects of a Postural Education Program for students of the third year of Elementary School in a State School in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul state, Brazil. *Fisioterapia e Pesquisa*. 22(3), pp. 239-245.

World Health Organization. 2017. *Physical activity*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> (4.7.2017)

World Health Organization. *School and youth health. Preventing leading causes of premature death, disease and disability*. Available at: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/en/](http://www.who.int/school_youth_health/en/) (26.1.2013)

Zurc, J., 2008. *Biti najboljši: pomen gibalne aktivnosti za otrokov razvoj in šolsko uspešnost*. Radovljica: Didakta, pp. 24, 41.

**POVEZAVA MED OSEBNIMI IN POKLICNIMI VREDNOTAMI MEDICINSKIH  
SESTER IN NJIHOV VPLIV NA PROFESIONALIZACIJO ZDRAVSTVENE NEGE  
PRIMER SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE**

**RELATIONSHIP BETWEEN NURSES PERSONAL AND PROFESSIONAL VALUES  
AND THEIR IMPACT ON THE PROFESSIONALISATION OF NURSING- GENERAL  
HOSPITAL JESENICE EXAMPLE**

Macura Višić, dipl. m. s.  
Mojca Strgar Ravnik, mag. zdr. neg.

Splošna bolnišnica Jesenice

nada.macura@sb-je.si

**IZVLEČEK**

**Uvod:** Vrednote so pomembne in pozitivne in pripomorejo k večji humanizaciji ljudi in poklica. Vrednote tudi povečujejo občutek realnosti in omogočajo določene izkušnje. Profesionalna identiteta se krepi tudi skozi povezovanje profesionalnih vrednot v vsakodnevni praksi zdravstvene nege, na ta način se pri oskrbi pacientov lahko doseže kompetentna zdravstvena nega. Osebnostne vrednote so povezane z vedenji in načini kako delovati, morajo pa biti nujno razvite in zahtevane. Značilnost osebnih vrednot je, da se v družbi stalno spreminjajo in s tem vplivajo tudi na poklicne. Namen prispevka je bil raziskati katere osebnostne vrednote diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov vplivajo na poklicne in kako jih povezujejo in ali to vpliva na njihov individualni občutek profesionalnosti.

**Metode:** Izbrali smo neeksperimentalni opisni eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn. Podatke za teoretični del smo pridobili s pregledom literature preko podatkovnih baz CINAHL, MEDLINE, PUBMED, PROQUEST, slovensko literaturo smo pregledali s pomočjo podatkovne baze COBISS. Uporabili smo ključne besede: etika, kodeks etike, profesija, profesionalna identiteta. Podatke za empirični del smo pridobili s strukturiranim vprašalnikom, Statistična analiza podatkov bo obdelana s pomočjo programa Microsoft Excel 2013 ter programom SPSS verzija 20.0.. **Rezultati:** Z raziskavo smo ugotovili, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da je znanje pomembna profesionalna vrednota v zdravstveni negi in da je etično delovanje velikega pomena. Anketiranci, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih se statistično bolj strinjajo, da so vrednote opozorilo, kaj je pomembno ter da je za etično delovanje pomembno znanje. Glede na delovno dobo anketirancev pa se tisti z daljšo delovno dobo manj strinjajo z trditvami o prepoznavanju etičnih dilem v praksi zdravstvene nege, da so za njihovo reševanje pristojni vodilni, da so etični odločitve enake drugim, da je za profesionalizacijo pomembna profesionalna organizacija, da le ta pomeni moč ter da profesionalizacij v zdravstveni negi vključuje vzorce vedenja in ravnanja.

**Razprava:** Glede na pregled literature ugotavljamo, da vrednote v zdravstveni negi vplivajo na večjo profesionalnost medicinskih sester in profesionalno identiteto. Da pa si profesionalci v svojem poklicu pa zahteva združevanje več dimenzij: osebne vrednote posameznikov, znanje in veščine ter določena vedenja.

**Ključne besede:** etika, kodeks etike, profesija, profesionalna identiteta

## ABSTRACT

**Theoretical background:** Values are important and positive and help to increase the humanization of people and the profession. Values also increase the sense of reality and allow for certain experiences. Professional identity is strengthened through the integration of professional values in everyday nursing practice, in this way patient care can be achieved through competent nursing care. Personal values are related to behaviors and ways of acting, but they must be necessarily developed and required. The characteristic of personal values is that they constantly change in society and thus also affect the professional ones. The purpose of this paper is to investigate which personal values of graduate nurses and health professionals affect the professional and how they relate, and whether this affects their individual sense of professionalism. **Method:** We selected non-experimental descriptive explorative quantitative research design. The data for the theoretical part will be obtained by examining the literature through the CINAHL, MEDLINE, PUBMED, PROQUEST databases, and the Slovenian literature will be examined using the COBISS database. We will use keywords: ethics, Codex of ethics, profession, professional identity. We will obtain the data for the empirical part with a structured questionnaire containing questions of closed type and claims according to the Likert scale from 1 to 5 for registered nurses at the General Hospital Jesenice. It will be received in February and March 2017. We will provide volunteering and anonymity. A sample of 154 registered nurses cannot yet be identified, and we expect 60% responsiveness. Statistical data analysis will be processed using Microsoft Excel 2013 and SPSS version 20.0.. **Result:** The research found that the respondents most strongly agree with the claim that knowledge is an important professional value in nursing care and that ethical action is of great importance. Respondents who work in clinical departments are statistically more likely to agree that values are a warning, what is important, and that ethical action is important knowledge. Given the length of service of respondents, those with longer working lives are less likely to agree with the claims of recognizing ethical dilemmas in the practice of nursing care, so that their resolution is the leading leader, that ethical decisions are equal to others, that professionalization is an important professional organization, this means strength and that professionalisation in nursing includes patterns of behavior and behavior. **Discussion:** According to the literature review, we find that values in nursing affect the greater professionalism of nurses and professional identity. But in order to be a professional in his profession, he requires the combining of several dimensions: personal values of individuals, knowledge and skills, and certain behaviors.



**Keywords:** ethics, Codex of ethics, profession, professional identity

## UVOD

Razvoj profesionalne identitete je zelo pomemben proces v vsakem poklicu (Secret et al., 2003, cited in Deppoliti, 2008). Profesionalizacija poklicev predstavlja enega temeljnih konceptov v sociologiji dela in sociologiji profesij (Ritzer, 1971 cited in Mivšek, 2012, p. 19). Pojasnjuje namreč logiko raznih sprememb na ravni družbe: družbene delitve dela, socialne stratifikacije, delovanje trga delovne sile ipd. (Pavlin, 2007 cited in Mivšek, 2012, p. 19). Kakorkoli, značilnosti kot znanje, kodeks etike, ki regulira prakso, družbena sprejemljivost, trajanje socializacije (vključujoč tudi nadzor nad izobraževanjem in načinom vstopa v poklic) ter avtonomija na delovnem področju v literaturi prevladujejo kot značilnosti profesionalizma (Gerissh, et al., 2003). Stopnjo profesionalizma lahko ocenjujemo z upoštevanjem njegove individualizacije (lastnosti, zmogljivosti, ravnanja), inter-personalne (interakcije z drugimi posamezniki znotraj nekega okvira) in družbene dimenzije (družbena odgovornost in moralna načela, politična in ekonomska skrb) ter interakcijami med temi dimenzijami (Fantahun, et al., 2014). Avtorji ponujajo različne poglede na pomen profesionalizma, ki vključujejo tudi odgovornost (Batey & Lewis, 1982 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), avtonomijo (Ballou, 1998 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), povpraševanje in sodelovanje (Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), 2007 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), ter etiko in vrednote (Leddy & Pepper, 1985 cited in Baumann & Kolotylo, 2009), Wyndova (2003) pa navaja še poklicno organizacijo in delo. Tudi Pahorjeva (2006, pp. 29) v svojem delu navaja, da je za profesionalizem značilen poudarek na etičnem vidiku; profesionalci postavljajo interese klienta pred lastne interese. Že v zgodovini so diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki naleteli na težave, ko so želeli opredeliti zdravstveno nego in jo ločiti od drugih poklicev v zdravstvu (Deppoliti, 2008). Najbolj pogosti kriteriji, ki opredeljujejo profesionalizem v zdravstveni negi so znanje, avtonomija in delovanje v smislu pomoči drugim. Skela Savič in sodelavci (2016) v svoji raziskavi navajajo, da profesionalnost v zdravstveni negi pomeni biti sočuten, skrben, imeti etične vrednote, skrbeti za lasten kontinuiran razvoj ter razvoj drugih, biti odgovoren, sposoben delovati ter biti fleksibilen (Fantahun, et al., 2014). Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki se pri svojem delu srečujejo tudi z veliko etičnimi vprašanji (Karaöz, 2000 cited in Čelik, et al., 2011). Navajajo tudi, da morajo diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki sprejemati pravilne etične odločitve, predvsem pa da mora biti njihovo delovanje v skladu s kodeksom etike. Na ta način lahko zaščitijo sebe in tudi paciente (Oweis, 2005 cited in Čelik, et al., 2011). Clicknerjeva in Shireyeva (2013) pa so v svojem delu raziskovali profesionalno vedenje diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Navajajo, da vedenje diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov vključuje določeno izražanje, namen, vrednote in prepričanja, njihova drža oziroma odnos, dotiki, fizično prisotnost in njihovo delovanje. Vrednote so postavljene v bistvo človeka in se kažejo v vsaki človekovi odločitvi ali dejanju. Predstavljajo osnovna prepričanja o tem, kaj je prav, dobro ali

zaželeno in spodbujajo socialno in profesionalno vedenje (Rassin, 2008). Profesionalne vrednote, prepričanja in ideali so tisti, ki jih ima neka profesionalna skupina; vrednote so praktični standardi, ki sestavljajo okvir za ovrednotenje stališč in idej, ki vplivajo na vedenje profesionalcev. Te vrednote veljajo tudi kot smernice in motivacija za profesionalno vedenje članov neke profesionalne skupine (Poorchangizi, et al., 2017). Prezemanje profesionalnih vrednot pa je srce profesionalnega razvoja (Altun, 2002; Weis & Schank, 1997- ni navedeno v literaturi; Bang, et al., 2011 cited in Ghadirian, et al., 2014). Profesionalne vrednote vključujejo osebne in družbene vrednote, ki jih diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki pridobivajo skozi učenje in jih na podlagi osebnih izkušenj razvijajo na kliničnih oddelkih (Krathwohl, et al., 1964; Raths, et al., 1966; Weis & Schank, 2000 cited in Kubsch, et al., 2008). Vloga vrednot v zdravstveni negi je v literaturi opredeljena na več različnih načinov, tudi to, kako jih diplomirane medicinske sestre razvijejo in vidijo. Pomembno pa je tudi, kako vplivajo na zadovoljstvo na delovnem mestu ter na organizacijsko kulturo (Drayton & Weston, 2015). Profesionalne vrednote imajo korenine v osebnih vrednotah, na te pa vpliva družina, kultura, okolje, vera in rasa (Poorchangizi, et al., 2017). Rassin (2008) navaja, da obstaja velik razkorak med osebnimi, profesionalnimi, institucionalnimi in družbenimi vrednotami. Prav zaradi tega nas je zanimalo, kaj osebne in profesionalne vrednote diplomiranim medicinskim sestram in zdravstvenikom pomenijo v povezavi z večjo profesionalizacijo v zdravstveni negi ter katere vrednote to so.

Namen raziskave je ugotoviti mnjenja in stališča diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov o tem, ali diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki povezujejo osebne in profesionalne vrednote s profesionalizmom v zdravstveni negi.

## METODE

Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na empirični kvantitativni raziskavi. Za potrebe teoretičnega dela smo pregledali literaturo v angleškem jeziku s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, ProQuest, ERIC, Medline, PubMed ter SpringerLink z iskalnimi poizvedbami: ethics, code of ethics, profession, professional identity in uporabo logičnih operaterjev AND v različnih kombinacijah z omejitvijo na polni tekst in časovno omejitvijo na pet (izjemoma 15) let zaradi relevantnosti literature. Slovensko literaturo smo pregledali s pomočjo podatkovne baze COBISS. Uporabili smo naslednje iskalne poizvedbe: etika, kodeks etike, profesija, profesionalna identiteta in se omejili na zadnjih pet (izjemoma 10) let. Izbrali smo neeksperimentalni opisni eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn. Podatke smo pridobili s strukturiranim anketnim vprašalnikom.

Postavili smo si naslednje raziskovalne hipoteze:

H1 – Obstajajo statistično pomembne razlike v stališčih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov o vrednotah v zdravstveni negi glede na delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol in delovno dobo.

H2 – Obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih in stališčih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov o znanju o etiki v zdravstveni negi glede na delovišče (klinični oddelek, enota intenzivne terapije), spol in delovno dobo.

#### Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja. Vprašalnik je bil sestavljen iz petih vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o socialno demografskih značilnostih anketirancev (n = 8). Drugi sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o profesionalizaciji v zdravstveni negi (n = 22). Tretji sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o teoretičnih izhodiščih in znanju (n = 20) o procesu zdravstvene nege in negovalnih diagnozah. Četrty sklop je vseboval vprašanja v obliki trditev o uporabnosti negovalnih diagnoz v praksi (n = 15), peti sklop pa je vseboval vprašanja v obliki trditev o znanju kot elementu profesionalizacije v zdravstveni negi (n = 19). Vprašalnik je bil sestavljen s pomočjo petstopenjske Likertove ordinalne lestvice strinjanja. V vprašalniku je stopnja 1 pomenila, da se s trditvijo respondenti nikakor ne strinjajo, stopnja 2, da se ne strinjajo, stopnja 3, da se niti ne strinjajo ali da se niti strinjajo, stopnja 4, da se strinjajo in stopnja 5, da se popolnoma strinjajo.

Anketni vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregledane literature. Za oblikovanje so uporabili raziskavo Wyndove (2003), Čelikove z soavtorji (2011), Fantahuna s sodelavci (2014), Poorchangizija s sodelavci (2017), Rassina (2008) in Ghadiriana s soavtorji (2014). Zanesljivost instrumenta smo testirali po metodi koeficienta Cronbach alfa. Koeficient Cronbach alfa je pri vseh sklopih presegel vrednost 0,7, kar je prikazano v Tabeli 1. in ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti instrumenta na testiranem vzorcu (Nunnally & Bernstein, 1994)

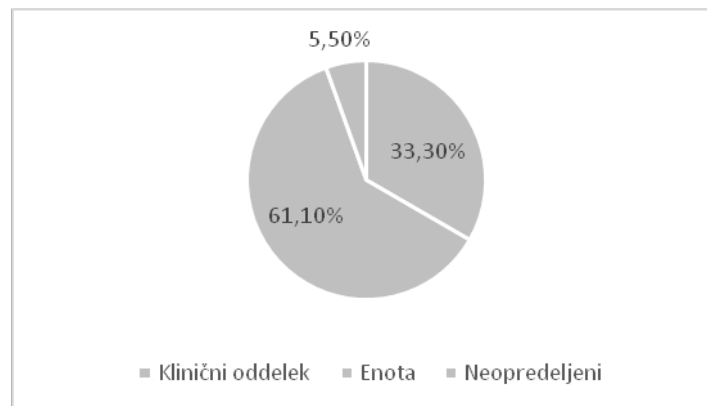
Tabela 1: Zanesljivost instrumenta

Sklop	Število trditev	Koeficient Cronbach alfa
Osebne vrednote in prepričanja	N=14	0,80
Profesionalne vrednote v zdravstveni negi	N=14	0,84
Etika v zdravstveni negi	N=12	0,75
Profesionalizacija v zdravstveni negi	N=21	0,91
SKUPAJ	N=61	0,93

#### Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih zdravstvenikih zaposlenih na kliničnih oddelkih in enotah Splošne bolnišnice Jesenice. Razdeljenih je bilo 45

vprašalnikov, vrnjenih je bilo 36, kar predstavlja 80 % odzivnost ali 28 % vseh zaposlenih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov v Splošni bolnišnici Jesenice. Sodelovalo je 11,1 % moških in 86,1 žensk, en podatek glede spola manjka. 33,3 % je zaposlenih na kliničnih oddelkih in 61,1 % v enotah, 5,5 % je neopredeljenih glede delovišča kar je v odstotkih prikazano v Sliki 1. Največji delež zaposlenih (25 %) ima 4 -10 let delovne dobe, glede na starost anketirancev jih je največ (52,8 %) v starostni skupini od 29 - 38 let.



Slika 1: Delež zaposlenih glede na delovno mesto v odstotkih

#### Potek raziskave in obdelava podatkov

Izvedba anketiranja se je izvajala v juliju 2017. Za sodelovanje ni bilo potrebno pridobiti dovoljenja etične komisije. Udeležba pri anketiranju je bila anonimna in prostovoljna. Anketni vprašalnik je bil sestavljen tako, da je bilo priloženo tudi navodilo za izpolnjevanje. Pridobili smo kvantitativne podatke, statistično smo jih analizirali s pomočjo SPSS programa, verzija 20.0 in programa MS Excel 2013. Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke, uporabili smo še t-test za preverjanje razlik glede na spol, Pearsonov koeficient korelacije za ugotavljanje povezanosti med trditvami in delovno dobo ter enosmerno ANOVO za ugotavljanje razlik med zaposlenimi glede na delovišče. Vrednost  $p < 0,05$  je določala statistično pomembnost. Rezultati so prikazani v obliki tabel in grafov.

## REZULTATI

Tabela 2: Povprečne vrednosti strinjanja s trditvami

Trditve:	PV
Znanje je pomembna profesionalna vrednota v zdravstveni negi	4,47
V zdravstveni negi je etično delovanje neizogiben del prakse zdravstvene nege	4,47
Vsako opravljeno delo v zdravstveni negi vsebuje etično dimenzijo	4,47
Varnost pacientov je temeljna profesionalna vrednota v zdravstveni negi	4,47
Zdravstvena nega je neločljivo povezana z etiko	4,36

Poklicna avtonomija je pomembna profesionalna vrednota v zdravstveni negi.	4,33
Zaščita zasebnosti pacientov je temeljna profesionalna vrednota v zdravstveni negi	4,31
Moje osebne vrednote so odraz mojih prepričanj.	4,25
Trditve:	PV
Vrednote so bolj dinamične kot prepričanja	2,86
Moje osebne vrednote se spreminjajo glede na okolje	2,83
Dostojanstvo ne vpliva na profesionalne vrednote v zdravstveni negi	2,61
Vrednote so manj trdne kot prepričanja	2,33
Življenjske izkušnje bistveno ne vplivajo na postavljene vrednote in prepričanja	2,31

Diplomiranim medicinskim sestram in zdravstvenikom smo v 4 različnih sklopih (osebne vrednote in prepričanja, profesionalne vrednote v zdravstveni negi, etika v zdravstveni negi, profesionalizacija v zdravstveni negi) ponudili skupno 61 trditev, do katerih so se morali opredeliti po Likertovi lestvici stališč, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Najvišjo povprečno oceno strinjanja (PV=4,47) so dosegle trditve »Znanje je pomembna profesionalna vrednota v zdravstveni negi«, sledi trditev »V zdravstveni negi je etično delovanje neizogiben del prakse zdravstvene nege«, nato »Vsako opravljeno delo v zdravstveni negi vsebuje etično dimenzijo« in »Varnost pacientov je temeljna profesionalna vrednota v zdravstveni negi«. Tudi trditev »Zdravstvena nega je neločljivo povezana z etiko« je dosegla visoko oceno strinjanja (PV=4,36) sledita trditvi »Zaščita zasebnosti pacientov je temeljna profesionalna vrednota v zdravstveni negi« (PV=4,31) in »Moje osebne vrednote so odraz mojih prepričanj« (PV=4,25). Med trditvami, ki imajo najmanjšo stopnjo strinjanja so »Vrednote so bolj dinamične kot prepričanja« (PV=2,86) in »Moje osebne vrednote se spreminjajo glede na okolje« (PV=2,83), najmanjše strinjanje pa so anketiranci pokazali s trditvijo »Življenjske izkušnje bistveno ne vplivajo na postavljene vrednote in prepričanja« (PV=2,31). Rezultati so prikazani v Tabeli 2.

Rezultati so tudi pokazali, da obstaja statistično pomembna razlika ( $p = 0,001$ ) pri trditvi »Vrednote so opozorilo, kaj je pomembno« glede na delovno mesto anketirancev, saj se tisti, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih bolj strinjajo (PV=4,08) kot tisti, ki so zaposleni v enotah. Hipoteza 1 je delno potrjena, saj smo uspeli dokazati, da so vrednote v zdravstveni negi pomembne, vendar bolj tistim, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih. Pri trditvi »Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki morajo imeti ustrezno znanje o etiki v zdravstveni negi, da bi lahko bilo njihovo delo etično« ravno tako prihaja do statistično pomembne razlike ( $p=0,004$ ) pri anketirancih, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih (PV=4,33). Na ta način smo delno potrdili hipotezo 2. Uspeli smo dokazati, da je znanje o etiki pomembno bolj pomembno tistim, ki so zaposleni na kliničnih oddelkih kot tistim, ki so zaposleni v enotah. Tega nismo uspeli dokazati glede na spol in dolžino delovne dobe.

Našli smo tudi več negativnih, šibkih, statistično pomembnih povezav med dolžino delovne dobe ter trditvami, ki so prikazane v Tabeli 3.

Tabela 3: Pearsonov koeficient korelacije med trditvami in delovno

TRDITEV		Delovna doba
Diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki imajo znanje in sposobnosti, da takoj prepoznajo etično dilemo v praksi zdravstvene nege	Pearsonova korelacija	- 0,34
	Signifikanca	0,046
	N	36
Za reševanje etičnih dilem so pristojni vodilni v zdravstveni negi	Pearsonova korelacija	- 0,38
	Signifikanca	0,021
	N	36
Etične odločitve v praksi zdravstvene nege so enake katerikoli drugim odločitvam	Pearsonova korelacija	- 0,34
	Signifikanca	0,041
	N	36
Za profesionalizacijo zdravstvene nege je zelo pomembna profesionalna organizacija	Pearsonova korelacija	- 0,41
	Signifikanca	0,013
	N	36
Profesionalizacija v zdravstveni negi pomeni moč	Pearsonova korelacija	- 0,36
	Signifikanca	0,032
	N	36
Profesionalizacija v zdravstveni negi vključuje vzorce vedenja in ravnanja	Pearsonova korelacija	- 0,37
	Signifikanca	0,028
	N	36

V Tabeli 3 so prikazani rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije. Rezultati so pokazali, da se anketiranci z daljšo delovno dobo manj strinjajo s trditvami, ki so prikazani v tabeli. Rezultati t-testa so pokazali, da se ženske anketiranke ( $PV=4,52$ ) statistično bolj kot moški ( $PV=3,25$ ) strinjajo s trditvijo »Zdravstvena nega je neločljivo povezana z etiko« ( $p=0,009$ ). Vzorec je sicer neenakomerno porazdeljen, ker je v raziskavi sodelovalo samo 11,1 % moških in 86,1 % žensk, en podatek glede spola pa manjka.

## DISKUSIJA

V naši raziskavi smo ugotovili, da se diplomirane medicinske sestre strinjajo s stališčem, da je znanje pomembna profesionalna vrednota v zdravstveni negi, ter da je etično delovanje neizogiben del naše prakse. Profesionalizacija zdravstvene nege poudarja tudi etični vidik (npr. etični vidik v razmerju med profesionalcem in uporabnikom) (Starc, 2011). Zdravstvena nega bo lahko samo z lastnim temeljnim znanjem in lastnimi profesionalnimi kompetencami definirala obstoj ter razvoj stroke zdravstvene nege (Goode, 1969 cited in Freidson 1973; Johnson 1982 cited in Turner 1995; Durkheim 1992; Pahor, 2006 cited in Starc, 2011, pp. 87).

To pomeni, da se praktiki zdravstvene nege osredotočajo na interese in potrebe uporabnika s t. i. altruističnimi vrednotami. Poorchangizi in sodelavci (2017) so raziskovali vlogo profesionalizma s stališča medicinskih sester. Rezultati so pokazali visoko strinjanje, da so profesionalne vrednote zelo pomembne v zdravstveni negi. V ta sklop spadajo tudi trditve »Vzdrževanje zaupanja pacientov do zdravstvene nege« ter »Varnost pacientov in skrb za zagotavljanje intimnosti«. Raziskava avtorjev Gallegos in Sortedahl (2015) je pokazala podobne rezultate. Kontinuiteta izobraževanja in učenja, tudi vseživljenjskega, je zelo pomembna za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege ter v tesni povezavi z razvijanjem in nadgradnjo človeškega kapitala. Praktika zdravstvene nege razumemo kot profesionalca. Da je znanje temeljna vrednota v zdravstveni negi, se strinjata tudi Draytonova in Westonova (2015). Aktivno učenje v delovni organizaciji pomaga osebju slediti praksi in s tem povečati njihovo vlogo pri uvajanju sprememb. Med diplomiranimi medicinskimi sestrami v slovenskih bolnišnicah sta prisotni dve skupini vrednot. Prva je skupina vrednot, ki opisujejo strokovne dimenzije dela in druga skupina so vrednote razvoja zdravstvene nege. Slednje so prisotne značilno manj in so tudi pomemben pojasnilni dejavnik, kako diplomirane medicinske sestre razumejo na dokazih podprto zdravstveno nego (Skela Savič et al., 2016). Skela Savič in sodelavci potrjujejo, da je profesionalizem v zdravstveni negi v Sloveniji še vedno v razvoju, da mu primanjkuje podpore znotraj in izven profesije ter da se premalo vzpodbuja njegovo implementacijo. Naša raziskava pa ima več negativnih, šibkih, statistično pomembnih povezav med dolžino delovne dobe, kjer se anketiranci z daljšo delovno dobo manj strinjajo s trditvami, ki so prikazane v Tabeli 3. Omejitve raziskave se kažejo v majhnem številu sodelujočih pri anketi saj je sodelovalo majhno število diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Poleg tega je omejitev raziskave tudi v majhnem številu sodelujočih diplomiranih zdravstvenikov, v raziskavi je namreč visok odstotek diplomiranih medicinskih sester. Če bi želeli dobiti tudi bolj natančne podatke, bi morali natančno raziskati posamezne elemente, ki sestavljajo profesionalizacijo in bi na ta način lahko dobili široko sliko stanja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice v tem trenutku.

## ZAKLJUČEK

Profesionalizem zajema vsakogar, ki predstavlja in išče visok nivo znanja in izkušnje. Vrednote v zdravstveni negi vplivajo na večjo profesionalnost medicinskih sester in profesionalno identiteto. Da pa si profesionallec v svojem poklicu pa zahteva združevanje več dimenzij: osebne vrednote posameznikov, znanje in veščine ter določena vedenja. Tudi naša raziskava je pokazala, da je znanje ena od temeljnih vrednot našega poklica ter da etično delovanje neizogiben del prakse zdravstvene nege. Varnost in zagotavljanje osebne integritete pacientov, pa naše delo postavlja v ospredje. Poklic zdravstvene nege vsebuje veliko vrednot. Tudi Florence Nightingale je v devetnajstem stoletju ugotovila, da zdravstvena nega nista samo znanje in tehnične veščine, ampak temelji tudi na osebnih vrednotah.

## Literatura

- Baumann, A. & Kolotylo, C., 2009. The Professionalism and Enviromental Factors in the Workplace Questionnaire: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 65(10), pp. 2216-27.
- Çelik, S., Keçeci, A. & Bulduk, S., 2011. Is Nursing a Profession in Turkey? Hospital Topic. *Research and Perspectives on Healthcare*, 89(2), pp. 43-50.
- Clickner, D. & Shirey, M., 2013. Professional Comportment: The Missing Element in Nursing Practice. *Nursing Forum*, (48)2, pp. 106-113.
- Deppoliti, D., 2008. Exploring How New Registered Nurses Construct Professional Identity in Hospital Settings. *Journal of Continous Education in Nursing*, (39)6, pp. 255-262.
- Drayton, N. & Weston, K.M., 2015. Exploring values in nursing: generating new pwrsppectives on clinical practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, (33)1, pp. 14-22.
- Fantahun, A., Demessie, A., Gebrekirstos, K., Zemene, A.& Yetayeh, G., 2014. A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, *North Etiopia. BMS Nursing* 13(10), pp. 1-7.
- Gallegos, C. & Sortedahl, C., 2015. An exporation of professional values held by nurses at a large freestanding pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, 41(4), pp. 187-195.
- Gerissh, K., McManus, M. & Ashworth, P., 2003. Creating what sort of professional? Master's level nurse education as a professionalising strategy. *Nursing Inquiry*,10(2), pp. 103-112.
- Ghadirian, F., Salsali, M. & Cheraghi, m., 2014. Nursing Professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran Journal Of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), pp. 1-10.
- Kubsch, S., Hansen, G. & Huyser-
- Eatwell, V., 2008. Professional Values: The Case for RN-BSN Completion Education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, (39)8, pp. 375-384.
- Mivšek, A.P., 2012. Proces profesionalizacije babištva v Sloveniji: doktorska disertacija Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Založba Izolit, pp. 28-31.



Poorchangizi, B., Farokhzadian, J., Abbaszadeh, A., Mirzaee, M. & Borhani, F., 2017. The importance of professional values from clinical nurses' perspective in hospitals of a medical university in Iran. *BMC Medical Ethics* (18)20, pp. 1-7.

Rassin, M., 2008. Nurses' Professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, (15)5, pp. 614-630.

Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Pesjak, K., 2016. Kompetence in profesionalne vrednote v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. 9. mednarodna znanstvena konferenca Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: elektronski zbornik predavanj. Bled, 9. junij 2016. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 16-26.

Starc, A., 2011. *Identifikacija elementov profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji: doktorska dizertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; pp 87

Wynd, C.A., 2003. *Current factors contributing to professionalism in nursing*. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), pp. 251-261.

## SODOBNO RAZUMEVANJE ČLOVEKA IN ŽIVLJENJA – IZZIVI ZA ETIKO V ZDRAVSTVENIH DISCIPLINAH

### CONTEMPORARY UNDERSTANDING OF A MEN AND LIFE – CHALLENGES FOR ETHICS IN HEALTH DISCIPLINES

dr. Andreja Prebil

Srednja zdravstvena šola Ljubljana

andreja.prebil@guest.arnes.si

#### IZVLEČEK

Danes smo priča hitremu, nepredvidljivemu, predvsem pa nekritično sprejetemu tehnološko-medicinskemu napredku. V navezavi z utilitaristično etiko bomo izpostavili nekaj ključnih vprašanj, ki zadevajo instrumentalizacijo človeka in življenja. Nanje bomo odgovorili z etiko (filozofijo) življenja, ki bi lahko predstavljala eno izmed možnosti za izgradnjo novih etičnih temeljev, razrahljanih z izzivi sodobnega časa.

**Ključne besede:** človek in življenje, tehnika, utilitarizem, etika življenja, odgovornost

#### ABSTRACT

Today we are facing a rapid, unpredictable and uncritically accepted technological and medical advancement. In conjunction with utilitarianism, we will introduce some key questions concerning the instrumentalisation of life and man. We will address these questions with ethics of life which could be a source of new ethical values, in line with contemporary challenges.

**Keywords:** man and life, technology, utilitarianism, ethics of life, responsibility

#### UVOD

V prispevku bomo na kratko predstavili zgodovinski vpogled v razumevanje človeka in življenja, ki se razmahuje med empirizmom in racionalizmom; ta ločitev se odraža v epistemologiji (gr. *episteme*: znanje, teorija znanja), ki se ukvarja z načini in mejami usvajanja oz. pridobivanja znanja. Ta kratek vpogled bo pripomogel k boljšemu razumevanju izhodiščnih in temeljnih predpostavk utilitarizma in filozofije (etike) življenja, ki ju bomo v nadaljevanju prispevka tudi predstavili. V razpravi bomo prikazali, (1) kako so utilitaristična stališča zastopana v slovenskem prostoru ter jim ob bok postavili nekatera ključna vprašanja, ki se navezujejo na nevarnost razvrednotenja in instrumentalizacije življenja (kot pojava, fenomena) in človeka; (2) na nevarnost postavljanja etičnih temeljev na logiki interesov,

kvalitete, koristi, stroškov in ugodja; ter (3) na koncu na kratko pojasnili, zakaj bi bilo globlje in širše poznavanje etičnih vsebin v zdravstvenih disciplinah pomembno. Osrednji namen prispevka je torej kritičen razmislek o utilitaristični etiki; kam nas lahko takšna razmišljanja vodijo? Kaj prinesejo? Kaj je tisto, kar je »na kocki?«

## Človek kot čutni in nadčutni svet - kratek zgodovinski vpogled

Utilitaristična etika Petra Singerja vleče svoje niti iz empirizma in epikurejstva. Empirizem je bil plod razprav že v obdobju antike. Starogrški filozof in Sokratov učenec Platon (427 pr. n. št. – 347 pr. n. št.) ga je preziral, in sicer zato, ker si s pomočjo opazovanja lahko pridobimo zgolj informacije o pojavih, ne pa tudi o abstraktnih rečeh, ki so plod mišljenja (npr. matematika, ideje). Empirizem pa je zagovarjal Epikur (341 pr. n. št. – 270 pr. n. št.). Epikur je trdil, da sta opazovanje in zaznavanje edina verodostojna vira za pridobivanje informacij; prav nič drugega ne obstaja (Lipton, n. d.). Epikur si je zaradi poudarjanja doseganja ugodja kot načina življenja pridobil sloves skrajnega uživača, čeprav bi se sam danes ob tej trditvi razžalostil. Kajti njegovo stremljenje po sreči in ugodju je imelo tudi intelektualni značaj; čeprav sta ti težnji za človeka naravni, ju ni podžigal, še manj pa podpiral kot življenjski cilj. Šlo je bolj za to, da se človek osvobodi strahu (tudi pred bolečino in smrtjo) in doseže spokojnost, umirjenost (gr. ataraksija). Ta človekov notranji duhovni mir pa je za Epikurja predstavljal tudi krepost, vrlino (Solomon & Higgins, 1998, pp. 110–111).

Empiristično mišljenje se je nadaljevalo naprej v obdobje srednjega veka. Italijanski filozof in cerkveni učitelj Tomaž Akvinski (1225 – 1274) je pravil, da preden je nekaj v umu, v intelektu, mora biti najprej v čutilih, čeprav se je zavedal, da ideja Boga ne more biti plod čutnega zaznavanja, temveč bolj logične interpretacije. Najmočnejši zagovorniki empirizma pa so izhajali iz 17. in 18. stoletja; to so bili Britanci John Locke, George Berkeley in David Hume. V 19. stoletju je njihovo tradicijo nadaljeval utilitaristični filozof John Stuart Mill (1806 – 1873). Tudi on je v svoji teoriji poudarjal pomen ugodij, ki pa jih je tudi hierarhično razvrstil (od nižjih do višjih) ter jim, nekaterim, na ta način podelil večjo vrednost v primerjavi z drugimi (npr. ugodje ob branju knjige je vredno več od ugodja ob uživanju dobre hrane). V 20. stoletju empirizem navdihujejo znanstveno-tehnološki dosežki. Logični pozitivisti so vrednotili empirizem kot sredstvo za tolmačenje znanosti in filozofije; slednji so skušali (in še skušajo) izmakniti metafiziko in ji podtakniti znanstveno dokazovanje. Empirizem v tem stoletju prav tako spodbujajo različni znanstveniki, in sicer preko gibanj, kot je operacionalizem v fizikalnih znanostih, behaviorizem v psihologiji in pragmatizem, ki se kaže tudi v etiki (Lipton, n. d.).

Povsem na drugi strani – kot nasprotje empirizmu – pa se je razvijala drugačna filozofska smer, in sicer racionalizem. Le-ta trdi, da si lahko znanje in različne koncepte, ideje pridobimo neodvisno od naših čutnih zaznav in opazovanja; le-ti so rezultat našega uma, naše racionalne narave. Strmo vzpenjanje znanstvenega napredka v dobi razsvetljenstva je posledično dalo veličino tudi človekovemu umu, ne zgolj čutnim zaznavam. Tako je avtoriteta

in porajajoča neodvisnost razuma pričela izzivati avtoriteto tedanjih verskih resnic. Immanuel Kant (1724 – 1804) se je tega zavedal, zato je, ne samo, da je izoblikoval sintezo med empirizmom in racionalizmom (tj. s svojim znamenitim kopernikanskim obratom), temveč je dal priložnost za razmislek tudi o stvareh na sebi – tj. je o stvareh, ki so izven človekovih izkušenj in o katerih naj ne bi bilo moč vedeti ničesar. To je nadčutni svet oz. svet metafizike, kamor spadata na primer Bog in duša (Rohlf, 2016); lahko pa tudi etika.

S tem kratkim prikazom smo želeli izpostaviti osnovna izhodišča za razumevanje utilitaristične etike, ki temelji na premisah empirizma in epikurejstva, ter na osnovi tega tudi na specifičnem načinu razumevanja in vrednotenja tako človeka, kot tudi pojavnosti življenja, kar je izredno pereče tako za človekovo etičnost, moralnost, kot tudi za njegov nadaljnji obstoj.

## Utilitaristična etika

V nadaljevanju bomo predstavili utilitaristično (ang. utile: uporabno, koristno) etično teorijo avstralskega, še živečega filozofa Petra Singerja. Njegovi najbolj poznani in tudi v slovenščino prevedeni deli sta *Praktična etika* (2009) in *Razmislimo znova o življenju in smrti;sesutje naše tradicionalne etike* (2004). Singerjeva utilitaristična etika se osrediča okoli vprašanj o moralnem statusu človeka. Človek za Singerja v svetu in naravi nima zaradi nekaterih svojih specifičnih lastnosti (umnost, logično mišljenje, uporaba govora, pisave, ...) nikakršnega posebnega mesta. Iz tega vidika zavrača tradicionalno judovsko-krščansko videnje človeka kot bitja, ki si zasluži posebno mesto oziroma v naravi med bitji predstavlja sam vrh. Na prenekaterih mestih v svojih delih opisuje tiste značilnosti drugih živih bitij (opic, psov, ...), ki naj bi bile povsem podobne človekovim. Čemu le-to počne? Po eni strani, in tu mu damo prav (!), zato, da opozori na kruta ravnanja z živalmi (bodisi za raziskovalne namene ali pa za prehrambno in kozmetično industrijo), po drugi strani pa zato (prav pa tu mu ostro nasprotujemo in bomo tudi pojasnili, zakaj), ker nas želi z drugimi živimi bitji izenačiti. To stori tako, da – v prid izenačitve – postavi določen kriterij vsa živa bitja so zmožna občutiti ugodje in bolečino. In tista živa bitja, ki to zmorejo, imajo interese in jim lahko pripišemo status osebe. Kamen, ki ga po cesti brcamo, ne more čutiti ničesar, zato tudi nima nikakršnih interesov; prav tako ne domača vrtna solata. Zato torej sta človek in pes povsem upravičena do tega, da upoštevamo njune interese (vprašanje, ali pes lahko poseduje interese, bomo tu pustili ob strani). Toda na tem mestu – med tehtanjem različnih interesov različnih živih bitij - postavi Singer sporno zanko: če bi morali izbirati med ohranitvijo življenja zdravega psa in hudo bolnega, umirajočega pacienta ali prizadetega otroka, celo zarodka, bi Singer dal prednost ohranitvi življenja psa. Njegovo življenje je namreč več vredno od življenja prizadetega in bolnega človeka. Zakaj? Zato, ker lahko živi polno, osrečujoče in kvalitetno življenje, omenjeno človeško bitje pa zaradi svojih prizadetosti tega ne zmora (nesrečno življenje, življenje, kjer niso udeležene vse temeljne človekove zmožnosti - komuniciranje, zavedanje, vzpostavljanje odnosov, sposobnost odločanja itd. – je nevredno) (Singer, 2008). Nadaljujmo: če neko bitje lahko občuti trpljenje in izkuša užitek ali srečo, nismo upravičeni

do nobenega moralnega zadržka, da ne bi upoštevali teh zmožnosti - ne glede na biološko vrsto, ki ji bitje pripada. Če le-tega ni zmožno občutiti, ni vredno nikakršne moralno-etične obravnave. Meja čutečnosti (ugodja in bolečine) je tista edina meja, ki jo lahko uporabimo pri utemeljevanju upoštevanja interesov drugih bitij, ne pa kakršnekoli druge značilnosti in sposobnosti (inteligentnost, razum, barva kože ...), kljub temu, da jih Singer po potrebi, ko nas želi postaviti ob bok živalim, v svojih delih rad izpostavi (ibid.).

V tem delu smo prikazali Singerjevo privrženost (1) epikurejstvu (življenje je nekaj vredno, če vsebuje več ugodja kot bolečine), (2) etičnemu hedonizmu (dejanje je dobro, če doprinese k sreči, ugodju), (3) logiki interesov (če je možno izpolniti večino interesov, četudi na račun manjšine, dejanje ni moralno sporno) in (4) pojmovanju človeka (ter hkrati tudi živali) v smislu osebkov, ki zaradi svojih zmožnosti (zavedanje, razum, itd.), dokler pač trajajo, pripadajo določnemu etičnemu krogu. Singer je, razumljivo, naklonjen tudi medicinsko-tehnološkemu napredku, kot je razpolaganje z matičnimi celicami, ki se jih pridobiva iz zarodkov (saj le-ti še niso osebe), genskemu inženiringu, kloniranju (Singer, 2003, 2006).

## Filozofija (etika) življenja

V tem delu bomo prikazali drugačno razumevanje človeka in življenja. Gre za etiko življenja, ki ima v nasprotju z utilitarizmom, metafizično-etične temelje. Nemški filozof, Hans Jonas, pripadnik filozofski smeri filozofija življenja (nem. Lebensphilosophie), ki je vzniknila v 19. stoletju v Nemčiji, kot odziv na naraščajoči pozitivizem (poudarjanje čutnih zaznav in zavračanje metafizike), se je v času, ko je občutil vso težo in bolečino druge svetovne vojne, spraševal o samem fenomenu in smislu življenja ter o tem, kaj pomeni biti človek v polnem in pravem pomenu te besede. Jonas (1990) je razvil zelo specifično razumevanje življenja, ki se je razlikovalo od mehanskih predstav (tj. življenje kot zgolj skupek in potek biokemičnih procesov). Tako je življenju oziroma vsem živim bitjem pripisal neko voljo po bitju po obstoju in jim s tem podelil tudi neodtujljivo notranjo vrednost. Na podoben način kot osemindvajset let prej rojeni nemški filozof Albert Schweitzer (1875 – 1965), ki je vsem organizmom pripisal nek notranji interes do življenja oziroma voljo do življenja (nem. Ehrfurcht vordem Leber), je storil tudi Jonas: tako imajo vsa organska bitja v okviru njegove filozofije narave določeno notranjo vrednost, ki je določljiva v skladu s stopnjo njihove razvitosti (Tirosh-Samuels & Wiese, 2008, pp. 18). Schweitzer je etiko utemeljil na širši kozmični sili, tj. v življenjski volji do življenja (Globokar, 2003, pp. 54). Schweitzer je pripisal fenomenu volje osrednji pomen za človekovo bivanje (Globokar, 2002, pp. 115). To voljo pa človek izkuša tudi kot svojo lastno in kot last drugih bitij. V tem iz sveta narave ni izvzet, četudi ga od nje loči njegov razum. Njegova volja hoče živeti, prav tako kot volja drugih bitij. In tako kot pri Jonasu gre tudi tukaj za naravno pritrjevanje biti, volji do življenja, ki se v tem odklanja od ne-bitja, smrti (ibid.). To pojmovanje življenja je poznal že grški filozof Aristotel; opisal ga je z grško besedo entelechia, ki pomeni »gibalo smotrnega razvoja do popolne oblike« ali »samoohranjajočo dejavnost« (Rubenstein, 2009, pp. 165–166). V interesu, v volji bitij po obstoju se odražajo temeljni življenjski procesi (dihanje, hranjenje, presnavljanje), ki organizmom omogočajo njihov

obstoj. V tem je bit nekaj in ne nič; v tem je tudi *vrednostno opredeljena* (Lopert, 2014, pp. 19–22). Ali kot se je spraševal Jonas: zakaj je bolje, da obstaja svet ne glede na to, kakšen je, kot pa nič, nikakršen svet? (Jonas, 1990, pp. 26) Zato, ker se življenje samo v vseh organskih bitjih potrjuje v njih samih; gre za potrditev splošne življenjske sile, ki si želi živeti, in se izkazuje v prvobitni volji do življenja. Človek kot del vsega živega pa je dolžan tej biti izkazovati odgovornost (Lopert, 2014, pp. 22). Torej, bit nas s svojo izbiro življenja (in ne smrti) obveže, da smo do nje odgovorni, četudi si z nami ne deli recipročnega odnosa. Odgovorni pa smo le tedaj, če smo hkrati tudi svobodni (ibid., pp. 18–22, 27). To pa – če se navežemo na utilitaristično miselnost - pomeni, da smo kot bitja, obdarjena z razumom, zmožni preseči lastne interese in težnje po ugodju, kar pa v utilitarizmu, zaradi specifičnega razumevanja človeka, ni možno. Jonas se je s svojo ontološko etiko zoperstavil tedanjim kritikam metafizike. Vedel je, da z razumom in vednostjo ni možno doseči končnih resnic. Zato njegova etika, ki vključuje metafizičen vidik, stremi ravno k temu: niti s še tako razvitim znanstvenim in tehnološkim znanjem, ne z dovršeno racionalnostjo, ne bomo prišli do skritih metafizičnih spoznanj o svetu. Jonasova etika odgovornosti naslavlja tudi tisto isto brezno, ki je skrbelo že Nietzscheja: etična praznina zaradi odsotnosti Boga, odtujenost človeka od narave, relativnost in detradicionalizacija vrednot. Ogromna moč, ki jo je človeku dala tehnologija, je zato torej samo zasedla prazen prostor, ki bi morala v sorazmernem deležu pripadati etiki. Tu pa nastopi Jonasov princip odgovornosti (Morris, 2013, pp. 2–3, 6). Predmet odgovornosti oziroma nujne skrbi je pri Jonasu, kot vidimo bit – bit, ki je v tehnološko modernem svetu postala ranljiva in ogrožena (mi ji lahko rečemo življenje samo, fenomen življenja) – s tem, ko jo instrumentaliziramo in opredmetujemo (Jonas, 1990).

Bit kot fenomen življenja si lahko torej razlagamo kot neko elementarno duševnost, nejasno težnjo, nezavedno hotenje, voljo do življenja ali trud, usmerjenost k nekemu cilju, čeprav v zabrisanih sledovih in jo lahko izsledimo vse do najnižjih organizmov, do nežive narave. To je Jonasova kontinuiteta, ki ji ni videti konca (Lopert, 2014, pp. 70). In kot smo rekli, v tem svojem trudu, v vedno porajajočih se življenjskih oblikah, v svoji neomajni življenjski sili, je zanj vrednota per se. Saj kako drugače pa bi se iz nečesa, kar je popolnoma indiferentno, razvilo nekaj tako silnega, hotenega, lepega in tako kompleksnega, da nam vsakič znova jemlje dih? Jonas na življenje ni gledal z redukcionističnega vidika; to pomeni, da bi telo (ali na življenje samo) in procese v njem primerjal z delovanjem dobro programiranega stroja. Jonas je bil privrženec vitalizma, ki sicer ne zanika, da telo deluje s pomočjo naravnih zakonov, ampak le-ti niso edini ali ključni razlagalci njegovega ustroja. Vsako telo ima tudi svojo psihično plat, dušo, kar je utemeljeval že Aristotel v svojem delu *De Anima*. In prav psihična plat telesa je tista, ki je lahko tudi vzrok njegovega gibanja (ibid., pp. 92–98). Pravzaprav ima vse živo v svetu neko sebi lastno subjektivnost, smotrnost (ibid., pp. 70). In končno, smotrnost bitij nam tudi pove, da gre za cilj po življenju, volji po bivanju, ki pa ni zgolj gon po golem preživetju, ampak gre za notranje spoznani cilj: spoznanje, da je dobro živeti (Lindberg, 2005, pp. 12–13).

Tako naša odgovornost do biti, do fenomena življenja izraža vprašanje o tem, kaj se bo zgodilo, če se jaz sam ne zavzamem zanj (Jonas, 1990, pp. 312). Pri Jonasu gre za elementarno in stalno odgovornost, podobno tisti, ki jo imamo do otrok; gre za arhetip brezpogojne (a ne brezmejne) ter nesebične odgovornosti, za katero ni potrebno izvesti nobenega logičnega sklepanja, saj nam je ontološko dana (človekova svoboda oziroma odgovornost je pri Jonasu najvišji izraz smotrnosti v živi naravi; je njegova lastnost, nepogojena z njegovim psihičnim razvojem) (ibid., pp. 62–64). Ker ne življenje ne človek pri Jonasu nista opredeljena kot zgolj snovno, telesno bitje/bit oziroma kot nek skupek mehanskih, pa tudi naključnih biokemičnih procesov, ker je to bit z neko smotro dejavnostjo, skozi katero vselej potrjuje življenje (mu izreka svoj »da«), s tem, da se zoperstavlja neobstoju in smrti, zmoremo do tega vzpostaviti nek odnos ker se nam zdi, da je v njej neka nerazložljiva, metafizična življenjska sila, ki jo imamo tudi sami v sebi in katere neločljivi del smo, jo lahko naredimo za vrednoto na sebi- s sebi lastno notranjo vrednostjo. Našo brezpogojno odgovornost do biti, do fenomena življenja, našo ontološko nujnost pa moramo tudi začutiti; ni dovolj, da jo samo umno in formalno utemeljimo. Smisel normativnih principov mora biti tudi v tem, da je njihov poziv usmerjen k tistim, ki so ga zmožni slišati. Poziv »Ti moraš!« ne bi mogel obstajati, če ga ne bi bili zmožni slišati, če ne bi bili dovzetni za njegov klic. To je tisti emocionalni aspekt etike, ki mora, preden ga formalno utemeljimo, biti občuten, slišan (ibid., pp. 123–124).

## DISKUSIJA

V diskusiji bomo kritično pretresli utilitaristično etiko in njeno »bratstvo« s tehnologijo; navedli bomo možne posledice, ki izvirajo iz takšne nevarne naveze ter na koncu utemeljili, zakaj menimo, da etika življenja predstavlja možnost za ohranitev človekove moralnosti ter posledično s tem tudi njegovega obstoja. Čisto na koncu bomo omenili tudi pomen etičnih vsebin v zdravstvenih disciplinah, še posebej v tem času, ko smo priča nebrzdanemu vzponu tehnologije, ki zadeva predvsem človeka in njegovo življenje.

Avstralski filozof namreč ni edini, ki zastopa utilitaristična stališča. Leta 2016 sem se udeležila simpozija z naslovom Svetovni dan bioetike: človekovo dostojanstvo in človekove pravice na Fakulteti za družbene vede v Ljubljani. Dva akademska predavatelja na simpoziju sta bila izjemno naklonjena Singerjevi etiki. Eden izmed njiju, izr. prof. dr. Friderik Klampfer, predavatelj na Filozofski fakulteti v Mariboru, je napisal monografijo z naslovom Cena življenja: razprave iz bioetike (2010). Tudi on na račun poudarjanja uresničevanja človekove blaginje (oz. srečnosti; to pomeni, da bolezen, trpljenje ali nezgoda oropata človeka vrednega in smiselnega življenja) in logike tehtanja med različnimi interesi, dopušča možnosti za legalizacijo evtanazije, za poseganje v človeški genom, kloniranje, raziskave na zarodnih matičnih celicah in zarodkih ter se hkrati zavzema proti pobijanju in zlorabljanju nečloveških živali (ibid.). Klampfer (ibid.) trdi, da v našem pripisovanju dostojanstva kar vsepovprek (od nerojenega otroka do trupla) pretiravamo; dostojanstvo se namreč - tako kot

je za utilitariste značilno - veže na določene človekove empirično preverljive zmožnosti. Se pravi, dokler je človek še razumen in kot tak tudi avtonomen, je upravičen do tega, da lahko zase zahteva vrednoto dostojanstva (ibid., pp. 227). Življenje tako ne poseduje svetosti ne neke notranje vrednosti, temveč je spremenljiva kategorija, vezana na presežek ugodja nad bolečino in trpljenjem. Če prevladuje slednje, življenje prične izgubljati na svoji vrednosti (ibid., pp. 177). Zato oškodovati nekoga pomeni zgolj na ravni njegovih interesov (ki pa jih ima, vse dokler ostaja oseba) (ibid., pp. 54).

Nedavno nas je presenetil tudi eden izmed prispevkov v knjigi z naslovom Izvor: od tehnike k etiki (ur. Tadej Pirc, 2014). Tu smo zasledili prispevek, ki v prid različnim metodam izboljševanja človekovega življenja (transhumanizem), ni naklonjen tradicionalni etiki, ki naj bi nas držala v ujetništvu (Škof, 2014, pp. 34). Ukloniti se naravni smrti tako pomeni zavrniti inovacijo, napredek, konformizem, pasivnost. To, da posegamo v naš lastni genom z namenom transhumanizma, je pravzaprav del naše evolucije (ibid., pp. 40). Genska tehnologija je etična zato, ker strmi navzgor, proti napredku, s čimer nam lahko omogoči boljše življenje; človeku omogoča to, da lahko naravo premaga. Ta boj z naravo je človekova lastnost per se (ibid., pp. 51). Beg pred koncem tako ni etičen argument, temveč argument bojzljivosti. Človek pa je žival med živalmi oz. je zver, ki ima v sebi nagon po preživetju (tj. gon po zoperstavljanju smrti). Naš konec pogojuje le narava, s tehniko pa se ji lahko upremo (kajti tehnika je naša bit) (ibid., pp. 38, 43). In dalje: čemu sploh pripisujemo življenju in naravi neko intrinzično vrednost, če pa se univerzum za nas sploh ne meni oz. je za človeka skrajno nezainteresiran? Da ima nekaj ali nekdo intrinzično, notranjo vrednost po sebi je zgolj prazna skovanka. Nič ne more imeti vrednosti samo po sebi, kajti vrednost je vedno vrednost za nekoga (ibid., pp. 45-6). Prav tu pa je zanka. Poudarjanje kvalitete, blaginje, srečnega in koristnega življenja nas napeljuje k zaključkom, kakšno življenje je vredno živeti. Ker življenje v teh okvirih nima sebi lastne vrednosti, postaja - kot je bilo že omenjeno - vrednost za nekoga. Toda, kdo si bo lahko lastil pravico, da bo razsojal o življenju nekoga, o njegovi vrednosti? V kolikor si (genske) tehnologije ne bomo mogli privoščiti, bi to lahko bil prav vsakdo, ki bi ocenil, da na tem svetu nismo za nič in nikogar več koristni. Pa tudi sicer: mar se lahko postavljamo nad življenje samo?

Tudi drugi izrazi, ki se dandanes vnašajo v naš besednjak (npr. človek kot oseba - spomnimo se na referendum o zakonski zvezi) skrivoma vplivajo na naše samorazumevanje. Sem spada tudi redefinicija trpljenja, bolečine in smrti. Težnja po blaženju in čim bolj učinkoviti odpravi bolečine in trpljenja ima za posledico tudi naraščajočo medikalizacijo le-te (bolečina ni zgolj telesna) in kljub temu, da takšna stanja niso zaželena in so izjemno boleča, se s poudarjanjem srečnega, udobnega in lepega življenja nagibamo k nekakšni bivanjski osiromašenosti za tisto, kar sicer boli, je pa kljub temu del življenja. Vsakršno lajšanje bolečine in trpljenja je več kot dobrodošlo, toda ne smemo pozabiti iz kakšnih vrednostnih stališč pri tem izhajamo (Ošljaj, 2009). Ko tehnologija tako zelo napreduje, da ni več relevantno vprašanje, ali nekomu dati antibiotik ali ne, temveč, ali poseči v njegovo genetsko strukturo z namenom ostati čim dlje mlad, zdrav, celo nesmrten, se pojavi neko temeljno



vprašanje – tj. sredstvo za kaj in koga postaja življenje? Za infantilna sebstva, ki si želijo čim več koristi zase? Če je temu tako, potem fenomen življenja, kot to počnejo utilitaristi, pripišemo kulturi interesov, pravic in koristi. Življenje kot tako – znova – ne poseduje nobene inherentne vrednosti (vrednosti na sebi) (ibid.).

Prav tako nas lahko pogled na življenje, ki ga čedalje bolj vrednotimo z vidika njegove kakovosti in koristnosti ter logike stroškov, ustvarja neobčutljive do drugih, ranljivih. V utilitaristični etiki ni moč začutiti kančka sočutja do tistih, ki bi to resnično potrebovali; na milost in nemilost so obsojeni na našo presojo o njihovem stanju, ki pa je - kot smo rekli - daleč od etične. Poleg tega, iz katerih izhodišč se sploh lahko človek v okviru utilitarističnih predpostavk zavzame za drugega, če pa je obravnavan zgolj na ravni občutenj, bioloških nagnjenj, različnih telesnih stanj in osebnih preferenc? Logika ugodij in interesov ne more biti nepristranska oziroma objektivna; vedno gre za večino na račun manjšine; za tistega, ki zase lahko odloča, in zaradi tega včasih tudi na račun drugega. Ne gre torej zgolj za razvrednotenje tistih, katerih življenja znotraj utilitarizma niso nič vredna; gre še za globlje in nevarnejše razvrednotenje - tj. za razvrednotenje človeka kot edinega nosilca moralne zavesti in odgovornosti ki lahko prav zaradi te dane lastnosti, brani in varuje sočloveka ter konec koncev tudi vso naravo in njena bitja (k čemur stremimo tudi mi, skupaj z utilitaristi). Prav zaradi tega nespornega dejstva je ogrožena človekova brezpogojna moralnost, etičnost (Prebil, 2016). Če pa življenje in človeka vrednotimo izven okvirov njegove možne kakovosti, koristnosti in interesantnosti, se pravi kot cilj sam po sebi (Kant), kot vrednoto na sebi, s svojo lastno intrinzično vrednostjo (Jonas, Schweitzer), potem ga kot takega postavimo na raven vrednostne kategorije. Tu tudi ni toliko terminološko pomembno to, kako življenje kot vrednoto opredelimo (ali z vidika dostojanstva življenja, svetosti, ...), temveč predvsem to, da se razprava o mejah instrumentalizacije življenja (saj človek vedno na nek način življenje instrumentalizira) prestavi iz pozicije subjekta (človeka), kot edinega nosilca vrednosti, na pozicijo fenomena življenja (Ošljaj, 2009). Kot smo videli, sta ga Jonas in Schweitzer zaznavala in vrednotila kot voljo po biti, težnjo po biti, obstoju. Četudi so nekateri kritiki izpostavili njun antropomorfizem (opisovanje življenja iz človeških predpostavk, spoznanj; življenje samo o sebi ne zmore reči ničesar, temveč smo mi tisti, ki ga na določen način razumemo), pa smo prepričani, da nas lahko takšno razumevanje življenja (in posledično nas samih) pristno nagovori. To pomeni, kot je ugotovil že Jonas, da smo njegov klic po brezpogojni odgovornosti zmožni slišati (prav zaradi tega ker smo v okviru etike življenja, ne pa v okviru utilitaristične etike, definirani kot svobodni posamezniki, zmožna presegati logiko interesov, preferenc in koristi; delovati nesebično, po vesti, empatično in altruistično – misliti »izven« sebe in celo »zoper« sebe; in tudi zaradi tega, ker fenomen življenja v etiki življenja ni definiran kot skupek biomehanskih, empiričnih procesov, temveč drugače kot v utilitarizmu – tj. na metafizični ravni) (Prebil, 2016).

## ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da hitro rastoči medicinsko-tehnološki napredek vpliva na čedalje večjo instrumentalizacijo življenja in človeka. Napredku in novim moralnim-etičnim izzivom smo priča tudi v vseh zdravstvenih disciplinah. Težnje po odpravi bolečine, trpljenja, redefinicija človekovih življenjskih obdobj (starost kot bolezen; oploditev kot priložnost za izboljšavo določenih zmogljivosti, lastnosti; mladost kot neskončen vir sreče in ugodja; smrt kot nekaj »odvečnega«, neživljenjskega, zlega) vplivajo na robotizacijo človeka, na njegovo čustveno otopelost, na njegovo bivanjsko osiromašenost, na upad njegove ustvarjalne moči, tudi volje do življenja, na porast psihičnih deformacij, itd. (Ošlaj, 2009). Če se človek ne bo že prej s takšnim načinom življenja in razmišljanja pogubil, bomo morda pred tem – v to upamo – zaslišali njegov klic po »čisti, nepopačeni podobi« (Buber, 1999, pp. 124). Po tem, kar resnično je; kot zavrnitev tistega, kar od njega zahteva, da je vedno spreminjajoči se tehnološki in tržni svet. Ne pozabimo, da smo prav mi lahko tisti, filozofi, ki se ukvarjamo z etičnimi vsebinami, in zdravstveni delavci, ki se vsak dan srečujejo z vso človekovo notranjo in zunanjo kompleksnostjo, odgovorni za to, da na ta tihi klic bivanjsko osiromašenega človeka začnemo v polni meri odgovarjati. Vsebino naših odgovorov lahko tvorijo naše etične vrednote, ki ji dejavno izražamo tako do pacientov, sodelavcev, kot tudi v širši javnosti. Prav zato je etika kot učni predmet v zdravstvenih disciplinah zelo pomembna. V prispevku smo predstavili etično smer, ki je v zdravstvenih disciplinah še dokaj nepoznana - kar ni dobro. Z njo, pa tudi s širšim in globljim poznavanjem zgodovinskega razvoja etične in filozofske misli človeka, torej ne zgolj s podajanjem »utečenih« etičnih vsebin (deontološka, utilitaristična, Aristotelova etika, etika skrbi in vrlin) predlagamo širši, kritično-argumentativni uvid tudi v druge vrste filozofskega mišljenja in njegovo zgodovino. Le-to nam lahko – v tem tehnološkem primežu in etičnem vakuumu – nudi trdno, vrednostno orientacijsko oporo. Tehtno utemeljen in skupen, enoten izbor etičnih in filozofskih vsebin v različnih zdravstvenih disciplinah nam nazadnje lahko pomaga, da se združimo v boju proti neslutnemu, nepredvidljivemu tehnološkemu napredku, ki se nam predstavlja kot etično nesporen. In nazadnje: ker smo učitelji, profesorji in imamo opravka z mladimi, ki so napredku v večini naklonjeni, se moramo vprašati tudi tole: kako se jih dotakniti? S kakšnimi, katerimi etičnimi vrednotami; da bi jih »začutili«, živel? Etika, filozofija življenja bi lahko bila ena izmed možnosti. Nikakor pa ne edina. Vprašanje ostaja odprto.

## Literatura

Buber, M., 1999. *Problem človeka*. Ljubljana: Društvo Apokopalipsa.

Globokar, R., 2002. *Verantwortung für alles, was lebt. Von Albert Schweitzer und Hans Jonas zu einer theologischen Ethik des Lebens*. Rim: Gregorian University Press.

Globokar, R., 2003. Aktualnost Schweitzerjeve etike. *Tretji dan*, 32(6/7), pp. 49–55.

- Jonas, H., 1990. *Princip odgovornosti: pokušaj jedne etike za tehnološku civilizaciju*. Sarajevo: »Veselin Masleša«.
- Klampfer, F., 2010. *Cena življenja. Razprave iz bioetike*. Ljubljana: Krtina.
- Lindberg, S., 2005. Hans Jonas's Theory of life in the face of responsibility. *Phänomenologische Forschungen*, pp. 1–20.
- Lipton, P., n. d. History of empiricism. Available at: <http://www.people.hps.cam.ac.uk/index/lipton/history-of-empiricism> [9.6.2017].
- Lopert, M., 2014. *Iz biti izhaja dolžnost. Hans Jonas in njegovo pojmovanje življenja kot ontološka podlaga za etiko odgovornosti*. Koper: Univerzitetna založba Annales.
- Morris, T., 2013. *Hans Jonas's ethic of responsibility: from ontology to ecology*. ZDA: State University of New York.
- Ošljaj, B., 2009. Bioetika in filozofija. *Anthropos* (1–2), pp. 65–78.
- Prebil, A., 2016. *Ugodje in svoboda – domet in omejitve dveh moralnih principov: doktorska disertacija predbolonjskega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Rohlf, M., 2016. *Immanuel Kant*. Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/kant/> [10.6.2017].
- Rubenstein, A., 2009. Hans Jonas: A Study in Biology and Ethics. *Society* 46(2), pp. 160–167.
- Singer, P., 2003a. *On cloning, genetic selection and animal rights*. Available at: <https://www.utilitarian.net/singer/interviews-debates/20030809.htm> [19.9.2017].
- Singer, P., 2003b. *Shopping at the genetic supermarket*. Available at: <https://www.utilitarian.net/singer/by/2003----.htm> [19.9.2017].
- Singer, P., 2004. *Razmislimo znova o življenju in smrti. Sesustje naše tradicionalne etike*. Ljubljana: Studia humanitatis.
- Singer, P., 2008. *Praktična etika*. Ljubljana: Krtina.
- Solomon, C. R., Higgins, M. K., 1998. *Kratka zgodovina filozofije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Škof, N., 2014. Problematizacija nasprotovanja uporabi genske tehnologije. In: Pirc, T., ed. *Izvor: od tehnike k etiki*. Gornja Radgona: A priori, pp. 31–53.
- Tirosh-Samuelson, H., Wiese, C., 2008. *The legacy of Hans Jonas. Judaism and the phenomenon of life*. ZDA: Arizona State University.

# STRATEGIJE PREMAGOVANJA JEZIKOVNIH OVIR MED MEDICINSKIMI SESTRAMI

## NURSES' STRATEGIES FOR OVERCOMING LANGUAGE BARRIERS

**Pred. mag. Marija Milavec Kapun**

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego  
e-naslov: marija.milavec@zf.uni-lj.si

**Doc. dr. Uršula Lipovec Čebren**

**Sara Pistotnik**

**Simona Jazbinšek**

Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za etnologijo in kulturno antropologijo

e-naslov: Ursula.CebrenLipovec@ff.uni-lj.si, ursula.lipovec@gmail.com

spistotnik@yahoo.com

simona.jazbinsek1@gmail.com

**Tanja Korošec**

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

e-naslov: tanja.korossec@gmail.com

spistotnik@yahoo.com

simona.jazbinsek1@gmail.com

**Asist. Vesna Homar**

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino

e-naslov: vesna.homar@gmail.com

**Prim.izr. prof. dr. Danica Rotar Pavlič**

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino

e-naslov: danica.rotar@guest.arnes.si

**Red. prof. dr. Nike K. Pokorn**

**Doc. dr. Tamara Mikolič Južnič**

**Doc. dr. Nataša Hirci**

Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za prevajalstvo

e-naslov: nike.pokorn@ff.uni-lj.si

tamara.mikolic@ff.uni-lj.si

natasa.hirci@guest.arnes.si

**Asist. dr. Erika Zelko**

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino

e-naslov: erika.zelko@zd-lj.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Zdravstvena oskrba pacientov, ki ne razumejo slovenskega jezika, je za strokovnjake lahko velik izziv. Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje medicinskih sester pri obravnavi pacientov, ki ne razumejo slovenskega jezika, in predstaviti nekatere načine premoščanja jezikovnih ovir. Ugotoviti smo želeli razlike v strategijah reševanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami glede na raven zdravstva. **Metode:** Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja. Oblikovan je bil strukturiran vprašalnik, podatki so bili zbrani s tehniko spletnega anketiranja ter analizirani z deskriptivno statistiko in s t-testom za neodvisni spremenljivki. Uporabljen je bil slučajnostni vzorec. Anketni vprašalnik je izpolnilo 350 medicinskih sester. **Rezultati:** Večina anketirancev se pri svojem delu srečuje s srbohrvaško, angleško in albansko govorečimi pacienti. Slednji

( $2,5 \pm 0,7$ ) jim povzročajo največ težav v komunikaciji. Težavo predstavljajo tudi arabski, kitajski in bolgarski jezik. Kot najbolj uspešen način sporazumevanja s pacientom, ki ne govori slovensko, so anketiranci navedli pomoč tolmačev oziroma spremljevalcev ( $n = 202$ , 95 %). Pri primerjavi strategij za reševanje jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami v bolnišnicah ( $n = 170$ ) in na primarni ravni zdravstva ( $n = 52$ ) smo ugotovili statistično značilne razlike pri uporabi uradnih tolmačev ( $t = 5,827$ ,  $p > 0,001$ ) in zdravstvenih sodelavcev kot tolmačev ( $t = 2,144$ ,  $p > 0,05$ ) ali nezdravstvenih sodelavcev ( $t = 2,827$ ,  $p > 0,05$ ) in primerih, ko govorita medicinska sestra in pacient vsak svoj jezik ( $t = 2,118$ ,  $p > 0,05$ ). **Diskusija in zaključek:** Medicinske sestre se pri svojem delu pogosto srečujejo s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Primerjava strategij reševanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami kaže predvsem na pomanjkanje možnosti za vključevanja uradnega tolmača, kot tudi sodelavcev, ki govorijo tuj jezik na primarni ravni zdravstva. Smiselno bi bilo oblikovati ustrezne strategije predvsem na primarni ravni, kjer pacienti pogosteje govorijo jezike, kot so kitajščina in albanščina. Rezultati raziskave nakazujejo, da medicinske sestre za kakovostno delo potrebujejo izdelane pristope k reševanju jezikovnih ovir.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, pacienti, migranti, komunikacija, tuji jeziki

#### ABSTRACT

**Introduction:** Providing healthcare to migrants who do not understand Slovene can pose a great challenge to healthcare personnel. The aim of the study was to gather the nurses' experience in their communication with the patients who do not understand Slovene and to provide some guidelines on how to act in case of difficulties. We wished to explore the possible differences in the nurses' strategies for overcoming language barriers as related to provided healthcare services. **Methods:** A quantitative non-experimental methodology was applied with the data obtained through an online questionnaire. Descriptive statistics with a t-test for independent samples was used. The online survey was filled in by 350 nurses. **Results:** Most of nurses regularly engage in communication with Croatian/Bosnian/Serbian, English and Albanian-speaking patients. The latter group poses the greatest challenge in communication ( $2.5 \pm 0.7$ ). Also challenging are Arab, Chinese and Bulgarian languages. Foregrounded as the most effective means of communication with foreign-speaking patients is the help of interpreters or people who accompany the patients ( $n = 202$ , 95 %). When comparing the strategies of solving language barriers by nurses working in hospitals ( $n = 170$ ) and those employed on primary healthcare ( $n = 152$ ) statistically significant differences were found in the use of professional interpreters ( $t = 5.827$ ,  $p > 0.001$ ), healthcare workers as interpreters ( $t = 2.144$ ,  $p > 0.05$ ) and non-healthcare workers as interpreters ( $t = 2.827$ ,  $p > 0.05$ ), and in cases when nurses and patients each use their own language ( $t = 2.118$ ,  $p > 0.05$ ). **Discussion and Conclusion:** Nurses often have to engage in communication with patients who do not speak Slovene. A comparison of strategies to solve language barriers between healthcare workers on primary level shows that engaging official, professional interpreters or the staff who speak a foreign language in question is rarely an option. It would thus be sensible to establish strategies to solve language barriers especially on the primary healthcare level, where the need to communicate in Chinese and Albanian is most pronounced. To be able to provide quality healthcare, nurses need well-defined guidelines for overcoming language barriers.

**Keywords:** nursing, patients, migrants, communication, foreign languages

## UVOD

Globalizacijo, kot posledico družbenih, političnih in gospodarskih sprememb, lahko pospešujejo tudi politične, ekološke, kulturne in ideološke krize oziroma spori. Posledica dogajanja so tudi vse bolj heterogene oblike migracij, pri čemer se spreminjajo ciljne destinacije, hitrost in geografska razdalja migracij (Czaika & de Haas, 2014). Ob prihodu v državo imajo lahko migranti, predvsem pa begunci, številne zdravstvene težave, vključno z duševnimi problemi, travmami, dehidracijo itd. Pri tem pa je zanje težka dostopnost oziroma nedostopnost zdravstvenih storitev verjetno največja ovira, s katero se soočajo predvsem ranljive skupine, ki vključujejo ženske, starejše, zelo mlade osebe in otroke, kot tudi tiste, ki imajo zdravstvene težave (Woodward, et. al., 2014). Različne raziskave (Kelley, et al., 2014; Wiechula, et al., 2016) potrjujejo, da je za kakovostno zdravstveno oskrbo pomembna dobra komunikacija med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev. Ko izvajalci zdravstvenih storitev in pacienti uporabljajo različne jezike, lahko pride do precejšnih težav. Jezikovna skladnost oz. konkordanca med pacientom in zdravstvenim delavcem prispeva k boljši komplianci oz. adherenci pacienta načrtu zdravljenja in priporočilom, njegovi odzivnosti na kontrolne preglede in manjšemu številu obiskov dežurnih služb (Diamond et al., 2014). Ob naraščanju zavedanja o pomembnosti jezikovne kompetence zdravstvenih delavcev je zelo malo raziskav, ki se osredotočajo na proučevanje premagovanja jezikovnih ovir pri medicinskih sestrah (Bischoff, et al., 2003). Predvsem pri oskrbi beguncev so med najbolj perečimi potrebami izboljšanje kulturnih kompetenc, kompetenc oskrbe ranljivih skupin in komunikacijske sposobnosti interdisciplinarnih timov (Shea & Lionis, 2014).

V Sloveniji je na dan 31. 5. 2017 imelo potrdilo o prijavi prebivanja, dovoljenje za začasno prebivanje ali dovoljenje za stalno prebivanje državljana Evropske unije in Švicarske konfederacije 25.362 oseb, ob tem je imelo še 115.011 državljanov tretjih držav z veljavnim dovoljenjem za začasno ali stalno prebivanje (Ministrstvo za notranje zadeve, 2017). Temu številu lahko dodamo še naraščajoče število tujih turistov (Slovenska turistična organizacija, 2015). Pacienti, ki ob vstopu v zdravstvene institucije ne znajo slovensko, lahko pomenijo velik izziv za zdravstvene strokovnjake, posebno pa za medicinske sestre, saj so pogosto prve srečajo z njimi. Prvi stik lahko pomembno vpliva na kakovost celotne zdravstvene oskrbe.

Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje zdravstvenih delavcev pri obravnavi pacientov, ki ne razumejo slovenskega jezika. V prispevku je predstavljen le tisti del, ki se nanaša na sporazumevanje medicinskih sester s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Cilj je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike med pristopi medicinskih sester glede na raven zdravstvene dejavnosti, kjer so zaposlene, pri reševanju jezikovnih ovir pri obravnavanju pacientov, ki ne razumejo slovensko. Na osnovi ugotovitev raziskave želimo podati nekatere predloge za premoščanje jezikovnih ovir.

## METODE

Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik je razvila projektna interdisciplinarna delovna skupina. Njegov razvoj je temeljil na pregledu strokovne in znanstvene literature ter izkušnjah zdravstvenih delavcev, ki so vprašalnik pilotno testirali. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz splošnega dela, ki je zajemal osnovne podatke o

anketirancu, ter specifičnega dela, vezanega na jezikovne kompetence anketirancev, stike s pacienti, ki ne znajo slovensko, ter strategije reševanja jezikovnih ovir. V zvezi s srečevanjem z različnimi jeziki so lahko izbirali na 3-stopenjski lestvici med izjemoma, občasno in pogosto, pri podajanju subjektivne ocene glede uporabnosti posamezne strategije pa so lahko strategijo ocenjevali kot neuspešno, delno uspešno ali uspešno. Če se niso srečali s posameznim jezikom ali niso uporabljali posamezne strategije, pa so pustili vprašanje neodgovorjeno. Cronbach  $\alpha$  za 9 trditev, vezanih na strategije reševanja jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami, je bil 0,843, kar pomeni dobro interno konsistenco.

Zajem podatkov je potekal s pomočjo odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje 1KA. Povezava do spletne ankete je bila anketirancem posredovana preko Zdravniške zbornice Slovenije ter Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zveze–Zbornice). Povezava do anket je bila poslana tudi na vse javno objavljene e-poštne naslove izvajalcev zdravstvenih storitev oziroma institucij. Anketiranje je potekalo od 15. 9. do 2. 10. 2016. Klikov na anketo je bilo 999, ustrezno izpolnjenih je bilo 583 anketnih vprašalnikov. V celotni raziskavi je kot podskupina sodelovalo 350 medicinskih sester, kar predstavlja vzorec raziskave za prispevek.

Za analizo podatkov je bil uporabljen računalniški program SPSS, verzija 24. Uporabljena je bila deskriptivna statistika in t-test za neodvisni spremenljivki.

## REZULTATI

Večina medicinskih sester, ki so sodelovale v anketi ( $n = 309$ , 88,3 %), je navedla, da se pri svojem delu srečuje s tujejezičnimi pacienti. Ti pacienti govorijo hrvaško, bosansko, srbsko in črnogorsko (v nadaljevanju srbohrvaško) ( $2,7 \pm 0,6$ ), angleško ( $2,1 \pm 0,7$ ) in albansko ( $2,1 \pm 0,7$ ). Največ težav pri komunikaciji medicinskim sestram povzročajo predvsem albansko govoreči pacienti ( $2,5 \pm 0,7$ ). Tabela 1 prikazuje, da se ovire pri komuniciranju pojavljajo tudi s pacienti, ki govorijo arabski, kitajski in romunski jezik. Sledijo drugi jeziki, ki so prisotni v Evropi, vendar z njimi medicinske sestre redkeje komunicirajo. Najmanj težav pa povzročata srbohrvaški in angleški jezik.

Tabela 1: Jeziki pacientov in težave pri sporazumevanju

Jeziki	Katere jezike so govorili?			Ali ste imeli težave?		
	n	$\bar{x}$	s	n	$\bar{x}$	s
Albanski	241	2,1	0,70	229	2,5	0,70
Angleški	264	2,1	0,66	227	1,4	0,58
Arabski	87	1,4	0,60	71	2,2	0,90
Bolgarski	73	1,4	0,55	66	2,1	0,89
Francoski	85	1,3	0,47	73	2,0	0,90
Farsi	46	1,0	0,21	40	2,0	0,96
Srbohrvaški	266	2,7	0,56	223	1,3	0,62
Italijanski	160	1,8	0,74	136	1,9	0,85
Kitajski	81	1,4	0,53	72	2,2	0,88
Madžarski	77	1,4	0,62	63	2,1	0,90

Makedonski	139	1,8	0,68	126	2,0	0,81
Nemški	175	1,8	0,66	148	1,9	0,79
Paštu	41	1,1	0,35	36	1,9	0,98
Romski	99	1,8	0,74	91	2,1	0,84
Romunski	71	1,5	0,67	60	2,2	0,90
Ruski	105	1,4	0,60	87	2,1	0,78
Španski	73	1,3	0,53	62	2,0	0,88
Turški	51	1,1	0,36	43	2,0	0,94
Ukrajinski	75	1,3	0,52	69	1,9	0,85
Urdu	42	1,1	0,34	37	1,9	0,97

Kot najbolj uspešen način sporazumevanja s temi pacienti so medicinske sestre navedle pomoč tolmačev oziroma spremljevalcev ( $n = 213$ , 95 %). Pri primerjavi strategij za reševanje jezikovnih ovir med medicinskimi sestrami v bolnišnici ( $n = 170$ ) in na primarni ravni zdravstva ( $n = 152$ ) smo ugotovili statistično značilne razlike pri uporabi uradnih tolmačev oziroma prevajalcev ( $t = 5,827$ ,  $p > 0,001$ ), zdravstvenih sodelavcev kot tolmačev ( $t = 2,144$ ,  $p > 0,05$ ) in nezdravstvenih sodelavcev kot tolmačev ( $t = 2,827$ ,  $p > 0,05$ ). Prav tako so statistično značilne razlike pri strategiji reševanja jezikovnih ovir v primerih, ko medicinska sestra in pacient govorita vsak v svojem jeziku ( $t = 2,118$ ,  $p > 0,05$ ).

Tabela 2: Uporaba različnih strategij pri reševanju jezikovnih ovir po mestu zaposlitve

	Zaposlitev	n	$\bar{x}$	s	$\sigma_M$
Govorili smo drug (svetovni) jezik	Primarna raven	112	2,23	0,553	0,052
	Bolnišnica	127	2,28	0,515	0,046
Pomagal sem si s spletnimi slovarji in/ali Google Translate.	Primarna raven	58	1,93	0,746	0,098
	Bolnišnica	83	2,05	0,642	0,070
Tolmačili (prevajali) so druge osebe, ki so bile s pacientom	Primarna raven	94	2,66	0,597	0,062
	Bolnišnica	109	2,63	0,572	0,055
Tolmačili (prevajali) so kolegi – zdravstveni delavci, ki govorijo ta jezik	Primarna raven	56	2,34	0,721	0,096
	Bolnišnica	114	2,57	0,515	0,048
Tolmačili (prevajali) so drugi zaposleni v zdravstvu (ne zdravstveni delavci)	Primarna raven	41	1,83	0,834	0,130
	Bolnišnica	75	2,25	0,737	0,085
Jaz sem govoril slovensko, pacient je govoril v svojem jeziku	Primarna raven	77	1,96	0,733	0,084
	Bolnišnica	68	1,72	0,619	0,075
Poklicali smo tolmača (prevajalca)	Primarna raven	41	1,59	0,836	0,131
	Bolnišnica	77	2,45	0,735	0,084
Poskušal sem se sporazumovati z mimiko, gestikulacijo, risanjem	Primarna raven	79	2,14	0,593	0,067



	Bolnišnica	96	2,17	0,516	0,053
Poklicali smo po telefonu drugo osebo	Primarna raven	44	2,00	0,747	0,113
	Bolnišnica	60	2,13	0,724	0,093

Najpogostejše strategije medicinskih sester pri komunikaciji s tujejezičnim pacientom so uporaba splošnega sporazumevalnega jezika (lingua franca) (n = 239), kjer sta najpogosteje uporabljena angleški (n = 230) in srbohrvaški jezik (n = 199). Sledi uporaba tolmačev, ki so prišli s pacientom (n = 203): najpogosteje so to ožji sorodniki (partnerji, otroci) (n = 172), prijatelji in znanci (n = 92) ter delodajalci oziroma sodelavci (n = 90). Anketiranci so navedli kot tolmače tudi sobodajalce, turistične vodnike, tajnice. Tolmačenje je najpogosteje potekalo tako, da je bil tolmač osebno prisoten, poklicali pa so jih tudi preko telefona, Skypa oziroma Vibra. Anketiranci so navedli tudi sporazumevanje s pacientom s pomočjo gestike, mimike in z risanjem (n = 175).

## DISKUSIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da medicinske sestre na primarni ravni in v bolnišnici uporabljajo različne strategije za premagovanje jezikovnih ovir. Statistično značilne razlike smo zaznali med uporabo uradnih tolmačev/prevajalcev, sodelavcev (zdravstvenih in nezdravstvenih) in komunikacijo v svojem jeziku. Ni pa statistično značilnih razlik pri uspešnosti uporabe tolmačev, ki spremljajo pacienta. Uradni tolmači (prevajalci) niso pogosti pri delu medicinskih sester na primarni ravni zdravstva; opaziti je tudi njihovo slabšo uspešnost vključevanja v zdravstveno obravnavo. Te izsledke lahko razložimo z dejstvom, da so medicinske sestre kot del zdravstvenega tima na primarni ravni izpostavljene večjim časovnim obremenitvam in način sporazumevanja s pacientom prilagajajo časovnim omejitvam (Živčec Kalan, et al., 2012) in razpoložljivim virom, zato so bolj prepuščene lastni iznajdljivosti, ko se soočijo z jezikovnimi ovirami pri obravnavi pacienta; manj pogosto imajo priložnost, da se sporazumevajo s pomočjo uradnega tolmača, verjetno pa zaradi narave in organizacije dela težje zaprosijo za tolmačenje drugega (ne)zdravstvenega delavca. Medicinske sestre so najlažje premagovale medjezikovne razlike pri jezikih, ki so si sorodni (npr. slovenščina – hrvaščina). Kljub temu se morajo zdravstveni delavci zavedati omejitev komuniciranja v nematernem jeziku v obeh smereh – tudi če pacienta razumemo, je potrebno preveriti, ali tudi pacient razume nas (npr. naša podana navodila). Še večje pomanjkljivosti v komunikaciji nastanejo pri sporazumevanju z gestami in mimiko, s katerimi lahko premostimo le majhen del verbalne komunikacije s pacientom.

Ugotovili smo, da uradni tolmači (prevajalci) niso pogosti pri delu medicinskih sester, kar še posebej velja na primarni ravni zdravstva. Potrdimo lahko izsledke drugih raziskovalcev (Probst & Imhof, 2016), da se v zdravstveni negi najpogosteje uporabljajo neuradni (ad hoc) tolmači predvsem pri izvajanju negovalnih intervencij, ne pa tudi glede ocenjevanja potreb po zdravstveni negi. Čeprav to ni zadovoljiv način za reševanje jezikovnih neskladij, je pogosto edina možna in hkrati najbolj priročna rešitev.

Delovanje medicinskih sester kot članic zdravstvenega tima na primarni ravni zdravstva in v bolnišničnem okolju je usmerjeno v zagotavljanje najvišje možne kakovosti zdravstvenih storitev, celostnemu pristopu k pacientu ter smiselno uporabo različnih virov za doseg optimalnega zdravja posameznika (Železnik, et al., 2011), neglede na kakršnekoli razlike v

njihovi veroizpovedi, etničnem poreklu, spolu itd. Vendar se primarna in bolnišnična raven razlikujeta tako po akutnosti in kompleksnosti obravnave kot tudi po virih, ki so na voljo za premagovanje jezikovnih ovir. Delovanje zdravstvenih strokovnjakov v bolnišničnem okolju navadno zagotavlja več virov, pacient se na obravnavo običajno bolje pripravi in v njem ostaja dalj časa, kar ponuja več možnosti in priložnosti za reševanje jezikovnih in drugih ovir. Ob trendih zgodnjega odpuščanja pacientov iz bolnišnic in vse krajših ležalnih dob se povečuje obseg zdravstvene oskrbe na primarni ravni zdravstva, vendar se temu problemu posveča premalo pozornosti (Probst & Imhof, 2016). To lahko vpliva na kakovost zdravstvene obravnave in izide zdravljenja pacientov, ki ne razumejo slovensko.

Reševanje jezikovnih neskladij je možno na organizacijskem, strukturnem in kliničnem nivoju (Betancourt, et al., 2003). Iskanje sistemskih rešitev za celotno obravnavo tujejezičnih pacientov s kompleksnimi zdravstvenimi stanji mora vključevati vse ravni zdravstvene oskrbe. Najboljše rešitve jezikovnih ovir so vezane na posamezni kontekst delovanja strokovnjakov (McCalman, et al., 2017), zato je uporaba uradnih tolmačev pričakovano najbolj učinkovita metoda reševanja jezikovnih ovir. Hkrati pa ostaja najtežje dostopna. Alternativne rešitve komuniciranja s pacienti, ki so jih opisovali udeleženci ankete, so potencialno nevarne, lahko negativno vplivajo na zdravje in zadovoljstvo pacientov ter na zadovoljstvo zdravstvenega osebja. Predlogi za uspešno premagovanje jezikovnih ovir so lahko v smeri iskanja možnosti za vključevanje uradnega tolmača oziroma medkulturnega mediatorja. Tudi zdravstveni delavci lahko izjemoma sodelujejo kot tolmači, vendar se moramo zavedati čustvene in časovne obremenitve ter odgovornosti, ki jo neprofesionalno tolmačenje prinaša. Ad hoc tolmači, ki jih pacient pripelje s seboj, niso priporočljivi iz več razlogov (Probst & Imhof, 2016), uporaba otrok za tolmačenje pa je etično nesprejemljiva. Uporaba spletnih prevajalnikov je priročna, vendar nekateri strokovnjaki opozarjajo na pomanjkljivosti prevodov (Haith-Cooper, 2014), pri tem pa velja tudi opozorilo glede varovanja osebnih podatkov.

Omejitve naše raziskave izhajajo predvsem iz osnovne metode (ankete) in iz izvedbe (spletnega anketiranja). Pričakovana ovira anket je, da je iz odgovorov težko določiti vzroke in posledice. To se v našem primeru kaže npr. pri uporabi tolmačev na primarni ravni: s pomočjo odgovorov ne moremo ugotoviti, ali je uporaba tolmačev redka zato, ker so težko dostopni, ali zato, ker jih bodisi pacient bodisi zdravstveno osebje ne želi pri pregledu. Omejitve, ki smo jih pričakovali pri spletnem izvajanju, so bile manj izrazite. Dosegli smo večji odziv, kot smo ga pričakovali, velik delež medicinskih sester je tudi v celoti zaključil anketo. Glede na anonimnost ankete smo mnenja, da so odgovori iskreni, seveda pa so subjektivni, kar smo z nekaterimi odprtimi vprašanji tudi želeli ugotoviti.

Nadaljnje raziskave bi bilo smiselno usmeriti v proučevanje tako jezikovnih kot tudi kulturnih kompetenc medicinskih sester. Zgolj znanje tujega jezika namreč pogosto ni dovolj. Poznavanje in razumevanje celotnega kulturnega okolja posameznega pacienta lahko zagotovi celotno zdravstveno oskrbo pacientov, ki ne razumejo slovensko. Bistvo kakovostne oskrbe je razumeti pacientove vrednote in pričakovanja, povezana z zdravjem, preden se odzovemo na njihove potrebe (Van Den Muijsenbergh, et al., 2016). Smiselno bi bilo tudi longitudinalno raziskovanje komunikacije z vidika pacientov (O'Reilly-de Brún, et al., 2015), njihovega doživljanja in izzivov. Probst in Imhof (2016) ugotavljata, da se večina raziskav o jezikovnih ovirah na primarni ravni zdravstva usmerja v reševanje akutnih

zdravstvenih težav pacientov.

Predstavljena raziskava je prva v Sloveniji in prinaša nekatera spoznanja o delovanju medicinskih sester v sodobnem času, kjer se v zdravstvenih ustanovah pojavlja vse več pacientov iz drugih okolij. Zato postaja vedno bolj pomembna transkulturna zdravstvena nega.

### Zaključek

Medicinske sestre se pri svojem delu pogosto srečujejo s pacienti, ki ne govorijo slovensko. Primerjava strategij reševanja jezikovnih ovir med zaposlenimi na primarni ravni zdravstva in v bolnišnicah je pokazala različne strategije za reševanje medjezikovnih ovir; najpogostejša je raba splošno sporazumevalnega jezika, kot sta srbohrvaščina in angleščina. Obema nivojema zdravstvene dejavnosti je skupno pomanjkanje možnosti za vključevanje uradnega tolmača ali medkulturnega mediatorja, glede na raven zdravstva pa se vzpostavlja razlika pri pogostosti uporabe tolmačev kot strategije za vzpostavljanje komunikacije s pacientom. Smiselno bi bilo oblikovati večnivojsko strategijo obravnave takih pacientov, saj se jezikovna diverziteteta na vseh nivojih povečuje. Medicinske sestre za kakovostno delo potrebujejo izdelane pristope k reševanju jezikovnih ovir.

### Zahvala

Avtorice se zahvaljujejo Zbornici–Zvezi in Zdravniški zbornici Slovenije za sodelovanje pri izvedbi ankete.

### Izjava

Prispevek je nastal v okviru raziskave, izvedene v okviru projekta Izdaja slovarja, namenjenega lažji komunikaciji migrantov z zdravstvenim osebjem, ki ga sofinancirata Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije in Evropska unija iz Sklada za azil, migracije in vključevanje. Projektni partnerji: Univerza v Ljubljani: Filozofska fakulteta, Zdravstvena fakulteta in Medicinska fakulteta; Nacionalni inštitut za javno zdravje in Zdravniška zbornica Slovenije.

## LITERATURA

Betancourt, J.R., Green, A.R., Carrillo, J.E. & Ananeh-Firempong, O., 2003. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118(4), pp. 293–302.

Bischoff, A., Bovier, P.A., Isah, R., Françoise, G., Ariel, E. & Louis, L., 2003. Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral, *Social Science and Medicine*, 57(3), pp. 503–512.

Czaika, M. & de Haas, H., 2014. The Globalization of Migration: Has the World Become More Migratory?. *International Migration Review*, 48(2), pp. 283–323.

Diamond, L., Sukyung, Ferguson, W., Gonzalez, J., Jacobs, E.A. and Gany, F., 2014. Relationship between Self-Assessed and Tested Non-English Language Proficiency among Primary Care Providers. *Medical care*, 52(5), pp.435–438.

Haith-Cooper, M., 2014. Mobile translators for non-English-speaking women accessing maternity services. *British Journal of Midwifery*, 22(11), pp. 795–803.

Kelley, J.M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H., 2014. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 9(4), p. e94207.

McCalman, J., Jongen, C. & Bainbridge, R., 2017. Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: A systematic scoping review of the literature. *International Journal for Equity in Health*, 16(78), pp. 1–20.

Ministrstvo za notranje zadeve, 2017. Veljavna dovoljenja za prebivanje Available at: [http://www.mnz.gov.si/si/mnz\\_za\\_vas/tujci\\_v\\_sloveniji/statistika/](http://www.mnz.gov.si/si/mnz_za_vas/tujci_v_sloveniji/statistika/) [5. 6. 2017].

Van Den Muijsenbergh, M., Teunissen, E., Van Weel-Baumgarten, E. & Van Weel, C., 2016. Giving voice to the voiceless: How to involve vulnerable migrants in healthcare research. *British Journal of General Practice*, 66(647), pp. 284–285.

O'Reilly-de Brún, M., de Brún, T., Okonkwo, E., Bonsenge-Bokanga, J.-S., De Almeida Silva, M. M., Ogbemor, F., et al., 2015. Using participatory learning & action research to access and engage with "hard to reach" migrants in primary healthcare research. *BMC Health Services Research*, 16(1), p. 25.

Probst, S. & Imhof, L., 2016. Management of language discordance in clinical nursing practice – A critical review. *Applied Nursing Research. Elsevier Inc.*, 30, pp. 158–163.

Shea, S. & Lionis, C., 2014. Introducing the Journal of Compassionate Health Care. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1), p. 7.

Slovenska turistična organizacija, 2015. Turizem v Sloveniji. Ljubljana. Available at: <https://www.slovenia.info/sl/poslovne-strani/raziskave-in-analize/slovenski-turizem-v-stevilkah> [7. 6. 2017].

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A.L., Marshall, R.J., Whitaker, N. & Rasmussen, P., 2016. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), pp. 723–734.

Woodward, A., Howard, N. & Wolffers, I., 2014. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), pp. 818–830.

Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Filej, B., Verbič, M. & Založnik, S., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 11–16.

Živčec Kalan, G., Petek Šter, M. & Kersnik, J., 2012. Elementi obremenitve zdravnikov družinske medicine z delom. *Zdravniški Vestnik*, 81(6), pp. 461–469.

# EVALVACIJA BOLEČINSKE LESTVICE NIPS PRI NOVOROJENČKU Z MERJENJEM TKIVNE OKSIGENACIJE V SOMATOSENZORNEM PREDELU MOŽGANSKE SKORJE

## NIPS PAIN LEVEL SCALE EVALUATION IN NEWBORNS THROUGH MEASUREMENTS OF TISSUE OXYGENATION IN SOMATOSENSORY CORTEX

Janja Gržinič, mag. zdr. nege, pred.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika

doc. dr. Melita Peršolja, prof. zdr. vzg., viš. med. ses.

Fakulteta za vede o zdravju Dislocirana enota Nova Gorica, Univerza na Primorskem

melita.persolja@fvz.upr.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Hospitalizirani novorojenčki so v času zdravljenja izpostavljeni številnim posegom in postopkom, ki lahko povzročijo bolečine, npr. vsaj enkrat dnevno so izpostavljeni kapilarnemu ali venskemu odvzemu krvi. Namen raziskave je bil opredeliti uporabnost lestvice NIPS v zdravstveni negi novorojenčka. **Metode:** Z neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja so bili v presečni študiji z meritvami zbrani podatki petintridesetih novorojenčkov, katerih značilnosti so izpolnjevale kriterije raziskave. Raziskava je bila zasnovana kot primerjava vrednosti tkivne oksigenacije z oceno po bolečinski lestvici NIPS, pred bolečinskim dražljajem, med njim in po njem. **Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da se ocena stopnje bolečine z lestvico NIPS ob bolečinskem dražljaju statistično značilno razlikuje od ocene pred bolečinskim dražljajem in po njem. Sprememba ocene NIPS ob bolečinskem dražljaju je statistično značilno povezana s spremembo tkivne nasičenosti s kisikom, merjene z metodo NIRS nad somatosenzoričnim delom možganske skorje ob bolečinskem dražljaju. Najvišje število možnih točk ima na bolečinski lestvici jok, najbolj specifičen znak bolečine pri novorojenčku pa je obrazna mimika. **Diskusija in zaključek:** Lestvica NIPS je dovolj občutljiva in verodostojna, da omogoča medicinski sestri zaznavo in oceno bolečine pri novorojenčku. Ob bolečinskem dražljaju je mogoče zaznati značilno zvišanje ocene bolečine po lestvici NIPS ter sočasno znižanje tkivne oksigenacije.

**Ključne besede:** evalvacija, bolečina, lestvica NIPS, novorojenček

## ABSTRACT

**Introduction:** Hospitalized newborns are exposed to a variety of procedures that can cause pain, for example, at least once a day to capillary or venipuncture. The purpose of the study was to determine the usability of the NIPS pain scale in newborn nursing care. **Methods:** In the cross-sectional study using the non-experimental quantitative research, measurements from thirty-five selected newborns were collected. The aim of the study was to compare the values of tissue oxygenation measured with the NIRS method over the somatosensory part of the cerebral cortex with the NIPS pain score. The measurements were related to pain stimulus. **Results:** The degree of pain measured with the NIPS scale significantly changed related to pain stimulus. Change in the NIPS score correlated to the values of tissue oxygenation. The highest score on the pain scale related to baby crying, but the most specific symptom of newborn pain was facial mimics. **Discussion and conclusion:** Painful stimulus causes a significant increase in the NIPS score and a reduction in tissue oxygenation. The NIPS scale is sensitive to changes in tissue oxygenation and enables nurses to detect and evaluate pain in newborns.

**Keywords:** evaluation, newborn, NIPS scale, pain

## UVOD

Mednarodno združenje za preučevanje bolečine (International Association for the Study of Pain) opredeljuje bolečino kot neprijetno senzorično in čustveno izkušnjo, povezano z dejansko ali možno poškodbo tkiva (Follin & Charland, 1992). Definicija je za novorojenčke večinoma neuporabna, saj lahko le osebe, ki so sposobne verbalno komunicirati, jasno navedejo, da občutijo bolečino (Twycross, 2006). Stopnja bolečine namreč ni zgolj posledica somatskih sprememb, temveč je odvisna tudi od subjektivnega doživljanja in jo je zato pri novorojenčku težko objektivno oceniti (Bratanič, et al., 1989). Pri odzivanju novorojenčka na bolečino ni vključena možganska skorja, zaradi česar je dolga leta veljalo, da ne potrebujejo analgetikov (Paro-Panjan, 2015). Zaradi nezrelosti osrednjega živčnega sistema naj bi novorojenčki ne občutili bolečine (Gallo, 2003; Warnock & Lander, 2004), njihovo zaznavanje bolečine naj bi bilo drugačno, manjkal naj bi jim trajni spomin, receptorji za bolečino, ocenjevanje in zdravljenje bolečine naj bi bilo pri novorojenčkih zamudno, uporaba analgetikov pa naj bi imela več negativnih kot pozitivnih učinkov in povečevala naj bi tveganje za odvisnost (Porter, et al., 1997; Salanterä, 1999). Dokazali so, da v 26. tednu gestacijske starosti nastanejo strukturne spremembe, ki omogočajo zaznavanje bolečine in odzivanje nanjo (Paro-Panjan, 2015).

Danes vemo, da novorojenčki bolečino čutijo, saj imajo (tudi nedonošenčki) razvite nevroanatomske in endokrinološke elemente za zaznavanje bolečine in prenos bolečinskih dražljajev. S slikovnimi raziskavami možganske skorje so dokazali kompleksno vključenost nevronske aktivnosti med bolečinskim dražljajem, kar je pomembno spremenilo dotedanja spoznanja o bolečini (Paro-Panjan, 2015). Minio-Paluello in sodelavci (2006) so s pomočjo

metode funkcionalnega magnetno-rezonančnega slikanja ugotovili, da senzorične lastnosti zaznava predvsem leva hemisfera, desna hemisfera pa se ukvarja predvsem s čustvenimi odzivi. Bolečina predstavlja torej dovolj močan dražljaj, ki spremeni vsebnost kisika v somatosenzoričnem delu možganov, kjer so področja za zaznavo in lokalizacijo bolečine. Prepoznava in lajšanje bolečine sta v sodobnem času postali sestavni del zdravstvene nege novorojenčka (Royal College of Nursing, 2009). Bolečino je treba prepoznati in lajšati. Slednje mora biti prioriteta tudi pri obravnavi bolnih novorojenčkov, saj imajo ti v primerjavi z večjimi otroki in odraslimi omejeno možnost izražanja, ob tem pa so izpostavljeni številnim diagnostičnim in terapevtskim postopkom, ki so boleči (Gibbins, 2006; Stevens, 2007).

Ocena bolečine pri novorojenčku temelji na spoznanju in interpretaciji fizioloških, hormonskih in vedenjskih odzivov. Bolečni dražljaji povzročajo poleg vedenjskih odzivov (umaknitveni refleksi, spremembe obrazne mimike, gibi rok, nog in trupa, jok, spremembo razpoloženja, stanja čuječnosti (Larsson, 1999) mnoge in različne fiziološke odzive (spremembe frekvence pulza, vrednosti krvnega tlaka, frekvence in načina dihanja, znojenja in sprememba lokalne tkivne nasičenosti s kisikom v somatosenzornem predelu možganske skorje). Odzivi so odvisni od gestacijske starosti novorojenčka, zdravstvenega stanja ter povzročitelja dražljaja (Stevens, 2002). Van Dijk in sodelavci (2004) navajajo, da gibi telesa zaradi bolečinskega dražljaja vključujejo predvsem večje in sunkovite gibe udov telesa in umikanje delov telesa. Pomemben indikator bolečine je tudi sprememba čuječnosti in vedenja. V dvojno slepi, randomizirani raziskavi so s pomočjo lestvice ocenjevanja vedenja ugotovili (Anand & Hickey, 1987), da ima 90 % novorojenčkov 22 ur po bolečinskem dražljaju še vedno spremenjeno vedenje.

Najpogosteje uporabljen fiziološki pokazatelj bolečine je frekvenca srčnega utripa. Težava je v tem, da ni mogoče določiti referenčne vrednosti srčnega utripa za vse novorojenčke enako (Macefield & Wallin, 1996). Pri bolečinskem dražljaju pride do znižanja nasičenosti krvi s kisikom, kar je moč pripisati periferni vazokonstrikciji in hipoksiji (Storm, 2012), medtem ko se arterijski pritisk in frekvenca dihanja povečata (Hanada, 2003). Slabost fizioloških pokazateljev bolečine je, da nanje vpliva tudi bolezensko stanje, kar pomeni, da so manj specifični znak bolečinskega odziva (Yilmaz & Arikan, 2011). Zaradi invazivnosti postopka v klinični praksi, se manj pogosto kot pokazatelje bolečine uporabljajo barva in prevodnost kože, ter biokemični parametri (Goldman & Koren, 2002). Harrison (2006) navaja da ni standardizirane splošno sprejete metode za oceno bolečine pri novorojenčkih, čeprav je večina lestvic podobnih v parametrih, ki jih ocenjujejo. Najbolj pogosto uporabljena je lestvica NIPS, ki temelji na oceni vedenjskih odzivov na bolečino (Kashaninia, et al., 2008).

Namen raziskave je bil opredeliti uporabnost lestvice NIPS v zdravstveni negi novorojenčka. Cilj je bil ugotoviti povezanost med spremembami fizioloških parametrov tkivne oksigenacije in oceno po bolečinski lestvici NIPS. Preverjene so bile naslednje hipoteze: (a) Ocena stopnje bolečine z lestvico NIPS se ob bolečinskem dražljaju statistično značilno razlikuje od ocene pred bolečinskim dražljajem in po njem; (b) Sprememba ocene NIPS ob bolečinskem

dražljaju je statistično značilno povezana s spremembo tkivne nasičenosti s kisikom, merjene z metodo NIRS nad somatosenzoričnim delom možganske skorje ob bolečinskem dražljaju.

## METODE

Z neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja so bili v presečni študiji podatki zbrani z meritvami bolečinskega odziva. Raziskava je bila zasnovana kot primerjava vrednosti opazovanih spremenljivk pred bolečinskim dražljajem, med njim in po njem.

### Opis instrumenta

Ob rutinskem odvzemu krvi je bila ocenjena stopnja bolečinskega odziva z vedenjskimi pokazatelji lestvice NIPS (mimika obraza, gibi rok in nog, jok, stanje čuječnosti in spremembe dihanja). Znotraj vsakega pokazatelja razločuje lestvica med dvema oziroma tremi stopnjami, označenimi z 0 in 1, 2, pri čemer stopnja 0 označuje osnovno, normalno stanje, 1 in 2 pa spremenjeno – stopnjevano stanje, ki predstavljata stopnjevan odziv na bolečino. Skupni rezultat vseh kategorij je tako lahko od 0 do 7 (Gallo, 2003). Tkivna nasičenost hemoglobina s kisikom ( $rSO_2$ ) je bila merjena nad somatosenzoričnimi predeli možganske skorje z neinvazivno metodo, ki uporablja svetlobo frekvence v bližini spektra infrardeče svetlobe (NIRS). Uporabljena je bila naprava In Vivo Optical Spectroscopy – INVOS (Združene države Amerike). INVOS sistem omogoča neinvazivno in stalno spremljanje regionalne tkivne oksigenacije nad različnimi organi in izračuna ravnovesje med ponujenim in porabljenim kisikom, merjenim pod senzorjem (prehod žarkov skozi hemisfere). Meritve frekvence srca, dihanja in nasičenosti hemoglobina s kisikom so bile opravljene z monitorjem Intelli Vue MP 50, Philips. Zbiranje podatkov je bilo izvedeno s pomočjo zbirnika/obrazca, ki je bil pripravljen posebej za ta namen.

### Opis vzorca

Raziskava je potekala na Kliničnem oddelku za neonatologijo Pediatrične klinike Ljubljana od 1. decembra 2011 do 30. aprila 2012. Vanjo je bilo zajetih vseh 39 novorojenčkov, katerih starši so se strinjali z vključitvijo svojih otrok v raziskavo in ki so izpolnjevali kriterije za vključitev ter so imeli predviden venozni odzem krvi v sklopu obravnave njihovega kliničnega stanja. Seznanili smo jih, da je raziskavo odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (datum obravnave 16. 8. 2011; številka soglasja 123/08/11) in da je raziskava v skladu z načeli Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku.

V raziskovalnem obdobju štirih mesecev je bilo v raziskavo vključenih 39 novorojenčkov. Od teh je bilo 16 (45,7 %) deklic in 19 (54,3 %) dečkov. Povprečna starost ob vključitvi v raziskavo je bila 12,3 dni ( $s = 8,3$ ,  $min = 3$ ,  $max = 29$ ). Njihova povprečna porodna teža je bila 3183 gramov ( $s = 553$ ,  $min = 2095$ ,  $max = 4090$ ). Medicinske diagnoze so bile raznolike: 4 novorojenčki (11,4 %) so preboleli akutno okužbo dihal in akutni bronhiohilitis, po dva (5,7 %) otroka sta imela sistolni šum, hiperbilirubinemijo in sum na sepsu.



Pri 35 (89,7 %) donošenih novorojenčkih (gestacijska starost 37–42 tednov), kronološke starosti od 0 do 30 dni, smo uspešno izvedli vse meritve, pri 4 so bile meritve neuspešne zaradi izpada elektrod. Otroci, ki so bili vključeni v raziskavo pri venskem odvzemu krvi, niso prejeli nobenih farmakoloških ali nefarmakoloških sredstev za lajšanje bolečine (sesanje igralne dude, zavijanje, uporaba 12 % saharoze), saj bi z njimi prekrili realne rezultate.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Preiskovanci so imeli predpisan rutinski odvzem venozne krvi za preiskave. V času merjenja in beleženja parametrov (pred, med in po venepunkciji) so bili odstranjeni dodatni slušni, olfaktorni in vizualni dražljaji, ki bi utegnili vplivati na preiskovance. Novorojenčki prav tako niso imeli tolažilnega cuclja in niso prejeli nobenih protibolečinskih zdravil. Ležali so v udobnem položaju, eno uro pred venepunkcijo so jim bili nameščeni merilni instrumenti - elektrode za monitoriranje življenjskih funkcij. Istočasno sta bili novorojenčku nameščeni dve sondi za merjenje tkivne oksigenacije ( $rSO_2$ ) na kožo lobanjskega svoda, parietalno nad somatosenzorične dele možganske skorje. Sondi sta bili pritrjeni z elastičnim trakom. Meritve so bile izvedene dve minuti pred venepunkcijo, med venepunkcijo ter dve minuti po njej. Pri venskem odvzemu krvi so sodelovale tri medicinske sestre. Prva, medicinska sestra izvajalka, je izvedla venepunkcijo, druga je stabilizirala otroka v položaju, tretja pa je bila opazovalka in je na lestvici NIPS beležila vedenjske kazalce. Vsi venski odvzemi so bili izvedeni po enakem protokolu. Po navodilih izvajalke venepunkcije je s pritiskom na gumb oz. z oznakami beležila dogodke med intervencijo tako, da so bili zaznani na obeh monitorjih.

Statistična obdelava podatkov je bila narejena s programom SPSS verzija 17.0 (Chicago, IL, USA). Prva hipoteza je bila testirana s pomočjo Friedmanovega testa. Post-hoc primerjave med skupinami (ocena NIPS v časovnih točkah) so bile narejene s pomočjo Wilcoxonovega testa vsote rangov. Pri testiranju druge hipoteze je bil uporabljen Studentov t-test ali v primeru nenormalnosti porazdelitve Mann Whitneyev U-test. Povezanost med spremenljivkami je bila izmerjena s Spearmanovim koeficientom korelacije. Za statistično značilne smo vrednotili rezultate s stopnjo tveganja, ki je bila nižja od 5 % ( $p < 0,05$ ).

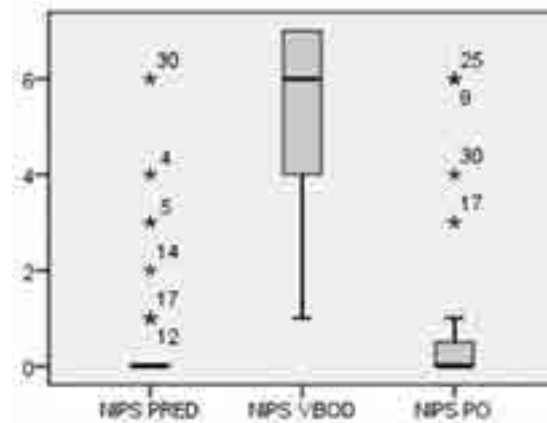
## REZULTATI

Pred vbodom je le 6 novorojenčkov oceno po lestvici NIPS drugačno od 0 (Tabela 1). Ob vbodu so imeli vsi novorojenčki oceno drugačno od 0, pri čemer je bila najnižja 1, najvišja pa 7. Povprečna ocena bolečine ob vbodu je bila 5.3 (Mediana = 6,  $s = 1,95$ ). Po vbodu se je povprečna ocena bolečine pri novorojenčku večinoma znižala. Vrednosti po vbodu so bile od 0 do 6. Kar 89 % otrok je dobilo oceni 0 in 1, le 4 otroci (11 %) so imeli vrednosti višje od 1.

Povprečne ocene lestvice NIPS ob vbodu so bile značilno višje (3,00) kot pred vbodom (1,47) in po njem (1,53;  $\chi^2 = 62,889$ ;  $p < 0,05$ ). Razlika je statistično značilna (Slika 1). Z Wilcoxonovim testom vsote rangov je bila ugotovljena razlika v rangiranjih pred vbodom, ob vbodu in po njem. Razliki sta statistično značilni v obeh primerih. Ocene NIPS so bile značilno višje ob

vbodu kot pred vbodom ( $Z = -5,183$ ,  $p < 0,05$ ), in značilno nižje ob vbodu v primerjavi s tistimi po vbodu ( $Z = -185$ ,  $p < 0,05$ ).

Dve minuti po vbodu izmerjena  $rSO_2$  je tudi v povprečju zelo malo upadla. V času umirjanja bolečine, od venepunkcije do dve minuti kasneje, med ocenama NIPS in  $rSO_2$  ni bilo značilne povezanosti.



Slika 1: Ocena bolečine z lestvico NIPS dve minuti pred venepunkcijo (NIPS PRED), med njo (NIPS VBOD) in dve minuti po njej (NIPS PO)

Ugotovljena je bila statistično značilna povezanost v spremembi vrednosti na lestvici NIPS in  $rSO_2$  v levi hemisferi ob vbodu glede na stanje pred vbodom (Tabela 1). Povezanost sprememb v vrednostih obeh meritev je srednje visoka, negativna in statistično značilna. Otrokom se je ob vbodu povečala ocena na lestvici NIPS in hkrati znižala vrednost  $rSO_2$  v levi hemisferi.

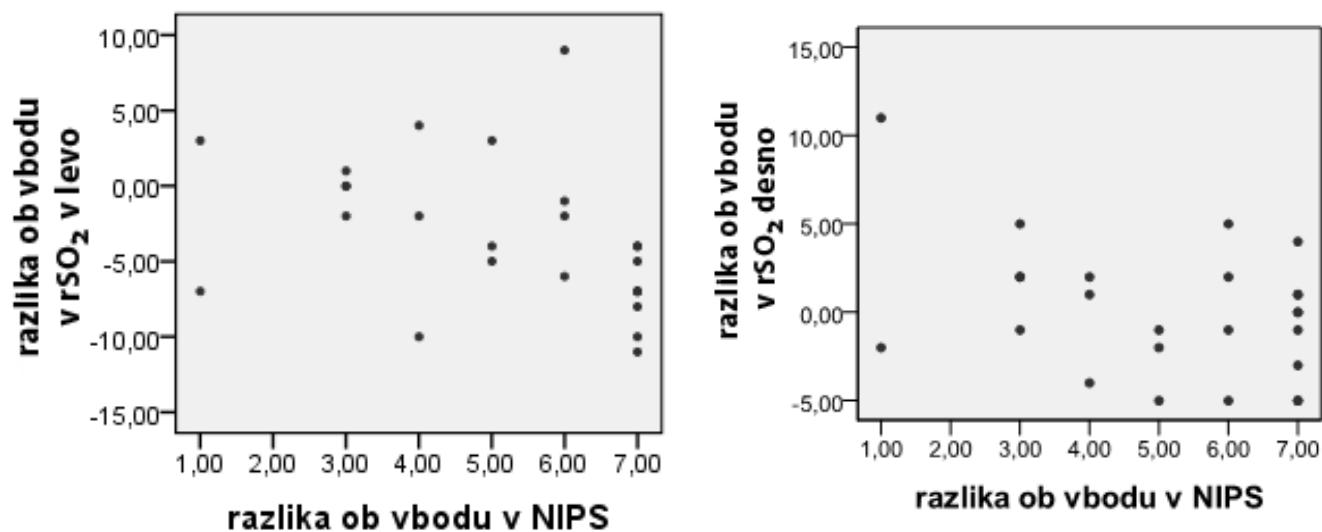
Tabela 1: Povezanost spremembe ocene NIPS z vrednostjo  $rSO_2$  pred in po vbodu glede na vrednost v času venepunkcije

Korelacija $rSO_2$ / NIPS	Rho	
	Ocena po NIPS (pred / med venepunkcijo)	Ocena po NIPS (med / po venepunkciji)
$rSO_2$ v levi hemisferi	-0,536 ( $p = .006$ )	0,08 ( $p = .702$ )
$rSO_2$ v desni hemisferi	-0,108 ( $p = .608$ )	-0,196 ( $p = .348$ )

Legenda:  $rSO_2$  – tkivna oksigenacija, NIPS – Neonatal Infant Pain Scale, Rho – Spearmanov koeficient korelacije, p – statistična značilnost

Parametri pred vbodom in v času vboda so se razlikovali tako pri vrednosti  $rSO_2$ , kot tudi pri oceni bolečine na NIPS lestvici. Smer povezanosti je negativna; otrokom z višjo oceno po

NIPS je vrednost  $rSO_2$  bolj upadla kot tistim z nižjo oceno po NIPS. Negativna povezanost med spremembo obeh parametrov je bolj izrazita v levi hemisferi (Slika 2).



Slika 2: Povezanost med razlikama v vrednosti NIPS in  $rSO_2$  ob vbodu glede na opazovano področje možganske skorje

## DISKUSIJA

Lestvica NIPS je dovolj občutljiva in verodostojna, da medicinska sestra zazna in oceni bolečino pri novorojenčku. Namen raziskave je bil ugotoviti uporabnost lestvice NIPS v vsakdanji praksi s primerjavo vrednosti parametrov lestvice in tkivne oksigenacije možganov. Petintridesetim novorojenčkom, ki so ustrezali raziskovalnim kriterijem, je bila ob rutinski venepunkciji izmerjena stopnja bolečine z dvema metodama. Ocena stopnje bolečine z lestvico NIPS se ob bolečinskem dražljaju značilno razlikuje od ocene pred bolečinskim dražljajem in po njem. Sprememba ocene NIPS je značilno povezana s spremembo tkivne nasičenosti s kisikom, nad somatosenzoričnim delom možganske skorje pred in ob bolečinskem dražljaju.

Bolečina se pri novorojenčkih se v praksi in v raziskavah meri na različne načine, od spremljanja sprememb v vedenju do meritev fizioloških parametrov (Stevens, et al., 2007). Ker predstavlja oviro pri razvoju, je treba bolečino pri otroku preprečevati in lajšati, najlažje pa jo ocenimo z uporabo standariziranih merilnih inštrumentov. Lestvica NIPS omogoča hitro in enostavno oceno bolečine. Ugotovljeno je bilo, da so ob bolečinskem dražljaju vedenjski pokazatelji močno porasli in da so dve minuti po njem zelo hitro upadli. Visoka ocena bolečine po lestvici NIPS v času med venepunkcijo in njen upad po posegu nakazuje občutljivost instrumenta za spremembe v vedenju novorojenčka. Čeprav se zdijo nekateri pokazatelji znotraj lestvice manj občutljivi (npr. pri obrazni mimiki se je težko odločiti, če gre za spremembo stanja čuječnosti ali bolečino, saj se novorojenček lahko podobno odziva), opazovanje vseh elementov istočasno omogoča hitro oceno stanja novorojenčka.

Najvišje število možnih točk ima na bolečinski lestvici jok. Leta 1960 je bil jok nespecifično obravnavan (kot lakota), kasneje so ga uporabili kot zanesljiv pokazatelj bolečine. V letu 2003 pa je bil opisan kot nezanesljiv kazalec bolečine. Za približno polovico novorojenčkov, ki ne jokajo med bolečinskim dražljajem ali po njem je bilo namreč ugotovljeno, da kljub temu občutijo bolečino (Bellieni, 2008). Podobno, so tudi Branam, et al. (2006) navedli, da sta jok in gibanje telesa povezana z tudi z drugimi stanji, kot so lakota, strah, nelagodje. Obrazna mimika se je, podobno, kot so ugotovili v drugih raziskavah (Slater, et al., 2008; Schiavenato, et al., 2011), izkazala kot specifičen znak, ki je skladen z odzivom na bolečino pri novorojenčku obenem pa šibko povezan z ostalimi vedenjskimi in fiziološkimi kazalci bolečine. Spremembe obrazne mimike ob bolečinskem dražljaju so bile opisane pri več kot 90 % novorojenčkov, ki so bili izpostavljeni bolečini, opisujejo pa jih nagubano čelo, stisnjene veke, dvignjene ličnice in odprta usta (Kunz, et al., 2011; Schiavenato, et al., 2011). Ob bolečinskem dražljaju prihaja do vedenjskih sprememb, kar se v največji meri odražajo s spremembo obrazne mimike in z jokom, istočasno pa se spremeni kortikalna aktivnost na somatosenzoričnem predelu možganske skorje. Podobne ugotovitve je opisal tudi Slater in sodelavci (2008), ki prav tako opisuje povezavo med tkivno oksigenacijo izmerjeno z NIRS in s točkovanjem bolečinskega dražljaja z lestvico NIPS. Spremembe ob bolečinskem dražljaju v možganski skorji so ugotovili tudi v drugih raziskavah (Bartocci, et al., 2006; Slater, et al., 2008; Tina, et al., 2009).

Ugotovljeno je bilo, da je sprememba  $rSO_2$  bolj opazna na levi hemisferi možganov. Vrednosti  $rSO_2$  v somatosenzoričnem delu leve poloble so bile v izhodišču nižje v primerjavi z vrednostmi desne poloble, ob dražljaju pa so vrednosti leve padle na nižjo vrednost kot desne ter so po dražljaju ostale na nižji vrednosti oz. so dve minuti po vbodu povprečno zelo malo upade. Iz tega bi morda lahko sklepali, da je v možganskih poloblah prišlo do aktivacije nevronov ob bolečinskem dražljaju ter posledično do povečane presnove in porabe kisika. Senzorične lastnosti zaznava predvsem leva hemisfera (Minio-Paluello, et al., 2006).

Poleg objektivnih meritev je raziskava omogočala tudi delno subjektivni vpliv raziskovalcev, od medicinske sestre opazovalke je bilo odvisno, kako bo prepoznala novorojenčkovo vedenje. Za nadaljnjo raziskavo bi bilo dobro poenotiti protokol venepunkcije: upoštevati odvzem iz istega predela telesa, upoštevati časa hranjenja, isti izvajalec pri odvzemu krvi, izbrati kanilo enakega lumna in snemanje ob venskem odvzemu.

## ZAKLJUČEK

Bolečino pri novorojenčku prepoznamo z uporabo sistematičnih in standardiziranih lestvic, med katerimi je lestvica NIPS ovrednotena kot občutljiva, verodostojna in hitra metoda prepoznavanja in merjenja bolečine. Bolečina sproži odzive v somatosenzoričnem delu možganske skorje, zato jo je potrebno preprečevati in lajšati. Prvi korak k temu je uporaba standardiziranih merilnih inštrumentov, kot je lestvica NIPS, ki jo uporabimo za merjenje bolečine – petega vitalnega znaka, v neonatalnem obdobju.

## Literatura

- Anand K.J. & Hickey P.R., 1987. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine*, 317(21), pp. 87–96.
- Anand K.J., 2007. Pain assessment in preterm neonates. *Pediatrics*, 119(3), pp. 605–607.
- Bartocci, M., Bergqvist, L.L., Lagercrantz, H., Anand K.J., 2006. Pain activates cortical areas in the preterm newborn brain. *Pain*, 122(1-2), pp. 109–117.
- Bellieni, C.V. & Buonocore, G., 2008. Pain assessment and spectral analysis of neonatal crying. In: Bellieni, C.V., Buonocore, G., eds. *Neonatal pain; suffering, pain and risk of brain damage in the fetus and newborn*. Milano: Springer-Verlag, pp. 67–72.
- Brahnam, S., Chuang, C.F., Shih, F.Y., Slack, M.R., 2006. Machine recognition and representation of neonatal facial displays of acute pain. *Artificial Intelligence in Medicine*, 36(3), pp. 211–222.
- Bratanič, B., Sever, M., Paro, D., 1989. Bolečina pri novorojencih. In: Peče H, ed. *XI. Derčevi pediatrični dnevi*. Ljubljana: Univerzitetna pediatrična klinika v Ljubljani, pp. 29–34.
- Craig, K.D., Whitfield, M.F., Grunau, R.V., Linton, J., Hadjistavropoulos, H.D., 1993. Pain in the preterm neonate: behavioural and physiological indices. *Pain*, 52(3), pp. 287–299.
- Follin, S.L. & Charland S.L., 1992. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma. *The Annals of Pharmacotherapy*, 31(9), pp. 1068–1176.
- Gallo, A.M., 2003. The fifth vital sign: implementation of the neonatal infant pain scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, (32)2, pp. 199–206.
- Gibbins, S., Maddalena, P., Moulds, W., Garrard, F., Jan Mohamed, T., Nichols, A., et al., 2006. Pain assessment and pharmacologic management for infants with NEC: a retrospective chart audit. *Neonatal Network*, 25(5), pp. 339–345.
- Goldman, R.D. & Koren, G., 2002. Biological markers of pain in the vulnerable infant. *Clinics in Perinatology*, 29, pp. 415–425.
- Hanada, A., Sander, M., González-Alonso, J., 2003. Human skeletal muscle sympathetic nerve activity, heart rate and limb haemodynamics with reduced blood oxygenation and exercise. *The Journal of Physiology*, 551(2), pp. 635–647.
- Harrison, D., 2006 Assessment of pain in sick hospitalised infants. *Neonatal Paediatric & Child Health Nursing*, 9(2), pp. 25–29.
- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M., Noghabi, A., 2008. The effect of kangaroo care on behavioral responses to pain of an intramuscular injection in neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4), pp. 275–280.
- Kunz, M., Chen, J.I., Lautenbacher, S., Vachon-Preseau, E., Rainville, P., 2011. Cerebral regulation of facial expressions of pain. *The Journal of Neuroscience*, 31(24), pp. 8730–8738.
- Larsson, B.A., 1999. Pain management in neonates. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 88(12), pp. 1301–1310.

- Macefield, V.G. & Wallin, B.G., 1996. The discharge behaviour of single sympathetic outflow in normotensive human sweat glands. *Journal of the Autonomic Nervous System*, 61(3), pp. 277–286.
- Minio-Paluello, I., Avenanti, A., Aglioti, S.M., 2006. Left hemisphere dominance in reading the sensory qualities of others' pain? *Society of Neuroscience*, 1(3-4), pp. 320–333.
- Paro-Panjan D, 2015. Bolečina pri novorojenčku. In: Battelino, T., Novljan, G., Paro–Panjan, D., *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, pp. 105–117.
- Porter, F.L., Wolf, C.M., Gold, J., Lotsoff, D., Miller, J.P., 1997. Pain and pain management in newborn infants: A survey of physicians and nurses. *Paediatrics*, 100(4), pp. 626–632.
- Royal College of Nursing. Clinical practice guidelines, 2009. *The recognition and assessment of acute pain in children; update of full guideline*. London: Royal College of Nursing, pp. 3–73.
- Salanterä, A., 1999. Finnish nurses' attitudes to pain in children. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), pp. 727–736.
- Schiavenato, M., Butler-O'Hara, M., Scovanner, P., 2011. Exploring the association between pain intensity and facial display in term newborns. *Pain Research and Management*, 16(1), pp. 10–12.
- Slater, R., Cantarella, A., Franck, L., Meek, J., 2008. How well do clinical pain assessment tools reflect pain in infants? *Public Library of Science*, (5)6, pp. 928–933.
- Stevens, B. & Gibbins, S., 2002. Clinical utility and clinical significance in the assessment and management of pain in vulnerable infants. *Clinics in Perinatology*, 29(3), pp. 459–468.
- Stevens, B., McGrath, P., Gibbins, S., Beyene, J., Breau, L., Camfield, C., et al., 2007. Determining behavioural and physiological responses to pain in infants at risk for neurological impairment. *Pain*, 127(1–2), pp. 94–102.
- Storm, H., 2012. Pain assessment in neonates. In: Chen, W., Bambang Oetamo, S., Feijs, L., eds. *Neonatal Monitoring Technologies: Design for Integrated Solutions*. Norway: University of Oslo, pp. 280.
- Tina, L.G., Frigiola, A., Abella, R., Artale, B., Puleo, G., D'Angelo, S., et al., 2009. Near infrared spectroscopy in healthy preterm and term newborns: correlation with gestational age and standard monitoring parameters. *Current Neurovascular Research*, 6(3), pp. 148–154.
- Twycross, A., 2006. Managing pain during first year of life. *Infant*, 2(1), pp. 10–14.
- Van Dijk, M., Simons, S., Tibboel, D., 2004. Pain assessment in neonates. *Paediatric and Perinatal Drug Therapy*, 6(2), pp. 97–103.
- Warnock, F. & Lander, J., 2004. Foundations of knowledge about neonatal pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(2), pp. 170–179.
- Yilmaz, F. & Arikan, D., 2011. The effects of various interventions to newborns on pain and duration of crying. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), pp. 1008–1017.

## KOMPLEMENTARNI PRISTOPI IN IZZIVI V PALIATIVNI OSKRBI ONKOLOŠKIH PACIENTOV

### COMPLEMENTARY APPROACHES AND CHALLENGES IN PALLIATIVE CARE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Nadja Lubajšek, dipl. m. s., mag. zdr. nege, strokovni sodelavec

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk

nadja.lubajsek@gmail.com

#### IZVLEČEK

Mnogim onkološkim pacientom komplementarna medicina pomaga pri lajšanju različnih simptomov in stranskih učinkov zdravljenja in izboljša kakovost življenja. Izraz komplementarna medicina se uporablja za opis terapevtskih tehnik, ki niso del uradne medicine, ampak jo dopolnjujejo. Metode komplementarne medicine postavljajo v ospredje celovito osebo; fizično, čustveno, duhovno in socialno in vpliv bolezni nanjo ter vključujejo tehnike homeopatije, ajurvede, akupunkturo, masaže, refleksologije, joge, taichi, hipnoterapije, aromaterapije, terapije z glasbo, TENS, hipnozo, itd. Kadar se onkološki pacient bori s težko boleznijo, se v ospredje ne postavljajo samo stranski učinki in simptomi bolezni. Ob sami bolezni se pogosto pojavlja tudi utrujenost (fatig) in nelagodno počutje zaradi onkološkega zdravljenja. Ne glede na to ali je pri pacientu v ospredju neznosna bolečina terminalne bolezni, slabost ali bruhanje zaradi kemoterapije ali radioterapije; se nemalokrat pot zdravljenja nikoli ne zaključi. Namen prispevka je predstaviti uspešnost komplementarnega pristopa pri onkoloških pacientih v paliativni oskrbi, predstaviti različne veje komplementarne medicine in alternativnih pristopov, predstaviti na dokazih podprte raziskave, da kombinacija farmakološke in ne farmakološke terapije učinkovito izboljša kvaliteto življenja. Predstaviti, da moderna zdravstvena nega in medicina potrebuje pomoč in sodelovanje komplementarne medicine in sprejetje holističnih pristopov pri obravnavi onkoloških pacientov v paliativni oskrbi.

**Ključne besede:** komplementarna medicina, paliativna oskrba, onkološki pacient

#### ABSTRACT

Many oncological patients complementary medicine helps to relieve the various symptoms and side effects of treatment and improve the quality of life. The term complementary medicine is used to describe therapeutic techniques that are not part of official medicine, but complement it. The methods of complementary medicine place person in the intergral-

forefront position; physical, emotional, spiritual and social and the impact of illness on it and include techniques of homeopathy, ayurveda, acupuncture, massage, reflexology, yoga, taichi, hypnotherapy, aromatherapy, therapy with music, TENS, hypnosis, etc. The side effects and symptoms of the disease are not always placed in the foreground. At the very time of the illness, fatigue and uneasiness are often associated with oncological treatment. Regardless of whether the patient is at the forefront of unbearable pain of terminal illness, nausea or vomiting due to chemotherapy or radiotherapy; often the path of treatment never ends. The purpose of the article is to present the success of a complementary approach in oncology patients in palliative care, to present different branches of complementary medicine and alternative approaches, to present on the evidence of a supported research that the combination of pharmacological and non-pharmacological therapy effectively improves the quality of life. To present that modern nursing care and medicine needs help and cooperation of complementary medicine and the adoption of holistic approaches in dealing with oncological patients in palliative care.

**Keywords:** complementary medicine, palliative care, oncological patient

## UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredeljuje paliativno oskrbo (PO) kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da omogočimo zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav (WHO, 2017).

Komplementarna ali dopolnilna medicina je po definiciji ameriškega Nacionalnega centra za komplementarno in integrativno zdravje, veja, kjer se običajna praksa v uporabi različnih vrst komplementarnega zdravljenja uporablja vzporedno s konvencionalno medicino. Glede na raziskavo iz leta 2012 je dobrih 17 % Američanov že uporabljalo komplementarno terapijo, najpogosteje v obliki prehranskih dopolnil vitaminov in mineralov (NIH, 2016).

Ogromno pacientov z značilnimi simptomi v paliativni oskrbi se kljub podpori tradicionalne medicine obračajo h komplementarnim pristopom in tako skušajo olajšati fizične in emocionalne stranske učinke. Komplementarna medicina skuša izboljšati fizične, mentalne in duhovne težave ter tako pripomore pri izboljšanju simptomov v paliativni oskrbi. Sprejeti težko diagnozo in bolezen, ki ogroža življenje je zelo težko za pacienta in njegove svojce, zato se vse večje število obolelih obrača tudi v alternativne in komplementarne pristope (Anon., 2017).

Komplementarna medicina vključuje velik izbor nekonvencionalne terapije in se lahko uporablja skupno s tradicionalno medicino. Tako poznamo velik izbor uporabe zeliščnih in ne-zeliščnih pripravkov in dopolnil, različne uporabe metod za telo, um in duha ter različne



terapije, ki so vezane na prehrano in ročno masažo. Ben-Arye in sodelavci (2016) so v svojem prispevku opisali, da komplementarno medicino uporablja 70 % njihovih pacientov z napredovalim onkološkim obolenjem. Veliko pacientov je trdilo, da uporaba komplementarne medicine podaljša življenje, izboljša kvaliteto življenja, zmanjša stranske učinke kemoterapije in poviša stopnjo energije in funkcionalnosti (Ben-Ayre, et al., 2016).

## Zakaj se odločiti za komplementarno terapijo v času paliativne oskrbe?

Bismark in sodelavci so leta 2014 podali izsledke raziskave, kjer so intervjuvali 108 pacientov, ki so se zdravili v zadnjem stadiju torakalnega karcinoma. 42 % pacientov je priznalo, da uporablja vsaj eno vrsto komplementarne terapije. Raziskava je pokazala, da pacienti, ki so uporabljali komplementarno terapijo, so lažje prenašali stres in izboljšali čustveno in duhovno stanje. Pogosto komplementarna terapija pomaga pri zmanjšanju bolečine, povečuje odpornost in lajša stranske učinke bolezni in zdravljenja. Sistematična analiza raziskave (Lorenz, et al., 2008) je pokazala, da obstajajo dokazi, ki kažejo kako komplementarna medicina izboljšuje kvaliteto življenja v paliativni oskrbi.

### Vrste komplementarne terapije

Na tržišču obstaja vsaj 200 različnih vrst komplementarne terapije. Razvrstimo jih lahko v 4 glavne skupine, kar nam omogoča razumevanje njihove uporabe (Mansky, 2006):

- Biokemična terapija (zelišča, prehranska dopolnila, minerali, vitamini, Bachova cvetna esenca, homeopatija, olja za aromaterapijo, itd.)
- Biomehanična terapija (masaže, osteopatija, kiropraktika, refleksologija, Alexandrove tehnike, itd.)
- Stil življenja (okolje, dieta, telovadba, meditacija, relaksacija, meditacija, hipnoza, itd.)
- Bioenergetska terapija (akupunktura, Reiki, Tai Chi, terapevtski dotik, kinesiologija, itd.).

Komplementarno terapijo pa nekateri klasificirajo v štiri skupine (Priyanka & Aditi, 2015):

- fizična,
- kognitivna,
- vedenjska,
- ostale komplementarne- invazivne ne- invazivne metode.

### Najpogostejše uporabe komplementarne terapije pri obravnavi pacientov v paliativni oskrbi

- Periferne terapije – stimulirajo kožo pacienta s toplo- mrzlimi obkladki, vajami, primernim položajem bolečega dela, omejitvami gibanja, počivanjem, akupunkturo, hidroterapijo,
- TENS, masažo in terapevtskim dotikom. Uporaba te terapije je predvsem primerna pri vnetjih, edemih, progresivnim poškodbam tkiva, spazmih mišic in izgubo funkcionalnosti celotnega telesa, ki je velikokrat povezano s akutno bolečino (Yurdanur, 2017).
  - Akupunktura – je pomembna komponenta tradicionalne kitajske medicine, ki se je razširila tudi pri nas s kombinacijo konvencionalne medicine. Akupunktura je metoda

zdravljenja, ki omogoča telesu, da preide v normalno ravnovesje s stimulacijo igel na določenih delih telesa. Akupunktura se je prav tako izkazala za lajšanje slabosti in bruhanja zaradi kemoterapije. Klinične raziskave so pokazale, da uporaba akupunkture pri zdravljenju onkoloških pacientov deluje preventivno pri kserostomiji (suha usta), vročinskih oblivih pacientk, ki uporabljajo hormonsko terapijo pri zdravljenju raka dojke. Raziskava AcuFatigue pa je leta 2012 pokazala, da uporaba akupunkture enkrat tedensko zmanjša utrujenost (fatigue) in izboljša kvaliteto življenja. Obstajajo tudi dokazi, da akupunktura omogoča hitrejšo in učinkovitejšo analgezijo takrat, ko je uporaba akupunkturnih igel globlja (Paley, et al., 2011).

- Masaža – z masažo omogočimo manipulacijo mehkih tkiv telesa z različnimi masažnimi tehnikami. Periferni receptorji se s pomočjo masaže stimulirajo in možgane dosežejo preko hrbtenjače. Masaža omogoča zmanjšanje stresa in anksioznosti ter prispeva pri kontroli bolečine (Falkensteiner, et al., 2011). Raziskave potrjujejo, da uporaba masaže pri onkoloških pacientih lajša simptome, vendar le za kratek čas. Sistematičen pregled 27 različnih raziskav pa je pokazal, da se je v 26 raziskavah izboljšalo stanje anksioznosti, čustvenega stresa, udobja, slabosti in bolečine (Lafferty, et al., 2006).
- Refleksologija – uporaba pritiska rok na določene točke telesa (stopala, roke, ušesa), ki bi naj bile povezane s telesnimi organi. Pritisk povzročimo z določeno tehniko pritiska rok ali prstov in tako skušamo zmanjšati stres telesa. Long in sodelavci (2001) opisujejo, da se refleksologija uporablja še posebej v zadnjem stadiju bolezni, ko želimo zmanjšati jakost bolečine, za lajšanje stranskih učinkov kemoterapije in izboljšanje kvalitete življenja.
- Joga – starodaven sistem zdravljenja, ki vsebuje različne asane oz. položaje s pomočjo tehnik dihanja in meditacije. Dokazano je tudi, da joga ne stimulira samo mišic, ampak tudi krvni obtok in limfni obtok. Globoke in sprostitvene tehnike dihanja povečajo dotok kisika v kri do celic, omogoča dotok vitalnih hranil do utrujenih celic in izločanje toksinov iz telesa. Ameriško onkološko združenje je predstavilo dokaze Nacionalnega instituta za zdravje v Ameriki. Združenje je podalo mnenje, da joga pomaga pri simptomih, ki jih povzroča rak. Tudi nekatere študije so pokazale, da joga pozitivno vpliva na pacientke z rakom dojke in jim tako izboljša kvaliteto življenja. Meta analiza druge raziskave pa je pokazala, da joga pozitivno vpliva na psiho- fizično počutje onkoloških pacientov ter ima velik vpliv za izboljšanje simptomov, kot so: fatig, anksioznost, počutje, stres (Anon., 2017).
- Taichi – je starodavna kitajska borilna veščina, ki vsebuje serijo počasnih gibov in raztezanj, ki spominjajo na počasen pretok tekočin. Taichi prav tako balansira jing in jang načelo, moško in žensko energijo. Nekateri dokazi pričajo, da redna vadba taichia spodbuja k duševnemu, telesnemu in duhovnemu ravnovesju in tako pomaga omiliti stranske učinke onkološkega obolenja in zdravljenja (Mustian, et al., 2008).

- Hipnoterapija – je orodje, ki nam omogoča vpogled v najgloblji del našega uma. Z njeno pomočjo poiščemo in odpravimo vzroke za naše negativno doživljanje sveta in ljudi okrog nas. V naši podzavesti se namreč nahajajo vsa prepričanja, ki jih imamo o sebi in svetu. Velika večina teh prepričanj je nezavednih, saj smo jih pridobili že v ranem otroštvu. Ta prepričanja pa usmerjajo tok naših misli, ki ustvarjajo našo realnost, naše doživljanje sebe in sveta. Mednarodna revija klinične in eksperimentalne hipnoze je izdala članek, kjer so bili predstavljeni izsledki raziskave uporabe hipnoze onkoloških pacientov pri uravnavanju bolečine. Pri 75% vseh pacientov se je bolečina zmanjšala v primerjavi s skupino, ki hipnoze ni prejela. Hipnoza prav tako pomaga, da se pacienti lažje soočajo s težko in neozdravljivo boleznijo, s stranskimi učinki kemoterapije, utrujenostjo in vročinskimi vali (Elkins, et al., 2013).
- Aromaterapija – zajema kontrolirano uporabo oljnih esenc. Aplikira se na kožo z masažo, uporablja se v različnih kopelih ali se jih inhalira. Dokazano je, da aromatična olja hitro preidejo v limfni sistem s pomočjo krvne cirkulacije. Mnogo pacientov se boji, da bi z masažo povzročili progres bolezni, čeprav je bilo dokazano prav obratno. Na tržišču obstaja ogromno eteričnih olj, za onkološke paciente pa predvsem priporočajo esence nageljnovke žbice, ciprese, geranija oz. nam poznana balkonska roža pelargonija, sivka in citrusi. Ne obstaja pa nobena raziskava, ki bi potrdila, da uporaba eteričnih olj negativno vpliva na učinek kemoterapij (Priyanka & Aditi, 2015).
- Terapija z glasbo – Nekateri avtorji opisujejo, da glasba pomaga pri lažšanju težav s slabostjo in bruhanjem, ko so na zdravljenju s kemoterapijo. Cepedova analiza raziskave je pokazala, da terapija z glasbo pomaga za kratek čas pacientom po operacijah. V terapiji z glasbo pa se je pričela uvajati nova praksa imenovana glasbena tanatologija. Ta se uporablja pri umirajočih pacientih, tako doma kot v hospicijah in drugih zdravstvenih institucijah. Nekateri avtorji pa trdijo, da terapija z glasbo v paliativni oskrbi ima pozitiven vpliv na bolečino, anksioznost, počutje in kvaliteto življenja onkoloških pacientov (Priyanka & Aditi, 2015).
- TENS – transkutana električna stimulacija živcev. TENS elektrode namestimo na kožo bolečega mesta. Raziskave so pokazale, da TENS pomaga le pacientom s srednje močno bolečino (Priyanka & Aditi, 2015).
- Kognitivno vedenjska terapija za obravnavo bolečine – je najpogosteje uporabljena psihološka terapija za kronično bolečino, ki ne poneha. Terapija vsebuje tri korake: znanje iz bolečine (da pacient razume kako sam odreagira na bolečino in se pričinja zavedati svojega truda, da bolečino kontrolira), trening oz. vaja (naučiti se kako se soočiti z bolečino- relaksacija, reševanje problemov), vaja doma (pacient sam vadi doma tehnike obvladovanja bolečine, kar se je naučil s pomočjo psihologa). V tej terapiji pa je velikokrat spregledana duhovna plat vsakega pacienta in je lahko zelo kritična, ko bolečina ne izzveni (Keefe, et al., 2005).

- Meditacija – je praksa, ki se je najprej razvila na bližnjem vzhodu. Pokazalo se je, da ima meditacija pozitivne terapevtske učinke na paciente v paliativni oskrbi. Če je pacient zmožen meditirati se lahko lažje zave svojega bistva, tudi negativnih emocij, lažje sprejema svoje bolezenske stanje in se tudi lažje sprosti (Menefee & Monti, 2015).
- Zelišča – že stoletja so imela zelišča pomembno vlogo v medicini. Uporaba zeliščnih pripravkov se večja pri onkoloških pacientih. V Ameriki so leta 2008 izdali izsledke raziskave, kjer so ugotovili, da dobrih 40% vseh onkoloških pacientov uporablja zelišča oz. prehranske dodatke z zelišči, vitamini in minerali (Gansler, et al., 2008). Mnogo zelišč vsebuje bioaktivne snovi, ki zelo pomagajo pri zdravljenju različnih obolenj. Moramo pa se tudi zavedati, da uporaba le-teh lahko povzroča različne težave. Zelišča lahko tudi povzročijo interakcijo z ostalimi zdravili oz. pri zdravljenju s kemoterapijo in njihova uporaba lahko povzroči tudi zastrupitve (Shi & Klotz, 2012).
- Terapija s pomočjo živali – animal assisted therapy. Cilj te terapije je povezava med za to usposobljeno živaljo in pacientom. Dokazi so, da takšna terapija izboljša psihične, socialne, emocionalne in kognitivne funkcije obolelih. Raziskave so pokazale, da tisti pacienti, ki so imeli doma žival, so lažje prenašali stresne situacije. Prav tako se je izkazalo, da so takšni pacienti bili manj depresivni kot tisti, ki živali niso imeli (Siegel, et al., 1999).
- Homeopatija – Homeopatska zdravila so pripravljena iz naravnih substanc mineralnega, rastlinskega ali živalskega izvora. Pripravljamo jih tako, da izhodno snov postopoma redčimo in pretresamo v enakem razmerju. Topilo je voda ali raztopina alkohola. Če je snov netopna, jo redčimo v mlečnem sladkorju, pretresanje pa nadomešča tritracija. Ta postopek imenujemo potenciranje. Potenciranje je torej kombinacija postopnega odstranjevanja fizičnega dela izhodne substance (redčenje) in pretresanja oziroma tritracije. Redčenje poteka v razmerju 1 : 10 (D potence), 1 : 100 (C potence) ali 1 : 50 000 (LM oziroma Q potence). Tako pripravljena zdravila imenujemo potencirana zdravila. Homeopatska zdravila v potencah nad C12 oziroma D24 ne vsebujejo več molekul izhodne snovi, iz katere so bila pripravljena. Homeopatska zdravila so na voljo v obliki večjih ali manjših kroglic, ali pa so pripravljena v obliki kapljic. Ker ne vsebujejo aktivne učinkovine v kemijskem smislu, zastrupitve z njimi praktično niso možne, pa tudi stranskih učinkov nimajo. Jemanje je enostavno, zato jih bolniki hitro sprejmejo (Žužek, 2017).
- Homeopatska zdravila uporabljajo pacienti predvsem za lajšanje simptomov v paliativni oskrbi. Rostock in sodelavci so v Švici in Nemčiji raziskovali učinke homeopatskih zdravil pri zdravljenju onkoloških pacientov. Paciente, ki so bili vključeni v raziskavo so razdelili v dve skupini in sicer: homeopatsko- konvencionalna skupina in samo konvencionalna skupina. Od tega jih je bilo 10 % takšnih pacientov, ki so konvencionalno medicino popolnoma zavrnili. Najpomembnejši parametri, ki so jih raziskovali so bili: sprememba v kvaliteti življenja, spremembe v počutju- utrujenostjo in psihološkem počutju. Ugotovili so, da se je v homeopatski skupini izboljšala kvaliteta življenja za dvakrat bolj kot v

konvencionalni skupini. Prav tako so se izkazala izboljšanja v psihični in fizični aktivnosti homeopatskih pacientov, medtem, ko se pa stanje depresije in anksioznosti nista izboljšali v obeh skupinah (Rostock, et al., 2011).

## ZAKLJUČEK

V zadnji dekadi se je uporaba komplementarne terapije pri onkoloških pacientih zelo povečala. Costa (2016) trdi, da je uporaba komplementarne medicine bolj pogosta pri mlajših, višje izobraženih belkah z višjim standardom. Na tržišča prihajajo nova zdravila za zdravljenje napredovalih onkoloških bolezni in s tem posledično tudi podaljšanje življenja onkoloških pacientov. Ker se takšni pacienti iz meseca v mesec borijo z boleznijo je za pričakovati, da se bo uporaba komplementarne terapije tudi povečala. Na področju komplementarne medicine in alternativnih pristopov je bilo narejenih v mednarodnem prostoru ogromno raziskav. V Sloveniji smo žal na tem področju zelo skopi in tudi raziskav na tem področju ni zaslediti. Skupen zaključek vseh raziskav je pokazal, da uporaba komplementarne medicine v času paliativne oskrbe izboljša fizično, psihično, čustveno in duhovno počutje, lajša simptome, izboljša toleranco kemični zdravil, izboljša kvaliteto življenja, poveča dostojanstvo pacienta ob koncu življenja, zmanjša trpljenje in, ko pridejo zadnji trenutki življenja pomaga pri mirnem umiranju. Ker je diagnoza rak še vedno številka ena v paliativni oskrbi se bo uporaba različnih tehnik komplementarne medicine prav tako večala. Katera tehnika je primerna za določeno obolenje ali osebo je seveda odvisno od nas samih. Moje desete-letne izkušnje in pogovori s paliativnimi pacientkami na področju ginekološko onkologije in onkologije dojk pričajo o tem, da se uporaba različnih tehnik iz leta v leto večajo. Tako sem bila priča uporabi aromaterapije, terapije s glasbo, terapijo s svojimi najzvestejšimi kosmatimi prijatelji kužki, homeopatskimi pripravki, zelišči in še kaj. Da bi te podatke lahko predstavila bi bilo potrebno narediti kakšno raziskavo na tem področju in tako potrditi mojo hipotezo, da se uporaba komplementarne terapije večja in s tem vsaj malo izboljša kvaliteto pacientov v paliativni oskrbi..

Atul Gawande, znan ameriški kirurg, indijskega porekla, ki se predvsem ukvarja z paliativno oskrbo je ne svojem predavanju izrekel naslednje besede: Obstajajo dokazi, da je komplementarna medicina učinkovita, iz ekonomskega stališča stroškovno ugodnejša in predvsem za paciente VREDNA, da jo uporabljajo (Fibert, 2017).

## Literatura

Anon., 2017. *Therapy directory*. Available at: <http://www.therapy-directory.org.uk/cintent/palliative-care.html> [25. 05. 2017].

Ben- Ayre, E., Samuels , N. & Silberman, M., 2016. Integrating Complementary Medicine In Palliative Care: A Call for an Inter- Disciplinary Collaboration. *Palliative Medicine and Hospice Care Open Journal*, 2(2), pp. 7–10.

Bismark, R., Chen, H., Dy, G.H., Gage-Bouchard, E.A. & Mahoney M.C., 2014. Complementary and alternative medicine use among patients with thoracic malignancies. *Support Care Cancer*. 22(7), pp. 1857–1866.

Costa, A., 2016. Complementary and integrative medicine for cancer patients. *Cancer world*, pp. 34–38.

Elkins, G., Fisher, W., Johnson, A. & Carpenter, J., Keith T. Z., 2013. *Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal flashes*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556367/> [25. 05. 2017].

Falkensteiner, M., Montovan, F., Muller, I. & Them, C., 2011. The use of massage therapy for reducing pain, anxiety and depression on oncological palliative care patients. *ISRN Nursing*, pp. 1–8.

Fibert, P., 2017. *Inquiry into palliative and end of life care*. Available at: <http://www.homeopathy-soh.org/images/registered-documents/research-e-bulletins/HoC-Palliative-End-of-Life-Care-SoH.pdf> [25. 05. 2017].

Gansler, T., Kaw, C., Crammer, C. & Smith, T., 2008. A population- based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors. *Cancer*, pp. 1048–1057.

Keefe, F., Abernethy, A. & Campbell, L., 2005. Psychological approaches to understanding and treating disease- related pain. *Annual Review of Psychology*, pp. 601–30.

Lafferty, W., 2006. Evaluating CAM treatments at the end of life. *Complementary Therapies in Medicine*, pp. 100–112.

Long, L., Huntley, A. & Ernst, E., 2001. Which complementary and alternatives therapies benefits which conditions. *Complementary Therapies in Medicine*, pp. 178–185.

Lorenz, K., Lynn, J. & Dy, S., 2008. Evidence for Improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, pp. 147–159.

Mansky, P., 2006. Complementary Medicine in palliative care and cancer symptom management. *Cancer Journal*, pp. 425–431.

Menefee, L. & Monti, D., 2015. Nonpharmacologic and complementary approaches to cancer pain management. *The Journal of the American Osteopathic Association*, pp. 15–19.

Mustian, K., Palesh, O. & Flecksteiner, S., 2008. Tai Chi Chuan for breast cancer survivors. *Medicine and Sport Science*, pp. 209–217.

National Center for Complementary and Integrative Health., 2016. *Complementary, alternative, or integrative health: What's in a name?* Available at: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> [25. 05. 2017].

Paley, C., Johnson, M. & Bennet, M., 2011. Acupuncture: a treatment for breakthrough pain in cancer?. *BMJ Supportive and Palliative Care*, pp. 335–338.

Priyanka, S. & Aditi, C., 2015. Complementary and alternative medicine in cancer pain management: a systematic review. *Indian Journal of Palliative Care*, pp. 105–115.

Rostock, M., 2011. Classical homeopathy in the treatment of cancer patients- a prospective observational study of two independent cohorts. *BioMedCentral Cancer*. Available at: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-11-19> [25. 05. 2017].

Shi, S. & Klotz, U., 2012. Drug interactions with herbal medicines. *Clinical Pharmacokinetics*, pp. 77–104.

Siegel, J., 1999. AIDS diagnosis and depression in the multicenter AIDS cohort study. *AIDS care*, pp. 157–170.

World Health Organisation, 2017. *WHO Defenition of palliative care*. cancer. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [25. 05. 2017].

Yurdanur, D., 2017. *Non-Pharmacological therapies in pain management*. Available at: [http://cdn.intechopen.com/pdfs/26152/InTechNon\\_pharmacological\\_therapies\\_in\\_pain\\_management.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/26152/InTechNon_pharmacological_therapies_in_pain_management.pdf) [25. 05. 2017].

Žužek, M., 2017. *Homeopatska zdravila*. Available at: [http://www.homeopat.si/homeopatska\\_zdravila.html](http://www.homeopat.si/homeopatska_zdravila.html) [25. 05. 2017].

# IZVAJANJE PALIATIVNE OSKRBE V SLOVENSKIH BOLNIŠNICAH

## IMPLEMENTATION OF PALLIATIVE CARE IN SLOVENIAN HOSPITALS

viš. pred. mag. Darja Plank, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Splošna bolnišnica Celje

darja.plank@sb-celje.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Po podatkih SURS-a; Eurostat-a se prebivalstvo na nacionalni ravni stara, kar prinaša pomembne družbene spremembe. Še pred nekaj generacijami večina ljudi umrla hitre smrti zaradi bolezni ali poškodb. Sodoben način življenja in razvoj medicine pa sta prinesla pomembne spremembe; ljudje dosegajo višjo starost. Ne le da živijo dlje, podaljšujejo se tudi »zdrava leta življenja«. Vse več starejših ljudi potrebuje oskrbo, ki jim jo njihova družina, zaposlene ženske, vse teže nudi. Posledica tega je, da vse več ljudi umira v inštitucijah. **Metoda:** Za izdelavo raziskave smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop – kvantitativna evalvacija. Uporabljeni sta bili deskriptivna in eksplikativna metoda raziskovanja. Naredili smo pregled in evalvacijo stanja v slovenskih splošnih bolnišnicah in obeh univerzitetnih kliničnih centrih. **Rezultati:** Rezultati raziskave kažejo, da smo glede organiziranosti paliativne oskrbe v Sloveniji na repu med ostalimi evropskimi državami. Imamo premalo izobraženih zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju paliativne oskrbe. Posledica tega pa je, da ne prepoznamo pravočasno pacientov z napredovalo neozdravljivo boleznijo oz. jih prepoznamo prepozno in tako pacienti niso vključeni ali pa so vključeni prepozno v paliativno oskrbo. **Razprava in zaključek:** Iz posnetka stanja izvajanja paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah lahko trdimo, da paliativna oskrba v Sloveniji na sekundarnem in terciarnem nivoju ni urejena v skladu z načeli paliativne oskrbe. Problemov je več in na več nivojih. Nimamo sistemsko urejenega financiranja paliativne oskrbe, nimamo določenih standardov storitev in kadrovskih normativov ipd. Imamo premalo izobraženih zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju paliativne oskrbe. Ravno tako nimamo enotne dokumentacije, paliativnih oddelkov in/ali paliativnih postelj. Imamo tudi bistveno premalo paliativnih timov in preslabo dostopnost ambulante za zdravljenje bolečine in ostalih simptomov.

**Ključne besede:** paliativna oskrba, staranje prebivalstva, paliativni tim

### ABSTRACT

**Introduction:** According to the latest data (SURS; Eurostat) the population is becoming older at the national level, which is causing significant changes within the society. Only a few generations ago most people died quickly by a disease or an injury. The modern lifestyle and the development of medicine have brought significant changes; people not only living into old age, but also extending their 'healthy life years'. A growing number of older citizens need care; and that is very difficult to



provide by family members, especially by working women. Consequently, more and more people are dying in institutions. **Method:** We used a quantitative research method - a quantitative evaluation. We used a descriptive and explicit method of research. We conducted an overview and evaluation of the situation in Slovenian general hospitals and both university clinical centers. **Results:** The results of the research show that we are on the end among other European countries regarding the organization of palliative care in Slovenia. We have a lack of well-educated health care professionals and employees in the field of palliative care. Consequently, it is impossible to identify patients with an advanced incurable disease in a timely manner. In other words, such patients are recognised too late and are not included in palliative care, or their inclusion is too late. **Discussion and conclusion:** From the recording of the implementation of palliative care made in Slovenian general hospitals it can be estimated that palliative care in Slovenia at both the secondary and tertiary levels is not regulated according to palliative care principles. Several problems occur at various levels. There is no systematically regulated financing of palliative care, there are no service standards, staffing norms, etc. There is a lack of well-educated health care professionals and employees in the field of palliative care.

There is no unified documentation, no palliative care units and/or palliative beds. There are far not enough palliative care teams and there is inefficient accessibility of the clinics for managing pains and other symptoms.

**Keywords:** palliative care, aging population, palliative team

## UVOD

Zaradi podaljševanja življenjske dobe in zniževanja rodnosti se celotno prebivalstvo na nacionalni ravni stara. To prinaša pomembne družbene posledice tako na individualni ravni, kot tudi na ravni družine, skupnosti ter na ravni države (Filipovič Hrast & Hlebec, 2015). Še pred nekaj generacijami so v večini ljudje umirali hitre smrti. Vzroki za smrt so bili predvsem okužbe, poškodbe, oz. kmalu po začetku razvoja simptomov napredovale neozdravljive bolezni, kot so rak, sladkorna bolezen in bolezen srca (Lynn, 2000). Napredek v sodobni medicini in sodobnejši način življenja pa sta vzrok, da danes večina ljudi umira v visoki starosti, vendar je ta proces počasen. Ta podatek potrjujejo tudi napovedi demografske statistike, ki napoveduje pospešeno staranje prebivalstva. Povečevalo se bo število umirajočih, ki bodo umirali zaradi posledic kroničnih bolezni (bolezni srca, možgansko žilnih bolezni, kroničnih bolezni dihal in raka) (Murray & Lopez, 1997).

Clark in drugi (1998) opozarjajo, da zaradi hitrega razvoja sodobne medicine vse več pacientov umira v zdravstvenih ustanovah, kar nekateri razlagajo kot kazalec neurejene paliativne oskrbe. Plonk (2005) navaja, da oskrba pacientov ob koncu življenja v zdravstvenih ustanovah ni ustrezna. Raziskave zdravljenja v bolnišnicah v zadnjih letih kažejo velik trend k uporabi agresivnih načinov zdravljenja v zadnjih dneh življenja. Tudi Lunder (2003) opozarja na problem slabe organiziranosti paliativne oskrbe v slovenskem prostoru, zaradi česar so pacienti prisiljeni na bolnišnično obravnavo, kjer pa je obravnavo pacientov ravno nasprotna z načeli paliativne oskrbe; pretirana zdravstvena obravnavo, tako rekoč kurativno zdravljenje z agresivnimi preiskavami, vse do konca življenja.

Namen raziskave, ki je del magistrskega dela je bil preučiti trenutno stanje glede organiziranosti izvajanja paliativne oskrbe v slovenskem prostoru na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva in ga primerjati z Akcijskim načrtom Državnega programa paliativne oskrbe.

Prav tako smo želeli ugotoviti, ali je paliativna oskrba v Sloveniji organizirana primerljivo z ostali evropskimi državami.

## Paliativna oskrba

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje paliativno oskrbo kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih. Njen osnovni namen je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in z lajšanjem trpljenja tako, da omogočimo zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in drugih težav (World Health Organisation, 2002). Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja. To pomeni, da je terminalna paliativna oskrba zgolj del celostne paliativne oskrbe (Ministrstvo za zdravje, 2010a). Paliativna oskrba je dejavnost, ki ni usmerjena v zdravljenje bolezni, temveč poskuša v največji meri ublažiti težave, ki jih ima pacient zaradi napredujoče bolezni

Bistvo dejavnosti paliativne oskrbe je:

- obvladovanje in lajšanje telesnih in drugih simptomov pacientove bolezni,
- psihološka, socialna in duhovna podpora pacientu in
- podpora pacientovim bližnjim v času pacientove bolezni in žalovanja. (Kamnik, 2014).

## Učinkovitost paliativne oskrbe

O dokazih o učinkovitosti postopkov v paliativni oskrbi se že dolgo ne dvomi. Twycross in Lichter (1998) sta ugotovila, da je možno omogočiti kakovostno zadnje obdobje življenja in dobro smrt tudi pacientom v najbolj zapletenih okoliščinah bolezni.

Najštevilčnejši in najučinkovitejši so dokazi o učinkovitosti na področju zdravljenja hude bolečine, dobrega medsebojnega komuniciranja in dobro koordiniranega dela paliativnega tima, ki se povezuje s primarnim nivojem zdravstvenega varstva. V analizi 18 prospektivnih primerjalnih, retrospektivnih in primerjalnih študij so ugotovili, da dobro organizirana in koordinirana specialistična paliativna oskrba prinaša bistveno večje zadovoljstvo pacientov in njihove družine. Zelo pomembno spoznanje je bilo, da so imeli pacienti v paliativni oskrbi bistveno boljše obvladovanje bolečine ter druge simptome, pri svojcih pa je bila ugotovljena nižja stopnja anksioznosti. Študije, ki so spremljale hospitalizacije neozdravljivo bolnih so ugotovile skrajševanje dni hospitalizacij ob uvedbi organizirane paliativne oskrbe, v primerjavi s pacienti, ki niso bili vključeni v paliativno oskrbo. (Higginson & Sen Gupta, 2003; Franks, et al., 2000; Steihauser, et al., 2000).

V veliki prospektivni študiji SUPPORT (1995), ki je vključevala 4804 pacientov z neozdravljivo napredujočo boleznijo v devetih velikih bolnišnicah v ZDA, so ugotovili pomanjkljivo oskrbo neozdravljivo bolnih pacientov na vseh področjih paliativne obravnave v zadnjem delu življenja. Največ odstopanj so zasledili pri obvladovanju hude bolečine in neučinkovitem komuniciranju. Rezultati študije kažejo, da neozdravljivo bolni pacienti s hudo bolečino v višji starosti (nad 85 let) manj verjetno prejema učinkovito protibolečinsko zdravljenje (Bernabei, et al., 1998).

Tudi rezultati raziskave, ki je bila opravljena po zaključku izvajanja pilotnega projekta celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji, govorijo o učinkovitosti paliativne oskrbe. Z retrospektivno raziskavo opazovanja učinkovitosti paliativne oskrbe v zadnjih šestih dneh življenja v paliativni oskrbi in brez nje so ugotovili, da pacienti, ki niso bili vključeni v paliativno oskrbo, so bili v zadnjih šestih dneh življenja deležni večjega števila diagnostičnih postopkov in so prejeli več zdravil, predvsem antibiotikov in antikoagulantnih zdravil in manj zdravil za lajšanje bolečine in ostalih simptomov (Ministrstvo za zdravje, 2010b).

Ovire pri vključevanju pacientov v paliativno oskrbo

Ena glavnih ovir pri vpeljevanju paliativne oskrbe je pomanjkljiva prepoznava pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo. Kadar imajo zdravstveni delavci, ki obravnavajo paciente, le osnovno znanje o principih paliativne oskrbe, je vključevanje pacientov pozno, najpogosteje šele v zadnji fazi umiranja (Witkamp, 2013). Takrat pa Šeruga (2011) meni, da cilj oskrbe pacientov ni več kakovost življenja, ampak kakovost umiranja in skrb za svojce.

Benedik (2011) poudarja, da je za pravilno načrtovanje paliativne oskrbe in izbiro najprimernejših načinov zdravljenja ključna pravilna ocena preživetja. Zdravniki, ki so usmerjeni v aktivno zdravljenje oz. v izvajanje agresivnih in intenzivnih načinov zdravljenja, po navadi niso dobri pri zdravljenju pacienta v zadnjem obdobju življenja, saj ne poznajo napovednih dejavnikov kratkega preživetja. Kadar pa je predvidena dolžina življenja neustrezno ocenjena, pogosto pride do skoraj nerešljivih zapletov. Zdravniki pogosto sprejemajo neustrezne odločitve o potrebnih preiskavah in načinu zdravljenja, ter predpisujejo neustrezna zdravila. Svojci pa zaradi aktivnega zdravljenja njihovega neozdravljivo bolnega svojca niso pripravljene na neizogiben konec.

## EMPIRIČNI DEL

Za izdelavo raziskave smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop – kvantitativna evalvacija. Uporabljeni sta bili deskriptivna in eksplikativna metoda raziskovanja. Naredili smo pregled in evalvacijo stanja v 10-ih slovenskih splošnih bolnišnicah (dve splošni bolnišnici sta sodelovanje odklonili) in obeh univerzitetnih kliničnih centrih (tj. sekundarni in terciarni nivo zdravstvenega varstva).

## DISKUSIJA

Z raziskavo smo poskušali odgovoriti na tri raziskovalna vprašanja.

*Kako je organizirana paliativna oskrba v Sloveniji (v primerjavi z ostalimi evropskimi državami)?*

Slovenija sodi med države, ki področja paliativne oskrbe še nima sistemsko urejene niti umeščene v ustrezne dokumente. Ministrstvo za zdravje je leta 2010 potrdilo Državni program paliativne oskrbe, ki predvideva sicer dobro, sistemsko ureditev izvajanja paliativne oskrbe na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva v državi, vendar ni realiziran v skladu z akcijskim načrtom.

Države, ki imajo paliativno oskrbo dobro urejeno in umeščeno v svoj zdravstveni sistem, imajo v osnovi urejeno formalno izobraževanje na več nivojih in tudi financiranje storitev paliativne oskrbe.

Lunder (2002) navaja, da je španski model paliativne oskrbe tako uspešen zaradi učinkovite finančne državne podpore in prizadevanja vrhunskih strokovnjakov na področju paliativne oskrbe.

Večina držav, kjer je paliativna oskrba dobro organizirana, ima sistemsko urejeno financiranje in za izvajanje paliativne oskrbe nameni večji delež svojega BDP.

V Sloveniji smo na področju izvajanja paliativne oskrbe na repu med evropskimi državami. Predvsem odstopamo po tem, da nimamo dovolj izobraženega kadra s področja paliativne oskrbe, nimamo urejenega financiranja in da nimamo paliativnih oddelkov vsaj v večjih bolnišnicah.

*Ali je za paciente v zadnjem obdobju življenja v slovenskih splošnih bolnišnicah in kliničnih centrih poskrbljeno v skladu z načeli paliativne oskrbe?*

Za ugotavljanje kako je urejeno izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah, smo pripravili anketni vprašalnik, ki je vključeval ključne elemente za zagotavljanje kakovostne paliativne oskrbe.

Osnovna potreba vsake organizacije za izvajanje kakovostne celostne paliativne oskrbe je tim strokovnjakov z dodatnimi znanji s področja paliativne oskrbe iz različnih področij. Osnovni tim paliativne oskrbe sestavljajo zdravnik, medicinska sestra in socialni delavec. V obravnavo pacienta in njegovih svojcev pa se po potrebi vključujejo tudi psiholog, dietetik, fizioterapevt, duhovnik, prostovoljci idr. Posnetek stanja v slovenskih bolnišnicah kaže, da obstaja takšen tim le v eni izmed bolnišnic. Žal imajo v tej bolnišnici na voljo le tri postelje za paliativno oskrbo, kar jih seveda precej omejuje v njihovi dejavnosti.

Zelo pomembno je, da imajo ustanove, ki se ukvarjajo s paliativno oskrbo, možnost svojcem omogočiti sobivanje v primeru, da pacient ali svojci izrazijo to željo. V nobeni od slovenskih bolnišnic tega ne izvajajo rutinsko, v dveh primerih pa so odgovorili, da bi to lahko organizirali.

V dobro organizirani paliativni oskrbi pacient in njegovi najbližji niso nikoli »sami«, ne glede na to, kje se pacient nahaja (doma, v bolnišnici, v domu starejših občanov). Imajo kontaktno telefonsko številko, kamor se lahko ob morebitnem poslabšanju stanja kadarkoli obrnejo po nasvet ali pomoč strokovnjaka. V bolnišnicah, kjer nimajo imenovanega paliativnega tima, te možnosti ni, kjer pa ga imajo, so člani pacientom na voljo za informacije 24 ur na dan vsak dan.

Samo v eni od bolnišnic imajo mobilni paliativni tim, kar pomeni, da lahko članica tima (zdravnica ali medicinska sestra) pride k pacientu na dom. V kolikor bi pacient ali njegovi svojci potrebovali konkretno pomoč (npr. ob izpadu protibolečinske črpalke ipd.), se pacient v nočnem času, med vikendi in prazniki, nima možnosti nikamor obrniti po pomoč, ampak mora počakati na prvi delovni dan, ko se lahko obrne na osebne zdravnika in patronažno medicinsko sestro.

Žal se bolnišnice ob načrtovanju odpusta paliativnega pacienta v domače okolje premalo povezujejo z območnimi odbori društva Hospic, kjer imajo na voljo strokovno usposobljeno osebje in prostovoljce, ki delujejo 24 ur na dan, tam kjer je prisoten pacient. Vse storitve pa so za paciente brezplačne.

Eden ključnih kazalnikov dobro organizirane paliativne oskrbe je dostopnost ambulante za zdravljenje bolečine in ostalih simptomov, in dodatna znanja zaposlenih v ambulanti s področja paliativne oskrbe. V Sloveniji samo v dveh bolnišnicah deluje omenjena ambulanta vsak dan, pa še to v večini dopoldan, en dan v tednu pa tudi popoldan. Glede na delovni čas ambulant nikakor ne moremo reči, da so ambulate za paciente in njihove svojce dosegljive.

Dodatna znanja zdravnika s področja paliativne oskrbe v ambulanti za zdravljenje bolečine so zelo pomembna, kajti vsak pacient ima namreč v zadnjem obdobju življenja od 9 do 12 simptomov (Benedik, 2011), in v kolikor zdravnik nima ustreznega dodatnega znanja, lahko spregleda kakšnega od pomembnih simptomov. V večini ambulant imajo zaposleni (zdravnik in medicinska sestra) dodatna znanja s področja paliativne oskrbe, še vedno pa je velik delež ambulant, kjer zaposleni ustrezna dodatna znanja nimajo. Za kriterij smo vzeli 50-urno izobraževanje s preizkusom znanja. Gre za pridobitev osnovnih znanj iz področja paliativne oskrbe, na podlagi katerih seveda ne moremo trditi, da udeleženci obvladajo paliativno oskrbo, poznajo pa osnovne principe obravnave pacienta in njegovih najbližjih v zadnjem obdobju življenja.

Zelo pomembna je tudi dosegljivost strokovnjakov s področja lajšanja bolečine in drugih težav pacientov tudi izven delovnega časa ob poslabšanju stanja. Iz posnetka trenutnega stanja je razvidno, da je samo v eni bolnišnici dosegljiv zdravnik, ki dela v ambulanti za zdravljenje bolečine in ostalih simptomov. To je zelo pomembno, kadar so pacienti v domačem okolju, kajti ti zdravniki zelo dobro poznajo pacientove simptome in reakcije na zdravljenje.

Dokumentacija za vodenje pacientov v paliativni oskrbi, pacienta spremlja od vključitve v paliativno oskrbo pa vse do smrti in je namenjena čim boljšemu pretoku informacij med izvajalci zdravstvene oskrbe. Rezultati posnetka stanja kažejo, da takšne dokumentacije nimamo (razen v eni od bolnišnic). Kadar izvajalci zdravstvenih storitev ne uporabljajo posebne dokumentacije, prilagojene za obravnavo pacientov v paliativni oskrbi, iz katere je razvidno, da gre za pacienta v paliativni oskrbi, ga ob poslabšanju stanja in potrebni intervenciji zdravnika (osebni zdravnik ali zdravnik v bolnišnični obravnavi), le-ta obravnava kot akutnega pacienta, z vsemi spremljajočimi rutinskimi posegi in preiskavami, kar pa je za takega pacienta nepotrebno, boleče ali celo nevarno.

Po zaključenem posnetku stanja izvajanja paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah in pregledu realizacije Akcijskega načrta lahko trdimo, da je paliativna oskrba v Sloveniji na sekundarnem in terciarnem nivoju zelo slabo organizirana in slabo dostopna neozdravljivo bolnim in njihovim svojcem.

*Ali so zdravstveni delavci, ki obravnavajo hospitalizirane paciente v zadnjem obdobju življenja v Sloveniji, ustrezno usposobljeni za izvajanje paliativne oskrbe?*

Ključno pri izvajanju paliativne oskrbe je, da je pacient pravočasno prepoznan kot paliativni pacient in posledično pravočasno vključen v paliativno obravnavo, kar pomeni kmalu po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni (Boyd & Murray, 2010). To je še toliko pomembnejše pri hitro napredujočih boleznih (nekateri oblike raka; npr. rak trebušne slinavke, pljučni rak, maligni melanom in druge oblike raka s pričakovanim kratkim preživetjem) (Tamel, et al., 2010). Ključno pri prepoznavanju pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, je znanje izvajalcev, predvsem zdravnikov, da opredelijo pacienta kot paliativnega pacienta. Po pridobljenih podatkih v izvedeni raziskavi je v Sloveniji trenutno na sekundarnem in terciarnem nivoju dodatno usposobljenih za izvajanje paliativne oskrbe pacientom le 24 zdravnikov (stanje maj 2016). Številka morda ni povsem točna, v nekaterih bolnišnicah namreč nimajo natančne evidence o številu udeležencev, zagotovo pa ne odstopa veliko.

Moramo poudariti, da ne govorimo o zdravnikih specialistih paliativne oskrbe, ki jih v Sloveniji ni, govorimo o zdravnikih, ki delujejo v splošnih bolnišnicah in univerzitetnih kliničnih centrih na svojem specialnem področju in imajo zaključeno 50-urno izobraževanje o izvajanju paliativne oskrbe. Večina

avtorjev navaja pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev pri uvajanju paliativne oskrbe v zdravstveni sistem. Oskrba v zadnjem obdobju življenja terja od izvajalcev zdravstvene oskrbe povsem drugačen pristop, drugačne metode in je usmerjena predvsem v izboljševanje kakovosti življenja pacienta in njegovih svojcev in ni usmerjena v aktivno zdravljenje, ki je pogosto zelo agresivno in pacientom ne podaljšuje življenja.

Formalno pridobljena znanja iz področja paliativne oskrbe so v državi zelo omejena. Če se ne bo spremenila direktiva glede obveznih vsebin na visokih šolah in fakultetah s področja zdravstvene nege in medicine, se stanje poznavanja vsebin paliativne oskrbe tudi v bodoče ne bo bistveno spremenilo.

Strokovne vsebine paliativne oskrbe niso vpete v obvezne izobraževalne programe zdravstvenih delavcev in sodelavcev oz. so vpete v bistveno premajhnem obsegu. Posledica tega je, da imamo v državi bistveno premalo zdravstvenih delavcev in sodelavcev (socialnih delavcev, dietetikov, psihologov idr.) z dodatnimi znanji s področja paliativne oskrbe.

## ZAKLJUČEK

Učinki pravočasne vključitve neozdravljivo bolnih pacientov v paliativno oskrbo so bili že večkrat dokazani.

Glede na rezultate izvedenega posnetka stanja in na pregled realizacije Akcijskega načrta Državnega programa paliativne oskrbe, lahko trdimo, da smo na področju izvajanja paliativne oskrbe na sekundarnem in terciarnem nivoju v Sloveniji še zelo na začetku. Če bi želeli dobiti celovitejšo sliko celostnega izvajanja paliativne oskrbe v državi, bi morali narediti posnetek stanja še na primarnem nivoju zdravstvenega varstva in v domovih starejših občanov in ugotoviti povezavo med vsemi nivoji.

Seveda pa obstaja v Sloveniji nekaj primerov odlično organiziranega izvajanja paliativne oskrbe (Onkološki inštitut, Klinika Golnik), katerih glavna omejitev je, da vključujejo v obravnavo načeloma paciente z rakavimi obolenji, v Kliniki Golnik le paciente z rakom na pljučih, kar pomeni, da je storitev omejena na zelo majhen odstotek prebivalstva, ki bi potrebovali paliativno oskrbo. Tudi število postelj je v teh zavodih omejeno.

Primeri dobrih praks so dober prikaz integracije paliativne oskrbe v zdravstveni sistem. Žal je teh primerov bistveno premalo in so storitve paliativne oskrbe dostopne le manjšemu deležu ljudi, ki jo potrebujejo.

Kljub bolj ali manj uspešnemu razvoju paliativne oskrbe v minulih letih je potrebno narediti še veliko korakov. Birsa (2015) pravi, da je izredno pomemben korak integracija paliativne oskrbe v zdravstveni sistem ter kakovostnega izobraževanja na področju paliativne oskrbe. Viri za razvoj paliativne oskrbe so omejeni, kljub temu pa so pobude, dobra volja in podpora lokalne skupnosti vzdržale in pomagale zgraditi oziroma razviti paliativno oskrbo pri nas in po svetu.

## Literatura

- Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija za prakso* XV (1), pp. 52-58.
- Birsa, M., 2015. Svetovni alias paliativne oskrbe ob koncu življenja. *Kakovostna starost. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*. 18 (2). Available at: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html> [25. april 2016].
- Boyd, K. & Murray, S.A., 2010. Recognising and managing key transitions in end of life car. *BMJ*; 341: c4863v.
- Clark, D., Hockley, J. & Ahmedzai, S. 1999. *New themes in Palliative Care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Filipovič Hrast, M. & Hlebec, V., 2015. *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Franks, P.J., Salisbury, C., Bosanquet, N. & Wilkinson, E.K., 2000. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature. *Palliat Med*, 14 (2), pp. 93–104.
- Higginson, I.J. & Sen Gupta, G.J.A., 2003. Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med*, 3 (3), pp. 287-300.
- Kamnik, P., 2014. *Stališča in znanja zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 11-58.
- Lunder, U., 2002. Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. In: N. Krčevski Škvarc ed. *Zbornik predavanj: Seminar o bolečini*. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 185-193.
- Lunder, U., 2003. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. *Zdrav Vestn*, 72, pp. 639-642.
- Lynn, J., 2000. Learning to care for people with chronic illness facing the end of life. *JAMA*; 284 (19), pp. 2441-2447.
- Ministrstvo za zdravje. 2010a. *Državni program paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Ministrstvo za zdravje. 2010b. *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v Ljubljanski, Gorenjski in Pomurski regiji. Pilotni projekt*. Ljubljana, Ministrstvo za zdravje.
- Murray, C. & Lopez, A.D., 1997. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9064), pp. 1498-1504.
- Plonk, W.M. & Arnold, R.M., 2005. Terminal Care: The Last Weeks of Life. *J Palliat Med*, 8 (5), pp. 1042–1054.
- Šeruga, M. 2011. Paliativa pri kroničnih nerakavih boleznih. In: Žontar, T. & Kvas, A. eds. *Paliativna oskrba srčnožilnega bolnika. Zbornik prispevkov z recenzijo*. 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, pp. 10.

Statistični urad Republike Slovenije. Available at: <http://www.sigov.si/zrs/slo> (2. maj 2017).

Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipa, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L. & Tulsky, J.A., 2000. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA*, 284 (19), pp.

Tamel, J., Greer J.A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R., Admane, S., Jackson, V.A., Dahlin, C.M., Blinderman, C.D., Jacobson, J., Pirl, W.F., Bllings, A. & Lynch, J., 2010. Early palliative care for patients with metastatic non small-cell lung cancer. *E Engl J Med*, 363 (8), pp. 733-742.

The SUPPORT Principal Investigators. 1995. A controlled trial to improve care for seriously ill Hospitalized patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *JAMA*, 274 (20), pp. 1591-1598.

Witkamp, F.E., Zuyen, L, Van der Mass, P.J., van Dijk, H., Van der Rijt, C. & Van der Heide, A., 2013. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: The study protokol of the palTeC-H project. *BMC Health Services Research*, 13, p. 115. Available at: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-115> (2. oktober, 2015).

World Health Organisation. 2002. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2nd ed., Geneva.



## HOSPIC IN PALIATIVNA OSKRBA

## HOSPICE AND PALLIATIVE CARE

Marjana Kugonič, dipl. m. s.

Andreja Zupanc, dipl. m. s.

Slovensko društvo Hospic, Slovenija

marjana.kugonic@gmail.com

### IZVLEČEK

V slovenski družbi je smrt še vedno tabu, zato se v Slovenskem društvu Hospic prizadevamo za detabuizacijo smrti. Umiranje in smrt so namreč naravni procesi. Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje paliativno oskrbo kot aktivno pomoč neozdravljivo bolnim ter njihovim svojcem. V večini si ljudje želijo umirati doma, v varnem okolju in med ljudmi, ki so jim blizu. Bolnišnična obravnava umirajočih je velikokrat rutinska, okolje pa tuje in neosebno. Takšno stanje na področju oskrbe umirajočih kliče po spremembah v zdravstvenem sistemu, spremembah v miselnosti zdravstvenih delavcev in celotne družbe. Ljudje imajo pravico do kakovostne oskrbe tudi doma, če si to želijo. Cilj, ki ga paliativna oskrba želi doseči je umiranje z dostojanstvom. Potrebujemo tudi ustrezno organizacijo dela, ki bolnikom zagotavlja zadovoljevanje temeljnih življenjskih aktivnosti v znanem domačem okolju, ki mu prinaša mir, varnost in dostojanstvo zato so na Ministrstvu za zdravje 2010 sprejeli Državni program paliativne oskrbe. Deloma umiranje doma že omogoča organizacija zdravstvenega sistema, ki nudi oskrbo na domu, obiske zdravnikov na domu, patronažno varstvo in izposajo medicinskih pripomočkov. Pomemben napredek lahko nudijo paliativni timi, ki se razvijajo tudi v Sloveniji. V Slovenskem društvu Hospic beležimo vse večje potrebe neozdravljivo bolnih in njihovih družin po oskrbi na domu. Namen prispevka je poglobljati znanje o paliativni in hospic oskrbi v Sloveniji med zdravstvenimi delavci.

**Ključne besede:** umiranje, paliativna oskrba, hospic oskrba

### ABSTRACT

In Slovenian community death is still a taboo. Therefore the Slovenian Hospice Society is striving to break the taboos of talking about death. In fact dying is a natural process. The World Health Organization defines the palliative care as active care for those who are incurable and support for their relatives. Mostly, people's wishes are to stay in their home environments and amongs those closest to them. Not rarely, the hospital treatment is routine and the hospital environment seems to be foreign and impersonal. The current situation in the field of care for dying is calling for changes in the health system, as well as in

the mindsets of health workers and the society as such. People have a right for a quality care at home, if that is what they want. We are urged to provide them care with respect for their integrity. In 2010 the Ministry of Health enacted The National program of palliative care on which basis the right for dying at home is recognized. We need an organization of work to better realize this right with providing all the things which brings the dying peace, security and integrity. To some extent the health system provides care at home, doctor visits at home, nursing care and rental of some medical supplies or equipment. Significant progress can be provided with palliative teams which are being developed in Slovenia. In the Slovenian Hospice Society we are recording the growing inquiries and needs for care at home of dying and their relatives. The aim of this article is to inform and share the knowledge and experiences with palliative/hospice care.

**Keywords:** dying, palliative care, hospice care

## UVOD

Smrt je najbolj gotovo dejstvo našega življenja. Pravzaprav edino zares gotovo dejstvo: kar se rodi, tudi umre (Gedrih, 2007). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2002) opredeljuje paliativno oskrbo kot aktivno pomoč neozdravljivo bolnim ter njihovim svojcem. Paliativna oskrba zajame celovito obravnavo bolnikovih psiholoških, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna terapija je aktivna in celostna oskrba, nega in spremljanje bolnikov od trenutka, ko se njihova bolezen ne odziva več na kurativno zdravljenje (Červek, 2009; Ebert Moltara, 2014). Nacionalni strateški programi paliativne oskrbe v mnogih državah že uvrščajo paliativno oskrbo pri načrtovanju in financiranju javnega zdravstva med prednostne naloge (van der Steen, et al., 2014) ter spodbujajo dinamično oblikovanje standardov in kliničnih poti za paliativno oskrbo (Lunder, 2003). Državni program paliativne oskrbe v Sloveniji je bil v vladnem postopku potrjen aprila 2010 z namenom, da se v Sloveniji sistemsko uredi izvajanje paliativne oskrbe. Oskrba se ne osredotoči samo na pacienta in njegove potrebe, temveč tudi na oskrbo pacientove družine in na socialno mrežo ljudi, ki jo bolnik ima. V terminalni fazi se vključi v spremljanje bolnika in družine tudi hospic oskrba, ki je del paliativne oskrbe. Po smrti bolnika se usmeri tudi na oskrbo žalujočih, predvsem svojcev. V članku smo opredelili in predstavili metode dela za pomoč umirajočim in žalujočim tako v širšem javno zdravstvenem kontekstu, kakor v ožjem kontekstu Slovenskega društva Hospic. Poslanstvo Slovenskega društva Hospic je nuditi podporo in pomoč bolnikom in njihovim svojcem na njihovem domu. V programu spremljanja umirajočih poleg strokovnih delavcev sodelujejo tudi prostovoljci, da razbremenijo družino v stiski.

## Paliativna oskrba

Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kvalitete življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanjem in blaženjem simptomov napredovale bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v

skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot, pričakovanj in prakse v nekem okolju (WHO, 2002; Državni program paliativne oskrbe, 2010). Paliativna oskrba naj bi bila na voljo bolnikom tam, kjer so. Največkrat je to doma, v domovih za stare in v bolnišnicah. Nekateri bolniki potrebujejo kompleksnejšo oskrbo v specializiranih ustanovah hospica.

Paliativna oskrba pomeni multidisciplinarni pristop, s katerim izboljšamo kakovost življenja in uporabnikom omogočimo dostojno življenje do smrti. Kvalitetno izvajanje paliativne oskrbe pa se lahko zagotavlja le ob ustrezni podpori strokovnjakov, ki sodelujejo v multidisciplinarnem timu (paliativni tim); zdravnik, medicinska sestra, socialni delavec, psiholog; po potrebi se vključujejo še drugi strokovnjaki kot fizioterapevt, delovni terapevt, dietolog, prostovoljci, duhovnik in svojci. Bolnik naj bo vedno središče delovanja strokovnega tima.

Pacienti so v zadnjem obdobju pri obravnavi v bolnišnici pogosto obremenjeni z nepotrebnimi preiskavami, ki poteka bolezni ne spremenijo. Zaradi tega tudi dlje časa bivajo v bolnišnicah, namesto da bi ta čas preživeli s svojimi bližnjimi, ob tem pa bi imeli zagotovljeno ustrezno strokovno pomoč. To pa so tudi dejstva, ki strokovno podpirajo in narekujejo razvoj paliativne oskrbe v Sloveniji, na podlagi Državnega programa za paliativno oskrbo in Akcijskega načrta, ki predvideva sistematičen razvoj le-te na vseh ravneh zdravstvene obravnave.

Paliativna oskrba naj bi se pričela zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvajala skozi vsa obdobja neozdravljive bolezni (tudi med specifičnim zdravljenjem), vse do zadnje, terminalne faze bolezni, smrti in žalovanja (Ebert Moltara, 2014) (slika 1).



Slika 1. Časovna umestitev paliativne oskrbe v obravnavi onkološkega bolnika z neozdravljivo boleznijo (Ebert Moltara, 2014)

Osnovna načela paliativne oskrbe, kot jih je zapisala Svetovna zdravstvena organizacija, so (Državni program paliativne oskrbe, 2010):

- spoštuje življenje in sprejema umiranje kot naravno dogajanje,
- smrti niti ne zavlačuje niti je ne pospešuje,
- skrbi za lajšanje bolečine in drugih bolezenskih znakov,
- bolniku da psihološko, socialno in duhovno oporo,
- z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku polno in dostojanstveno življenje do smrti,
- pomaga bolnikovi družini/bližnjim med boleznijo in v času žalovanja.

Ker se med prebivalstvom, ki se stara, pojavlja več kroničnih ter rakavih bolezni, morajo načrtovalci zdravstvene politike preusmerjati pozornost k drugačni medicini, ob kateri dobiva zlasti paliativna oskrba vse pomembnejšo vlogo.

Kriteriji za vključitev v paliativno oskrbo

Paliativna oskrba je pravica vsakega neozdravljivo bolnega, kriteriji za vključitev v paliativno oskrbo je več in so različne glede na bolezen samo (Boyd & Murray, 2010):

*Tabela1: Kriteriji za vključitev v paliativno oskrbo (Boyd & Murray, 2010)*

<p>Kriterij napotitve v paliativno obravnavo za onkološke bolnike:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Metastazirajoči ali lokalno napredovali rak, ki napreduje kljub sistemskemu zdravljenju.</li><li>• Funkcijski status po Karnovskem* &lt; 50 ali ECOG** &gt; 3.</li><li>• Možganske metastaze, kompresija hrbtenjače ali neoplastični meningitis.</li><li>• Hiperkalcemija.</li><li>• Plevralni, peritonelani ali perikardialni izliv.</li></ul>
<p>Kriterij napotitve v paliativno obravnavo pri srčnem popuščanju:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Stadij IV po NYHA*** ali huda okvara zaklopke ali obsežna arterijska koronarna bolezen.</li><li>• Dispneja ali bolečina v prsih v mirovanju ali ob najmanjšem naporu.</li><li>• Simptomi, prisotni kljub kardiološki vzročni terapiji, ki jo bolnik še optimalno lahko tolerira.</li><li>• Kronična ledvična odpoved.</li><li>• Sistolni krvni pritisk &lt; 100 mm Hg in/ali frekvenca pulza &gt; 100.</li><li>• Kaheksija.</li><li>• Dve ali več hospitalizacij zaradi srčne odpovedi s potrebo intavenozne terapije v zadnjih šestih mesecih.</li></ul>
<p>Kriterij napotitve v paliativno obravnavo pri kronični obstruktivni pljučni bolezni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Huda obstrukcija dihalnih poti (FEV1 &lt; 30 % ali vitalna kapaciteta &lt; 60 %).</li><li>• Potrebuje trajno zdravljenje s kisikom (PaO2 &lt; 7,3).</li><li>• Dispneja že v mirovanju ali ob najmanjšem naporu med akutnimi eksacerbacijami.</li><li>• Simptomi, prisotni kljub respiratorni vzročni terapiji, ki jo bolnik še optimalno lahko tolerira.</li><li>• Simptomi srčnega popuščanja.</li></ul>

- Izguba >10 % telesne teže v zadnjih treh mesecih.
- Dve ali več hospitalizacij zaradi eksacerbacije bolezni v zadnjem letu.

Kriterij napotitve v paliativno obravnavo pri jetrni odpovedi:

- Napredovalo stanje jetrne ciroze ali več zapletov: ascites, ki ga ni mogoče zdraviti, hepatična encefalopatija, hepatorenalni sindrom, bakterijski peritonitis, ponavljajoče se krvavitve varic.
- Serumski albumin < 2,4 g/l ali podaljšan protrombinski čas ali podaljšan INR\*\*\*\*.
- Hepatocelularni karcinom.

Kriterij napotitve v paliativno obravnavo pri nevroloških bolnikih:

- Kratek preizkus kognitivnih sposobnosti < 20.
- Težave s požiranjem, težave v komuniciranju.
- Status epilepticus > 24 ur.
- Amiotropna lateralna skleroza ali druge živčno-mišične bolezni ob uvedbi mehanske ventilacije.
- Parkinsonova bolezen z nizkim funkcijskim statusom.
- Napredovala Alzheimerjeva demenca: Nesposoben samostojnega oblačenja, samostojne hoje, samostojnega hranjenja (funkcijski status po Karnovskem < 40 %).
- Nesposobnost smiselnega komuniciranja.
- Težave pri prehranjevanju: pasirana hrana s pomočjo druge osebe ali hranjenje prek nazogastrične sonde.
- Z eno ali dvema hospitalizacijama zaradi infekcije (urotrakt ali aspiracijske pljučnice) v zadnjih šestih mesecih.
- Inkontinenca urina in blata.
- Koma, ki traja več kot dva tedna.

## HOSPIC paliativna oskrba

Hospic se vključuje v oskrbo bolnika zadnjih nekaj mesecev in tednov (terminalna oskrba), velikokrat svojci vključijo pomoč Hospica šele zadnje dni pred smrtjo bolnika, kar je pozno. za nudenje bolj konkretne pomoči. V različnih državah po svetu je organiziranost hospica drugačna, prav tako pa tudi kritje stroškov za delovanje (Kelley & Morrison, 2015). Vsekakor so svojci in bolniki še premalo seznanjeni z delom Slovenskega društva Hospic pri nas .

V Sloveniji je dobra praksa, da nekateri timi, ki se ukvarjajo s paliativno oskrbo predlagajo vključitev hospica. Terminalna oskrba je pomemben del paliativne oskrbe in običajno predstavlja obravnavo bolnikov v zadnjih dneh ali tednih ali mesecih življenja od tistega trenutka, ko postane jasno, da se bolnikovo zdravstveno stanje brezihodno slabša (Ebert Moltara, 2014).

## HOSPIC

Leta 1967 se je v Veliki Britaniji z nastankom prvega modernega hospica (St. Christopher's Hospice) začela razvijati sodobna paliativna oskrba. Njegova ustanoviteljica je bila Cicely Saunders, ki naj bi bila začetnica modernega gibanja hospica.

Slovensko društvo Hospic je nevladna, neprofitna humanitarna organizacija. Ustanovljena je bila junija 1995 s sedežem v Ljubljani, območne odbore ima v Ljubljani, Mariboru, Celju, Slovenj Gradcu, Velenju, Murski Soboti, Radovljici, Novem mestu, Ajdovščini, Kopru in v Pivki. Financira se iz: donacij, sponzorstev, darov, povračil stroškov ZZS, članarin članov društva, sredstev lokalnih in državnih oblasti, prispevkov fundacij ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

Društvo si prizadeva za:

- konkretno pomoč umirajočemu bolniku in družini (zajema bolnika celostno, upošteva njegove telesne, duševne, socialne in duhovne potrebe; družino spremlja v času bolezni in v času žalovanja);
- spreminjanje odnosa do smrti in žalovanja v družbi: če bi sprejemali smrt kot del življenja, bi se o tem več pogovarjali in bi tako razrešili marsikatero stisko;
- pomoč zdravstvenemu osebju pri premagovanju osebnih stisk ob srečevanju s hudo bolnimi in umirajočimi ter njihovimi svojci (Statut društva, 2016).

Glavno geslo Hospica: Dodati življenje dnevom (upanje in iskrenost v komunikaciji) (Klevišar, 1996). Slovensko društvo Hospic ima pet programov.

### Spremljanje umirajočih bolnikov in svojcev na domu

Je osnovni program društva, pomeni celostno oskrbo umirajočega bolnika in njegovih svojcev na domu oziroma v domu podobnem okolju, kar zajema zdravstveno nego in vzgojo, psihosocialno in duhovno oporo v času umiranja bolnika in oskrbo žalujočih svojcev še leto dni po smrti oskrbovanega bolnika v času žalovanja. Program prinaša vrednost v smislu izboljšanja medosebnih odnosov v socialni sredini, lastnem odnosu do smrti, umiranja in žalovanja. Skupno število uporabnikov na programu v letu 2016 je bilo 1715 (enkratnih) uporabnikov, od tega: 339 bolnikov, ki smo jih spremljali v njihovem domačem okolju, bolnici in DSO. V skladu z načeli hospica so vse socialne storitve za uporabnike brezplačne ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

### Detabuizacija smrti

V okviru programa Detabuizacije smrti si prizadevamo preseči tabuje, strahove in omejitve povezane z boleznijo, umiranjem, pa tudi žalovanjem. Učimo o pomembnosti prepoznavanja in razumevanja potreb v zadnjem obdobju življenja in času umiranja in žalovanja, o možnostih in načinih ter pravicah v zvezi s podporo in dostopnostjo hospic in paliativne oskrbe. Naše aktivnosti so organizirane, kot različna izobraževanja (predstavitve, predavanja, delavnice) za laično in strokovno javnost, posebno pozornost namenjamo tudi mladim, bodočim strokovnim delavcem ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

## Prostovoljstvo

Program prostovoljstvo je namenjen usposabljanju prostovoljcev za delo z uporabniki na področju spremljanja umirajočih bolnikov in/ali delu z žalujočimi, ter mentorstvu in podpori prostovoljcem. Organizirano je več usposabljanj za prostovoljce tudi v obliki delavnic. Leta 2016 sta bila izvedena dva izobraževanja za prostovoljce in sicer v Ljubljani in Mariboru ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

## Žalovanje odraslih po izgubi bližnje osebe

Program je namenjen vsem žalujočim odraslim, ki so doživeli smrt bližnje osebe, ne glede na to ali gre za pričakovano ali nenadno izgubo. Usmerjen je v sprejemanje žalovanja kot del življenja s katerim se srečajo vsi ljudje. Razumevanje in sprejemanje bistva in potek žalosti, proces izpuščanja in odvezovanja od drage osebe. Učinki delujejo preventivno in ščitijo pred travmatičnimi posledicami, ki jih lahko povzroči potlačeno žalovanje in napačna, neučinkovita podpora. Z izvajanjem programa prispevamo h kakovostnejšemu in hitrejšemu vključevanju ljudi v socialne sredine, kar vpliva na boljše splošno zdravstveno stanje žalujočih ljudi. V program je bilo leta 2016 vključenih 917 žalujočih ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

## Žalovanje otrok in mladostnikov po izgubi bližnje osebe

Program nudi podporo in pomoč žalujočim otrokom in mladostnikom, starim od 5. do 18. leta, pomaga pa tudi njihovim staršem, pri razumevanju specifičnega poteka žalovanja pri otrocih in mladostnikih. V oporo in pomoč je tudi svetovalnim delavcem v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah.

Otroci in mladostniki ob soočenju s smrtjo in žalostjo nikakor ne smejo biti prezrti, oziroma tako imenovani »pozabljeni žalovalci«. S pravo oporo v žalovanju bodo otroci in mladostniki veliko lažje stopalni naprej v življenje, lažje bodo tudi zmogli vzpostaviti nove odnose z drugimi ljudmi in se tudi naučili sprejemati izgube in kljub bolečini z njimi živeti naprej. Otroku ne moremo zavarovati pred izgubami, pomembno pa je, da vemo, kako jim pomagati in jim dovoliti, da gredo skozi bolečo izkušnjo ob naši podpori in sprejemanju vseh občutkov, ki jih begajo in jim povzročajo dodatne stiske.

Žalujoči otrok bo zmožni nadaljevati življenje brez osebe, ki mu je bila blizu le, če bo imel v svojem okolju potrebno podporo in razumevanje. Otrokom in mladostnikom nudimo podporo v obliki tabora za žalujoče otroke in mladostnike, individualnih pogovorov, kreativnih delavnic ter predstavitev v vrtcih in šolah.

Staršem pa v obliki tabora za starše žalujočih otrok in mladostnikov, individualnih pogovorov ter pogovornih skupin. V letu 2016 smo nudili podporo in svetovanje 362 uporabnikom ([www.hospic.si](http://www.hospic.si)).

## Odnos do smrti

Odnos do smrti pomeni odnos do življenja, oziroma dostojno življenje do konca. »Umetnost umiranja« ne moremo ločiti od umetnosti življenja. Bistvo je v medsebojnem srečevanju, v pomoči drug drugemu in v učenju drug od drugega. Umiranje z dostojanstvom ima nešteto pomenov: teoloških, filozofskih, socialnih, političnih in osebnih.

Generalna skupščina Združenih narodov je leta 1975 sprejela Listino pravic umirajočih, ki opredeljuje njihove pravice (Klevišar, 1994). Imam pravico:

- da z menoj ravnamo kot s človeškim bitjem vse do zadnjega diha;
- da upam, ne glede na spremembe in možnosti upanja;
- da z menoj upajo tisti, ki me negujejo;
- da morem svobodno izpovedovati svoj nemir pred smrtjo, ki je na pragu;
- da soodločam glede zdravljenja;
- da me zdravi strokovno osebje, čeprav je vsem jasno, da umiram;
- da ne umrem osamljen;
- da mi lajšajo bolečine;
- da mi na vprašanja iskreno odgovarjajo;
- da me nihče ne slepi;
- da mi drugi pomagajo, da bi jaz in moji najbližji sprejeli mojo smrt;
- da umrem mirno in dostojno človeka;
- da ohranim svojo osebnost in me nihče ne obtožuje, če ne soglašam z mojim prepričanjem;
- da smem pri umiranju izpovedati svoje versko prepričanje in prejeti, kar mi daje vera;
- da mojemu telesu po smrti izkazujejo dolžno spoštovanje;
- da me negujejo strokovne in občutljive osebe, ki bodo razumele vse moje potrebe, da bom lahko pomirjeno zrl smrti v oči.

Pozorno blaženje bolezenskih simptomov v paliativni in hospic oskrbi učinkovito pomaga pacientu ne le počutiti se udobno, temveč mu moramo udobje priskrbeti. Razlika je subtilna, vendar je ravno tu razlika med tehničnim obvladovanjem simptomov in celostnim pristopom oskrbe ob koncu življenja - pristopom, ki obsega psihosocialne, eksistencialne in duhovne vidike pacientovega doživljanja. Bolnike in svojce je treba na spremembe, ki se lahko v poteku hude bolezni in umiranja pojavijo, pripraviti. Svojci so tudi po smrti pacienta deležni podpore in spremljanja.

## Sprejemanje umiranja

Umirajoči prav gotovo ne potrebuje zahtevnih in agresivnih preiskav ali aktivnega zdravljenja ogrožajoče bolezni, nujno pa potrebuje učinkovito lajšanje zdravstvenih težav. V Sloveniji je zato organizirana Paliativna oskrba bolnikov, ki je pomembna v lajšanju težav, zaradi katerih bi bolnik po nepotrebnem trpel.



Bolnik potrebuje prisotnost njemu dragih oseb, ki mu bodo v vsestransko pomoč in podporo pri lažšanju psihičnih, socialnih in ekonomskih problemov. Poleg tega pa pomoč pri opravljanju tistih temeljnih življenjskih aktivnosti, ki jih samostojno ne more več opravljati.

Huda bolezen poruši družinsko ravnovesje, zato tudi svojci umirajočega bolnika potrebujejo podporo strokovnega multidisciplinarnega tima. Z bolnikom trpi celotna njegova družina, zato potrebujejo družinski člani oporo, pomoč pri organizaciji življenja v novonastali situaciji. Ob umirajočem bolniku so družinski člani postavljeni v nove vloge in so prisiljeni reševati probleme, ki jih prej niso imeli.

### Sprejemanje žalovanja

Vsak človek ima svoj način soočanja z izgubo svojega dragega človeka. Pogosto se žalost zopet močno ojača po pogrebu. Poteka pogosto v določenih fazah tedne ali celo mesece dolgo. Najbolj znano teorijo o psiholoških reakcijah na proces umiranja je, na osnovi intervjujev več kot 200 umirajočih bolnikov, oblikovala v ZDA živeča švicarska zdravnica Elisabeth Kúbler – Ross v knjigi »O smrti in življenju po njej« (1998). V njej je proces umiranja razdelila na pet faz: zanikanje, jeza, pogajanje, depresija, sprejetje.

Žalovanju je potrebno pustiti čas in prostor. Pri močni in dolgo trajajoči žalosti se priporoča, da se poišče dodatno podporo pri družinskih članih in prijateljih, ali se poišče pomoč pri strokovnjakih ali skupinah za samopomoč. Za mnoge ljudi je tolažilno, če izmenjajo mnenja z drugimi žalujočimi. Žalovanje je individualno in različno za vsakega človeka.

Upoštevam naslednjih nekaj dejstev po avtorju Fassler Weibelu:

- Vsak svojec ima poseben odnos do umirajočega. Njegova žalost nikakor ne mora biti identična z žalostjo drugih članov družine.
- Svojci se med seboj razlikujejo v žalosti, ki je zelo individualna in povezana s temperamentom posameznika.
- Vsak od svojcev žaluje tako močno, kot je bil močan njegov odnos do umirajočega. Vsak od svojcev potrebuje toliko časa za slovo in žalost kot se mu zdi primerno in prav.

### Komunikacija z umirajočimi in svojci

Dobra komunikacija je pomembna tudi ali še posebej takrat, ko je človek bolan in umira. Poleg verbalne je zelo pomembna neverbalna komunikacija kot je: dotik, pogled, kretnja, molk (Klevišar,1996). Učinkovito in sočutno komuniciranje je v očeh svojcev eden najpomembnejših vidikov v oskrbi ob koncu življenja njihovega bližnjega.

Bloomer (2013) in sodelavci poročajo, da zdravstveno osebje ocenjuje, da je sporočanje slabe novice ali komuniciranje na sploh z neozdravljivimi bolniki in njihovimi svojci težavno. Zdravstveni delavci se v svoji klinični praksi pogosto počutijo slabo pripravljeni in nepodprti. Vsak človek je univerzalno bitje zato tudi novico o neozdravljivi bolezni in bližajoči smrti

sprejema na različne načine. Sporočanje slabe novice moramo prilagoditi posamezniku. Zahteva primerno okolje, čas, govoriti resnico, aktivno poslušanje, sposobnost vživljanja v bolnikovo stisko, priznati, da na vsa vprašanja ne vemo odgovorov. Nikoli ne lažemo, povemo le toliko kot želi bolnik vedeti.

V skupni kanadski in avstralski raziskavi (Kirk, et al., 2004) so o potrebah bolnikov ob koncu življenja in njihovih bližnjih glede komuniciranja ugotovili v prvi vrsti pomen razvoja senzitivnega odnosa in spoštovanje individualnih želja. Največje poudarke so bolniki in njihovi svojci v komuniciranju želeli pri sporočanju prognoze in vzdrževanju upanja.

Zdravstveni delavci v javnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji potrebujejo sistemske rešitve za preprečevanje izčrpanja na delovnem mestu, dodatno izobraževanje na področju komunikacije, tako bi zagotovili boljšo oskrbo bolnikov in njihovih svojcev ter bolj učinkovito komunikacijo tudi ob koncu življenja. Sočutno in večje komuniciranje ter gradnja vzajemnih odnosov med osebjem in bolnimi ter njihovimi bližnjimi mora pridobiti prioriteto v zdravstveni obravnavi. To omogoča večje zadovoljstvo pri delu in osebno rast zdravstvenega osebja (Lunder, 2016).

## DISKUSIJA

V Sloveniji je vedno več starejših in bolnih, tudi število obolelih za rakom se povečuje. Želja umirajočih je da bi zadnje tedne in dneve preživeli doma. Svojci in njihove družine rabijo organizirano pomoč pri negovanju in zadovoljevanju temeljnih življenjskih aktivnosti umirajočemu (Lunder, 2003). Poleg znanja potrebujejo svojci tudi podporo in pomoč pri organiziranju svojih vsakodnevnih obveznosti.

Paliativna in hospic oskrba je pravica vsakega neozdravljivo bolnega, o čemur lahko beremo tako v Helsinški deklaraciji človekovih pravic, Kodeksu medicinske deontologije Slovenije, Zakonu o bolnikovih pravicah in drugih listinah. V različnih državah po svetu je organiziranost hospica drugačna, prav tako pa tudi kritje stroškov za delovanje (Kelley & Morrison, 2015). Paliativna oskrba naj bi se pričela zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvajala skozi vsa obdobja neozdravljive bolezni (tudi med specifičnim zdravljenjem), vse do zadnje, terminalne faze bolezni, smrti in žalovanja (Ebert Moltara, 2014). Dejstvo je, da je paliativna oskrba v Sloveniji slabše dostopna in slabše organizirana, čeprav Strategija socialnega varstva starejših predvideva, da bo treba pripraviti nacionalni program paliativne oskrbe kot sestavni del mreže javne zdravstvene službe. To je torej področje, ki v prihodnosti potrebuje več posluha tako znotraj strokovnih, laičnih kot tudi političnih krogov.

Slovensko društvo Hospic obravnava samo nekatere umirajoče in njihove družine, zato nima splošnega pregleda. Vedno več svojcev kliče za sprejem umirajočega v hišo Ljubhospica, ter išče brezplačno nego na domu. Mislimo, da bi se morala težave na tem področju reševati na

državni ravni. Nekaj rešitev je v Državnem programu paliativne oskrbe in predlogu zakona o dolgotrajni oskrbi, katerega sprejetje se odlaša že predolgo.

## ZAKLJUČEK

Potrebe bolnikov in njihovih bližnjih pri soočanju z neozdravljivo boleznijo in minljivostjo so številne in kompleksne. Za zagotavljanje čim boljše kakovosti življenja in dostojnega umiranja mora biti ocena potreb celostna in sistematična, njihovo reševanje in podpora pa multidisciplinarna. Kakovostna paliativna oskrba bo mogoča le ob ustreznem znanju in sodelovanju vseh vpletenih v obravnavo bolnika.

Paliativna oskrba zagovarja življenje in spoštuje umiranje kot naravni proces; smrti ne pospešuje, vendar hkrati tudi ne zavlačuje. K celostni oskrbi bolnikovih potreb in potreb njegovih bližnjih pripomore multidisciplinaren paliativni tim. Sestava tima in obseg pomoči sta odvisna od potreb posameznega bolnika ter njegovih bližnjih in od stanja, ki se spreminja v času bolezni. Jedro paliativnega tima mora biti vedno bolnik.

Za družinske člane in prijatelje je velik izziv spremljanje hudo bolnega človeka v zadnjem obdobju življenja. Proces umiranja je za vsakega posameznika zelo različen. Nekateri potrebujejo mesece nege in pozornosti, drugim je lažje hitro oditi. Družina umirajočega zato potrebuje pomoč in podporo. Prav tako je potrebno rešitve iskati tudi na nacionalni ravni in razviti mrežo paliativnih timov, ki bojo lahko nudili podporo in pomoč svojcem in umirajočim. Potrebno pa bi bilo tudi urediti financiranje na tem področju iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

## Literatura

Boyd, K., Murray, S.A., 2010. Recognizing and managing key transitions in end of life care. *BMJ*, pp. 341.

Bloomer, M.J., Endacott, R., O'Connor, M., Cross, W., 2013. The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*, 27(8), pp. 757–764.

*Državni program paliativne oskrbe, 2010.* Ministrstvo RS za zdravje. Available at: [www.mz.gov.si/fileadmin/mz.../Državni\\_program\\_paliativne\\_oskrbe\\_190410.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.../Državni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc) [12.6.2017].

Ebert Moltara, M., 2014. *Paliativna oskrba*. ONKOLOGIJA / šola: tumorji prebavil II; 18,1: 53-55.

Fassler-Weibel, P., 1996. *Blizu v težkem času* Ljubljana: Družina, 1996.

Gedrih, M., 2007. Zakrinkana smrt: Postopno potujevanje umiranja in posledice. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 35(227), pp. 17–24.

Kelley, A. S., Morrison, R.S. 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med*, 373, pp. 747–755.

Kirk, P., Kirk, I., Kristjanson, L.J., 2004. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38103.423576.55.

Klevišar, M., 1994. *Spremljanje umirajočih*. Ljubljana: Družina, pp. 55.

Klevišar, M., 1996. *Hospic po svetu in pri nas*. V: Mohorjev koledar. Celje: Mohorjeva družba Celje, pp. 46.

Kübler-Ross, E., 1998. *O smrti in življenju po njej*. Ljubljana, Mladinska knjiga.

Lunder, U., 2003. Paliativna oskrba – njena vloga v zdravstvenih sistemih. *Zdravstveni vestnik*, 72, pp. 639–642.

Lunder, U., 2016. Komuniciranje s svojci v stiski v paliativni oskrbi. In: Simonič, A., ed. *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 20-24.

*Paliativna oskrba*. Available at:

[http://www.mz.gov.si/si/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/zdravstveno\\_varstvo/paliativna\\_oskrba/](http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/paliativna_oskrba/) [5.5.2017].

van der Steen, et al., 2014. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a delphi study and recommendations from the European association for palliative. *Care Palliative Medicine*, 28(3), pp. 197–209.

*Slovensko društvo hospic*, 2017. Available at: <http://www.hospic.si/> [12.6.2017].

World Health Organisation, 2002. *National cancer control programmes*. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organisation, pp. 1–180. Available at: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> [2. 5. 2017].

## REFERENČNE AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE – PREVENTIVAV PRVIH PETIH LETIH DELOVANJA

### MODEL PRACTICES – PREVENTION IN THE FIRST FIVE YEARS OF OPERATION

Nataša Medved, dipl. m. s.

Breda Čuš, dipl. m. s.

Nacionalni inštitut za varovanje zdravja / CUPPKZ

natasa.medved@nijz.si

#### IZVLEČEK

Področje družinske medicine je v svojem razvoju doseglo raven, ko je nadgradnja za ohranitev kakovostne oskrbe bolnikov v družinski medicini postala nujna, zato se je timu družinske medicine v polovičnem delovnem času pridružila diplomirana medicinska sestra. Njene naloge v timu so se v petih letih povečevale, tako na področju izvajanja integriranega preventivnega presejanja kot pri obravnavi kroničnih bolnikov. Vsi bolniki so spremljani v skladu s protokoli. Vodijo se tudi registri kroničnih bolnikov in kazalniki kakovosti z namenom spremljanja uspešnosti dela tima družinske medicine. Diplomirana medicinska sestra v timu referenčne ambulante družinske medicine od leta 2011 naprej izvaja aktivnosti na področju integrirane preventive kroničnih bolezni. Te temeljijo na celostni, kakovostni in varni obravnavi bolnika pri obvladovanju kroničnih bolezni pri opredeljeni ciljni populaciji od 30. leta dalje. Za uspešnost dela tima družinske medicine in doseganje čim boljših rezultatov pri bolniku je potrebno sodelovanje in povezovanje timov v ambulanti družinske medicine / referenčni ambulanti družinske medicine s timi v centrih za krepitev zdravja in v patronažnem varstvu.

**Ključne besede:** diplomirana medicinska sestra, kakovost, sodelovanje, preventiva

#### ABSTRACT

The field of Family medicine practice reached the level when an upgrade to maintain quality care for family medicine patients became necessary, because of that a graduate nurse working half time joined the team. Her tasks in the team have been increasing over the years, both in the area of performing integrated preventive screening and in the treatment of chronic patients. All patients are monitored according to protocols. Chronic Patient Records and Quality Indicators are also being monitored to monitor the performance of the Family Medicine Team. Since 2011, Graduate nurses from the Model practices teams carry out activities in the field of

integrated prevention of chronic diseases. The activities are based on a holistic, high-quality and safe treatment of the patient in the management of chronic diseases in a defined target population from 30 years onwards. For the success of the team's work and achievement of the best results in the patient, cooperation and teaming in the Family medicine practice / Model practice team with teams in health promotion centers and in the community nurses.

**Keywords:** registered nurse, quality, cooperation, prevention, curative.

## UVOD

Področje družinske medicine je v svojem razvoju doseglo raven, ko je nadgradnja za ohranitev kakovostne oskrbe bolnikov v družinski medicini postala nujna. To je pokazala tudi raziskava o kategorizaciji bolnikov v ambulantah družinske medicine (ADM), ki so jo opravile diplomirane medicinske sestre v letih 2007–2009 (Železnik, et al., 2011). Stroka zdravstvene nege je tako sledila izzivom in trendom izven meja Slovenije ter se s tem krepila in razvijala. Leta 2011 je bila sprejeta odločitev o postopnem uvajanju tako imenovanih referenčnih ambulant družinske medicine (RADM), ki omogočajo kakovostnejši pristop k bolniku. Od leta 2011 do decembra 2016 se je program RADM spreminjal in dopolnjeval. Naloge diplomirane medicinske sestre so obsežne, tako na področju izvajanja integriranega preventivnega presejanja na kronične bolezni kot pri obravnavi kroničnih bolnikov. Vsi bolniki so spremljani v skladu s protokoli. Vodijo se registri kroničnih bolnikov in kazalniki kakovosti z namenom spremljanja uspešnosti dela tima družinske medicine. Pomembno je tudi sodelovanje in povezovanje timov v ADM/RADM s timi v centrih za krepitev zdravja (CKZ) in v patronažnem zdravstvenem varstvu (PZV), ki so z vidika sistematičnega izvajanja preventivnih programov, celovite preventivne obravnave posameznikov, obvladovanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih bolezni, preprečevanja in obvladovanja kroničnih bolezni ter skrbi za krepitev zdravja lokalnega prebivalstva ključnega pomena za kakovostno zdravstveno nego bolnika.

Namen prispevka je predstavitev poteka dela tima v RADM v zadnjih petih letih, s ciljem prikazati vlogo diplomirane medicinske sestre (DMS) pri izvedbi preventivnega presejanja, povzeti ter prikazati rezultate dela DMS v letih od 2011 do 2016 in način sodelovanja z drugimi strokovnjaki na primarni ali sekundarni ravni zdravstvenega varstva za doseganje čim boljših rezultatov pri bolniku.

## Nastanek referenčnih ambulant družinske medicine od 2011 do 2016

Prenos številnih zdravstvenih obravnav s sekundarne na primarno raven zdravstvenega varstva, porast bolnikov s kroničnimi boleznimi, preventivnih programov, številnih administrativnih postopkov, demografskih ter socialno-ekonomskih dejavnikov je povzročil potrebo po prenosu

določenih oziroma dogovorjenih aktivnosti zdravnika družinske medicine na diplomirano medicinsko sestro. Sprejeta je bila odločitev o postopnem uvajanju tako imenovanih referenčnih ambulant (Poplas Susič & Marušič, 2011). Poplas Susič (2014) in Bulc (2012) menita, da program RADM omogoča drugačen, kakovostnejši pristop k bolniku in ima načela dispanzerske metode dela v timu, kjer so vsi enakopravni. Z nadgradnjo dela timov, dorečeno organizacijo in vsebino dela RADM bistveno izboljšujejo kakovost in varnost obravnave bolnikov. Cilj dela v ADM je povečati kakovost dela z bolniki, zmanjšati stroške obravnave in povečati zadovoljstvo bolnikov s pomočjo ocenjevanja kakovosti, referencami za nadzor ter okrepljenim preventivnim delovanjem, urejenim pravnim varstvom in zadovoljnim kadrom (Vodopivec Jamšek & Kersnik, 2010). Nosilec zdravstvene dejavnosti v RADM je zdravnik splošne/družinske medicine. V timu sodelujejo specialist splošne in/ali družinske medicine, srednja medicinska sestra ali zdravstveni tehnik in 0,5 diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika (v nadaljevanju diplomirana medicinska sestra). Do decembra 2016 je prevzelo način dela in pridobilo naziv RADM 634 ambulant družinske medicine (Seznam vseh ambulant, 2016).

## Izvajanje integrirane preventive kroničnih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine

Diplomirana medicinska sestra od leta 2011 dalje izvaja aktivnosti na področju integrirane preventive kroničnih bolezni, ki temeljijo na celostni, kakovostni in varni obravnavi bolnika pri obvladovanju kronično nenalezljivih obolenj pri opredeljeni ciljni populaciji od 30. leta dalje. Zgornja starostna meja ni opredeljena (Poplas Susič, 2015). Ker se je program izvajanja preventivnih pregledov spreminjal mora diplomirana medicinska sestra v RADM vseskozi prepoznavati nove vloge v zdravstveni obravnavi, za kar potrebuje poleg strokovnega znanja na splošnih in specialnih področjih še znanja za širšo usmerjenost v potrebe bolnika in družbe (Skela Savič & Klemenc, 2011).

### Potek preventivnega presejanja v referenčni ambulanti družinske medicine

Z vključitvijo v tim RADM diplomirana medicinska sestra prevzame vlogo koordinatorja preventive in mentorja posamezniku na njegovi poti k izboljšanju zdravja in boljšemu počutju. Skozi leta izvajanja integrirane preventive so se delno spreminjali vprašalniki za ugotavljanje načina prehranjevanja, prenehalo se je z izvajanjem preventivne obravnave za ugotavljanje prisotnosti astme in pričelo z izvajanjem ugotavljanja prisotnosti tveganja za osteoporozo. Diplomirana medicinska sestra usmerja preventivni pregled od vabljenja dalje in vseskozi sodeluje z zdravnikom družinske medicine in srednjo medicinsko sestro/zdravstvenim tehnikom v timu. Za določanje srčno-žilne ogroženosti in drugih prisotnih dejavnikov tveganja morajo diplomirane medicinske sestre z natančno določenimi evalvacijskimi vprašalniki po presejanju opredeliti, ali je oseba zdrava, ali ima dejavnike tveganja, ali pa ima že celo bolezen (KOPB, sladkorna bolezen tipa 2, arterijska hipertenzija, depresija in osteoporozo), ki jo pozneje potrdi

zdravnik (Poplas Susič & Marušič, 2011) ter pri tem upoštevati smernice in protokole skladno z doktrino zdravstvene nege (Vodopivec Jamšek & Kersnik, 2010). Tako danes področje izvajanja integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni sestavljajo štirje koraki, ki si sledijo od začetka preventivnega pregleda, ki ga izvaja diplomirana medicinska sestra. V prvem koraku leta predstavi in razloži pomen in potek preventivnega pregleda ter preveri, kaj oseba misli o svojem zdravstvenem stanju. V drugem koraku skupaj z osebo izpolni vprašalnik za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni ter skladno z algoritmom obravnave izpolni tudi poglobljene vprašalnike, izvede antropometrične meritve, izmeri krvni tlak, izvede spirometrijo (če je indicirana) in pridobi laboratorijske izvide. V naslednjem, tretjem, koraku diplomirana medicinska sestra, na osnovi vseh pridobljenih podatkov ter skladno s protokoli identificira: družinsko obremenjenost, udeležbo v preventivnih presejalnih državnih programih, status prehranjevanja, telesne dejavnosti, kadilski status, pivski status, ogroženost za stres, depresijo, za aterosklerotične srčno-žilne bolezni, za sladkorno bolezen tipa 2, za kronično obstruktivno pljučno bolezen, za debelost, za arterijsko hipertenzijo, za škodljivo pitje alkohola, za osteoporozo ter ogroženost zaradi neugodnih socialnih determinant zdravja. Za odkrivanje benigno povečane prostate ne obstaja posebno preventivno presejanje, temveč diplomirana medicinska sestra v skladu z algoritmom izvajanja presejanja integrirane preventive povpraša osebo po težavah pri uriniranju. V zadnjem, četrtem, koraku obravnava bolnika glede na profil ogroženosti za kronične nenalezljive bolezni. Če pri osebi ni zaznanega tveganja, lahko samostojno zaključi pregled. Če pa je zaznana 20 % ali večja ogroženost za srčno-žilne bolezni, ali je izražena katera izmed kroničnih nenalezljivih bolezni, diplomirana medicinska sestra osebo napoti k zdravniku družinske medicine oziroma kot je navedeno v protokolu vodenja te ugotovljene kronične nenalezljive bolezni. Izveden preventivni pregled poda ugotovitve o trenutnem zdravstvenem stanju osebe. Ugotavlja se ali je oseba zdrava, ali ima prisotne dejavnike tveganja, ali je ogrožena za kronične nenalezljive bolezni in ali ima že prisotne kronične nenalezljive bolezni. Po končanem presejanju diplomirana medicinska sestra osebi razloži pomen ugotovitev pregleda, kratko motivacijsko svetuje o dejavniki tveganja in zdravem življenjskem slogu in ustrezno motivira za spremembo življenjskega sloga. Pri tem mora upoštevati okolje, v katerem oseba živi, njeno zmožnost, izobrazbeno strukturo ter socialni status. Glede na prisotne dejavnike tveganja, ogroženost in/ali obolelost za kronične nenalezljive bolezni se dogovori z osebo za obisk v zdravstvenovzgojnem centru/centru za krepitev zdravja kamor posreduje ključne podatke o vedenjskih in bioloških dejavniki tveganja ter stopnji pripravljenosti na spremembe (Maučec Zakotnik, et al., 2017). Rezultate preventivnega pregleda zavede tudi v register preventive in v registre kroničnih bolnikov.

Vabljenje ciljne populacije na integrirano preventivno presejanje za kronične bolezni poteka vsakih pet let. Če je pri bolniku ugotovljena prisotnost izrazitih dejavnikov tveganja in/ali srčno-žilna ogroženost nad 20 %, se opravi preventivno presejanje za srčno-žilno ogroženost vsako leto ali po strokovni presoji zdravnika družinske medicine in/ali diplomirane medicinske sestre



lahko tudi prej (Algoritem presejanja, ukrepanja in spremljanja na področju nezdravega življenjskega sloga in KNB, 2014).

Za uspešnost dela tima in doseganje čim boljših rezultatov pri bolniku

Za uspešnost dela tima in doseganje čim boljših rezultatov pri bolniku je potrebno najprej dobro sodelovanje znotraj tima ADM/RADM in nato povezovanje letih s timi v centrih za krepitev zdravja (CKZ)/zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) in v patronažnem varstvu (PV), ob upoštevanju kompetenc posameznih izvajalcev. Za sistematično izvajanje preventivnih programov so nujno potrebne dorečene komunikacijske poti med izvajalci, ki vključujejo tudi enotno informacijsko podporo ter enotne obrazce za naporitve in poročila o obravnavah. Vse to omogoča skupno načrtovanje preventivnih aktivnosti zdravstvenega doma in reševanje problemov na rednih skupnih sestankih timov iz ADM/RADM, CKZ in PV. S tem je zagotovljena kakovostnejša preventivna obravnava, celostno informiranje in motiviranje ciljne populacije za vključitev v preventivni program, boljša dostopnost do preventivnega programa, izvajanje preventivnih aktivnosti, ki izhajajo iz potreb uporabnikov, s skupnostnim pristopom pa tudi krepitev zdravja lokalnega prebivalstva, vključevanje ranljivih oseb v preventivni program in zmanjševanje neenakosti v zdravju v lokalnem okolju (Medved, 2016).

Rezultati izvajanja integrirane preventive v RADM od 2011 do 2016

RADM so sledile začrtanim smernicam. Z dorečenimi protokoli in pogoji delovanja so v letu 2011 pričele udeleževati zagotavljanje zdravja populaciji. Že od začetka diplomirana medicinska sestra po opravljenem preventivnem presejanju uvrsti osebo v eno izmed evidenc glede na rezultate: oseba je zdrava, ima dejavnike tveganja oziroma je ogrožena, ali je pri njej novoodkrita kronična bolezen (Poplas Susič, 2015). Vse zbrane podatke preventivnih presejanj diplomirana medicinska sestra posreduje v začetku vsakega leta za prejšnje leto v projektno pisarno RADM Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju projektna pisarna), medtem ko tim družinske medicine novoodkrite bolezni zabeleži v registre kroničnih bolnikov in se le-te posredujejo mesečno. Po podatkih, zbranih v projektni pisarni (Poročanje preventiva, 2016), lahko ugotovimo, da je bilo v obdobju 2012 do konca leta 2016 opredeljenih 983.855 bolnikov starih nad 30 let, v skupaj 674 RADM ter da so časovno različno vstopale v projekt. V tabeli 1 je prikazano, da je bilo opravljenih 532.418 preventivnih presejanj pri 291.124 osebah. Pri 227.328 osebah so bili odkriti dejavniki tveganja in pri 68.194 so bile na novo odkrite kronične bolezni in le pri 62.735 osebah ni bilo ugotovljenih dejavnikov tveganja. Podatki prikazujejo veliko število na novo odkritih bolnikov z arterijsko hipertenzijo (33.436), sledijo novoodkriti bolniki s sladkorno boleznijo tipa 2 (16.524), depresijo (7.530), osteoporozo (6.197) in s KOPB (4.570).

*Tabela 1: Rezultati izvajanja preventivnih presejanj v obdobju 2012 do 2016 v desetih območnih enotah (OE) v Sloveniji (Poročanje preventiva, 2016)*

2012-2016 skupaj	Število najdenih kroničnih bolnikov pri preventivnem presejanju v ambulanti pri DMS					Št. oseb z ugotovljenimi dejavniki tveganja	Št. oseb brez dejavnikov tveganja - zdravi	Št. vseh opravljenih preventivnih pregledov	Št. vseh pregledanih oseb (preventivni pregledi)	Št. opredeljenih oseb	Št. opredeljenih oseb nad 30 let
	KOPB	diabetes	AH	depresija	osteoporoz						
OE Celje	372	1272	3117	522	323	28935	9255	54506	29771	146572	113559
OE Koper	488	1476	3361	963	422	14111	2174	32211	17486	62910	57003
OE Kranj	669	2330	3911	1123	519	24593	8944	74603	36470	125365	109475
OE Krško	130	738	1305	267	145	9319	3124	28923	14655	42718	36512
OE Ljubljana	1328	4021	8089	1398	1108	61223	15254	135034	75284	313288	273226
OE Maribor	665	2248	4145	831	1180	37867	7758	82335	42516	180053	154478
OE Murska Sobota	230	1310	2503	627	318	15597	3646	29100	18215	67239	60278
OE Nova Gorica	155	930	2224	564	1538	13075	6634	28318	19117	75722	66364
OE Novo mesto	277	1348	2589	830	327	14348	4209	45403	24231	72211	59319
OE Ravne na Koroškem	193	851	2192	405	317	8260	1737	21985	13379	67360	53641
Skupaj	4507	16524	33436	7530	6197	227328	62735	532418	291124	1153438	983855

## DISKUSIJA

Izvajanje integrirane preventive v RADM v zadnjih petih letih delovanja je prikazano z namenom poudariti preventivno presejanje, in sicer od izvedbe do povezovanja z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki. Zaradi izkazanih potreb po spremembah tekom projekta so se vprašalniki in Algoritem odločanja in ukrepanja že spreminjali, popravki oziroma dopolnitve se pričakujejo še do zaključka projekta. Kljub skorajšnjemu zaključku projekta Referenčnih ambulant družinske medicine pa še vedno prihaja do nepoznavanja in nerazumevanja pomena kakovostne izvedbe dela diplomirane medicinske sestre in njene vloge. Pojavljajo se mnenja, da diplomirana medicinska sestra opravi premalo storitev v svojem polovičnem delovnem času. Zaradi tega in predvsem zaradi težnje po kakovostni izvedbi preventivnih presejanj bi bilo potrebno opraviti več raziskav na področju zdravstvene nege. Eder (2015) je že opisala pilotno raziskavo o porabljenem času pri obravnavah bolnikov v RADM, ki bi jo bilo potrebno v prihodnje razširiti na posamezno storitev in vključiti vse diplomirane medicinske sestre v RADM. Za kakovostno izvedbo preventivnega pregleda po Algoritmu odločanja in ukrepanja je potrebno več časa, kot je bilo za izvedbo preventivnega pregleda pred uvedbo RADM. Kakovostna izvedba opravljenih preventivnih presejanj je ključnega pomena, saj pravočasno odkriti dejavniki tveganja omogočajo hitro ukrepanje in s tem preprečevanje novonastalih kronično nenalezljivih obolenj ali pa preprečitev slabšanja že nastalih, kar opisujeta tudi Eder (2015) in Poplas Susič (2015). Diplomirana medicinska sestra lahko le na podlagi ustreznega izobraževanja, pridobljenih veščin, kritičnega razmišljanja in ugotovljenih rezultatov svojega dela in raziskovanja izboljša svoje delo ter s tem zagotovi varno, strokovno, kakovostno in učinkovito obravnavo oseb pri preventivnih

presejanjih.

## ZAKLJUČEK

Tim RADM mora imeti dobro organizacijo dela, dobro sodelovati in delati v ustreznih delovnih pogojih, kar je tudi ena izmed zagotovitev za kakovostno izvedbo zdravstvene nege in zadostnega števila preventivnih presejanj. Delo diplomirane medicinske sestre se je glede na ugotovljene potrebe v vseh teh letih vsebinsko nadgrajevalo. Pričakuje se ponovna prenova protokola za preventivo na področju prehrane, kazalcev kakovosti in izboljšanje informacijske podpore. Diplomirana medicinska sestra mora redno spremljati strokovne smernice, klinične poti, standarde ter raziskovati na svojem strokovnem področju. Po izteku projekta RADM je potrebno nadaljevati z dispanzersko metodo dela, vendar je potrebno razmišljati o zaposlitvi diplomirane medicinske sestre za polni delovni čas in s tem zagotoviti enakost med prebivalci Slovenije.

Skupno sodelovanje vseh zdravstvenih strokovnjakov na primarni ravni in poznavanje dela in nalog posameznih strokovnjakov na področju zdravstvenega varstva lahko privedejo do zastavljenih ciljev, ki bodo bolniku omogočali kakovostno osebno, družinsko in socialno življenje.

## Literatura

Algoritem presejanja, ukrepanja in spremljanja na področju nezdravega življenjskega sloga in KNB – opis presejanja, 2014. *Referenčne ambulate družinske medicine. Projekt Ministrstva za zdravje Republike Slovenije*. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/?p=951> 3.3.2017

Bulc, M., 2012. Načela preventive. In: Švab, I., et al. eds. *Družinska medicina*. Ljubljana, Slovenija: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 237–245.

Eder, J., 2015. Diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti – kaj delamo, kako delamo? In: Majcen Dvoršak, S., et al. eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 329–335.

Maučec Zakotnik J., Čuš B., Vrbovšek S., Govc Eržen J., & Medved N., 2017. Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis preventivne poti obravnavane osebe. V Govc Eržen, J., et al. eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine. Izvajanje integrirane*

preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 17–25.

Medved, N., 2016. S povezovanjem in sodelovanjem do kakovostne preventivne obravnave odraslih na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Kraigher A., et al. eds. *6. kongres preventivne medicine. Javno zdravje – povezovanje za zdravje: zbornik izvlečkov prispevkov*. Available at: <http://www.spm.si/wp-content/uploads/2017/03/Zbornik-prispevkov-2016.pdf> 17.7.2017 .

Poplas Susič, A., 2014. Delo referenčnih ambulant v letu 2013. In: Kopčaver Guček, et al. eds. *40. strokovno srečanje timov. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 98–101.

Poplas Susič, A., 2015. Referenčne ambulante družinske medicine do konca leta 2014. V Kopčaver Guček, et al. eds. *40. strokovno srečanje timov. Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 72–76.

Poplas Susič, A., & Marušič D., 2011. Referenčne ambulante – Model practices. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav.*, 27 (1), pp. 9–7.

Poročanje preventiva, 2016. *Referenčne ambulante družinske medicine, projekt Ministrstva za zdravje Republike Slovenije*. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Poro%C4%8Dilo-preventiva-20161.pdf> 5. 3. 2017 .

Seznam vseh ambulant, 2016. *Referenčne ambulante družinske medicine, projekt Ministrstva za zdravje Republike Slovenije*. Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/3>. 3. 2017.

Skela Savič, B., Klemenc, D., 2011. Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje od leta 2011 do 2020. In: Skela Savič B., et al., eds. *Moja kariera – quo vadis: specializacija v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino / 4*. Posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 8.3.2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 20–33.

Vodopivec Jamšek, V., & Kersnik, J., 2010. *Delovna skupina Ministrstva za zdravje Republike Slovenije za pripravo vsebin in oblik izobraževanja medicinskih sester, ki bodo delale v referenčnih ambulantah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje republike Slovenije.

Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B., Filej, B., Verbič, M., & Založnik, S., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

## VPLIV ZDRAVSTVENE VZGOJE NA ZNANJE LJUDI O MOŽGANSKI KAPI

### IMPACT OF HEALT EDUCATION ON POPULATION KNOWLEDGE OF STROKE

Darko Sirar, dipl. zn.

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

darko.sirar@gmail.com

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Že kratkotrajna prekinitev dotoka krvi ali ruptura žile v možganih ima tako hude posledice kot je smrt ali dolgotrajna telesna in duševna oviranost. Zaradi preprečevanja posledic, ki jih prinaša možganska kap, je pomembno raziskati vpliv zdravstvene vzgoje laične javnosti o dejavnih tveganja, znakih in simptomih, ter pravilnem in hitrem ukrepanju ob nastopu možganske kapi. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Pri pregledu literature smo preučili izbrano strokovno in znanstveno literaturo s področja nevrologije, možganske kapi, zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, Medline, Stroke, ter ScienceDirect. Pregledali in analizirali smo literaturo iz obdobja od leta 2007 do 2017. **Rezultati:** V pregled literature je bilo vključenih 16 raziskav, ki so obravnavale zdravstveno vzgojo ljudi o možganski kapi. Izvajanje zdravstvene vzgoje je potekalo s pomočjo televizijskih, radijskih oglasov, oglasnih panojev, predavanj, seminarjev, časopisnih oglasov, letakov in brošur. Pri vseh 16 raziskavah je bilo ugotovljeno, da je zdravstvenovzgojno delo prispevalo k višji ravni znanja in ozaveščanja laične javnosti glede znakov in simptomov možganske kapi. V 7 raziskavah je bilo ugotovljeno, da je zdravstvenovzgojno delo laične javnosti prispevalo k višji ravni znanja pri poznavanju dejavnikov tveganja. Pri 8 raziskavah je bila ugotovljena višja ozaveščenost o pravilnem odzivu v primeru nastopa možganske kapi. **Diskusija in zaključek:** Analiza pregledane literature je pokazala prednosti načrtovane in sistematično izvedene zdravstvene vzgoje. Pomembno je, da zdravstveni delavci izvajajo zdravstveno vzgojo laične javnosti, s ciljem doseči višjo raven teoretičnega in praktičnega znanja ljudi, ki to znanje znajo prenesti tudi v vsakdanje življenje.

**Ključne besede:** vrste možganske kapi, načrtovana zdravstvena vzgoja, promocijsko gradivo, ozaveščanje, medicinska sestra.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Even short interruption of blood flow or blood vessel's rupture in the brain has serious consequences, such as death or long-term physical and mental handicaps. In order to avoid consequences caused by stroke, it is important to research impact of health education

of laic population on subjects such as stroke risk factors, signs and symptoms, and correct response to stroke onset. **Methods:** Descriptive method of work was used. Scientific literature in the fields of neurology, stroke, health education and health promotion. Literature was searched in databases CINAHL, PubMed, Medline, Stroke, and ScienceDirect. We reviewed and analysed literature from 2007 to 2017. **Results:** The literature review included 16 studies dealing with health education of people on the subject of stroke. Implementation of health education was carried out by means of television and radio ads, billboards, lectures, seminars, newspaper ads, flyers and brochures. In all 16 studies it was established that health educational work resulted in a higher level of knowledge and awareness regarding signs and symptoms of stroke. In 7 studies it was established that health educational work contributed to a higher level of knowledge on stroke risk factors. 8 studies have shown greater awareness on the subject of the correct response to a stroke onset. **Discussion and conclusion:** The analysis of the reviewed literature has shown the benefits of planned and systematically carried out health education. It is important that healthcare workers carry out health education of laic public, with the aim of achieving a higher level of theoretical and practical knowledge, which they can transfer to everyday life.

**Keywords:** types of stroke, planned health education, promotional material, awareness, nurse.

## UVOD

Možgansko kap je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) opredelila kot klinični sindrom, za katerega je značilen žariščni nevrološki izpad, ki nastane nenadoma, traja več kot 24 ur in je žilnega vzroka. Okoli 85 % akutnih možganskih kapi povzroči nenadna zapora žile (tromboza ali embolija) (Zaletel, 2006). Primarne možganske krvavitve predstavljajo približno 15 % vseh možganskih kapi. Predstavljajo raztrganje možganske arterije s krvavitvijo, bodisi na površino možganov bodisi v možganovino (Mohor, 2006). Bistvo preprečevanja možganske kapi je dobro poznavanje njenih dejavnikov tveganja, njihovo izločanje iz vsakdanjega življenja pa tudi ustrezno zdravljenje določenih bolezni, ki že same pomenijo takšne ogrožujoče dejavnike. Dejavnike tveganja delimo na tiste na katere ni mogoče vplivati in sicer starost, spol, nizka porodna teža, rasna pripadnost, genski dejavniki, ter na dejavnike tveganja na katere je mogoče vplivati in sicer slabe razvade (čezmerna telesna teža, telesna nedejavnost, stres, kajenje, itd.), arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, dislipidemija, asiptomatična karotidna zožitev, atrijska fibrilacija, drugi srčni vzroki, ter ostali redkejši dejavniki tveganja (bolezen srpastih celic, migrena, motnje dihanja med spanjem, itd.) (Tetičkovič, 2007). Znaki in simptomi možganske kapi so odvisni od področja, ki ga prehranjuje določena možganska arterija. Če so prizadeti deli možganov, ki nadzirajo gibanje, se pojavi mišična oslabelost, kar imenujemo pareza (če se lahko vsaj malo giblje) ali plegija (če gre za popolno ohromitev). Najpogosteje posamezniku oslabita zgornja in spodnja okončina na eni strani telesa, kar imenujemo hemipareza, pri popolni ohromitvi pa hemiplegija. Opazna je tudi oslabelost obraznih mišic, ki se kaže s povešenim ustnim kotom. Včasih so prizadete okončine le

okornejše, zlasti v zapestju in prstih zgornjih okončin. Senzorične motnje se pojavijo, če je prizadet del možganov, kjer se zbirajo in analizirajo občutki iz telesa, oseba ne bo zaznala dotika ali vboda na prizadeti strani telesa (anestezija, analgezija). V blažjih oblikah bodo občutki le zmanjšani (hipesteziya, hipalgezija) ali spremenjeni (disesteziya). Pogosto pa jih bo oseba zaznala kot mravljinčenje (Grad, 2006). Pogosti znaki so tudi motnje govora (afazija), motnje zavesti (zmedenost), motnje ravnotežja, vrtoglavica, nespretnost okončin (ataksija), motnje požiranja (disfagija), slabost in bruhanje, glavobol ter tudi epileptični napadi (Zaletel, 2006).

Kratica GROM nam je v pomoč, da si zapomnimo, kaj moramo opazovati pri osebi, za katero sumimo, da jo je prizadela možganska kap: G – govor; ali lahko razumljivo ponovi kratek stavek; R – roka; ali lahko dvigne roki in ju tako zadrži; O – obraz; ali se lahko simetrično nasmehne, ali ima povešen ustni kot in M – minuta; vsaka minuta šteje – če opazite katerega od zgornjih znakov, takoj pokličite telefonsko številko 112 (Ožek, 2010).

Možganska kap je še vedno najpogostejši vzrok obolevnosti in invalidnosti v Evropi (Magdič, 2011). Zaradi staranja populacije in boljše zdravstvene oskrbe je v prihodnje pri možganski kapi pričakovati porast incidence. Menimo, da je pomembno preučiti ali obstajajo razlike in kakšne so le-te pri uspešnosti prevzemanja znanja o možganski kapi pri različnih skupinah v populaciji.

Namen prispevka je na osnovi pregleda literature predstaviti vpliv zdravstvene vzgoje na znanje ljudi o možganski kapi. Cilji so predstaviti akutno možgansko kap, predstaviti oblike preventivnega delovanja ter uspešnost zdravstvene vzgoje pri preprečevanju možganske kapi.

## METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Pri pregledu literature smo preučili izbrano strokovno in znanstveno literaturo s področja nevrologije, možganske kapi, zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Iskanje literature je bilo opravljeno v knjižnici Zdravstvene fakultete. Pregledali smo podatkovne baze CINAHL, PubMed, Medline, Stroke ter ScienceDirect. Literaturo smo iskali s pomočjo naslednjih ključnih besed in besednih zvez: možganska kap/stroke, znanje/knowledge ozaveščenost/awareness, zdravstvena vzgoja/health education.

Vključitvena merila za pregled literature so bila: besedila v slovenskem in angleškem jeziku, dostopnost člankov v celotnem besedilu, članki objavljeni v obdobju med letom 2007 in 2017, članki povezani z zdravstvenovzgojnim delovanjem in možgansko kapjo ter raziskave, ki so ocenjevale znanje oseb o akutni možganski kapi pred in po zdravstveni vzgoji. Izključitvena merila za pregled literature so bila: članki starejši od 10 let in raziskave, ki se nanašajo samo na znanje o hemoragični možganski kapi ali tranzitorni ishemični ataki.

## REZULTATI

V pregled in analizo literature je bilo vključenih 16 raziskav, ki so obravnavale: znake in simptome možganske kapi, dejavnike tveganja, odziv na prve znake in simptome možganske kapi, patofiziologijo ter posledice možganske kapi. Rezultati so zajeti v sistematični pregled od najstarejšega do najnovejšega članka (tabela 1).

Tabela 1: Raziskave vključene v pregled literature

Avtor in leto izdaje/ Author and year of research	Vzorec/ Sample	Zdravstvenovzgojno delo/ Health education work	Zdravstvenovzgojne vsebine/ Health education content	Trajanje/ Duration	Ugotovitve / Findings
Hodgson, et al., 2007	1000 oseb starejših od 45 let v Ontariju (Kanada)	Televizijske reklame	Znaki in simptomi možganske kapi.	17 mesecev, od oktobra 2003 do junija 2004; od decembra 2004 do julija 2005	Hitrejši odziv oseb ob prvih znakih in simptomih možganske kapi ter večje število oseb, ki prepoznajo vsaj dva znaka možganske kapi.
Morgenstern, et al., 2007	573 osnovnošolcev v 6., 7. in 8. razredu ter 462 staršev v Neueces County, Texas (ZDA)	3 x 4 šolske ure poučevanja o možganski kapi	Patofiziologija, znaki in simptomi, hiter odziv na prve znake in simptome možganske kapi.	3 leta	Višja raven znanja osnovnošolcev o možganski kapi ter večje zavedanje o hitrem ukrepanju ob nastopu znakov in simptomov možganske kapi.
Fogle, et al., 2008	800 oseb starejših od 45 let v Missouli, Montana (ZDA)	4 televizijske in 3 radijske reklame	Znaki in simptomi, hiter odziv na prve znake in simptome možganske kapi, dejavniki tveganja, posledice možganske kapi.	20 tednov, od julija do septembra 2006 ter od januarja do februarja 2007	Intenzivna zdravstvena vzgoja o možganski kapi pri osebah poveča zavedanje o znakih in simptomih ter nujnosti klica



					nujne medicinske pomoči.
Marx, et al., 2008	1008 odraslih oseb v 5 okrožjih v Nemčiji	Promocija v časopisih, na televiziji, radiju ter na javnih prireditvah	Znaki in simptomi, dejavniki tveganja za možgansko kap, hiter odziv na prve znake in simptome možganske kapi.	3 mesece	Višja raven splošnega znanja odraslih oseb o možganski kapi ter zavedanja o osebnem tveganju za možgansko kap. Nizek vpliv na poznavanje znakov možganske kapi, dejavnikov tveganja ter na takojšni odziv.
Wall, et al., 2008	72 žensk med 40 in 64 letom v Massachusettsu (ZDA)	3 minutni animacijski video	Znaki in simptomi možganske kapi.	3 mesece	Ugotovljena višja raven znanja žensk tudi 3 mesece po zdravstveni vzgoji.
Bell, et al., 2009	693 odraslih oseb v centrih za starejše v Georgiji (ZDA)	8 lekcij po 45 do 60 minut poučevanja	Znaki in simptomi možganske kapi.	4 mesece	V povprečju višja raven prepoznave znakov in simptomov možganske kapi pri odraslih osebah.
Jurkowski, et al., 2010	3465 oseb starejših od 30 let v 4 okrožjih v New Yorku (ZDA)	30 sekundni televizijski oglasi, 60 sekundni radio oglasi, plakati na javnem transportu, napisi na lekarniških karticah, magnetki	Znaki in simptomi, hiter odziv na prve znake in simptome možganske kapi.	33 tednov	Multimedijska kampanja je zvišala raven znanja oseb starejših od 30 let, o nujnosti hitrega odziva ob prvih znakih in simptomih možganske kapi.
Bray, et al., 2011	Širša javnost v Melbournu (Avstralija)	Televizijski in radio oglasi, oglasni panoji	Znaki in simptomi možganske kapi, hiter odziv ob prvih	1x letno septembra od leta	Hitrejši odziv širše javnosti v Melbournu ob

			znakah in simptomih možganske kapi.	2006 do 2009	nastopu znakov in simptomov možganske kapi ter višja raven prepoznavne znakov in simptomov možganske kapi.
Miyamatsu, et al., 2012	1960 oseb med 40 in 74 letom na Japonskem	Televizijski oglasi	Znaki in simptomi možganske kapi.	1 leto	Vsebine so privedle do višje ravni znanja pri osebah ženskega spola, pri osebah moškega spola je raven znanja ostala na isti ravni.
O'Callaghan, et al., 2012	400 oseb, starejših od 40 let, na Irskem	90 minutno poučevanje	Znaki in simptomi možganske kapi, dejavniki tveganja za možgansko kap.	4 tedne	Takojšnje zvišanje ravni ozaveščenosti oseb starejših od 40 let.
Worthmann, et al., 2013	2014 oseb v Hannovru (Nemčija)	Letaki, reklamni panoji, oglasi v časopisu, radiju ter ob prireditvah	Dejavniki tveganja za možgansko kap, znaki in simptomi, hiter odziv ob prvih znakih in simptomih možganske kapi.	6 mesecev, od marca 2010 do avgusta 2010	Višja raven znanja oseb o dejavniki tveganja za možgansko kap, znaki in simptomih ter hitrem odzivu ob prvih znakih in simptomih možganske kapi.
Inoue, et al., 2015	882 odraslih oseb v Yamato Townu (Japonska)	Letaki	Znaki in simptomi, hiter odziv ob prvih znakih in simptomih možganske kapi .	3 tedni v decembru 2012	Višja raven znanja odraslih oseb o znakih in simptomih ter o potrebi po klicu službe nujne medicinske pomoči ob nastopu

					možganske kapi.
Kilkenny, et al., 2016	591 odraslih oseb v Avstraliji	Seminarji	Znaki in simptomi, dejavniki tveganja za možgansko kap, hiter odziv ob prvih znakih in simptomih možganske kapi .	2 meseca	Raven znanja odraslih oseb se je zvišala, predvsem, takoj po zdravstveni vzgoji, po 3 mesecih pa je prišlo do znižanja ravni znanja.

#### Karakteristike raziskav

Velikost vzorcev je bila v pregledanih raziskavah najmanj 72 (Wall et al., 2008), največ 11306 (Morimoto, et al., 2013). V raziskavi opravljeni s strani Bray in sodelavcev (2011) ni bilo podatka o številu udeležencev. Starost oseb se giblje od 11 let (Morgenstern, et al., 2007) do 88 (O'Callaghan, et al., 2012). Petnajst raziskav je zajelo osebe starejše od 18 let. Čas v katerem je bilo opravljeno zdravstvenovzgojno delo je trajal od treh tednov (Inoue, et al., 2015) do štirih let (Bray, et al., 2011). Metode dela uporabljene pri izvedbi zdravstvenovzgojnega dela so v šestih primerih predstavljale med drugim uporabo televizijskih oglasov, v petih raziskavah so uporabili tudi radijske reklame, v petih primerih so uporabili metodo individualnega učenja, v štirih raziskavah so uporabili tudi letake, v dveh raziskavah je bila uporabljena promocija v časopisih, promocija ob javnih prireditvah, brošure in reklamni panoji.

#### Rezultati zdravstvenovzgojnega dela

V vsej pregledani literaturi (tabela 1) je mogoče zaslediti pozitivne učinke zdravstvenovzgojnega dela na poznavanje znakov in simptomov možganske kapi, dejavnikov tveganja, odziva na možgansko kap, patofiziologijo ter poznavanja posledic možganske kapi. Pozitiven učinek predstavitve zdravstvenovzgojnih vsebin se je pokazal na pripadnikih obeh spolov ter pri osebah vseh starostnih skupin. Pozitivno je dejstvo, da je napredek znanja opazen tudi pri osebah z nižjo izobrazbo in ne le pri visoko izobraženih.

#### DISKUSIJA

Zmožnosti različnih družbenih skupin pri prejemanju znanja o možganski kapi so različne, vendar je kljub tem razlikam ugotovljen prostor za napredek v znanju pri vseh skupinah populacije.

Fogle in sodelavci (2008) so z raziskavo ugotovili višjo raven znanja pri vseh predstavljenih vsebinah, in sicer znanju o znakih in simptomih, dejavnikih tveganja ter hitrem ukrepanju ob

prvih znakov in simptomih možganske kapi. Pozitiven učinek predstavitve zdravstvenovzgojnih vsebin se je pokazal na pripadnikih obeh spolov ter pri osebah vseh starostnih skupin. Najbolj ohrabrujoče je dejstvo, da je največji napredek dosežen pri osebah starejših od 65 let. To je izredno pomembno, saj so prav te osebe najbolj ogrožene in bodo tako znale pravočasno ukrepati v smeri zmanjševanja ali odpravljanja dejavnikov tveganja in se bodo hitro in pravilno odzvale ob nastopu možganske kapi. Menimo, da je zaradi podaljševanja življenjske dobe in posledično višjega odstotka starejše populacije v družbi, treba veliko naporov vložiti v zdravstveno vzgojo starejših ljudi, pri čemer pa vsekakor ne smemo zapostaviti ostalih starostnih skupin. Hodgson in sodelavci (2007) so v raziskavi prišli do zaključka, da razlika ni tako izražena, kakor je bilo pričakovati, glede znanja oseb mlajših in starejših od 65 let, kakor tudi visoko izobraženih in manj izobraženih. Prav zaradi tega je pomembno, da medicinske sestre izvajamo zdravstveno vzgojo za vse starostne skupine ljudi, saj se oboji lahko nenehno učijo. Morgenstern in sodelavci (2007) prav tako ugotavljajo, da je možno do višje ravni znanja priti pri vseh starostnih skupinah ljudi. Ugotovili so, da je izvajanje zdravstvene vzgoje osnovnošolcev privedlo do velikega napredka v znanju o možganski kapi. Avtorji zaključujejo, da je pomembno širiti znanje tudi pri najmlajši populaciji, saj so lahko prav oni tisti, ki bodo z ozaveščenostjo ter pravilnim in hitrim ukrepanjem nekomu rešili življenje. Menimo, da bi bilo dobro v večji meri izkoristiti dovzetnost mladih za pridobivanje novih znanj o možganski kapi in dejavnikih tveganja za možgansko kap, ob upoštevanju specifičnosti skupine mladih ljudi. Mladim je treba na zanimiv in razumljiv način predstaviti vsebine možganske kapi, saj bodo le tako z večjim zanimanjem pridobivali nova teoretična in praktična znanja, ki so za njih zelo specifična.

Hodgson in sodelavci (2007) ter Miyamatsu in sodelavci (2012) poročajo o višjem znanju o vsebinah s področja možganske kapi s pomočjo množičnih medijev, predvsem pri ženski populaciji. Ženske vključene v raziskavo so preživele dalj časa pred televizijskim sprejemnikom, v primerjavi z moškimi udeleženci raziskave. Tako so imele ženske statistično višjo možnost zaslediti oglas z zdravstvenovzgojno vsebino. Za zvišanje ravni znanja z zdravstvenega področja pri moški populaciji avtorji predlagajo predvajanje izobraževalnih vsebin v času dogodkov in oddaj, ki jih moški pogosteje gledajo. Nižjo stopnjo uspešnosti zdravstvenovzgojnega dela pri moški populaciji lahko pripišemo tudi nižjemu zanimanju moških o vsebinah s področja zdravja. To trditev potrjujejo Inoue in sodelavci (2015), ženska populacija je vedela več o simptomih in pravilnem odzivu pri možganski kapi tako pred, kakor tudi po zdravstvenovzgojnem delu. Pomembno je razumeti razliko med spoloma in prilagoditi vsebine moški populaciji, ki je pri zdravstveni ozaveščenosti v slabšem položaju od pripadnic ženskega spola.

Wall in sodelavci (2008) z raziskavo zaznajo pomembno zvišanje ravni znanja od testa pred, do testa po izvedeni zdravstveni vzgoji. Področja višje ravni znanja vključujejo poznavanje znakov in simptomov, deleža oseb, ki so ozaveščene, da že en sam simptom lahko pomeni možgansko kap ter seznanjenosti z ukrepi ob nastopu prvih znakov in simptomov možganske kapi. Avtorji so v raziskavi ugotovili prednost uporabe kratic GROM za boljše pomnjenje.

Vendar se je treba zavedati, da uporaba kratic ne prinese nujno dolgoročnih učinkov. Avtorji so ugotovili, da skoraj četrtnina anketiranih oseb, v treh mesecih po izvedeni zdravstveni vzgoji, ni zmoгла naštetih vseh 4 komponent kratice o znakih in simptomih možganske kapi. Znanje je bilo še vedno višje kakor pred izobraževanjem, vendar je za preprečitev osipa priporočljivo periodično izvajati zdravstveno vzgojo, v katero vključimo barvne kombinacije in slogane, ki bi pomagali osebam k lažjemu pomnjenju.

Hodgson in sodelavci (2007) navajajo, da zavedanje poznavanja znakov in simptomov možganske kapi zagotavlja, da prizadeti posamezniki prepoznajo in poiščejo takojšnjo strokovno pomoč, zaradi česar je bilo po svetu, v preteklih desetletjih, vloženo veliko finančnih sredstev, časa in truda za doseganje višje stopnje ozaveščenosti s pomočjo zdravstvene vzgoje. Avtorji ugotavljajo, da poleg poznavanja znakov in simptomov, tudi večje število drugih dejavnikov vpliva na hitrost odziva posameznikov ob možganski kapi. Ti predstavljajo starost, etnično pripadnost, spol, zgodovino možgansko-žilnih dogodkov, socialno-ekonomski status, število, trajanje in moč simptomov, vrsto dostopnega transporta (uporaba reševalnega vozila je povezana s krajšim odzivnim časom) ter napotitveni vzorec (iskanje pomoči pri enoti nujne medicinske pomoči je povezano s krajšim odzivnim časom). Bell in sodelavci (2009) so ugotovili, da je višja starost in nižji socialno-ekonomski status povezan z odlašanjem ukrepanja ob možganski kapi. Obe skupini predstavljata ravno osebe, ki so, tudi v primeru drugih akutnih in kroničnih stanj, zelo ogrožene. Menimo, da bi z zdravstveno vzgojo in podporno socialno mrežo pri obeh skupinah dosegli višjo stopnjo zavedanja in pomoči pri odzivu v primeru možganske kapi ali drugih neželenih bolezenskih stanj.

Worthmann in sodelavci (2013) ugotavljajo, da je treba upoštevati dejstvo, da nekatere raziskave kažejo, da izboljšano splošno znanje o možganski kapi v vseh primerih ne povzroči hitrejšega odziva na prve znake in simptome možganske kapi in posledično iskanja strokovne pomoči. Na to naj bi vplivala predvsem jakost in šele nato prepoznava znakov in simptomov. Menimo, da imajo zelo pomembno vlogo prav medicinske sestre z opozarjanjem ljudi, da ne odlašajo z ukrepanjem tudi v primeru, če se jim znaki in simptomi ne zdijo dovolj izraženi. Morgenstern in sodelavci (2007) ugotavljajo, da je poleg poznavanja znakov in simptomov ter hitrega ukrepanja ob možganski kapi, treba motivirati ljudi s pozitivnim izidom, kar lahko dodatno vpliva na spremembo vedenja ljudi ob nastopu možganske kapi. Delovanje s pozitivno okrepitevijo želenega vedenja je po mnenju avtorjev pravilen pristop. V določenih primerih pa to ni dovolj, saj avtorji pravijo, da je treba upoštevati, da prizadete osebe pri zamudah v nekaterih primerih doživijo simptome kot npr. hemiparezo, afazijo itd., zaradi česar jim je otežen dostop do telefona in posledično hitrejšo iskanje strokovne pomoči. Raziskava Wein in sodelavci (2000) kaže, da v večini primerov opravi klic na 112 družinski član, sodelavec ali mimoidoči. Prav zaradi tega je zelo pomembna, ne le zdravstvena vzgoja oseb, ki so izpostavljene višjemu tveganju za možgansko kap, temveč tudi zdravstvena vzgoja širše populacije.

Bray in sodelavci (2011) so ugotovili, da je bilo večje število klicev predvsem v letih, ko je bilo za ozaveščanje ljudi o možganski kapi na razpolago največ finančnih sredstev. Čeprav je zdravstveno vzgojo optimalno opravljati čez celotno leto, je v primeru omejenih sredstev pomembno vključiti dejstvo, da število primerov možganske kapi svoj vrhunec doseže v poletnem času, zaradi česar je primerno vložiti sredstva v promocijo predvsem v mesecih pred ali prav v poletnem času. Avtorji poudarjajo, da z zdravstvenovzgojnimi vsebinami prav v omenjenih mesecih, lahko močno vplivamo na čim večje število ljudi, pri čemer si lahko pomagamo z uporabo množičnih medijev (televizija, internet, radio, časopis). Fogle in sodelavci (2008) se strinjajo, da je uporaba medijev izjemnega pomena pri doseganju množice ljudi v primeru posredovanja zdravstvenovzgojnih vsebin, vendar veliko slabost predstavljajo finančni stroški, ki so zelo visoki. Kot alternativo Morimoto in sodelavci (2013) zagovarjajo, na dolgi rok, uporabo letakov, ki pa nikakor ne smejo biti monotoni, saj bi se posledično znižalo zanimanje za njihovo vsebino.

Znanje udeležencev doseže vrhunec takoj po končani zdravstveni vzgoji, tako da ne preseneča dejstvo, da so osebe pozabile določene znake in simptome bolezni ali dejavnike tveganja nekaj časa po izvedeni zdravstveni vzgoji. Vendar kljub zmanjševanju znanja o znakih in simptomih ter dejavnikih tveganja je bila ozaveščenost tudi po treh mesecih, ko je bila opravljena ponovna ocenitev, na višji ravni, kakor pred zdravstveno vzgojo, kar kaže na kratkoročno uspešnost le-te (Killkeny, et al., 2016). Menimo, da bi bilo treba za dolgoročno ohranitev znanja periodično izvajati zdravstveno vzgojo in tako ljudem omogočiti ponovno obnovitev in nadgradnjo znanja, kar bi jim tudi v prihodnje omogočalo prepoznati znake in simptome bolezni ter hitro in pravilno ukrepanje ob možganski kapi.

Na podlagi pregledane literature lahko ugotovimo, da ima načrtovano in sistematično izvajanje zdravstvene vzgoje pri ljudeh pozitivne učinke na znanje o možganski kapi in na izid ob pojavu le-te. Osrednjo vlogo v tem procesu imamo medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci s sistematičnim izvajanjem zdravstvene vzgoje. Priporočljivo bi bilo začeti pri najmlajših in tako že v osnovnošolske programe vključiti vsebine o možganski kapi. Te vsebine bi lahko vključili tudi v vsebine, ki jih izvajajo medicinske sestre pri sistematskih pregledih, poleg ostalih, že določenih zdravstvenovzgojnih vsebin. Poleg tega bi lahko medicinska sestra iz zdravstvenega doma obiskala učence v osnovni šoli in skupaj z njimi izvedla učno uro, v kateri bi predstavila vsebine in jim nato svetovala pri različnih dejavnostih (pripravi plakatov, brošur za starše, barvanju pobarvank, reševanju križank o možganski kapi itd.), ki bi okrepile že usvojeno znanje. Tak način zdravstvene vzgoje bi lahko uporabili tudi pri srednješolski populaciji, z razliko, da bi prilagodili vsebine njihovi stopnji dožemanja, ki je na višji ravni, kakor pri osnovnošolcih. Pri odraslih osebah bi medicinska sestra z delovanjem, usmerjenim v lokalne skupnosti, podjetja, društva itd., lahko močno vplivala k dvigu ravni znanja o možganski kapi. Z organiziranjem seminarjev in tečajev bi ljudem predstavila vsebine s področja možganske kapi in jim bila na voljo pri odgovarjanju na morebitna vprašanja, ki bi se pojavila v procesu učenja udeležencev. Poleg letno organiziranih seminarjev in tečajev bi lahko vsebine o možganski kapi predstavljali s pomočjo plakatov,

zloženk in drugih promocijskih materialov, ki bi bili v večji meri na voljo na mestih, kjer se zbira večje število ljudi (nakupovalna središča, prizorišča različnih dogodkov, rekreacijski centri, hoteli itd.). Vsebine o možganski kapi bi lahko posredovali ljudem tudi preko množičnih medijev (televizija, radio, internet), na monitorjih v čakalnicah v zdravstvenih domovih in bolnišnicah, na javnem prevozu itd. Zdravstveno vzgojo s področja možganske kapi bi bilo treba usmeriti tudi k najbolj ogroženemu delu populacije, in sicer osebam starejšim od 65 let. Te bi lahko izvajali na njim prilagojenih učnih delavnicah in seminarjih v prostorih lokalne skupnosti in domovih starejših občanov. Z naštetimi ukrepi bi lahko v slovenskem prostoru dvignili raven ozaveščenosti ljudi o možganski kapi in se tako uspešneje spopadli z vsemi posledicami, ki jih ta prinaša.

Kljub temu da so imeli dostop do velikega števila zadetkov, obstaja možnost, da smo zaradi določenih vključitvenih in izključitvenih kriterijev izpustili kakšno pomembno raziskavo. V analizo literature so bili vključeni le polno dostopne raziskave v angleškem jeziku.

Za potrjevanje prednosti izvajanja zdravstvene vzgoje je potrebno čez določeno časovno obdobje preveriti nove raziskave in oceniti ali je prišlo do sprememb na področju sprejemanja znanja različnih skupin prebivalstva na področju možganske kapi.

## ZAKLJUČEK

Možganska kap je pereč problem v današnji družbi, saj se s posledicami dotakne, ne samo osebe, ki jo doživi, temveč tudi družinskih članov in drugih bližnjih oseb. Za preprečitev pojava možganske kapi je treba delovati preventivno, kar pa zmorejo le osebe, ki so o določenem problemu ozaveščene. Pri ozaveščanju je treba vložiti veliko truda in sredstev, da bi preprečili ali omejili nastanek vseh posledic, ki jih prinaša možganska kap.

S pomočjo načrtovane in sistematične zdravstvene vzgoje s strani medicinske sestre, bi prejemniki zdravstvenovzgojnih vsebin, izboljšali raven znanja na področju poznavanja znakov in simptomov, hitrega in pravilnega odziva kakor tudi pri poznavanju dejavnikov tveganja za možgansko kap.

V preventivi možganske kapi ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo, saj lahko z izvajanjem zdravstvene vzgoje na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva, z izvajanjem različnih seminarjev, tečajev, učnih delavnic, s sodelovanjem pri oblikovanju oglasov, sporočanjem preko javnih množičnih medijev, močno vpliva na višjo raven teoretičnega in praktičnega znanja ljudi in posledično prispeva k ohranjanju zdravja oseb vseh starostnih skupin.

## Literatura

- Bell, M., Lommel, T., Fischer, J.G., Lee, J.S., Reddy, S. & Johnson, M.A., 2009. Improved recognition of heart attack and stroke symptoms after a community-based intervention for older adults, Georgia, 2006–2007. *Preventing chronic disease*, 6(2), p. A41.
- Bray, J.E., Mosley, I., Bailey, M., Barger, B. & Bladin, C., 2011. Stroke public awareness campaigns have increased ambulance dispatches for stroke in Melbourne, Australia. *Stroke*, 42(8), pp. 2154–2157.
- Fogle, C.C., Oser, C.S., Troutman, T.P., McNamara, M., Williamson, A.P., Keller, M., et al. 2008. Public education strategies to increase awareness of stroke warning signs and the need to call 911. *Journal of public health management and practice*, 14(3), pp. 17–22.
- Grad, A., 2006. Znaki možganske kapi. In: Žvan, B. & Bobnar Najžer, E., eds. *Spoznajmo in preprečimo možgansko kap*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, pp. 58–63.
- Hodgson, C., Lindsay, P. & Rubini, F., 2007. Can mass media influence emergency department visits for stroke? *Stroke*, 38(7), pp. 2115–2122.
- Inoue, Y., Honda, S., Watanabe, M. & Ando, Y., 2015. Educational campaigns at point of purchase in rural supermarkets improve stroke knowledge. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 24(2), pp. 480–484.
- Jurkowski, J.M., Maniccia, D.M., Spicer, D.A. & Dennison, B.A., 2010. Impact of a multimedia campaign to increase intention to call 9-1-1 for stroke symptoms, upstate New York, 2006–2007. *Preventing chronic disease*, 7(2), pp. A35.
- Kilkenny, M.F., Purvis, T., Werner, M., Reyneke, M., Czerenkowski, J. & Cadilhac, D.A., 2016. Improving stroke knowledge through a 'volunteer-led' community education program in Australia. *Preventive medicine*, 86, pp. 1–5. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516000293> [15. 4. 17].
- Magdič, J., 2011. Epidemiologija možganske kapi in ateroskleroze v drugih povirjih. In: Tetičkovič, E., eds. *Sodobni pogledi na možgansko kap*. Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za nevrološke bolezni, pp. 21–30.
- Marx, J.J., Nedelmann, M., Haertle, B., Dieterich, M. & Eicke, B.M., 2008. An educational multimedia campaign has differential effects on public stroke knowledge and care-seeking behavior. *Journal of neurology*, 255(3), pp. 378–384.
- Miyamatsu, N., Kimura, K., Okamura, T., Iguchi, Y., Nakayama, H., Toyota, A., et al., 2012. Effects of public education by television on knowledge of early stroke symptoms among a Japanese population aged 40 to 74 years: a controlled study. *Stroke*, 43(2), pp. 545–549.
- Mohor, M., 2006. Obravnava bolnika z akutno možgansko kapjo na terenu. In: Švigelj, V. & Žvan, B., eds. *Akutna možganska kap: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Aventis Pharma, pp. 21–26.
- Morgenstern, L.B., Gonzales, N.R., Maddox, K.E., Brown, D.L., Karim, A.P., Espinosa, N., et al., 2007. A randomized, controlled trial to teach middle school children to recognize stroke and call 911: the kids identifying and defeating stroke project. *Stroke*, 38(11), pp. 2972–2978.



Morimoto, A., Miyamatsu, N., Okamura, T., Nakayama H., Toyoda, K., Suzuki, K., et al., 2013. Effects of intensive and moderate public education on knowledge of early stroke symptoms among a Japanese population: the Acquisition of Stroke Knowledge study. *Stroke*, 44(10), pp. 2829–2834.

O'Callaghan, G., Murphy, S., Loane, D., Farrelly, E. & Horgan, F., 2012. Stroke knowledge in an Irish semi-rural community-dwelling cohort and impact of a brief education session. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 21(8), pp. 629–635.

Ožek, B., 2010. Pokličite 112. V skrbi za vaše zdravje, 19, pp. 6–10. Available at: [http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783\\_ko\\_minute\\_19\\_vsvz.pdf](http://www.krka.si/media/prk/dokumenti/3783_ko_minute_19_vsvz.pdf) [15. 4. 17].

Tetičkovič, E., 2007. Dejavniki tveganja za možgansko kap. In: Švigelj, V. & Žvan, B., eds. *Akutna možganska kap II: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Boehringer Ingeheim Pharma, pp. 13–22.

Wall, H.K., Beagan, B.M., O'Neill, H.J., Foell, K.M. & Boddie-Willis, C.L., 2008. Addressing Stroke Signs and Symptoms Through Public Education: The Stroke Heroes Act FAST Campaign. *Preventing chronic disease*, 5(2), pp. A49.

Wein, T.H., Staub, L., Felberg, R., Hickenbottom S.L., Chan, W., Grotta J.C., et al., 2000. Activation of emergency medical services for acute stroke in a nonurban population: the T.L.L. Temple foundation stroke project. *Stroke*, 31(87), pp. 1925–1928.

Worthmann, H., Schwartz, A., Heidenreich, F., Sindern, E., Lorenz, R., Adams H.A., et al., 2013. Educational campaign on stroke in an urban population in northern Germany: influence on public stroke awareness and knowledge. *International journal of stroke* 8(5), pp. 286–292.

Zaletel, M., 2006. Nevrološki status pri bolniku z aktuno možgansko kapjo. In: Švigelj, V. & Žvan, B., eds. *Akutna možganska kap: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce*. Ljubljana: Aventis Pharma, pp. 29–36.

# UČENJE NEGOVALNIH DIAGNOZ S POMOČJO UPORABE INFORMACIJSKO KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE

## LEARNING NURSING DIAGNOSIS WITH INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY

Maša Šteblaj

pred. dr. Jelena Ficzek, dipl. inž. rač. in inf.

pred. Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

masa.steblaj@gmail.com

### IZVLEČEK

V dobi tehnološkega napredka se informacijsko-komunikacijska tehnologija vse pogosteje uporablja tudi pri izobraževanju v zdravstveni negi. Učna snov se predstavi s pomočjo videov, filmov, simulacij ali pa celo interaktivnih iger. Ena lažjih in cenejših metod za prikaz postopkov je animacija, ki jo je moč uporabiti tudi pri utrjevanju znanja. Pacientu je potrebno zagotoviti kakovostno zdravstveno nego, zato pa je nujno dobro utrjeno teoretično znanje povezati s prakso, pri čemer je lahko informacijsko-komunikacijska tehnologija v veliko pomoč. Negovalne diagnoze so bile študentom v tujini že predstavljene s pomočjo simulacij, spletnih iger ali pa elektronske dokumentacije. S sodobnim pristopom je obravnava učne snovi bolj zanimiva, študenti pa imajo pri delu več avtonomije in so bolj motivirani. Zadovoljenih je tudi več učnih stilov, saj informacije pridobivajo slušno, vizualno in kinestetično. S pomočjo programske platforme Moovly, ki je na voljo kot brezplačna storitev v oblaku za izdelavo večpredstavnostnih vsebin – animiranih videov in infografik ter predstavitev, je bila ustvarjena animacija za študente zdravstvene nege. Animacija zajema teoretično obravnavo negovalnih diagnoz in praktični primer.

**Ključne besede:** večpredstavnostne vsebine, Moovly, študenti zdravstvene nege

### ABSTRACT

In the period of technological progress, information and communication technology is increasingly used also in health care education. Education topics are therefore presented using videos, films, or even games. One of the easiest and cheapest methods for demonstration of procedures is animation, which can also be used in consolidation of knowledge. Modern approach makes new education topics more interesting, students are more autonomous in their work and also more motivated. Students learn through games, simulations, and electronic documentation for educational purposes. In addition, more

learning styles are satisfied, since students obtain information in auditory, visual, and kinaesthetic manner. With the help of the Moovly software platform, which is available as a free cloud-based service for designing multimedia contents – animated videos, infographics, and presentations – animation was created. Theoretical discussion of nursing diagnoses and a practical example were demonstrated. There are few articles discussing the field of teaching nursing diagnoses using information and communication technology, also samples of participants in surveys are small. However, teachers are increasingly innovative in their work; they always look for new ways of explaining the topics with the aim to stir more interest in students.

**Keywords:** multimedia content, Moovly, nursing students

## UVOD

Četrto načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) pravi, da morajo izvajalci zdravstvene nege pacientu nuditi kompetentno zdravstveno nego. To je mogoče le z dobrim poznavanjem procesa zdravstvene nege, od ocenjevanja pa do vrednotenja, kjer so vključene tudi negovalne diagnoze. Študent mora zato v času izobraževanja utrditi teoretično znanje, da bo lahko pacientom zagotavljal kakovostno zdravstveno nego. Ob koncu izobraževanja mora v okviru kompetenc diplomirane medicinske sestre znati izvajati zdravstveno nego po procesni metodi dela, načrtovati aktivnosti zdravstvene nege, postaviti negovalne diagnoze in tudi oceniti kakovost zdravstvene nege (Železnik, et al., 2008).

Eden možnih načinov podajanja učne snovi je tudi uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT), ki v zdravstveni obravnavi bolnika zajema vse od zbiranja, shranjevanja in izmenjave podatkov. Uporabna je tako pri promociji zdravja kot tudi pri spremljanju kroničnih bolezni ter zdravljenju drugih bolezni (Rouleau, et al., 2015).

Vse bolj priljubljena med mladimi in tudi v samem procesu izobraževanja pa je uporaba večpredstavnostnih vsebin. Študenti tako gradiva ne pridobivajo in usvajajo več le iz učbenikov v knjižni obliki, ampak tudi iz e-učbenikov, webinarjev in odprtih spletnih tečajev. Večpredstavnostne vsebine prikazujejo informacijo v različnih oblikah, ena od njih je tudi animacija. Da bi učenje negovalnih diagnoz študentom omogočili še na drugačen način, je bila s pomočjo programske opreme Moovly ustvarjena animacija.

## Učni stili

Vsak izmed nas ima drugačen učni stil, torej informacije zbira in ureja na drugačen način. Le redko srečamo ljudi, ki imajo tako imenovan čist učni stil. Običajno gre za kombinacijo več različnih stilov, vseeno pa se lahko pojavijo vsebinske ali pa tehnološke ovire, ki nam onemogočajo, da bi jih zadovoljili (Rebolj, 2008, p. 54).

Vrste učnih stilov (Rebolj, 2008; Boctor, 2013):

- Vizualno-verbalni stil. Učeči s takšnim stilom informacije najbolje pridobivajo z branjem. Zanje so lahko primerne različne PowerPoint predstavitve ali pa slike s komentarji.
- Vizualno-neverbalni stil. Značilen je za osebe, ki se najlažje učijo s pomočjo grafov, kart ali pa diagramov. Skratka, zelo pomemben jim je estetski videz podane snovi.
- Slušno-verbalni stil. Pri tem stilu so informacije podane govorno. Raziskave kažejo, da tudi prebrano besedilo mentalno pretvarjajo v zvok.
- Kinestetično-tipalni stil. Takšne osebe snov spoznavajo fizično. Zanje so primerne 3D-animacije ali pa posnetki eksperimentov.

## Učna animacija

Rebolj (2008, p. 194) animacijo definira kot: »Zaporedje neodvisnih risb z dodano časovno komponento, kjer ustvarimo vtis spreminjanja ali gibanja.« Njena vloga je pravzaprav abstrakten prikaz procesov, pedagoški pomen pa oblikovanje predstav. Lahko služi kot orodje za pridobitev pozornosti, z njeno uporabo pa tudi lažje demonstriramo določene postopke in razložimo, kako funkcionirajo določeni sistemi. S pomočjo animacije učeči spozna različne predmete, ki jih obrača, pregleduje in tudi sestavlja. Učeči lahko tekmuje z računalnikom ali z drugimi učečimi, ki so povezani prek spleta. Animacija je boljša, če je vsebina podana statično, kar pomeni, da nima stalnega preleta likov ali pa ozadja, ki se kar naprej giba. Za učečega je lahko tudi zahtevna, saj gre za veliko količino informacij, ki jih mora slednji predelati. Metaanaliza kaže, da so učinki uporabe animacije, v primerjavi z učenjem s pomočjo statičnih slik, vseeno pozitivni (Berney, 2016).

Animacije lahko didaktično razvrstimo na (Rebolj, 2008):

- »kozmetično« animacijo, ki služi kot popestritev vsebine;
- enostavno učno animacijo, ki jo uporabljamo namesto besedila, saj vsebuje premike elementov;
- kombinacijo več animacij, ki je najbolj uporabna ob razlagi postopkov;
- animacijo povezano z algoritmom, ki služi spoznavanju zakonitosti;
- 2D model pri katerem lahko spreminjamo obliko, elementov pa ne moremo obračati v vseh smereh;
- 3D model – tako kot pri 2D lahko spreminjamo obliko, le da imamo tu na voljo še tretjo dimenzijo;
- simulacijo, ki se osredotoča na opazovanje procesov;
- didaktično igro, kjer uporabnik tekmuje z računalnikom ali pa z drugo osebo vključeno v igro prek spleta.

Animacija v didaktičnem smislu uporabniku snov približa na bolj preprost način. Njeno vsebino zaznavamo z več čutili hkrati. Potreben je tehten premislek, kako bomo besedilo in ostale elemente umestili v ozadje, saj uporabnikova pozornost kaj hitro lahko bega od enega elementa do drugega. Tako dosežemo ravno nasprotni učinek in izničimo prednosti takšnega

prikaza učne vsebine. Količina vnešenega besedila v primerjavi z ostalimi elementi niti ni toliko pomembna kot pa dejstvo, da uporabnik iz gradiva pridobi zadovoljivo informacijo (Krašna, 2015).

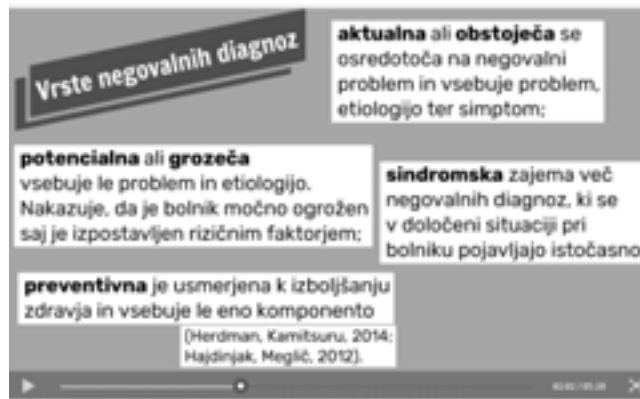
## Izdelava animacije

Na spletu lahko zasledimo številne ponudnike, ki uporabnikom omogočajo izdelavo animacij. Ovire, na katere naletimo, so: plačljivost platforme, omejenost na kratke videe, nezmožnost shranjevanja animacije v datotečne formate, ki bi omogočali ogled, razen na spletnem mestu Youtube ali na družbenem omrežju Facebook. Pri izbiri orodja za izdelavo animacije smo upoštevali več kriterijev, in sicer, da mora biti uporaba orodja brezplačna, da lahko animacijo shranimo na osebni računalnik in ni na voljo le v galeriji za določeno časovno obdobje ter da omogoča izdelavo videa, daljšega od dveh minut. Medijska platforma Moovly izpolnjuje vse navedene pogoje. Na voljo je kot storitev v oblaku, dostopna pa je na spletnem naslovu <https://cms.moovly.com/>. Uporabnik se v Moovly lahko vpiše s svojim Facebook ali Google+ računom oziroma vpiše svoj e-poštni naslov in si določi geslo. V osebni knjižnici lahko izdela neomejeno število videov ali predstavitev. Dolžina enega videa je največ 10 minut, ločljivost pa je SD - 480p. Poleg slik in zvokov, ki so že v knjižnici, ima uporabnik na voljo tudi 100 MB prostora, da uvozi svoje slike, fotografije ali pa zvočne datoteke. Neposredno lahko v Moovlyju posname tudi sinhronizacijo videa. Uporabnik ima na voljo tudi navodila, kako uporabljati knjižnico Moovly. Lahko izbira ozadja, ki so na voljo v knjižnici ali pa ga oblikuje kar sam. Slike, ki jih želi vključiti, prenese z miško na ozadje. Na voljo ima časovnico, s pomočjo katere lahko določi, koliko časa je določena slika na voljo, katere načine prehoda diapozitivov je izbral, in zvoke, ki jih je vključil.

Animacija, narejena s programsko opremo Moovly, je namenjena študentom zdravstvene nege, ki v učnem procesu obravnavajo negovalne diagnoze. Shranjena je v datotečnem formatu mp4, zato jo lahko predvaja vsak video predvajalnik, dolga pa je 5 minut. Upravljanje z njo je zelo preprosto. Lahko jo ustavimo ob poljubnem času ali pa premaknemo na določeno časovno točko. Ima možnost celozaslonskega ogleda.

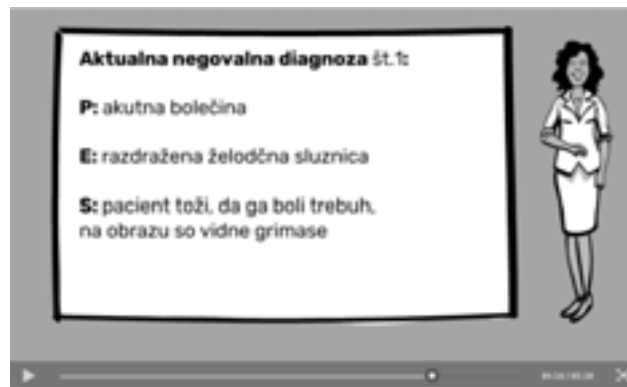
Prvi del animacije prikazuje teoretično obravnavo negovalnih diagnoz. V tem delu je predstavljena dopolnjena definicija negovalne diagnoze, ki jo je objavila NANDA-I.

Nato so predstavljene bistvene značilnosti negovalnih diagnoz, saj pogosto prihaja do zamenjav in nejasnosti v povezavi z medicinsko diagnozo. Sledi obrazložitev vrst negovalnih diagnoz (Slika 1), povzeta po Hajdinjak in Meglič (2012) ter Herdman in Kamitsuru (2014). Predstavljene pa so tudi komponente v obliki sistema PES (problem, etiologija, simptom).

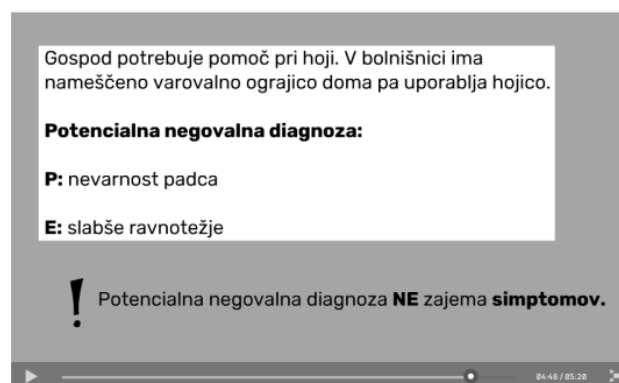


Slika 1: Zaslonska slika vrst negovanih diagnoz animaciji

Sledi še prikaz oblikovanja negovalnih diagnoz na praktičnem primeru, povzet po Hawkins (2015). V primeru je predstavljena ocena stanja pacienta, ki ji sledi postavitve aktualne (Slika 2), potencialne (Slika 3) in preventivne negovalne diagnoze.



Slika 2: Zaslonska slika aktualne negovalne diagnoze animaciji



Slika 3: Zaslonska slika potencialne negovalne diagnoze animaciji

## DISKUSIJA

Uporaba IKT v procesu izobraževanja je v porastu (da Costa & Luz, 2015). Dandanes so študenti vajeni življenja v visokotehnološkem svetu. Pedagogi pa so pri svojem delu zato bolj

inovativni, iščejo vedno nove načine podajanja snovi, z namenom, da pri študentu vzbudijo večje zanimanje. S tem se želijo izogniti pasivni obliki učenja (Boctor, 2013). Pri tem uporabljajo različne pristope, od uporabe slikovnega gradiva, videov, animacij in filmov, pa do posebne programske opreme, razvite v te namene.

Študentom se zdi uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije pri obravnavi učne snovi zanimiva. Pri delu so bolj motivirani, pomembno vlogo pa pri tem igra tudi večja avtonomija (Morey, 2012; da Costa & Luz, 2015). Zadovoljenih je več učnih stilov (Rebolj, 2008). Nekateri dajejo prednost čutilom in zaznavanju, drugi so bolj usmerjeni na strukturo, tretji pa na prostor. Morey (2012) omenja pozitiven vpliv na kritično mišljenje. Slabša izbira takšnega pristopa učenja pa je za tiste študente, ki imajo težave z računalniško pismenostjo.

Ena lažjih in cenejših metod za prikaz postopkov je animacija, saj je določena programska oprema, kot je denimo Moovly, na spletu na voljo brezplačno. Avtor potrebuje le ustrezna uporabniška navodila za uporabo orodja. Ta so pogosto v obliki video predstavitev, s katero uporabnik spozna vse funkcije orodja. Avtor potrebuje še čas za oblikovanje vsebine, ki jo želi z animacijo predstaviti. Odvisno od vsebine in dolžine animacije je to lahko precej zamudno.

Izdelava animacije s pomočjo orodja Moovly je za uporabnika preprosta, saj lahko enostavno preizkusi vse funkcije, ki so na voljo, poleg tega pa ima podrobna navodila. V knjižnici je na voljo tudi nekaj slik in zvokov. Izbor je pester, vseeno pa se pri bolj specifičnih tematikah, kot je denimo zdravstvena nega, lahko tudi zatakne. Ker lahko uporabnik v knjižnico naloži tudi nekaj svojih slik, lahko vseeno animacijo izdelata tako, kot si je zadal. Dobro je, da ima pred seboj jasen načrt, kako bo smiselno predstavil podatke, kdaj je primerno, da se slika ali graf pojavi na zaslonu, koliko časa bo kakšen element prikazan ipd. Izdelava animacije zahteva kar nekaj časa, saj je potrebno vsak element, ki ga uporabimo, ustrezno umestiti na časovnico. Zgled animacije je namenjen študentom zdravstvene nege, ki so pričeli z obravnavo negovalnih diagnoz in še niso usvojili teoretičnih osnov niti nimajo z njimi praktičnih izkušenj. Tematika je predstavljena na način, ki je bližji mlajši populaciji.

## ZAKLJUČEK

S pomočjo animacij lahko objekte, slike, postopke oz. poljubno učno vsebino predstavimo na zanimiv način. Preprostejše animacije se lahko izdelajo na brezplačnih platformah. Pri izvedbi bolj zahtevnih multimedijskih projektov pa se pogosto pojavijo ekonomske ovire. Vložiti je potrebno veliko časa in imeti dobro sodelujoč tim strokovnjakov, ki pripravljajo vsebino, kot tudi strokovnjakov, ki poskrbijo za razvoj aplikacije po tehnični plati. Vse to lahko predstavlja prevelike ovire za izvedbo projekta.

Predstavljeni zgled bi bilo smiselno nadgraditi v več smereh. Ena izmed možnosti je izdelava več različnih animacij s primeri iz kliničnega okolja, ko denimo medicinska sestra postavi napačno negovalno diagnozo, kar pa škodi pacientu. Možno bi bilo izdelati tudi primere

najpogostejših napak, ki jih pri oblikovanju negovalnih diagnoz naredijo študenti. Animacije bi potem lahko naložili v enega od sistemov za upravljanje e-izobraževanja kot je npr. Moodle, in sicer tako, da bi si študent animacije ogledal, potem pa bi odgovarjal na vprašanja oz. komentiral napake. Za študente bi bilo to uporabno za utrjevanje znanja, učitelji pa bi lahko na osnovi tega tudi ocenjevali znanje študentov.

## Literatura

Berney, S. & Betrancourt, M., 2016. Does animation enhance learning? A meta-analysis. *Computers Education*, 101 (2016), pp. 150–167.

Boctor, L., 2013. Active-learning strategies: the use of a game to reinforce learning in nursing education: a case study. *Nurse Education in Practice*, 13(2), pp. 96–100.

da Costa, C.P. & Luz, M.H., 2015. Evaluation of a virtual learning object on diagnostic reasoning: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), pp. 1–8.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 138–151.

Hawkins, J., 2015. Nursing process example.

Available at: <http://www.onlynurse.com/nursingtopics/2015/1/19/nursing-process-example>[28. 5. 2017].

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S., 2014. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. 10th ed. Chichester: Wiley Blackwell, pp. 100–30.

*Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Krašna, M., 2015. *Izobraževanje v digitalnem svetu*. Maribor: Mednarodna založba Oddelka za slovanske jezike in književnosti, Filozofska fakulteta, pp. 25–40.

Morey, D.J., 2012. Development and evaluation of web-based animated pedagogical agents for facilitating critical thinking in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), pp. 116–120.

Rebolj, V., 2008. *E-izobraževanje skozi očala pedagogike in didaktike*. Radovljica: Didakta, pp. 54, 172, 194.

Rouleau, G., Gagnon, M.P., Cote, J., 2015. Impacts of information and communication technologies on nursing care: an overview of systematic reviews (protocol). *Systematic Reviews* 4:75. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449960/>[11. 9. 2017].

Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarevič, I., et al., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, pp. 19–20.



# BARVNI TRAK V PEDIATRIJI IN UČENJE S SIMULACIJAMI V ZDRAVSTVU ZA VARNEJŠO ZDRAVSTVENO NEGO OTROK

Uroš Zafošnik

Tatjana Grmek Martinjaš

asist. mag. Mateja Škufca Sterle

Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center

uros.zafosnik@zd-lj.si

## UVOD

Oživljanje otroka je sicer redek dogodek, vendar ne nemogoč. Vsak zdravstveni tim, predvsem v nujni medicinski pomoči, prej ali slej lahko naleti nanj. Ker so to relativno redki dogodki, se hitro zgodi, da ekipa v stiski odpove. Odpove lahko na strokovnem področju (težave pri preračunavanju doz zdravil) kot na čustvenem področju.

Ker je izhod oživljanja pri otrocih slab (1), je izjemnega pomena čim prej prepoznati stanja, ki vodijo v zastoj dihanja in srca. Kadar pa do zastoja dihanja in srca pri otroku pride, pravočasno oziroma čim hitrejšo in visoko kvalitetno oživljanje dokazano poveča možnost preživetja otroka (2). Zato je nujno potrebno kontinuirano izobraževanje ekip iz vsebin akutnih stanj, tako iz prepoznave ogroženega otroka kot tudi iz temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja otroka. To izobraževanje je še zlasti potrebno zato, ker teh nujnih stanj ni veliko, in ekipe zato take intervencije doživljajo kot stresne in zastrašujoče. S simulacijami nujnih stanj v pediatriji lahko te občutke zmanjšamo na minimum, povečamo pa znanje in suverenost tima.

## METODE

V prispevku smo uporabili deskriptivno metodo in v raziskovalnem delu metodo anketiranja in metodo eksperimenta. Uporabljena je bila kvantitativna metoda dela ter primarni in sekundarni viri podatkov. Teoretični del dela bo vseboval deskriptivno metodo, v raziskovalnem delu pa bomo uporabili metodo anketiranja in simulacije, s katero smo preverjali usposobljenost zdravstvenega osebja nujne medicinske pomoči pri obravnavi vitalno ogroženega otroka. Primarni podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom. Sekundarni viri so zbrani s pomočjo pregleda znanstvenih in strokovnih člankov, monografij in zbornikov s področja vsebin vitalno ogroženega otroka. Uporabili bomo podatkovne baze CINAHL, PUB MED, MEDLINE in COBISS.

## REZULTATI

Kako velik je problem oživljanja otrok kot redek pojav ugotavlja tudi slovenska raziskava (3), v katero so bili vključeni zaposleni večje prehospitalne enote v Sloveniji. Merjeno je bilo vstopno in izstopno znanje udeležencev modula Oskrba vitalno ogroženega otroka v SIM centru Zdravstvenega doma Ljubljana (ZD Ljubljana). Rezultati so pokazali, da je bilo vstopno znanje posameznikov v povprečju 44 %. Pre- in po-evaluacijski preizkus usposobljenosti po 20 simulacijah je pokazal, da se je nivo usposobljenosti po izvedenem izobraževanju v SIM centru v povprečju povečal za 48 %. Latentna varnostna tveganja, zaznana pri raziskavi, so bila: visok stres nekaterih udeležencev, neusklajenost tima in neustrezen algoritem reanimacije. Ker so bili rezultati med prvim in drugim testom vidno izboljšani, lahko na podlagi tega potrdimo, da so simulacije v zdravstvu kot način izobraževanja zelo učinkovite.

### Pregled literature

Zgoraj navedeno potrjujejo številne raziskave v tujini (4, 5, 6), kjer se učenje s pomočjo simulacij v zdravstvu izvaja že več desetletij. Pri tem je potrebno poudariti, da obravnavo vitalno ogroženega otroka lahko do določene mere olajšamo tudi s pomočjo različnih pripomočkov. Po vzoru različnih pediatričnih trakov v tujini (7, 8) je bil izdelan pediatrični trak (»Barvni trak za hiter izbor opreme, postopkov in odmerkov zdravil glede na velikost otroka«), prilagojen slovenskemu okolju (9). V nujni medicinski pomoči so zdravila in velikosti različnih pripomočkov odvisna od otrokove teže. Pediatrični trak predstavlja orodje za hiter in pravilen izbor primernih odmerkov zdravil in velikosti opreme glede na izmerjeno dolžino otroka. Med oskrbo vitalno ogroženega otroka brez pediatričnega traku poteka ocenjevanje otrokove teže v stresnih okoliščinah in »po občutku«, zato je ocena teže pogosto napačna, kar vodi v napačne odmerke zdravil. Z uporabo barvnega traku ocena teže in računanje posamičnih odmerkov ni več potrebno. Ko določimo dolžino otroka in s tem ustrezno barvno območje, lahko varno uporabimo že izračunane odmerke reanimacijskih zdravil, potrebno energijo za defibrilacijo, zdravila za anafilaksijo, zdravila za prekinjanje krčev, zdravila, ki jih uporabljamo pri težkem dihanju in antidote pri zastrupitvah. Poleg tega so v začetnem delu vsakega barvnega območja navedene normalne vrednosti osnovnih fizioloških parametrov otroka (normalna frekvenca dihanja, normalen srčni utrip, najnižji še normalen sistolični krvni tlak).

Izkušnje v tujini (podprte z različnimi raziskavami) so pokazale, da uporaba pediatričnih trakov, ki temeljijo na izmerjeni otrokovi dolžini, značilno zmanjšajo napake pri določanju pediatričnih doz zdravil in skrajšajo čas do aplikacije zdravil (9, 10, 11). Barvni trak je odličen pripomoček za vse, ki se pri svojem delu srečujejo z oživljanjem ali nujnim ukrepanjem pri otroku.

## DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Pripomoček »Barvni trak za hiter izbor opreme, postopkov in odmerkov zdravil glede na velikost otroka« prav gotovo pripomore k boljši in varnejši obravnavi ogroženega otroka. Med obravnavo kritično bolnega otroka tako ne izgubljam več dragocenega časa s preračunavanjem odmerkov zdravil in izborom ustrezne velikosti pripomočkov. Ta čas raje posvetimo otroku samemu. Prav tako lahko nivo znanja iz naštetih vsebin izboljšamo s pomočjo simulacij v zdravstvu.

Jeseni 2016 je trak izšel v ZD Ljubljana v SIM centru (<http://www.zd-lj.si/sim/index.php/objave/zalozba>).

Ključne besede: simulacije v zdravstvu, pediatrični trak, varna zdravstvena nega

## Literatura

Maconochie I, Bingham B, Skellett S. Paediatric advanced life support. *Resuscitation Council*, 2015.

Ross, J.C., Trainor, J.L., Eppich, W.J., Adler, M.D., 2013 Impact of simulation training to initiation of cardiopulmonary resuscitation for first-year pediatrics residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), pp. 613–619.

Knez, D., 2015. *Ugotavljanje stanja zaposlenih v prehospitalni enoti za obravnavo vitalno ogroženega otroka*.

Stone, K., Reid, J., Caglia, R. D., et al., 2015. Increasing pediatric resident simulated resuscitation performance: a standardized simulation-based curriculum. *Resuscitation*, 85(8), pp. 1099–105.

Weinberg, E.R., Auerbach, M.A., Shah, N.B., 2009. The use of simulation for pediatric and assessment. *Curr Opin Pediatr*, pp. 21.

Andreatta, P., Saxton, E., Maureen, T., Gail, A., 2011. Simulation-based mock codes significantly correlate with improved pediatric patient cardiopulmonary arrest survival rates. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(1), pp. 33–38.

Broselow, J., Lutten, R., 2011. *Broselow Pediatric Emergency Tape*.

Antič-Šego, G., 2013. *Hitni pediatrijski vodič Pula*, Zavod za hitnu medicinu istarske županije.

Campagne, D.D., Young, M., Wheelwe, J., et al., 2015. Pediatric tape: accuracy and medication delivery in the national park service. *West Journal of Emergency Medicine*, 16(5), pp. 665–670.

Krieser, D., Nguyen, K., Kerr, D., et al., 2007. Parenteral weight estimation of their child's weight is more accurate than other weight methods for determining children's weight in an emergency department? *Emergency Medicine Journal*, 24(11), pp. 756–759.

Rosenberg, M., Greenberger, S., Rawal, A., et al., 2011. Comparison of Broselow tape measurements versus physician estimations of pediatric weights. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(5), pp. 482–488.

## KOMUNIKACIJA S PACIENTI, KI SO V PROCESU ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE ODKLONILNI

(povzetek delavnice)

Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., strok. sod.

Urban Bole, dipl. zn.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana,

Psihiatrična bolnišnica Begunje

aljosa.lapanja@psih-klinika.si

Pacient z nasilnim vedenjem predstavlja urgentno stanje v zdravstveni negi na področju psihiatrije, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi in usklajeno ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja nasilnega vedenja in njegovih posledic. Temeljno in najmočnejše orodje, ki ga medicinska sestra na področju psihiatrije pri svojem delu uporablja, je terapevtska komunikacija, ki je gradnik terapevtskega odnosa in iz katere izhaja moč tehnik deeskalacije pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem. Pri prepoznavanju in preprečevanju nasilnega vedenja v zdravstveni negi na področju psihiatrije ima medicinska sestra najpomembnejšo vlogo, saj je kontinuiteta zdravstvene nege tista, ki ji omogoča dobro poznavanje vedenja pacienta in s tem pravočasen izbor ustreznih intervencij zdravstvene nege. Glavna intervencija pri pacientu, ki je v vedenju napet, nemiren in pri katerem obstaja povečano tveganje, da postane nasilen do sebe ali drugih, je uporaba terapevtskega pogovora in deeskalacijskih tehnik komunikacije.

Kratka teoretična usmeritev in delavnica iz deeskalacijskih tehnik komunikacije je namenjena vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu soočajo s pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni, odklonilni oz. se njihovo vedenje stopnjuje do različnih oblik nasilja. Izobraževanje bo ponudilo temeljne teoretične usmeritve in skozi igro vlog praktično izkušnjo v komunikaciji z napetim in/ali vznemirjenim pacientom na različnih ravneh zdravstvenega varstva.

Ključne besede: nasilno vedenje, preventiva, varnost

Priporočena literatura

Gorše Muhič, M., 2009. Terapevtska komunikacija. In: Pregelj, P. & Kobentar, R. eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Psihiatrična klinika Ljubljana: Rokus Klett, pp. 31-39.

Lapanja, A., 2015. Deeskalacijske tehnike komunikacije. In: Peterka Novak, J. & Bregar, B. eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 110–118.

Rager Zuzelo, P., 2009. *The Clinical nurse special handbook*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, pp. 169–170.