



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije



“MEDICINSKE SESTRE IN BABICE, ZAGOVORNICE ZDRAVJA ZA VSE”



Zbornik prispevkov z recenzijo

2019

12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije
9. in 10. maj 2019
Kongresni center Brdo, Brdo pri Kranju

ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJJO

Urednice: Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen
Dvoršak, Andreja Kvas, Anita Prelec

Recenzenti prispevkov: Ema Dornik, Andrej Fink, Vesna
Čuk, Andreja Kvas, Boris Miha Kaučič, Mateja Lorber,
Renata Vettorazzi, Darja Ovijač, Jožica Ramšak Pajk,
Tamara Štemberger Kolnik, Marija Milavec Kapun,
Barbara Dornik, Andreja Ljubič in Brane Bregar

Organizacijsko-programski odbor: Monika Ažman,
Tamara Štemberger Kolnik, Andreja Kvas, Branko
Bregar, Anita Prelec, Gordana Lokajner, Suzana Majcen
Dvoršak, Janez Kramar, Ksenija Pirš, Jože Prestor, Dejan
Doberšek, Gordana Njenjič, Nataša Piletič, Irena Potočar,
Bojana Hočever Posavec

Grafično oblikovanje: Barbara Kralj, Prelom, d.o.o.

Založila in izdala: Zbornica zdravstvene in babiške nege
Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester,
babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Za založnika: Monika Ažman

Zbornik ni lektoriran.



Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in
univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID=299895552

ISBN 978-961-273-208-0 (pdf)



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije



**“MEDICINSKE SESTRE IN
BABICE, ZAGOVORNICE
ZDRAVJA ZA VSE”**



Zbornik prispevkov z recenzijo

K A Z A L O

8 VABLJENA PREDAVANJA

- 9 NURSING IN EUROPE – PROFESSIONAL AND POLITICAL DEVELOPMENTS
Tom Keighley
- 11 NURSE LEADERSHIP AND EVIDENCING IMPACT OF THE NURSING CONTRIBUTION ON IMPROVING POPULATION HEALTH
Wendy Nicholson
- 13 ESTABLISHING HIGH QUALITY END CARE IN LONG TERM CARE FACILITIES – AN ACTION BASED APPROACH
Piret Paal
- 15 ZDRAVSTVENA NEGA KOT STROKA IN ZNANOST V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA - KRITIČNA ANALIZA DISKURZA
Brigita Skela Savič
- 21 IZZIVI VEČKULTURNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI - OD TEORIJE K PRAKSI
Anja Zalta
- 23 NEGOVALNE DIAGNOZE NANDA-I V SLOVENSKEM PROSTORU
NURSING DIAGNOSES NANDA-I IN SLOVENIA
Maja Klančnik Gruden, Andreja Mihelič Zajec, Tamara Lubi, Anja Novak, Maja Medvešček Smrekar, Matejka Pintar Babič, Doroteja Rebec
- 26 POTREBE PO KADRIH IZVAJALCEV V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENSKEH BOLNIŠNICAH IN MOŽNE POSLEDICE OCENJENEGA STANJA
Branko Bregar
- 29 PSIHOEDUKACIJA ZOPER IZGORELOST: NAŠE IZKUŠNJE
Mark Bračič, Sabina Kračun, Živa Novak Antolič
- 31 SVETOVNA KAMPANIJA NURSING NOW
Brigita Skela Savič, Anita Prelec

33 RECENZIRANI PRISPEVKI

- 34 Prisotnost zdravstvenega tveganja pri starostnikih
Jasmina Golenko, Mateja Lorber, Gregor Štiglic
- 41 Starostnik po operaciji totalne endoproteze velikih sklepov – izziv za zdravstveno nego
Anja Silvester, Manca Pogačnik Žebovec
- 47 Kampanja: »Ne odlašaj, poveži se že danes«
Milena Pavić Nikolić, Dejan Stanković, Mojca Dobnik, Leja Kovačič, Anita Antonič Zakojč, Gabrijela Recek
- 52 Kontinuirana in integrirana onkološka zdravstvena nega
Maja Kožuh
- 59 Standard oskrbe umrle osebe v bolnišnici
Boris Bjeljic, Albina Bobnar
- 66 Učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom
Romana Zupan, Tadeja Kolander
- 73 Ali zaposleni v zdravstveni negi poznajo simbole na ovojninah?
Mojca Dobnik, Jožefa Tomažič, Danijela Pušnik
- 78 Vloga medicinske sestre pri učenju študentov postavljanja negovalnih diagnoz pri starostniku
Ana Marija Švajger, Andreja Mihelič Zajec
- 85 Specifičnosti komunikacijskih veščin v zdravstvu
Munira Pejić, Irena Nišić
- 91 E-izobraževalni program s področja medkulturne oskrbe za medicinske sestre v intenzivni terapiji
Barbara Smrke
- 97 Nosečnost in večkratno odporne bakterije
Saša Matko, Benica Žnidaršič

K A Z A L O

- 104 **Poslušanje plodovih srčnih utripov na androidu**
Rosemarie Franc
- 116 **Slovensko porodništvo danes in trendi za prihodnost**
Katja Terseglav
- 125 **Odnos študentov zdravstvene nege do cepljenja v Sloveniji in na Norveškem**
Urška Frančula, Mirko Prosen
- 133 **Uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije v procesu zdravstvene vzgoje na področju u bolezni srca in žilja**
Ajda Progar, Andreja Kvas, Tina Kamenšek
- 140 **Samonadzor pacientov s srčnim popuščanjem kot način vodenja in obvladovanja bolezni**
Tamara Imperl, Andreja Hrovat Bukovšek, Roman Parežnik
- 147 **Samocena opolnomočenosti pacientov s kronično boleznijo**
Irena Rihter, Mateja Lorber, Barbara Kegl
- 153 **Specifična zdravstvena pismenost pacientov s kronično ledvično boleznijo**
Anita Habjan, Boris Miha Kaučič, Tamara Štemberger Kolnik
- 159 **Vpliv postopka odvzema krvi na pojavnost hemolize pri urgentni obravnavi pacientov**
Nada Macura Višič, Ivica Avberšek Lužnik
- 163 **Interdisciplinarni pristop kot sestavni in bistveni del razvoja duševnega zdravja mednarodne skupnosti**
Merima Ameti
- 168 **Timsko sodelovanje v procesu rehabilitacije pacienta**
Maja Vrabič
- 173 **Multidisciplinaren pristop k uporabniku v domačem okolju**
Edisa Halimovič
- 180 **Medpoklicno sodelovanje v socialno varstvenem zavodu Centra za varstvo in delo Golovec**
Franjo Kropelj, Sanja Lažeta
- 185 **Odstranjevanje kirurškega dima – vsakdo ima pravico do čistega zraka - Povzetek monografije**
Tatjana Požarnik
- 191 **Seznanjenost zaposlenih študentov zdravstvene nege s slovenskim programom integrirane preventive kroničnih bolezni**
Lucija Rojko, Sanja Vrbovšek, Klara Rebernik
- 197 **Skupnostni pristop k zdravju: razumevanje vloge medicinskih sester pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih**
Klara Rebernik, Matic Kavčič, Sanja Vrbovšek
- 205 **Razlike med urbanim in ruralnim okoljem v prehranskih navadah osmošolcev Zgornje Gorenjske**
Andreja Noč, Nevenka Vrhovnik, Andreja Kvas, Matic Kavčič
- 212 **Etične dileme pri obravnavi bolnikov s kronično ledvično odpovedjo na terenu**
Barbara Jezeršek Mazorra, Dorijan Zabukovšek
- 220 **Vloga diplomiranega zdravstvenika pri humanitarni medicinski odpravi na Madagaskar**
Aljaž Bajc, Andreja Kvas
- 226 **Povezovanje štirih generacij**
Karolina Jenko
- 232 **Mednarodno sodelovanje dijakov – primer dobre prakse**
Mojca Simončič
- 238 **Povezava med fizično bolečino in osebnostnimi faktorji pri dijakih zdravstvene nege**
Mojca Kotnik, Maja Klančič, Ana Šemrov

K A Z A L O

- 245 Medpoklicno sodelovanje - predstavitev projekta Simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju
Lucija Matič
- 251 Sodobni načini izvajanja zobozdravstvene vzgoje v predšolskem obdobju
Marija Preložnik, Monika Tratnik, Andreja Kvas
- 258 Evalvacija izvajanja vaj za pokončno držo pri osnovnošolskih otrocih
Alenka Slapšak, Majda Šmit, Saša Staparski Dobravec, Jahnava Vaishnav
- 265 Opolnomočenost izvajalcev zdravstvene nege za celostno obravnavo mladostnikov s spektroatvistično motnjo
Špela Graj, Ivanka Limonšek, Boris Miha Kaučič
- 272 Sistemizacije delovnega mesta medicinske sestre v samostojni službi zdravstvene nege v bolnišnici
Suzana Majcen Dvoršak, Polona Šprajc
- 281 Koordinator zdravstvene obravnave: izzivi pri sprejemu pacientov
Usenija Useini
- 287 Ali smo zaposleni v zdravstveni negi, v slovenskih bolnišnicah izpostavljeni stresu?
Mojca Dobnik, Matjaž Maletič, Brigita Skela Savič
- 293 Čustvena inteligenca vodij
Milica Puklavec
- 300 Uporaba simulacije kot sodobne metode učenja za dvig kakovosti v zdravstvu- izkušnje v Zdravstvenem domu Ljubljana
Uroš Zafošnik, Robertina Benkovič, Davorin Marković
- 306 Samoocena seznanjenosti laične javnosti s postopki oživljanja in lokacij javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev- AED
Matej Rezman, Branko Kešpert, Boris Miha Kaučič
- 313 Vodenje zdravstvene obravnave pacienta z motnjami požiranja – vpliv na kakovost
Bojana Hočevar Posavec
- 320 Ali dobre prakse na radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice vplivajo na zadovoljstvo pacientov
Jošt Uršič, Janez Biček, Renata Rabič
- 327 Etični vidiki uporabe socialnih omrežij izvajalcev zdravstvene in babiške nege
Helena Kristina Halbwachs
- 335 Vpliv Vebrove etike na etično ravnanje na profesionalni in osebni ravni posameznikovega delovanja
Kleopatra Kodrič, Munira Pejić, Nataša Piletič
- 342 Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav na spletnih portalih
Liridon Avdylaj
- 349 Izobrazba izvajalcev zdravstvene nege vpliva na soočanje z etičnimi dilemami v paliativni oskrbi
Melita Pollack, Darja Plank, Boris Miha Kaučič
- 355 Vidiki odgovornosti medicinske sestre z upoštevanjem pravic in dolžnosti pacienta
Marta Leskovar Firer
- 363 Model Socialnega podjetništva za zdravstveno socialno obravnavo starejših v domačem okolju
Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Nives Pinter, Majda Šavle, Tamara Štemberger Kolnik
- 369 CoNSENSo model zdravstveno socialne obravnave starejših: deskriptivna analiza zdravstvenih težav in nekaterih tveganj, s katerimi se najpogosteje soočajo starejši, živeči v domačem okolju
Tamara Štemberger Kolnik, Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Majda Šavle, Nataša Kocjan, Suzana Žugan, Katarina Babnik

K A Z A L O

- 375 Predstavitev rezultatov raziskave o učinkovitosti funkcionalne magnetne stimulacije pri motnjah uriniranja pri osebah z multiplo sklerozo
Mirjam Salobir, Katarina Lahovnik
- 381 Vpliv načrtovane zdravstvene vzgoje na pacientovo obvladovanje astme
Anja Zakovšek, Bernarda Djekić, Andreja Kvas
- 388 Zadovoljstvo uporabnikov in spremljanje kakovosti v patronažnem varstvu
Jožica Ramšak Pajk
- 394 Patronažno varstvo in pomen preventivnih obiskov
Maja Tontić, Jožica Ramšak Pajk
- 401 Medsebojni odnosi in pomen podpore v delovnem okolju
Romana Čolić
- 407 Celostna obravnava otrok z motnjo v duševnem in telesnem razvoju - prikaz primera
Ivanka Limonšek
- 414 Posebnosti pri zdravstveni negi nedonošenčka po premestitvi iz terciarne ustanove v porodnišnico
Diana Zadnikar, Inka Lazar
- 420 Prisotnost staršev z otroki v bolnišnici
Sabina Kaplan, Minja Petrovič
- 426 Doživljanje spolnosti para v času nosečnosti
Tamara Košec
- 433 Ali bi plačljivost oralne hormonske kontracepcije vplivala na njeno uporabo med mladostnicami?
Tjaša Počeha Glavan, Andreja Mihelič Zajec
- 440 Kakovost življenja para, ki se sooča z neplodnostjo
Rebeka Potočnik, Mirko Prosen
- 446 Vaginalni pregledi in spolna zloraba
Klavdija Slapar
- 452 Interdisciplinarni pristop pri obravnavi razjede zaradi pritiska kot pokazatelj kakovosti zdravstvene oskrbe
Ivanka Limonšek, Domen Šerdoner
- 459 Dejavniki tveganja, periferna arterijska bolezen in varice pri bolnikih z diabetesom in preiskovancih brez diabetesa
Mira Brodarič
- 465 Pomen predoperativnega podajanja informacij pacientom za učinkovitejšo pooperativno zdravstveno nego
Pina Tratar
- 472 POLJUDNI PRISPEVKI**
- 473 Emocionalna inteligencija i njen značaj u radu medicinske sestre
Tatjana Dinić
- 477 Stručnost i profesionalnost osoblja laboratorija su garancija za pružanje kvalitetne usluge
Amra Felić
- 484 Njega komatoznog bolesnika
Indira Alibegović
- 486 IZVLEČKI POSTER**
- 487 Pomen geografske opredeljenosti terenskega območja nosilcev patronažnega varstva - Analiza terenskega območja
Martina Horvat, Andreja Krajnc

Vabljena predavanja



Nursing in Europe: Professional and Political Developments

Tom Keighley, PhD FRCN

Consultant in Healthcare Leadership and Education
17 St Nicholas Avenue, Hornchurch

nurprc@nursing.u-net.com

Nursing is the single largest workforce in Europe; with over 7,000,000 practitioners, it is in every corner of every community, but mainly invisible because it is female, comparatively under educated and socially embarrassing. The paper will address this from three perspectives framed as questions.

1. Why is the history of nursing and so unknown and unused in health care policy making?
2. What professional developments have the potential to change the position of nursing and midwifery in the public debates about health care?
3. How can the professions of nursing and midwifery engage more effectively in the political arena, especially when so many countries have significant democratic deficits?

The paper will draw on historical and anthropological research to illuminate reasons for the current challenges faced when viewed from an international perspective. It will also engage with the debate on health care provision in the European environment when every country is struggling to staff its services and politicians seem blind to the need to face the gap between promised range and quality of services made in political settings and the reality of caring for patients in under resourced organisations and inadequately equipped settings. Finally, the theme for International Day 2019 (A voice to lead: Health is a human right) will be used to draw out some action points for future consideration.



Nurse leadership and evidencing impact of the nursing contribution on improving population health

Wendy Nicholson, MBE

Deputy Chief Nurse (Children and Young People and Global/WHO)
Public Health England
Wellington House
London SE1 8UG

wendy.nicholson@phe.gov.uk

Nurses: leading and delivering impactful health for all

The UN ambition to provide Universal Health Coverage by 2030 requires a well-equipped workforce, with the skills and knowledge to deliver at pace. Nurses, are the largest single workforce delivering health care across the globe, delivering in many different settings including hospitals and within local communities. There is currently much more emphasis on prevention, public health, self-care, community empowerment and health literacy; this not only provides an opportunity to prevent illness and to optimise health and wellbeing but will also reduce the burden on health care systems.

To meet the health challenges and changes in population health nursing will need to continually evolve, nurses are not averse to change, however their significant contribution is often underplayed. Their unique contribution particularly within the prevention arena is impactful and there is evidence to demonstrate the return on investment. The evidence-base underpinning prevention and public health nursing continues to grow, with nurses using both this to strengthen care delivery and contributing to the evidence base by demonstrating impact.

As one of the most trusted professions, nurses are pivotal in identifying inequalities and addressing the complexity of health and wellbeing within diverse communities, whilst delivering evidence-based interventions to improve wellbeing. Nurses operate on three levels to improve health – individual, community and population level. Working with communities and empowering individuals requires skill, knowledge, emotional intelligence and effective leadership

Nursing Now, the 3 year global campaign run in collaboration between the International Council of Nurses and WHO, provides an opportunity to demonstrate the impact of nurses and how strong nurse leadership can transform health care and support the ambition of universal health coverage, by transforming health care, ensuring access to all and support at times when people need it most.



Establishing high quality end care in long term care facilities – an action based approach

dr. Piret Paal

Paracelsus Medical University
Institute of Nursing Science and Practice
Salzburg, Austria

piret.paal@pmu.ac.at

Death and dying that is a strongly neglected topic among the healthcare professionals. To allow dignified deaths, the importance of well-organised end care paths that put the needs of patients first must be acknowledged. Equally important is to make self-reflection part of everyday practice to avoid burn-out or malpractice, such as hatred and violence, which still rather frequently occur in different caregiving settings. As a growing number of patients spend their end of lives in long term care facilities, it is particularly important to strengthen the understanding of palliative care among care workers responsible for this particularly vulnerable population.

Several recent surveys have identified institutional barriers toward hospice and palliative care in the nursing home. It has been demonstrated that to avoid frustration, non-compliance and opposition by staff, successful and sustainable implementation of palliative care programs in larger institutions will depend on involving staff up-front in the key decisions rather than implementing ready-made programs or hiring external consultants. Nevertheless, a minimalist approach to involve external sources on a case-to-case basis will not substitute an institutional guideline how to manage situations at the EoL, which require multi-professional commitment and champions a change of culture.

The necessary steps to standardize access to palliative care are setting the priority goal of symptom control over restoration (including adaptation of financial incentives), up-to-date advanced care planning, measuring staff turnover, and the training of both health care and administrative staff in palliative care core competencies. Another opportunity is to change the situation one step at a time each care facility, for example, by establishing reflective debriefing groups or death rounds to address aggressive EoL care and sustainability issues. This action based approach is an excellent possibility to facilitate professional empowerment, communication, expertise in end care, and a culture change.



ZDRAVSTVENA NEGA KOT STROKA IN ZNANOST V SISTEMU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA - KRITIČNA ANALIZA DISKURZA

Red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Članica upravnega odbora Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN)

POVZETEK

Stroka postane profesija, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja novo znanje in ga prenaša v neposredno delo. Ali zdravstvena nega kot stroka in znanost zna pridobiti stol za mizo odločevalcev v slovenskem zdravstvu? Uporabljena je bila kritična analiza diskurza, ki kot tehnika pripomore k ohranjanju ali spreminjanju družbenega statusa, transformira moči in odnose. Cilj analize je kritika neenakopravnih razmerij moči med družbenimi akterji v zdravstvu in konfrontacija ravnanj v odnosu na strokovna in znanstvena spoznanja. Visokošolsko izobražene medicinske sestre v Sloveniji treba opolnomočiti z znanji za razvoj vrednot aktivizma, razvoja in kompetenc napredne prakse, z znanji o raziskovanju in na dokazih podprtem delu, saj bodo s tem pomembno vplivale na razvoj profesionalizacije in razvoj zdravstvene nege kot znanosti. Menedžerji na ključnih položajih zdravstvene nege v vseh sektorjih delovanja morajo biti usposobljeni za razumevanje profesionalizacije in prevzeti odgovornost na tem področju. Potrebni sta jasna in ambiciozna vizija ter strategija razvoja zdravstvene nege, ki naj vključuje nacionalne usmeritve za vseživljenjsko profesionalno izobraževanje za zdravstvene zavode, strokovne sekcije, regijska strokovna društva in menedžment na vseh nivojih zdravstvene nege.

UVOD

Stroka postane profesija, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja novo znanje in ga prenaša v neposredno delo. V Sloveniji imajo mnogi, ki se ukvarjajo z raziskovanjem in razvojem zdravstvene nege, občutek, da se profesionalizacija zdravstvene nege razvija prepočasi. Upravičeno se postavlja vprašanje, kako dobro razumemo pojme, povezane s profesionalizacijo in dejavnike, ki so z njo povezani (Skela Savič, 2017), ker le to je povezano z uspešnostjo razvoja stroke in znanosti? Nekateri tuji avtorji navajajo, da se zdravstvena nega v razpravah o profesionalizaciji zdravstvenih poklicev pogosto navaja kot »pol« profesija ali »navidezna« profesija. Vendar pa znanje, pridobljeno z raziskovalnim delom, najbolj loči profesije v zdravstvu med seboj. Nekatere medicinske sestre raziskovanje še vedno zaznavajo kot odmik od negovanja in podpirajo lokalni kontekst znanja v praksi Carvalho (2014). Le to stroki ne koristi in odpira vedno nova raziskovalna vprašanja, zakaj je temu tako in ali zdravstvena nega kot stroka in znanost zna pridobiti stol za mizo odločevalcev v slovenskem zdravstvu?

METODA

Uporabljena je bila kritična analiza diskurza, ki kot tehnika pripomore k ohranjanju ali spreminjanju družbenega statusa, transformira moči in odnose. Diskurz je družbeno vpliven, povzroča vznik pomembnih vprašanj, povezanih z močjo. Diskurzivne prakse imajo lahko velike ideološke učinke, to pomeni, da lahko producirajo in reproducirajo neenakopravne odnose med (npr.) družbenimi razredi, ženskami in moškimi ter etničnimi/kulturnimi večinami in manjšinami na načine, s katerimi reprezentirajo stvari in pozicionirajo ljudi (povz. Bergoč, 2009). Predmet našega diskurza je zdravstvena nega kot stroka in znanost v sistemu zdravstvenega varstva. Cilj te analize je zlasti kritika neenakopravnih razmerij moči med družbenimi akterji in konfrontacija ravnanj v odnosu na strokovna in znanstvena spoznanja.

DISKURZ

Prizadevanja za priznavanje statusa zdravstvene nege kot stroke in znanosti letos praznuje 100 let in so se začela z Angelo Boškin. Le ta je s sodelavkami vzpostavila začetno ekspertizo stroke zdravstvene nege v Sloveniji, začetke njene avtonomije, profesionalne prepoznavnosti in ugleda. S prvo šol na slovenskem je dala osnovo za razvoj temeljnega strokovnega znanja in standardiziranega izobraževanja. Vzpostavila je avtonomijo dela na področju preventive mater in otrok na terenu in pripomogla k sprejemu zakonskih podlag za delovanje zaščitne sestre na področju preventive. Z vodenjem profesionalnega združenja je začrtala smeri razvoja zdravstvene nege in jo umestila v slovenski, jugoslovanski in mednarodni kontekst (Skela Savič, 2019a). Ob 100 letnici začetkov njenega delovanja smo priča še vedno eksistenčnim problemom uveljavljanja stroke, kot so priznavanje kompetenc za poklicno delo, soočamo se z enim izmed najnižjih deležev visokošolsko izobraženih medicinskih sester v Evropski uniji, kadrovske normativi niso usklajeni s potrebami po zdravstveni negi bolnih in zdravih državljanov, ni specialističnega izobraževanja, ni delovnih mest za magistre zdravstvene nege in ne sledimo razvoju novih delovišč napredne zdravstvene nege in zdravstvene obravnave (Skela Savič, 2018a, 2019b). Obstaja zajeten kup raziskav, da diplomirane medicinske sestre s strokovnim magisterijem ali vsaj specializacijo lahko izvajajo visoko kakovostno in zdravnikom primerljivo zdravstveno obravnavo za določene skupine pacientov na primarni ravni, vendar se slovenski zdravstveni

sistem teh spoznanj ne posluhuje. Medicinskim sestram se ne zaupa delovanja v najvišji krogih zdravstvene politike, najtesnejši sodelavci v zdravstvenem timu jih še vedno ne jemljejo kot partnerje, temveč kot potrebni subjekt v zdravniški obravnavi, tudi termin »medicinska nega« se sliši še danes. Znotraj poklicne skupine same pa se ponavlja večleten in nepotreben boj med srednjimi in diplomiranimi medicinskimi sestrami, v katerem se poskuša spoznanja konzorcija RN4CAST postaviti na nivo, da le ti za Slovenijo niso uporabni (Skela Savič, 2018a, 2019b). Ob številnih nakopičenih problemih in nepripravljenosti za temeljito reorganizacijo zdravstvenih storitev in izvajalcev le teh, se zdravstveni sistem sesuva, čakalne vrste se daljšajo, nekatere tudi umetno ustvarjajo, ustvarja se vzdušje, da je privatizacija zdravstva rešitev, idr. Na drugi strani je vedno več dolgoživih in bolnih ljudi, zdravstvene stroke pa še vedno niso stopile skupaj, temveč se borijo vsaka zase za kos pogače, nekatere le za drobtinice. Maier in sodelavci (2016) napovedujejo, da je z napredno zdravstveno nego in obravnavo mogoče obvladovati med 63 in 93 % potreb po zdravstveni obravnavi na primarni ravni, zato bi se vse zdravstvene stroke na čelo z zdravstveno nego in medicino, ob podpori fizioterapije, psihoterapije, delovne terapije, socialnega dela, idr. morale začeti zavzemati za izboljšanje skupnih pogojev dela, delo deliti, reorganizirati glede na potrebe danes, preseči cehovske stereotipe in se skupaj razvijati v korist varne, učinkovite in dostopne zdravstvene obravnave. Medpoklicnost postaja izjemno pomembni dejavnik učinkovitega odziva na zdravstvene potrebe populacije. O sodelovalni praksi govorimo takrat, ko skupina strokovnjakov v zdravstvu in izven njega, ki so iz različnih strokovnih področij in različnih izhodiščnih dodiplomskih študijev, delajo skupaj s pacienti, z družinami, oskrbovalci in skupnostjo za zagotavljanje najvišje možne kakovostne storitve v dani situaciji. Slednje omogoča prepoznati med člani medpoklicnega tima strokovnjake, ki lahko najbolj učinkovito odgovorijo na konkretne probleme pri posameznem pacientu in širše. Temelj tega delovanja je znanje in so kompetence za medpoklicno sodelovanje. Oboje mora biti pridobljeno v času študija in kontinuiranega profesionalnega izobraževanja vsakega strokovnjaka. Zato je potrebno na državni ravni razviti skupne politike med izobraževalnim in zdravstvenim sektorjem, da se medpoklicno izobraževanje zdravstvenih delavcev prične razvijati in dojemati kot nekaj pomembnega za učinkovit zdravstveni sistem (Skela Savič, 2018b).

Vendar ne, odločevalci v zdravstveni politiki na Ministrstvu za zdravje se rajši ukvarjajo z drobnimi stvarmi in ne glede na naraščanje števila medicinskih sester na 1000 prebivalcev v razvitem svetu, iščejo »luknje«, kako bi dokazali, da ima Slovenija dovolj diplomiranih medicinskih sester. Politiko namreč skrbi, da dipl. m. s. niso ob pacientu in da samo »vodijo in organizirajo«. Govoriti, da naj bo dipl. m. s. neposredno ob pacientu, v sistemu pa jih zaposliti le 32 % vsega negovalnega kadra, je veliko sprenevedanje, nespoštljivo do njih in neprimerljivo z evropsko in razvito mednarodno prakso. Gre za očitno nerazumevanje koncepta neposrednih in posrednih storitev za pacienta. Ko danes govorimo o neposredni in posredni zdravstveni negi, v ospredje postavljamo dobro ravnovesje med potrebami pacientov in ustrezno strukturo kadra v zdravstveni negi, ki potrebe pacientov zadovoljuje na neposreden in posreden način. Diplomirane medicinske sestre so nosilke 24 urne zdravstvene nege in zdravstveni tim ima do njih velika strokovna pričakovanja, saj zdravniki in drugi pričakujejo, da je pacient higiensko urejen, ustrezno prehranjen in hidriran glede na stanje, sistematično spremljan glede na ugotovljene deficite v zdravju, informiran, pripravljen na preiskave z vsemi podpisanimi soglasji, z vso predpisano terapijo, sodelujoč pri preiskavah in terapiji, da so vsi diagnostični materiali pravilno odvzeti in transportirani, da so v pacientovi mapi vsi izvidi, da se ga pripravlja na odpust, prouči razmere za nadaljnje okrevanje na domu, idr. Torej je zdravstvena nega izjemno kompleksna stvar, pričakovanja v zdravstvenem timu so velika, pa nismo še nič opisali pristopov, ki jih dipl. m. s. uporabljajo, da celostno zajamejo potrebe pacienta po zdravstveni negi in slednje integrirajo v zdravstveno obravnavo. Potrebno je narediti negovalno anamnezo, ugotoviti deficite v samooskrbi, znanju, občutenju bolezni, zavedanju stanja, stanju v domačem okolju, oceniti sposobnostih in načrtovati aktivnosti za vračanje samooskrbe in zdravja, delovati na krepitvi znanja o bolezni in doseganju izboljšav v zdravju, triažirati potrebe, premisliti o kompetencah tima, ki bo uresničil načrt zdravstvene nege in zdravstvene obravnave, preprečevati tveganja v obravnavi, spremljati napredke pacienta v doseganju zdravja, poročati na sestankih zdravstvenega tima, idr. Za vse to je potreben čas, znanje, veščine, sposobnosti, delo se izvede neposredno ob pacientu in posredno za pacienta. Vse to so kompetence, ki jih v praksi ugotavlja, načrtuje in izvaja dipl. m. s., pri izvajanju načrta in evalvaciji le tega sodeluje TZN. V ta namen je potrebno imeti nacionalni kompetenčni model in o tem se zadnje čase veliko govori (Skela Savič, 2019b).

INTERPRETACIJA

Zakaj smo tukaj, kjer smo? Odgovor je preprost, ker stroke ne gradimo na znanju, ki nastane na osnovi raziskovalnega dela in ker vodilni nimajo dovolj znanj o managementu, vodenju in razvoju profesije. Torej si zastavljamo premalo vprašanj o

tem, kako delamo, kako delajo drugi, kakšne potrebe imajo bolniki, kako na sistematični način ugotoviti našo učinkovitost dela, kako rešiti strokovne zaplete. Premalo beremo strokovne in znanstvene revije, s figo v žepu podpiramo podiplomsko izobraževanje in ne zahtevamo znanj za vodenje in management. Ko prevzamemo vodilno delovno mesto, zapustimo bolni-ka, se oddaljimo od potreb v kliničnem okolju in pristajamo na kompromise direktorjev, ki vedno manj poznajo zdravstveno obravnavo in zdravstveno nego, saj mnogi današnji direktorji v zdravstvu niso nikoli delovali. Zdravstvena nega je s strani drugih videna še vedno stereotipno in če na klinične in organizacijske probleme ne odgovarjamo z akcijskim in aplikativnim raziskovalnim pristopom, bo to še trajalo, saj sta stroka in znanost ločeni. Ob zaostrenih razmerah v zadnjem letu, ni bilo nikakršnega odziva s strani raziskovalcev fakultet, ki zdravstveno nego raziskujejo, z izjemo avtorice tega prispevka. Torej, ali nimamo znanstvenih spoznanj, da podpremo zahteve zdravstvene nege v kliničnih okoljih? Ali se nas res ne tičejo kompetence v zdravstveni negi, po katerih izobražujemo? Pogrešam družbeno odgovornost znanosti zdravstvene nege!

Dejstvo je, da dokler bo management zdravstvene nege pristajal na to, da se tehnike zdravstvene nege dobesedno prisili, da vstopajo v delokrog diplomiranih medicinskih sester, ker je le teh v kliničnih okoljih premalo, zlasti v popoldanskih in nočnih izmenah, ko diplomirane medicinske sestre zagotavljajo le dežurno službo, zdravstvena nega v sistemu zdravstvenega varstva ne bo izboljšala svojega statusa (Skela Savič, 2017), ker svojih zahtev ne utemelji dovolj eksaktno in ker za njimi ne stojijo stroka in znanost. Lahko si predstavljate stisko obeh poklicnih skupin, ki v nemoči improvzirata 24 urno obravnavo pacienta.

Raziskava Skela Savič (2017) pokaže, da bomo o uresničevanju razvoja zdravstvene nege kot profesije in znanstvene discipline lahko govorili šele takrat, ko bodo ključni nosilci odgovornosti, zlasti menedžment zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih, pričeli s sistematizacijo delovnih mest za štiri ravni kompetenc v zdravstveni negi in upoštevali mednarodno primerljive pogoje usposobljenosti za izvajanje kompetenc določene ravni. Naslednji pomemben korak je vključitev vseh ravni kompetenc v nacionalne kadrovske normative in na plačni ravni v ustrezne tarifne skupine. Razvojno delo in raziskovanje mora postati orodje za uresničevanje na dokazih podprtega dela. Prizadevanja in uveljavljanje raziskovalnega dela v zdravstveni negi se naj uresniči skozi nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi, katerega ustanoviteljica naj bo Zbornica – Zveza. Inštitut naj se financira iz članarin članov in iz prijav na razpise. Avtorica članka meni, da čakanje, da bi zdravstveno nego pri tem podprle druge institucije, glede na trenutno stanje zdravstvene politike v Sloveniji ni smiselno. Potrebna je investicija virov Zbornice – Zveze. Raziskava namreč kaže, da je vpliv na zdravstveno politiko možno pričakovati preko nacionalnega raziskovalnega inštituta. Naslednja ugotovitev je, da morajo biti raziskave novega inštituta usmerjene predvsem v potrebe pacientov. Na ta način bi raziskovalke/ci zdravstvene nege prispevali k oblikovanju politik na nivoju države in širše in bi bili bolj uspešni pri pridobivanju raziskovalnih sredstev.

Pomembno družbeno odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na vseh nivojih ima visokošolski menedžment. 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 posodablja študijske programe le, če stroko, o kateri izobražuje, raziskuje in če je s stroko povezana pri neposrednem delu s pacienti. Pomembno je vključevanje kliničnega okolja v raziskovalno delo. Za večjo integracijo raziskovalne kulture ter paradig raziskovanja v kliničnih okoljih se priporoča večja pozornost na teh vsebinah v študijskih programih zdravstvene nege (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; v Skela Savič, 2017).

Ugotovljeno stanje se bo izboljšalo, ko bo menedžment zdravstvene nege pri zaposlenih podprl razvoj znanj iz raziskovanja in znanj iz na dokazih podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2016). S tem se bo presegla ugotovljena miselnost, da sta raziskovanje in razvoj zgolj neobvezni, in ne prioritetni aktivnosti medicinskih sester; povečala se bo motivacija za razvojno delo; povečal se bo interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja ter nenazadnje, vzpostavilo se bo zavedanje o pomenu raziskav za kakovostno delo. 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, kar pokažejo tudi raziskave in druge v slovenskem prostoru (Skela-Savič, et al., 2016, Skela-Savič, et al., 2017). Ugotovljeno stanje podpira tudi ugotovljeni koncept vrednot in kompetenc, ki bi podpirale razvoj zdravstvene nege v Sloveniji, saj je vrednotni sistem delovanja diplomirane medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah usmerjen predvsem v uresničevanje dnevnih strokovnih nalog in ne razvojnih nalog (Skela-Savič, et al., 2017). Slednje potrdimo tudi s problematiko preseganja poklicnih kompetenc na strani TZN in s tem posledično opozorimo na pomanjkanje sistematiziranih delovnih mest za visokošolsko izobražene medicinske sestre, ki so edine lahko nosilke razvojnih nalog v zdravstveni negi, ki sodijo na četrto raven kompetenc. Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses, 2008) opredeli, da je za razvojne naloge treba imeti izobrazbo magistra zdravstvene nege, v Sloveniji pa teh delovnih mest še niti nismo sistematizirali. Zato je opredeljena odgovornost menedžmenta zdravstvene nege v tej in predhodnih raziskavah utemeljena.

Že samo vpogled v kompetence, zapisane v direktivi za regulirane poklice Evropske unije (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013), jasno kaže, da kompetence *spodobnost za analizo kakovosti zdravstvene nege in posledično izboljševanje lastnega strokovnega dela medicinskih sester za splošno zdravstveno nego* (v direktivi zapisano v skupini H) ni mogoče uresničiti, če izvajalec nima bazičnih znanj o raziskovanju in razvoju in če v praksi ne uporablja na dokazih podprtega koncepta dela. Dejstvo, da morata raziskovanje in razvoj postati del delovne obremenitve diplomiranih medicinskih sester, se logično postavi kot pogoj za uresničevanje navedene kompetence. Ob tem je treba nenehno pojasnjevati, zakaj je treba uvesti ravni kompetenc, saj naša raziskava (Skela Savič, 2017) pokaže, da je med udeleženci prisotna neodločenost o obsegu in ravneh izobraževanja, kar pomeni, da strokovna javnost ravni izobraževanja še ne razume najbolje ali jih težko preslika na realno klinično okolje. V mislih je treba 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, ki ne podpirajo raziskovanja (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). Za diplomirane medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah žal namreč lahko potrdimo tudi pomanjkljivo znanje in izobraževanje ter slabo dostopnost do strokovne in znanstvene literature (Skela-Savič, et al., 2016; 2017). Vsa ta spoznanja nas vodijo v premislek, kaj so obvezne vsebine izobraževanja za pridobitev licenc za delo in ali so te vsebine aktualizirane glede na znanja, potrebna za razvoj zdravstvene nege v Sloveniji, in kakšna je usposobljenost menedžmenta zdravstvene nege, katerega raziskava pokaže kot enega ključnih dejavnikov razvoja profesionalizacije.

Zaključimo lahko, da imamo pri profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji težave tudi s poimenovanjem poklica, saj raziskava (Skela Savič 2017) pokaže, da »Poklicno poimenovanje »negovalec, negovalka« nima družbenega ugleda« in se ga šteje kot manj vredno in neprimerno poimenovanje za izvajalce zdravstvene nege. Tudi prepoznavanje novih področij delovanja TZN, kot so socialno-oskrbovalne kompetence, s strani predstavnikov srednješolskega sektorja ni sprejeto, kar zdravstveni negi kot stroki in znanosti nalaga izzive, kako v prihodnosti razumeti in odgovoriti na nove potrebe družbe.

ZAKLJUČEK

Prikazala smo aktualno dogajanje v zdravstveni negi in ga konfrontirali s spoznanji zadnjih raziskav o profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji, ki smo jih izvedli z mešanim raziskovalnim dizajnom. Le ta omogoča izmeriti in razumeti raziskovalne probleme, ki smo jih raziskovali. Opozorila sem na dejavnike, ki bodo odigrali pomembno vlogo pri razvoju profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in pri njenem preboju na področju znanstvenoraziskovalnega dela in umeščanja ravni kompetenc v klinično delo. Stroka postane profesija takrat, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja svoje lastno znanje in ga prenaša v neposredno strokovno delo in ko strokovnjaki generirajo raziskovalne probleme, ki jih rešujejo skupaj s tistimi, ki imajo kompetence za temeljno in aplikativno raziskovalno delo. Orodje delovanja so sistematično raziskovanje, strokovna presoja, razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. Zato je visokošolsko izobražene medicinske sestre v Sloveniji treba opolnomočiti z znanji za razvoj vrednot aktivizma, razvoja in kompetenc napredne prakse, z znanji o raziskovanju in na dokazih podprtem delu, saj bodo s tem pomembno vplivale na razvoj profesionalizacije in razvoj zdravstvene nege kot znanosti. Menedžerji na ključnih položajih zdravstvene nege v vseh sektorjih delovanja morajo biti usposobljeni za razumevanje profesionalizacije in prevzeti odgovornost na tem področju. Potrebni sta jasna in ambiciozna vizija ter strategija razvoja zdravstvene nege, ki naj vključuje nacionalne usmeritve za vseživljenjsko profesionalno izobraževanje za zdravstvene zavode, strokovne sekcije, regijska strokovna društva in menedžment na vseh nivojih zdravstvene nege. Nacionalno strokovno združenje mora prevzeti odgovornost za predstavitev nove paradigme razvoja zdravstvene nege, ki bo odziv na potrebe družbe, stroke in znanosti ter izvesti načrtno prerazdelitev resursov za uresničevanje le-te.

LITERATURA

Bergoč, S., 2009. Metodološka infrastruktura slovenističnega jezikoslovja : primer kritične analize diskurza (KAD). V: STABEJ, Marko (ur.). *Infrastruktura slovenščine in slovenistike*, (Obdobja, Simpozij, = Symposium, 28). 1. natis. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, str. 49-55.

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. <https://doi.org/10.1093/jpo/jou004>

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].

International Council of Nurses, 2008. *Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: ICN.

Maier C.B., et al., 2016. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ Open*, 6:e011901. doi:10.1136/bmjopen-2016-011901

Skela-Savič, B., 2019a. Vloga prve zaščitne sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege : zgodovinska raziskava življenjepisa (1912 – 1944) = The role of the first 'social care nurse' Angela Boškin in the professionalization of Slovenian nursing care – historical biographical research (1912–1944). *Obzornik zdravstvene nege : strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, letn. 53, v uredniškem postopku.

Skela Savič B., 2019b. Medicinska sestra – poklic, ki bije plat zvona zaradi nespoštovanja poklicnih kompetenc. *Dnevnik, Objektiv*, 16. 3. 2019. <https://www.dnevnik.si/1042878747>

Skela Savič B., 2018a. Zdravstveni sistem se bo sesul zaradi pomanjkanja medicinskih sester, ne zdravnikov. *Dnevnik, Objektiv*, 3. 11. 2018. <https://www.dnevnik.si/1042845561>

Skela Savič B., 2018b. Pomen medpoklicnega sodelovanja v zdravstvu. V: PIVAČ, Sanela (ur.), KALENDER SMAJLOVIČ, Sedina (ur.). *Zdravstvene stroke na poti profesionalizacije*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 1-8.

Skela Savič B., 2017. Development of nursing professionalization elements in Slovenia : the group interview technique = Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi : tehnika skupinskih intervjujev.

Obzornik zdravstvene nege : strokovno glasilo Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, letn. 51, št. 4, str. 274-297.

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.

<https://doi.org/10.1111/jan.13280>

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.

<https://doi.org/10.1111/inr.12233>



IZZIVI VEČKULTURNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI - OD TEORIJE K PRAKSI

Dr. Anja Zalta

Filozofska fakulteta, Oddelek za sociologijo
Univerza v Ljubljani

anja.zalta@ff.uni-lj.si

Demografske spremembe, ki se dogajajo v zadnjem času, povečujejo pomen obravnavanja kulturnih (etničnih, verskih) razlik, tudi v zdravstvu. Po podatkih Ministrstva za notranje zadeve Republike Slovenije o prosilcih za azil za mednarodno zaščito v Sloveniji, je samo v prvih treh mesecih leta 2019 za mednarodno zaščito zaprosilo 777 oseb, od tega 711 iz muslimanskih dežel (Afganistan 86, Alžirija 239, Bangladeš 7, Egipt 17, Irak 42, Iran 51, Maroko 117, Pakistan 60, Palestina 22, Sirija 36, Tunizija 23, Turčija 11). Podoben trend je zaznati tudi v preteklih letih. Gotovo ga lahko povežemo s t.i. »begunsko krizo«, ki se je poglobila s sirsko državljansko vojno in revolucionarnimi vrenji v severni Afriki, kakor tudi s poskusom državnega udara v Turčiji (julij 2016). Vendar tudi drugače muslimani predstavljajo velik del evropskega (in slovenskega) prebivalstva. Islamska skupnost v Sloveniji, ki je registrirana v Registru cerkva in drugih verskih skupnosti, je druga največja verska skupnost v državi, takoj za RKC, zato bo večji del predstavitve namenjen razumevanju islamske definicije zdravja in bolezni ter islamskega razumevanja zdravljenja.

Na podlagi analize primera se bomo naslonili na osrednje vire muslimanske tradicije in verske prakse, ki jih je, po mnenju muslimanov, treba upoštevati v procesu bodisi promocije zdravja bodisi zdravljenja samega. Za mnoge muslimane je namreč prav prakticanje vere v mnogih pogledih koristno za zdravje (npr. dnevna molitev pomaga zmanjšati psihološki stres in ohranja strukturo in disciplino v življenju posameznika; prav tako daje priložnost, za izražanje občutkov, potreb, upanja).

Zakaj je potrebno govoriti in razmišljati v tej smeri, bomo odgovorili na podlagi razlage t. i. »kulturnih kompetenc«, ki se nanašajo na vzpostavljanje razumevanja, spoštovanja in odprtosti do različnih kulturnih perspektiv, omogočajo krepitev kulturne varnosti in si prizadevajo za enakost možnosti. Posledično t.i. »kulturno kompetentni« sistem zdravstva priznava in vključuje pomen kulture, vzdržuje medkulturne odnose, pazi na dinamiko, ki je posledica kulturnih razlik, širi poznavanje kulturne raznolikosti ter svoje storitve prilagaja kulturnim potrebam uporabnikom zdravstvenih storitev. Da bi t.i. „kulturno kompetentnost“ lahko dosegli tudi v zdravstvu, morajo biti izvajalci zdravstvenih storitev seznanjeni z vplivom družbenih in kulturnih dejavnikov na prepričanja in vedenje uporabnikov zdravstvenih storitev, ter opremljeni z orodji in spretnostmi za obvladovanje teh dejavnikov, kar pridobijo z ustreznim usposabljanjem in izobraževanjem. Prav medkulturno usposabljanje mora zato postati integralni del strokovnega razvoja izvajalcev zdravstvenih storitev.

Če strnemo: v predstavitvi bomo opozorili na glavne (organizacijske, klinične in strukturne) ovire, s katerimi se srečujejo begunci/migranti, pa tudi pripadniki etničnih in religijskih manjšin v zdravstvenem sistemu. Pokazali pa bomo tudi na nujnost podpornih mehanizmov za zdravstveno osebje, da bi z njimi omogočili preprečevanje medkulturnih in medreligijskih nesporazumov, ki lahko vodijo v konfliktne situacije in onemogočajo ali vsaj zmanjšujejo možnost uspeha v zdravstveni negi. Posebna pozornost bo torej namenjena razumevanju in obravnavanju »družbenega konteksta« kot ključnega elementa kulturne kompetence, prav tako pa bomo podčrtali nujnost za vzpostavitev programov za zaposlovanje in spodbujanje manjšin v zdravstveni negi, ter vključevanje predstavnikov manjšinskih skupnosti za načrtovanje in izboljšanje kakovosti zdrav(ljen)ja.



NEGOVALNE DIAGNOZE NANDA-I V SLOVENSKEM PROSTORU

Nursing diagnoses NANDA-I in Slovenia

Maja Klančnik Gruden

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana in Univerza v Mariboru,
Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor, maja.klancnik@kclj.si

Andreja Mihelič Zajec

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana

Tamara Lubi

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Maribor

Anja Novak

Splošna bolnišnica Jesenice, Jesenice

Maja Medvešček Smrekar

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana

Matejka Pintar Babič

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana – Polje, Ljubljana

Doroteja Rebec

Fakulteta za vede o zdravju, Izola

POVZETEK

Negovalne diagnoze so enako pomembne za medicinske sestre kot so medicinske diagnoze za zdravnike (Carpenito, 2006). Z njimi definiramo obseg znanja stroke zdravstvene nege ter ga razmejimo od drugih strok (Gallager-Lepak, 2017). S pomočjo negovalnih diagnoz vsakodnevno sporočamo našo klinično presojo pacientom, sodelavcem, članom drugih disciplin in javnosti. Negovalne diagnoze so naše besede in besede imajo moč (Herdman & Kamitsuru, 2017).

Literatura navaja številne prednosti in koristi uporabe standardiziranih negovalnih diagnoz:

- Celostna obravnava pacientov in boljše razumevanje pacientovega stanja (Paans & Müller-Staub, 2015);
- Dostopnost do enotne terminologije in prenos enotnih informacij med različnimi izvajalci (Herdman, 2017);
- Zmanjšanje števila zapletov in krajše povprečno trajanje hospitalizacije (Herdman & Kamitsuru, 2017);
- Dodatni kazalnik kompleksnosti in umrljivosti (D'Agostino, et al, 2017).

V slovenskem prostoru smo pomen standardiziranih negovalnih diagnoz prepoznali v zgodnjih devetdesetih letih. Tako smo leta 1993 izdali priročnik *Uvod v študij negovalnih diagnoz* (Negovalne diagnoze, 1993), ki obsega 78 standardiziranih negovalnih diagnoz Severno ameriške zveze za negovalne diagnoze; leta 2003 *Negovalne diagnoze – priročnik* avtorice Marjory Gordon (2003), ki obsega 184 negovalnih diagnoz; in 2017 *Negovalne diagnoze NANDA-I 2015-2017: definicije in klasifikacija* (Herdman & Kamitsuru, 2017), ki obsega 235 negovalnih diagnoz.

Znanje o negovalnih diagnozah se je prenašalo tudi s pomočjo konferenc o negovalnih diagnozah, ki so bile do danes organizirane trikrat v letih 2003, 2005 in 2007 v Mariboru. Na I. konferenci o negovalnih diagnozah je bila pod okriljem Kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) ustanovljena Nacionalna komisija za negovalne diagnoze, ki je bila leta 2009 prenesena pod okrilje Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego (RSKZN) pri Ministrstvu za zdravje. Na III. slovenski konferenci o negovalnih diagnozah je bil izdan zbornik: *Negovalne diagnoze v praksi* (Geč, 2007), v katerem smo predstavili rezultate ankete o uporabi negovalnih diagnoz v praksi.

Delovna skupina RSKZN za negovalne diagnoze – SLONDA – je v okviru 168 celodnevni delovnih sestankov delala predvsem na prevodih priročnikov NANDA-I 2009-2011, 2012-2014, 2015-2017 ter 2018-2020. Slovenski prevod priročnika NANDA-I 2018-2020 bo izšel v letu 2019. Poleg dela na prevodu smo po izdaji priročnika 2015-2017 organizirali 34 učnih delavnic »Uporaba negovalnih diagnoz NANDA-I v praksi« v 19 zdravstvenih in visokošolskih zavodih. Delavnice je obiskalo 416 udeležencev. Spremljamo njihovo zadovoljstvo. Na kratek evalvacijski vprašalnik s tremi vprašanji odprtega tipa je odgovorilo 295 udeležencev. S pomočjo kvalitativne metodologije smo oblikovali štiri vsebinske kategorije na vprašanje o zadovoljstvu udeležencev:

- aktualna teme,
- jasna in razumljiva predstavitev vsebine,
- delo na primerih iz prakse,
- aktivna vloga udeležencev pri postavljanju negovalnih diagnoz,
- dve kategoriji na vprašanje o nezadovoljstvu:
- prekratke delavnice,
- skrb, kako se bodo negovalne diagnoze uvedle v prakso,
- in tri kategorije na vprašanje glede predlogov in priporočil:
- obravnava več primerov,
- dostopnost v elektronski obliki,
- organizacija dodatnih delavnic za ponovitev in nadgradnjo.

Aktivnosti Delovne skupine SLONDA, RSKZN in Zbornice-Zveze potekajo v smeri obvezujoče uporabe negovalnih diagnoz NANDA-I na nacionalni ravni. Na tem področju so bili sprejeti sklepi v okviru RSKZN (15. 11. 2017), Zdravstvenega sveta (10. 5. 2018) in NIJZ (21. 11. 2018).

V prihodnje načrtujemo organizacijo IV. nacionalne konference o negovalnih diagnozah z mednarodno udeležbo. Vizija Delovne skupine SLONDA, RSKZN in Zbornice-Zveze je tudi prevod in izdaja Klasifikacije intervencij zdravstvene nege (Moorehead et al., 2018) ter Klasifikacije izidov zdravstvene nege (Butcher, et al., 2018).

LITERATURA

- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M., eds., 2018. *Nursing intervention classification (NIC)*. 7th ed. St. Louis: Elsevier.
- Carpenito-Moyet, L. J., 2006. *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia et al., Lippincott Williams & Wilkins.
- D'Agostino, F., Sanson, G., Cocchieri, A., Vellone, E., Welton, J., Maurici, J., et al., 2017. Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 73(9), pp. 2129–2142.
- Gallagher-Lepak S., 2017. Osnove negovalnih diagnoz. In: T. H. Herdman & S. Kamitsuru. *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015-2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 21–30.
- Geč, T., ed., 2007. *Negovalne diagnoze v praksi: zbornik predavanj/III. slovenska konferenca o negovalnih diagnozah, Maribor, 29. in 30. marec 2007*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego.
- Gordon, M., 2003. *Negovalne diagnoze-priročnik*. Maribor: Radizel-Rogina.
- Herdman, H. & Kamitsuru, S., eds., 2017. *Negovalne diagnoze NANDA-International: definicije in klasifikacija 2015-2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 111–112.
- Herdman, H. & Kamitsuru, S., eds., 2018. *Nursing diagnoses 2018–2020: definitions and classification*. 11th ed. New York, etc.: Thieme.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. & Maas, M.L., eds., 2018. *Nursing outcomes classification*. 6th ed. St. Louis: Elsevier.
- Negovalne diagnoze: (Uvod v študij negovalnih diagnoz)*, 1993. Maribor: Kolaborativni center SZO.
- Paans, M. & Müller-Staub, M., 2015. Patient's care needs: documentation analysis in general hospital. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), pp. 178–186.



POTREBE PO KADRIH IZVAJALCEV V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENSКИH BOLNIŠNICAH IN MOŽNE POSLEDICE OCENJENEGA STANJA

viš. pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

branko.bregar@psih-klinika.si

IZVLEČEK

Zdravstveno varstvo je ena izmed najbolj delovno intenzivnih gospodarskih panog. To pomeni, da je kakovost in varnost izvedenih storitev oziroma izidov najbolj odvisna od ljudi, ki vlagajo svoje znanje, usposobljenost in energijo, da dosežejo zastavljene delovne cilje. V zdravstvu prav noben proces ne more potekati brez delovnega vložka posameznih zaposlenih, ki morajo zagotavljati neprekinjene 24 urne delovne storitve vse dni v letu, ne glede na praznike, absentizem ali druge razloge. Zaposleni v zdravstveni negi predstavljajo največjo skupino zaposlenih v zdravstvenem sistemu, ki svoje storitve neprekinjeno opravljajo vseskozi ob pacientu. Mnoge raziskave dokazujejo, da so zdravstveni izidi močno povezani s številom zaposlenih v zdravstveni negi in njihovo izobrazbeno strukturo. V Ameriki se je tako uveljavil sistem prepoznave bolnišnic, ki lahko pridobijo certifikat Magnetne bolnišnice – pomeni, da so med drugim prepoznane po odličnosti v vodenju in vključevanju zdravstvene nege v celotni bolnišnični sistem. Magnetne bolnišnice in na splošno klinična okolja z dobro kadrovske strukturo v zdravstveni negi, tako po številu kot po izobrazbi, imajo boljše zdravstvene izide (McHugh, et al., 2013). Kljub temu, da mnoge druge raziskave jasno dokazujejo, da je kadrovska struktura v zdravstveni negi povezana z zdravstvenimi napakami, številom hospitalnih infekcij, smrtnostjo pacientov (Aiken, et al., 2014; Manojlovich, 2015; Ozdemir, et al., 2015), pa je tudi zaskrbljujoče, da je povezana z bolj skritimi posledicami, na katere pa nekateri raziskovalci opozarjajo v zadnjem času (Subirana, et al., 2014; Cho, et al., 2016; Griffiths, et al., 2018). Slednji opozarjajo, da so ob povečanih delovnih intenzivnih pritiskih, ko primanjkuje kadra v zdravstveni negi, tako po številu kot po izobrazbeni strukturi, mnoge temeljne potrebe pacientov neizpolnjene oziroma izpuščene. Pacienti ne dobijo tistega, kar bi morali. Zaposleni v zdravstveni negi izpuščajo najbolj osnovne aktivnosti, ne umivajo si rok, ne izvajajo predpisane zdravstvene nege po standardih, ampak jih prilagajajo glede na razpoložljiv čas in ostale kadrovske vire. Vse to rezultira na koncu v mnogih napakah ali pa so celo končne posledice poznajo tudi v večji obolevnosti pacientov, daljšem bolnišničnem zdravljenju in višji umrljivosti pacientov.

V Sloveniji podobnih raziskav še ni bilo narejenih, čeprav imamo dobre in objektivno izmerjene kadrovske podatke, ki kažejo na dolgoletno pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnicah (Bregar, 2012; Terbovšek & Bregar, 2013; Bregar & Klančnik-Gruden, 2015) ali celo jasno dokazujejo korelacijo pomanjkanja zaposlenih v zdravstveni negi z nekaterimi nacionalnimi kazalniki kakovosti (Bregar & Klančnik-Gruden, 2009). Torej v kolikor ekstrapoliramo nekatere tuje podatke o posledicah neprimerne kadrovske strukture v zdravstveni negi in jih združimo z našimi kadrovskimi podatki (ki so za slovenske bolnišnice slabi), potem lahko predpostavljamo, da se v slovenskih bolnišnicah zdravijo pacienti, ki imajo veliko tveganje, da bodo pogosteje oboleli za hospitalnimi infekcijami, posledično umirali ali pa bodo izpostavljeni neprimerni in nezadostni zdravstveni obravnavi. Tudi zadnji podatki slovenske kategorizacije bolnišnične zdravstvene nege kažejo na to, da je stanje na področju kadra pri nas resno – še vedno manjka več kot 20 % kadra v slovenskih bolnišnicah, tako tehnikov zdravstvene nege kot diplomiranih izvajalcev zdravstvene nege. Čas je, da se apelu po ureditvi razmer pridružijo tudi državljani in ne samo stroka – saj lahko prav njih tako stanje najbolj prizadene, ko vstopijo v zdravstveni sistem kot pacienti.

Ključne besede: kadrovske potrebe, kakovost, zdravstveno varstvo, medicinske sestre, tehniki zdravstvene nege

PRIPOROČENA LITERATURA

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp.1824-1830.

Bregar, B. & Klančnik-Gruden, M., 2009. Vpliv kadrovske zasedbe v zdravstveni negi na kazalnike kakovosti. In: S. Majcen Dvoršak, et al. eds. *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, p. 323B.

Bregar, B., 2012. Kadrovske stiske zaposlenih v bolnišnični zdravstveni negi - vidik kakovosti in varnosti. In: B. Skela-Savič, et al. eds. *5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 223-228.

Bregar, B. & Klančnik-Gruden, M., 2015. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah v letu 2013. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo*. 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. 226-233.

Cho, E., Lee, N.J., Kim, E.Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.O., et al., 2016. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 60, pp. 263-271.

- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., et al., 2018. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(7), pp. 1474-1487.
- Manojlovich, M., 2015. Increasing nurse staffing levels and a higher proportion with bachelor's degrees could decrease patient mortality risk. *Evidence-based nursing*, 18(2), p. 62.
- McHugh, M., Kelly, L.A., Smith, H.L., Wu, E.S., Vanak, J.M. & Aiken, L.H., 2013. Lower mortality in Magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, 43(10 Suppl), p. S4-10.
- Ozdemir, B.A., Sinha, S., Karthikesalingam, A., Poloniecki, J.D., Pearse, R.M., Grocott, M.P., et al., 2016. Mortality of emergency general surgical patients and associations with hospital structures and processes. *British journal of anaesthesia*, 116(1), pp. 54-62.
- Subirana, M., Long, A., Greenhalgh, J. & Firth, J., 2014. A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *Journal of research in nursing*, 19(1), pp. 8-23.
- Terbovšek, R. & Bregar, B., 2013. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah v letu 2011 - primerjava z leti 2007 – 2011. In: D. Klemenc, S. Majcen Dvoršak & T. Štemberger Kolnik, eds. *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo*. 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. 72-77.



PSIHOEDUKACIJA ZOPER IZGORELOST: NAŠE IZKUŠNJE

asist. Mark Bračič, dipl. psih.
Sabina Kračun, mag. druž. terap.
prof.dr. Živa Novak Antolič, dr. med.

Sredi leta 2018 so se zbrali zdravnici, diplomirana medicinska sestra in univerzitetni diplomiran psiholog in se odločili, da bodo vztrajno po korakih delovali zoper izgorelost zdravstvenih delavcev. Želijo ugotoviti, kolikšna je izgorelost med zdravstvenimi delavci. Validirali so vprašalnik iz tujine in ga pripravili za spletno izpolnjevanje. Na raznih srečanjih osveščajo širši krog ljudi izgorelosti zaposlenih v zdravstvu. Začeli so z delavnicami psihoedukacije v Ljubljani in Celju, kjer udeleženci spoznajo enostavne postopke, ki jih sami lahko uporabljajo za preprečevanje izgorelosti. Zelo veliko vlogo pri izgorelosti igra sistem: za spremembe v sistemu morajo strniti vrste vsi, ki delajo v zdravstvu. V Sloveniji jih je zelo veliko in v njih je velika moč. Zdravstveni delavci se pri svojem delu srečujejo z nešteto situacijami, ki vplivajo na njihovo preobremenjenost (kadrovska podhranjenost, triizmensko delo, dežurstva, slaba plača, izredno zahtevno delo s pacienti, stresne situacije in slabi odnosi med člani zdravstvenega tima). Tako na zdravstvenega delavca delujejo zahteve iz okolja, pritiski, sile in kronični stresorji, ki jih pogosto občutijo v obliki stiske. Ob tem pogosto pozabljajo nase ter na druge vidike svojega življenja (konflikt med delom in družino). Vsi ti dejavniki lahko vodijo v nastanek sindroma izgorelosti, kar ni problem samo posameznika, ampak visoko ceno plačuje tudi ustanova, v kateri je zdravstveni delavec zaposlen. Ob tem je ohranjanje notranjega ravnovesja lahko velik izziv. Zaradi izgorelosti se pojavlja etična dilema, saj lahko zdravstveni delavec pri svojem odločanju deluje v škodo pacienta pri povrnitvi oziroma ohranitvi zdravja.

Namen izvajanja delavnic je usmerjen v preventivo izgorevanja ter kaj lahko storimo že ta trenutek, da ne izgorimo. Nakopičeni simptomi izgorelosti so pokazatelj, da smo si ali so nam naložili preveč, saj obremenitve segajo preko meja naših zmognosti. Ključno je prepoznavanje opozorilnih znakov, ki nam sporočajo, da smo na poti do izgorelosti. Zdravstveni delavec je tisti, ki se lahko nauči spoštovati sebe, saj dobro in plemenito opravlja svoje delo. To lahko stori preko zaznavanja svojih čustev, telesa in mišljenja. Poskrbeti mora zase in se nagraditi z priložnostmi dejavnosti, ki ga sproščajo. Da bi lahko opravljali delo najvišje kakovosti, ni dovolj individualna strokovnost, ampak dobri medosebni odnosi s sodelavci (komunikacija). Vsak sam naj bi poznal svoje meje in se naučil reči »NE« tako zahtevam, kot tudi prošnjam, ki bi lahko ogrozili zdravje in počutje zaposlenega v zdravstvu, saj gre tukaj za razmejevanje profesionalne odgovornosti. Zaposlene v zdravstvu je potrebno okrepiti do te mere, da bodo z aktivnim vedenjem prevzeli odgovornost zase (valjenje krivde na drugega ne povzroči sprememb – sprememba se prične pri posamezniku). Poučiti jih je potrebno o empatiji, ki temelji na razmejitvi med zdravstvenim delavcem in pacientovo stisko, ter pomembno prispeva k preventivi izgorelosti. Udeležene zdravstvene delavce izobražujemo pri prepoznavanju razlike deloholizma od zavzetosti za delo (»kdo dela preveč?«), prepoznati sprožilne situacije (»kdaj in zakaj začne delati preveč?«), ter o škodljivosti perfekcionizma pri delu.

S pridobljenimi praktičnimi veščinami lahko posameznik znanje integrira v vsakodnevno delo ter odnose. To je tudi orodje, s katerim lahko zaščiti samega sebe in sproti ocenjuje svoje počutje ter preverja stopnjo izgorelosti. Izgorelost ni pojav, ki se dogaja samo drugim! Pacientu pripada strokovno usposobljen, empatičen in neizčrpan zdravstveni delavec. Rešitev izgorelosti je zmanjšanje obremenitve ali povečati vire moči, da se tehnica prevesi v zdravo ravnovesje. Stresu na delovnem mestu ne moremo ubežati, vendar pa ga lahko preobrazimo na način, ki bo konstruktiven (priložnost za osebno in profesionalno rast). Pri tem je potrebno izpostaviti tudi strategije spoprijemanja s stresom in reševanja problemov, ki so podprti na praktičnih vsakodnevnih primerih iz delovnega okolja. Tako lahko namesto težave, ki je prej predstavljala grožnjo, preusmerimo miselnost v aktivno reševanje situacije, ki jo vidimo kot izziv.



Nursing now
Slovenia

SVETOVNA KAMPANJA NURSING NOW

red. prof. dr. Brigita Skela Savič
Anita Prelec

Nursing Now, triletna globalna kampanja (2018–2020), je namenjena izboljšanju zdravja s povečanjem ugleda in statusa zdravstvene nege po vsem svetu. V sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in Mednarodnim svetom medicinskih sester, skušajo medicinske sestre okrepiti svoje mesto v središču reševanja zdravstvenih izzivov 21. stoletja in povečati svoj prispevek k doseganju univerzalnega zdravstvenega varstva. Kampanja se bo osredotočila na pet ključnih področij: zagotavljanje, da imajo medicinske sestre in babice pomembnejši glas pri oblikovanju zdravstvene politike; spodbujanje večjega vlaganja v kadrovske vire zdravstvene nege; zaposlovanje več medicinskih sester na vodstvene položaje; izvajanje raziskav, ki pomagajo določiti, kje imajo medicinske sestre največji vpliv; in izmenjavo najboljših praks zdravstvene nege.

Kampanja temelji na ugotovitvah poročila Svetovne zdravstvene organizacije Triple Impact - How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth (Trojni vpliv - Kako bo razvoj zdravstvene nege izboljšal zdravje, spodbujal enakost spolov in podpiral gospodarsko rast). V poročilu je bilo ugotovljeno, da bi krepitev enakosti spolov poleg izboljšanja zdravja na svetovni ravni pripomogla tudi h krepitvi moči medicinskih sester, saj je velika večina medicinskih sester žensk. Kampanja poteka kot program Burdettovega sklada za zdravstveno nego (Burdett Trust), neodvisnega dobrodelnega sklada s sedežem v Združenem kraljestvu. Odbor za kampanjo vključuje posameznike iz 16 držav, skupaj s predstavniki Mednarodnega sveta medicinskih sester, Burdettovega sklada za zdravstveno nego ter predstavnika Svetovne zdravstvene organizacije. Kampanji sopredseduje Lord Nigel Crisp, sopredsednik parlamentarne skupine Združenega kraljestva za globalno zdravje, in profesorica Sheila Tlou, sopredsednica Svetovne koalicije za preprečevanje HIV.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je v marcu 2019 podpisala pogodbo z nosilci kampanije in tako pridobila pravice za vodenje kampanije NURSING NOW SLOVENIA.

Recenzirani prispevki



PRISOTNOST ZDRAVSTVENEGA TVEGANJA PRI STAROSTNIKI

The presence of a health risk in elderly

Jasmina Golenko, mag. zdr. nege
Univerzitetni klinični center Maribor

doc. dr. Mateja Lorber
izr. prof. dr. Gregor Štiglic
Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

jasmina.golenko@gmail.com

Prispevek temelji na magistrskem delu z naslovom Prisotnost zdravstvenega tveganja pri starostnikih

IZVLEČEK

Uvod: Skupaj z večjim številom ljudi, starih 65 let in več, ki živijo dlje, narašča tudi število ljudi z več dejavniki tveganega načina življenja. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšnem deležu starostniki živijo nezdravo, in predstaviti pogostost pojava posameznih dejavnikov zdravstvenega tveganja, kot so razširjenost pitja alkohola in kajenja, pogostost telesne aktivnosti.

Metode: V empiričnem delu so bili uporabljeni podatki kvantitativne raziskave o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi. Podatki so bili statistično analizirani s pomočjo programa IBM SPSS Statistics. Hipoteze so bile preverjene s pomočjo Kruskal-Wallisovega testa in t-testa neodvisnih vzorcev. Raziskovalni vzorec statistične obdelave petega vala raziskave SHARE, ki je bil opravljen leta 2013, je vključeval 35.140 starostnikov iz petnajstih evropskih držav. **Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da med državami Evropske unije obstajajo statistično značilne razlike v uživanju alkohola ($\chi^2 = 4.787,5$, $p < 0,001$). Povprečna starost vključenih oseb, ki so kadilci je bistveno nižja kot povprečna starost starostnikov nekadilcev ($t = 26,8$, $p < 0,001$). Ugotovljeno je bilo tudi, da obstaja statistično značilna razlika v pogostosti telesne aktivnosti starostnikov med državami Evropske unije ($\chi^2 = 1.748,0$, $p < 0,001$). **Diskusija in zaključek:** Dokazi o povezavah med načinom življenja v srednjih letih in v pozni življenjski dobi nam dajejo povod za spodbudo ljudi srednjih let k telesni dejavnosti, zdravi prehrani, ter prenehanju kajenja in uživanja alkohola. Z zmernim pitjem alkohola, opustitvijo kajenja in redno telesno vadbo bi lahko bilo tudi kronično obolenje lažje obvladovati. Tako obširne raziskave, kot rezultati le teh, nam ponujajo ideje o boljšem ozaveščanju ljudi o zdravem načinu življenja in dejavnikih zdravstvenega tveganja. Na področju preventive bi morali delovati in nato raziskati ozaveščenost ljudi na temo preprečevanja zdravstvenega tveganja.

Ključne besede: tvegano življenje starostnikov, indeks telesne mase, kajenje v starosti, pitje alkohola, telesna dejavnost

ABSTRACT

Introduction: Together with the increasing number of people aged 65 and over who live longer, the number of people with several high-risk lifestyle factors is also increasing. The purpose of the study was to determine the extent to which older people live unhealthy, and to present the frequency of the occurrence of individual health risk factors such as the prevalence of alcohol consumption, smoking, the frequency of physical activity. **Methods:** Quantitative research was conducted on Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. The data were statistically analysed using the IBM SPSS statistics program. The hypotheses were tested using the Kruskal-Wallis test, and the t-test of independent samples. The research sample collected in 2013 during the 5th wave of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe study, contains data for 35,140 participants from 15 European countries. **Results:** It was found that there are statistically significant differences in alcohol consumption between the European countries ($\chi^2 = 4,787,540$, $p < 0,001$). The average age of smokers is significantly lower than the average age of non-smokers ($t = 26.8$, $p < 0.001$). It was also found that there is a statistically significant difference in the level of physical activity among the older population in participating European countries ($\chi^2 = 1,748,006$, $p < 0,001$).

Discussion and conclusion: The evidence of the links between the way of life in the middle years and in the late life gives us a cause for encouraging middle-aged people to exercise physical activity, healthy eating, and stop smoking and drinking. With moderate alcohol consumption, smoking cessation, and regular physical exercise, chronic illness could be more easily managed. Such extensive research, as well as the results of these, offers us ideas on how to raise people's awareness of healthy lifestyles and health risk factors. In the field of prevention, we should work and then investigate people's awareness on the topic of prevention of health risks.

Keywords: behavioural risks elderly, body mass index, smoking in elderly, drinking behaviour, vigorous activities.

UVOD

S staranjem se starejši srečujejo s številnimi tveganji, med drugim s pešanjem fizičnega in duševnega zdravja, poslabšanjem finančnega statusa, izgubo sovrstnikov ter posledično zmanjšano avtonomijo in kakovostjo življenja. Najranjivejši so zelo stari, ljudje z nizkimi dohodki, šibkim socialnim omrežjem in tisti z majhnimi možnostmi za avtonomijo (Kavčič, et al., 2012). Število ljudi, katerih način življenja vsebuje več dejavnikov tveganja narašča z večjim številom ljudi starejših od 65 let (Batsis, et al., 2009; Kavčič, et al., 2012). Kajenje, uživanje alkohola, nepravilna prehrana in nizka raven telesne dejavnosti znatno prispevajo k razvoju bolezni v razvitih državah (Lafortune, et al., 2016). Primerjava dolgoročnih kadilcev z ljudmi, ki niso nikoli kadili, pokaže veliko večji upad kakovosti njihovega življenja (Strandberg, et al., 2008). Ljudje, ki kadijo, imajo do

trikrat večje tveganje za nastanek bolezni (Mucha, et al., 2006). Življenjska doba kadilcev v srednjih letih se skrajša za sedem do deset let (Strandberg, et al., 2008), kar potrjuje 26-letna raziskava, narejena na zdravih moških v Helsinkih na Nizozemskem. Lugo s sodelavci (2013) so dokazali bistveno višjo umrljivost kadilcev zaradi raka, bolezni dihal, kardiovaskularnih in drugih kroničnih bolezni v starosti. Vsak peti Slovenec, star med 25 in 74 let, kadi (Koprivnikar, 2015a).

Pri starejših ljudeh obstaja večje tveganje za zlorabo alkohola, kar pa povečuje tveganje za zdravstvene težave, povezane s fiziološkimi spremembami, kot so zmanjšana učinkovitost encimov jeter, zmanjšana hidracija telesa in povečanje deleža telesne maščobe (Gell, et al., 2014). Telesna dejavnost je ključnega pomena za splošno zdravje ljudi (Aspvik, et al., 2016), zato naj bi bila umeščena v vsakdan že kot rutina. Pri starostnikih predstavlja težavo ravno rutina, saj ti bodisi niso več toliko fizično zmožni bodisi imajo zdravstvene težave zaradi gibalnih ovir. Telesna dejavnost pri starejših odraslih izboljšuje kondicijo in kakovost življenja, prispeva k preprečevanju bolezni ter pomaga k ohranitvi vsakodnevnega delovanja (Jansen, et al., 2015; Lopez-Rodriguez, et al., 2016). V zadnjih desetletjih je v svetu delež oseb, ki so debele zelo narasel, kar je posebej izrazito pri starejših ljudeh. Po ocenah naj bi bili pri več kot dveh tretjinah posameznikov, starejših od 60 let, prisotni prekomerna telesna masa in debelost (Weiss, et al., 2007). Pogost problem pri starejših ni samo debelost, temveč tudi podhranjenost. Običajno je ta povezana z zmanjšanim funkcionalnim stanjem, večjo obolevnostjo in smrtnostjo (Smoliner, et al., 2008). Življenjski slog s tveganimi dejavniki za zdravje se izraža v slabši kakovosti življenja ter poveča možnosti za razvoj bolezni srca in ožilja, kapi, bolezni ledvic, raka, kronične obstruktivne pljučne bolezni, diabetesa tipa 2 in osteoporoze ter vpliva na duševno zdravje (Lafortune, et al., 2016). Aktivno ozaveščanje ljudi o staranju prebivalstva in težavah, ki se pojavljajo v zvezi s tem, je zelo pomembno. Spodbujati bi morali telesno dejavnost, zdravo prehrano ter prenehanje kajenja in pitja alkohola (Lafortune, et al., 2016).

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšnem delu delež starostnikov, ki nezdravo živijo, predstavi pogostost pojava posameznih dejavnikov zdravstvenega tveganja, kot so razširjenost pitja alkohola in kajenja ter pogostost telesne dejavnosti. Raziskovalno vprašanje je: Kakšna je prisotnost zdravstvenega tveganja med starostniki? Postavili smo tudi tri hipoteze:

Hipoteza 1: Med državami EU obstajajo statistično značilne razlike v uživanju alkohola med starostniki.

Hipoteza 2: Povprečna starost kadilcev je bistveno nižja kot povprečna starost nekadilcev.

Hipoteza 3: V pogostosti telesne dejavnosti starostnikov obstaja statistično značilna razlika med državami EU.

METODE

Uporabljeni so bili podatki kvantitativne raziskave Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE).

Opis instrumenta

Podatki kvantitativne raziskave SHARE, iz katere smo izvzeli podatke o pitju alkohola, kajenju in telesni dejavnosti, so bili uporabljeni za nadaljnjo raziskavo. V tej raziskavi so bili uporabljeni podatki zbrani v letu 2013, ko je bila v raziskavi udeležena tudi Slovenija.

Opis vzorca

Ciljna populacija raziskave SHARE so osebe, ki so bile v času priprave vzorca starejše od 50 let in so imele stalno prebivališče v državi, kjer je potekala raziskava. Podatki v tej raziskavi so bili omejeni na peti val zbiranja podatkov in so zajemali podatke o tvegane načinu življenja starostnikov, dejavnikih pitja alkohola, kajenja in telesne dejavnosti starostnikov, z omejitvijo starosti na 65 let in več. Raziskovalni vzorec statistične obdelave petega vala raziskave SHARE, ki je bil opravljen leta 2013, je vključeval 35.140 starostnikov, od tega 15.897 moških (45,2 %) in 19.243 žensk (54,8 %) iz petnajstih evropskih držav. Na vsa vprašanja je odgovorilo 35.017 (99,6 %) starostnikov, 123 (0,4 %) starostnikov pa je podalo nepopolne odgovore.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za odgovor na postavljene hipoteze oz. raziskovalno vprašanje so bili statistično analizirani zbrani podatki raziskave SHARE s pomočjo programa IBM SPSS Statistics verzije 23 in glede na postavljene hipoteze preverjeni s Kruskal-Wallisovim (hipoteza 1 in 3) in Studentovim t-testom odvisnih vzorcev (hipoteza 2). Prispevek temelji na magistrski nalogi Jasmine Golenko, pod mentorstvom Doc. dr. Mateje Lorber in somentorstvom Izr. Prof. dr. Gregorja Štiglica.

REZULTATI

Pitje alkohola v zadnjih treh mesecih je bilo v anketi opredeljeno s sedmimi možnimi odgovori (Tabela 1). *Nisem užival alkohola* je označilo 13.157 (37,6 %) starostnikov iz vseh anketiranih evropskih držav (EU). *Manj kot enkrat v mesecu* je izbralo 3.175 (9,1 %) starostnikov iz vseh anketirancev EU. *Enkrat ali dvakrat mesečno* je označilo 3.582 (10,2 %) starostnikov iz EU. *Enkrat ali dvakrat tedensko* je označilo 5.406 (15,4 %) anketirancev iz EU. *Trikrat ali štirikrat tedensko* je označilo 2.101 (6 %) evropskih starostnikov. *Pet- ali šestkrat tedensko* je izbralo 971 (2,8 %) vseh anketiranih starostnikov EU. Anketiranih starostnikov iz EU, ki pijejo skoraj vsak dan, je 6.625, kar je 18,9 % vseh anketirancev.

Tabela 1: Uživanje alkohola v zadnjih treh mesecih

Država	Uživanje alkohola v zadnjih treh mesecih							Skupaj
	1. nisem užival	2. manj kot enkrat v mesecu	3. enkrat ali dvakrat mesečno	4. enkrat ali dvakrat tedensko	5. tri ali štiri dni v tednu	6. pet ali šest dni v tednu	7. skoraj vsak dan	
Avstrija	699 29,1 %	217 9 %	303 12,6 %	508 21,1 %	212 8,8 %	99 4,1 %	367 15,3 %	2.405 100 %
Nemčija	673 26,8 %	286 13,1 %	328 13,1 %	472 18,8 %	196 7,8 %	94 3,7 %	460 18,3 %	2.509 100 %
Švedska	545 19 %	313 10,9 %	517 18 %	874 30,5 %	307 10,7 %	99 3,5 %	212 7,4 %	2.867 100 %
Norveška	541 25,4 %	146 6,8 %	134 6,3 %	373 17,5 %	159 7,5 %	78 3,7 %	703 32,8 %	2.134 100 %
Španija	2.474 65,1 %	182 4,8 %	132 3,5 %	221 5,8 %	109 2,9 %	83 2,2 %	598 15,7 %	3.799 100 %
Italija	1.480 56,4 %	87 3,3 %	75 2,9 %	101 3,9 %	89 3,4 %	61 2,3 %	730 27,8 %	2.623 100 %
Francija	587 24,7 %	234 9,8 %	233 9,8 %	368 15,5 %	90 3,8 %	41 1,7 %	826 34,7 %	2.379 100 %
Danska	202 10,4 %	169 8,7 %	283 14,6 %	425 22 %	213 11 %	102 5,3 %	541 28 %	1.935 100 %
Švica	280 17,5 %	113 7,1 %	179 11,2 %	376 23,5 %	162 10,1 %	75 4,7 %	413 25,8 %	1.598 100 %
Belgija	649 24,3 %	195 7,3 %	260 9,7 %	477 17,9 %	185 6,9 %	62 2,3 %	840 31,5 %	2.668 100 %
Izrael	1.089 76,6 %	82 5,8 %	59 4,1 %	146 10,3 %	11 0,8 %	6 0,4 %	29 2 %	1.422 100 %
Češka	1.251 40,1 %	339 10,9 %	363 11,6 %	506 16,2 %	148 4,7 %	85 2,7 %	424 13,6 %	3.116 100 %
Luksemburg	169 24,6 %	55 8 %	84 12,2 %	129 18,8 %	51 7,4 %	23 3,3 %	177 25,7 %	688 100 %
Slovenija	671 44,2 %	127 8,4 %	158 10,4 %	174 11,5 %	96 6,3 %	49 3,2 %	242 16 %	1.517 100 %
Estonija	1.847 55 %	630 18,8 %	474 14,1 %	256 7,6 %	73 2,2 %	14 0,4 %	63 1,9 %	3.357 100 %
Skupaj	13.157 37,6 %	3.175 9,1 %	3.582 10,2 %	5.406 15,4 %	2.101 6 %	971 2,8 %	6.625 18,9 %	35.017 100 %

S pomočjo Kruskal-Wallisovega testa je bila ugotovljena statistično signifikantna razlika ($\chi^2 = 4.787,540$, $p < 0,001$) v uživanju alkohola med državami EU. Povprečni rang med državami je naraščal od 9.931 (Izrael), kjer 76,6 % sodelujočih nikoli ne uživa alkohola, pa vse do 22.831 na Danskem, kjer so bili zbrani najbolj razpršeni podatki o pitju alkohola. Pri tem velja izpostaviti Izrael, ki je močno odstopal pri vseh odgovorih, saj kar v 76,6 % niso uživali alkohola, medtem ko so Danci enak odgovor označili le v 10,4 %.

V raziskavi o pogostosti telesne dejavnosti je sodelovalo 35.140 starostnikov, od katerih je na vprašanje o kajenju odgovorilo 35.022 (99,7 %) starostnikov, 118 (0,3 %) odgovorov je bilo nepopolnih. Starostnikov, ki so v času raziskave kadili, je bilo 3.958, kar predstavlja 11 % vseh starostnikov, medtem ko je bilo takih, ki niso kadili 31.112, kar pomeni 89 %. Povprečna starost kadilcev je bila 71,91 leta (SD = 5,69), povprečna starost nekadilcev pa 75,03 leta (SD = 7,03).

S pomočjo t-testa neodvisnih vzorcev je bila ugotovljena statistično značilna razlika v starosti kadilcev in nekadilcev ($t = 26,8$, $p < 0,001$).

Telesna dejavnost je bila v anketnem vprašalniku opredeljena s štirimi možnimi odgovori. Da so več kot enkrat tedensko telesno dejavni je označilo 9.421 starostnikov v EU, kar predstavlja 26,9 % vseh anketiranih. Enkrat tedensko je označilo 4.314 oziroma 12,3 % evropskih starostnikov. Enkrat do trikrat mesečno je telesno dejavnih 7,8 % (2.748) starostnikov. Odgovor komaj kdaj ali nikoli je izbralo kar 52,9 % ali 18.539 starostnikov.

Povprečni rang med državami EU narašča od 14.617 (Norveška), ki se v 40,5 % gibljejo več kot enkrat tedensko in v 40,2 % komaj kdaj ali nikoli, pa vse tja do 20.787 (Španija), saj se Španci v 71,3 % gibljejo komaj kdaj ali nikoli. Ugotavljamo, da se tudi po stopnjo telesne dejavnosti države med seboj bistveno razlikujejo ($\chi^2 = 1.748$, $p < 0,001$). Ugotovljeno je bilo, da so več kot enkrat tedensko najpogosteje dejavni Norvežani (40,6 %), najmanj pogosto pa Španci (16 %). Komaj kdaj ali nikoli je bilo dejavnih 71,3 % Špancev in 65,7 % Francozov, medtem ko je bilo nedejavnih Švedov 39,1 %.

DISKUSIJA

V raziskavi smo ugotavljali prisotnost zdravstvenega tveganja pri starostnikih, zato so nas zanimali podatki o uživanju alkohola, kajenju in telesni dejavnosti. Ugotovili smo, da v državah EU obstajajo statistično značilne razlike v uživanju alkohola med starostniki. Gell je s sodelavci (2014) ugotovil veliko razliko v pitju alkohola predvsem med državami z najnižjimi stopnjami prepovedi pitja, kot sta Anglija in Škotska. Starejši odrasli v Angliji in na Škotskem tako v večji meri poročajo o prekomernem dnevnem uživanju alkohola kot starejši odrasli v drugih evropskih državah, Severni Ameriki in Avstraliji. V tej isti raziskavi ugotavljajo vzroke za pitje alkohola, ki jih pripisujejo predvsem kulturi pitja v Združenih državah Amerike in Veliki Britaniji. V socialni kulturi Velike Britanije, kot v številnih kulturah je pitje alkohola »normalno« vedenje. Na Škotskem pri raziskovanju socialnih odnosov (Ormston & Webster, 2008) 67 % anketirancev poroča, da je pitje pomemben del škotskega načina življenja. 48 % abstinentov (ki so obsegali 12 % vzorca) navaja, da je odločitev ljudi, da ne pijejo, v njihovi kulturi čudna. V naši raziskavi smo ugotovili odstopanja med posameznimi državami v pogostosti pitja alkohola, pa vendar Francozi, ki v državah EU popijejo največ (34,7 %), še zmeraj spijejo za polovico manj od Škotov. V svetovnem merilu je EU na podlagi zbranih raziskav (Ormston & Webster, 2008; Gell, et al., 2014; Lafortune, et al., 2016) celina z najmanj pogostim pitjem alkohola, kolikor se lahko zanesemo na resničnost podatkov naše raziskave in upoštevamo filtrirane podatke, omejene za zadnje tri mesece leta 2013.

Ugotovili smo, da je povprečna starost kadilcev bistveno nižja kot povprečna starost nekadilcev, s čimer smo potrdili drugo zastavljeno hipotezo. Enako so dokazali v evropski študiji iz leta 2010 (Lugo, et al., 2013), ki je obsegala osemnajst evropskih držav. Ljudi so po starosti razdelili v dve skupini: 65–74 let in ≥ 75 let. Ugotovili so, da v starosti 65–74 let kadilci 13,4 % starostnikov in 8,2 % starostnikov, ki so starejših od 75 let. V študiji Združenih držav Amerike (Jha, et al., 2013) ugotavljajo, da zaradi bolezni, povzročenih s kajenjem, umre približno polovica kadilcev, ki v povprečju izgubijo več kot 10 let življenja. Prav tako ugotavljajo, da je kajenje močan dejavnik prezgodnje smrti v starosti (Gellert, et al., 2012). Lafortune, s sodelavci (2016) ugotavljajo, da nekadilci živijo dlje od kadilcev, prav tako živijo kakovostnejše življenje, z manj težavami in boleznimi, ki jih povzročata kajenje. Umrljivost kot posledica bolezni, ki jih je povzročilo ali pospešilo kajenje, povečajo kardiovaskularne bolezni, rak na pljučih in sladkorna bolezen tipa 2 (Lafortune, et al., 2016). Koprivnikar (2015) navaja, da ne smemo pozabiti izpostaviti zelo močnega dejavnika, ki vpliva na kajenje ljudi, to je socialno-ekonomski položaj in izobrazba. Pred desetletji je veljala neposredna povezava med socialno-ekonomskim statusom in kajenjem, v današnjem času pa je značilna obratna

zveza, saj so posamezniki z visokim socialno-ekonomskim statusom dovzetnejši za spodbujanje zdravja in preventivo bolezni, povzročeni s kajenjem (Lugo, et al., 2013). V naši raziskavi moramo upoštevati tudi prečiščene podatke, kjer smo se osredotočili na kadilce in nekadilce v letu 2013, ko je bila raziskava izvedena, kar pa pomeni, da so med podatki za trenutne nekadilce tudi bivši kadilci. V Sloveniji kadi približno vsak sedmi prebivalec (14,4 %), star 50 let in več (Koprivnikar, 2015a), pa vendar se Slovenija uvršča med tiste države v Evropi z nižjim deležem kadilcev.

Ugotovili smo, da obstaja statistično značilna razlika v pogostosti telesne dejavnosti starostnikov med državami EU. Norveška raziskava (Lohne-Seiler, et al., 2014) dokazuje, da 66 % časa starejši ljudje preživijo nedejavno – sede, 24 % časa z nizko intenzivno stopnjo telesne dejavnosti, v življenjski slog ima telesno dejavnost umeščeno 7,1 % starejših ljudi, 3 % pa je takšnih, ki izvajajo telesno dejavnost zmerno do pospešeno. V drugi norveški raziskavi (Jansen, et al., 2015) so ugotovili, da je večina starostnikov doma večinoma bolj nedejavna. Lažje fizično dejavni so bili 747 (SD = 389,6) minut in zmerno do intenzivno fizično dejavni 9,8 (SD = 23,2) minut tedensko. Nihče izmed anketirancev ni bil seznanjen s priporočili WHO o 150 minutah tedenske zmerne do intenzivne fizične dejavnosti. Podobne primerljive rezultate raziskav imajo tudi v Kanadi (Colley, et al., 2011) in Veliki Britaniji (Davis, et al., 2011). V raziskavi na Islandiji (Arnardottir, et al., 2013) so ugotovili, da so moški dnevno intenzivno fizično dejavni 9,9 minute, ženske pa 5,0 minut. Ženske so v primerjavi z moškimi bolj zmerno dejavne ($p < 0,001$), medtem ko pri obeh spolih prevladuje nedejavnost. Glavna ugotovitev te raziskave je, da so starejši odrasli v povprečju 74,5 % svojega časa v budnem stanju nedejavni, 21,3 % pa je lažje telesno dejavni, kar kaže na to, da ima ta starostna skupina zelo nizko stopnjo dejavnosti. Starostniki so tudi manj telesno dejavni ob nedeljah ($p < 0,001$) v primerjavi z drugimi dnevi v tednu (Arnardottir, et al., 2013).

Prišli smo do podobnih sklepov kot Gell, s sodelavci (2014), ki navajajo, da se poraba alkohola s starostjo manjša. Ugotovimo lahko vzporednice s fiziološkimi, biološkimi in družbenimi spremembami, ki se pojavljajo v kronološkem staranju. Starejši odrasli so enako ogroženi zaradi zlorabe alkohola kot splošno odraslo prebivalstvo, tudi težave, ki so bolj specifične za pitje v starosti, na primer tveganje za poškodbe zaradi padcev ob pitju alkohola, se povečajo. Zaradi staranja, fizioloških sprememb in njihovega vpliva na zmanjšano učinkovitost jetrnih encimov se pojavlja dehidracija in poveča se telesna maščoba (Gell, et al., 2014). Razširjenost kajenja v EU pri starejših je bila v državah z visokim nadzorom nad tobakom nižja, kar nam pove, da izvajanje ukrepov na ravni prebivalstva in preventiva proti kajenju učinkovito vplivata na prenehanje kajenja (Lugo, et al., 2013). Obstajajo dosledni dokazi o povezavah med načinom življenja v srednjih letih in v pozni življenjski dobi. Treba bi bilo spodbujati telesno dejavnost, zdravo prehrano ter prenehanje kajenja in uživanja alkohola ljudi srednjih let (Lafortune, et al., 2016), saj bi le tako lahko zagotovili ljudem uspešno staranje ter s tem preprečevali invalidnost in kronične bolezni.

ZAKLJUČEK

Skozi raziskavo ugotovimo, da starostniki živijo precej nezdravo, kar pripomore k upadu telesne zmogljivosti skupaj z osnovnimi boleznimi. S staranjem prebivalstva narašča tudi število kroničnih obolenj, ki ogrožajo starostnikovo življenje. Vse več težav in poslabšanje kroničnih obolenj si povzročamo ljudje sami z dodajanjem zunanjih dejavnikov, ki ogrožajo zdravje. Z zmernim pitjem alkohola, opustitvijo kajenja in redno telesno vadbo bi lahko tudi kronično obolenje lažje obvladovali. Glede na raziskave, ki ne potekajo samo na območju Evrope, lahko ugotovimo, v katerih predelih oziroma državah bi bilo treba pospešiti preventivo že pri adolescentih in mlajših odraslih osebah, saj bi le tako lahko zmanjšali prisotnost zdravstvenega tveganja starostnikov.

Starostniki ne predstavljajo bremena samo zdravstveni blagajni, temveč tudi svojim potomcem, ki so vedno dlje zaposleni in imajo sami vedno več kroničnih obolenj, preden se upokojijo. Tako se moramo vsi že v mladosti in srednjih letih preventivno izobraževati in ukrepati ter ustrezno spremeniti življenjski slog, saj bomo le tako v poznem življenjskem obdobju lahko pripomogli k razbremenitvi zdravstvene blagajne in svojih potomcev. Tako obširne raziskave in rezultati le teh, nam ponujajo ideje o boljšem ozaveščanju ljudi o zdravem načinu življenja in dejavnih zdravstvenega tveganja. Na področju preventive bi tako morali delovati že pri mladostnikih in ljudeh srednjih let, ter narediti raziskavo o ozaveščenosti ljudi na temo preprečevanja zdravstvenega tveganja. Skozi leta bi bilo smiselno narediti še primerjavo sedanjih rezultatov z rezultati po letih aktivnega preventivnega delovanja.

LITERATURA

- Arnardottir, N., Koster, A., Domelen, D.R., Brychta, R.J., Eiriksdottir, G., et al., 2013. Objective measurements of daily physical activity patterns and sedentary behaviour in older adults: age, gene/environment susceptibility-Reykjavik study. *Age and Ageing*, 42(2), pp. 222-229.
- Aspvik, N.P., Viken, H., Zisko, N., Ingebrigtsen, J.E., Wisleff, U., Stensvold, D., 2016. Are older adults physically active enough - a matter of assessment method? The generation 100 study. *PLoS ONE*, 11(11), p. e0167012.
- Batsis, J.A., Huddleston, J.M., Melton, J.L., Huddleston, P.M., Lopez-Jimenez, F., Larson, D.R., et al., 2009. Body mass index and risk of adverse cardiac events in elderly patients with hip fracture: a population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), pp. 419-426.
- Colley, R.C., Garriquet, D., Janssen, I., Craig, C.L., Clarke, J., Trenlay, M.S., 2011. Physical activity of Canadian adults accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian health measures survey. *Health Reports*, 22(1), pp. 7-14.
- Davis, M.G., Fox, K.R., Hillsdon, M., Sharp, D.J., Coulson, J.C., Thompson, J.L., 2011. Objectively measured physical activity in a diverse sample of older urban UK adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(4), pp. 647-654.
- Gellert, C., Schottker, B. & Brenner, H., 2012. Smoking and all-cause mortality in older people. *Archives of Internal Medicine*, 172(11), pp. 837-844.
- Gell, L., S. Meier, P. & Goyder, E., 2014. Alcohol Consumption among the over 50s: international comparisons. *Alcohol and Alcoholism*, 50(1), pp. 1-10.
- Jansen, F.M., Prins, R.G., Etman, A., Ploeg, H.P., Vries, S.I., Lenthe, F.J. et al., 2015. Physical activity in non-frail and frail older adults. *PLoS One*, 10(4), p. e0123168.
- Jha, P., Ramasundarahettige C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson R., et al., 2013. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), pp. 341-350.
- Kavčič, M., Filipovič Hrast, M. & Hlebec, V., 2012. Starejši ljudje in njihove strategije shajanja s tveganji za zdravje. *Zdravstveno Varstvo*, 51(3), pp. 163-172.
- Koprivnikar, H., 2015. Kajenje tobaka med prebivalci Slovenije, starimi 50 let in več. In: B. Majcen, ed. *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji - prvi rezultati raziskave SHARE*. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, pp. 94-104.
- Lafortune, L., Martin, S., Kelly, S., Kahn, I., Remes, O., Cowan, A., et al., 2016. Behavioural risk factors in mid-life associated with successful ageing, disability, dementia and frailty in later life: a rapid systematic review. *PLOS ONE*, 11(2), p. e0144405.
- Lohne-Seiler, H., Hansen, B. H., Kollé, E. & Anderssen, S. A., 2014. Accelerometer-determined physical activity and self-reported health in a population of older adults (65-85 years): a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, p. 284.
- Lopez-Rodriguez, C., Laguna, M., Gomez-Cabello, A., Gusi, N., Espino, L., Villa, G., et al., 2016. Validation of the self-report EXERNET questionnaire for measuring physical activity and sedentary behavior in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, pp. 156-161.
- Lugo, A., La Vecchia, C., Boccia, S., Murisic, B., Gallus, S., 2013. Patterns of smoking prevalence among the elderly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), pp. 4418-4431.
- Mucha, L., Stephenson, J., Morandi, N. & Dirani, R., 2006. Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender Medicine*, 3(4), pp. 279-291.
- Ormston, R. & Webster, C., 2008. *Scottish social attitudes survey 2007: Something to be ashamed of or part of our way of life? Attitudes towards alcohol in Scotland*. Available at: <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/0064084.pdf> [15. 02. 2018].
- Smoliner, C., Norman, K., Scheufele, R., Hartig, W., Pirlich, M., Lochs, H., 2008. Effects of food fortification on nutritional and functional status in frail elderly nursing home residents at risk of malnutrition. *Nutrition*, 24(11-12), pp. 1139-1144.
- Strandberg, A.Y., Strandberg, T.E., Pitkala, K., Salomaa, V.V., Tilvis, R.S., Miettinen, T.A., 2008. The effect of smoking in midlife on health-related quality of life in old age. *Archives of Internal Medicine*, 168(18), pp. 1968-1976.
- Weiss, A., Beloosesky, Y., Boaz, M., Yalov, A., Karnowski, R., Grossman, E., 2007. Body mass index is inversely related to mortality in elderly subjects. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), pp. 19-24.



STAROSTNIKI PO OPERACIJI TOTALNE ENDOPROTEZE VELIKIH SKLEPOV – IZZIV ZA ZDRAVSTVENO NEGO

**Elderly patients after total
joint arthroplasty – challenge
for nursing care**

Anja Silvester, dipl. m. s.

Manca Pogačnik Žebovec, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice

Anesteziološko-reanimacijska služba, Kirurška služba – ortopedski oddelek

anja.silvester@sb-je.si

IZVLEČEK

Prebivalstvo držav razvitega sveta se pospešeno stara. S tem narašča tudi število ljudi, ki potrebujejo menjavo degeneriranega kolenskega ali kolčnega sklepa in vstavev umetne endoproteze. S staranjem prebivalstva narašča tudi število najstarejših pacientov – starih 75 let in več. V Splošni bolnišnici Jesenice je bilo v obdobju med 2013 – 2018 le-teh med operiranimi pacienti kar 36%. Ležalna doba po endoprotetski operaciji se je skrajšala iz 6,8 (leta 2013) na 3,5 dni (2018). Vse starejši pacienti s številnimi pridruženimi boleznimi predstavljajo pri učinkovitem izvajanju programa kirurgije s pospešenim okrevanjem velik izziv v celotnem procesu zdravstvene obravnave. Zapleti pri zdravljenju lahko nastanejo zaradi pacientovih dejavnikov tveganja, med samo operacijo ali zaradi pooperativnih hospitalnih faktorjev. Medicinske sestre na ortopedskih oddelkih se srečujejo z vse zahtevnejšo in kompleksnejšo obravnavo starostnika po operaciji. V prispevku obravnavamo s starostjo povezane dejavnike tveganja pred, med in po operaciji. Obravnavamo ključne kazalnike, na katere mora biti medicinska sestra po operaciji še posebej pozorna, ter najpomembnejše ukrepe, ki pripomorejo k preprečevanju zapletov ali zgodnjemu uspešnemu ukrepanju ob le-teh. Preprečevanje zapletov po operaciji je naloga celotnega multidisciplinarnega tima, v katerem ima zelo pomembno vlogo medicinska sestra, ki je največ časa v neposrednem stiku s pacientom. Tako je medicinska sestra s svojim znanjem in kompetencami odgovorna za vodenje pacienta in lahko znatno pripomore k zdravstveno negovalni obravnavi, ki vodi v zmanjšanje števila zapletov in najboljšemu možnemu izidu zdravljenja v prid pacienta.

Ključne besede: staranje, ortopedski pacient, medicinska sestra, pooperativna zdravstvena nega.

ABSTRACT

As the general population is ageing there is growing number of total hip and knee arthroplasty procedures in patients with degenerative joint diseases. Also the percentage of elderly patients – older than 75 years – is increasing. They represent 36% of patients who were operated on for total knee or hip arthroplasty in General Hospital Jesenice between years 2013 and 2018. The enhanced recovery after surgery protocol can decrease patients' in hospital length of stay without compromising quality of treatment. After implementation of mentioned protocol in our hospital length of stay was shortened from 6,8 days (in 2013) to 3,5 days (in 2018). In enhanced recovery after surgery programme elderly patients with associated diseases represent a major challenge for healthcare system. Complications during hospitalization can occur because of patients' related risk factors, surgery related risk factors or due to postoperative hospital risk factors. Treatment and nursing of elderly patients on orthopaedic departments is demanding and complex. In this article patient age related risk factors before, during and after surgery are discussed. The most important indicators and nursing interventions to prevent complications are discussed. Preventing complications is a multidisciplinary task, where nurses have the main role because they spend most of time with patients. Nurse is with her knowledge and competences in charge of managing patient's healthcare plan. With this the nurse has a big impact on preventing and decreasing the rate of complications after surgery, thus having important role in providing the highest quality treatment for patients.

Key words: aging, orthopaedic patient, nurse, postoperative nursing care

UVOD

Zaradi vse daljše življenjske dobe in s tem staranja prebivalstva narašča potreba po najrazličnejši zdravstveni oskrbi. Poleg drugih bolezenskih stanj s starostjo narašča pojavnost degenerativnih sprememb na sklepnih površinah, še posebno pri dveh največjih sklepih – kolenu in kolku. Število operiranih pacientov za omenjeni operaciji se vsakoletno zvišuje, kar pomeni vse večje obremenitve medicinskih sester na ortopedskih oddelkih. Če so se še pred dobrimi dvajsetimi leti srečevale s pacienti s povprečno starostjo med 60 -70 let, pa je danes večina pacientov starejših od 75 let. Namen prispevka je prikazati korelacijo med starostjo in dejavniki, ki pomembno vplivajo na izid ortopedske operacije, kritičnimi problemi po operaciji ter nefarmakološke ukrepe v okviru zdravstvene nege, s katerimi medicinske sestre znatno pripomorejo k dobremu izidu operacije v korist pacienta. Cilj prispevka je opredeliti problematiko staranja pacientov na ortopedskih oddelkih, spodbuditi k izobraževanju in razvoju specializirane zdravstvene nege starostnika in s tem poskrbeti za maksimalno kakovostno skrb za pacienta.

DEJAVNIKI TVEGANJA PRI STAREJŠIH PACIENTIH

Tveganje pred in med operacijo

Za operacijo totalne endoproteze kolena oz. kolka se pacient skupaj z ortopedom odloči, ko je po izčrpanih konservativnih ukrepih pacientovo gibanje pomembno ovirano in je bolečina tako moteča, da je pomembno okrnjena pacientova vsakodnevna dejavnost v domačem okolju (Moličnik & Merc, 2010). Tuja literatura pod besedo starostnik večinoma uvršča paciente, starejše od 65 let. Pri tej starostni skupini imajo pomemben vpliv na izid zdravljenja naslednji dejavniki tveganja:

- debelost,
- diabetes,
- arterijska hipertenzija,
- hiperlipidemija,
- revmatoidni artritis,
- miokardni infarkt v preteklosti,
- atrijska fibrilacija,
- podaljšan čas operacije (2 uri in več),
- uporaba kostnega cementa (Kurtz, et al., 2010).

Vsi pacienti, ki so v bolnišnico sprejeti za operacijo vstavitve kolčne ali kolenske endoproteze, se obravnavajo kot pacienti z visokim tveganjem, kar je v preteklosti veljalo le za tiste v polintenzivnih oz. intenzivnih negah. Pridružene bolezni pomembno povečajo tveganje za nastanek neželenih dogodkov med hospitalizacijo, zato zahtevajo podaljšano bivanje v bolnišnici in intenzivno opazovanje ter monitoring po operaciji (Bergqvist, et al., 2012).

Zapleti po operaciji

Pri starostnikih je pojavnost zapletov bistveno pogostejša kot pri mlajši populaciji. Zanje pa je značilen tudi hkraten pojav več kot enega zapleta pri posameznem pacientu. Najpogostejši so:

- kardiovaskularni (globoka venska tromboza, pljučna trombembolija, akutni miokardni infarkt),
- nevrološko – psihiatrični
- respiratorni,
- reakcije in alergije na zdravila,
- anemija,
- infekti (epidemiološke raziskave napovedujejo trend naraščanja),
- uroinfekti (Krajnc & Naranda, 2010).

DEJAVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Po operaciji so ortopedski pacienti običajno nameščeni v enoto polintenzivne zdravstvene nege, ki vključuje monitoring 24 ur po operaciji. Kurtz in sodelavci (2010) navajajo, da objektivni hospitalni faktorji (vrsta bolnišnice, organiziranost oddelka...) niso neposreden dejavnik za nastanek zapletov, ves čas obravnave je namreč pomembna kakovostna oskrba. Skrb za ortopedskega pacienta je naloga multidisciplinarnega tima: ortopeda, anesteziologa, medicinskih sester (oddelčnih in anestezijskih) ter fizioterapevtov. Po operaciji glede na načrt obravnave pacienta medicinska sestra skrbi za spremljanje bolečine, monitoring in opazovanje zapletov (krvavitev, hemodinamska nestabilnost, slabost in bruhanje) ter preprečevanje venske tromboze, zgodnjo mobilizacijo ter pomoč pri temeljnih življenjskih aktivnostih (Esoga & Seidl, 2012).

Spremljanje pacienta po operaciji

Spremljanje osnovnih vitalnih funkcij (srčne frekvence, neinvazivno merjenega krvnega tlaka in nasičenosti krvi s kisikom) v enotah polintenzivne terapije lahko postane precej rutinsko. O pacientovem stanju se poroča in ukrepa ob večjih odstopanjih od normalnih vrednostih, zato so lahko občasna in manjša poslabšanja stanja pacienta, kar potencialno nakazuje na patološko dogajanje, lahko spregledana. Glede na število osebja zdravstvene nege na oddelkih in čas, ki ga lahko namenijo posameznemu pacientu, je to namreč povsem mogoče (Aiken, et al., 2010).

Uvajanje standardizirane zdravstvene obravnave

Glede na trende in težnje k optimizaciji obravnave pacienta po principu programa kirurgije s pospešenim okrevanjem (angl. ERAS), se v svetu uveljavljajo standardizirani protokoli multidisciplinarne obravnave. To so z dokazi podprti protokoli, namenjeni standardizaciji in optimizaciji predoperativne, intraoperativne in postoperativne zdravstvene obravnave, za zmanjšanje kirurške travme in perioperativnega stresa ter organske disfunkcije. Prednost metode pospešenega okrevanja je optimalno varovanje pacientovega zdravja ob hkratni visoki stopnji zadovoljstva pacienta s celotnim potekom obravnave (Varadhan, et al., 2010). Tudi v naši bolnišnici uporabljamo klinične poti za totalno endoprotezo kolena oz. kolka. Ta dokument spremlja bolnika od sprejema do odpusta. V njem je zabeleženo vse dogajanje v povezavi z bolnikom v času hospitalizacije. Namen uporabe je sledenje odstopanj od standardnih vrednosti oz. postopkov, ob tem pa ohranja utemeljene odločitve, poenoti klinično obravnavo in izboljšuje njeno kakovost ter povečuje učinkovitost timskega dela (Zaletel, 2014).

Navajamo vzorčen primer uvajanja izboljšav na ortopedskem oddelku v ZDA (University of Maryland Medical Center) in sprememb, ki so jih le-te prinesle za paciente ter zaposlene.

Predoperativna šola za paciente in svojce:

- seznanitev pacienta in svojcev s pred, med in pooperativnim dogajanjem,
- prikaz fizioterapevtskih vaj za pred in pooperativno obdobje,
- razlaga obravnave bolečine,
- pogovor in individualni plan okvirno planiranega odpusta z medicinsko sestro koordinatorico sprejema in odpusta,
- podajanje informacij glede življenja po odpustu iz bolnišnice.

Optimizacija organiziranja in dela na oddelku:

- manjše število pacientov na eno medicinsko sestro,
- zadostno število fizioterapevtov in prostor za skupno izvajanje terapij,
- medicinske sestre s specialnimi znanji - koordinatorice primera ter oddelčne ortopedske medicinske sestre,
- spodbujanje medicinskih sester k pridobivanju specifičnih ortopedskih znanj.

Defenzivni monitoring:

- uporaba najnovejše monitoring tehnologije za neprestano spremljanje pacientov,
- možnost neprestanega wi-fi transferja in spremljanja podatkov o monitoringu za posameznega pacienta,
- avtomatsko beleženje vitalnih funkcij in možnost ogleda trendov dogajanja za nazaj,
- prepoznava pacientov z visokim tveganjem za pooperativne zaplete in avtomatsko poostreno spremljanje le-teh (povzeto po Esoga & Seidl, 2012).

DISKUSIJA

Starostnikov ne moremo obravnavati enako kot odraslih pacientov v srednjih letih (Serra-Rexach, et al., 2012). Medicinska sestra mora biti pri obravnavi starostnika zaradi pogosto pridruženih bolezni po operaciji velikih sklepov še posebno pozorna na odstopanja pri vitalnih funkcijah in pacientu pomagati pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnostih. Izvedeni morajo biti vsi ukrepi, ki ob zapletih po operaciji preprečujejo premestitev pacienta z ortopedskega oddelka v intenzivno nego, kjer medicinske sestre niso nujno vajene obravnave in oskrbe ortopedskega pacienta. Ob tem je obravnava osredotočena na druge cilje zdravljenja, sicer planiran ortopedski načrt pa se zakasni ali do njegove realizacije sploh ne pride. Kot pravita tudi Esoga in Seidl (2012), vse to vodi do podaljšanja ležalne dobe in kasnejših ponovnih sprejemov v bolnišnico.

Premajhno število zaposlenih medicinskih sester na pogosto prenapolnjenih ortopedskih oddelkih omejuje čas, ki ga medicinska sestra lahko nameni pacientu in s tem onemogoča varno in učinkovito spremljanje pacientov po operaciji.

Vzorčen model uvajanja sprememb na ortopedskem oddelku navaja področja, kjer tudi v našem okolju obravnavo pacienta lahko še zelo optimiziramo. Zаметki tovrstnega sistema se kažejo tudi v naši in še nekaterih bolnišnicah po Sloveniji. Predoperativna edukacija se zaenkrat izvaja v Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici Novo mesto ter prek kratkim tudi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Predoperativna edukacija pacienta skupaj s svojci namreč zelo pripomore k njegovi seznanjenosti s posameznimi fazami hospitalizacije, zmanjša strah pacientov pred prihodom v bolnišnico in

po odpustu domov. Pomembno se skrajša ležalna doba po operaciji, ob čemer ni zaznati porasta ponovnih sprejemov v bolnišnico. Pacienti po navodilih fizioterapevta izvajajo vaje za krepitev operirane noge že pred operacijo, kar pomembno pripomore k zmanjšanju pooperativno fizično-funkcijskega upada. To potrjuje tudi raziskava Splošne bolnišnice Jesenice v sodelovanju z ortopedsko kliniko UKC Ljubljana (2017), kjer so se primerjali opisani parametri med pacienti udeleženi oziroma neudeleženi na predoperativni edukaciji (Stenovec, 2017). Pacienti veliko informacij pridobijo iz spletnih virov, kar pa ni primerljivo z osebnim pogovorom in seznanitvijo s potekom hospitalizacije s strani multidisciplinarnega tima – ortopeda, medicinske sestre vodje zdravstvene nege na ortopedskem oddelku in koordinatorice primera, anesteziologa in fizioterapevta. Naše izkušnje kažejo na visoko stopnjo zadovoljstva pacientov s programom predoperativne šole kot kasneje tudi s samo hospitalizacijo. Imajo namreč zelo realna pričakovanja glede procesa obravnave. Pred samo operacijo večinoma nimajo nerazjasnenih vprašanj ali pomislekov o pravilnosti odločitve za endoprotezo. Vsa ta dejstva govorijo o pacienti večinoma pozitivni psihični naravnosti, kar zelo pripomore k postopku uspešnega in hitrega zdravljenja.

Tudi na področju organizacije dela na ortopedskem oddelku se dogajajo spremembe, saj bolnišnice uvajajo delovna mesta t.i. "case manager-jev" oziroma koordinatorjev primera, ki zahteva specifična znanja in široko poznavanje znanstveno-negovalnega dela in problematike. Ta profil se je tudi v naši bolnišnici izkazal za izjemno učinkovitega. V prihodnje je v naši bolnišnici za to delovno mesto planiran kader s 2. stopnjo visokošolske izobrazbe, kar še jasneje nakazuje na težo njihovega dela in vključevanja v celosten proces obravnave pacienta. Medicinska sestra koordinatorica primera namreč pacienta spremlja že od vpisa v listo čakajočih za operativni poseg ter še mesec dni po odpustu iz bolnišnice. Nove priložnosti za edukacijo se odpirajo pri izobraževanju zaposlenih medicinskih sester tudi na ortopedskih oddelkih, ki bi jim ponudili možnost pridobivanja širšega in poglobljenega znanja iz področja ortopedske zdravstvene nege ter znanja iz geriatrije. S tem bi pridobile tudi znanje za klasificiranje pacientov in razvrščanje le-teh v skupino pacientov z visokim tveganjem. Cilj prepoznavanja je, da se pri tej skupini pacientov že vnaprej pripravi obširnejši in individualni načrt zdravstvene obravnave. Potrebno jim je namreč zagotoviti poostren pred in pooperativni nadzor. To pa je mogoče oziroma veliko lažje z ustreznimi resursi, predvsem z naprednim monitoringom, ki omogoča ne le zgolj neposredni nadzor pacientov, temveč dostop do izmerjenih meritev iz katerekoli lokacije oddelka ter shranjevanje zgodovine, s tem pa možnost vpogleda meritev za nazaj – za srčno frekvenco, neinvazivno merjen krvni tlak ter saturacijo.

Esoga in Seidl (2012) ob prikazanem modelu izboljšav opisujeta, da so se medicinske sestre skupaj z vsemi ostalimi člani multidisciplinarnega tima vsakodnevno udeleževale timskega sestanka, na katerem so evalvirali obravnavo vsakega izmed pacientov in pri tem sprejemali skupne odločitve in nadaljnji plan dela. Pri tem moramo poudariti, da se pri tovrstnem principu obravnave ponovno srečujemo s problematiko zadostnega števila zaposlenega osebja, ne samo specifično zdravstveno negovalnega. Avtorja prikazanega modela še navajata, da je celotno osebje izražalo visoko stopnjo zadovoljstva s spremembami in izboljšavami tako v prid pacientov kot tudi zaposlenih.

Uvajanje novih standardov in principov dela je zelo težko in zahteva veliko angažiranost vseh članov tima, kjer morajo biti pobudniki in sprememb željni predvsem vodje enot. Slovenske izkušnje pa kažejo, da se tovrstne spremembe lažje uvedejo na manjših oddelkih oz. bolnišnicah, ki jim kasneje na podlagi dobrih rezultatov in uspešne implementacije izboljšav sledijo še druge.

ZAKLJUČEK

S podaljševanjem pričakovane življenjske dobe in naprednimi tehnikami ortopedskih operacij se starostniku po operaciji velikih sklepov kvaliteta življenja in funkcioniranje pomembno izboljša, zato pacientova leta ne smejo biti dejavnik pri odločitvi za totalno endoprotezo. Ob tem se v zdravstveni negi ponuja tudi priložnost oz. se vse bolj kaže potreba po nadgraditvi le-te. Medicinska sestra mora biti usposobljena tako za predoperativno kot tudi in predvsem pooperativno obravnavo pacienta, s poudarkom na različnih področjih pri temeljnih življenjskih aktivnosti starostnika. Sklenemo lahko, da so pri obravnavi starostnika v ortopediji najpomembnejši sledeči trije profili medicinskih sester (MS): oddelčne MS s poglobljenim znanjem iz ortopedske in geriatrične zdravstvene nege, MS koordinatorica primera, ki pacienta spremlja skozi celoten proces obravnave, MS, ki na strokovnem nivoju skrbi za predoperativno edukacijo pacientov.

Medicinskim sestram bi tako moralo biti zagotovljeno kontinuirano izpopolnjevanje znanj iz posameznega področja njihovega dela. Vendar pa smo v našem okolju s specifiko geriatrične zdravstvene nege zaenkrat še relativno slabo seznanjeni. To naj nam bo vzpodbuda za vnaprej, da bi pogosteje obravnavali tematiko in problematiko starostnikov ter poiskali način, kako

zagotoviti medicinskim sestram in ostalemu multidisciplinarnemu timu kontinuirano izpopolnjevanje znanja na omenjenem področju. Z enim samim skupnim ciljem – delovati in znati ukrepati v pacientovo najboljšo korist.

LITERATURA

- Aiken, L.H., Douglas, M.S., Cimiotti, J.P., Clarke, S.P., Flynn, L., Seago, J.A., et al., 2010. Implications in the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research Journal*, 10, pp. 1475-1483. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x> [8. 1. 2019].
- Bergqvist, D., Arcelus, J.I. & Felicissimo, P., 2012. Post-discharge compliance to venous thromboembolism prophylaxis in high-risk orthopaedic surgery. *Thrombosis and Haemostasis*, 107(02), pp. 280-287. Available at: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1160/TH11-07-0464> [8. 1. 2019].
- Esoga, P.I. & Seidl K.L., 2012. Best practices in Orthopaedic Inpatient Care. *Orthopaedic Nursing*, 31(4), pp. 236-240.
- Krajnc, Z. & Narandža, J., 2010. Peri in pooperativni zapleti pri endoprotetičnih operacijah. In: M. Vogrin, M. Kuhta & J. Narandža, eds. *Arthroza in endoprotetika sklepa: zbornik vabljenih predavanj. VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice. Maribor, 17. december, 2010*. Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za ortopedijo, pp. 125-132.
- Kurtz, S.M., Ong, K.L., Lau, E., Bozic, J., Berry D. & Parvizi, J., 2010. Prosthetic Joint Infection Risk after TKA in the Medicare Population. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 468(1), pp. 52-56.
- Moličnik, A. & Merc, M., 2010. Endoprotetika kolenskega sklepa. In: M. Vogrin, M. Kuhta & J. Narandža, eds. *Arthroza in endoprotetika sklepa: zbornik vabljenih predavanj. VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice. Maribor, 17. december, 2010*. Maribor: Univerzitetni klinični center, oddelek za ortopedijo, pp. 81-91.
- Serra-Rexach, J.A., Jimenez, A.B., Garcia-Alhambra, M.A., Pla, R., Vidan, M., Rodriguez, et al., 2012. Differences in the Therapeutic Approach to Colorectal Cancer in Young and Elderly Patients. *The Oncologist*, 17, pp. 1277-1285. Available at: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/early/2012/08/22/theoncologist.2012-0060.short> [7. 1. 2019].
- Stenovec, A., 2017. *Pomen predoperativne šole za paciente s totalno endoprotezo kolena: diplomsko delo visokošolskega študijskega programa 1. stopnje*. Jesenice: Fakulteta za zdravstveno Angele Boškin, pp. 18-26.
- Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H.C., Fearon, K.C.H., Ljungqvist, O. & Lobo, D.N., 2010. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical nutrition*, 29(10), pp. 434-440.
- Zaletel, M., 2014. *Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi*. [pdf] Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Available at: http://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2014_S1_p019-024.pdf [7. 1. 2019].



KAMPANJA: »NE ODLAŠAJ, POVEŽI SE ŽE DANES«

Campaign: don't delay, connect today

Milena Pavić Nikolić, mag. zdr. nege, dipl. m. s.

Dejan Stanković, dipl. zdr.

Anita Antonič Zakojč, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za revmatologijo

mag. Mojca Dobnik, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Univerzitetni klinični center Maribor

Gabrijela Recek, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Murska Sobota

Leja Kovačič, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Celje

milenapavic@gmail.com

IZVLEČEK

11% slovenske populacije je že imelo ali ima težave z mišično skeletnimi boleznimi. Zgodnja prepoznavna revmatskih bolezni in napotitev k revmatologu je ključna za pravočasno zdravljenje in preprečevanje posledic vnetne revmatske bolezni. Krovno združenje EULAR je pričelo z izvajanjem kampanje Don't Delay, Connect Today leta 2017. Slovensko združenje zdravstvenih strokovnjakov v revmatologiji v sodelovanju z Društvom revmatikov Slovenije, kampanji pridružil januarja 2018 s sloganom »Ne odlašaj, poveži se že danes«. Glavni namen kampanje je izobraževanje splošne in strokovne javnosti o znakih revmatskih bolezni ter preventivnih ukrepih. Kampanja se izvaja v obliki predavanj, stojnic na večjih dogodkih z informativnimi materiali ter pogovori s strokovnjaki. Vse aktivnosti kampanje se delijo preko socialnih medijev, Facebook, Twitterja in spletne strani združenja. Kampanja se nadaljuje v letu 2019 z organizacijo športnih dogodkov s promocijo športnih aktivnosti prilagojenih za ljudi z revmatskimi težavami ter predavanji za strokovno javnost.

Ključne besede: zgodnja prepoznavna, revmatske bolezni, izobraževanje

ABSTRACT

11% of the population in Slovenia currently has, or had experienced "long-term muscle, bone, and joint problems". Early recognition of rheumatic diseases and referral to a rheumatologist is crucial for the timely treatment and prevention of consequences. The EULAR umbrella association launched the Don't Delay, Connect Today campaign in 2017. The Slovenian Health Professional Association with the Slovenian Association of Rheumatic Patients joined the campaign in January 2018. The main purpose of the campaign is to educate the general and professional public and prevention action. The campaign is conducted in the form of lectures, stalls at major events with informative materials and interviews with experts. All campaign activities are shared through social media, FB, Twitter and the website of Associations. In the 2019 campaign will take a place on sports events with appropriate sports activities for rheumatic patients and the lectures for health professionals will continue.

Keyword: early recognition, rheumatic diseases, education

UVOD

Diagnoze revmatskih obolenj so še nedolgo tega pomenile obsodbo na življenje polno bolečine ter omejitev in so neizogibno vodile v invalidnost. Samo revmatoidni artritis prizadene več kot 3 milijone ljudi v Evropi in je eden glavnih vzrokov kroničnih bolečin (Kobelt, et al., 2008). V raziskavi so potrdili, da je bolečina prevladujoč dejavnik, ki paciente z revmatološkim obolenjem omejuje pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti in vpliva na kakovost njihovega življenja. Zaradi tega je poleg zgodnjega odkrivanja revmatskih bolezni, s prepoznavo simptomov in obvladovanje bolečine zelo pomembno tudi zdravstveno vzgojno delovanje zaposlenih v zdravstveni negi (Dobnik, et al., 2013). Namen članka je seznanitev strokovne javnosti s projektom in ciljem, da nas povabite v vaša delovna okolja in domače kraje.

ZDRAVLJENJE REVMATIČNIH BOLEZNI

Pristop k zdravljenju vnetnih revmatskih bolezni vključuje farmakološko in nefarmakološko zdravljenje. Zelo pomembno je poučevanje pacientov in ohranjanje gibljivosti prizadetih sklepov. Temeljno zdravljenje z zdravili je usmerjeno v nadzorovanje bolečine in zmanjšanje vnetja ter v uravnavanje neustreznega imunskega odgovora (Praprotnik, 2007). Na voljo imamo številna zdravila za lajšanje bolečine in vnetja ter neustreznega imunskega odgovora, ki je vzrok številnih revmatskih bolezni. Pomembno je, da ima vsak pacient možnost do individualno usmerjenega zdravljenja ter, da je ustrezno zdravjen z zdravili oziroma kombinacijo zdravil, ki bo (s čim manj neželenimi učinki) čim bolj uspešno lajšala bolečine in upočasnila napredovanje bolezni. Velik napredek pri tem so doprinesla biološka zdravila, saj so občutno izboljšala kvaliteto življenja težkih revmatskih pacientov (Firestein, 2014).

Najpogostejše revmatske bolezni so osteoartritoza (OA), revmatoidni artritis (RA) ter bolezni iz skupine spondiloartritisov. Smernice evropske lige za boj proti revmatizmu – EULAR (European League Against Rheumatism) priporočajo pri OA predvsem nefarmakološko zdravljenje (Fernandes, et al., 2013). Med farmakološkimi ukrepi pridejo v poštev lokalna zdravila (nesteroidna protivnetna zdravila v obliki gelov, krem, mazil), analgetiki, nesteroidna protivnetna zdravila, opioidni analgetiki,

vbrizgavanje glukokortikoidov v sklep. Po nekaterih podatkih, naj bi pri osteoartriti kolena imela vlogo tudi sredstva, kot sta glukozamin in hondroitin sulfat (predvsem protibolečinski učinek in ob tem izboljšanje funkcije (Zhu, et al., 2018).

Ob samem zdravljenju je izredno pomembno izobraževanje pacientov. Svoje obremenitve mora pacient prilagoditi zdravstvenemu stanju ter sprejeti bolezen kot stalnico v svojem življenju. Z aktivnim pristopom k zdravljenju ter redni vsakdajni telesni vadbi lahko bistveno pripomore k izboljšanju kakovosti življenja. Pri tem igra pomembno vlogo fizioterapevtska obravnava, da se pacient nauči pravilnega izvajanja vaj, kar mu pomaga k ohranjanju gibljivosti sklepov (Rausch Osthoff, et al., 2018). Temu nato pridružimo farmakološko zdravljenje, v začetnih fazah bolezni se uporabljajo nesteroidni antirevmatiki (NSAR) in glukokortikoidi, temelj pa predstavljajo predvsem zdravila, ki spreminjajo potek bolezni (sintetični in biološki imunomodulatorji) Gre za zdravila, ki na različne načine zavirajo imunski sistem (Hilliquin, et al., 2018).

Če bolezni niso odkrite in zdravljene hitro (znotraj treh mesecev od nastanka težav), se zmanjša možnost, da bo vnetje lahko ustrezno umirjeno, nastanejo lahko nepopravljive okvare sklepov in invalidnost, posredno pa se zveča tudi umrljivost. V kolikor je bolezen ustrezno zdravljena in s tem doseženo, da se vnetje umiri, lahko pacient živijo kakovostno življenje (Firestein, 2014). Možnost remisije se s pričetkom zdravljenja v zelo zgodnjem obdobju poveča za več kot trikrat, najpomembnejši napovedni dejavnik za remisijo bolezni po šestih mesecih je trajanje bolezni manj kot 12 tednov (Smolen, 2016).

Veliko revmatskih bolezni ni mogoče pozdraviti, zato močno vplivajo na kvaliteto življenja posameznika. Največji napredek so k zdravljenju revmatskih bolezni doprinesla biološka zdravila, ki so občutno izboljšala kvaliteto življenja revmatskih bolnikov. Zelo pomembno je, da vsakega bolnika z vnetno revmatsko boleznijo zdravi specialist revmatolog. Le tako bo bolnik zdravljen po najnovejših smernicah (EULAR), z ustreznimi zdravili oziroma kombinacijo zdravil, ki bodo (s čim manj neželenimi učinki) uspešno lajšali bolečine in upočasnili napredovanje bolezni.

EVROPSKA LIGA ZA BOJ PROTI REVMAZMU

EULAR je neprofitna vseevropska organizacija, ki izvaja številne dejavnosti na področju raziskav, oskrbe pacientov ter izobraževanja. Predstavlja ljudi z revmatskimi boleznimi, zdravstvene delavce ter znanstvena združenja v revmatologiji na področju Evrope (EULAR, 2019).

EULAR je sestavljen iz štirih vrst institucionalnih članov, znanstvenih združenj, nacionalnih organizacij bolnikov z revmatskimi boleznimi in strokovnih združenj zdravstvenih delavcev. Cilj združevanja različnih organizacij je razumevanje revmatskih pacientov, ne samo zdravstvene obravnave s strani zdravstvenih delavcev, ampak tudi razumevanje bolnikovih socialnih in drugih potreb. Namen EULAR-ja je zmanjševanje bremena mišično-skeletnih bolezni na pacienta in njegovo okolico. S spodbujanjem različnih strokovnih organizacij, izvajanjem raziskav na področju revmatologije, ter vključevanjem številnih držav v projekte, je cilj Eularja izboljšati zdravljenje mišično-skeletnih bolezni. S svojimi dejavnostmi želijo izboljšati prepoznavo mišično-skeletnih bolezni ter izboljšati pogoje obravnave bolnikov z mišično-skeletnimi boleznimi na način, da so tudi politično aktivni (EULAR, 2019).

Slovensko združenje zdravstvenih so/delavcev v revmatologiji je nastalo z namenom vključevanja v EULAR. Z vključitvijo so se odprle številne možnosti na področju izobraževanja in vključevanja v evropske projekte na področju revmatologije. Z izmenjavo izkušenj z ostalimi člani EULAR-ja ter prenosom dobrih praks je možno načrtovati spremembe v zdravljenju ter oskrbi bolnikov, zlasti timski pristop, ki v Sloveniji še ni zagotovljen v takšni meri kot drugod po Evropi. Pod EULAR-jevimi okrilji ima društvo ogromno možnosti za strokovni napredek in izboljšave na področju revmatologije kakor tudi tako kot na področju preventivnega delovanja ter osveščanja bolnikov ter ostalih.

Kampanja zgodnje prepoznavne revmatskih bolezni

Ob 70-letnici ustanovitve EULAR je bila na kongresu v Madridu leta 2017 sprožena globalna kampanja s sloganom »Don't Delay, Connect Today«. Kljub zavedanju o pomenu zgodnje diagnostike še vedno ostajajo številne bolezni nedijagnosticirane. Kot na primer fibromialgija, ki ostaja ne odkrita pri 3 od 4 oseb ter do postavitve diagnoze potrebujejo pacienti v povprečju 5 let. S kampanjo so želeli spodbuditi ljudi, da poiščejo zdravniško pomoč, v kolikor se pri njih pojavljajo simptomi, kot so bolečine v mišicah, sklepih, huda utrujenost in okorelost. Ravno tako je kampanja namenjena kot pomoč zdravnikom ter ostalim zdravstvenim strokovnjakom pri prepoznavanju in zdravljenju revmatskih bolezni (EULAR, 2017).

Leta 2017 je bilo ustanovljeno Slovensko združenje zdravstvenih so/delavcev v revmatologiji (SZZDR), ki združuje vse tiste zdravstvene profile, ki obravnavajo bolnike z revmatskimi boleznimi. Društvo je član EULAR-ja in kot članica sledi nalogam

in strategijam, ki so usmerjene v dvig ravni zdravstvene oskrbe pacientov z revmatičnimi boleznimi. V letu 2018 so se skupaj s partnersko organizacijo Društvom revmatikov Slovenije pridružili kampanji zgodnje prepoznavne revmatičnih bolezni s slovenskim sloganom »Ne odlašaj, poveži se že danes«. Kampanja je namenjena ozaveščanju o revmatičnih boleznih, njihovem zgodnjem odkrivanju, ukrepanju ter pravočasnem dostopu do oskrbe (Pavić Nikolić, 2018).

Pri izvedbi kampanje je tekom celotnega leta 2018 SZZDR sodelovalo tako z Društvom revmatikov Slovenije kot tudi z Društvom psoriatikov in Društvom za fibromialgijo. Na vseh organiziranih dogodkih so vsi zainteresirani prejeli informacije tudi o tem, kako se lahko včlanijo v društva ter na ta način dobijo čim več informacij povezanih z njihovimi težavami.

Potek kampanje v Sloveniji

Kampanja pod slovenskim sloganom »Ne zamujaj poveži se že danes« je bila skupaj z Društvom revmatikov Slovenije prvič predstavljena januarja v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Maribor. Na stojnici s pisnimi materiali, vprašalniki in kratkimi anketnimi lističi so naključni obiskovalci in bolniki dobili informacije o znakih revmatičnih bolezni, naročanju na preglede, pomenu telesne aktivnosti ter koristnosti združevanja bolnikov v društvo.

Ob vključitvi v evropsko kampanjo se je Slovensko združenje zdravstvenih so/delavcev v revmatologiji (SZZSR) zavezalo za izvedbo 10 dogodkov javnega značaja ter sodelovanje na strokovnih srečanjih. V kampanjo so bile vključene medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevt, za potrebe predavanj strokovni javnosti pa tudi revmatologinja.

Obiskovalci so na stojnici poleg pisnega materiala ter nasvetov strokovnjakov bili naprošeni, da izpolnijo kratek anketni listič. Anketni listič je vseboval štiri vprašanja; imate revmatično bolezen, katero, ste prejeli odgovor na zastavljeno vprašanje in potrebujete dodatne informacije.

Prejeli smo 136 izpolnjenih anketnih lističev. 49 % vprašanih je menilo, da ima revmatično bolezen od teh jih je imelo postavljeno diagnozo le 23 % (N=30) vseh vprašanih. Večinoma spondiloartritis (6 %). Večina obiskovalcev je imela težave z bolečinami v sklepih (11 %), opisovali so bolečine v križu, kolenih, vratu, ramenih, eden v kolkih. 83 % je prejelo odgovor na svoje vprašanje, vendar kljub temu 53 % obiskovalcev želi pridobiti še dodatne informacije povezane z revmatičnimi boleznimi.

V okviru Schrottovih dnevov je bila izvedena krajša anketa med 31 specialisti družinske medicine. Zanimalo nas je kje zdravniki pridobivajo največ informacij o vnetnih revmatičnih boleznih, kaj svetujejo svojim bolnikom, ter v kolikšni meri se poslužujejo društev bolnikov. Zdravniki iščejo v največji meri informacije o revmatičnih boleznih preko spleta (77 %), 55 % vprašanih uporablja v ta namen knjige in članke, 45 % se jih udeležuje redno strokovnih srečanj. Le 23 % se poslužuje vsega naštetega. Bolnikom najpogosteje svetujejo naj poiščejo informacije pri društvih bolnikov (58%), v 35% jim svetujejo naj poiščejo informacijo na spletu ter v 23% naj se poslužujejo knjig. Sami menijo, da bolniki potrebujejo jasno napisane informacije v obliki zloženke, ali lista A4 format s krajšimi izročki ter navodili (Pavić Nikolić, 2018).

DISKUSIJA

Zgodnja diagnoza vnetne revmatične bolezni je bistvena za doseganje najboljšega možnega izida pri zdravljenju bolnikov. Znano je, da lahko začetek farmakološkega zdravljenja ob prvi pojavih znakov revmatične bolezni znatno izboljša prognozo bolezni (Wilsdøl & Hill, 2017). Kampanja je bila namenjena poleg osveščanja splošne javnosti tudi izobraževanju strokovnjakov z namenom zgodnje prepoznavne znakov in simptomov tistih vnetnih revmatičnih bolezni, ki potrebujejo takojšnjo napotitev k specialistu..

Zlasti, ker je znano dejstvo, da diagnostične zamude izhajajo iz ravni ozaveščenosti pacientov (ignoriranja zgodnjih simptomov) in nepravilnega delovanja sistema zdravstvenega varstva. V primeru sistema zdravstvenega varstva vzrok zamud niso le »dolge čakalne vrste za revmatologe«, pač pa tudi napotitve bolnikov k drugim specialistom (Raciborski, Klak et al., 2017).

V raziskavi opravljeni na Kliničnem oddelku za revmatologijo v Ljubljani, v obdobju med januarjem 2014 in decembrom 2016 je bilo 78 % bolnikov s postavljeno diagnozo vnetne revmatične bolezni pregledanih pri revmatologu v prvih 12 tednih po pojavu simptomov, kar kaže na dobro prepoznavo bolezni med napotovalci, zlasti specialisti družinske medicine (Ješe, et al., 2018).

Vendar še vedno ostajamo v samem vrhu med državami, ki zamujajo s postavitvijo diagnoze pri bolnikih z AS, kar gre pripisati značilnostim bolezni, kot so mlajši odrasli, neznačilna bolečina v križu, ki ne izzveni po počitku. Ravno tako ista raziskava razkriva, da je ocena aktivnosti bolezni pri bolnikih z AS višja (≥ 4) kar kaže, na to da bolezen ni v remisiji, kar je cilj zdravljenja (Raziskava EMAS, 2019).

Izobraževanje bolnikov z revmatičnimi boleznimi je priporočeno kot sestavni del uveljavljenih priporočil za zdravljenje RA in AS. Učinki izobraževanja so vidni v kratkoročnem izboljšanju znanja, spremembi vedenja, zmanjšanju bolečin, invalidnosti in depresije (Zangi, 2015).

ZAKLJUČEK

Podatki, ki smo jih pridobili s kratkimi anketnimi vprašanji, ter na podlagi odziva obiskovalcev tako splošne kot strokovne javnosti, smo prišli do sklepa, da potrebujemo še več podobnih dogodkov, delavnic in predavanj. Na ta način lahko ponudimo poslušalcem dodatne informacije ter s tem širimo znanje o revmatičnih boleznih, njihovem zdravljenju in preventivnih dejavnostim. Kampanja je bila dobro ocenjena tako na evropski ravni kot tudi odlično sprejeta doma. Za izboljšanje zdravljenja pacientov z revmatičnimi boleznimi je potrebno še veliko narediti.

Omejitve izvajanja kampanje se kažejo v pomanjkanju strokovno usposobljenih oseb, ki bi sodelovale pri izvedbi kampanje, finančnih omejitvah ter relevantnega orodja za evalvacijo uspešnosti kampanje.

LITERATURA

- Dobnik, M., Lorber, M. & Pahor, A., 2013. Vpliv bioloških zdravil na kakovost življenja bolnikov revmatološkim obolenjem. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 177–183.
- EMAS. Evropska mapa AS (2019). Available at: <http://www.revmatiki.si/izsledki-rezultatov-raziskave-emas-evropska-mapa-ankilozirajocega-spondilitisa/<28.01.2019>>
- EULAR. Don't Delay, Connect Today, 2017. Available at: https://www.eular.org/myUploadData/files/EULAR_campaign_launch_press_release.pdf <2.2.2019>
- Fernandes, L., Hagen, KB., Bijlsma, JWJ., Andreassen, O., Christensen, P., Conaghan, PH., et al., 2013. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis, *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72(7), 1125-1135.
- Firestein, GS., 2014. The disease formerly known as rheumatoid arthritis. *Firestein Arthritis Research & Therapy*, 16(3):114.
- Hilliquin, S., Hugues, B., Mitrovic, S., Gossec, L., Fautrel, B., 2017. Ability of disease-modifying antirheumatic drugs to prevent or delay rheumatoid arthritis onset: a systematic literature review and meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(8): 1099–1106
- Jese R., Ambrožič, A., Gašperšič, N., Hočevar, A., Perdan Pirkmajer, K., et al, 2018. The incidence rate and the management of early rheumatoid arthritis in a single centre interventional clinic. *Annals of rheumatic disease*, 77(2),2018.
- Kobelt G, Woronoff A. S., Richard, B., Peeters, P., Sany, J., 2008. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR Study. *Joint Bone Spine*, 75(4), pp.408-15.
- Pavić Nikolić, M., 2018. Kampanja zgodnje prepoznavne revmatičnih bolezni. In: N. Kregar Velikonja et al., eds. *Celostna obravnava bolnikov: zbornik povzetkov. Mednarodna znanstvena konferenca. 15.november 2018*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp.65.
- Pavic Nikolic, M., 2018. Reaching out. *Newsletter of the Health Professionals in Rheumatology*, 4.13. Available at: https://www.eular.org/myUploadData/files/hpr_news_2018_2_144.pdf<2.2.2019>
- Praprotnik, S., 2007. Vnetne revmatične bolezni In:Kos, M., Praprotnik, S.,et al.,eds., 2007. *Revmatološki priročnik za družinskega zdravnika, tretja, dopolnjena izdaja. Ljubljana, Lek*,pp.71-95.
- Raciborski, F., Klak, A., Kwiatkowska, B., Batko, B., Sochocka-Bykowska, M., et al, 2017. Diagnostic delays in rheumatic diseases with associated arthritis. *Reumatologia*, 55(4), pp.169–176.
- Rausch Osthoff, AK., Niedermann, K., Braun, J., Adams, J., et al., 2018. EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(9), pp.1251-1260.
- Smolen, J.S., 2016. Treat-to-target as an approach in inflammatory arthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 28(3), pp.297-302
- The European League Against Rheumatism (EULAR), 2019. Available at: [https://www.eular.org/eular_mission.cfm \[18.01.2019\]](https://www.eular.org/eular_mission.cfm [18.01.2019]).
- Zangi, H.A., Ndosi, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., et al., 2015. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*,74, pp.954-962.
- Zhu, X., Sang, L., Wu, D., Rong, J., Jiang, L., 2018. Effectiveness and safety of glucosamine and chondroitin for the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of orthopaedic Surgery and Research*, 13, pp.170.
- Wilsdon, T.D., Hill, C.L., 2017. Managing the drug treatment of rheumatoid arthritis. *Australian Prescriber*,40, pp.51-8.



**KONTINUIRANA
IN INTEGRIRANA
ONKOLOŠKA
ZDRAVSTVENA NEGA**

**Continuous and integrated
oncological health care**

mag. Maja Kožuh, dipl. m. s.
Onkološki Inštitut Ljubljana, Oddelek za anestezijo

mkozuh@gmail.com

IZVLEČEK

Starostna struktura prebivalstva po svetu se spreminja. Podaljševanje trajanja življenja je privedlo do dolgoživosti. Slovenija je postala dolgoživa družba. Z staranjem prebivalstva, posledično narašča tudi število ljudi s kroničnimi obolenji. Med glavna kronična obolenja se prišteva tudi rakava obolenja. Integrirana oskrba postaja ključnega pomena in je pri zdravljenju onkoloških bolnikov bistvena. Terciarna obravnava bo v prihodnosti namenjena izključno diagnostiki in zdravljenju zahtevnejših obravnav. Ne-akutna bolnišnična obravnava, integrirana in dolgotrajna oskrba in k bolniku usmerjena obravnava je prioriteta vseh držav. Medicinske sestre so postale pomembnejša vez med bolnišnico, bolnikom in izbranim zdravnikom. Njena vloga koordinatorice multidisciplinarnega tima in bolnikove zdravstvene in socialne obravnave, postaja vedno izrazitejša in pomembnejša na vseh ravneh. Onkološki bolniki ne potrebujejo le kontinuirane zdravstvene oskrbe, temveč integrirano oskrbo s sodelovanjem strokovnjakov iz različnih področij, tako zdravstvenih kot socialnih.

Ključne besede: dolgoživa družba, staranje, kronična obolenja, onkološki bolnik, medicinska sestra koordinator zdravstvene obravnave

ABSTRACT

The age structure of the population is changing around the world. Extending life expectancy has led to longevity. Slovenia has become a long-living society. With the aging of the population, the number of people with chronic diseases also increasing. Among the major chronic diseases, cancer is also a chronic diseases. Integrated care is becoming crucial. Integrated care is also crucial in the treatment of oncological patients. The continuity of their medical treatment is very important. The focus in tertiary treatment in the future is going to be exclusively for the diagnosis and treatment. Non-acute hospital treatment, integrated and long-term care and patient-oriented treatment is today a priority for all countries. Nurses have become an important key between the hospital, the patient and the doctor. Nurse role as coordinator of the multidisciplinary team and the patient's health and social treatment is becoming important at all levels. Oncological patients don't need only continuous health care, but integrated care with the participation of professionals from various fields, both health and social.

Keywords: long-lived society, aging, chronic diseases, oncological patient, nurse case manager

UVOD

Znano je dejstvo, da Evropejci živimo dlje, zato je zagotavljanje visoke ravni zaščite državljanov pred tveganjem bolezni in odvisnosti bistveni cilj držav članic in Evropske unije. Prebivalstvo se namreč naglo stara in vse več ljudi je starih (Majerle, 2018). Ob koncu 20. stoletja je zaradi naraščanja števila starih ljudi stopilo v ospredje tudi vprašanje, kako ustrezno poskrbeti za optimalno znanje celotne družbe. Ob upoštevanju demografskih, ekonomskih in političnih dejavnikov je postalo razvidno, da je to mogoče le ob razvijanju večje povezanosti vseh generacij in solidarnosti med njimi (Lešer, et al., 2015). Starejši ljudje naj bi po nekaterih projekcijah v letu 2020 predstavljali 16,5 % celotne populacije ali celo 20 %. Predviden je tudi hitrejši trend rasti – v letu 2040, v Sloveniji se pričakuje že 30 % starejših ljudi od 65 let. Spremenjena demografska struktura zahteva prilagoditev javnih politik, stroke in zaposlenih v skrbi za starejše (Leskovic, 2016). Zaradi navedenega so se v Evropi izoblikovali številni sodobni pristopi k zagotavljanju integrirane oskrbe za pomoč ljudem z zmanjšano ali popolno nezmožnostjo samooskrbe. Zagotavljajo sistematično vključevanje uporabnikov v integrirano oskrbo in integrirano organizacijo te pomoči, pravno ureditev področja in njeno financiranje (Majerle, 2018). Razlika med dolgotrajno in kratkotrajno oskrbo je predvsem v času trajanja izvajanja le-te. Potreba po oskrbi lahko traja samo nekaj tednov ali mesecev, lahko pa traja tudi več let. Trajanje oskrbe pa je odvisno od vzrokov za potrebo po negi. Tako kratkotrajna oskrba običajno traja več tednov ali nekaj mesecev, namenjena pa je predvsem osebam, ki okrevajo od nenadne bolezni, poškodbe ali kirurškega posega. V osnovi pa velja, da si ta oseba v tem času opomore in ponovno postane samostojna pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Medtem, pa je dolgotrajna oskrba namenjena osebam, ki zaradi kroničnih bolezni, starosti ali onemoglosti potrebujejo pomoč pri opravljanju vsakodnevnih življenjskih opravil (Johnston, n. d.). Spletni portal Evropske komisije (ang. European Commission) (2014), navaja seznam glavnih in kroničnih bolezni, ki najpogosteje prizadenejo Evropejce. Definirane so kot bolezni, ki prizadenejo vsaj 50 ljudi na 100 000 prebivalcev in so skupno vzrok za 86% smrti v Evropski uniji. V to skupino bolezni so vključene: srčno žilne bolezni, rak, neuro-degenerativne bolezni, epilepsija, avtizem, mišično-skeletne bolezni, metabolne bolezni, astma in kronično obstruktivna pljučna bolezen, hipertenzija, ledvične bolezni.

Vzrok zmanjšane sposobnosti samooskrbe je pri starejšem pogosto kombinacija več bolezni. Zdravljenje in zdravstvena nega se zaradi skrajševanja ležalnih dob v bolnišnicah pogosteje izvaja na primarni ravni – to je v domačem okolju ali organiziranem institucionalnem varstvu. Neakutna bolnišnična obravnava in dolgotrajna oskrba danes predstavljata pravi izziv za zdravstveno nego in medicinsko sestro (Pernelj, 2006).

Namen prispevka je predstaviti kontinuirano in integrirano onkološko zdravstveno nego. Pri pisanju prispevka smo uporabili tujo in domačo literaturo, katero smo pridobili s pomočjo podatkovnih bazah CINAHL, Medline, PubMed in Springer link.

KONTINUIRANA OSKRBA

Kontinuirana zdravstvena obravnava je postala ključna v zadnjem desetletju. Zdravstveni sistem se srečuje s povečanim številom kroničnih obolenj in s tem povezano hitrejšo obravnavo bolnikov na bolnišnični ravni. Sistem obravnave bolnikov se je usmeril na primarno raven, kar se kaže s skrajševanjem ležalnih dob v bolnišnicah in večjim obsegom dela na terciarni, sekundarni in primarni ravni. Kontinuirana zdravstvena obravnava in s tem povezana zdravstvena nega sta ključni pri zagotavljanju kakovostne obravnave bolnikov (Skela Savič, 2006 cited in Skela Savič, 2007).

Kontinuiteta zdravstvene obravnave je zlasti pomembna za terminalno bolne bolnike, kjer je izjemnega pomena prenos relevantnih informacij v procesu prehajanja bolnika med obravnavami in med institucijami. Prav tako pa je kontinuirana zdravstvena obravnava področje, ki ga bolniki močno povezujejo s svojim zadovoljstvom v zdravstveni ustanovi. Pomembna je za zadovoljstvo bolnikov tako na primarni kot sekundarni in terciarni ravni. Bolnik ima pravico do aktivnega sodelovanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege in to mora biti temeljno zavedanje v delovanju menedžmenta zdravstvene nege, ko govorimo o kontinuirani zdravstveni obravnavi (Skela Savič, 2007).

INTEGRIRANA OSKRBA / DOLGOTRAJNA OSKRBA

Področje integrirane / dolgotrajne oskrbe je v posameznih državah različno definirano. Skupno vsem definicijam je, da je integrirana / dolgotrajna oskrba bolnika dalj časa trajajoče zagotavljanje različnih podpor osebam, ki so pomoči potrebne zaradi izgube telesne, psihične ali intelektualne samostojnosti pri osnovnih vsakodnevnih opravilih (ang. Activities of daily living – ADL) in inštrumentalnih vsakodnevnih opravilih (ang. Instrumental activities of daily living – IADL) (Ministrstvo za zdravje, 2017; Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2013).

Storitve samooskrbe oziroma ADL se velikokrat zagotavljajo v kombinaciji z osnovnimi zdravstvenimi storitvami, med katere sodijo zdravstvena nega, preventiva, rehabilitacija in paliativna oskrba. Storitve IADL so večinoma povezane s pomočjo v gospodinjstvu (Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2013; Colombo, et al., 2011).

Mednarodne institucije v enotni definiciji opredeljujejo integrirano / dolgotrajno oskrbo kot niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funkcionalne zmožnosti in ljudje, ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju ADL in / ali pri IADL (Nagode, et al., 2014; Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, World Health Organization, 2011).

V mnogih zdravstvenih sistemih po svetu, se integrirana oskrba obravnava kot možna rešitev za rastoče povpraševanje po boljših zdravstvenih storitvah. V zadnjem desetletju smo lahko pričali različnim modelom in pristopom k integrirani oskrbi, kar je posledično povzročilo številne definicije in konceptualne okvirje integrirane oskrbe. Armitage in sodelavci (2009 cited in World Health Organization, 2016) so pri pregledu literature ugotovili okoli 175 prekrivajočih se definicij in konceptov integrirane oskrbe.

Schaffer (2007) navaja, da je integrirana / dolgotrajna oskrba celostna obravnava, ki izhaja izključno iz potreb uporabnika s prehodnimi in z dolgotrajnimi zdravstvenimi in socialnimi stanji in mnogovrstnimi vzporednimi problemi. Integrirana oskrba je oblika pristopa, ki omogoča kontinuirano obravnavo starejših, oseb s kronično boleznijo, oseb z degenerativnimi spremembami, oseb po poškodbah in invalidnih oseb. V integrirani / dolgotrajni oskrbi je uporabnik v središču obravnave. Pri organiziranju poti vstopa v integrirano / dolgotrajno oskrbo se vedno upošteva načelo vstopa skozi ena vrata. To omogoča uporabniku enostaven, enakovreden, hiter vstop in pridobitev informacij in storitev na enem mestu. Izvajalci se vključujejo v integrirano / dolgotrajno oskrbo organizirano, storitve se ne podvajajo.

Integrirana / dolgotrajna oskrba je posebno polje oskrbe ljudi. Je pojem, s katerim opisujemo potrebo po dolgotrajni, kontinuirani in organizirani podpori in oskrbi v okviru socialnega dela, zdravstva in socialne politike. Potrebo po novi ureditvi

narekujejo nova tveganja, povezana z demografskimi trendi in staranjem prebivalstva. Število ljudi, ki zaradi bolezni, ovisnosti, oslabelosti ali kakšne druge dolgotrajne stiske potrebuje pomoč in podporo drugih, narašča. Zmanjšuje se število potencialnih pomočnikov in hkrati narašča njihova obremenjenost. Prav tako so se spremenile neformalne mreže, kakovost in vsebina odnosov med ljudmi (pojav nove individualnosti v sodobnih družbah). Prav tako je pomembno dejstvo, da ljudje, ki imajo potrebo po dolgotrajni oskrbi, želijo živeti doma, v domačem okolju (Flaker, et al., 2011; Ramovš, et al., 2013).

Slovenija danes nima enotnega sistema integrirane / dolgotrajne oskrbe, za kronično bolne, invalidne in oslabele osebe, ki pri opravljanju osnovnih in instrumentalnih vsakodnevnih opravil potrebujejo delno ali popolno pomoč druge osebe (Rajgelj, 2014; Potočar, 2011).

V Sloveniji nimamo enotne definicije dolgotrajne oskrbe, področje niti ni sistemsko urejeno s posebnim zakonom, vendar je slednji v pripravi. Dolgotrajna oskrba je trenutno urejena v okviru različne zakonodaje oz. se izvaja preko ločenih sistemov socialne varnosti / zaščite. Da veljavna ureditev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji iz različnih razlogov ni ustrezna, je znano že daljši čas (Nagode, et al., 2014).

IMPLEMENTACIJA INTEGRIRANE / DOLGOTRAJNE OSKRBE V ONKOLOŠKO ZDRAVSTVENO NEGO

V svetu je vse večji poudarek na uporabi integriranih načrtov oskrbe za bolnike z rakom. Bolniki z rakom uporabljajo širok spekter storitev od različnih izvajalcev zdravstvene oskrbe v različnih okoljih in na različnih točkah med svojim zdravljenjem. V širok spekter zdravljenja bolnikov z rakom so tako vključeni onkologi, različni specialisti, zdravniki za primarno oskrbo, medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti in socialni delavci. Glede na visoke stroške in zapletenost njihovih nastajajočih potreb, od diagnoze do preživetja ali paliativne oskrbe, bolniki z rakom potrebujejo oskrbo, ki vključuje vse izvajalce zdravstvene oskrbe (Khan, et al., 2017).

Danes je rakavo obolenje, zaradi vse večjega števila preživelih, vedno bolj prepoznano kot kronična bolezen, katero je potrebno obvladovati v vseh fazah zdravljenja. Od postavitve diagnoze do končanega zdravljenja ali konca življenjske oskrbe. Potek zdravstvene obravnave bolnikov z rakom, tako vključuje številne izvajalce zdravstvene in ne-zdravstvene oskrbe. Zdravljenje bolnikov z rakom zahteva poseben - integriran pristop, s katerim zagotavljamo, neprekinjen follow-up. Neprekinjeno spremljanje dolgotrajnih učinkov, kateri so posledica zdravljenja s pomočjo radioterapije, sistemske terapije in kirurgije je ključnega pomena. Omenjeni načini zdravljenja namreč pri bolnikih pustijo dolgotrajne posledice, saj povzročijo spremenjeno telesno samopodobo. Prav zaradi omenjenih dejstev ima pri bolnikih z rakom tudi psihosocialna podpora in seveda obvladovanje drugih sočasnih stanj. Z bolnikove perspektive pomeni integrirana oskrba obvladovanje individualnih potreb po zdravstveni oskrbi v vseh zdravstvenih stanjih in ne samo pri raku. Pomembna prednostna naloga pri vključevanju zdravstvene oskrbe med bolniki z rakom je zagotoviti „nemoten“ prehod v neprekinjenem zdravljenju, ko se bolniki znajdejo v sistemu zdravstvenega varstva. Druga značilnost oskrbe z bolnikov z rakom je kakovostna oskrba ob koncu življenja, saj si številne države prizadevajo k zmanjševanju stroškov zdravstvenega sistema in izboljšanju kakovosti paliativne oskrbe v skupnosti (Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2014).

Integrirana oskrba je usmerjena k zmanjševanju razdrobljenosti zdravstvene oskrbe bolnikov z rakom. Ključna značilnost integrirane oskrbe je v izboljševanju rezultatov pri zdravstveni oskrbi bolnikov z rakom, s spodbujanjem koordinacije znotraj in med zdravstvenimi organizacijami (Kodner, 2009 cited in Cortis, et al., 2017).

Vloga medicinske sestre - koordinatorja zdravstvene obravnave v onkološki zdravstveni negi

Izraz koordinator zdravstvene obravnave se v zdravstveni negi uporablja za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe. Glavna naloga medicinske sestre – koordinatorja zdravstvene oskrbe, je koordinacija multidisciplinarne in organizacijske zdravstvene oskrbe, osredotočene na bolnika. Medicinska sestra skrbi za izvajanje individualne in celostne zdravstvene nege. Medicinske sestre z bolniki oblikujejo partnerski odnos, kateri olajšujejo komunikacijo med bolniki in izvajalci zdravstvene oskrbe ter bolnikom omogočajo ustrezno znanje o bolezni. Prav tako prevzamejo odgovornost za nadzor pri izvajanju in vrednotenju zdravstvene oskrbe ter omogočajo dragocen vpogled v kontinuiteto (Chen, et al., 2013).

Na Tajvanu so naredili kvazi – eksperimentalno študijo, v katero so naključno vključili 600 bolnikov z rakom. Služba medicinske sestre - koordinatorja zdravstvene obravnave, je bila organizirana tako, da je zdravnik medicinsko sestro - koordinatorja zdravstvene obravnave obvestil o novo diagnosticiranih bolnikih z rakom. Medicinska sestra – koordinator zdravstvene

obravnave, stopi v stik z bolniki, v 24 urah. Predstavi svojo vlogo in omogoči posvetovanje po telefonu 24 ur na dan, v primeru kakršnih koli nejasnosti. Po prvem stiku medicinska sestra – koordinator zdravstvene obravnave naredi ustrezno dokumentacijo, katera jim olajša nadaljnjo koordinacijo med službami, katere nudijo oskrbo bolnikov z rakom. Pred pripravo načrta zdravljenja je medicinska sestra – koordinator zdravstvene obravnave bolnika in svojce seznanila o bolezni in zdravljenju, skrbela za nemoteno komunikacijo z multidisciplinarno skupino in bolnika seznanila o neželjenih posledicah zdravljenja. Med potekom zdravljenja je skrbela za nemoteno koordinacijo med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev, organizirala sestanke, spremljala učinke zdravljenja in zaplete, zagotavljala zdravstveno vzgojno delo pri bolniku in svojcih pri obvladovanju neželenih učinkov, nudila čustveno podporo in izboljšal doslednost pri celovitosti zdravljenja. Medicinska sestra – koordinator zdravstvene obravnave je bolnika obiskala ob vsaki hospitalizaciji. Pred odpustom bolnika iz bolnišnice je ocenila potrebo po nadaljnjem zdravljenju in spremljanju bolnika in njegovih svojcev. Podala oceno glede sposobnosti samooskrbe in zagotovila 24 urno telefonsko svetovanje (Chen, et al., 2013).

Peternej (2006 cited in Mimić, 2011) ugotavlja da, v Angliji, na Nizozemskem in skandinavskih državah predstavlja medicinska sestra – koordinator zdravstvene obravnave glavno koordinacijsko službo, ki organizira za uporabnika potrebna opravila. Medicinske sestre – koordinatorji zdravstvene obravnave imajo vlogo vratarjev. V državah kot so Avstrija, Nemčija, Francija pa je ta oblika dela razumljena kot vodenje primera ali specifične problematike. Najpogosteje je namenjena povezovanju med bolnišnicami in službami na lokalni ravni.

Kadivec (2007 cited in Mimić, 2011) definira službo medicinske sestre – koordinatorja zdravstvene obravnave kot: »proces načrtovanja, koordiniranja, vodenja in nadzora oskrbe pri posamezniku.«

Po svetu obstaja več modelov - medicinska sestra – koordinator zdravstvene obravnave, a osnovni cilj je pri vseh enak: razviti stroškovno učinkovite in uporabne načine koordiniranja različnih služb, za zagotavljanje čim boljše kakovosti življenja bolnikov z dolgotrajnimi boleznimi. Osnovni principi so: da ljudje čim dlje ostanejo doma, da podpre primarni nivo zdravstva in z njim zgradi partnerski odnos, da poišče in identificira bolnike, pri katerih obstaja velika verjetnost nenačrtovanega sprejema v bolnišnico zaradi zapletov, da omogoči vsakemu bolniku individualen negovalni načrt glede na njegove potrebe, želje in izbire, da obstaja 24 ur, 7 dni na teden (Department of health, b.d. cited in Mimić, 2011).

DISKUSIJA

Slovenija se enako kot tudi ostale evropske države že nekaj časa sooča s problemi staranja družbe. Države se vse bolj zavedajo sprememb, ki jih prinaša staranje prebivalstva in ostale družbene spremembe. Novejši epidemiološki podatki držav, kažejo na prevladujočo zdravstveno problematiko, ki je povezana s kroničnimi obolenji, poškodbami in drugimi obolenji. Med najpogostejšimi kroničnimi boleznimi, katerih posledica je nastanek odvisnosti pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in potreba po integrirani oskrbi, so sladkorna bolezen, bolezen srca in ožilja, možganska kap ter kronična obstruktivna pljučna bolezen, poškodbe, rak in razne duševne motnje (Majerle, 2018).

Definicija integrirane oskrbe se razlikuje od države do države. Po pregledu literature (Schaffer, 2007; Flaker, et al., 2011; Ramovš, et al., 2013; Nagode, et al., 2014) lahko ugotovimo, da je najpogosteje uporabljen termin integriran pristop za področje dolgotrajne oskrbe, kar velja tudi za slovenski prostor. V Slovenija ni vzpostavljen enotni sistem integrirane / dolgotrajne oskrbe, za kronično bolne, invalidne in oslabele osebe (Rajgelj, 2014; Potočar, 2011), prav tako področje ni sistemsko urejeno s posebnim zakonom, vendar je slednji v pripravi (Nagode, et al., 2014). Ključni izziv v Sloveniji je zato vzpostavitev celovitega in integriranega sistema dolgotrajne oskrbe s poudarkom na oskrbi v domačem okolju. Potrebno je okrepiť izvajanje kakovostne in varne dolgotrajne oskrbe v vseh oblikah izvajanja z vzpostavitvijo timske obravnave, ustrezne kadrovske strukture, sistemov zunanjih in notranjih kontrol in podpore izvajalcem. S finančnimi viri, ki so že na voljo za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe, ne bo mogoče ustrezno urediti in razvijati dostopne, usklajene in kakovostne dolgotrajne oskrbe, v kateri bodo upoštewane naraščajoče potrebe in sodobni pristopi ter oblike delovanja, ki so usmerjene na zagotavljanje oskrbe na domu.

Integriran pristop v zdravstveni oskrbi pri bolnikih z rakom še vedno v začetni fazi (World Health Organization, 2016), zato se bo v prihodnosti oskrbe bolnikov z rakom, potrebno premakniti k razvoju integriranih načrtov oskrbe, kateri bodo vključevali celoten proces oskrbe bolnikov z rakom od začetne do zaključne faze zdravljenja in rehabilitacijo. Danes je zdravstvena oskrba bolnikov z rakom usmerjena k posameznim specifičnim pristopom, katere pa bo potrebno v prihodnosti povezati v skupno celoto in povezovanje med izvajalci zdravstvenih storitev – primarni, sekundarni in terciarna ravni.

Prihodnost nam nakazuje potrebo po izdelavi pilotskega načrta integrirane oskrbe bolnikov z rakom in izvajanju le tega. Potrebno bo narediti načrt, kateri bo vključeval partnerski odnos med vsemi ključnimi interesnimi skupinami pri oskrbi bolnikov z rakom.

ZAKLJUČEK

Pojem integrirane oskrbe še ni sprejet v naših profesionalnih okoljih in je pogosto tudi napačno razumljen. Integrirana oskrba je dobra koordinacija, povezovanje in komunikacija znotraj služb in navzven med izvajalci in uporabnikom ali neformalnim izvajalcem oskrbe. Vpliva na večje zadovoljstvo posameznika in izvajalcev, izboljša kakovost storitev in je stroškovno učinkovitejša. Zmanjšuje neučinkovitost služb in posameznika znotraj sistema. Integrirana oskrba je celostna obravnava, ki izhaja izključno iz potreb posameznika z dolgotrajnimi stanji in mnogovrstnimi vzporednimi problemi. Ni recept, ki rešuje vso problematiko, je pa pristop, ki omogoča kontinuirano obravnavo starejših oseb, bolnikov s kronično boleznijo, oseb z degenerativnimi spremembami, oseb po poškodbah in invalidnih oseb. Proces zdravstvene obravnave bolnikov z rakom je kompleksen zdravstveni problem, zato je pri obravnavi bolnikov z rakom izrednega pomena integrirana oskrba.

LITERATURA

Chen, Y. C., Chang, Y. J., Tsou, Y. C., Chen, M. C. & Pai Y. C., 2013. Effectiveness of nurse case management compared with usual care in cancer patients at a single medical center in Taiwan: a quasiexperimental study. *BMC Health Services Research*, 13(202), pp. 1 – 7.

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F., 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long – Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, pp. 5 – 11.

Cortis, L. J., Ward, P. R., McKinnon, R. A. & Koczwara, B., 2017. Integrated care in cancer: What is it, how is it used and where are the gaps? A textual narrative literature synthesis. *European Journal of Cancer Care*, 26(4), pp. 1 – 28.

European Commission., 2014. *Chronic diseases - The health challenge of our times*. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2014_chronic_diseases_informationsheet_en.pdf [15. 01. 2018].

Flaker, V., Nagode, M., Rafaelič, A. & Udovič, N., 2011. *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2014. *Integrating care for Cancer patients: An evidence-informed analysis*. Available at: www.cancer-careontario.ca/sites/ccocancercare/files/guidelines/full/Complex%20Cancer%20Patients%20-%20Integrated%20Cancer%20Care_%20FINAL_1DEC2014.pdf

Johnston, J., n.d. *Short- and Long-Term In-Home Care*. Available at: <https://www.agingcare.com/articles/difference-between-short-and-long-term-home-care-154984.htm> [15. 01. 2018].

Khan, A. I., Arthurs, E., Gradin, S., MacKinnon, M., Sussman, J. & Kukreti, V., 2017. Integrated Care Planning for Cancer Patients: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), pp. 1–16.

Lešer, V., Leskovic, L. & Kregar - Velikonja, N., 2015. Globalizacija raziskav na področju gerontologije. In: J. Starc, ed. *IZZIVI globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU : zbornik povzetkov : mednarodna znanstvena konferenca = Globalisation challenges and the socioeconomic environment of the EU : book of abstracts : international scientific conference, Novo mesto, 14. in 15. april 2016*. Novo mesto: FUPI Novo mesto, pp. 396-403.

Leskovic, L., 2016. Skozi preteklost do današnjih dni v zdravstveni negi v socialnih zavodih = Through the past to the present day in nursing in social institutions. In: K. Kobal – Straus, ed. *Živeti življenje v varni starosti: zbornik predavanj*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 1 – 14.

Majerle, S., 2018. Možnosti razvoja integrirane oskrbe starejših - primer prakse iz tujine. In: *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov : zbornik prispevkov / 10. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 85 – 95.

Mimić, A., 2011. *Kontinuiteta zdravstvene obravnave kroničnega bolnika: seminarska naloga visokošolskega študija*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 5 – 11.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, 2013. *Izhodišča za pripravo Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo – novo gradivo št. 1*. Ljubljana. Available at: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwi5xYbl1ZLgAhUvMwKHY0fBy4QFJAeGQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.mdds.gov.si%2Ffileadmin%2Fmdds.gov.si%2Fpageuploads%2Fdokumenti__pdf%2Fword%2Fsociala%2Fdolgotrajna_oskrba_izhodišca_www_260913.doc&usq=A0vVaw1U64zfDuFO63jvZ8Er5tyC [15. 01. 2018].

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Zakon o dolgotrajni oskrbi in obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo*. Available at: https://www.irsv.si/upload2/20102017_o_Z_o_dolg_oskrbi_JR.pdf [15. 01. 2018].

Nagode, M., Zver, E., Marn, S., Jacovič, A. & Dominkuš, D., 2014. *Dolgotrajna oskrba - uporaba mednarodne definicije v Sloveniji. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Ljubljana*. Available at: http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/dz/2014/DZ_02_14p.pdf [15. 01. 2018].

Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, World Health Organization, 2011. *A system of health accounts*. Paris: OECD. Available at: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf> [15. 01. 2018].

Peternej, A., 2006. Kako pripravljeni smo v zdravstveni negi na spremembe in potrebe sodobne družbe. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(2), pp 69 - 70.

Potočar, J., 2011. *Sistem dolgotrajne oskrbe v Sloveniji in mednarodna primerjava: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo, pp. 1 – 5.

Rajgelj, N., 2014. *Primerjalna analiza sistemov dolgotrajne oskrbe v izbranih državah EU in v Sloveniji: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, pp. 3 – 5.

Ramovš, J., Lipar, T. & Ramovš, M., 2013. Oskrba v onemoglosti. In: J. Ramovš, ed. *Staranje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenija*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, pp. 305–340.

Schaffer, S., 2007. *Informacijska podpora in kakovost v integrirani oskrbi: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 8 – 20.

Skela - Savič, S., 2007. Kontinuirana zdravstvena obravnava – izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 41(1), pp. 3-11.

World Health Organization, 2016. *Integrated care models: an overview*. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf [15. 01. 2018].



STANDARD OSKRBE UMRLE OSEBE V BOLNIŠNICI

Standard care of the deceased person in the hospital

Boris Bjeljac, dipl. zn.

viš. pred. mag. Albina Bobnar

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

boris.bjeljac@outlook.com

IZVLEČEK

Uvod: Oskrba umrle osebe je del paliativne oskrbe, ki obsega potrditev smrti, zdravstveno nego telesa umrle osebe, sporočanje smrti sorodnikom in bližnjim, skrb za žalujoče in skrb za zdravstveno osebje, ki jo izvaja. Namen prispevka je predstaviti in na osnovi priporočil utemeljiti standardni način oskrbe umrle osebe v bolnišnici. **Metode:** Uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature, do katere smo dostopali preko podatkovnih baz CINAHL with Full Text, ERIC preko EBSCOhosta in ScienceDirect. Uporabljeni so tudi zakoni, pravilniki, standardi in smernice za oskrbo umrle osebe. Za prikaz skladnosti med smernicami in standardi o oskrbi umrle osebe smo z dovoljenjem pridobili standarde iz štirih slovenskih bolnišnic, iz različnih regij. Podatke smo zbrali s pomočjo Zbirnega lista podatkov in so prikazani v tabelah ter opisno. **Rezultati:** Izveden je bil pregled štirih kliničnih standardov oskrbe umrle osebe slovenskih bolnišnic in štirih kliničnih smernic tujih bolnišnic, ki se razlikujejo v navajanju postopkov za potrditev smrti, darovanju organov in/ali tkiv, sodnomedicinski obravnavi, uporabi vreče za truplo in v oblačenju umrle osebe. Slovenski standardi oskrbe umrle osebe izpolnjujejo navajanje postopkov pri higieni in splošni oskrbi umrle osebe, vendar se pojavlja pomanjkljivo navajanje uporabe meritev za potrditev smrti, napotkov za oskrbo ob darovanju organov in tkiv ob poznejši sodnomedicinski obravnavi in pri oblačenju umrle osebe. **Diskusija in zaključek:** Smernice za oskrbo umrle osebe v bolnišnici v objavljenih virih prikazujejo, kakšen je način oskrbe umrle osebe v bolnišnici. Po oceni skladnosti le teh, s standardi oskrbe umrle osebe v slovenskih bolnišnicah smo ugotovili, da so na splošno kakovostni. Z dopolnitvami tujih priporočil, ki so v skladu s slovensko zakonodajo in kulturo, pa bi slovenske bolnišnice izvajale celostno oskrbo umrle osebe. Ob enem bi bilo tudi zdravstvenim delavcem razumljivo prikazano, kako se izvaja oskrbo umrle osebe v bolnišničnem okolju po načelih paliativne oskrbe.

Ključne besede: smrt; smernice za oskrbo umrle osebe; paliativna oskrba ob koncu življenja

ABSTRACT

Introduction: Care of the deceased person is a part of palliative care, which includes the confirmation of death, nursing care of the deceased person, notifying the relatives and significant others about the death, care for the mourning relatives, as well as care for the healthcare staff which carries out the care. The purpose of the article is to present and based on the literature establish a standard procedure of care of the deceased person in the hospital. **Methods:** A descriptive method with an overview of professional and scientific literature available in databases CINAHL with Full Text, ERIC through EBSCOhost and ScienceDirect was used. The results were displayed using a Collection list of data and are presented in tabular and descriptive forms. **Results:** A review of 4 clinical standards of care of the deceased person in Slovenian hospitals and 4 clinical guidelines in foreign hospitals was carried out. They differentiate in listing of procedures about the confirmation of death, donating organs and/or tissues, further forensic treatment, use of a body bag and dressing the deceased person. Slovenian standards of care of the deceased person fulfill the listing of hygienic and general procedures in care of the deceased person, although lack the listing of the possibility to use measurements to confirm death, instructions on how to perform the care in case of donating organs and tissues, further forensic treatment and regarding the dressing of the deceased person. **Discussion and conclusion:** Guidelines for the care of the deceased person in the hospital in the published sources show the way of care of the deceased person in the hospital. The standards of care in slovenian hospitals we found, that they are generally of high quality, although with supplements from the foreign guidelines, adapted for the slovenian legislation and culture, slovenian hospitals could perform complete care of the deceased person. Concurrently this would show healthcare workers how the care of the deceased body is performed in hospitals by the principles of palliative care.

Keywords: death; guidelines for care of the deceased person; end of life palliative care

UVOD

Zgodovina oskrbe umrle osebe v zdravstveni negi sega v 19. stoletje. To področje je doživelo korenite spremembe ritualističnih praks, kot so: čiščenje, mašenje, tamponiranje in zavezovanje telesnih odprtih, da bi preprečili iztekanje telesnih tekočin. V današnjem času moramo pri obravnavi umrle osebe v bolnišnici pozornost nameniti ne samo celoviti oskrbi umrle osebe, ampak tudi pravnim zahtevam, ki so povezane s smrtjo osebe, z odstranjevanjem (ali neodstranjevanjem) opreme, ki je priključena na osebo ali v osebo, umivanjem, urejanjem in z zagotavljanjem pravilne identifikacije umrle osebe (Benedik, 2011).

Medicinske sestre (MS) naj bi ohranile pogled na oskrbo umrle osebe kot nadaljevanje skrbi, usmerjene v celovitost človeka, tako kot so skrbele zanj pred smrtjo. Smrt bolnika naj ne bi razumeli kot neuspeh, ko se ne more obdržati osebe pri življenju,

pa naj bo to na urgentni intervenciji ali na oddelku paliativne zdravstvene nege. Tudi po smrti je treba ohraniti celovitost osebe ter zagotavljati dostojanstvo in spoštovanje. Pri oskrbi umrle osebe v bolnišnici je samo ena priložnost, da se izvede ureditev umrle osebe na pravi način, zato je treba vseskozi ohraniti integriteto umrle osebe in izpolniti želje svojcev (Dougherty & Lister, 2015).

Oskrba umrle osebe v bolnišnici obsega potrditev smrti, zdravstveno nego telesa umrle osebe, sporočanje smrti sorodnikom in bližnjim, skrb za žalujoče in skrb za zdravstveno osebje, ki jo izvaja. Ob nenadni, sumljivi smrti se v oskrbo vključijo tudi zdravniki sodne medicine in organi pregona, ki poskrbijo za natančno določitev vzroka smrti. Po vseh postopkih, ki so izvedeni v bolnišnici, se pridružijo tudi uslužbenci pogrebnih zavodov, ki pripravijo umrlo osebo na pogreb ali kremacijo, odvisno od želje svojcev. Oskrba telesa je ključna za ohranitev dostojanstva umrle osebe, saj se s tem ohrani celotno oskrbo človeka tudi po smrti. Oskrbo telesa umrle osebe naj bi vedno izvajali dve osebi – vsaj ena od njiju naj bi bila diplomirana MS (Wilson, 2015).

Pomembno je, da se svojcem omogoči ogled umrle osebe, pred tem pa mora biti njeno telo primerno urejeno. Dougherty in Lister (2015) opisujeta, da je žalujoče svojce potrebno pred povabilom v sobo, v kateri je telo umrle osebe, pripraviti na prizor, ki ga bodo videli. Eden od zdravstvenih delavcev mora biti ob prvem stiku žalujočih z umrlo osebo prisoten, vendar s spoštovanjem potrebe po zagotovitvi zasebnosti. Zdravstveni delavci morajo biti pripravljeni odgovarjati na zastavljena vprašanja s strani žalujočih svojcev.

MS, ki skrbijo za bolnike, ki so umrli v kliničnem okolju, so lahko pod velikim stresom zaradi smrti bolnika, za katerega so skrbele. Duševne stiske ob doživljanju smrti z njihovo preobremenjenostjo na oddelkih predstavljajo dolgoročno tveganje za izgorelost MS. Becker in sodelavci (2017) ugotovili tri glavne koncepte, ko MS razlagajo smrt kot mirno. To so: čustvena in duhovna podpora umirajočega bolnika in svojcev, nadzor bolnika in svojcev ter ohranjanje mirnega okolja. Poudarjajo uvažanje razbremenitvenih sestankov in delitev dela, da bi se zmanjšala količina stresa, ki ga imajo MS, ki skrbijo za umirajoče bolnike. Predlagajo uvedbo izobraževanj, na katerih bi obravnavali oskrbo ob koncu življenja, ter spoprijemanje s čustvi in z občutki, ki nastanejo ob travmatičnih dogodkih, kot je smrt bolnika. Treba je oceniti potrebo po dodatnem izobraževanju osebja. Opazovati in ugotavljati je treba znake izgorelosti zdravstvenega osebja in jim nuditi supervizijo (Benedik, 2011). Mlinšek (2012) navaja pomembnost pogostejšega pogovarjanja med MS o občutkih pri delu, še posebej, če se ti občutki nanašajo na tako občutljive zadeve, kot je umiranje bolnika.

Namen prispevka je predstaviti in na osnovi literature utemeljiti standarden način oskrbe umrle osebe v bolnišnici. Cilj prispevka je predstaviti smernice oskrbe umrle osebe v bolnišnici v objavljenih virih, ter ugotoviti skladnost med smernicami in standardi o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah.

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature v domačem in tujem jeziku. Pregled literature je bil izveden s pomočjo podatkovnih baz CINAHL with Full Text, Medline, ERIC preko EBSCOhosta ter ScienceDirect. Vključitvena merila za pregled literature so bila: literatura v angleškem ali slovenskem jeziku, obdobje objave 2003–2018 in prosta dostopnost do celotnega besedila. Izključitvena merila so bili članki, katerih tema je bila oskrba umirajočih otrok oziroma pediatrična skupina bolnikov. Pri iskanju literature smo uporabili Boolov operater AND/in ter ključne besede death, nursing, verification, organ donation, coroner, bereavement, support, dead, body.

Za prikaz skladnosti med smernicami in standardi o oskrbi umrle osebe je bila poslana prošnja za dovoljenje za uporabo štirim slovenskim bolnišnicam, za katere smo se odločili zaradi velike regionalne pokritosti prebivalstva v Sloveniji in raznolikosti obravnavanih pacientov. Soglasje za uporabo dokumenta o oskrbi umrle osebe smo prejeli od dveh bolnišnic (Nadižar, et al., 2014; Janežič, 2016), na svetovnem spletu pa smo pridobili prostodostopna dokumenta postopka oskrbe umrle osebe še od dveh slovenskih bolnišnic (Zajc, et al., 2008; Kalin Vodopivec, 2008). V prispevku smo jih označili s številkami 1, 2, 3, 4 zaradi zakrite identitete bolnišnic. Podatki o posameznih bolnišnicah se hranijo pri avtorjih. Klinične smernice oskrbe umrle osebe iz tujih ustanov smo na svetovnem spletu ciljano iskali z uporabo smiselnih kombinacij ključnih besed post mortem, personal care, after, death, deceased patient, hospital, policy, standard. Z iskanjem smo pridobili skupno štiri prostodostopne smernice za oskrbo umrle osebe iz tujih bolnišnic v Združenem kraljestvu: Leicestershire Partnership NHS Trust – LPT (Churchard-Smith, 2017), Salisbury Foundation NHS Trust – SFT (McClellan, 2017), Royal Cornwall Hospitals NHS Trust – RCHT (Hammett, 2016), Portsmouth Hospitals NHS Trust – PHT (Traer, et al., 2017).

Na osnovi tujih zbranih smernic smo primerjali njihovo skladnost s standardi slovenskih bolnišnic za oskrbo umrle osebe. Ugotavljali smo, če klinični standardi slovenskih bolnišnic za oskrbo umrle osebe navajajo izvajanje ustreznih postopkov, katerih izvedba je potrebna pri potrditvi smrti, identitete umrle osebe, zaščiti zdravstvenih delavcev pred okužbo in širjenjem okužbe, celostno oskrbo umrle osebe v bolnišnici, ali navajajo posebnosti pri izvajanju oskrbe ob nadaljnji sodnomedicinski obravnavi, darovanju organov in tkiv ter ob popisu osebne lastnine umrle osebe. Pred izvajanjem postopka oskrbe umrle osebe je potrebno osvežiti znanje o tematiki, na katero se standard navezuje, zato naj bi standardi vsebovali tudi definicijo in opis umrle osebe, katerih prisotnost smo prav tako vključili v analizo. Za zbiranje podatkov smo pripravili Zbirni list za prikaz postopkov oskrbe umrle osebe v standardih slovenskih bolnišnic in tujih smernicah. Rezultati so prikazani v Tabeli 1 in opisno.

REZULTATI

Izveden je bil pregled standardov oskrbe umrle osebe v bolnišnici v štirih slovenskih in štirih tujih bolnišnicah. V standardih o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah smo iskali, ali je naveden postopek izvedbe posameznih aktivnosti zdravstvene nege po smrti. V Tabeli 1 so prikazani rezultati pregleda kliničnih standardov slovenskih bolnišnic, ki smo jih označili s številkami od 1 do 4, ter kliničnih smernic tujih bolnišnic, ki smo jih označili s kraticami njihovih imen (LPT, SFT, RCHT in PHT).

Smernice tujih bolnišnic za oskrbo umrle osebe navajajo izvajanje postopkov, ki se izvedejo pred začetkom izvajanja postopkov zdravstvene nege za oskrbo umrle osebe, kot so: potrditev smrti, uporaba meritev za potrditev smrti, nameščanje osebne varovalne opreme in nameščanje položaja telesa umrle osebe, prvotna in ponovna potrditev identitete umrle osebe. Nato navajajo postopke oskrbe umrle osebe, ki so v pristojnosti zdravstvene nege: ureditev oči in ustna nega, posebnosti pri sodnomedicinski obravnavi, izpraznitev telesnih tekočin in izvajanje ukrepov za preprečevanje iztekanja telesnih tekočin, odstranjevanje katetrov in preveza ran, umivanje in oblačenje umrle osebe, popis osebne lastnine umrle osebe in namestitvev umrle osebe v vrečo za truplo. Ugotavljali smo tudi prisotnost definicij in opisa umrle osebe v standardih oskrbe umrle osebe v slovenskih bolnišnicah in ugotovili, da tega ni v standardu 2 in 4.

Tabela 1: Prikaz postopkov oskrbe umrle osebe v tujih smernicah in standardih slovenskih bolnišnic

Postopki oskrbe umrle osebe	1	2	3	4	LPT	SFT	RCHT	PHT
1. Potrditev smrti, namestitvev osebne varovalne opreme in nameščanje položaja telesa umrle osebe								
Smrt potrdi zdravnik	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Meritve za potrditev smrti (tipanje in avskultacija srčnega utripa, preizkus refleksa zenic in roženic, preizkus odsotnosti motoričnega refleksa na pritisk nad očesno jamico)	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	✓
Namestitev osebne varovalne opreme	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nameščanje položaja telesa umrle osebe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Potrditev identitete umrle osebe								
Potrditev identitete umrle osebe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ponovno potrjevanje identitete umrle osebe ob namestitvi vznožnega listka	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Ureditev oči in ustna nega								
Napotki za oskrbo oči ob darovanju roženice	✓	X	X	X	X	✓	✓	X

Napotki za izvajanje ustne nege ob sodnomedicinski obravnavi	X	X	X	X	✓	✓	X	X
Nameščanje zobne proteze	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Izpraznitev telesnih tekočin in ukrepi za preprečevanje iztekanja telesnih tekočin								
Izvajanje pritiska na področje mehurja	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X
Nameščanje tamponad ali inkontinenčnih pripomočkov za preprečevanje iztekanja telesnih tekočin	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Odstranjevanje katetrov, preveza ran								
Preveza izločajočih in nezaceljenih kirurških ran	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Preveza izločalnih in hranilnih stom	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓
6. Umivanje, oblačenje umrle osebe								
Umivanje celotnega telesa umrle osebe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oblačenje umrle osebe v bolnišnična oblačila ali oblačila, ki jih prinesejo svojci	X	X	✓	X	✓	✓	✓	✓
7. Popis osebne lastnine z drugim izvajalcem oskrbe								
Popis osebne lastnine v dvojniku	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. Namestitev umrle osebe v vrečo za truplo								
Nameščanje umrle osebe v vrečo za truplo	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓

Legenda: ✓ – določeno v standardih; X – ni določeno v standardih; 1, 2, 3, 4 – označitev slovenskih bolnišnic; LPT – Leicestershire Partnership NHS Trust, SFT – Salisbury Foundation NHS Trust, RCHT – Royal Cornwall Hospitals NHS Trust, PHT – Portsmouth Hospitals NHS Trust

Pri standardih vseh slovenskih bolnišnic so navedeni avtorji, datum izdaje in veljavnosti standarda, namen posega in cilji, izvajalci posega, prostor izvedbe posega, potrebna oprema in pripomočki za izvedbo posega, potrebni posegi za doseganje namena in ciljev ter dokumentiranje. Število izvajalcev in časovni okvir izvedbe nista navedena pri standardu bolnišnice 3. Pričakovani izid akcije ali posega ni naveden pri standardih 2 in 4, literatura in viri pa niso navedeni pri standardu 4.

Ugotavljali smo tudi število avtorjev, ki je sodelovalo pri pisanju standardov. Pri pisanju standarda 1 je sodelovalo 8 avtorjev, standard 2 je pripravil en avtor, pri pisanju standarda 3 je sodelovalo 5 avtorjev, standard 4 pa je pripravil en avtor. V analizo slovenskih bolnišnic smo vključili tudi prisotnost datuma izdaje in veljavnost standarda. Standard 1 je bil izdan leta 2014, naslednja revizija standarda pa se izvede čez 5 let. Standard 2 je bil izdan leta 2016, datum naslednje revizije ali obdobje veljavnosti standarda pa nista navedena. Standard 3 je bil izdan leta 2008, datum revizije ali obdobje veljavnosti standarda pa prav tako nista navedena.

Standard 4 je bil izdan leta 2007 in uveljavljen leta 2008; tudi pri tem standardu nista navedena datuma naslednje revizije ali obdobje veljavnosti standarda.

V standardu 1 so avtorji uporabili 13 enot literature, v standardu 2 so uporabili 1 enoto literature, v standardu 3 so bile uporabljene 3 enote literature, v standardu 4 pa ni navedene nobene enote literature.

DISKUSIJA

Pri analizi standardov o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah smo ugotavljali skladnost s smernicami v tujih bolnišnicah, ugotavljali pa smo tudi vzroke za vsebinske razlike v standardih o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah.

V vseh smernicah tujih bolnišnic je navedeno, da pred začetkom oskrbe umrle osebe smrt potrdi zdravnik. McClean (2017) navaja tudi izvajanje meritev za potrditev smrti. Tudi v vseh standardih slovenskih bolnišnic je navedeno, da pred začetkom oskrbe umrle osebe smrt potrdi zdravnik. Dva standarda, pa ne navajata uporabe meritev za potrditev smrti. Potrditev umrle osebe se izvede dvakrat: takoj ob ugotovitvi smrti osebe in izvajanju predpisanih postopkov za potrditev smrti ter ponovno pred nameščanjem vznožnega listka (Churchard-Smith, 2017).

Tuje smernice navajajo uporabo osebne varovalne opreme pri izvajanju oskrbe umrle osebe, in sicer rokavice in predpasnik za zaščito zdravstvenih delavcev in preprečevanje morebitnega širjenja okužbe po ustanovi. Standardi vseh slovenskih bolnišnic se držijo priporočil za varovanje zdravja zaposlenih in preprečevanje širjenja okužbe po ustanovi, vendar Hammett (2016) v smernicah navaja tudi uporabo filtrirne zaščitne maske FFP3, zaščitnih očal ali vizirja za oči in zaščitne kape za lase ob okužbah z visoko možnostjo prenosa. Nameščanje položaja telesa je skladno, saj vsi navajajo namestitev telesa umrle osebe na hrbet, s prekrižanimi rokami na trupu, ali zravnanimi in položenimi ob telesu.

Pri napotkih za oskrbo oči ob darovanju roženice navaja McClean (2017) zapiranje oči z izvajanjem rahlega pritiska na veke za 30 sekund prek navlaženega zloženca, kar omogoči zaščito tkiv, ki bodo potencialno posmrtno presajeni. Hammett (2016) navaja v smernicah tudi možnost kontaktiranja klinične MS s posebnimi znanji iz transplantacijske dejavnosti ob vprašanih o posebnostih oskrbe umrle osebe, od katere bodo odvzeti organi in/ali tkiva. V enem standardu slovenskih bolnišnic je naveden postopek za oskrbo oči. Razlog za odsotnost tega postopka v drugih standardih, pa je morda neizvajanje transplantacijske dejavnosti.

V primeru odrejene sodnomedicinske obravnave umrle osebe ali predhodno odrejene obdukciji ob smrti, Churchard-Smith (2017) in McClean (2017) navajata, da se oskrba umrle osebe ne sme izvesti. V takem primeru se umrlo osebo brez izvajanja oskrbe namesti v vrečo za truplo in obvesti osebje mrtvašnice; to nato odpelje umrlo osebo na oddelek za patologijo za nadaljnjo obravnavo. Zaradi prisotnosti novejših smernic in starosti slovenskih standardov, so ti postopki navedeni samo v enem, kot tudi uporaba vreče za trupla. Navedeno je, da naj se le-ta uporablja pri osebah, pri katerih se pričakuje večje iztekanje telesnih tekočin ali v primeru suma na nalezljivo bolezen/ali že potrjeno nalezljivo bolezen (Nadižar, et al., 2014).

Standardi vseh slovenskih bolnišnic navajajo nameščanje zobne proteze pri oskrbi umrle osebe, ne navajajo pa uporabe krem ali past za fiksacijo zobne proteze, kot to navaja McClean (2017). Uporaba tovrstnih pripomočkov pri nameščanju zobne proteze pri oskrbi umrle osebe bi pripomogla k lažji namestitvi naravnega položaja ustnic in posledično k ohranitvi obraznih potez ter naravnega videza obraza umrle osebe.

V slovenskih standardih oskrbe umrle osebe ni enotno opisanega postopka za izpraznitev sečnega mehurja in črevesja, navajajo le higiensko ureditev. Churchard-Smith (2017) in McClean (2017) navajata, da je to potrebno zaradi nadaljnjih postopkov oskrbe in transporta umrle osebe, ki ni nameščena v vrečo za truplo, ampak je le zavita v rjuho. Neprijeten vonj lahko vpliva tudi na žalujoče svojce in pomembne druge, ki se pridejo posloviti od umrle osebe. V smernicah za oskrbo umrle osebe v tujih bolnišnicah se priporoča preveza izločajočih, nezaceljenih ran, izločalnih in hranilnih stom, namestitev vpojne obloge in preplepljenje obloge z nepremočljivim obližem. Tak postopek ni naveden v slovenskih standardih. Navedeno je le, da se zaščitni vbodna mesta z zloženci in obliži. Umivanje telesa umrle osebe, ki je nujno zaradi ohranjanja dostojanstva do umrle osebe, je navedeno v vseh slovenskih standardih in smernicah tujih bolnišnic. Slovenske bolnišnice ne posvečajo oblačenju umrle osebe posebne pozornosti in nimajo navedenega postopka oblačenja, ampak opisujejo zavijanje ali pokrivanje z rjuho, preden se umrlo osebo namesti v vrečo za trupla ali odpelje v mrtvašnico oziroma pogrebni zavod. Vse tuje smernice pa navajajo, da se umrlo osebo prednostno obleče v njena lastna oblačila, če so na voljo, če niso, pa v bolnišnična oblačila. Popis osebne lastnine ob prisotnosti druge MS je naveden v vseh standardih slovenskih bolnišnic. Odstranjevanje nakita s telesa umrle osebe je navedeno v vseh standardih, vendar noben izmed njih ne navaja, ali naj MS pusti nakit na umrli osebi, če svojci to želijo. Zaradi možnosti odtujitve osebne lastnine ali dragocenosti umrle osebe in posledične povzročitve stresa svojcem in pomembnim drugim bi morali imeti v vseh bolnišnicah po Sloveniji enoten način evidentiranja in hrambe osebne lastnine in dragocenosti pacientov in umrlih oseb.

Paliativna oskrba zajema tudi skrb za žalujoče svojce in pomembne druge, s katero zdravstveno osebje nudi podporo pri procesu žalovanja in omogoči mirno slovo od umrle osebe. Churchard-Smith (2017) v smernicah podrobno navaja postopek sporočanja novice o smrti osebno in prek telefonskega klica, kako naj poteka oskrba žalujočih svojcev in pomembnih drugih, kakšni naj bodo optimalni pogoji zasebnosti za ogled umrle osebe. Traer in sodelavci (2017) navajajo: napotitev žalujočih svojcev k zdravstvenemu osebju s posebnimi znanji s področja paliativne oskrbe, ki jim nudi vse informacije in napotke v povezavi s postopki urejanja dokumentov po smrti, prevzem osebne lastnine umrle osebe; urejanje pogrebnih storitev; transport umrle osebe v državo, v kateri bo pokopan. Nudijo jim tudi psihično oporo pri žalovanju, ocenjujejo njihove potrebe pri procesu žalovanja in organizirajo podpirne skupine žalujočih. V standardih slovenskih bolnišnic ni navedenih smernic ali postopkov, ki bi opisovali, kako naj poteka skrb za svojce in pomembne druge.

Izvedli smo tudi kvalitativno analizo in vrednotenje sestave kliničnih standardov o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah, s katero smo ugotavljali vzroke za razlike v vsebini standardov o oskrbi umrle osebe v slovenskih bolnišnicah. Rezultati analize nakazujejo, da na boljšo kakovost standardov vplivata sodelovanje večjega števila avtorjev in tudi uporaba večjega števila literature za pisanje kliničnih standardov. Z vključitvijo dodatnih postopkov oskrbe umrle osebe, ki so opisani v tujih smernicah, pa bi slovenske bolnišnice omogočile celostno paliativno oskrbo umrle osebe ter olajšale proces žalovanja svojcem, pomembnim drugim in zdravstvenim delavcem.

ZAKLJUČEK

Kljub majhnemu številu zajetih tujih kliničnih smernic in standardov slovenskih bolnišnic smo s primerjanjem prikazali paliativen način oskrbe umrle osebe v bolnišnici. Klinični standardi slovenskih bolnišnic so se glede na analizo približali bolj izpopolnjenim in vsebinsko bogatejšim kliničnim smernicam tujih bolnišnic. Slovenske bolnišnice bi se lahko ravnale po smernicah tujih bolnišnic in z informacijami iz njih dopolnile standarde, ki so v rabi v klinični praksi, hkrati pa oblikovale tudi nove dokumente in gradivo za zdravstvene delavce, ki bi zajemali informacije in napotke, ki so trenutno manjkajoči ali pomanjkljivi v standardih oskrbe umrle osebe. S tem bi omogočili pridobivanje in krepitev znanja zdravstvenih delavcev, ki izvajajo oskrbo umrle osebe v bolnišnici, prav tako pa bi se približali paliativni oskrbi umrle osebe v slovenskem prostoru.

LITERATURA

- Becker, C.A., Wright, G., Schmit, K., 2017. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied Nursing Research*, 33(2), pp. 149–154.
- Benedik, J., 2011. Oskrba bolnika ob koncu življenja. *Onkologija*, 15(1), pp. 52–58.
- Churchard-Smith, M., 2017. *Care of the deceased policy and guidelines*. Leicester: Leicestershire Partnership NHS Trust. Available at: <http://www.leicspart.nhs.uk/Library/CareofDeceasedPolicyexpDec18.pdf> [13. 1. 2018].
- Dougherty, L. & Lister S. eds., 2015. *The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures*. 9th ed. London: Wiley Blackwell, pp. 413–421.
- Hammett, K., 2016. *Bereavement/care at and after death policy*. Truro: Royal Cornwall Hospital. Available at: <https://doctrinary-rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/PalliativeCare/175BereavementCareAtAndAfterDeathPolicy.pdf> [8. 1. 2018].
- Janežič, K., 2016. *Oskrba umrlega*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto. Interno gradivo.
- Kalin Vodopivec, M., 2008. *Klinična pot obravnave umrlega v SB Nova Gorica*. Nova Gorica: Splošna bolnišnica »Dr. Franca Derganca« Nova Gorica. Available at: http://www.bolnistica-go.si/system/files/obrnava_umrlega.pdf [25. 2. 2018].
- McClellan, H., 2017. *Care after death*. Salisbury: Salisbury Hospital. Available at: http://www.icid.salisbury.nhs.uk/ClinicalManagement/EndOfLifeCare/Pages/CareAfterDeath.aspx#6_appendices [3. 2. 2018].
- Mlinšek, A., 2012. Soočanje izvajalcev zdravstvene nege s smrtjo pacienta. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(3), pp. 106–117.
- Nadižar, I.F., Medvešček Smrekar, M., Kazič, S., Bobnar, A., Naka, S., Žakelj, N., et al., 2014. *Zdravstvena nega pokojnika*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. Interno gradivo.
- Traer, D., Alexander, V., Lindsay, A., 2017. *Care of an adult patient after death*. Portsmouth: Portsmouth Hospital. Available at: <http://www.porthosp.nhs.uk/about-us/policies-and-guidelines/policies/Clinical/Adult%20Patient%20Death%20Policy.docx> [20. 2. 2018].
- Wilson, J., 2015. *Guidance for staff responsible for care after death*. London: Hospice UK. Available at: <https://www.hospiceuk.org/what-we-offer/publications?cat=72e54312-4ccd-608d-ad24-ff0000fd3330> [27. 12. 2017].
- Zajc, M., Skela Savič, B., Piškur, J., Musič, D., Cerar, C., Petrica, I., et al., 2008. *Oskrba umrlega v bolnišnici*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana. Available at: https://www.onko-i.si/fileadmin/_migrated/content_uploads/Klinicna_pot_oskrba_umrlega_v_bolnistica.pdf [27. 2. 2018].



UČENJE KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN S SIMULIRANIM PACIENTOM

Learning communication skills with a simulated patient

Romana Zupan, dipl. m. s., mediatorka

Zdravstveni dom Ljubljana - Inštitut za raziskave in razvoj osnovnega zdravstva – IRROZ, Mediacijski center

Tadeja Kolander, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Ljubljana – Center, Zdravstvena vzgoja šolskih otrok in mladine

romana.zupan@zd-lj.si

IZVLEČEK

Komunikacijske veščine so temelj za ustvarjanje zaupnega odnosa med pacienti in zdravstvenimi delavci. Obenem so najboljše orodje za preprečevanje ter reševanje nesporazumov, nezadovoljstva in sporov. S slednjimi se zdravstveni delavci lahko srečujejo v odnosu s pacienti, zlasti kadar imajo le ti nerealna pričakovanja in zahteve. Učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom predstavlja uspešno, kakovostno in varno metodo usposabljanja. Omogoča, da v teoriji predstavljeni dejstva in tehnike ustreznega dialoga ob simuliranih situacijah preizkusimo tudi v praksi. Simulirani pacient in simulacijsko okolje s pomočjo projekcij, opreme ter vnaprej pripravljenih scenarijev posnema realno okolje in realne težavne situacije. Simulacije temeljijo na aktivnem učnem pristopu in omogočajo izkustveno učenje. Namen prispevka je opisati učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom. Pacient, čigar vedenje je neustrezno, doživlja negativna čustva in na podlagi teh izraža zahteve (pogosto nerealne). Zdravstveni delavci se na simuliranem pacientu učijo prepoznati čustva, aktivno poslušati, ustrezno neverbalno komunicirati (drža telesa, mimika obraza, položaj rok itd.), povzemati, se vživeti in osredotočiti na interes pacienta. Naučene in dobro osvojene komunikacijske veščine omogočajo zdravstvenemu delavcu, da komunikacija poteka mirno in v okviru realnih možnosti, ki jih dana situacija ponuja. S tem lahko bistveno zmanjšamo pojavnost konfliktnih situacij ter stres, ki ga zdravstveni delavci ob tem doživljajo.

Ključne besede: simulacijsko okolje, igrani scenarij, neustrezno vedenje pacienta, izkustveno učenje, ABC koraki sporazumevanja

ABSTRACT

Communication skills are the foundation of creating a trusting relationship between patients and healthcare professionals. At the same time, they are the best tool for preventing and addressing the misunderstandings, dissatisfaction and conflicts that health professionals face in relation to patients, especially when the latter have unrealistic expectations and demands. Learning communication skills with a simulated patient represents an effective, high-quality and safe training method. It enables us to practise the theoretical knowledge and techniques of appropriate dialogue in simulated situations. With the aid of projections and equipment as well as pre-prepared scenarios, the simulated patient and the simulation environment imitate the real environment and replicate authentic problematic situations. Simulations are based on an active approach and allow for experiential learning. The aim of the paper is to demonstrate the learning of communication skills with a simulated patient. A patient with inadequate behaviour experiences negative feelings and expresses his/her (often unrealistic) demands on the basis of these feelings. Health professionals learn to recognise emotions in the simulated patient, to listen actively, to display appropriate nonverbal communication (body posture, facial mimics, position of the hands, etc.), to summarise, to empathise and to focus on the patient's interests. Studied and well-adapted communication skills enable the healthcare professional to communicate calmly, while remaining within the realistic possibilities available in the given situation. This results in a significant reduction in the incidence of conflict situations and in the stress experienced by healthcare professionals.

Keywords: simulation environment, role-playing scenario, inadequate patient behaviour, experiential learning, ABC communication steps

UVOD

Medsebojno sporazumevanje je temelj vsakega odnosa. Skozi različna življenjska obdobja krepimo veščine komuniciranja od osnovnega učenja govora v otroštvu, širjenja besednega zaklada in ponotranjanja pravil ustnega ter pisnega izražanja v času formalnega izobraževanja.

Za izboljšanje komunikacijskih veščin ne zadošča samo učenje iz knjig in udeležba na predavanjih. Teoretično znanje je osnova za razumevanje značilnosti sporazumevanja, vendar to za njegovo učinkovito izvajanje v praksi ni dovolj. Komunikacijskih veščin se je najučinkoviteje možno naučiti ali jih spremeniti prav z izkustvenimi metodami učenja (Zidanšek, et al., 2013).

Namen prispevka je predstaviti izkustveno učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom v Mediacijskem centru Zdravstvenega doma Ljubljana (v nadaljevanju MC ZDL) kot napredno obliko usposabljanja. Predstavljeni so ABC koraki učinkovitega sporazumevanja, ki lahko zdravstvenim delavcem pomagajo, da v vsaki situaciji komunicirajo mirno in profesionalno ter s tem preprečujejo stresne situacije, ki bi lahko nastale. Cilj prispevka je prikazati prednosti naprednih treningov komunikacijskih veščin s simulacijami, ki naj bi bili del kontinuiranega poklicnega usposabljanja zdravstvenih delavcev.

UČENJE KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN S SIMULIRANIM PACIENTOM V MC ZDL

Ena od vodilnih vlog MC ZDL je izvajanje kontinuiranih in naprednih treningov komunikacijskih veščin s pomočjo simuliranega pacienta. Namenjeni so vsem timom v zdravstvu.

Izkustvene metode učenja, ki jih izvajamo v MC ZDL so:

- razprava o primerih težavnega sporazumevanja iz delovnega okolja udeležencev,
- opazovanje situacije (ogled igranega scenarija, opazovanje trenerja komunikacijskih veščin pri vodenju komunikacije v zahtevni situaciji),
- ogled videoposnetkov in filmov z razpravo,
- vključitev simuliranih pacientov,
- analiza in ocena skupine udeležencev in trenerja komunikacijskih veščin o opravljenem zaigranem scenariju.

Pri našem učenju se trenerji komunikacijskih veščin poslužujejo vseh naštetih metod s ciljem, da bi udeleženci teoretično predstavljena dejstva že v učnem procesu sprva opazovali, nato pa tudi praktično preizkusili v več zaigranih situacijah s pomočjo simuliranega pacienta.

V nadaljevanju je opisan proces treningov komunikacijskih veščin v MC ZDL. Vsebina obsega:

- teoretična izhodišča (psihologija konflikta, prepoznavanje čustev, pacient z neustreznim vedenjem, ABC koraki učinkovitega sporazumevanja),
- treninge s simuliranim pacientom,
- evalvacije učnega procesa.

Pri našem delu izhajamo iz stališča, da z uporabo ustreznih komunikacijskih veščin gradimo s pacientom odnos, ki temelji na medsebojnem spoštovanju in razumevanju. Obenem spretno, mirno in profesionalno preprečujemo in rešujemo nesporazume. Po naših izkušnjah so za zdravstvene delavce med težjimi situacije, ko ima pacient nerealna pričakovanja in je njegovo vedenje neustrezno.

Pacient z neustreznim vedenjem

Zdravniki družinske medicine zaznavajo povprečno 15 % svojih pacientov kot težavnih (Kopčavar Guček, 2012). Ko govorimo o pacientu z neustreznim vedenjem, lahko mislimo na pacienta ali pa njegove svojce, saj so družinski člani prisotni pri približno tretjini obiskov v ambulantah. Gre za osebe, ki so lahko prijazni in dobronamerni posamezniki, v drugačnem okolju pa postanejo moteči, težje sprejemljivi in naporni v sporazumevanju (Rotar Pavlič, 2012). Pacienti z neustreznim vedenjem so lahko tudi zahtevni posamezniki, ki imajo telesne in psihične težave, so funkcionalno prizadeti, pogosto obiskujejo zdravstvene ustanove ali pa so izrazito nezadovoljni z zdravstvenim sistemom.

Njihovo vedenje je nasilno, agresivno, žaljivo, imajo ponavljajoče se, nerešljive ali številne težave. Se stalno pritožujejo, izražajo nezadovoljstvo, pričakujejo druge koristi, so manipulativni, nadležni, nesodelujoči ali lažnivi in izkoriščevalski (Kopčavar Guček, 2012).

Poleg somatskih vzrokov lahko pacienta do težavnega vedenja pripeljejo tudi drugi dejavniki: prevelika pričakovanja, prepolne čakalnice, predolgo čakanje, slaba opremljenost prostorov, slabe komunikacijske sposobnosti zdravstvenih delavcev, slaba sposobnost obvladovanja lastnih reakcij in osebno zapletanje v konflikte ter pomanjkljivo informiranje pacienta s strani zdravstvenih delavcev (Vovko & Rukavina, 2017). Obnašanja drugih ljudi ne moremo neposredno obvladovati, lahko pa se naučimo obvladovati lastno obnašanje in razvijemo ustrezne komunikacijske veščine (Cava, 2003).

ABC koraki učinkovitega sporazumevanja s pacientom

V MC ZDL udeleženci spoznajo ABC korake učinkovitega sporazumevanja s pacientom, ki obsegajo prepoznavo čustev, aktivno poslušanje, povzemanje pacientove zgodbe, izražanje empatije in končni dogovor (Slika 1).

A	ČUSTVA	Prepoznavna čustva	Slišim, da vam je težko. Slišim, da ste v stiski. Vidim, da vas skrbi. Vidim, da vam je pomembno.
B	ZGODBA	Aktivno poslušanje	Kaj se je zgodilo? Povejte mi kaj več? Kakšne težave imate?
		Povzemanje	Če vas prav razumem, ... Pravite, da ...
		Empatija	Žal mi je, da ..
C	DOGOVOR	Predlog	Predlagam, da ...
		Rešitev	Kako bi se dogovorila?
		Zahvala	Me veseli, da ...

Slika 1: ABC koraki učinkovitega sporazumevanja s pacientom

ABC koraki učinkovitega sporazumevanja so preprosti in so zdravstvenim delavcem v veliko pomoč še posebno, ko komunicirajo s pacientom z neustreznim vedenjem. Uporabni so tudi v vsakodnevnem življenju pri sporazumevanju s sodelavci, družinskimi člani, prijatelji in drugimi osebami.

A/ Čustva

Ob prvem stiku pacienta z nasmehom in prijaznostjo poslušamo in ga ne prekinjamo, damo mu čas, da zbere misli in s svojimi besedami izrazi občutke. Čustva in razpoloženja v odnosu med pacientom in zdravstvenim osebjem se izražajo z besedami in nebesednimi znaki (Selič, 2012). Razberemo jih iz obrazne mimike, drže telesa, tona glasu ali pa čustvo pacient sam omeni med pogovorom. Ko pri pacientu ali svojcu prepoznamo močna čustva, jih je potrebno identificirati in imenovati (Betetto, 2011). Rečemo: »Vidim, da vas skrbi ...«, »Slišim, da vam je hudo.«, »Vidim, da vam je težko.«, »Slišim, da ste v stiski.« Če imamo težavo z imenovanjem pravega čustva, uporabimo: »Vidim, da vam je to pomembno.«

B/ Zgodba

Bistveno za dober odnos s pacientom je, da zdravstveni delavec posluša njegovo zgodbo (Heath, 1998; Ule, 2010). Pri tem se ne sme izgovarjati na pomanjkanje časa, saj pacient tega ne želi slišati in ga v navalu jeze ne zanima (Lesar, 2008). Ko zdravstveni delavec prepozna in imenuje čustva, pacienta z aktivnim poslušanjem, z vprašanji in povzemanjem spodbuja, da mu pove svojo zgodbo. Po naših izkušnjah se za njegovo jezo običajno skriva strah, bolečina ali negotovost. Ko z besedami to izrazi, se začne umirjati in njegov ton glasu se zniža.

Aktivno poslušanje

Najpomembnejša in temeljna veščina, ki jo uporabljamo pri komunikaciji s pacientom, je aktivno poslušanje. Pacienta pozorno poslušamo in smo vanj popolnoma usmerjeni, ga ne prekinjamo ter ne posredujemo svojih mnenj in odgovorov (Kopčavar Guček, 2012). Pacient dobi občutek, da je za nas pomemben (Metelko, 2018). Ena od osnovnih človekovih potreb je potreba po sprejetju s strani drugih (Betetto, 2011). Aktivno poslušati pomeni več, kot le slišati besede. Poslušati z ušesi, očmi, srcem in razumom pomeni prepoznati vsebino, dejstva ter pomen besed (Metelko, 2018). Aktivno poslušanje mora biti podprto z ustreznim neverbalnim komuniciranjem. Obrnjeni smo proti pacientu, vzpostavimo očesni stik, občasno pokimamo, drža telesa naj bo odprta in ton glasu miren.

Z aktivnim poslušanjem pokažemo pacientu, da nam je pomemben in da nas zanima njegova zgodba. Je temelj za oblikovanje zaupanja. Zanima nas, zakaj imajo pacienti ali svojci težave, kakšna je njihova preteklost, ali so imeli pred tem z zdravstvom neugodno izkušnjo, ali imajo finančne težave, nerealna pričakovanja, so morebiti doživeli izgubo, čemu strahovi (Rotar Pavlič, 2012). Uporabimo vprašanja: » Povejte mi kaj več.«, »Kaj se je pa zgodilo?«, »Kaj potrebujete?«

Povzemanje

Med poslušanjem uporabljamo komunikacijsko večino povzemanja. Povzamemo tiste besede pacienta ali svojca, ki predstavljajo bistvo, identificirajo čustvo ali usmerjajo pogovor v želeno smer. Povzamemo glavne misli in občutke. Uporabljamo pacientove besede ali vsebinsko podobne. Opuščamo besede, ki so manj koristne (Metelko, 2018). S povzemanjem izluščimo glavno vsebino in uporabimo besedišče pacienta. S tem preverimo, če smo ga pravilno slišali in dobimo dodatne informacije. Dajemo občutek, da ga razumemo, hkrati pa pacient ponovno sliši, kar nam je povedal. S tem pridobimo njegovo zaupanje in pomirijo se močna čustva (Betetto, 2011).

Povzemamo z besedami:

»Če vas prav razumem ...«

»Pravite, da ...«

»Slišal sem vas reči, da ...«

»Menite torej, da ...« (Metelko, 2018).

Primer pravilnega povzemanja:

Mamica: »Dopoldan sem bila z otrokom na specialističnem pregledu in so mi rekli, naj čim prej dostavim napotnico. Ves čas sem klicala v ambulanto, pa se nihče ne oglasi. Nujno potrebujem napotnico, me ne zanima, ali naša zdravnica dela ali ne.«
Medicinska sestra: »Če vas prav razumem, ste pregled že opravili in potrebujete napotnico.«

Mamica: »Ja, so bili zelo prijazni in so nas vzeli brez napotnice. Še danes jim jo moram dostaviti.«

Primer povzemanja, ki ne koristi poteku pogovora (izbrane so neustrezne besede):

Mamica: »Dopoldan sem bila z otrokom na specialističnem pregledu in so mi rekli, naj čim prej dostavim napotnico. Ves čas sem klicala v ambulanto, pa se nihče ne oglasi. Nujno potrebujem napotnico, me ne zanima, ali naša zdravnica dela ali ne.«
Medicinska sestra: »Pravite, da ste že klicali?«

Mamica: »Ja, vsaj dvajsetkrat sem klicala. A pri vas sploh kdo dviguje telefone? Nemogoče vas je dobiti.«

Empatija

Empatično zdravstveno komuniciranje zajema spoštovanje pacientovega dostojanstva in samopodobe (Ule, 2010). Pacient občuti, da je celostno obravnavan in sprejet (Selič, 2012). Med poslušanjem pacientove zgodbe lahko rečemo: »Žal mi je, da...«.

C/ Dogovor

Ko pacientu namenimo dovolj časa, da izrazi svoja čustva in pove zgodbo, težave, skrbi, strahove, se umiri in je zmožen prisluhniti našemu predlogu ali celo sam predlaga rešitev. Dogovorimo se v okviru potreb in možnosti. Pogovor se lahko zaključi z zahvalo s strani pacienta ali zdravstvenega osebja (Trček, 1998).

TRENINGI S SIMULIRANIM PACIENTOM

Izobraževanje zdravstvenih delavcev s pomočjo simulacij je v svetu in pri nas v polnem razmahu (Karnjuš & Pucer, 2012). Tako vse pomembnejšo vlogo v učenju nasploh in tudi v učenju komunikacije dobivajo simulirani oziroma standardizirani pacienti, ki prevzamejo vlogo pacientov ali svojcev. S pomočjo simuliranega pacienta se je možno učiti preprostih komunikacijskih spretnosti kot tudi bolj zapletenih oblik sporazumevanja (Zidanšek, et al., 2013).

Simulirani pacient je zdrava oseba, ki je usposobljena igrati vlogo pacienta na realističen način. (Zidanšek, et al., 2013). Oseba, ki igra simuliranega pacienta, je za to vlogo ustrezno usposobljena in naučena, kako odigrati določeno situacijo oz. bolezensko stanje. Simulacija temelji na vnaprej pripravljenem scenariju.

Pri učenju komunikacijskih veščin v MC ZDL udeleženca soočimo z neustreznim vedenjem simuliranega pacienta. S pomočjo stenske projekcije se posnema delovno okolje (npr. ambulanta, čakalnica), da se čim bolj približamo realnosti. Željeno je, da so udeleženci izobraževalnega modula oblečeni v delovna oblačila, da je stopnja doživljanja resničnosti čim večja (Shellenbarger & Edwards, 2011 cited in Karnjuš & Pucer, 2012). Po naših izkušnjah se večina sodelujočih tako vživi v situacijo, da ob tem doživlja veliko mero realnega stresa in odziv tudi lastnih čustev.

Udeleženci treninga komunikacijskih veščin, ki opazujejo komunikacijo soudeleženca s simuliranim pacientom, se ob tem prav tako izkustveno učijo.

Vsaki simulaciji sledi evalvacija tako s strani učečega v simulaciji kot tudi trenerja komunikacijskih veščin. K analizi videne- ga so pozvani tudi ostali udeleženci, ki poudarijo pozitivne vidike izvedene simulacije. Tako vsestransko izkustveno učenje zahteva manjše število udeležencev, saj ti nenehno aktivno sodelujejo.

Prednosti učenja s simuliranim pacientom, ki jih ugotavljamo ob izvajanju delavnic v MC ZDL:

- učinkovitejše učenje, saj temelji na lastnem izkustvu,
- sprotno prilagajanje simuliranega pacienta glede na odziv, komunikacijo ter znanje udeleženca,
- napake v komunikaciji nimajo škodljivih posledic,
- učni proces se lahko kadarkoli prekine (za dodatne napotke),
- iskrene povratne informacije tudi s strani simuliranega pacienta,
- omogoča ponovitev simulacije z istim scenarijem za izboljšanje ali utrditev znanja,
- večji občutek varnosti udeleženca (kadar so veščine pomanjkljive),
- omogoča boljšo pripravljenost in višjo raven samozavesti pred povratkom v delovno okolje in izpostavljenostjo podobnim situacijam.

DISKUSIJA

Učenje komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom predstavlja napredno obliko usposabljanja v zdravstvu. Teoretično znanje se podkrepi z igro scenarijev iz delovnega okolja, pri čemer sodeluje vnaprej usposobljen simulirani pacient. Tovrstno učenje je varno, dviguje samozavest in omogoča utrditev znanja. Dostopno naj bo vsakemu zdravstvenemu delavcu, ki v sebi prepozna potrebo po pridobitvi ali nadgraditvi tovrstnih znanj, saj je ustrezna komunikacija osnovna delovna veščina, ki nam v primeru znanja le te delo olajša in obogati.

Dobro sporazumevanje med zdravstvenim delavcem in pacientom je osnova za vzpostavitev kakovostnega odnosa, medsebojnega sodelovanja ter zaupanja. Posledično je prav ustrezna komunikacija velikokrat eden od glavnih kriterijev dobre obravnave in osebnega zadovoljstva tako na strani pacienta kot zdravstvenega delavca.

Komuniciranje ima osrednji pomen, ko pacienti ocenjujejo zadovoljstvo glede zdravstvenih storitev in njihovih izvajalcev. Analiza anket o zadovoljstvu pacientov v Zdravstvenem domu Ljubljana v obdobju od leta 2012 do 2018 kaže, da so pacienti kot najpomembnejše na prvo mesto postavili zadovoljstvo z odnosom osebja (85,7 %) pred strokovnostjo (62,0 %), kakovostjo dela (51,0 %), organizacijo dela (45,2 %) in nazadnje izvajanjem pravil ZZZS (13,4 %) (Zdravstveni dom Ljubljana, 2019).

Večina pacientov iz raziskave, ki je bila opravljena v Avstraliji, so ocenili komunikacijske in odnosne kompetence zdravstvenih delavcev kot najpomembnejše, celo pomembnejše od njihovega strokovnega znanja (Lupton, 1996 cited in Ule, 2010). Podobne so bile tudi ugotovitve raziskave opravljene med članicami in člani Društva pljučnih bolnikov v Sloveniji (Ule, 2010).

Tekom izvajanja delavnic smo zaznali, da so komunikacijske veščine v odraslih ljudeh že zelo izoblikovane in zasidrane. Spreminjanje ni enostavno. Nadgrajevanje znanja zahteva ponavljanje izkustvenih delavnic. Pri nekaterih zdravstvenih delavcih je možno zaznati tudi odklanjanje tovrstnega učenja in prepričanje v zadostno usposobljenost v komunikacijskih veščinah.

ZAKLJUČEK

Ob množici pacientov se zdravstveni delavci srečujejo tudi z zahtevnimi ali celo neprijetnimi situacijami. V teh so ustrezne komunikacijske veščine tiste, ki jim pomagajo, da lahko vodijo ustrezno sporazumevanje in ohranijo profesionalen ter dober medsebojni odnos s pacientom. Treniranje in redno obnavljanje komunikacijskih veščin bi moralo biti eno od bolj pomembnih usposabljanj vsakega zdravstvenega delavca.

Trening komunikacijskih veščin s simuliranim pacientom predstavlja sodoben, napreden in učinkovit način pridobivanja znanja, saj temelji na lastnem izkustvu. Omogoča številne prednosti, kot so sprotno prilagajanje, možnost ponavljanja ali korekcije, kar daje občutek varnosti in dviguje samozavest udeležencem pred povratkom v delovno okolje.

Učenje in nadgradnja komunikacijskih veščin zahteva posameznikovo aktivnost, saj spreminjanje že ustaljenih komunikacijskih vzorcev potrebuje ustrezno izobraževanje (najbolje izkustveno) ter dovolj ponavljanj v praksi, da se novi vzorci ponotranjijo.

Vse več zdravstvenih domov, bolnišnic in drugih ustanov si prizadeva za pridobitev certifikatov, ki zagotavljajo kakovostne storitve. Tako se tudi ustrezne komunikacijske veščine marsikje prepoznavajo kot pomemben element kakovosti, ki močno vpliva na zadovoljstvo naših uporabnikov. S kakovostnim, dostopnim in dovolj pogostim izobraževanjem naj bi bilo tovrstno znanje na voljo čim večjemu številu zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

Betto, N., Hajtnik, Z., Jelen Kosi, V., Klemenčič, A., Kociper, M., eds., 2011. *Mediacija v teoriji in praksi: veliki priročnik o mediaciji*. Ljubljana: Društvo mediatorjev Slovenije, pp. 96–9, 120–121.

Cava, R., 2003. *Kako se sporazumevati s težavnimi ljudmi: tehnike za obvladovanje stresnih situacij*. Kranj: Ganeš, pp. 1.

Heath, I., 1998. Following the story: continuity of care in general practice. In: T. Greenhalgh, et al. eds. *Narrative based medicine*. London, UK: BKJ Books, pp. 83–91.

Karnjuš, I., Pucer, P., 2012. Simulacije - sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babištvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 57–64.

Kopčavar Guček, N., 2012. Kako komunicirati s težavnim bolnikom. In: K. Tušek Bunc, ed. *7. mariborski kongres družinske medicine*, Maribor, 23. in 24. november 2012. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 33–37.

Lesar, Y., 2008. Komunikacija – ključni dejavnik varne in učinkovite perioperativne zdravstvene nege. In: M. Rebernik Milič, ed. *Vseživljenjsko izobraževanje: zbornik XXIV*, Bled 21. in 22. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekoja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 47.

Rotar Pavlič, D., 2012. Težaven bolnik in družina. In: E. Cedilnik Gorup, ed. *Težaven bolnik v družinski medicini: učno gradivo za 29. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, Ljubljana, oktober 2012. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 33.

Metelko, T.P., 2018. *Mediacijske tehnike in veščine 1-50: priročnik za učinkovito preprečevanje in reševanje konfliktov ter osebno rast v komuniciranju*. Ljubljana: Pro Creathor, pp. 33–34, 43.

Selič, P., 2012. Načela sporazumevanja v družinski medicini. In: I. Švab, et al. eds. *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 158–161, 171.

Trček, J., 1998. *Medosebno komuniciranje - kontaktna kultura*. Ljubljana: Korona Plus, pp. 91–99, 124–128.

Ule, M., 2010. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, B.M. Kavčič, eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo/ interaktivna konferenca z učnimi delavnicami*, Jesenice, 9. in 10. september 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 18, 21–22.

Vovko, E., Rukavina, T., 2017. Nasilen bolnik in tehnike komunikacije. In: G. Prosen, P. Strnad, Š. Baznik, ed. *Zbornik V. šole urgence*, Zreče 1. in 2. december 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 93–94.

Zidanšek, A., Rifel, J., Švab, I., 2013. Poučevanje sporazumevanja s pomočjo videa in simuliranih bolnikov- 15 let izkušenj Medicinske fakultete v Ljubljani. *Zdravniški vestnik*, 82(3), pp. 192–199.

Zdravstveni dom Ljubljana, 2019. *Letno poročilo Zdravstvenega doma Ljubljana za leto 2018*. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, pp. 66–67.



ALI ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI POZNAJO SIMBOLE NA OVOJNINAH?

Do healthcare professionals comprehend packaging symbols?

Viš. pred. mag. Mojca Dobnik

Univerzitetni klinični center Maribor in Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru

pred. mag. Jožefa Tomažič

Univerzitetni klinični center Maribor; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

Danijela Pušnik, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Maribor

mojca.dobnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Uvod: S simboli na ovojninah medicinskih pripomočkov se zaposleni v zdravstveni negi srečujemo vsakodnevno. Pogosto simbolov ne pogledamo, saj material že poznamo. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi poznajo simbole na ovojninah medicinskih materialov, s katerimi se srečujemo pri svojem delu. **Metode:** Raziskava je zajemala vzorec zaposlenih v zdravstveni negi z najmanj srednješolsko izobrazbo. Vzorec je zajemal 200 zaposlenih v zdravstveni negi v zavodu, odzivnost je bila 96 %. Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna metoda raziskovanja. Vzorčenje je bilo priložnostno, raziskava je potekala v decembru 2018 in januarju 2019. Uporabljen je bil vprašalnik, ki smo ga na podlagi pregleda najpogostejših simbolov medicinskih pripomočkov oblikovali sami. Podatki smo analizirani s pomočjo SPSS 20,00. Za analizo podatkov smo uporabili opisne statistične metode. **Rezultati:** Največ anketirancev je pravilno prepoznalo simbol »sterilno« (98,4 %) in najmanj (38,1 %) jih je pravilno prepoznalo simbol »referenčna številka«. Prav tako z visoko vrednostjo prepoznajo simbol »prepovedana uporaba, če je ovojnina poškodovana« (91,5 %) in »hraniti stran od sončne svetlobe« (94,2 %) in simbol »ne sme priti v stik z vodo« (51,3 %). **Zaključki:** Anketiranci niso v 100 % pravilno prepoznali nobenega od predstavljenih simbolov. Posamezni simboli lahko vplivajo na kakovost in varnost opravljenega dela, zato je izjemno pomembno izobraževanje zaposlenih.

Ključne besede: kakovost in varnost, zdravstvena nega, embalaža

ABSTRACT

Introduction: Every day, nursing staff is facing symbols present on medical device packaging. Often, nurses do not even look at the packaging symbols as they are already acquainted with the material. The aim of the research was to establish, whether nurses comprehend packaging symbols and medical device labels they are encountered with on a daily basis. **Methods:** The research was conducted on a sample of 200 nurses having at least upper secondary education. The response rate was 96 %. A quantitative descriptive method was used to process collected data. A convenience sampling method was employed. The research was conducted in December 2018 and January 2019. Based on the review of the most common medical device symbols we designed our own questionnaire. Data was analysed using SPSS 20.00. Descriptive statistical methods were used to analyse the data. **Results:** Most respondents correctly identified the "sterile symbol" (98.4 %) and the least respondents (38.1 %) identified the "reference number" symbol correctly. They also demonstrated high values of recognizing the symbols "Do not use if package is damaged" (91.5 %), "Keep away from sunlight" (94.2 %) and the symbol "Keep away from rain/keep dry" (51.3 %). **Conclusions:** The comprehension percent for all of the tested symbols was not 100%. Some of these symbols might affect the quality and safety of work, therefore employee training is of significant importance.

Key words: quality and safety, nursing care, packaging

UVOD

Beseda embalaža je francoskega izvora. Pomeni ovojnino – vse, v kar vstavimo, pripravljamo, zavijamo, polnimo oziroma pakiramo (fr. l'emballage) (Snoj, 1981). Svetovna zdravstvena organizacija je ovojnino opredelila kot material iz različnih sestavin, ki obdaja farmacevtsko obliko od časa proizvodnje in ves čas uporabe. Ob tem ima ovojnina namen kemijske in fizične zaščite, predstavitvene, informacijske, identifikacijske funkcije, zagotavljanja sterilnosti in priročnosti (2002).

Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke izdaja navodila za označevanje zdravil za uporabo v humani medicini na stični in zunanji ovojnini, ki dopolnjujejo Pravilnik o označevanju zdravil in navodilu za uporabo. Simboli so enostavno oblikovane slike ali znaki, s katerimi se na nedvoumen način izražajo prepovedi, navodila ali informacije. Simboli so lahko standardizirani, kot na primer oznake previdnostnih ukrepov, ali pa gre za enostavne slike, s katerimi imetnik dovoljenja za promet poudari nekatere ključne informacije, pomembne za pravilno in varno uporabo zdravila, kot so na primer oznaka delov dneva, ko je treba zdravilo vzeti (npr. znak za sonce ali luno; znak za obrok...), oznaka pogojev shranjevanja (npr. hladilnik) (Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, 2018).

Medicinski pripomoček je vsak instrument, aparatura, naprava, programska oprema, material ali drug predmet, ki se uporablja samostojno ali v kombinaciji z dodatki, vključno s programsko opremo, ki jo je proizvajalec ali proizvajalka (v nadaljnjem besedilu: proizvajalec) medicinskih pripomočkov predvidel izrecno za uporabo pri diagnostiki oziroma v terapevtske namene

in je potrebna za pravilno uporabo tega pripomočka, in ki ga je proizvajalec medicinskih pripomočkov predvidel za uporabo na ljudeh (Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, 2018; Albrecht & Jan, 2018).

Medicinske pripomočke razvrščamo glede na stopnjo tveganja za uporabnika in mora pri dajanju na trg nositi oznako CE, ki jo pridobi po postopku ugotavljanja skladnosti z bistvenimi zahtevami predpisov Republike Slovenije ter predpisov Evropske unije, ki urejajo to področje (Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, 2018; Food and Drug Administration, 2016).

Zaposleni v zdravstveni negi v procesu obravnave pacienta uporabljajo določeno tehnologijo, ob tem pa morajo znati varno rokovati z medicinskimi pripomočki, ki so končni proizvodi teh tehnologij. Zaposleni v zdravstveni negi so uporabniki medicinskih pripomočkov in so za njih odgovorni. Predpogoj za kakovostno in varno uporabe medicinskih pripomočkov sta znanje in razumevanje navodil in simbolov ovojnin (McConnell & Fletcher, 1993). Zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo enostavne kakor tudi kompleksne medicinske pripomočke (McConnell, et al., 1996).

Namen raziskave in raziskovalno vprašanje je bilo ugotoviti, ali zaposleni v zdravstveni negi poznajo simbole na stični ovojni, s katerimi zagotavljamo pravilno uporabo materiala in pripomočka ter tako kakovostno in varno delo. Cilj raziskave je izsledke aplicirati v izobraževanje zaposlenih.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna metoda raziskovanja. Vzorčenje je bilo priložnostno, raziskava je potekala v decembru 2018 in januarju 2019.

Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil v prvi fazi raziskave načrtovan anketni vprašalnik, s katerim smo želeli raziskati poznavanje pomena simbolov. Uporabljen je bil anketni vprašalnik, s 5 demografskimi vprašanji in 16 vprašanji zaprtega tipa, kjer so anketiranci imeli podane najpogostejše simbole iz ovojnin.

Opis vzorca

Odločili smo se za 12-odstotni vzorec anketirancev populacije zaposlenih v zdravstveni negi v zavodu. Za delitev vprašalnikov smo uporabili naključno vzorčenje. Anonimnost smo zagotovili s priloženo ovojnico, kamor so anketiranci odložili izpolnjen vprašalnik. Vrnjenih smo dobili 189 vprašalnikov (95 %). Opisna statistika je potekala s pomočjo SPSS 22,0 programa. Opravili smo pregled literature v podatkovnih bazah PubMed in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

V nadaljevanju so v Tabeli 1 predstavljeni demografski podatki anketirancev (spol, starost, delovna doba in izobrazba).

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

Spremenljivka	Kategorija	N	%
<i>Spol</i>	Ženski	158	83,6
	Moški	30	15,9
<i>Starost</i>	manj kot 30 let	47	24,9
	30 do 39 let	57	30,2
	40 do 49 let	43	22,8
	50 let ali več	40	21,1
<i>Delovna doba (skupaj)</i>	manj kot 10 let	256	26,0
	10 do 19 let	258	26,2
	20 do 29 let	234	23,8
	30 let ali več	235	23,9

Spremenljivka	Kategorija	N	%
Najvišja dosežena izobrazba v ZN	srednja	74	39,2
	dipl. m. s./dipl. zdrav./dipl. babica	102	54,0
	magisterij/doktorat s področja ZN	9	4,8
	magisterij/doktorat drugih ved	3	1,0
Klinika	za interno medicino	55	29,1
	za kirurgijo	21	11,1
	samostojni med. odd.	81	42,9
	za ginekologijo in perinatologijo	31	16,4

Legenda: N – število, % – delež v odstotkih

REZULTATI

V nadaljevanju, v Tabeli 2 so predstavljeni rezultati poznavanja simbolov na ovojninah.

Tabela 2: Prikaz poznavanja simbolov ovojnin med zaposlenimi v zdravstveni negi

Simbol	N	%
Referenčna številka	72	38,1
Številka serije	113	59,8
Sterilizirano z etilen oksidom	123	65,1
Ne sme priti v stik z vodo	91	51,3
Hraniti stran od sončne svetlobe	178	94,2
Proizvajalec	135	71,4
Datum proizvodnje	93	49,2
Prepovedana uporaba, če je ovojnina poškodovana	173	91,5
Ni za ponovno uporabo	155	82,0
Omejitev temperature	145	76,6
Zgornja omejitev temperature	84	44,4
Uporabno do	141	74,6
Sterilno	186	98,4
Steriliziran s sevanjem	89	47,1
Sterilizirano z metilnim oksidom	115	60,8
Steriliziran po aseptični tehniki	161	85,2

Legenda: N – število, % – delež v odstotkih

Iz predstavitvene Tabele 2 je razvidno, da na nobeno vprašanje anketiranci v celoti niso odgovorili pravilno. Največ anketirancev je pravilno prepoznalo simbol »sterilno« (98,4 %) in najmanj (38,1 %) jih je pravilno prepoznalo simbol »referenčna številka«. Prav tako z visoko vrednostjo prepoznajo simbol »prepovedana uporaba, če je ovojnina poškodovana« (91,5 %) in »hraniti stran od sončne svetlobe« (94,2 %) in simbol »ne sme priti v stik z vodo« (51,3 %).

DISKUSIJA

V vprašalniku smo uporabili simbole, ki so za vsakdanjo prakso izjemno pomembni, ter tiste, ki neposredno ne vplivajo na delo v samem kliničnem, poznati pa jih morajo tisti, ki se na oddelku ukvarjajo z naročanjem materiala. Iz rezultatov nekoliko zbode podatek, da je samo 82 % anketirancev prepoznalo simbol »ni za ponovno uporabo«, ki ima pomemben vpliv na

klinično prakso. Preostali odstotek anketirancev se je v večini odločil za odgovor – uporaba samo pri enem pacientu. Prav tako je premajhen odstotek (74,6 %) pravilno prepoznal simbol »uporabno do«. Raziskave na to temo med zaposlenimi v zdravstveni negi v literaturi ne zasledimo, primerjavo lahko naredimo z raziskavo, ki je bila sicer narejena med študenti, kjer pa so rezultati veliko slabši (Križmarevič, 2010). Raziskava nam odpira izhodišča številnih raziskav, primerjav med enotami in drugimi demografskimi kazalniki ter je usmeritev vodstvom za izobraževanja zaposlenih v zdravstvu ter zvišanja kakovosti in varnosti v zdravstvu.

ZAKLJUČKI

Napak, povezanih z medicinskimi pripomočki, je še vedno nesprejemljivo veliko (Hamilton, 2007). Zaposleni v zdravstveni negi se moramo zavedati, da bi nepoznavanje simbolov in oznak lahko imelo posledice na zdravljenje pacienta. Pri nobenem vprašanju nismo dobili v celoti pravilnega odgovora vseh anketirancev.

Raziskava je pokazala, da zaposleni v zdravstveni negi prepoznamo simbole, ki jih vsak dan vidimo v klinični praksi na obojninah različnih medicinskih pripomočkov, vendar so za klinično prakso pomembne še vedno v premajhnem deležu. Vedno pogosteje so pripomočki označeni samo s simboli in posamezni imajo neposreden vpliv na varnost pacienta v kliničnem okolju.

LITERATURA

Albrecht, U. V., Hillebrand, U. & von Jan, U., 2018. Relevance of Trust Marks and CE Labels in German-Language Store Descriptions of Health Apps: Analysis. *JMIR Mhealth And Uhealth*, 6 (4), pp. e10394.

Food and Drug Administration, 2016. Requirements for Foreign and Domestic Establishment Registration and Listing for Human Drugs, Including Drugs That Are Regulated Under a Biologics License Application, and Animal Drugs. *Federal Register*, 81 (115), pp. 38911-31.

Hamilton, C. 2007. Critical assessment of new devices. *Perfusion*, 22(3), pp. 167–71.

Larrick, K., 2007. A picture is worth 1,000 words... Symbols break down language barriers in worldwide medical device markets. *Biomed Instrum Technol*, 41(5), pp. 399–401.

McConnell, E. A. & Fletcher, J., 1993. Australian registered nurse medical device education: a comparison of life-sustaining and non-life-sustaining devices. *Journal Advance Nursing*, 18(10), pp. 1586–94.

McConnell, E. A., Cattonar, M. & Manning, J. 1996. Australian registered nurse medical device education: a comparison of simple vs. complex devices. *Journal Advance Nursing*, 23(2), pp. 322–8.6.

Snoj, B., 1981. *Embalaža – sestavina politik izdelkov in komuniciranja v marketingu*. Ljubljana: Delo.

Tarifa Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke. 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 9.

Svetovna zdravstvena organizacija, 2002. Guidelines on packaging of pharmaceutical products. Available at: <http://apps.who.int/medicine-docs/documents/s19638en/s19638en.pdf> [12.03.2019].



VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI UČENJU ŠTUDENTOV POSTAVLJANJA NEGOVALNIH DIAGNOZ PRI STAROSTNIKU

The role of nurses in
teaching students how to give
nursing diagnoses in
the elderly

Ana Marija Švajger, dipl. m. s.
Dom upokojencev Vrhnika

pred. Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

svajgeranamarija@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Vloga medicinske sestre pri učenju študentov postavljanja negovalnih diagnoz pri starostniku.

IZVLEČEK

Uvod: Medicinska sestra se v vlogi klinične mentorice pri učenju študentov srečuje s postavljanjem negovalnih diagnoz. Namen raziskave je bil predstaviti učenje študentov postavljanja negovalnih diagnoz pri starostniku ter analizirati podatke obstoječih raziskav s področja uporabe negovalnih diagnoz v kliničnem okolju in kritično razmišljanje študentov pri postavljanju negovalnih diagnoz. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Zajet je bil pregled literature, objavljene od 2008 do 2018. Uporabljena literatura je bila v slovenskem in angleškem jeziku. V analizo je bilo vključenih 11 člankov. **Rezultati:** Uporaba taksonomije NANDA-I pripomore k postavljanju negovalnih diagnoz. Študenti pri tem razvijejo kritičnost pri postavitvi pravilne negovalne diagnoze, kar je potrebno za postavitve ciljev in izbor ustreznih intervencij. Ugotovili so, da tisti študenti, ki imajo klinično usposabljanje v pozitivnem okolju, pridobijo več izkušenj, podpore in nadzora mentorja, kot študenti, ki tega ne prejmejo, kar vzporedno vpliva na uporabo standardiziranega jezika NANDA-I. **Diskusija in zaključek:** Medicinska sestra klinična mentorica je študentu zgled tudi pri učenju postavljanja negovalnih diagnoz. Lahko izkoristi dano situacijo v kliničnem okolju, da spodbudi uporabo taksonomije NANDA-I.

Ključne besede: negovalne diagnoze, mentorstvo, študenti, taksonomija NANDA-I, starejši ljudje.

ABSTRACT

Introduction: One of the tasks of nurses who are clinical mentors to students is also to give nursing diagnoses. The purpose of the research was to determine the scope is to present how students are being taught nursing diagnoses in elderly people, as well as to analyze the data from existing research in the field of nursing diagnoses in a clinical environment and the critical thinking of students when they are giving nursing diagnoses. **Methods:** We used the descriptive research method. It consisted of the review of publications which were published between 2008 and 2018. The literature used was in Slovene and English. We used the phrases: nursing diagnoses, mentorship, students, nursing students, NANDA-I taxonomy, elderly people. The analysis included 11 articles. **Results:** The use of NANDA-I taxonomy helps to set up nursing diagnoses. Students develop criticality in setting up a proper nursing diagnosis, which is necessary for setting goals and selecting appropriate interventions. They found that those students who have clinical training in a positive environment gain more experience, support and supervision of the mentor than students who do not receive this, which in parallel affects the use of the standardized NANDA-I language. **Discussion and conclusion:** The nurse, a clinical mentor, also serves as an example to the student in setting up nursing diagnoses. It can take advantage of the given situation in a clinical environment to promote the use of NANDA-I taxonomy.

Key words: nursing diagnoses, mentoring, students, NANDA-I taxonomy, elderly people.

UVOD

Praktične izkušnje študentov so del izobraževanja na področju zdravstvene nege (ZN), katerih namen je izboljšati strokovno znanje in veščine študentov, izboljšanje spretnosti raziskovanja, kritičnega mišljenja (Mlinar Reljić, et al., 2016). Refleksija je ključna sestavina izkustvenega učenja, ki študentu omogoči priložnost kritičnega razmišljanja o svojem učenju, izkušnjah in ravnanjih z namenom, da študent lahko poveže nova spoznanja z obstoječimi znanji, izkustvi in idejami (Cvetek, 2015). Študent postopoma pridobi teoretično znanje o negovalnih diagnozah (ND) s strani univerzitetnega učitelja in literature, katerega prenese v konkretno situacijo kliničnega okolja, pri čemer mu je v oporo klinični mentor (Duffy, 2013). Izkušnja v odnosu med mentorjem in študentom je neprecenljiva. Značilnost dobrega mentorja je pozitivna naravnost k učnemu procesu. Tako mentor prispeva k osebni in profesionalni razvoju študenta (McCloughen, et al., 2013). Na področju ND je v našem prostoru v zadnjem letu prišlo do spremembe. Pomembno je, da mentor pri študentu ne povzroča zmede pri postavljanju ND ampak argumentirano povezuje obstoječa znanja o ND z novim orodjem, ki je na voljo od konca leta 2017 tudi v slovenščini. Še vedno se, kot dober način poučevanja vključuje sistem PES, ki je kratica za problem, etiologijo in simptom (Hajdinjak & Meglič, 2012). Natančno postavljanje ND se nanaša na ugotavljanje in dokumentiranje diagnostičnih indikatorjev, kar podpirata NANDA-I in sistem PES. ND so rezultat kliničnega sklepanja in klinične presoje medicinske sestre o človekovih odzivih na zdravstveno stanje in življenjske procese ali o dovzetnosti za te odzive. ND NANDA-I taksonomije-II je sistem, ki temelji na konceptih ZN in strokovne terminologije, ter vsebuje 235 ND, razvrščenih v 13 domen in 47 razredov. Vrste ND so: ND usmerjene v problem, ND promocije zdravja, potencialne ND in sindromske ND. Kot »prehodne«, pa medicinska sestra postavlja tudi vse možne ND, ki se ji zdijo v fazi splošnega ocenjevanja smiselne (Herdman & Kamitsuru, 2017). Namen taksonomije NANDA-I je v tem, da imamo pri postavljanju ND skupne terminološke izraze, kar lahko prepreči nejasnosti ter izboljša komunikacijo v zdravstvenem in negovalnem timu. Uporaba ND taksonomije NANDA-I je pomembna

za diagnosticiranje na podlagi dokazov, ter priporočljiva za natančno postavitev ND pri starostniku in varno izvajanje negovalnih intervencij.

Staranje je dinamičen in progresiven proces, za katerega je značilen kognitivni upad sposobnosti, ki predstavlja veliko skrb za starejše ljudi (Harris, 2017). Poleg anatomskih sprememb sta pri starostniku izrazita bolečina, depresija, obstipacija, inkontinenca urina in blata, nevarnosti padca in motnje spomina (Güler, et al., 2012). Prav zato je staranje prebivalstva ena izmed najaktualnejših političnih, gospodarskih, socialnih in etičnih nalog v današnji Evropi (Chaves, et al., 2010).

Namen in cilji

Želeli smo ugotoviti prisotnost ND v kliničnem okolju pri poučevanju ZN in predstaviti kritično razmišljanje študentov pri postavljanju ND. Cilji raziskave so bili: raziskati uporabo taksonomije NANDA-I pri učenju postavljanja ND, ugotoviti, katere so najpogostejše ND pri starostniku.

METODE

V raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo dela. Pregled literature je trajal od oktobra 2017 do maja 2018 s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, Medline, Science Direct, Science Citation Index, Scopus, Academic Search Complete. Pri iskanju so bile uporabljene naslednje ključne besede in besedne zveze: nursing diagnosis, mentoring, nursing students, NANDA-I taxonomy, elderly people. Znanstvena in strokovna besedila so bila izbrana na podlagi dostopnosti, kakovosti in vsebinske ustreznosti. Z vključitvenimi kriterijem je bilo najdenih 3759 zadetkov na temo vloga medicinske sestre pri učenju študentov postavljanja ND pri starostniku. Na osnovi izločitvenih kriterijev smo izključili dvojnike ($n = 9$), ter nato še glede na naslov in izvleček neprimerne članke ($n = 3721$). Ostalo je 29 člankov primernih za vključitev v raziskavo, vendar smo po vsebinskem pregledu izključili še 18 člankov, ter za končni izbor v analizo pridobili 11 člankov. Kakovost smo preverili s pomočjo štiristo-penjske lestvice po Eccles in Mason (2001).

REZULTATI

Za prikaz rezultatov smo uporabili: Tabela 1: Uporaba NANDA-I pri učenju postavljanja negovalnih diagnoz in Tabela 2: Najpogostejše negovalne diagnoze pri starostniku.

Uporaba standardiziranega jezika po NANDA-I

V kvantitativni študiji univerze v Turčiji so ugotovili, da uporaba ND NANDA-I omogoča študentom razumeti nabor izrazov pri opisovanju klinične presoje v scenariju, ki so ga pripravili učitelji in klinični mentorji študentom (Demir Doğan, 2017). Thomson in sodelavci (2017) so v svoji raziskavi opisovali izkušnje študentov v odnosu z kliničnim mentorjem zadnjega letnika Univerze na Škotskem. Ugotovitve so, da študentje bistveno bolj razumejo uporabo ND NANDA-I, če imajo ustrezno podporo kliničnega mentorja, v pozitivnem učnem okolju. Hakverdioğlu Yönt in sodelavci (2014) so ugotavljali sposobnost študentov prvega letnika pri postavljanju ND NANDA-I v Turčiji. Ugotovili so, da so študentje najpogosteje navajali: anksioznost, bolečino, tveganje za okužbo in pomanjkljivo znanje. Najtežje so poimenovali duhovno stisko, zaradi pomanjkanja teoretičnega znanja ZN. Ogunfowokan in sodelavci (2013) so ugotovili, da kar 81,3 % od 290 študentov meni, da je taksonomija NANDA-I koristna pri postavljanju ND v patronažnem varstvu praktičnega usposabljanja. Palese in sodelavci (2009) so ugotovili, da so študentje s pomočjo NANDA-I taksonomije postavili 75 ND diagnoz. V kvantitativni raziskavi so ugotovili kritično razmišljanje študentov, ki so ga razvili v času študija pri načrtu ZN. To pomeni, da so postavili ND, zastavili cilje, izbrali ustrezne intervencije in ovrednotili izide. Raziskovalci menijo, da ključno vlogo igra uporaba taksonomije NANDA-I, ki omogoča lažji izbor ND in večjo dostopnost. V kliničnem okolju so študentje hitro prepoznali medicinsko diagnozo, katera se ukvarja z boleznijo, obolenjem ali poškodbo. Uporaba osnov ND je prvotno namenjena študentom ZN, ki se učijo ND, kjer poudarjajo kritične korake njihove uporabe, ter prikazuje področje kjer bi prišlo do nenatančnosti postavljanja ND.

Negovalne diagnoze pri starostniku

V brazilski raziskavi so pri starostnikih v institucije za dolgotrajno oskrbo ugotovili najpogostejše diagnostične kazalce kot so: nezmožnost ohraniti nove informacije in opravljanja v preteklosti naučenih spretnosti. Starost pa so označili kot bistveni dejavnik tveganja za zmanjšanje kognitivnih sposobnosti (Montoril, et al., 2016). Pri starostniku po operaciji so medicinske sestre uporabile 14 ND NANDA-I, med katerimi so bile najpogostejše: nevarnost za padce, nevarnost za okužbe, ter nevarnost za oslABLJENO srčno-žilno funkcijo (Tuncbilek & Senol Celik, 2016). Lopes in sodelavci (2013) so v brazilski študiji ugotovili, da so pri 185 starostnicah z rakom na dojki, najpogosteje uporabila ND, kot je: nevarnost za okužbo, anksioznost in strah. Güler in sodelavci (2012) so v študiji ugotovili, da so pri 37 starostnikih v domu za ostarele v Turčiji najpogostejše ND sindrom krhkosti

starostnika, neučinkovita skrb za zdravje, nevarnost za padce, oslABLJENA fizična mobilnost, ter s pomočjo NANDA-I so načrtovali kakovostno ZN starostnika. Valente in sodelavci (2011) so v kvantitativni študiji na Portugalskem želeli prepoznati možne ND in prilagoditi ukrepe za zdravstveno varstvo živečih v domačem okolju. Na osnovi možnih ND so prešli k usmerjenemu ocenjevanju. Med diagnostičnimi kazalniki so prepoznali strah, upad kognitivnih sposobnosti, negotovost in zaskrbljenost, ki so omogočili postavitve pravilne ND, kot je tesnoba. Med prilagoditvenimi ukrepi za kakovostno zdravstveno varstvo starejših so se odločili za zdravstveno vzgojno delo, ki so ga izvajali študenti s pomočjo medicinske sestre v domačem okolju starostnika. Brazilski strokovnjaki so v deskriptivni študiji ugotavljali razumevanje in znanje medicinskih sester o validiranju ND. Medicinske sestre, ki so validirale ND oslABLJEN spomin so opredelile diagnostične kazalce, kot so nezmožnost učenja novih spretnosti, nezmožnost opravljanja preteklih naučenih spretnosti in pozabljivost. Ugotovili so, da so intervencije ZN drugačne, kot če je vzrok nevrološka okvara ali drug spremljajoči dejavnik, na primer anemija (Chaves, et al., 2010).

Tabela 1: *Uporaba NANDA-I pri učenju postavljanja negovalnih diagnoz*

Avtor, leto objave, država	Tipologija, moč dokazov	Namen in cilj	Metodologija	Vzorec	Ključne ugotovitve
Demir DoĀan, 2017, Turčija	Izvorni znanstveni članek – deskriptivna študija III.	Cilj te študije je določiti sposobnost študentov drugega letnika pri postavljanju ND.	Učitelji so pripravili scenarij s 15 ND, v katerem scenariju naj bi študentje postavljali negovalne diagnoze NANADA-I.	V 14 dnevem praktičnem usposabljanju je sodelovalo 59 študentov.	Pri postavljanju ND pripravljene scenarija so študentje s pomočjo NANDA-I in teoretičnega znanja interne medicine pravilno postavili 13 ND od 15.
Thomson, et al., 2017, Škotska	Izvorni znanstveni članek IV.	Raziskava opisuje izkušnje študentov zadnjega letnika praktičnega usposabljanja v kliničnem okolju.	Študenti zadnjih letnikov so odgovarjali na nestrukturiran intervju glede svojih pričakovanj, podpore in nadzora mentorja v kliničnem okolju.	V raziskavi je sodelovalo 45 študentov, 7 študentov pa je bilo še v kontrolni skupini Univerze na Škotskem.	Študenti, ki imajo klinično usposabljanje v pozitivnem okolju, pridobijo več izkušenj, podpore in nadzora mentorja, kot študenti v manj ugodnem kliničnem okolju, kar vzporedno vpliva na uporabo NANADA-I.
HakverdioĀlu Yönt, et al., 2014, Turčija	Izvorni znanstveni članek – deskriptivna študija III.	Sposobnost študentov pri identifikaciji ND v prvem letu študija.	Študenti so s pomočjo standardiziranega jezika NANDA-I diagnosticirali ND na 14-dnevem kliničnem usposabljanju v prvem letniku študija.	32 študentov prvega letnika Univerze v Turčiji.	Študenti so od 18 ND diagnosticirali 15 ND NANADA-I. Najpogosteje so navajali: bolečina, nevarnost za okužbo, anksioznost in pomanjkljivo znanje. Najtežje so poimenovali ND: duhovna stiska.
Ogunfowokan, et al., 2013, Nigerija	Izvorni znanstveni članek IV.	Razumevanje in uporaba standardiziranega jezika NANDA-I v patronažnem zdravstvenem varstvu.	Študenti so odgovarjali na vprašanja v vprašalniku in intervjuju glede postavljanja ND z uporabo NANDA-I.	V raziskavi je sodelovalo 298 študentov univerze v Nigeriji.	Ugotovitve te študije so pokazale, da študenti imajo znanje o standardiziranem jeziku NANDA-I pri postavljanju ND v patronažnem varstvu.
Palese, et al., 2009, Italija	Izvorni znanstveni članek IV.	Cilj 10-letne študije je proučiti uporabo NANDA-I pri diagnosticiranju ND v času kliničnega usposabljanja.	Izvedli so kvantitativno raziskavo, študenti so izpolnjevali obrazce načrta ZN v vseh treh letnikih.	Sodelovalo je 3784 študentov od leta 1996 do leta 2006. Vključeni so bili v proces ZN pri diagnosticiranju ND in so uporabili NANDA-I.	S pomočjo NANDA-I so študenti pravilno diagnosticirali ND: v 1. letniku 34,9 %, v 2. letniku 42,5 % in v 3. letniku 22,6 %. Najpogosteje so uporabili naslednje ND: pomanjkanje spanja, okvare kože, bolečina, prehransko neravnovesje, slabost, Od ND so najmanj uporabili: duhovnost.

Tabela 2: Najpogostejše negovalne diagnoze pri starostniku

Avtor, leto objave, država	Tipologija, moč dokazov	Namen in cilj	Metodologija, vzorec	Ključna ugotovitve	Ukrepi
Montoril, et al., 2016, Brazilija	Izvorni znanstveni članek – III.	Klinično preverjanje značilnosti oslabiljenega spomina pri starostniku v institucijah z dolgotrajno oskrbo.	V presečni študiji je sodelovalo 123 starostnikov iz ustanove za dolgotrajno oskrbo v Braziliji. Študenti so s pomočjo NANDA-I prepoznavali ND pri starostniku.	Študenti so ocenili, da z uporabo NANDA-I natančneje prepoznavajo ND.	Študenti bodo v praksi podajali jasna, razumljiva navodila starostniku glede ZN, ter ga motivirali pri upoštevanju podanih navodil in pripravljenosti za učenje.
Tuncbilek & Senol Celik, 2016, Turčija	Izvorni znanstveni članek – III.	Določiti najpogostejše ND pri starostniku po operaciji.	V deskriptivni študiji je sodelovalo 129 starostnikov, po operaciji. Podatke so zbrali s pomočjo vprašalnika in načrtov ZN.	Uporabile so 14 ND, med katere so bile najpogostejše: nevarnost za padce, nevarnost za okužbo in nevarnost za srčno-žilno funkcijo.	Medicinske sestre so uporabile tiste najpogostejše ND pri starostniku, ki izhajajo iz njihovega strokovnega področja.
Lopes, 2013, Brazilija	Izvorni znanstveni članek – III.	Identifikacija najpogostejših ND NANDA-I pri starostnici z rakom dojke v po operativnem obdobju.	Pri 185 starostnicah z rakom dojke v po operativnem obdobju so medicinske sestre raziskovale najpogostejše ND.	Po NANDA-I so ugotovili najpogostejše ND kot so: nevarnost za okužbo 95,1%, anksioznost 48,6%, ter strah 41,6% .	Pri načrtovanju ZN starostnice z rakom dojke v po operativnem obdobju so uporabile zdravstveno vzgojno delo.
Güler et al., 2012, Turčija.	Izvorni znanstveni članek – III.	Identificirati najpogostejše ND za pri starostniku v domu za ostarele.	37 starostnikov iz doma za ostarele je sodelovalo v deskriptivni študiji. Podatke so zbirali z vprašalnikom.	Najpogostejše ND: Sindrom krhkosti starostnika, neučinkovita skrb za zdravje, nevarnost za padce, oslabiljena fizična mobilnost .	S pomočjo identifikacije ND bodo načrtovali kakovostno ZN življenjskih aktivnostih pri starostniku.
Valente, et al., 2011, Portugalska	Izvorni znanstveni članek – III.	Identificirati glavne ND starejših z demenco in prilagoditi ukrepe za zdravstveno varstvo starejših.	V kvalitativni študiji je sodelovalo 11 starostnikov v terapevtskem programu za starejše. Uporabili so polstrukturiran intervju.	Med glavne ND so uvrstili tesnobo, strah, stres, kognitivni upad.	Študenti bodo s pomočjo medicinske sestre izvajali zdravstveno vzgojno delo, ki bo vplivalo na zdravje celotne družine, skrb za starejše in kakovostno ZN starejših na domu in v institucijah.
Chaves, et al., 2010, Brazilija	Izvorni znanstveni članek – III.	Opraviti validacijo vsebine za elemente pri diagnosticiranju oslabiljenega spomina.	V deskriptivni raziskavi so preverjali vsebino ND, vezanih na starost in oslabiljen spomin, s pomočjo NANDA-I. Sodelovalo je 28 medicinskih sester.	Ugotovili so, da je potrebno natančno določiti ND oslabiljen spomin z validiranjem.	Študenti bodo s pomočjo medicinske sestre spremljali elektrolitsko ravnovesje, nevrološke motnje, okoljske dejavnike, anemijo, kardiovaskularne spremembe pri starostniku.

DISKUSIJA

Ker so ND pomembna vsebina tudi za študente v kliničnem okolju, se mora medicinska sestra zavedati odgovornosti pri učenju študentov. Za kakovostni odnos med mentorjem in študentom v procesu mentorstva so pomembne mentorjeve osebne značilnosti in vrednote. Med želene lastnosti uvrščajo znanje, navdušenje, interes, dostopnost, prijateljstvo, potrpežljivost in komunikacijske veščine. Značilnost dobrega mentorja je namreč tudi pozitivna naravnost k učnemu procesu, ki zagotavlja pomoč in podporo študentom pri razvoju znanja ZN (Persaud, 2008). Taksonomija NANDA-I zagotavlja razvijanje učnega načrta ZN na podlagi temeljnih konceptov, kar omogoča učitelju, mentorju in študentu, da se osredotočijo na znanje ZN kot znanstvene discipline. Tako učitelj in mentor s svojim specifičnim znanjem prispevata k celostnem pogledu na pacienta, kar postane vsebina realnih izidov pri pacientu in intervencij, ki temeljijo na dokazih, ki jih bo študent uporabil pri pacientu, da mu zagotovi kakovostno ZN in da doseže dogovorjene izide. Študent na področju gerontologije temeljno znanje ZN starostnika poveže s pridobljenim praktičnim znanjem (Demir Doğan, 2017). Pri postavljanju ND se študent opira na ocenjevanje in dokumentiranje spremljajočih dejavnikov in diagnostičnih kazalcev, kar podpira sistem PES in NANDA-I in je ključno za postavljanje natančnosti ND. Prav zato je sistem PES še naprej dober učni način poučevanja klinične presoje. Herdman in Kamitsuru (2017) ugotavljata, da je po svetu v uporabi veliko različnih načinov negovalnih dokumentacij. Vendar menita, da je NANDA-I najboljši zapis ND v klinični praksi v obliki diagnostične izjave, ki vsebuje oznako negovalne diagnoze, spremljajoče dejavnike ali diagnostične kazalce ter je učinkovita strategija za poučevanje. Kognitivni upad pri starostniku je lahko ena izmed patoloških težav ali pa posledica procesa staranja. Posledici sta motena samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnostih ter delna ali popolna izguba delovnih sposobnosti, ki vplivajo na kakovost življenja starostnika. Zato so aktivnosti ZN starostnika usmerjene k ohranjanju, izboljšanju in vzpostavljanju ponovne aktivnosti, ki so usmerjene k večji samooskrbi (Harris, 2017). Z uporabo taksonomije NANDA-I so študentje natančneje prepoznavali možne ND, kar jim omogoča izboljšanje natančnosti in učinkovitosti v ZN starostnika (Montoril et al., 2016). Chaves in sodelavci (2010) trdijo, da študente pogosto spodbujamo k prepoznavanju vseh ND pri pacientu, kar je učna metoda za izboljšanje klinične presoje. Vendar pa v praksi študenti določene ND prepoznajo bolje, kot na primer: akutno in kronično bolečino, moten vzorec spanja, neuravnoteženo prehrano. Najmanj pogosto pa so uporabljali duhovno stisko z izraženimi simptomi, kot so tesnoba, jok, strah (Palese, et al., 2009, Hakverdioğlu Yönt, et al., 2014).

Pri iskanju literature smo dobili veliko število zadetkov na osnovi splošne uporabe ND v tuji literaturi, veliko manj pa v slovenski literaturi. Z omejitvami, s katerimi smo se omejili le na učenje postavljanja ND, se je število bistveno zmanjšalo. Tudi v slovenskem prostoru je medicinskim sestram omogočen dostopnost enotne terminologije na različnih strokovnih področjih ZN. ND NANDA-I tako zagotavljajo standardizirani jezik, kateri je ključ za definiranje prakse ZN v prihodnje.

ZAKLJUČEK

Kakovost odnosa med kliničnim mentorjem in študentom je potrebna za klinično usposabljanje. Ključna vloga medicinske sestre kot klinične mentorice je v integraciji in transferju teorije v klinično prakso, in obratno, saj smo odgovorni za to, da se izkušnje iz prakse vnesejo v teoretične koncepte. Študente spodbujamo k razmišljanju in uvajanju sprememb v klinični praksi tudi z uporabo ND. Tesno sodelovanje med študentom, kliničnim mentorjem in univerzitetnim učiteljem zagotavlja uspešno in učinkovito izvajanje učnega načrta. Zato je klinično okolje z izobraženimi in usposobljenimi kliničnimi mentorji odlično okolje za pridobivanje znanja in uvajanje praktičnih vsebin. Uporaba ND pri starostniku prispeva k individualizaciji ZN. V praksi je pri starostniku velikokrat problem zdravja prav motnja spomina. Proces staranja pomembno vpliva na kognitivni upad. Z ustreznost zdravstveno nego, ki temelji na dokumentiranem zapisu ND pri starostniku, medicinska sestra načrtuje in izvaja kakovostno ZN in tudi zdravstveno vzgojo starostnika.

LITERATURA

Chaves, E.H., de Barros A.L. & Marini, M., 2010. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), pp. 14–20.

<https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2009.01140.x>

Cvetek, S., 2015. *Učenje in poučevanje v visokošolskem izobraževanju*. Ljubljana: Založba Buča, pp.125–137.

- Demir Doğan, M., 2017. Nursing diagnoses determined by second year students. *Journal of Patient Care*, 3(1), p. 125. doi: 10.4172/2573-4598.1000125
- Duffy, K., 2013. Providing constructive feedback to students during mentoring. *Nursing Standard*, 4(3), pp. 50–56. <https://doi.org/10.7748/ns2013.04.27.31.50.e7334>
- Eccles, M. & Manson, J., 2001. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment*, 5(16), pp.14–26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427188>
- Güler E.K., Eser, I., Khorshid, L. & Yücel S.C., 2012. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: a case in Turkey. *Nursing Outlook*, 60(1), pp. 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.007>
- Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2nd ed. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 137–162.
- Harris, M., 2017. Cognitive issues: decline, delirium, depression, dementia. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), pp. 363–374. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.05.001>
- Hakverdioğlu Yönt, G., Korhan, E.A., Erdemir, F. & Müller-Staub, M., 2014. Nursing diagnoses determined by first year students: a vignette study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), pp. 39–42. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12007>
- Herdman, H.T. & Kamitsuru, S., 2017. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacije 2015–2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 21–135.
- Lopes, M.H.B.M., Moura, A.A., Raso, S., Vedovato, T. G. & Ribeiro M.A.S. 2013. Nursing diagnoses in the postoperative period of mastectomy. *Escola Anna Nery*, 17(2), pp. 354–360. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200021>
- McCloughen, A., O'Brien, L. & Jackson, D., 2013. Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. *Nursing Inquiry*, 21(4), pp. 301–310. <https://doi.org/10.1111/nin.12053>
- Mlinar Reljić, N., Šostar Turk, S. & Pajnikihar, M., 2016. Samoocena usposobljenosti študentov zdravstvene nege na podlagi ICN-ovih kompetenc. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 50(3), pp. 215–223. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.3.102>
- Montoril, M.H., Lopes, M.V.O., Santana, R.F. Sousa, V.E.C., Carvalho, P.M.O. & Diniz, C.M., 2016. Clinical validation of the NANADA-I diagnosis of impaired memory in elderly patients. *Applied Nursing Research*, 30, pp. 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.005>
- Ogunfowokan, A.A., Oluwatosin, A.O., Olajubu, A.O., Alao, O.A. & Faremi, A.F., 2013. Student nurses' perceived use of NANDA-I nursing diagnoses in the community setting. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(1), pp. 37–43. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01227.x>
- Palese, A., De Silvestre, D., Valoppi, G. & Tomietto, M., 2009. A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(2), pp. 64–75. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2009.01117.x>
- Persaud, D., 2008. Mentoring the new graduate perioperative nurse: a valuable retention strategy. *AORN Journal*, 87(6), pp. 1173–1179. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.10.014>
- Thomson, R., Docherty, A. & Duffy, R., 2017. Nursing students' experiences of mentorship in their final placement. *British Journal of Nursing*, 26(9): 514–521. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.9.514>
- Tuncbilek, Z. & Senol Celik, S., 2016. Nursing diagnoses and interventions in the care of elderly patients undergoing surgery. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(1), pp. 17–22. <https://doi.org/10.1586/14737167.2016.1136789>
- Valente, G.S.C., Nogueira, G.A., de Mello, L.P., Pereira, V.T., Lindolpho, M.C. & de Sá, S.P.C., 2011. Nursing diagnoses for caregivers of elderly with dementia. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(8): 1835–1841. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v5i8a6867p1835-1841-2011>



SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJSKIH VEŠČIN V ZDRAVSTVU

Specialities of communication skills in health care

Munira Pejić, dipl. m. s., mag. zdr. nege, predavatelj
Psihiatrična klinika Ljubljana

Irena Nišić, dipl. med. zdr. nege
Rehabilitacijski center

irenanisic@yahoo.com

IZVLEČEK

Komunikacija v zdravstvu je kompleksen in interaktiven proces, ki ustvarja osnovo za gradnjo odnosov na relaciji zdravstveno osebje – pacient. Komunikacija je prisotna pri vsakodnevnem delu vseh zdravstvenih delavcev bodisi v odnosu do pacienta bodisi v interakciji s sodelavci. V prihodnosti se pričakuje, da bo učinkovita sodobna komunikacija odpirala interdisciplinarno sodelovanje ter zaposlenim v zdravstvu dala še pomembnejše mesto v družbi. Človek ima kot hierarhično najinteligentnejše bitje s pomočjo komunikacijske kulture in veščin priložnost ter obenem tudi možnost, da uresničuje svoje cilje in interese. Zdravstvo je specifično področje delovanja različnih profilov strokovnjakov, ki svoje znanje, veščine in delovanje usmerjajo in hkrati delujejo v smeri nudenja pomoči posameznikom, ki to pomoč potrebujejo. Strokovni prispevek govori o specifičnosti področja zdravstva in pomembnosti komunikacijskih veščin, ki potekajo na vseh ravneh delovanja. Namenjeno je ljudem, ki potrebujejo pomoč strokovnjakov, ki naj bi poleg humanega in strokovnega področja obvladali še veščine komuniciranja, ki so po svoji naravi specifične. Namen komunikacije je biti slišan, viden, razumljen in sprejet.

Ključne besede: zdravstvo, komunikacija, odnosi

ABSTRACT

Communication in healthcare is a complex, interactive process that creates the basis for building relationships between medical staff - the patient. Communication is present in everyday work with all health professionals either in relation to the patient or in interaction with colleagues. In the future, effective modern communication is expected to open interdisciplinary cooperation, and give employees in health care an even more important place in society. Man, as the hierarchically most intelligent being, has the opportunity and the ability to pursue his goals and interests through communication culture and skills (Agarwal, Sands, et al., 2010). Health is a specific field of action for the various profiles of professionals who direct their knowledge, skills and action in order to provide assistance to individuals who need this assistance. The expert contribution speaks about the specifics of the field of health and the importance of communication skills that take place at all levels of operation. Health is a special "polygon", which requires continuous professional and communication education. It is intended for people who need help from experts who, in addition to the human and professional field, should also master communication skills, which are by their nature specific. The purpose of communication is to be heard, noticed, understood and accepted.

Keywords: health, communication, communication skills

UVOD

Komunikacija je opredeljena kot dinamičen proces namernega ali nenamernega delovanja, prenašanja in sprejemanja sporočil med dvema ali več osebami na verbalen ali neverbalen način (Delbanco & Walker, 2010). Ljudje smo socialna bitja, zato je komunikacija poleg hrane, vode in ljubezni uvrščamo med potrebe, ki so nujne za obstoj (Možina, 2012). Je temelj medosebnih odnosov med ljudmi. Pogosto je opredeljena kot človekovo najgloblje bistvo, s katerim izražamo odnos do sebe in sveta, ki nas obdaja.

Komunikacija je v zdravstvu vedno predstavljala pomembno veščino, potrebno za dobro sodelovanje in razumevanje zaposlenih in pacientov, ki prihajajo po pomoč v zdravstvene sisteme. Kot navaja Gutman (2005), sodobni koncept komunikacijskih veščin zajema telo, čustva in izgovorjeno besedo. Raziskave jasno kažejo na pomembnost koncepta komunikacije v zdravstvu ter veščin prenašanja in sprejemanja informacij (Gorjup & Kodrič, 2014).

Skozi zgodovino se je odnos med zaposlenimi v zdravstvu na eni strani in pacienti na drugi strani hitro spreminjal. Nekdaj tradicionalen paternalistični pristop se zadnje čase spreminja v partnerski enakovreden položaj oziroma odnos (Norouzi- nia, Aghabarari, et al., 2016). Komunikacija je sestavni del odnosov v zdravstvu in nasploh med ljudmi (Hertveit & Thorens, 2013). Sodoben pristop v zdravstvu temelji na holističnem pogledu in pristopu v interakciji s pacientom ali v interakciji med zaposlenimi zdravstvenimi delavci. Komunikacija kot osnovni univerzalni model socialne interakcije omogoča ljudem medosebno sporazumevanje in koordinacijo njihovih aktivnosti. Solet in sodelavci (2005) pravijo, da je komunikacija proces, ki je ključnega pomena za sodelovanje med ljudmi. Brez realizacije komunikacijskega procesa je težko pričakovati informiranost med ljudmi, ki je nujno potrebna in je sestavni del življenja.

V življenju veliko časa namenimo komunikaciji v vseh njenih oblikah, toda še vedno je veliko praznin, ki jih je treba zapolniti, da bi lahko govorili o preoblikovanju komunikacijskih veščin v komunikacijsko kulturo (Garasen in Johansen, 2007).

POMEMBNOST KOMUNIKACIJSKIH SPRETNOSTI

Veščine komuniciranja so pomembne na vseh življenjskih področjih, saj ljudje stremimo k temu, da bi bili razumljeni in sprejeti (Farquhar, et al., 2005). Poznamo štiri različne načine komuniciranja, ki jih uporabljamo izmenično glede na življenjske situacije, in sicer: agresivno, pasivno, manipulativno in asertivno komuniciranje oziroma vedenje.

Komunikacija je proces, ki ima različne vloge. Najpogostejše med njimi so: oddajanje in sprejemanje informacij, sporočil, reševanje problemov, odločanje (Gorjup & Kodrič, 2014). Poleg verbalne in neverbalne komunikacije sta sodobna tehnologija in internet v zdravstveni praksi izjemno pomembna komunikacijska elementa. Spremembe na tem področju niso nikoli prej tako hitro delovale kot zadnje čase.

Dandanes so tehnologija, računalništvo in virtualni svet sestavni deli našega vsakdana, vizija sobivanja v prihodnosti pa nam vseeno omogoča, da komuniciramo in se znamo pri komunikaciji tudi ustrezno odzivati (Williams, et al., 2002).

Komunikacijska aktivnost posameznika v interakciji z drugimi ima še vedno pomembno mesto v odnosih med ljudmi. Med različnimi oblikami komunikacije razlikujemo: verbalno, neverbalno, formalno, neformalno, intrapersonalno in strokovno obliko prenašanja informacij v zdravstvu. Čeprav smo v sodobni družbi priča dnevnim spremembam na vseh področjih delovanja, tudi učenja o komunikaciji, pa se še vedno zdi, da je to področje premalo resno obravnavano. Ključnega pomena je zavest o komunikaciji kot pomembnem orodju v interakciji med ljudmi. Solet in Norvell (2005) navajata, da so cilji aktivnega poslušanja: zbiranje informacij, razumevanje, pokazati interes za slišano vsebino, izraziti občutke in oblikovati svoje stališče o slišani vsebini.

EMPATIJA KOT JEDRO KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVU

Empatija je temelj zdrave komunikacije. V kontekstu zdravstvene komunikacije je empatija opredeljena kot sposobnost razumevanja čustev, želja, idej in vedenja druge osebe ter sposobnost razumevanja in dokazovanja tega. Sposobnost razumevanja drugih ljudi je do neke mere prirojena vsem ljudem in se imenuje naravna empatija (Carney, 2006). Obseg, v katerem se bodo te prirojene predispozicije razvile v odrasli dobi, je odvisen od izkušenj in subvencij v družbenem okolju (Durbin, et al., 2012). Za razumevanje sogovornika je pomembno uporabiti spretnosti aktivnega poslušanja in opazovanja komunikacije ter se prepričati, da se dobro razumemo s sogovornikom. Pomembno je pokazati toplino, prijaznost in zanimanje za izražanje razumevanja. Empatija ima veliko pozitivnih učinkov – poleg empatične komunikacije s pacienti ima pozitivne učinke pri komuniciranju s sodelavci, kar prispeva k boljšim medosebnim odnosom in skupinski koheziji, ki je v današnjem svetu zelo potrebna, še posebej pa v zdravstvu (Wasson, et al., 2007).

Za mnoge poklice, ki se ukvarjajo bolj ali manj neposredno z ljudmi, je empatija nujno potrebna psihološka kvaliteta, brez katere je nemogoče razumeti težave posameznikov in skupin, v katerih ti delujejo. Izvorno pomeni prenašanje človekovih čustev na materialni svet. Theodor Lipps je izraz prenesel v domeno psihologije. Freud je empatijo (nem. »Einfühlung«) pojmoval kot proces, ki nam omogoča, da razumemo druge, tako da se postavimo v njihov položaj. Razume jo kot nepogrešljivo pri vzpostavljanju odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem ter nujno za dobro sodelovanje (Keely, et al., 2007).

Empatija je sposobnost razumeti čustva, misli, mnenje in položaj drugega. Ko si empatičen, si sposoben razumeti doživetja drugega. Empatija kot pozitiven fenomen v komunikaciji predstavlja pomembno mesto in instrument, ki ga nujno potrebujemo, če želimo razumeti ljudi, ki to od nas pričakujejo.

KAJ JE ASERTIVNOST

Izraz »asertivnost« je v slovenskem prostoru slabo poznan. Sicer izhaja iz anglosaksonskega jezikovnega območja. Njegova korena »assert« in »be assertive« pomenita: zahtevati nekaj, zagovarjati se, postaviti se za svoje pravice, izražati gotovost in samozavest.

Najbližji sopomenki asertivnosti sta besedi samozavest in samozavedanje, ki pa ne zajameta njenega širokega pomena. Samozavest pomeni le zaupanje v svoje sposobnosti, medtem ko je asertivnost veliko širši pojem (Foy & Hempel, 2010); pomeni način

vedenja, mišljenja in komuniciranja, pri katerem tako na besedni kot tudi telesni ravni jasno in odločno izražamo svoje potrebe, čustva, želje in mnenja na način, ki je spoštljiv do nas in sogovornika (Prince & Herrin, 2007). Asertivnost pomeni tudi zmožnost izbiranja in spreminjanja svojega vedenja. Asertivno komuniciranje izhaja iz položaja »jaz sem v redu, ti si v redu« oziroma iz spoštovanja sebe in sogovornika. Gre za način učinkovite komunikacije z drugimi, pri katerem se izražamo jasno in samozavestno, a na spoštljiv način. Slednje pomeni, da sklepamo kompromise, sprejemamo mnenja drugih, uporabljamo ustrezno telesno govorico, prevzemamo odgovornost za svoje vedenje in smo akterji svojega življenja.

Razni avtorji jo različno prevajajo – kot uveljavljanje samega sebe, samozavestno vedenje in komunikacijski odnos. Blot in sodelavci (2014) menijo, da gre pri asertivnem komuniciranju za odločnost, samozavest, poštenost in spoštljivost hkrati. V novejšem času je zelo zaželen v profesionalni komunikaciji v zdravstvu. Vsakdo se kdaj znajde v situaciji, ko se mora »izboriti« za svoja prava. V takšnih situacijah se lahko odzovemo na tri načine:

- asertivno,
- agresivno in
- pasivno.

Asertivnost (lat. »essertu« – potrjen, dokazan) dolgoročno v odnosih omogoča kakovostne medčloveške odnose. Thompson, Hagle in Robinson (2009) navajata, da asertivna komunikacija vključuje pomembne elemente, kot so:

- jasno in spoštljivo izražanje svojega mnenja, čustev in želja,
- če se ne strinjamo z zahtevo sogovornika, odločno, a spoštljivo rečemo NE,
- prevzamemo odgovornost za svoje vedenja in občutja ter govorimo v prvi osebi ednine (»jaz mislim ...«),
- pozorni smo na svojo govorico telesa, ki naj bo samozavestna in ujemajoča se z našim sporočilom,
- razvijamo pozitiven »notranji dialog«, kar pomeni, da zavzemamo pozitivna stališča do različnih življenjskih situacij,
- smo strpni do drugega; naša mnenja so enakovredna, nihče ni manj pomemben od drugega,
- če ne razumemo sogovornikovega sporočila, ga prosimo za pojasnitev,
- sprejemamo svoje negativne in pozitivne lastnosti.

Učenje asertivnega vedenja razumemo tudi kot proces osebne rasti, katere namen je večje zadovoljstvo v odnosih in življenju. Asertivna komunikacija je pomemben element v odnosih, saj z njo dosežemo obojestransko zadovoljstvo, in je najboljši način, da se izognemo konfliktom in nezadovoljstvu. Osnovna celica asertivne komunikacije temelji na principu »spoštujem sebe in spoštujem tebe« (Ayuob, et al., 2017).

SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE V ZDRAVSTVU

Živimo v svetu, ki se hitro spreminja in postavlja veliko zahtev pred vsakega človeka, kar je opazno zlasti v zdravstvu (Kanwald & Whiffin, 2017).

Čeprav komunikacija v zdravstvu obsega predvsem odnose znotraj zdravstvenih ustanov in pogovore med zaposlenimi in pacienti, ima globalno močan vpliv na javno mnenje. O zdravstvu se pogosto govori tako v javnosti oziroma medijih kot tudi v zasebnih krogih in znotraj znanosti (Hashim, 2017). Področje zdravstva je v moderni družbi izpostavljeno močnim in hitrim izzivom profesionalizacije, specializacije, racionalizacije in globalnim spremembam (Thorsen, et al., 2012). Specifičnosti komunikacije v zdravstvu izhajajo predvsem iz etičnih načel, spoštovanja, odnosa do pacienta, njegovih pravic, dolžnosti, njegove kulture, starosti, bolezni ter stopnje zahtevnosti (Prebil, 2010).

Zdravstvo je kot profesionalno področje večplastno. Za sodobnega človeka je zdravje pomembna vrednota, zato ima kakovostna komunikacija pozitiven vpliv na rezultate zdravljenja (Agarwal, et al., 2010). Človek je psihološko, sociološko, biološko in kulturnoantropološko bitje, zato ga je treba tako tudi razumeti, sprejemati in obravnavati (Moher, et al., 2009). Specifičnost komunikacije v zdravstvu temelji na preseganju razlik na kulturni, ekonomski in socialni ravni, ustvarja pa občutke sprejemanja, znanja, razumevanja, empatije, varnosti, pozornosti, doslednosti ter pošten in iskren odnos (Garasen & Johnsen, 2007). Komunikacijske veščine so temelj interpersonalnih veščin (Bach & Grant, 2009). Zdravstvo kot sistem lahko poleg materialne varnosti posameznikom omogoči oziroma pomaga izoblikovati identiteto in uresničiti samoaktualizacijo (Peikes, et al., 2009).

ZAKLJUČEK

V današnjem času je težko govoriti o komunikaciji v zdravstvu brez uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki se zelo hitro spreminja. Telemedicina, e-recepti, e-naročanje, robotika, nanotehnologija in genski inženiring so samo nekateri od komunikacijskih pripomočkov, ki nadomeščajo »živo besedo«. Kljub vsem tem pripomočkom pa bo imela besedna komunikacija še vedno pomembno vlogo pri doseganju dobrih rezultatov v interakciji med zaposlenimi in pacienti. Komunikacija v zdravstvu je izjemno specifična, ker je to okolje (zdravstvo) specifično v svoji dejavnosti. Dandanes pacient ni več v podrejeni vlogi v interakciji z zaposlenimi v zdravstvu, temveč je enakovreden sogovornik, ki pričakuje ustrezno strokovno znanje in komunikacijo na ravni, primerni okolju in stroki. Komunikacija kot osnovni univerzalni model socialne interakcije omogoča ljudem medosebno sporazumevanje in koordinacijo njihovih aktivnosti, najboljša načina vedenja v odnosih sta prilagajanje in iskanje ustreznih rešitev, ki so optimalne za vse udeležene. Je proces, ki je ključnega pomena za sodelovanje med ljudmi. Brez realizacije komunikacijskega procesa je težko pričakovati informiranost med ljudmi. V življenju veliko časa namenimo komunikaciji v vseh njenih oblikah, toda še vedno je na voljo veliko »praznega« prostora, da komunikacijske veščine preoblikujemo v komunikacijsko kulturo. V svetu imata tako zdravje kot tudi komunikacija zelo pomembni vlogi. Pacient postaja vse enakovrednejši uporabnik zdravstvenih storitev in na nepravilnosti v zdravstvenem sistemu se odziva vedno bolj kritično.

LITERATURA

- Agarwal, R., Sands, D.Z. & Schneider, J.D., 2010. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. *Journal of healthcare management*, 55(4), pp. 265–581.
- Ayuob, N.N., Qadi, M.A., El Deek, B.S. & Boker, A.M., 2017. Evaluation of a communication skills training course for medical students using peer role-play. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(5), pp. 745–751.
- Blot, K., Bergs, J. & Vogelaers, D., 2014. Prevention of central line-associated bloodstream infections through quality improvement interventions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 59(1), pp. 96–105.
- Carney, S. L., 2006. Medication accuracy and general practitioner referral letters. *Internal Medicine Journal*, 36(2), pp.132–4.
- Delbanco, T., Walker, J. & Darer, J.D., 2010. Open notes: doctors and patients signing on. *Annals of Internal Medicine*. 153(2), pp. 121–5.
- Durbin, J., Barnsley, J. & Finlayson, B., 2012. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(49), pp. 445–61.
- Farquhar, M.C., Barclay, S.I., Earl, H., Grande, G.E., Emery, J. & Crawford, R.A., 2005. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *European Journal of Cancer Care*, 14(4), pp. 359–66.
- Foy, R., Hempel, S. & Rubenstein, L. 2010. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Annals of Internal Medicine*, 152(4), pp. 247–58.
- Garasen, H. & Johnsen, R., 2007. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Health Services Research*, 7, pp. 133-140. doi:10.1186/1472-6963-7-133.
- Gutman, V., 2005. Ethical reasoning and mental health services with deaf clients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(2), pp.171–83.
- Hashim, M.J., 2017. Patient-centered communication: Basic skills. *American Family Physician*, 95(1), pp. 29–34.
- Hilton, C., Bajaj, P. & Hagger, M., 2008. What should prompt an urgent referral to a community mental health team? *Mental Health in Family Medicine*, 5(4), pp. 197–201.
- Kanwald, L., Whiffin, C. & Spalek, B., 2017. Feeling unsafe in the healthcare setting: patients' perspectives. *British Journal of Nursing*, 26(3), pp.143–49.
- Keely, E., Myers, K., Dojeiji, S. & Campbell, C. 2007. Peer assessment of outpatient consultation letters—feasibility and satisfaction. *BMC Medical Education*, 22(7). p. 13.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et al., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, pp. 264–9 W64.
- Možina, S., 2012. Poslovno komuniciranje. Maribor: Obzorja.
- Nestel, D. & Kidd, J., 2004. Teaching and learning about written communications in a United Kingdom medical school. *Education for Health*, 17, pp. 27–34.

- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E., 2016. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(16), pp.65–74.
- Payne, S. & Walker, J., 2002. Psihologija v zdravstveni negi: humanistična znanost v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy.
- Peikes, D., Chen, A., Schore, J. & Brown, R., 2009. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 301, pp. 603–18.
- Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A. 2010. Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega. 1. izd. Ljubljana: Grafenauer.
- Prince, S.B. & Herrin, D.M., 2007. The role of information technology in healthcare communications, efficiency, and patient safety: application and results. *The Journal of Nursing Administration*, 37, pp. 184–7.
- Solet, D.J., Norvell, J.M., Rutan, G.H. & Frankel, R.M., 2005. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Academic Medicine*, 80, pp. 1094–9.
- Thorsen, O., Hartveit, M. & Baerheim, A., 2012. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(4), pp. 241–6.
- Wasson, J. & Pearce, L., 2007. Alun-Jones T. Improving correspondence to general practitioners regarding patients attending the ENT emergency clinic: a regional general practitioner survey and audit. *The Journal of Laryngology & Otology*, 121, pp. 1189–93.
- Williams, M.V., Davis, T., Parker, R.M. & Weiss, B.D. 2002. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34(5), pp. 383–389.



E-IZOBRAŽEVALNI PROGRAM S PODROČJA MEDKULTURNE OSKRBE ZA MEDICINSKE SESTRE V INTENZIVNI TERAPIJI

**E-learning platform in the
field of intercultural supply
for nursing in intensive
therapy**

pred. Barbara Smrke, mag. zdr. nege

Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

Splošna bolnišnica Celje

Oddelek za intenzivno interno medicino

barbarasmrke79@gmail.com

IZVLEČEK

Namen prispevka je, predstaviti e-izobraževalni program medkulturne oskrbe za medicinske sestre v intenzivni terapiji, ki je bil oblikovan v okviru mednarodnega razvojnega in raziskovalnega projekta Multiculture Care in European Intensive Care Units (MICE-ICU). V celotnem projektu je sodelovalo 520 medicinskih sester iz štirih evropskih držav. Cilj projekta je bil izboljšati znanje, spretnosti in kompetence medicinskih sester s področja medkulturne oskrbe pacientov, ki so zaposlene v intenzivnih oddelkih. Za razvoj ustreznega e-izobraževalnega programa smo izvedli raziskavo, kaj medicinske sestre v intenzivnih enotah vedo o medkulturni oskrbi in kakšna znanja v zvezi s tem bi si želele pridobiti. Usposabljanje je bilo zasnovano na podlagi dokazov iz izvedene raziskave. Pri pripravi e-izobraževalnega programa so sodelovale vse članice mednarodnega evropskega projekta. Oblikovana je v treh vsebinskih modulih, ki zajemajo: kulturno zavedanje in občutljivost, različne vidike multikulturne zdravstvene nege in posebnosti multikulturne zdravstvene nege v enotah intenzivne nege. E-izobraževalni program je bil testiran s strani medicinskih sester, ki delujejo na področju intenzivne medicine, v štirih evropskih državah, sodelovalo pa je 120 medicinskih sester in je dosegljiva je v štirih evropskih jezikih. V Sloveniji je testiranje potekalo na intenzivnih oddelkih v dveh bolnišnic. Po testiranju smo izvedli evalvacijo, na podlagi katere smo izboljšali e-izobraževalni program, ki je sedaj dosegljivo strokovni javnosti v slovenskem prostoru.

Ključne besede: MICE, intenzivne enote, medicinske sestre, e-izobraževanje.

ABSTRACT

The purpose of our contribution is to present an learning platform, which was developed in the international research project in European intensive care units - MICE-ICU. 520 nurses from four European countries participated in the project. The aim of the project was improvement of knowledge, skills and competencies of the ICU nurses for the management of the patients coming from different cultural environments and development of the e-learning program on multicultural nursing care. In order to develop appropriate e-learning platform we performed the survey about the actual knowledge of multicultural care in ICU nurses and their further needs in this topic. The training was based on the result of the survey. All members of the international European project participated in development of the learning platform. It is designed in three modules that include: sensitivity of cultural awareness, various aspects of multicultural health care and the specificity of multicultural nursing in intensive care units. The learning platform was tested in intensive units in four European countries, involving 120 nurses. In Slovenia, testing took place in medical and surgical ICU in General Hospital Celje. MICE-ICU learning platform will be available to all nurses in intensive units who want to upgrade their knowledge of multiculturalism.

Keywords: MICE, intensive care unit, nurses, e-learning

UVOD

Medkulturnost je del našega vsakdana, srečujemo se s pacienti, ki izhajajo iz različnih kulturnih področij. Do njih se moramo obnašati civilizirano, jim pomagati pri spoznavanju naše kulture in se morda naučiti tudi česa iz njihove kulture, da bi se lažje vklopili v našo družbo. Nikakor pa jih ne smemo izobčiti, saj jim je med nami že dovolj težko zaradi nepoznavanja jezika in navad. Vsem bi bilo lepše, če bi pozabili na zunanost ljudi in iskali tisto, kar nosimo v sebi, kaj nam želijo sporočiti pripadniki drugih kultur, ki jih ljudje hitro po krivem obtožijo slabih dejanj (Multikulturnost, 2013).

MEDKULTURNOST V ZDRAVSTVU

Tudi Slovenija je kulturno precej heterogena, saj na majhnem prostoru živijo dve tradicionalni nacionalni manjšini – italijanska in madžarska narodna skupnost - ter posebna, romska skupnost. Vse tri skupnosti so ustavno zavarovane po 64. in 65. členu Ustave RS. V Sloveniji živijo tudi etnične skupine Srbov (2 odstotka), Hrvatov (1,8 odstotka), Bošnjakov (1,1 odstotka) in 12 odstotkov drugih skupin. V register cerkva in drugih verskih skupnosti je vpisanih 54 cerkva in drugih verskih skupnosti (Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo, 2018).

Naraščajoča kulturna raznolikost vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi, saj je to osnova za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacientov različnih kultur. Tudi Young in Guo (2016) poudarjata naraščanje raznolikosti populacije, kar predstavlja izziv tako zdravstvenim izvajalcem, kot tudi prejemnikom zdravstvene oskrbe. Chen in sode-

lavci (2017) menijo, da morajo biti zdravstveni izvajalci usposobljeni za izvajanje kulturno kompetentne oskrbe pacientov, saj bi se s tem, kot navajajo Keršič Svetel in sodelavci (2016), izognili nesporazumom med zdravstvenimi delavci, uporabniki in njihovimi svojci. Po mnenju Wolfe Kohlby (2016) pomanjkanje kulturnih kompetenc prispeva k razlikam v zdravju in k slabim zdravstvenim izidom. Zato je ključno poznavanje različnih kultur, različnih načinov življenja ter različnih pogledov na svet. O pomenu medkulturnih kompetenc je bilo v zadnjih desetletjih veliko zapisanega. Mnogi avtorji izpostavljajo potrebo po medkulturno kompetentni zdravstveni obravnavi ter jo vidijo kot eno ključnih strategij zdravstvenih ustanov pri premoščanju problema neenake oskrbe pacientov, ki živijo v kulturno, družbeno in ekonomsko vse bolj heterogenih okoljih (Lipovec Čebren, et al., 2019). Kulturno kompetentne medicinske sestre so sposobne znanje različnih kultur prenesti in uporabiti v praksi. Kulturna kompetentnost v zdravstveni negi pomeni prilagodljivost in spoštovanje drugačnosti. Pomeni predvsem, da medicinske sestre znajo prisluhniti pacientu, se od njega učiti in pridobiti informacije o njegovih prepričanjih, kulturnih navadah in običajih, ki pomembno vplivajo na njegovo zdravje (Halbwachs, 2014; Hvalič Touzery, 2014). Kulturne kompetence medicinskih sester v enotah intenzivne terapije so ključne, predvsem zaradi nujnosti stanja pacientov, ki se hitro spreminja, sprejemanje hitrih odločitev, za katere je težko pridobiti soglasje pacienta in/ali družine, zaradi sporočanja o zdravstvenem stanju ter zaradi sporočanja slabih novic, ki jih nekateri ne želijo slišati (Benbenisthy & Biswas, 2015).

V Sloveniji še ni zakonov ali drugih zavezujočih predpisov, ki bi nam neposredno narekovali medkulturnost v zdravstvenem sistemu. Lahko pa izhajamo iz proti diskriminacijske zakonodaje, saj Ustava Republike Slovenije v 14. členu določa, da so v Sloveniji vsakomur zagotovljene človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino (Ustava Republike Slovenije, 1997).

Za razliko od mnogih držav, v katerih so medkulturno kompetence vključene v obvezne vsebine študija medicinskih in zdravstvenih fakultet (Beach, et al., 2005), na visokošolskih zavodih v Sloveniji ni teh izbranih vsebin, z izjemo Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, kjer imajo predmet Multikulturne kompetence v zdravstvu in na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

Namen prispevka je poudariti pomen medkulturnost v zdravstveni negi in predstaviti e-izobraževalno platformo s področja medkulturne oskrbe za medicinske sestre v intenzivni terapiji.

MEDNARODNI RAZISKOVALNI PROJEKT MEDKULTURNE OSKRBA V EVROPSKIH ODDELKIH INTENZIVNE MEDICINE

Visoka zdravstvena šola v Celju je bila vključena v Erasmus+ projekt – KA2: Sodelovanje za inovacije in izmenjavo dobrih praks, Strateško partnerstvo za visokošolsko izobraževanje in usposabljanje na temo Medkulturna zdravstvena nega v evropskih enotah za intenzivno nego (Multicultural Care in European Intensive Care Units – MICE). Nosilec projekta je bilo Poljsko združenje za anesteziologijo in intenzivno zdravstveno nego, partnerji v projektu pa še: Univerza iz Ostrave, Oddelek za zdravstveno nego in babištvo (Češka), Evropsko združenje medicinskih sester v intenzivni negi s sedežem v Amsterdamu (Nizozemska), Danmar Computers iz Rzeszow-a (Poljska), Assist GmbH iz Paderborn-a (Nemčija). V projektu smo sodelovali med letoma 2016 in 2018. Glavni cilji projekta so bili: izboljšati znanje, spretnosti in kompetence medicinskih sester v intenzivnih enotah, ko obravnavajo paciente različnih kultur, razviti e-izobraževalni program o medkulturni zdravstveni negi in organizirati konference na to temo (MICE, 2018). Neposredno je v celotnem projektu sodelovalo 520 medicinskih sester iz intenzivnih enot iz štirih evropskih držav. Na podlagi izvedenega anketiranja smo ugotovili izobraževalne potrebe medicinskih sester iz intenzivnih enot za pridobitev znanj iz medkulturnih kompetenc. V prvem delu projekta smo analizirali učne načrte, ki so jih posredovale fakultete/visoke zdravstvene šole, ter ugotovili, da imata samo dve fakulteti/visoki šoli izbirni predmet Multikulturne kompetence v zdravstvu, sicer pa so navedene vsebine vključene v predmete sociologije, komunikacije in etike. Pregledali smo literaturo na temo medkulturnosti v slovenskem prostoru. V nadaljevanju smo izvedli raziskavo o poznavanju medkulturnih kompetenc, o željenem znanju med medicinskimi sestrami. Raziskava je bila razvita za potrebe projekta Erasmus – MICE in je služila kot vodilo pri nastanku e-izobraževalnega programa. Sestavljena je bil iz treh delov, ki so obsegali 49 trditev o kulturnih kompetencah udeležencev, 16 trditev, ki so se nanašale na izobraževalne potrebe udeležencev o okviru multikulturnih kompetenc in zadnji del o demografskih podatkih udeležencev. Pri anketiranju je sodelovalo 98 medicinskih sester iz slovenskih enot za intenzivno medicino (Splošna bolnišnica Celje, Univerzitetni klinični center Ljubljana).

Raziskava je pokazala, da izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije v slovenskem prostoru potrebujejo znanje o različnih kulturnih skupinah pacientov, saj bi jim tovrstno znanje pomagalo pri njihovem delu. Zavedajo se, da le dober

partnerski odnos s pacientom omogoča, da ga izvajalci zdravstvene nege seznanijo z njegovim zdravstvenim stanjem. Zavedajo se pomena znanja tujega jezika ter pomena poznavanja družbeno kulturnih različnosti odnosa pacienta do negovanja (Breznik, et al., 2019).

E-IZOBRAŽEVALNI PROGRAM MICE

Na podlagi ugotovitev v raziskavi MICE, je bil razvit e-izobraževalni program. Pri nastajanju e-izobraževalnega programa smo aktivno sodelovali s prispevki tudi slovenski člani projekta MICE. E-izobraževalni program MICE je na voljo v štirih jezikih: angleškem, češkem, slovenskem in poljskem. Zasnovana je tako, da je dostopna na računalniku, tablici ali mobilnem telefonu in to kadarkoli od trenutka, ko se v e-izobraževalni program uporabnik prijavi. Vsakdo dostopa s svojim uporabniškim imenom in geslom. Ob prijavi (Slika 1.) najprej izpolni vstopni test preverjanja znanja na temo medkulturnosti. Izobraževanje je razdeljeno na tri module. **Modul I – Kulturno zavedanje in občutljivost** zajema filozofske, etične, pravne in strokovne osnove, ki upravičujejo princip nediskriminacije kulturno raznolikih pacientov (dostojanstvo, spoštovanje človekovih pravic, kodeksi etike, modeli, različne kulture, etične manjšine in kulturne razsežnosti).



Slika 1: E-izobraževalna platforma, naslovna stran (<https://lms.mice-icu.eu>)

Različni vidiki multikulturne zdravstvene nege so predstavljeni v modulu II, ki zajema: razlike med kulturami v pristopu do zdravja in bolezni (medkulturnost in zdravstveni pristop), vzorci medosebne komunikacije (razlike v neverbalni in verbalni komunikaciji, obredi ...), vzorci in pogoji obveščanja pacienta in njegove družine o zdravstvenem stanju pacienta (zdravstvena pismenost, primeri razumevanja svojcev in pacienta...), telesni pregled, pomen in meje dotika (narodnost, vera in dotik), duhovna in verska pričakovanja, higienski postopki, prehranske navade, obiski in podpora družine ter elementi kulturne ocene v zdravstveni negi. MODUL III (Slika 2.) obsega posebnosti multikulturne zdravstvene nege v enotah intenzivne nege (medkulturna oskrba v mejnih in posebnih primerih na oddelku za intenzivno terapijo): umiranje in smrt (vplivi kulturnih prepričanj, oskrba ob koncu življenja, možganska smrt, primeri ...), prenehanje/opustitev zdravljenja v intenzivni enoti (verska prepričanja ob koncu življenja), terapija s krvnimi pripravki (zavrnitev transfuzije, nadomestki ...), transplantacija, bolečina in analgezija, konflikti vrednot pri procesu odločanja pri zdravstveni negi pacientov iz različnih kultur.

Darovanje organov in etnična pripadnost

Greh je pokopati kar koli, kar lahko služi življenju. (Papež Janez Pavel II.) (postanidarovalec.si.)

»Obstaja vsakdanje junaštvo, sestavljeno iz ravnanj in dejanj, velikih ali majhnih, ki ustvarjajo pristno kulturo življenja. Posebej častivreden primer takih ravnanj je darovanje organov na moralno sprejemljiv način.« (papež Janez Pavel II.).

Pogovor o darovanju organov je morda ena od najtežjih in najboljčloveških tem v zdravstveni negi. Na žalost ta pogovor pogosto poteka hkrati ali po sporočanju slabih novic o smrti ali neizbežni smrti svojca sorodnikom. V okoljih intenzivne nege včasih pogovor o darovanju organov začnejo sorodniki, potem ko so imeli čas, da se spriznajo z neizbežno smrtjo, in iščejo nekaj dobrega v sicer brezupnem položaju, zato bo morda pogovor manj boleč. Žal, to ne velja v urgentnih situacijah. Smrt na oddelku za nujne primere je skoraj vedno nenadna, nepričakovana in neizogibno travmatična za sorodnike (Dawood, 2015).



Vir: <https://pixabay.com/en/care-assist-support-attend-be-with-583240/> (datum dostopa: 24. 2. 2018)

Še vedno obstaja velika potreba po darovanju organov in še vedno obstaja znatna vrzel med razpoložljivostjo organov za darovanje in pacienti, ki nujno potrebujejo presaditev. Položaj je še resnejši za predstavnike temnopoltih, azijskih in nekaterih drugih etničnih manjšinskih skupnosti. Nedavne številke nacionalne zdravstvene službe za kri in transplantacije (NHSBT) v Veliki Britaniji so pokazale pomembno razliko med številom odobritev/pooblastil za sprejemljive darovalce teh skupin in belcev. Podatki službe NHSBT (<http://www.nhsbt.nhs.uk/>) kažejo, da 66 % predstavnikov temnopoltih, azijskih in nekaterih manjšinskih skupnosti v Veliki Britaniji zavrne dovoljenje za uporabo organov njihovih svojcev, v primerjavi s 43 % preostalega prebivalstva. Nižja stopnja darovanja je pomembna in resna, saj so pacienti iz teh skupnosti dovzetnejši za bolezni, kot so hipertenzija, sladkorna bolezen in bolezni srca. Vse to lahko privede do odpovedi organa, pri katerem je presaditev lahko edino zdravljenje, ki bi rešilo življenje. Ker so tipi krvnih in humanih levkocitnih antigenov med najpomembnejšimi dejavniki za ujemanje organov, je verjetnost uspešne presaditve večja, če sta etnični

Navigacija

Nadzorna plošča

Prva stran spletnega mesta

Strani spletnega mesta

Moji predmeti

Entry Quiz

MODULE I: Cultural awareness and sensitivity

Uvodni preizkus (SL)

MODUL I: Kulturno zavedanje in občutljivost (SL)

MODUL II: Različni vidiki multikulturne zdravstven...

MODUL III: Posebnosti multikulturne zdravstvene ne...

Sodelujoči

Priznanja

Competencies

Ocene

Slika 2: Modul III - Darovanje organov (<https://lms.mice-icu.eu>)

V vsakem modulu lahko uporabnik izpolni kviz vprašanj in svoje znanje nadgradi z dodatno literaturo. Module je potrebno prebirati po vrsti. Na koncu sledi zaključno preverjanje znanja, izobraževanje pa se zaključuje s pridobitvijo certifikata o uspešno opravljenem izobraževanju MICE.

V Sloveniji in drugih državah članicah projekta smo e-izobraževalni program testirali v letu 2018 od aprila do junija. V Sloveniji je sodelovalo 34 diplomiranih medicinskih sester in sicer 29 iz Splošne bolnišnice Celje (Oddelek za intenzivno interno medicino in Oddelek za anesteziologijo, intenzivno medicino operativnih strok in terapijo bolečin) in 5 medicinskih sester iz Kliničnega centra Ljubljana.

DISKUSIJA

Medkulturne kompetence v zdravstveni negi so vse bolj pomembne, a se o medkulturnosti izobražujejo študentje le na dveh visokošolskih programih v Sloveniji. E-izobraževalni program je nastal na podlagi pregledane literature, sodelovanja različnih strokovnjakov in usklajevanja med državami. Doprinos izobraževanja je, da se medicinske sestre lahko izobražujejo kadarkoli, saj jim je izobraževanje dosegljivo 24 ur na dan in ga lahko izvedejo na več različnih napravah z dostopom do internetne povezave. E-izobraževalni program omogoča poleg treh sklopov tudi dostopnost do različnih virov in literature na izbrano temo. Znanje o medkulturnosti pomeni za medicinske sestre v intenzivnih enotah, izboljšanje spretnosti, znanje in kompetence pri obravnavi pacientov iz različnih kultur. Da bi pridobili povratne informacije o e-izobraževalnem programu, smo jih prosili, da izpolnijo evalvacijski vprašalnik o zadovoljstvu. Iz analize evalvacije spletnega tečaja MICE-ICU lahko ugotovimo, da so izvajalci zdravstvene nege na intenzivni enoti v Sloveniji pozitivno sprejeli spletni tečaj kot obliko nadgradnje znanja v okviru vseživljenjskega učenja. Skozi izvajanje tečaja nismo odkrili posebnih odstopanj, kar kaže na visok odstotek udeležencev, ki so uspešno zaključili spletni tečaj (87,2 %). Ponudniki zdravstvene nege v intenzivni enoti so pokazali motivacijo in zanimanje za usposabljanje na dolge razdalje prek informacijske in komunikacijske tehnologije. E-izobraževalni program MICE hkrati poda širok pogled na medkulturnost in na njen ožji del, kar je pomembno za delo v intenzivnih enotah. MICE-ICU je dosegljiva vsem medicinskim sestram, ki želijo nadgrajevati svoje znanje o medkulturnosti.

ZAKLJUČEK

E-izobraževalni program MICE je nastal v več letnem projektu evropskih držav, na podlagi pregledane literature, izkušenj, raziskave in mednarodnega sodelovanja. E-izobraževalni program MICE omogoča opolnomočenje izvajalcev zdravstvene nege s kulturnimi kompetencami, ki jih potrebujejo pri delu s pacienti iz različnih kultur.

LITERATURA IN VIRI

- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L., Robinson, K.A., Gozu, A., Palacio, A. et al., 2005, Cultural competency: asystemic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4), pp. 356-373.
- Benbenisthy, J. & Biswas, S., 2015. Cultural competence in critical care: case studies in the ICU. *Journal of Modern Education Review*, 5(7), pp. 723–728.
- Breznik, K., Kaučič B.M. & Filej, B. 2019. Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc. In: M.B. Kaučič, ed. *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 118-138.
- Chen, H.C., Jensen, F., Measom, G., Bennett, S., Dawn Nichols, N., Wiggins, L. et al., 2017. Factors influencing the development of cultural competence in undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 57(1), pp. 40–43.
- Halbwachs, H.K., 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: A. Kvas, A., et al., eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi. Zbornik prispevkov 15. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45–54.
- Hvalič Touzery, S., 2014. Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. In: S. Pivač, et al., eds. *8. šola za klinične mentorje: klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 46–55.
- Keršič Svetel, M., Jelenc, A., Gosenca, K., Škraban, J., Pistotnik, S., Lipovec Čabron, U. et al., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lipovec Čabron, U., Pistotnik S., Farkaš Lainščak, J. & Huber, I., 2019. Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. In: M.B. Kaučič, ed. *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 41-62.
- MICE, 2018. Available at: <http://www.vzsce.si/si/projekti/494> [1. 6. 2018].
- Multikulturalnost, 2013. Available at: <http://unesco-mladi.si/wp-content/uploads/2013/12/Multikulturalnost.pdf> [1. 8. 2018].
- Republika Slovenija, Ministrstvo za kulturo, 2018. *Register cerkva in drugih verskih skupnosti*. Available at: http://www.mk.gov.si/si/delovna_podrocja/urad_za_verske_skupnosti/register_cerkva_in_drugih_verskih_skupnosti/ [1. 8. 2018].
- Ustava Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03– UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13–UZ148, 47/13–UZ90,97,99 in 75/16–UZ70a). Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1#> [21.6.2018].
- Wolfe Kohlbry, P., 2016. The impact of international service-learning on nursing students-cultural competency. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), pp. 303–311.
- Young, S. & Guo, K.L., 2016. Cultural Diversity Training. The necessity of cultural competence for health care providers and nursing practice. *The Health Care Manager*, 35(2), pp. 94–102.



NOSEČNOST IN VEČKRATNO ODPORNE BAKTERIJE

Pregnancy and multiple resistant bacteria

Saša Matko, dipl. bab.

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

Benica Žnidaršič, dipl. m. s.

Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb

sasamidwife@gmail.com

IZVLEČEK

Ženska se tekom celotne nosečnosti srečuje z različnimi strahovi, mednje sodijo tudi večkratno odporne bakterije. Odpornost bakterij proti antibiotikom je postala zaradi intenzivne rabe antibiotikov v razvitem delu sveta in zaradi pretirane in neurejene rabe v manj razvitih delih sveta po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije eden najpomembnejših zdravstvenih problemov v svetu. Zaradi pogostega koriščenja in dostopnosti zdravstvenih uslug tudi v tujini, razmaha turizma, je posledično možnost vnosa sevov odpornih bakterij v naše okolje večja. S tem je toliko večja možnost kolonizacije ali okužbe z večkratno odpornimi bakterijami tudi občutljive populacije, med katere sodijo tudi nosečnice. V prispevku so predstavljene najpogostejše večkratno odporne bakterije, s katerimi se lahko kolonizira ali okuži nosečnica. Predstavljen je tudi postopek dekolonizacije, kjer gre za odstranitev prisotnosti bakterije *Staphylococcus aureus*, ki je odporen proti metilicinu.

Ključne besede: nosečnost, večkratno odporne bakterije, kolonizacija, dekolonizacija

ABSTRACT

A woman is confronted with a variety of fears throughout her pregnancy, including multiple resistant bacteria. The resistance of bacteria to antibiotics has become one of the most important health problems in the world, due to the intensive use of antibiotics in the developed world and, due to excessive and unregulated use in less developed regions of the world, according to the World Health Organization. Due to the frequent use and accessibility of health services also abroad, the expansion of tourism, the consequent possibility of introducing strains of resistant bacteria into our environment is greater. This makes it even more susceptible to colonization or infections with multiple resistant bacteria, including pregnant women. The article presents the most common multiple resistant bacteria that can be colonized or infected by a pregnant woman. The decolonization process is also presented, where the removal of the presence of *Staphylococcus aureus* is resistant to methicillin.

Key words: pregnancy, multiple resistant bacteria, colonization, decolonization

UVOD

Nosečnost je posebno obdobje ženske, ki je že samo po sebi občutljivo. Telo ženske se sreča najprej z majhnimi spremembami, nato pa z vedno večjimi, ki se kažejo tudi na zunanji podobi telesa. Nosečnice se tekom nosečnosti srečujejo z različnimi strahovi v želji, da le ti ne bi vplivali na plod. Stremijo k manj stresnemu življenju, gibanju, pravilni prehrani ter tudi izobraževanju. Vsako tromesečje za nosečnico pomeni nekaj novega; da bi lahko sledila tem spremembam, mora biti v koraku s časom, ta je namreč omejen na devet mesecev. Hormonsko neravnovesje nosečnice močno vpliva na dovzetnost zunanjih dejavnikov, ki so jim v tem občutljivem času nosečnosti izpostavljene (Mivšek, 2016). Zavedati se moramo, da so eden izmed rizičnih dejavnikov tudi potovanja. Živimo v svetu, ko si ne moremo več zatiskati oči, da nosečnost in večkratno odporne bakterije ne sodijo skupaj. Kaj pravzaprav so mikroorganizmi in bakterije, ki jih poznamo pod določenimi kraticami? Najpogosteje se pri nosečnici srečujemo s proti metilicinu odpornim *Staphylococcus aureus* (MRSA) in bakterije z beta laktamazami razširjenega spektra delovanja (ESBL).

PROTI METHICILINU ODPORNI *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* - MRSA

Stafilokok aureus (SAU) je eden najbolj pogostih bakterijskih patogenov pri okužbah, pridobljenih v domačem okolju in bolnišnicah. Do 30 % zdravih odraslih ljudi je nosilec bakterije v nosu. Incidenca SAU okužb v zadnjih letih narašča; okužbe so povezane z znatno obolevnostjo in smrtnostjo. Spekter okužb je zelo širok; od okužb kože in mehkih tkiv, okužb dihal do invazivnih okužb krvi, ki imajo visoko smrtnost (David & Daum, 2010). Bakterija je razvila odpornost na praktično vse skupine antibiotikov. Prvi opisi MRSA segajo že v 50. leta prejšnjega stoletja, ko so prišli v uporabo prvi penicilinaza stabilni beta laktami (cefalosporini) in semisintetična metilicilin in nafcilin. Prevalenca MRSA po svetu narašča, vendar obstajajo znatne razlike med posameznimi regijami. V Evropi je prevalenca 26,3 %; najnižja je na Nizozemskem, manj kot 2 %, najvišja pa v južnih in zahodnih državah, kjer presega 40 % (Dulon, et al., 2011).

MRSA, pridobljena v bolnišničnem okolju, je danes še vedno med najbolj pogosto dokazanimi večkratno odpornimi bakterijami (VOB) v številnih delih sveta. Zadnje raziskave iz Združenih držav Amerike kažejo povečanje števila okužb z MRSA v bolnišnicah; med vsemi okužbami, ki jih povzroča SAU v bolnišnicah, je delež MRSA dosegel že več kot 50 %, v enotah za intenzivno terapijo celo 64 % (David & Daum, 2010).

Dejavniki, ki vplivajo na nosilstvo (kolonizacijo) in okužbo z MRSA, ki je pridobljen v bolnišničnem okolju (ang. health care associated - HA MRSA), so: predhodno zdravljenje z antibiotiki, daljša hospitalizacija, operacija, zdravljenje v enoti intenzivne terapije, invazivni diagnostični in terapevtski posegi oziroma uporaba pripomočkov in tesen stik z osebo nosilko ali okuženo z MRSA. V zadnjem desetletju se povečuje tudi število nosilcev in okužb z bakterijo MRSA, pridobljeno v domačem okolju (ang. community acquired – CA MRSA). CA MRSA je za razliko od HA MRSA še vedno večinoma dobro občutljiva na številne ne beta laktamske antibiotike. Naravni rezervoar so ljudje. Najpogostejše je klicenošstvo v nosno-žrelnem prostoru. Prenos je najpogostejši preko rok, zato je osnovni ukrep preprečevanja prenosa pravilna in dosledna higiena rok. Prizadete so predvsem skupine ljudi, ki so v tesnem stiku (npr. športniki, otroci v vrtcih, vojaki, zaporniki, intravenski uživalci drog). CA MRSA ni povezana z ogrožajočimi dejavniki in večinoma povzroča okužbe kože in mehkih tkiv, redko pa okužbe kosti in sklepov (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011).

Nosečnice so pogosteje nosilke CA MRSA. MRSA je običajno zaradi različnih bolezenskih stanj v nosečnosti naključno odkrita v sklopu odvzema diagnostičnih kužnin. Mlada in zdrava populacija nosečnic ne sodi v skupino, ki bi jo rutinsko testirali na MRSA, tako, da rutinsko jemanje nadzornih brisov v porodništvu ekonomsko in strokovno ni upravičeno. Vendar bi na tem mestu morali upoštevati možne dejavnike tveganja za nosilstvo, kot so predhodna/e hospitalizacija/e pacientke v drugi bolnišnici, premeštitve nosečnice iz ene bolnišnice v drugo ter zdravljenje nosečnice v tujini (Velimirovič, et al., 2018). Zgodnje odkritje nosilstva MRSA pri nosečnici, ob uspešni izvedbi postopka dekolonizacije, preprečuje kasnejši prenos na novorojenčka.

Dekolonizacija

Dekolonizacija je skupek postopkov, s katerimi želimo odstraniti ali zmanjšati prisotnost bakterije MRSA na koži in sluznicah nosilca MRSA. S tem zmanjšamo možnost za nastanek okužbe pri nosilki MRSA in se izognemo širjenju MRSA na druge pacientke, osebe in svojce (Žnidaršič & Pšeničnik, 2011).

Za uspeh dekolonizacije ne zadošča samo pravilna uporaba antiseptičnih sredstev in antibiotika pri nosečnici, temveč tudi zanesljivo preprečevanje ponovne kolonizacije med samim izvajanjem dekolonizacije in po zaključku postopka (Žnidaršič & Pšeničnik, 2011). Zato je nujno potrebno poskrbeti tudi za razkuževanje osebnih predmetov nosečnice, površin in opreme v njeni okolici ter pravilno higiensko vzdrževanje perila in oblačil.

Izvedba dekolonizacije pri nosečnici

Dekolonizacija sestoji iz uporabe antibiotičnega/antiseptičnega mazila za nos, razkužila za kožo in sluznice, menjava osebne in posteljne perila, čiščenje in razkuževanje okolice nosečnice, osebne pribora in pripomočkov, ki jih pri nosečnici uporabljamo zaposleni. Postopek dekolonizacije z odvzemi brisov traja minimalno 11 dni (Žnidaršič & Pšeničnik, 2011).

Nosečnica lahko postopek dekolonizacije izvede doma, če ji zdravstveno stanje to omogoča. V tem primeru nosečnica dobi natančna pisna navodila in kontaktno številko v smislu nejasnosti ali težav med samim postopkom dekolonizacije. Tekom dekolonizacije se je potrebno zavedati tveganja za plod, ki lahko ne dopušča izvedbe dekolonizacije po ustaljenem protokolu.

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana izvajamo dekolonizacijo po navodilih, ki smo jih izdelali v Službi za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, in uporabljamo naslednje pripravke:

- mupirocin (Bactroban®) mazilo v obe nosnici trikrat dnevno 5 dni; v primeru rezistence na mupirocin pa uporabljamo druge pripravke, ki niso na bazi mupirocina;
- grgranje 0,2 % vodne raztopine klorheksidina (pri nezavestnem bolniku ustna nega) trikrat dnevno 5 dni;
- tuširanje, kopel ali posteljna kopel z antiseptičnim milom s klorheksidinom (4 %) enkrat dnevno 5 dni;
- umivanje lasišča z antiseptičnim milom s klorheksidinom (4 %) najmanj 3x v času dekolonizacije – obvezno zadnji dan;
- v času dekolonizacije vsak dan menjava osebne perila, posteljnine in brisač po opravljeni higieni z antiseptičnim milom;

48 do 72 ur po zaključeni dekolonizaciji (sedmi dan) odvezamo nadzorne kužnine (bris kožnih gub, nosu in žrela) za mikrobiološko kontrolo. V primeru negativnega izvida odvezemo ponovimo še dvakrat v razmiku vsaj 48 ur. Dekolonizacija je uspešna, če so nadzorne kužnine trikrat zapovrstjo negativne. Ob vsaki neuspešni izvedeni dekolonizaciji analiziramo vzroke za neuspeh in jih skušamo odpraviti. Izjemoma se odločimo za ponovitev postopka, včasih z uporabo drugih sredstev (Žnidaršič & Pšeničnik, 2011).

BAKTERIJE Z BETA LAKTAMAZAMI RAZŠIRJENEGA SPEKTRA DELOVANJA - ESBL

Največji problem odpornosti na antibiotike v zadnjih 30 letih predstavlja razvoj odpornosti gram negativnih bakterij na široko spektralne cefalosporine. Sprva je bila odpornost omejena na le nekaj vrst bakterij, ki so mutirale in proizvajale kromosomske beta laktamaze. Sredi 80 let prejšnjega stoletja pa so se pojavile enterobakterije, ki izločajo ESBL, s katerimi hidrolizirajo široko spektralne cefalosporine. ESBL so največkrat kodirane na plazmidih, kar jim omogoča prenos med različnimi vrstami bakterij. Plazmidi, ki so odgovorni za tvorbo ESBL, pogosto nosijo gene, ki kodirajo odpornost na druge skupine antibiotikov. Zato so možnosti antibiotičnega zdravljenja mikroorganizmov, ki izločajo ESBL, zelo omejene. Čeprav je pri enterobakterijah glavni mehanizem odpornost na beta laktame ESBL, pa so bakterije že razvile nove beta laktamaze, s katerimi razgrajujejo tudi karbapeneme (npr. IMP in VIM metalokarbapenemaze, KPC). To še dodatno omejuje možnosti zdravljenja (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011).

Bakterije, ki izločajo ESBL, so bile odkrite v Evropi v letu 1983. Prevalenca enterobakterij, ki izločajo ESBL, se v Evropi povečuje, vendar pa obstajajo velike geografske razlike kot tudi velike razlike med deležem ESBL bakterij v posameznih bolnišnicah in regijah znotraj iste države. Pojavljajo se tako v bolnišničnem kot v domačem okolju (Paterson & Bonomo, 2005).

Veliko enterobakterij je črevesnih komezalov in postanejo patogene le v drugih delih telesa. Najbolj pogosta sta to *Eserichia coli* (ECO) in *Klebsiella pneumoniae* (KPN), ki sta pomembna povzročitelja okužb sečil, ran in dihal. *Klebsiella* spp. ima veliko sposobnost prilagajanja bolnišničnemu okolju. V primerjavi z drugimi enterobakterijami preživi daljši čas na rokah in površinah. Z genotipizacijo so dokazali, da so se večinoma v preteklosti širili znotraj bolnišnic isti kloni, kar je dokazovalo prenos z enega pacienta na drugega in je tudi vplivalo na pojav izbruhov. V zadnjem času pa so se epidemiološke razmere spremenile. V bolnišnicah se je pričelo širiti več različnih sevov ESBL klebsiel v isti enoti v istem času. Znotraj istega seva so se pojavili različni plazmidi, ki nosijo različne gene, genotipsko nesrodni sevi pa lahko izločajo enako ESBL. Na to verjetno vpliva selekcijski pritisk antibiotikov ali prenos plazmidov z enega mikroorganizma na drugega ((Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011).

V zadnjih letih se srečujemo tudi s pojavom ESBL bakterij v domačem okolju. Večinoma gre za *Escherichia coli* ESBL, ki povzroča okužbo sečil. Vzrok za povečano število teh mikroorganizmov v domačem okolju še ni pojasnjen. Povezuje se z uživanjem hrane, uporabo antibiotikov v veterini, trgovino in migracijo ljudi (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011).

Nosilstvo ESBL pozitivnih bakterij posamezniku ne škoduje, lahko traja več mesecev ali let in običajno samo izzveni. Največkrat so osebe, ki so nosilci ESBL bakterij, brez prisotnih kliničnih znakov okužbe, velikokrat tudi ni podatka o nosilstvu ESBL bakterij. Nosilstva ne zdravimo z antibiotiki, saj zdravljenje ne bi bilo učinkovito. Poskusi dekolonizacije niso bili uspešni in se jih ne izvaja (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011). Pri nosilcih ESBL pozitivnih bakterij je zelo pomembna vsakodnevna higiena celotnega telesa posebej s poudarkom na anogenitalnem predelu.

ESBL pri nosečnici je po večini odkrit naključno v sklopu diagnostične kužnine, kot sta urin ali bris vagine, kamor zaide iz rektalnega področja. Če je nosečnica kolonizirana z ESBL le v črevesju, navadno nima nobenih znakov ali simptomov okužbe. Preko porodne poti se posledično lahko prenese tudi na novorojenčka. ESBL pozitivne bakterije lahko povzročajo neonatalno sepso pri novorojencih, pri katerih zaradi neustreznega zdravljenja beležijo višjo umrljivost. (Velimirović, et al., 2018). Preko rok zdravstvenih delavcev, pacientk ali onesnaženih predmetov, površin in delavnih uniform se bakterije prenesejo dalje. Preko porodne poti se posledično lahko prenese tudi na novorojenčka. ESBL pozitivne bakterije lahko povzročajo neonatalno sepso pri novorojencih, pri katerih zaradi neustreznega zdravljenja beležijo višjo umrljivost. (Velimirović, et al., 2018). Najpogostejša indikacija za odvzem nadzornih brisov, ki je v tem primeru bris rektuma ali blato, je predhodna hospitalizacija pacientke v drugi bolnišnici, premestitve nosečnice iz ene bolnišnice v drugo (transpot in utero) ter zdravljenje v tujini.

PROTI VANKOMICINU ODPORNI ENTEROKOKI - VRE

Enterokoki so bakterije, ki jih normalno najdemo v prebavilih človeka in v ženskem genitalnem traktu. Pogosto jih najdemo tudi v okolju. V prebavilih zdravega človeka najdemo več kot 100 različnih vrst bakterij. Prevladujejo anaerobne bakterije, s katerimi živijo enterokoki, ki so v manjšini, v sožitju. Antibiotiki so ključni dejavnik v prebavilih, ki to ravnovesje spremeni. Enterokoki imajo odlično zmožnost prilagajanja, saj so naravno odporni na številne antibiotike. Zlasti širokospektralni antibiotiki ali vankomicin, ki uničujejo anaerobne gramnegativne bakterije, vplivajo na razrast enterokokov in pojav VRE (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011).

Glavni vir prenosa so roke zdravstvenih delavcev. Bakterije dobro preživijo na rokah, rokavicah, obleki in onesnaženih površinah v bolnišničnem okolju in predmetih (posteljne ograje, kljuke, posteljnina obposteljne mizice, nočne posode, sanitarije...). Okužbe pri človeku povzročata dve vrsti enterokokov, *E. fecalis* in *E. faecium*. Do večine okužb pride zaradi vnosa VRE v običajno sterilna področja telesa. Največkrat gre za okužbe krvi, sečil in ran (Mrvič & Lejko-Zupanc, 2011). Te bakterije redko srečujemo na porodniških oddelkih, kjer ležijo pretežno mlade in zdrave nosečnice. Tako v UKC Ljubljana v obdobju od leta 2008 do 2018 nismo zaznali na porodniškem oddelku nobenega primera VRE (Dokumentacija SPOBO, 2008 - 2018). Rutinskega testiranja na VRE se ne izvaja.

PROTI KARBAPENEMOM ODPORNE BAKTERIJE, KI SO RAZVILE ODPORNOST NA KARBAPENEME IN PO GRAMU NEGATIVNE BAKTERIJE, KI IZLOČAJO ENCIIM KARBAPENEMAZE

Širjenje odpornosti proti karbapenemom je resen javnozdravstveni in klinični problem, predvsem zaradi pogosto pridružene odpornosti proti fluorokinolonom in aminoglikozidom, kar močno omejuje možnost antibiotičnega zdravljenja. Epidemiološko najpomembnejša oblika odpornosti proti karbapenemom je prisotnost karbapenemaz. Pomemben dejavnik tveganja za pojav bakterij, ki izločajo karbapenemaze, je zlasti hospitalizacija v zdravstvenih ustanovah, kjer že imamo karbapenemaze. To so zlasti bolnišnice v tujini (Hrvaška, Srbija, Bosna in Hercegovina, Črna gora, Kosovo, Grčija, Italija, severna Afrika, Indija, ZDA itd.) ter stik s pacientom, ki je že koloniziran z bakterijo, ki izloča karbapenemazo. Najpogostejša je kolonizacija črevesja, ki lahko traja dolgo, tudi več mesecev. Najprimernejša nadzorna kužnina je bris rektuma ali blato. Dekolonizacije ne izvajamo in za to ni standardnega protokola. Način prenosa je podoben kot pri drugih VOB. Med učinkovite ukrepe za preprečevanje širjenja karbapenemaz sodijo predvsem strogi ukrepi kontaktne izolacije. Teh bakterij ne srečujemo na porodnih oddelkih (Lejko-Zupanc, et al., 2016). Rutinskega testiranja ne izvajamo. Edina indikacija za odvzem nadzornih kužnin je zdravljenje pacientke ali nosečnice v tujini.

UKREPI ZA PREPREČEVANJE PRENOSA IN ŠIRJENJA VEČKRATNO ODPORNIH BAKTERIJ PRI NOSEČNICI

Za preprečevanje širjenja teh mikroorganizmov je bistvenega pomena poleg standardnih ukrepov tudi dosledno izvajanje higijene rok in ukrepi kontaktne izolacije.

Standardni ukrepi so enotni ukrepi za vse postopke pri diagnostiki, zdravljenju, zdravstveni negi in rehabilitaciji pacienta, ne glede na diagnozo bolezni.

Kateri so standardni ukrepi?

- a) Higiena rok (razkuževanje in umivanje)
- b) Uporaba zaščitnih rokavic
- c) Uporaba zaščitne maske, zaščite za oči ter zaščitne kape
- d) Uporaba zaščitnega predpasnika, zaščitnega plašča
- e) Razkuževanje pripomočkov in inštrumentov
- f) Higijensko vzdrževanje površin, opreme in pripomočkov
- g) Odstranjevanje ostrih predmetov in preprečevanje poškodb zdravstvenih delavcev
- h) Namestitev pacienta z akutno okužbo v enoposteljno sobo (respiratorna simptomatika, driska, bruhanje...)
(Delovna skupina pri ministrstvu za zdravje, 2009).

Higiena rok po načelu »5 trenutkov za higieno rok«

Na rokah imamo stalno in prehodno mikrobno floro, ki se nahaja in razmnožuje na povrhnjici kože. Tudi kratkotrajno zadrževanje mikroorganizmov na rokah je lahko dovolj za prenos. Higiena rok je temeljni ukrep za preprečevanje prenosa mikroorganizmov v zdravstveni dejavnosti. Pod pojmom »higiena rok« razumemo: razkuževanje, umivanje, uporaba rokavic, urejene nohte (kratko prstriženi), vzdrževanje zdrave kože na rokah. Najbolj enostaven ukrep za uspešno preprečevanja prenosa mikroorganizmov je dosledno izvajanje higijene rok. Pri tem nam je v pomoč shema 5 trenutkov za higieno rok, ki jo priporoča Svetovna zdravstvena organizacija in je v praksi zažvela leta 2009 (WHO, 2009).

Izvajamo jo, skladno po korakih, kot prikazuje Slika 1:

1. pred stikom z bolnikom
2. pred čistim/aseptičnim posegom
3. po možnem stiku s telesnimi tekočinami
4. po stiku z bolnikom
5. po stiku z bolnikovo okolico (WHO, 2009)



Slika 1: 5 trenutkov za higieno rok (WHO, 2009)

Zagotavljanje ustrezne higijene rok pri zdravstvenih delavcih potrebuje stalen nadzor nad izvajanjem, izobraževanje, učne delavnice in podporo zdravstvene ustanove (Kendall, et al., 2012).

3. Ukrepi kontaktne izolacije in uporaba osebne varovalne opreme

Izolacijo izvajamo, kadar želimo preprečiti prenos okužbe s stikom neposredno (roka – koža, koža –koža, roka – sluznica) ali posredno z rokami, s katerimi se dotikamo predmetov, pripomočkov, površin. Izolacijo določi zdravnik (glede na klinični sindrom, diagnozo ali etiologijo) ali medicinsko izobražena pooblaščenca oseba. Načeloma se večina VOB prenaša s kontaktom, redkeje je prenos s kapljicami ob kašljanju, kihanju..., kjer so potrebni ukrepi kapljične izolacije. Še redkeje se bakterije prenašajo aerogeno, z mikroorganizmi, ki lebdi v zraku in se prenašajo na daljše razdalje, v tem primeru izvajamo ukrepe aerogene izolacije. Načeloma gre pri zgoraj opisanih VOB za ukrepe kontaktne izolacije. Pri nosečnicah, ki so kolonizirane z VOB, kot sta MRSA in ESBL, se izvaja kontaktna izolacija, kar zahteva, da se nosečnico hospitalizira v enoposteljno sobo z lastnimi sanitarijami. Le na ta način lahko preprečujemo prenos VOB. Uporaba osebne varovalne opreme je eden izmed pomembnih ukrepov v času izolacije nosečnice, saj pomaga pri zaščiti zdravstvenega osebja, hkrati na ta način preprečujemo prenos na sebe in sodelavce, delovno okolje in ostale nosečnice (Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, 2018).

DISKUSIJA

Namen prispevka je poznavanje VOB, tveganja za kolonizacijo/okužbe nosečnice, zgodnjega odkrivanja nosilstva in pravih postopkov in ukrepov za preprečevanje prenosa VOB. Potrebno je osveščati tako ženske kot tudi zdravstveno osebje, kako ravnati v primeru, ko je nosečnica kolonizirana z VOB in kako preprečiti prenos, ter hkrati poskrbeti za varno nosečnost, porod in zdravega novorojenčka. Bakterije, ki izločajo karbapenemaze, predstavljajo novo grožnjo pri preprečevanju in obvladovanju bolnišničnih okužb, s katero se v našem okolju redko srečujemo. Za prihodnost to pomeni še veliko boja in truda pri obvladovanju le teh.

ZAKLJUČEK

Glede na epidemiološko situacijo v Sloveniji, ki je dobro nadzorovana, tudi uporaba antibiotikov spada naše okolje med varno, kar se tiče kolonizacije/okužbe nosečnice z večkratno odpornimi bakterijami. Tega pa ne moremo trditi za uporabo antibiotikov v veterini in uvozom mesnih izdelkov ter zelenjave tudi iz »manj« varnega okolja, kar lahko predstavlja dodatno tveganje v smislu nastanka bakterij z beta laktamazami razširjenega spektra delovanja. V primeru kolonizacije MRSA pri nosečnici skušamo izvesti postopek dekolonizacije pri nosečnici še pred začetkom poroda. Pomembno je vedeti, da dekolonizacija MRSA ni vedno uspešna, niti je ni možno izvajati v vseh primerih (kolonizacija v urinu, vagini,...), zato je potrebno ustrezno spremljanje nosilstva tudi po porodu, tako matere kot novorojenčka ter ostalih članov družine. Iz literature je sicer razvidno, da je prenos večkratno odpornih bakterij z matere na novorojenčka redek, kar v precejšni meri zmanjša tveganje za razvoj okužbe pri novorojenčku. Skrb za zdravje nosečnice je vedno na prvem mestu, saj posledično to pomeni skrb tudi za plod.

LITERATURA

David, M.Z. & Daum, R.S., 2010. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: Epidemiology and clinical consequences an emerging epidemic. *Clinical Microbiology Reviews*, 23(3), pp. S616-S87.

Delovna skupina pri Ministru za zdravje RS, 2009, *Preprečevanje prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov v bolnišnicah, negovalnih in oskrbovalnih ustanovah in v ambulantni zdravstveni dejavnosti*; preprečevanje prenosa epidemiološko pomembnih mikroorganizmov poglavje 5, podpoglavje 1. Available at : http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/MRSA/NAVODILA_MRSA-NAKOBOfin.pdf [8.2.2019].

Dulon, M., Haamann, F., Peters, C., Schlablon, A., & Nienhaus, A., 2011. *MRSA prevalence in European healthcare settings a review*. *BMC Infectious Diseases*, 11, pp. S138- S151.

Kendall, A., Landers, T., Kirk, J., & Young, E. 2012. *Point-of-care hand hygiene*: Preventing infection behind the curtain. *AJIC*, 40(4), pp.S3-S10

Lejko-Zupanc, T., 2015. *Ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij, ki izločajo karbapenemaze*. Priporočila UKC Ljubljana, sprejeta in priporočena s strani NAKOBO, 2015. Available at : http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/07032016/NAKOBO_karbapenemaj [7.2.2019].

Lejko-Zupanc, T., Logar, M., Mrvič, T., & Žnidaršič, B., 2016. Nove smernice za iskanje nosilcev in ukrepe pri bolnikih, koloniziranih ali okuženih s po gramu negativnimi bacili, ki izločajo karbapenemaze. In: M. Pirš. 6. *Likarjev simpozij: Bolnišnične okužbe, problematika odpornih bakterij*, 16. junij 2016. Ljubljana: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva, pp. 23-24.

Mivšek, A.P., 2016. *Fiziološka nosečnost*. Ljubljana: NIJZ, julij 2016. Available at : <http://www.zdaj.net/assets/Gradiva/Gradivo-za-strokovnjake/Fizioloska-nosecnost-za-strokovnjake.pdf> [7.2.2019].

Mrvič, T. & Lejko-Zupanc, T., 2011. Večkratno odporne bakterije (MRSA, VRE, ESBL). In: T. Lejko- Zupanc, et al. eds. *1. učne delavnice o bolnišničnih okužbah v domovih in zavodih za starejše občane (DSO)*, 18. -19. november 2011. Ljubljana: Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb UKC Ljubljana, pp. 135-140.

Paterson, D.L. & Bonomo, R.A., 2005. Extended spectrum β -lactamases:a clinical update. *ClinMicrobiol Rev*, 18 (4), pp. S657- S86.

Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb (2018). *Navodila za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb v UKC Ljubljana. Izolacije*. Available at : <http://www.intranet.kolj.si/index.php?m=16&s=10&t=227&id=2819&d=0> [7.2.2019].

Velimirović, I., Dolanc, M., Pirš, M., Švent, Kučina N., & Mrvič T., 2018. *Večkratno odporne bakterije iz domačega okolja kot možen vir okužbe pri novorojenčkih*. In: T. Matos, et al. eds. *Preprečevanje bolnišničnih okužb: izbrane vsebine*. Medicinski razgledi, 57(5), pp. S103- S109.

WHO. 2009. Guidelines on hand hygiene in health-care. Clean care is safer care, Patient Safety. Available at : <http://www.who.int/gpsc/en>. [7.2.2019].

Žnidaršič, B. & Pšeničnik M., 2011. *Dekolonizacija bolnika - nosilca MRSA*. In: T. Lejko- Zupanc, et al. eds. *1. učne delavnice o bolnišničnih okužbah v domovih in zavodih za starejše občane (DSO)*, 18. -19. november 2011. Ljubljana: Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb UKC Ljubljana, pp 147-151.



POSLUŠANJE PLODOVIH SRČNIH UTRIPOV NA ANDROIDU

Listening to the fetal heartbeats on Android

Rosemarie Franc, dipl. m. s., dipl. bab.

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,
Oddelek za perinatologijo

rosemarie.franc@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Med zdravstvenimi aplikacijami so prav aplikacije, namenjene nosečnicam, med najbolj priljubljenimi in so postale pomemben vir informacij za nosečnice. Namen prispevka je ugotoviti uporabnost in verodostojnost poslušanja plodovih utripov prek operacijskega sistema Android in rezultate primerjati s standardno metodo merjenja plodovih srčnih utripov – kardiokografijo. **Metode:** Uporabljene so bile deskriptivna metoda dela, kvantitativna metoda dela in kvalitativna metoda singularne študije primera. V spletni trgovini Google Play smo iskali mobilne aplikacije, ki omogočajo poslušanje srčnega utripa ploda. Ustrezne aplikacije smo nato s pomočjo operacijskega sistema Android prenesli na pametni telefon Samsung Galaxy S6 in jih med seboj primerjali. Dve aplikaciji smo praktično preizkusili na 24-tedenski nosečnici in rezultate primerjali s kardiokografijo. **Rezultati:** Uporaba aplikacij med nosečnicami je zelo pogosta. Še vedno ni povsem razjasnjen vpliv elektromagnetnega delovanja mobilnih naprav na plod. Večina aplikacij za poslušanje plodovih srčnih utripov se oglašuje kot brezplačnih, po namestitvi na pametni telefon pa se izkaže, da je za njeno delovanje treba dokupiti dodatno opremo. Aplikacije so primerne za zabavne in ne strokovne namene. Najvarnejša in najbolj strokovno utemeljena metoda snemanja plodovih utripov je kardiokografija. **Diskusija in zaključek:** Z namenom, da bi zadovoljili potrebe uporabnic, morajo biti aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov varne in verodostojne in bi jih morali razviti in upravljati kvalificirani zdravstveni delavci. Razvoj in raziskovanje omogočata spremembe v obravnavi in poteku dela v kliničnem okolju in v prihodnosti pomeni uporaba mobilnih aplikacij v stroki izziv tako za babice kakor tudi zdravnike.

Ključne besede: mobilna aplikacija, pametni telefon, nosečnice, nosečnost, srčni utrip ploda

ABSTRACT

Introduction: Among the health applications, particularly the applications for pregnant women are among the most popular and have become an important source of information for pregnant women. The purpose of this article is to present and determine the usability, credibility and safety of listening to the fetal heartbeats via the Android operating system and compare the results with professional recommendations and a standard method of measuring the fetal heartbeats – cardiotocography. **Methods:** A descriptive method of work, a quantitative working method and a qualitative method of the singular case study were used. We searched for mobile apps that enable listening to the fetal heartbeats in the Google Play Store. The appropriate apps were then downloaded to the Samsung Galaxy S6 smartphone using the Android operating system and compared to each other. Two applications were practically tested on a 24-week pregnant woman and the results were compared with cardiotocography. **Results:** The use of applications among pregnant women is very common. The influence of electromagnetic activity of mobile devices on the fetus is still not fully understood. Most applications for listening to fetal heartbeats are advertised as free, but after installing them on a smartphone, it turns out that it is necessary to purchase additional software for its operation. These applications are suitable for fun, not for professional purposes. The safest and most professionally based method of recording fetal heartbeats is cardiotocography. **Discussion and conclusion:** In order to meet the needs of users, applications for listening to fetal heartbeats should be safe and credible and should be developed and managed by qualified health professionals. Development and research enable changes in treatment and workflow in a clinical environment and in the future, the use of mobile applications in the profession is a challenge for both midwives and doctors.

Keywords: mobile app, smart phone, pregnant women, pregnancy, fetal heartbeat

UVOD

Hipoksija ploda je glavni vzrok trajne možganske poškodbe in intraportalne smrti ploda (Goer, 2017). Znanstveniki so mnenja, da je kontinuirano poslušanje plodovih srčnih utripov med porodom povezano s povišano stopnjo carskih rezov in instrumentalno dokončanih porodov in bistveno ne zmanjšuje perinatalne umrljivosti in cerebralne paralize, prav tako ne zadosti psihološkim potrebam matere med porodom (Alfirevic, et al., 2017). Po mnenju Goer (2017) se je potrebno osredotočiti na dogajanje zlasti med nosečnostjo, saj redno spremljanje in poslušanje plodovih srčnih utripov v nosečnosti omogoča pravočasno zaznavanje sprememb v vzorcih fetalne srčne frekvence, pri čemer naj bi to preprečevalo perinatalno smrt in cerebralno paralizo pri novorojenčku. In morda je prav to vzrok za nastanek številnih mobilnih zdravstvenih aplikacij, ki omogočajo nosečnicam preko pametnih telefonov »samokontrolo« zaznavanja srčnega utripa ploda, nekatere pa celo povezovanje z izbranim ginekologom. Vprašanje pa je, ali so tovrstne aplikacije resnično zanesljive, varne in strokovno utemeljene.

Danes obstaja na trgu veliko število zdravstvenih aplikacij. Podatki za leto 2014 kažejo (Bauer, et al., 2014), da je obstajalo več kot 90.000 zdravstvenih aplikacij, ki jih je bilo mogoče prenesti na pametne telefone. Uporaba pametnih telefonov se je v Ameriki od leta 2011 podvojila, in sicer iz 35 % na 77 % v letu 2016 in še narašča. Kamel Boulos, et al. (2014) navajajo, da razvoj pametnih telefonov omogoča izmenjavo velikih količin osebnih podatkov, zagotavljajo nenehno komunikacijo uporabnikov in veliko podatkovnih storitev, delujejo z vedno večjo hitrostjo in zmogljivostjo. Njihova poglobljena prednost pred prejšnjimi telefoni je, da so cenejši in omogočajo uporabo številnih aplikacij, ki jih s prejšnjimi telefoni ni bilo mogoče uporabiti (Kamel Boulos, et al., 2011). V poročilu »Mobile Health 2012« (Fox & Duggan, 2012), ki ga je objavil ameriški raziskovalni center Pew Research Center (proučevali so učinke uporabe interneta na življenje ljudi), je zapisano, da kar polovica lastnikov pametnih telefonov v Ameriki uporablja svoje naprave za pridobivanje zdravstvenih informacij. Digitalizacija se vse bolj širi tudi na prenatalno zdravstveno varstvo. Bridges (2015), Dolan (2013), Goetz et al. (2017) in Haelle (2018) navajajo, da so med zdravstvenimi aplikacijami prav aplikacije, namenjene nosečnicam, med najbolj priljubljenimi. Obstaja že nekaj mobilnih aplikacij, ki jih operaterji ponujajo nosečnicam in jih je mogoče prenesti na Android ali IOS (Johnson, 2014). Kar štiri od petih ameriških žensk v rodni dobi uporabljajo pametni telefon (Haelle, 2018). Poslušanje srčnih utripov ploda je za nosečnico eden izmed najbolj čustveno razburljivih dogodkov, zato vedno več podjetnikov iz Amerike, Kanade in Anglije spodbuja prenos mobilnih aplikacij, ki omogočajo poslušanje plodovih srčnih utripov (Bridges, 2015; Gareth & Lupton, 2015), vendar Bridges (2015) istočasno opozarja, da morajo nosečnice pri njihovi uporabi biti pazljive, posvetujejo se naj s svojim ginekologom, saj posledice delovanja teh aplikacij na plod niso povsem razjasnjene.

Tema preglednega znanstvenega prispevka je bila izbrana zaradi vedno večjega zanimanja nosečnic za prenos zdravstvenih aplikacij na pametne telefone, ki so vsebinsko povezane s spremljanjem stanja ploda v času nosečnosti. Razvoj in raziskovanje tovrstnih aplikacij omogoča spremembe v obravnavi in poteku dela v kliničnem okolju in v prihodnosti pomeni tudi izziv tako za babice kakor tudi zdravnike. Namen prispevka je predstaviti in ugotoviti uporabnost, verodostojnost in varnost poslušanja plodovih srčnih utripov preko operacijskega sistema Android in jih primerjati s strokovnimi priporočili in standardno metodo merjenja plodovih srčnih utripov – kardiokografijo.

Cilji teoretičnega dela so pregledati relevantno literaturo, ki se nanaša na prenos, priljubljenost in pogostost uporabe mobilnih aplikacij v času nosečnosti, in pregledati raziskave in mnenja različnih avtorjev glede varnosti in zanesljivosti uporabe mobilnih aplikacij za nosečnice, zlasti tiste za poslušanje plodovih srčnih utripov.

Cilji empiričnega dela so ugotoviti razpoložljivost, posodobitev in ocenitev brezplačnih mobilnih aplikacij, ki omogočajo poslušanje plodovih srčnih utripov preko operacijskega sistema Android in na nosečnici testirati zanesljivost vsaj ene mobilne aplikacije preko operacijskega sistema Android, ki omogoča poslušanje plodovih srčnih utripov in jo primerjati s kardiokografijo.

Raziskovala vprašanja so skladna z namenom in cilji:

R1: Je uporaba mobilnih aplikacij za nosečnice, med katerimi so tudi aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov, varna in zanesljiva?

R2: Katere so najbolj uporabne brezplačne mobilne aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov preko operacijskega sistema Android?

R3: So funkcije, ki jih ponujajo mobilne aplikacije za poslušanje plodovih utripov operacijskega sistema Android iz vidika varnosti in zanesljivosti, primerljive s kardiokografijo?

METODE

V teoretičnem delu je uporabljena deskriptivna metoda dela z zbiranjem, kritično presojo in analizo tuje strokovne literature, ki se vsebinsko nanaša na poslušanje plodovih srčnih utripov preko mobilnih aplikacij in priporočil za uvedbo in uporabo v klinično prakso. Pri izboru literature sta bila upoštevana dva kriterija: vsebina in leto objave (pretežno literatura zadnjih sedmih let). Iskanje je potekalo v različnih podatkovnih bazah: Cochrane, PubMed, ScienceDirect, Medline, Medscape in DKUM, v obdobju od začetka marca do konec aprila 2018. Ugotovili smo, da literature v slovenskem jeziku s ključnimi besedami: mobilna aplikacija, nosečnost, pametni telefon, plodovi srčni utripi ni, zato je iskanje v nadaljevanju raziskovanja potekalo samo v tujih podatkovnih bazah. Izbrano literaturo smo shranili in uredili s pomočjo programa Mendeley. Po sistematičnem pregledu literature smo štiri vsebinsko ustrezne vire primerjali po PRISMA metodologiji.

V empiričnem delu je bila uporabljena kvantitativna metoda dela in kvalitativna metoda singularne študije primera (*single case study*). V spletni trgovini Google Play smo iskali mobilne aplikacije, ki omogočajo poslušanje srčnega utripa ploda. Aplikacije so bile v začetku raziskovanja izbrane glede na kategorijo (iskanje aplikacij v kategoriji Medicina) in ceno (zajete brezplačne aplikacije). V nadaljevanju raziskovanja smo mobilne aplikacije izbirali glede na ime in ikono, tematiko, jezik (izbrane aplikacije v angleškem jeziku), oceno (3 in več), posodobitev in velikost. Sistematično iskanje aplikacij je prikazano z diagramom poteka po PRISMA metodologiji. Izbrani aplikaciji smo primerjali med seboj s pomočjo tabelarnega prikaza z računalniškim programom Word 2013. Opredelili smo ime izbrane aplikacije, razvijalca, verzijo, število ocen in oceno. Ustrezni aplikaciji smo nato s pomočjo operacijskega sistema Android prenesli na pametni telefon Samsung Galaxy S6, pri čemer smo ugotovili, da je za določene aplikacije po namestitvi na telefon potrebna dodatna oprema. Aplikaciji Baby heartbeat monitor pro in Fetal Doppler UnbornHeart smo praktično preizkusili na 24-tedenski nosečnici, katere poklic je diplomirana babica. Kriterij izbora teh aplikacij je bila cena (Baby heartbeat monitor pro je bila brezplačna); Fetal Doppler UnbornHeart je bila izbrana glede na priporočene tedne nosečnosti, priljubljenost (število prenosov), dostopnost v Sloveniji in pridobljenih certifikatov (CE, FDA, EU MDD Class, ARTG - oznaka CE je vidni dokaz, s katerim proizvajalec jamči odgovornost za skladnost svojega proizvoda z vsemi zahtevami predpisov v EU). Aplikaciji sta bili preizkušeni v domačem okolju nosečnice 4. 4. 2018. Ugotovitve, dobljene pri uporabi aplikacij, smo primerjali s standardno metodo merjenja plodovih srčnih utripov – kardiokografijo.

Etični vidik raziskovanja

Sodelovanje nosečnice v raziskavi je bilo prostovoljno. Nosečnica se strinja z objavo osebnih podatkov (imena in priimeka), mnenja o testirani aplikaciji in objavo fotografije, iz katere je razvidno testiranje mobilne aplikacije Fetal Doppler UnbornHeart.

Predpostavke in omejitve raziskave

Zaradi omejitve s finančnimi sredstvi smo izbirali med brezplačnimi mobilnimi aplikacijami. Pri izboru ustreznih aplikacij smo znižali merilo glede ocene aplikacije na 3, saj nobena aplikacija za poslušanje plodovih srčnih utripov ni dosegala ocene 3,5 ali več. Predpostavljali smo, da brezplačna aplikacija Baby heartbeat monitor pro ne bo optimalno delovala, saj razvijalec priporoča uporabo od 30. tedna nosečnosti dalje, testirali pa smo jo na 24-tedenski nosečnici. Izbranih aplikacij ni bilo mogoče preizkusiti na večjem številu nosečnic, zlasti ne v kliničnem okolju, saj bi predhodno potrebovali dovoljenje Komisije za medicinsko etiko.

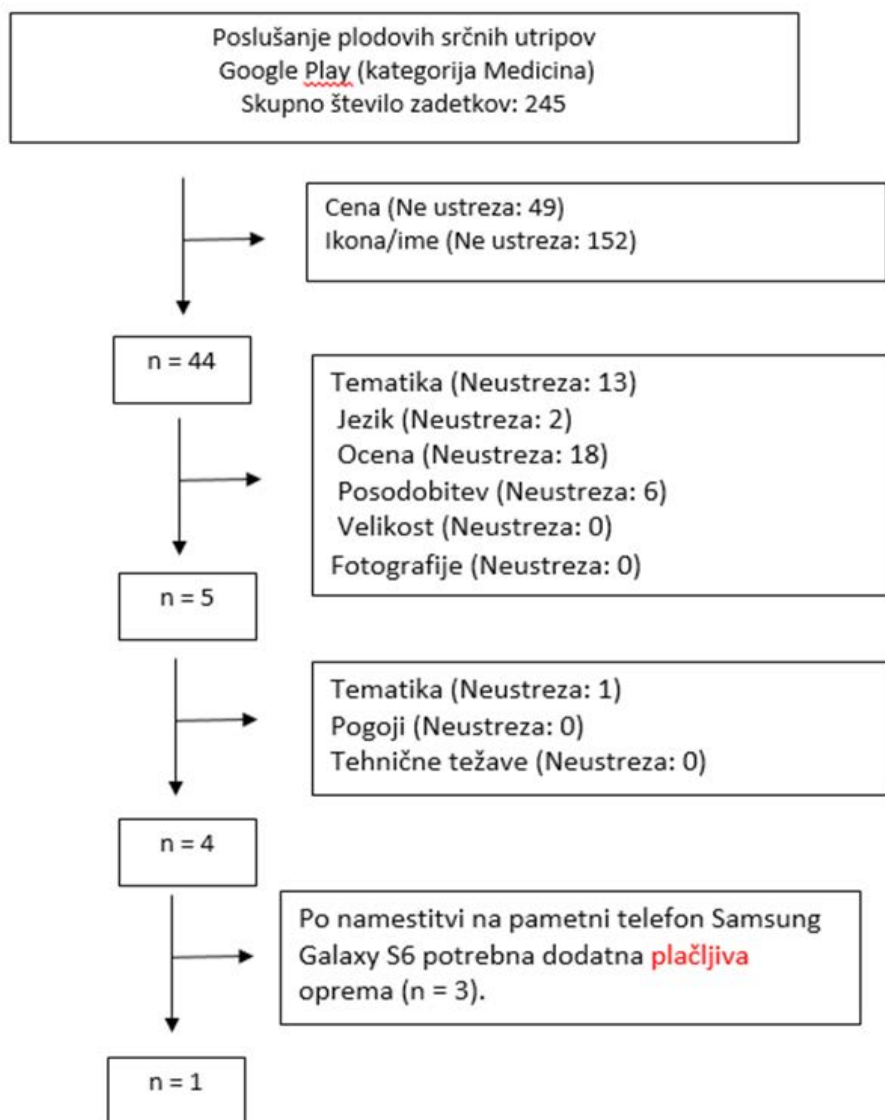
REZULTATI

Iskanje ustreznih študij, ki so obravnavale priljubljenost, uporabo, varnost in zanesljivost mobilnih aplikacij za nosečnice, med katerimi so bile tudi aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov v slovenskem jeziku, niso prinesle zadetkov. V slovenski podatkovni bazi DKUM ni zavedeno nobeno diplomsko ali magistrsko delo, ki bi obravnavalo mobilne aplikacije za nosečnice. Ključne besede v angleškem jeziku v podatkovni bazi Cochrane prav tako niso prinesle zadetkov. V podatkovni bazi ScienceDirect smo dobili 76 zadetkov (n=76), v podatkovni bazi PubMed smo dobili 55 zadetkov (n=55), v podatkovni bazi Medscape 9 zadetkov (n=9) in v podatkovni bazi Medline 24 zadetkov (n=24). Po pregledu naslovov in izvlečkov smo ugotovili, da se večina študij nanaša na standardno metodo poslušanja plodovih srčnih utripov – kardiokografijo. Te smo iz nadaljnega raziskovanja izločili. Po sistematičnem pregledu literature smo vključili štiri vsebinsko ustrezne vire (Tabela 1).

V spletni trgovini Google Play smo pod kategorijo »Medicina« s pomočjo ključnih besed fetal heart beat app dobili 245 zadetkov, od tega je bilo 49 aplikacij opredeljenih kot plačljive, zato so bile iz nadaljnega raziskovanja izločene. Na podlagi imena in ikone aplikacije smo dodatno izločili 152 aplikacij. V nadaljevanju smo izločili še 40 aplikacij; 14 od teh se tematsko niso nanašale na poslušanje plodovih srčnih utripov; 2 aplikaciji nista bili dostopni v angleškem jeziku (1 aplikacija v kitajskem jeziku, 1 aplikacija v madžarskem jeziku); 18 aplikacij je bilo ocenjenih z nizko oceno (manj kot 3); 6 jih je bilo izločenih zaradi neustrezne posodobitve (1 je bila nazadnje posodobljena leta 2014, 1 leta 2015 in 4 leta 2016). Skupno je bilo izločenih 241 aplikacij. Sistematično iskanje aplikacij je prikazano z diagramom poteka po PRISMA metodologiji (Slika 1).

Tabela 1: Primerjalna tabela vključenih študij po PRISMA metodologiji

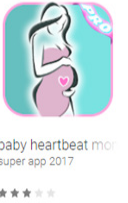

Avtorji/leto	Cilji raziskave	Značilnosti študije, vzorca	Temeljne ugotovitve
Geoffrey, 2008	Ugotoviti vpliv uporabe mobilnega telefona na plod.	Obsežna raziskava, kjer so znanstveniki opazovali matere 13.159 otrok, rojenih na Danskem konec devetdesetih let, ki so v času nosečnosti uporabljale mobilni telefon.	Ugotovili so, da so matere, ki so v nosečnosti uporabljale mobilni telefon skupaj s slušalkami, imelo 54 odstotkov večjo verjetnost, da imajo otroke z vedenjskimi težavami, in da se je verjetnost povečala s količino potencialne izpostavljenosti sevanju.
Lupton & Pedersen, 2016	Raziskati priljubljenost uporabe mobilnih nosečniških aplikacij pri ženskah v Avstraliji in njihovo stališče do varnosti in zanesljivosti tovrstnih aplikacij.	Kvantitativna in opisna študija temelji na spletni anketi. Spletno anketo je zaključilo 410 žensk, z znanjem angleškega jezika, stare med 18 in 45 let, ki so bile v zadnjih treh letih noseče ali so rodile vsaj enega otroka.	Med anketirankami je bila uporaba nosečniških aplikacij pogosta. Skoraj tri četrtine vprašanih je uporabilo vsaj eno aplikacijo za nosečnost. Anketiranke so bile mnenja, da so tovrstne aplikacije zanesljive in koristne za zagotavljanje informacij ter spremljanje razvoja ploda. Toda mnoge uporabnice niso aktivno ocenile veljavnosti vsebine teh aplikacij in niso razmišljale o varovanju osebnih podatkov, ki jih te aplikacije zbirajo. Temeljna naloga babic in zdravnikov v prihodnosti je opozarjanje nosečnic na primerne aplikacije.
Lee & Moon, 2016	Raziskati uporabo mobilnih aplikacij med nosečnicami ter pregledati značilnosti, vsebino in verodostojnost aplikacij, ki jih uporabljajo.	Presečna študija, ki je bila izvedena z metodo raziskovanja s pomočjo vprašalnika. Sodelovalo je 118 nosečnic. Pregledanih je bilo 47 mobilnih aplikacij, ki so jih najpogosteje uporabljale anketirane nosečnice. Aplikacije so bile kategorizirane na podlagi funkcij in razvijalcev. Verodostojnost informacij, ki jih zagotavljajo mobilne aplikacije, je bila ovrednotena z uporabo strukturiranega merjenja.	Rezultati so pokazali, da so aplikacije, povezane z nosečnostjo in rojstvom postale pomemben vir informacij za nosečnice, vendar so lahko tudi zavajajoče. Da bi zadovoljili potrebe uporabnikov, morajo verodostojne aplikacije, povezane z nosečnostjo in rojstvom razviti in upravljati kvalificirani zdravstveni delavci.
Bachiri, et al., 2016	Analizirati in preveriti zanesljivost funkcij mobilnih aplikacij za nosečnice, ki so dostopne preko spletnih trgovin Apple App in Google Play.	Vprašalnik, ki je temeljil na natančnem pregledu znanstvene literature. Izbranih je bilo 33 mobilnih aplikacij, ki so na voljo za IOS in Android.	Funkcije nobene aplikacije niso dosegle 100 % stopnjo zanesljivosti. Najvišji doseženi rezultat je bil 77 %, najnižji pa 17 %. Najbolj zanesljiva funkcija je bila izračun porodnega termina. Za natančnejše spremljanje plodovih utripov je potrebno dokupiti dodatno opremo. Le 9 % ocenjenih aplikacij vključuje vsaj dva načina varstva podatkov, 12 % pa uporablja metodo zaščite z geslom.



Slika 1: PRISMA diagram poteka iskanja mobilnih aplikacij

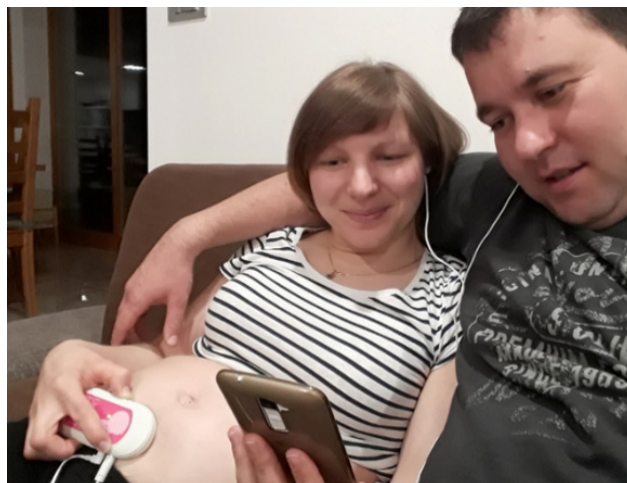
Pri preostalih štirih aplikacijah (Baby heartbeat monitor pro, IMAMI Fetal Doppler, Baby Heartbeat Monitor by Annie: Fetal Doppler App in Fetal Doppler UnbornHeart) je bilo ugotovljeno, da imajo nizko oceno (pod 3,5). Podrobno analizo ocene ima samo Fetal Doppler UnbornHeart aplikacija (401 uporabnikov jo je ocenilo z oceno 5, 87 z oceno 4, 73 z oceno 3, 49 z oceno 2, 289 z oceno 1). Slednjo aplikacijo je ocenilo največ uporabnikov. Pri nobeni aplikaciji ni razvidno, ali je pri razvijanju sodelovalo medicinsko osebje. Po prenosu izbranih aplikacij na pametni telefon Samsung Galaxy S6 smo želeli preveriti delovanje aplikacij, pri čemer smo ugotovili, da se kar pri treh aplikacijah od štirih (IMAMI Fetal Doppler, Baby Heartbeat Monitor by Annie: Fetal Doppler App in Fetal Doppler UnbornHeart) za poslušanje plodovih srčnih utripov zahteva dodatna plačljiva programska oprema. Aplikaciji IMAMI Fetal Doppler in Baby Heartbeat Monitor by Annie: Fetal Doppler App smo iz nadaljnega raziskovanja izključili zaradi finančnih omejitev raziskave. Po pridobitvi dodatne opreme in finančnih sredstev smo preverili delovanje Fetal Doppler UnbornHeart aplikacije in jo primerjali z delovanjem brezplačne aplikacije Baby heartbeat monitor pro. Obe aplikaciji sta namenjeni zgolj v zabavne namene in ne medicinske. Za uporabo je zahtevan letalski način delovanja telefona. Obe aplikaciji ponujata možnost prenosa in izmenjavo informacij preko socialnih omrežij: Facebook, Twiter, SMS – sporočil, elektronske pošte. Aplikaciji se razlikujeta v prikazu plodovih srčnih utripov in primernosti uporabe glede na tedne nosečnosti (Tabela 2).

Tabela 2: Primerjava dveh izbranih aplikacij po PRISMA metodologiji

Ime aplikacije	Število namestitev	Priporočeni tedni nosečnosti za poslušanje utripov	Utrip ploda	Zahtevano stanje telefona	Varnostno opozorilo	Dodatne funkcije
 <p>baby heartbeat monitor super app 2017 ★★★★</p>	<p>50.000 + (leta 2018)</p> <p>100.000+ (leta 2019)</p>	<p>Od 30. tedna dalje v tihem in mirnem prostoru.</p>	<p>Viden numerično na zaslonu telefona, ni pa slišen</p>	<p>DA-letalski način</p>	<p>DA- vendar samo v opisnem delu aplikacije. Aplikacija je namenjena v zabavne namene, ne medicinske.</p>	<p>DA-prenos informacij preko socialnih omrežij.</p>
 <p>Fetal Doppler UnbornHeart Odosoft ★★★★</p>	<p>500.000 +</p>	<p>Od 12. tedna dalje v tihem in mirnem prostoru.</p>	<p>Viden numerično na zaslonu telefona z možnostjo grafičnega prikaza po urah, slišen samo s slušalkami.</p>	<p>DA-letalski način</p>	<p>DA- vendar samo v opisnem delu aplikacije. Aplikacija je namenjena v zabavne namene, ne medicinske.</p>	<p>DA- beleženje gibov ploda, prenos informacij preko socialnih omrežij.</p>

Ugotovitve in mnenje 24. tedenske nosečnice MJ o uporabi Fetal Doppler UnbornHeart aplikacije (Slika 2):

- Vabljava ikona, zelo vpadljiva zaradi živo roza barve, pritegne pozornost nosečnice zlasti zato, ker v opisu poudarjajo koristnost poslušanja plodovih srčnih utripov na dobro psihično počutje matere in je opredeljena kot brezplačna.
- Plodove srčne utripe sta lahko poslušala skupaj s partnerjem, kar jima je spodbudilo občutek sreče in povezanosti. Plodov srčni utrip sta lahko posnela in ga poslala preko SMS – sporočila najožjim sorodnikom (staršem, sestri). Hkrati je aplikacija omogočala v obliki grafičnega prikaza beleženje plodovih gibov in utripov.
- Od slušateljev zahteva aplikacija tudi spretnost poiskati plodov hrbet. Doplersko slušalo mora biti vedno premazano z ultrazvočnim gelom, ki je v zelo majhni embalaži, kar pomeni, da če poslušáš plodove utripe večkrat, si moraš gel dodatno dokupiti. Če doplerskega slušal ne nastaviš pravilno, je možno, da se utripi ne slišijo, posledično lahko postaneš bolj zaskrbljen.
- Krivulja, ki se pojavi med poslušanjem plodovih srčnih utripov na zaslonu, nima v primerjavi z izpisom krivulje na kardiogramu nobene strokovne vrednosti in ne opredeljuje dejanskega stanja ploda, kar lahko deluje tudi zavajajoče. Aplikacija je namenjena izključno v zabavne namene in ne medicinske. Primerna za enoplodno nosečnost.
- Zelo zavajajoče za nosečnice, saj se ob namestitvi aplikacije izkaže, da delovanje aplikacije še zdaleč ni brezplačno in da je potrebna dodatna oprema, ki je v primerjavi s tem, kar ponuja, zelo draga (69,99 evra).
- Aplikacijo je ocenila z oceno 2.



Slika 2: Poslušanje plodovih srčnih utripov z mobilno aplikacijo Fetal Doppler UnbornHeart preko operacijskega sistema Android
(Foto: Franc Rosemarie)

Zaradi premajhne gestacije ni bilo mogoče relevantno oceniti Baby heartbeat monitor pro aplikacije. Standardna metoda merjenja plodovih srčnih utripov (kardiotokografija) omogoča poglobljeno analizo krivulje, ki ob tem nastane, iz nje je mogoče sklepati na stanje ploda. Prednost mobilne aplikacije pred kardiotokografijo je v shranjevanju in izmenjavi podatkov ter ceni, vse ostalo pa služi zgolj v zabavne in ne medicinske namene (Tabela 3).

Tabela 3: Primerjava poslušanja plodovih srčnih utripov preko operacijskega sistema Android s standardno metodo – kardiotokografijo (CTG)

	Mesto poslušanja	Analiza krivulje	Dodatne funkcije	Cena
Mobilna aplikacija	V domačem okolju	Ni mogoča, se pa podatki lahko hranijo.	Povezava s socialnim omrežjem.	Nižja: Cena aplikacije + cena pametnega telefona
CTG	V kliničnem okolju	DA – določitev bazalne frekvence, akceleracije, deceleracije (kasne, zgodnje), določitev tipa krivulje – možnost sklepanja na stanje ploda. Podatki čez nekaj let zbledijo.	Snemanje srčnih utripov dvojčkov, beleženje srčnega utripa matere, merjenje krvnega pritiska in saturacije pri materi.	Od 12.000 evrov naprej

RAZPRAVA

V svetu, ki je vedno bolj prežet z interakcijo med človekom in računalnikom, so mobilne aplikacije vedno bolj pomembne in spreminjajo trend življenja, mnogokrat pa tudi potek dela. Različne mobilne aplikacije delujejo na različnih napravah preko različnih operacijskih sistemov, med katerimi sta najbolj priljubljena Android in IOS, saj imata največji tržni delež (Valentea, 2013).

V Sloveniji se je Sandro Mur s svojo ekipo inženirjev matematike in informatike, pod mentorstvom znane slovenske perinatologinje dr. Tanje Premru-Sršen, lotil razvoja "home monitoring" sistema za perinatologijo. Pri testiranju uporabniške platforme "home monitoring" sistema se je pokazalo, da imajo nosečnice drugačne želje in potrebe, kot so sprva pričakovali. Ugotovili so, da kar 80 % nosečnic vsaj dve uri na dan brska po internetu, kjer sodelujejo na forumih, namenjenih nosečnicam, iščejo medicinske nasvete in si med seboj izmenjujejo izkušnje (Med.Over.Net, 2013). Izkazalo se je, da prvorodke v primerjavi z drugo- in večrodkami pogosteje posegajo po zdravstvenih aplikacijah, povezanih z nosečnostjo (Fleming, et al., 2014; Lee & Moon, 2016), in da nosečnice rade delijo svoja čustva in občutke s svojimi bližnjimi preko socialnih mrež (Med. Over.Net, 2013), kar pa s pridom »izkoriščata« dve glavni spletni trgovini za prenos mobilnih aplikacij Google Play in Apple App Store (Gareth & Lupton, 2015), ki navajata, da razvijalci tovrstnih aplikacij spodbujajo družabno izmenjavo podatkov po-

vezanih z nosečnostjo, kot del poudarjanja prijetnih in zabavnih vidikov nosečnosti. Po drugi strani pa prikazujejo nosečnost kot »tvegano stanje«, ki zahteva skrbno spremljanje in nadzor. Omenjena avtorja v nadaljevanju navajata, da so te aplikacije na nek način sociokulturni artefakti, ki lahko na nosečnice vplivajo tudi zavajajoče. Tudi Hogan in Kerin (2012) menita, da razširjenost (enostavnost namestitve in priljubljenost) današnjih zdravstvenih aplikacij prinaša dodatna tveganja manj izkušenim uporabnikom, ki se morda ne zavedajo prevar, da prenesejo aplikacije, ki vsebujejo zlonamerno programsko opremo, ali kršijo njihovo spletno zasebnost ali jim ponudijo dvomljive zdravstvene podatke in nasvete. V nadaljevanju navajata, da je nujno potrebno uporabnike izobraževati, zlasti širšo javnost, in povečati njihovo zavedanje o morebitnih negativnih vidikih aplikacij za mobilne naprave ter kako oceniti kakovost aplikacije pred namestitvijo in podeljevanju dovoljenj za prenos na svojih napravah. Goetz et al. (2017) v raziskavi poudarjajo, da so nosečnice izrazile željo po aplikacijah, ki bi omogočale povezavo z osebnim ginekologom – to bi jim omogočilo opolnomočenje in priložnost soodločanja pri zdravstveni obravnavi. Vendar pa so izrazile tudi pomisleke glede kakovosti vsebine, zanesljivosti spletnih virov in varnosti posameznih podatkov. V prihodnosti bo temeljna naloga zdravstvenih delavcev obveščanje in poučevanje nosečnic o nameščanju najbolj primernih aplikacij za spremljanje poteka nosečnosti in stanja ploda. S tem se strinjata tudi Lee & Moon (2016), ki navajata, da so aplikacije, povezane z nosečnostjo, rojstvom in varstvom otrok, postale pomemben vir informacij za nosečnice. Da bi zadovoljili potrebe uporabnic, morajo verodostojne aplikacije, povezane z nosečnostjo, rojstvom in varstvom otrok, razviti in upravljati kvalificirani zdravstveni delavci.

Z raziskavo, ki smo jo opravili, smo ugotovili, da uporabna brezplačna mobilna aplikacija za poslušanje plodovih srčnih utripov preko operacijskega sistema Android ne obstaja. Večina aplikacij se oglašuje kot brezplačne, vendar se po namestitvi na telefon izkaže, da je za delovanje potrebna dodatna oprema, ki se cenovno giblje med 70 – 120 evri. Na nek način lahko rečemo, da gre za zavajanje nosečnic. To potrjujejo tudi Lee & Moon (2016) in Bachiri et al. (2016). Zavajajoče je lahko tudi dejstvo, da je aplikacije moč najti pod kategorijo »Medicina«, kar zmotno lahko daje misliti, da je aplikacija razvita s pomočjo zdravstvenih strokovnjakov. Pri raziskovanju aplikacij v naši raziskavi ni razvidno ali je pri razvijanju sodelovalo medicinsko osebje. To je zagotovo pomemben podatek, saj Haelle (2018) navaja, da imajo največjo verodostojnost tiste aplikacije, ki so podprte s strani medicinskih združenj, kot so Ameriško združenje za ginekologijo in porodništvo, Ameriška akademija za pediatrijo, nacionalni zdravstveni zavodi in centri za nadzor in preprečevanje bolezni. Dobro je vedeti, kdo je razvil aplikacijo, ali temelji na strokovno podprtih raziskavah, kakšni so cilji razvijalcev, kako pogosto je aplikacija posodobljena in ali pomagajo nosečnicam ali pa samo ustvarijo dobiček? Apple zahteva, da razvijalci sledijo posodobitvam za iOS in odstranijo aplikacije, ki se ne posodobijo v 30 dneh po obvestilu. Google daje razvijalcem aplikacij za Android eno leto, da se uskladijo s posodobitvami.

Z opravljeno raziskavo ne moremo potrditi, da je uporaba mobilnih aplikacij za nosečnice, med katerimi so tudi aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov, varna in zanesljiva. Haelle (2018) navaja, da imajo plačane aplikacije (v nasprotju s prostimi aplikacijami) ali tiste z veliko oglasi lahko zgolj poslovne interese. Še vedno ni povsem raziskano vplivanje elektromagnetnega delovanja na plod pri uporabi pametnih telefonov. Tudi razvijalci tovrstnih aplikacij se zaščitijo tako, da svetujejo uporabljanje aplikacije v letalskem načinu uporabe pametnega telefona. Geoffrey (2008) navaja, da se verjetnost nastanka vedenjskih težav pri otroku povečuje s količino potencialne izpostavljenosti sevanju v času nosečnosti. Barassi (2017) k temu dodaja, da če želimo preveriti varnost in zanesljivost posamezne aplikacije, je potrebno vedeti, kako razvijalci oglašujejo aplikacijo, kako aplikacija zbira in uporablja osebne podatke in kako je aplikacija ocenjena. Aplikacije v naši raziskavi so ocenjene s precej slabimi ocenami, saj nobena aplikacija ne presega ocene 3,5. Zanimivo pri ocenjevanju Fetal Doppler UnbornHeart aplikacije je to, da jo je kar veliko uporabnikov ocenilo z oceno 5, veliko pa je takih, ki so ji podelili oceno 1. Tudi nosečnica v naši raziskavi jo je ocenila z oceno 2, kar nakazuje dejstvo, da so s strani strokovnega osebja (nosečnica je po izobrazbi diplomirana babica) tovrstne aplikacije slabo ocenjene. Podatki iz naše raziskave kažejo, da so tovrstne aplikacije namenjene zabavi in ne medicinskemu namenu, na kar opozarjajo tudi razvijalci aplikacij. Pri vsaki aplikaciji je v opisnem delu navedeno opozorilo, da se je predhodno potrebno posvetovati z osebnim ginekologom.

Ugotovitve tudi kažejo, da nosečnice dajejo premajhen poudarek na varovanju osebnih podatkov (Lupton & Pedersen, 2016). Barassi (2017) opozarja, da obsežna uporaba aplikacij za nosečnice omogoča korporacijam (in morda tudi vladam) dostop do zelo pomembnih podatkov (število nosečnic, predviden porodni termin, izbrano ime za otroka, plodovi srčni utripi, gibi ploda, prehrana med nosečnostjo, družinske vezi, misli staršev, zapleti med nosečnostjo, zdravstvena anamneza...). Če upoštevamo te tokove podatkov, potem je enostavno, da te aplikacije vidimo kot prvo obliko namenskih tehnologij pri nadzoru državljanov.

Pri primerjanju funkcij, ki jih ponujajo mobilne aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov s standardno metodo poslušanja plodovih srčnih utripov – kardiokografijo, lahko rečemo, da imajo tako ene kot druge dobre in slabe lastnosti. Prednost

mobilnih aplikacij je v tem, da jih je moč uporabiti v mirnem, domačem okolju, v krogu svojih najbližjih. Podatke je mogoče hraniti in med seboj izmenjevati. Največja slabost mobilnih aplikacij je ta, da so v primerjavi s kardiokografijo veliko bolj nezanesljive, saj ni možnosti analizirati krivulje plodovih srčnih utripov. Samo prisotnost utripov pa ni zagotovilo za brezhibno in dobro zdravstveno stanje ploda. Mnogokrat ga je ob določenih boleznih nosečnice mogoče zamenjati z materinim srčnim utripom (npr. pri povišani telesni temperaturi, anemiji...). Pri sodobnejših medicinskih aparatih zamenjava ni mogoča, saj aparat zraven plodovega srčnega utripa beleži tudi materinega, v primeru, da se prekrivata, aparat opozori z alarmom. Prav tako je z medicinskim aparatom možnost snemanja plodovih srčnih utripov pri dvojčkih, med tem, ko mobilna aplikacija tega ne omogoča. Poglavitna prednost mobilnih aplikacij so finančni stroški, ki so znatno cenejši od sodobnih medicinskih aparatov, ki omogočajo ob poslušanju plodovih srčnih utripov sicer tudi merjenje krvnega pritiska in saturacije pri materi, kar omogoča nadzor nad stanjem ploda visoko rizičnih nosečnic. Snemanje utripov s pomočjo kardiokografa se lahko vrši samo v kliničnem okolju, pogostokrat zaradi prisotnosti drugih nosečnic, pri poslušanju niso prisotni ožji družinski člani nosečnice. Slaba stran kardiokografskega zapisa je shranjevanje, saj po določenem času zapis na papirju zbledi ali pa celo izgine. Kljub pomanjkljivostim in prednostim ene in druge metode lahko rečemo, da je strokovno bolj podprta in varna metoda standardnega snemanja plodovih srčnih utripov s kardiokogramom, sploh če bo v prihodnosti računalniško podprta.

Glede na to, da smo tudi v naši raziskavi potrdili, da nosečnice ob poslušanju plodovih srčnih utripov prevzemajo občutki sreče in zadovoljstva, da si želijo aktivnega sodelovanja pri zdravstveni obravnavi, kar potrjujejo tudi drugi avtorji (Bridges, 2015; Gareth & Lupton, 2015), bi bilo mogoče v bodoče razmisliti o razvijanju sodobne metode poslušanja plodovih srčnih utripov. Čeprav ni jasnih dokazov, da antenatna kardiokografija izboljša perinatalni izid, so upravičene nadaljnje študije, ki se osredotočajo na uporabo računalniško podprtega snemanja plodovih srčnih utripov. Pri razvijanju tovrstne metode bi moralo sodelovati zdravstveno osebje (porodničarji, babice). Podjetje, ki uspešno integrira svoje mobilne storitve v zdravstveno oskrbo, je BabyScripts, ki je leta 2010 v Ameriki (Univerza Utah) prvič predstavilo prototip (Sense4Baby) nadzora nad plodovimi srčnimi utripi in spremljanje visoko rizičnih nosečnic na domu. Seveda raziskave še potekajo, dejstvo pa je, da podjetje dela z več kot 15 zdravstvenimi sistemi v Združenih državah in je spremljal približno 8000 nosečnic. Njihov cilj v prihodnosti je spremljanje 50.000 žensk z željo po preprečevanju in odpravi nastanka prezgodnjega poroda do leta 2027 (Haelle, 2018; Tripp, 2014). Metoda temelji na omogočanju snemanja plodovih srčnih utripov v domačem okolju, z možnostjo natančne analize utripov, ki jo je mogoče preko mobilne aplikacije prenesti v podatkovno bazo porodnišnice, kjer si rezultat snemanja in analizo ogleda porodničar, ki lahko na hiter način da povratno in zanesljivo informacijo nosečnici. S tem olajša zdravstveno obravnavo nosečnicam iz oddaljenih krajev, nosečnice pri obravnavi lahko aktivno sodelujejo in dobijo relevantne informacije od izbranega ginekologa ali babice (Advanced Maternity Innovation, 2018; Comstock, 2015).

V Sloveniji se ob dobri organiziranosti perinatološke službe zdi nepojmljivo zagovarjanje digitalizacije pred osebnim stikom s porodničarjem ali babico. Pa kljub temu je potrebno vedeti, da poteka nagel razvoj najsodobnejše digitalne tehnologije s pomočjo katere naj bi v prihodnosti spremljali ne samo nosečnice, temveč tudi rojevajoče ženske. Preizkuša se namreč že sodobna računalniška tehnologija, s katero je mogoče prikazati odpiranje materničnega vratu, prehajanje ploda skozi porodni kanal matere, rotacijo glavice ipd. (npr. računalniški program LaborPro) (Demaere, 2017). In čeprav ženske danes veliko govorijo o neprijaznem medikaliziranem porodu, bo najverjetneje v prihodnosti ta ista vse bolj »digitalizirana družba« zahtevala uporabo sodobne računalniške tehnologije, ki bo zagotavljala varnost, natančnost in doslednost porodnega mehanizma. Kar se nam še danes zdi kot »science fiction«, je jutri lahko že realnost. Pri tem se zastavlja vprašanje, ali bodo ženske v prihodnosti še znale prisluhniti same sebi in svojemu nerojenemu otroku, in ali bomo sploh še dopustili naravi, da se porod odvija na način, kot je bil prvotno zasnovan?

Pričujoča zgodba predstavlja tudi izziv za slovensko babištvo in perinatologijo.

ZAKLJUČEK

Mobilne aplikacije, ki so trenutno na voljo za poslušanje plodovih srčnih utripov so izključno uporabne za zabavne namene in ne medicinske. Kot take ne morejo nadomestiti obiska in posveta z babico ali osebnim ginekologom. Z namenom, da bi zadovoljili potrebe uporabnic, morajo biti aplikacije za poslušanje plodovih srčnih utripov varne in verodostojne in bi jih morali razviti in upravljati kvalificirani zdravstveni delavci. Razvoj in raziskovanje omogočata spremembe v obravnavi in poteku dela v kliničnem okolju in v prihodnosti pomeni uporaba mobilnih aplikacij v stroki izziv tako za babice kakor tudi zdravnike.

Vzporedno z razvojem zdravstvenih aplikacij za laično populacijo se razvijajo zdravstvene aplikacije, ki so namenjene zdravstvenemu osebu (zdravnikom, medicinskim sestram, babicam ipd.). Tovrstne aplikacije so bolj izpopolnjenje, uporablja se medicinska terminologija in dodatne funkcije, ki so namenjene profesionalnemu osebu za delo v kliničnem okolju. Povsem suvereno lahko trdimo, da je digitalna revolucija začela preoblikovati zdravstveno oskrbo, predstavlja priložnosti za izboljšanje storitev, pa tudi izzive tako za ženske v rodni dobi, kakor tudi ponudnike, ki se ukvarjajo z vključevanjem novih tehnologij v vsakdanje življenje in kliničnega poteka dela.

LITERATURA

Advanced Maternity Innovation, 2018. Sense4Baby® wireless maternal fetal monitoring. Available at: <http://www.advancedmaternityinnovations.com/sense4baby/> [8.2.2019].

Alfirevic, Z., Devane D., Gyte, G.M.L. & Cuthbert, A., 2017. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Library*. Available at: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/abstract> [23.3.2018].

Bachiri, M., Idri, A., Fernández-Alemán, J.L. & Toval, A., 2016. Mobile personal health records for pregnancy monitoring functionalities: Analysis and potential. *Science Direct*. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169260715302480?via%3Dihub> [30.4.2018].

Barassi, V., 2017. Social Media + Society, BabyVeillance? Expecting Parents, Online Surveillance and the Cultural Specificity of Pregnancy Apps. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2056305117707188> [17. 03. 2018].

Bauer, A.M., Rue, T., Keppel, G.A., Cole, A.M., Baldwin, L.M. & Katon, W., 2014. Use of Mobile Health (mHealth) Tools by Primary Care Patients in the WWAMI Region Practice and Research Network (WPRN). *Journal of the American Board of family medicine*. Available at: <http://www.jabfm.org/content/27/6/780.full> [10.4.2018].

Bhavnani, S.P., Narula, J. & Sengupta, P.P., 2016. Mobile technology and the digitization of healthcare. *European Heart Journal*, 37, pp. 1428-1438.

Bridges, H., 2015. Fetal heartbeat apps coming to a smartphone near you. But are they safe? *Innovatedmedteche digital health network*. Available at: <https://innovatedmedtec.com/content/fetal-heartbeat-apps-coming-to-a-smartphone-near-you-but-are-they-safe> [10.4.2018].

Comstock, J., 2015. Mobilhealth news. New FDA clearance will bring Sense4Baby into the home. Available at: <https://www.mobihealthnews.com/42062/new-fda-clearance-will-bring-sense4baby-into-the-home> [8.2.2019].

Conn, J., 2012. Most-healthful apps. *Modern Healthcare*. Available at: <http://www.modernhealthcare.com/article/20121208/MAGAZINE/312089954> [10.4.2018].

Demaere, L.M., 2017. LaborPro: Third Generation of Monitoring Technology Promising to Improve Outcomes, Without Adequate Testing or Proven Benefit. *Science & Sensibility*. Available at: <https://www.scienceandsensibility.org/blog/laborpro-third-generation-of-monitoring-technology-promising-to-improve-outcomes,-without-adequate-testing-or-proven-benefit> [4.2.2019].

Dolan, B., 2013. Report finds pregnancy apps more popular than fitness apps. *Mobihealthnews*. Available at: <http://www.mobihealthnews.com/20333/report-finds-pregnancy-apps-more-popular-than-fitness-apps> [11.4.2018].

Fleming, S.E., Vandermause, R. & Shaw, M., 2014. First-time mothers preparing for birthing in an electronic world: internet and mobile phone technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), pp. 240–253.

Fox, S. & Duggan, M., 2012. Pew Research Center. Mobile Health 2012. Available at: http://pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/PIP_MobileHealth2012_FINAL.pdf [10.4.2018].

Gareth, M.T. & Lupton, D., 2015. Threats and thrills: pregnancy apps, risk and consumption. *Journal Health, Risk & Society*, 17(7-8), pp. 495-509.

Geoffrey, L., 2008. Indy/Life. Warning: using a mobile phone while pregnant can seriously damage your baby. Available at: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/warning-using-a-mobile-phone-while-pregnant-can-seriously-damage-your-baby-830352.html> [10.4.2018].

Goer, H., 2017. Continuous Electronic Fetal Monitoring (Cardiotocography) in Labor: Should It Be Routine? *Science & Sensibility*. Available at: [https://www.scienceandsensibility.org/blog/continuous-electronic-fetal-monitoring-\(cardiotocography\)-in-labor-should-it-be-routine](https://www.scienceandsensibility.org/blog/continuous-electronic-fetal-monitoring-(cardiotocography)-in-labor-should-it-be-routine) [8.4.2018].

- Goetz, M., Müller, M., Matthies, L.M., Hansen, J., Doster, A., Szabo, A., Pauluschke-Fröhlich, J. & 2017. JMIR Mhealth Uhealth. Perceptions of Patient Engagement Applications During Pregnancy: A Qualitative Assessment of the Patient's Perspective. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5466700/> [12.4.2018].
- Grivell, R.M., Alfirevic, Z., Gyte, G.M.L. & Devane, D., 2015. Cochrane. Cardiotocography (a form of electronic fetal monitoring) for assessing a baby's well-being in the womb during pregnancy. Available at: http://www.cochrane.org/CD007863/PREG_cardiotocography-form-electronic-fetal-monitoring-assessing-babys-well-being-womb-during-pregnancy [24.3.2108].
- Haelle, T., 2018. Medscape, Pregnancy Apps: Your Patients Use Them—Are You Up to Speed? Available at: https://www.medscape.com/viewarticle/892945#vp_1 [22.4.2018].
- Hogan, N..M. & Kerin, M.J., 2012. Smart phone apps: Smart patients, steer clear. *Science Direct*. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399112003278> [10.4.2018].
- Johnson, S.A., 2014. "Maternal Devices", Social Media and the Self-Management of Pregnancy, Mothering and Child Health. *Societies*, 4, pp. 330-350.
- Kamel Boulos, M.N., Brewer, A.C., Karimkhani, C., Buller, D.B. & Dellavalle, R.P., 2014. Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification. *Journal of Public Health Informatics*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959919/> [10.4.2018].
- Kamel Boulos, M.N., Wheeler, S., Tavares, C. & Jones, R., 2011. How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. Biomed Eng Online. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3080339/> [10.4.2018].
- Lee, Y. & Moon, M., 2016. PubMed. Utilization and Content Evaluation of Mobile Applications for Pregnancy, Birth, and Child Care. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27200216> [12.4.2018].
- Lupton, D. & Pedersen, S., 2016. An Australian survey of women's use of pregnancy and parenting apps. *Women and Birth*, 29(4), pp. 368–375.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, DG., 2009. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PRISMA 2009 Checklist. Available at: <http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20checklist.pdf> [22.4.2018].
- Robinson, F. & Jones, C., 2014. Women's engagement with mobile device applications in pregnancy and childbirth. *Practice Midwife*, 17(1), pp. 23-25.
- Tripp, N., Hainey, K., Liu, A., Poulton, A., Peek, M., Kim, J. & Nanan, R., 2014. An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor? Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24295598> [24.4.2018].
- Valentea, S., Bragab, J., Machadoa, J., Santosc, M. & Abelhaa, A., 2013. The impact of mobile platforms in obstetrics. *Science Direct*. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212017313002880> [4.4.2018].



SLOVENSKO PORODNIŠTVO DANES IN TRENDI ZA PRIHODNOST

Slovenian obstetrics today and trends for the future

Katja Terseglav, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik

katja.terseglav@klinika-golnik.si

IZVLEČEK

V zadnjem stoletju sta nosečnost in porod postala vse bolj medikalizirana v večini delov sveta. Porod je obravnavan kot medicinski dogodek, ki zahteva nadzor, obvladovanje tveganja in stalno spremljanje ženskega telesa. Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2014 opozorila, da mnoge ženske po celem svetu pri rojevanju v ustanovah izkusijo nespoštljivo in nasilno obravnavo, in poudarila, da je kršena pravica žensk do spoštljive obravnave. Posledično je opaziti alternativne trende, ki so v zadnjem času vedno bolj razširjeni: doule, porod v porodni hiši in svobodni porod. Slednji sodi žal med nevarne trende, ki lahko pomenijo nevarnost tako za mati, kot za otroka. Časi, ko je bila ženska med porodom v podrejeni, nebojljeni vlogi, so že davno minili. V razvitem svetu prihaja do upora, ki je odgovor na togo medikalizirano razmišljanje.

Ključne besede: Medikalizacija, nasilje med porodom, doula, porodna hiša, svobodni porod.

ABSTRACT

In the last century pregnancy and birth have become more and more medicalized in most parts of the world. Birth is regarded as a medical event that requires supervision, risk control and continuous monitoring of the woman's body. In 2014 the World Health Organisation stated that many women across the world experience disrespectful and abusive treatment during childbirth in facilities, and thus their rights to respectful care are violated. Consequently one can observe alternative trends, which are becoming increasingly widespread: doulas, birth in a birthing centre, free birth. The latter is among dangerous trends that bears potential risk for the mother and for her new-born baby. Times when women were subordinate and helpless during childbirth are long gone. In the developed world we are now witnessing an uprising as a response to rigid medicalized thinking.

Key words: medicalization, obstetric violence, doula, birthing centre, free birth

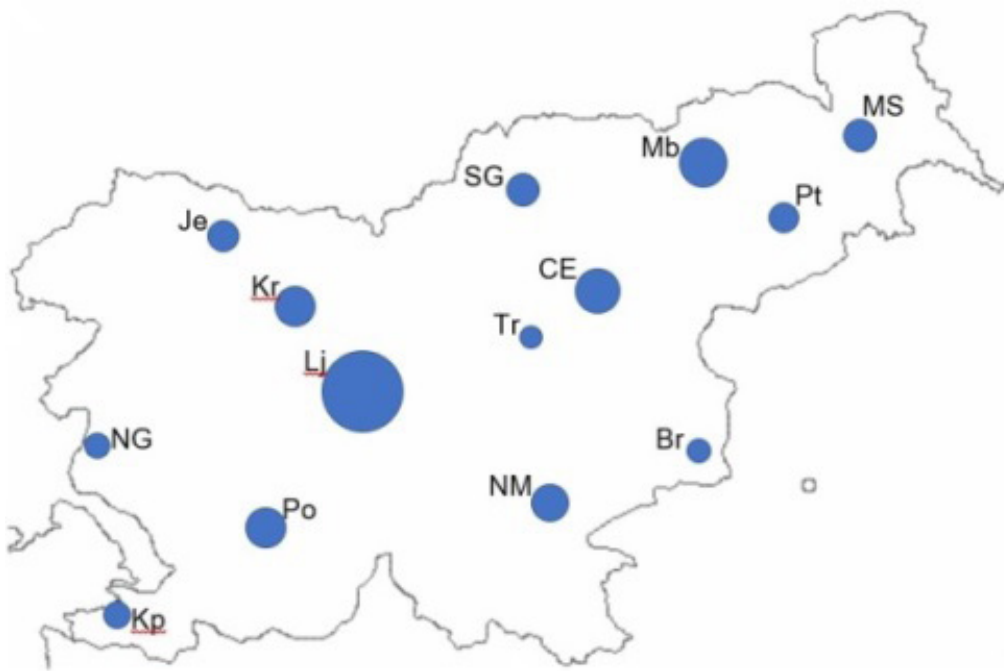
UVOD

V Sloveniji imamo porodnišnice, babiško hišo v sklopu javne bolnišnice in možnost poroda na domu od leta 2015 (Meden-Vrtovec, 2009; Medved & Kirar-Fazarinc, 2016). Porodnice so v nosečnosti pregledane s strani ginekologov, vendar ponekod, npr. v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ), deluje tudi babiška ambulanta. Babiška ambulanta je bila ustanovljena leta 2015 za redne preglede zdravih nosečnic, ki se sicer vodijo v dispanzerski ambulanti (Splošna bolnišnica Jesenice, n. d.). Današnji porod v porodnišnicah je medikaliziran in institucionaliziran. Takšen porod je lahko zelo travmatičen za žensko. Po travmatičnem porodu je gospa, ki si želi ostati anonimna, na vprašanje, kaj bi naredila, če bi bila še enkrat noseča, odgovorila: »Mislim, da ne bom več, ravno zaradi tega. Tako me je strah tega, tako me je strah, ne vem, če se bom odločila še za enega otroka...« (Drglin, 2006). Medikalizacija je biomedicinska težnja, da bi patologizirala sicer običajne telesne procese in stanja, takšna patologizacija pa vodi v uveljavljeno medicinsko obravnavo (Inhorn, 2006 cited in Parry, 2008). Alternativa temu je v žensko osredičeni porod, ki ga definiramo kot porod, kjer so potrebe matere na prvem mestu, pred vsemi drugimi. Tak porod je krajši in manj boleč, povzroča manj zapletov pri ženskah in dojenčkih – in vse to so zaželeni rezultati (Wagner, 2008).

Namen prispevka je predstavitev nekaterih trendov, do katerih je prišlo zaradi trenutnega stanja v porodništvu – medikalizacije. Del nosečnic se namreč upira standardni zdravstveni obravnavi in delujejo avtonomno, s prevzemanjem odgovornosti za svoje odločitve.

PORODNIŠKA DEJAVNOST V SLOVENIJI

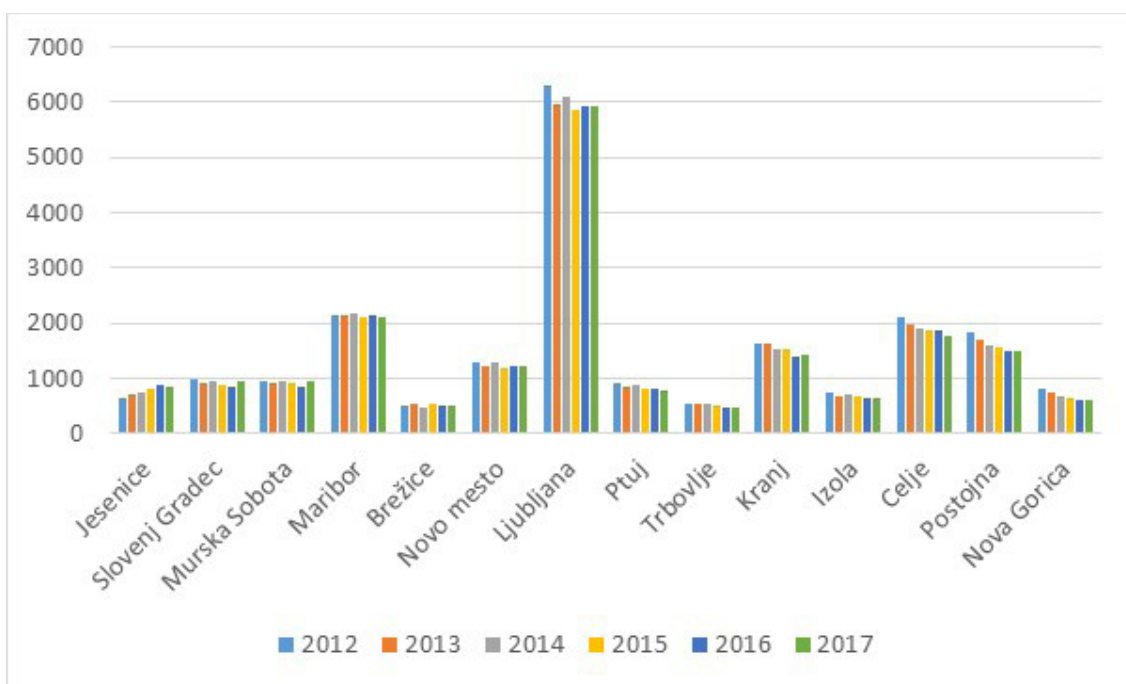
Danes je v Sloveniji 14 porodnišnic, od teh delujeta kot terciarna centra porodnišnica Ljubljana in Maribor (Meden-Vrtovec, 2009). Na podlagi podatkov, pridobljenih od Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja, je na sliki 1 prikazana njihova geografska razporeditev in njihova pomembnost, merjena s številom porodov. Površina krožcev je proporcionalna številu porodov v letu 2016.



Slika 1: Slovenske porodnišnice (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018a).

Nedavno se je večina parov odločila za porod v najbližji porodnišnici, bližina in s tem manjši potni stroški so predstavljali pomembno prednost. Danes se pari odločajo za porod v porodnišnici, ki ustreza njihovim porodnim načrtom. Doktrina porodne pomoči velja na nacionalni ravni, vsaka od štirinajstih porodnišnic pa ponuja nekoliko svojevrstno oskrbo, zato je pomembno, da se nosečnice o storitvah v izbrani porodnišnici dobro pozanimajo. V SBJ sta možna tako imenovan babiški porod in babiška oskrba celoten obporodni čas (Potočnik, 2016).

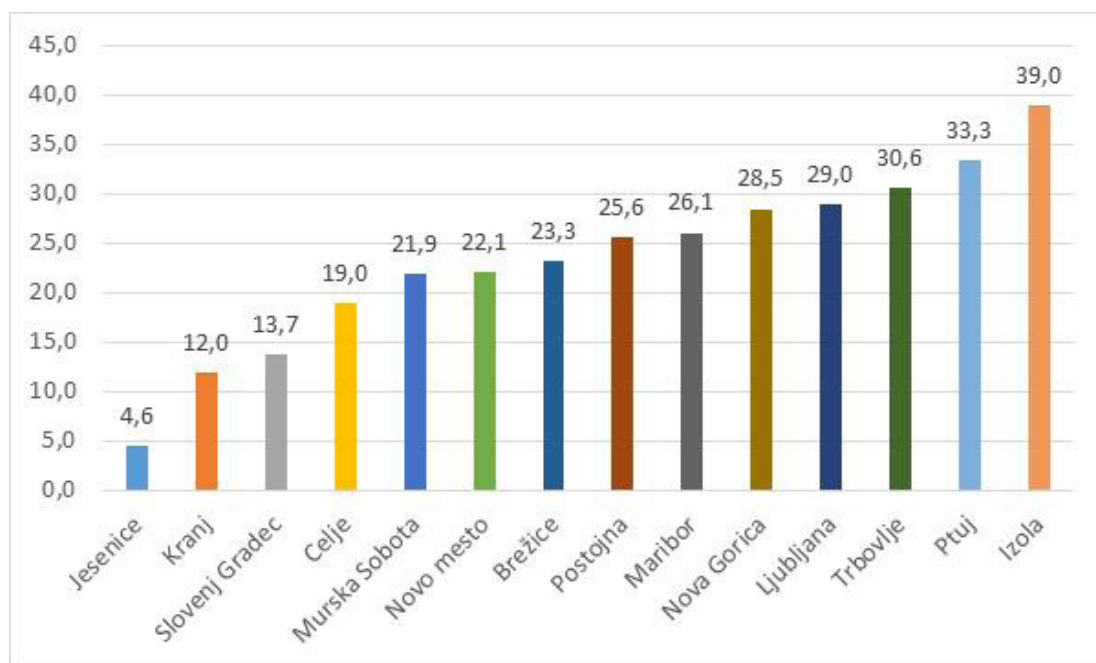
Na podlagi podatkov, pridobljenih od Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja so na sliki 2 prikazane porodnišnice, razvrščene glede na rast števila porodov. Najmanj porodov imata porodnišnica v Brežicah in porodnišnica v Trbovljah. Največ pa terciarna centra: Ljubljana in Maribor.



Slika 2: Število porodov v slovenskih porodnišnicah od leta 2012 do leta 2017 (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018a).

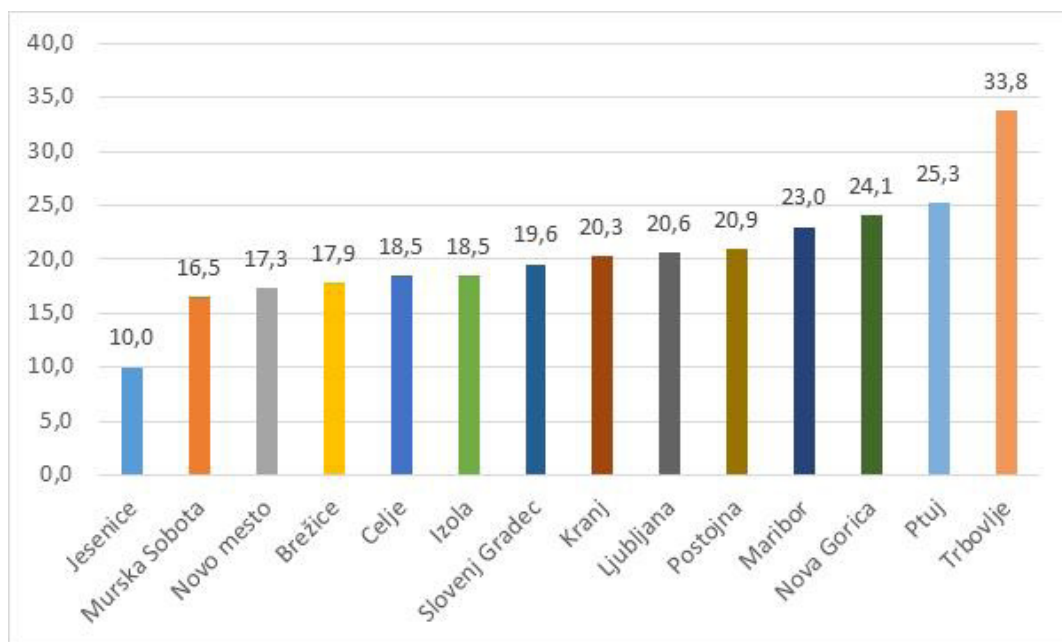
Splošna bolnišnica Jesenice (v nadaljevanju SBJ) je edina bolnišnica, pri kateri je zaznati konstantno rast števila porodov v letih od 2012 do 2017. Pri vseh ostalih porodnišnicah je število porodov v letu 2017 v primerjavi z letom 2012 padlo. Največji padec števila porodov je zaznati v porodnišnici v Novi Gorici. SBJ je v letu 2016 po 40 letih ponovno preseгла število 800 porodov v enem letu. Več kot 800 porodov na leto so na Jesenicah namreč nazadnje našli leta 1976. Za to, da je jeseniška porodnišnica vse bolj priljubljena, je po besedah predstojnice Eve Macun zaslužno predvsem osredotočanje na porodnice, ne pa na porodniško osebje. »Prilagajati smo se začeli njihovim željam in potrebam, spreminjali smo tudi okolje, v katerem rojevajo. Začeli smo izključevati porodne prakse, ki niso nujno potrebne in so lahko celo škodljive, kot so klistiranje, rutinsko britje, prepogosto prerezanje presredka, osamitev porodnice po porodu ...« o spremembah pripoveduje Macunova. »S porodicami smo se kot v partnerstvu začeli dogovarjati, kakšen način poroda jim lahko omogočimo, da je še vedno varen. Spodbujamo gibanje med porodom, odložili smo rutinske postopke na kasnejši čas po porodu, da se mama in otrok lahko takoj tesneje povežeta.« Porodnicam so omogočili tudi, da imajo poleg partnerja ob sebi še enega spremljevalca. »To so malenkosti, ki pa močno spremenijo odnos do porodnice,« je prepričana Macunova (Mlakar, 2016).

Porodnišnice je smiselno primerjati glede na delež epiziotomij, število porodov, odstotek carskih rezov in število izključno dojenih otrok. Iz slike 3 je razvidno, da ima najmanj epiziotomij SBJ, največji odstotek epiziotomij pa imata porodnišnica Ptuj in Izola.



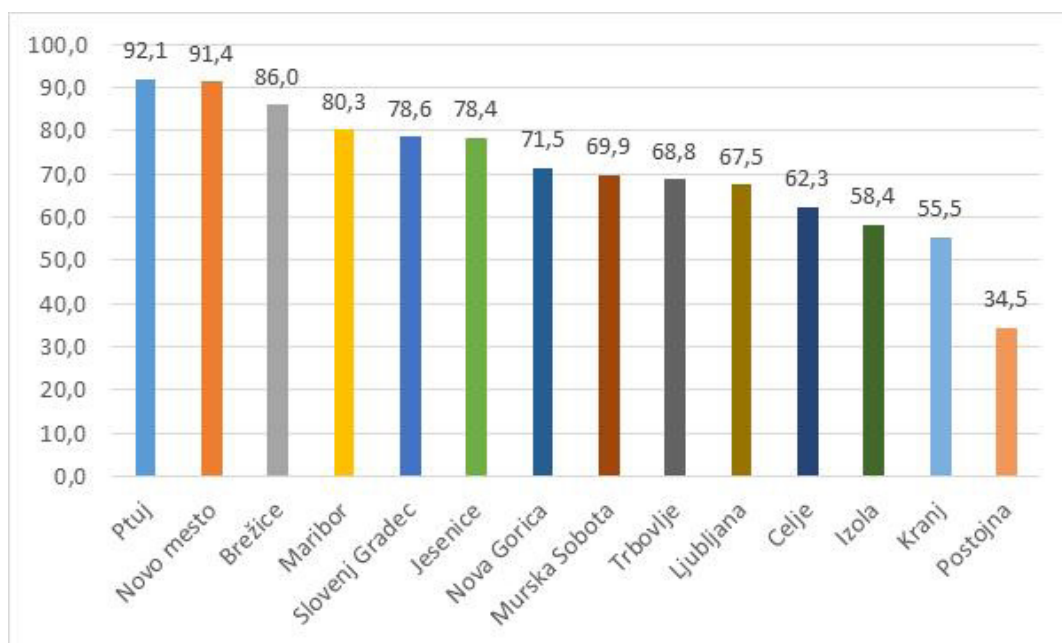
Slika 3: Delež epiziotomij glede na število porodov v slovenskih porodnišnicah leta 2016 (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018b).

Glede odstotka carskih rezov se za leto 2016 zopet odreže najbolje SBJ, največ carskih rezov pa ima Splošna bolnišnica Trbovlje (slika 4).



Slika 4: Delež carskih rezov glede na število porodov v slovenskih porodnišnicah leta 2016 (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018c).

Iz slike 5 je razvidno, da glede deleža izključno dojenih ni veliko razlike med posameznimi porodnišnicami, negativno izstopa le Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna. Zagotovo na to vpliva dejstvo, da imajo vse porodnišnice, razen porodnišnic v Postojni in Izoli, naziv NPP (Novorojencem prijazna porodnišnica). S pobudo Novorojencem prijazna porodnišnica Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja spodbuja dojenje za dobro zdravje mater in otrok (United nations international children's emergency fund Slovenija, n. d.).



Slika 5: Delež izključno dojenih otrok glede na število živorojenih otrok v slovenskih porodnišnicah leta 2016 (Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018d).

Način obravnave porodnice se med posameznimi porodničnicami nekoliko razlikuje. Večinoma se še vedno izvajajo rutinski postopki, kot sta britje zunanjega spolovila in čistilna klizma (t. i. klistir). Dokazov, s katerimi bi lahko podprli rutinsko britje zunanjega spolovila in uporabo čistilne klizme, ni. Z britjem se lahko povzročijo manjše ranice na površini kože, s čimer se poveča možnost prenosa infektov s porodnice na otroka ali zdravstvenega delavca (Potočnik, 2016).

POZIVI K SPREMEMBAM V PORODNIŠTVU PO SVETU

V zadnjem stoletju sta nosečnost in porod postala vse bolj medikalizirana v večini delov sveta. Porod je obravnavan kot medicinski dogodek, ki zahteva nadzor, obvladovanje tveganja in stalno spremljanje ženskega telesa. V mnogih državah rojstvo še vedno vključuje različne rutinske medicinske posege, celo pri ženskah z nosečnostjo z nizkim tveganjem. Kljub drugačnim priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije in z na dokazih podprti medicini, ki temu nasprotujeta. V Evropi, tako kot v drugih državah, se priznava, da hipermedikalizacija in nespoštovanje ne koristijo ženskam in njihovim otrokom v smislu boljših rezultatov; ženske so oropane aktivne vloge pri porodu, povečajo pa se stroški zdravstvenega sistema in število pravnih sporov (Quattrocchi, n. d.). Nasilje, tako fizično kot psihično, med porodom ni redek fenomen. S tem namenom se 25. novembra vsako leto obeležuje t. i. Roses Revolution Day. Na ta dan ženske po vsem svetu položijo pred porodničnice rožnate vrtnice, kot kolektivni znak, da so porod doživljale travmatično. Nasilje nad ženskami v porodništvu je priznala tudi Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju WHO), aktivisti skupine Human Rights in Childbirth pa ocenjujejo, da nasilje pred, med ali po porodu doživi 40–50 % žensk. Mednarodna nevladna organizacija Human Rights in Childbirth je bila ustanovljena leta 2012 (Mundlos, 2015). Vsaka ženska ima pravico biti spoštovana kot oseba, ki sprejema odločitve o svoji in otrokovi negi. Vsak zdravstveni sistem mora biti opremljen v duhu, da prisluhne individualnim potrebam ženske in njenim odločitvam glede rojevanja (Human rights in childbirth, n. d.). Zato si je WHO zadala za enega izmed pomembnejših ciljev v prihodnjih letih boj proti nasilju med porodom (Harmann, 2017). To je navedeno tudi v dokumentu WHO z naslovom Preprečevanje in odpravljanje nespoštovanja in zlorab pri bolnišničnih porodih. WHO je leta 2014 s tem dokumentom opozorila, da mnoge ženske po celem svetu pri rojevanju v ustanovah izkusijo nespoštljivo in nasilno obravnavo, in poudarila, da na ta način ni le kršena pravica žensk do spoštljive obravnave, temveč je lahko ogrožena tudi njihova pravica do življenja, zdravja, telesne celovitosti in življenja brez diskriminacije. S tem dokumentom so pozvali k prizadevanju, dialogu, raziskovanju in zagovorništvu na tem področju, ki je pomembno tako z vidika javnega zdravja kot tudi z vidika človekovih pravic (World health organization, 2015). WHO ostro kritizira prekomerno uporabo t. i. umetnih popadkov z namenom pospeševanja poroda. Pravi, da potek poroda ne smejo določati bolnišnica, zdravnik ali babica, temveč ženska. O vsem mora soodločati. WHO prav tako meni, da so rutinske intervencije, kot npr. rutinska epiziotomija, britje, klistiranje in stalno nameščen CTG pri normalnem porodu nepotrebni (Bundesärztekammer, 2018). Zaradi nasilja nad ženskami tekom poroda se je po Evropi ustanovilo več združenj in je aktivnih več posameznikov, ki se borijo proti temu. Ena takih je tudi Italijanka Alessandra Battisti, ki je leta 2010 doživela izjemno nasilje tekom poroda v rimski porodničnici in travmatizirana odšla iz porodničnice. Odločila se je za tožbo porodničnice, prav tako pa je ustanovila Obstetric Violence Observatory (OVO), s katerim se bori proti nasilju nad ženskami (Cicali, 2018). Na Madžarskem je dejavna aktivistka za pravice žensk na področju porodništva Pálma Fazakas (Langowski, 2016). Jesusa Ricoy je leta 2011 ustanovila Roses Revolution kampanjo, za katero je navdih dobila pri španski kampanji »porod je naš« (šp. El Parto Es Nuestro), ki je nastala kot odgovor na nespoštljiv odnos španskih ginekologov (Jaima, 2016).

DISKUSIJA

Na podlagi trendov iz tujine lahko sklepamo, v katero smer se bo razvijalo slovensko porodništvo. Tipičen primer prevzemanja tujih trendov so porodne spremljevalke, t. i. doule. Doule so v Združenih državah Amerike poznali že v začetku osemdesetih let dvajsetega stoletja (Peternel, 2015), pri nas pa jih je prva sprejela Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj leta 2010 (Teran Košir, 2012). Doula je usposobljena in izkušena ženska, ki nudi čustveno, informacijsko in fizično podporo porodnici in njenemu partnerju v času nosečnosti med porodom in po njem. Sama nima nujno medicinske izobrazbe, dobro pa pozna fiziologijo poroda in je v večini primerov tudi sama rodila (Peternel, n. d.). Odnos zaposlenih v porodničnicah do doule je zelo različen, nekatere menijo, da z vmešavanjem v delo strokovnjakov motijo zdravstveno obravnavo, spet drugi strokovnjaki z njimi zelo dobro sodelujejo (Terseglav, 2018).

Glede na stanje porodništva v razvitih evropskih državah lahko sklepamo, da se bodo v prihodnosti ustanovljale zasebne porodne hiše v Sloveniji. V Avstriji in na Nizozemskem število porodov v porodnih hišah narašča, v Nemčiji pa število porodov v

porodnih hišah sicer ostaja nespremenjeno, vendar je povpraševanje večje od ponudbe, saj je v nemškem prostoru prisotno veliko pomanjkanje babic. Tako je vodja Kölnske porodne hiše Kölner Geburtshaus povedala, da vsak mesec zavrnejo do 20 nosečnic, ki želijo roditi pri njih (Terseglav 2018).

Sicer formalno v Sloveniji obstaja porodna hiša. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna nudi tudi možnost poroda v babiški hiši (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, n. d.). Aprila 2012 so v Postojni v sklopu porodnišnice odprli prvo babiško hišo pri nas. (M. M., 2013). Vendar le ta glede na število porodov (v letu 2017 le 6 in v letu 2016 le 1) ni zaživela (Terseglav, 2018). Za primerjavo, zasebna babica v Nemčiji, Edina Lippe-Borrmann, ima s svojo sodelavko 10–20 porodov na mesec, letno pa 40 porodov v svoji porodni hiši (Felgenträger, 2016).

Pri porodih, pri katerih je prisotna ena babica pri porodnici ves čas, od začetka do konca poroda, so ženske veliko bolj zadovoljne, izvedenih je veliko manj intervencij. Posledično so tudi stroški takšnega poroda manjši (Sandall, et al., 2016). V porodni hiši Kölner Geburtshaus se je v letu 2016 6,2 % porodov zaključilo s carskim rezom. Za primerjavo, v Nemčiji je bilo v letu 2015 carskih rezov 31,1 %. Odstotek epiziotomij v porodni hiši Kölner Geburtshaus je 1,5 % (Kölner Geburtshaus, n. d.).

V British Medical Journal je bila objavljena raziskava iz Velike Britanije, ki zaobjema 57.000 porodov med letoma 2008 in 2010. 17.000 žensk je rodilo otroka doma, 10.000 v porodni hiši, 30.000 pa v porodnišnici. Skupaj so bili 4,3 primeri na 1.000 primerov s komplikacijami, kot so: možganske poškodbe, zlomi kosti ali smrt otroka med ali kmalu po porodu. Ti problemi so se ne glede na kraj poroda pojavljali enako pogosto. Raziskava zaključuje, da mi morale zdrave ženske same izbrati kraj, kjer si želijo roditi (Brocklehurst, et al., 2011).

Trend, ki je v porastu, obenem pa lahko zelo nevaren je svobodni porod. Svobodni porod je v angleškem jeziku znan kot Free birth, v Nemčiji pa je v uporabi celo več izrazov: Selbstbestimmte geburt/Freie Geburt/ Alleingeburt. Čeprav izraz pri nas še ni uveljavljen, so takšni porodi v Sloveniji že prisotni. V Nemčiji je ena najbolj znanih zagovornic svobodnega poroda Sarah Schmid, ki je prvega otroka sicer rodila doma še s pomočjo babice, vendar je ugotovila, da se pri porodu najbolje počuti sama in je zato ostalih pet otrok rodila sama, brez tuje pomoči (Schmid, n. d.). Združenje za kakovost v izvenkliničnem porodništvu (nem. Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e. V., QUAG) ugotavlja, da število svobodnih porodov narašča, vendar je težko oceniti točno število. V prid temu govori tudi naglo naraščanje posnetkov svobodnih porodov na Youtube spletni strani. Tudi Sarah Schmid je vse svoje svobodne porode posnela in objavila javno. Schmid meni, da se ženske, ki se odločijo za svobodni porod delijo v grobem na dve skupini. Prva skupina so ženske, v tridesetih letih, ki imajo alternativni življenjski slog in se upirajo medikalizaciji. Druga skupina so pa te, ki imajo za sabo travmatsko izkušnjo poroda (Harmann, 2018). V tujini je dejavno tudi gibanje Free Birth Society, ki se zavzema za avtonomijo žensk med nosečnostjo, porodom in materinstvom (Free Birth Society, n. d.). V tem kontekstu je v nemškem prostoru tudi poznan izraz Selbstbestimmte Schwangerschaft, kar pomeni v slovenskem prevodu Samoodločanje v nosečnosti. To pomeni, da ženske same odločajo, koga bodo prosile za nasvet, ali bodo nasvet upoštevale in katere preiskave bodo dovolile (Froese, n. d.). To lahko pomeni, da se ženska popolnoma odpove pregledom v nosečnosti, ali pa da vse preglede opravi pri babici (v Nemčiji je npr. možno, da celotno nosečnost spremlja babica) ali pa, da sicer hodi na preglede k zdravniku, vendar sama odloča katero preiskavo bo sprejela in katero ne. Lahko bi temu rekli tudi prevzemanje aktivne vloge v sklopu zdravstvene obravnave, vsekakor je eden izmed stranskih pozitivnih učinkov zmanjševanje nepotrebnih stroškov. Saj je marsikatera rutinska intervencija dejansko nepotrebna.

Glede na tveganja, ki jih takšna praksa predstavlja, je varnost le-te zelo vprašljiva. Se je pa potrebno vprašati, če za pojav takšnih porodov ni odgovorna medikalizacija in togost porodništva. Opravičeno pa je tudi vprašanje smiselnosti nefinanciranja babiškega poroda na domu iz strani ZZZS, če potegnemo vzporednice s porastom splavov iz strani mazačev (in s tem maternalne mortalitete) v primeru preprečitve splava (Haddad & Nour, 2009; World health organization, 2018).

ZAKLJUČEK

Časi, ko je bila ženska med porodom v podrejeni, nebogljeni vlogi so že davno minili. V razvitem svetu prihaja do upora, ki je odgovor na togo medikalizirano razmišljanje. Ne smemo si dovoliti arogance v smislu, da je to spet ena »modna muha«. Takšnemu zatiskanju oči odločno nasprotujeta tudi Human rights in childbirth in Svetovna zdravstvena organizacija, ki pravita, da ima vsaka ženska pravico biti spoštovana kot oseba, ki sprejema odločitve o svoji in otrokovi negi ter so ji z nespoštljivo obravnavo kršene osnovne človekove pravice. Zagotovo bi se dalo s prilagajanjem obravnave v porodnišnicah ter s financiranjem poroda na domu zmanjšati stisko žensk, ki si želijo v žensko osrediščen, oz. fiziološki porod. Obenem pa menim, da je v prihodnje smiselno podpiranje ustanavljanja porodnih hiš, saj so izkušnje iz tujine na tem področju dobre.

LITERATURA

- Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, n. d. *Porod v babiški hiši*. Available at: <https://www.bolnistica-po.si/sl/porod-v-babiški-hiši> [29. 8. 2017].
- Brocklehurst, P., Hardy, P., Hollowell, J., Linsell, L., Macfarlane, A., McCourt, et al., 2011. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study. *British medical journal*, 343, pp. 1-13.
- Bundesärztekammer, 2018. *WHO kritisiert zu häufigen Einsatz von Wehenmitteln bei Geburten*. Available at: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89258/WHO-kritisiert-zu-haeufigen-Einsatz-von-Wehenmitteln-bei-Geburten> [28. 2. 2018].
- Cicali, A., 2018. *How Italian women are organising against 'obstetric violence'*. Available at: <https://www.opendemocracy.net/5050/alessandra-cicali/how-italian-women-are-organising-against-obstetric-violence> [19. 1. 2018].
- Drglin, Z., 2006. Pripovedovalke porodnih zgodb: nihaji ranljivosti in moči. In: Z. Drglin, ed. *Rojstvo: zbornik konference z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 17. november 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 58-90.
- Felgenträger, H., 2016. *Werner Geburtshaus expandiert dank Baby-Boom*. Available at: <http://www.ruhrnachrichten.de/staedte/werne/Bis-zu-40-Geburten-im-Jahr-Werner-Geburtshaus-expandiert-dank-Baby-Boom;art942,3090952> [29. 8. 2017].
- Free Birth Society, n. d. *Free birth society*. Available at: <https://www.freebirthsociety.com/> [14. 1. 2019].
- Froese, J., n. d. *Selbstbestimmte Schwangerschaft: Was bedeutet das überhaupt?* Available at: <http://newbeginnings.de/selbstbestimmte-schwangerschaft/> [14. 1. 2019].
- Haddad, L. & Nour, N.M., 2009. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Reviews in obstetrics and gynecology*, 2(2), pp. 122-126.
- Harmann, L., 2018. Ohne Arzt und Hebamme Was bringt eine Frau dazu, alleine zu gebären? *Berliner Zeitung*. Available at: <https://www.berliner-zeitung.de/familie/ohne-arzt-und-hebamme-was-bringt-eine-frau-dazu--alleine-zu-gebaeren--25468762-seite2> [14. 1. 2019].
- Harmann, L., 2017. Roses revolution day „Gewalt unter der Geburt ist kein Randphänomen“. *Berliner Zeitung*. Available at: <https://www.berliner-zeitung.de/familie/roses-revolution-day--gewalt-unter-der-geburt-ist-kein-randphaenomen--25145552> [19. 1. 2018].
- Human rights in childbirth, n. d. Discovering human rights in childbirth. Available at: <http://www.humanrightsinchildbirth.org/> [28. 2. 2018].
- Jaima, F., 2016. *Obstetric violence*. Available at: <http://www.tribedemama.com/blog/obstetric-violence> [20. 1. 2018].
- Kölner Geburtshaus, n. d. *Sicherheit und hauseigene Statistik*. Available at: <https://www.geburtshaus-koeln.de/geburt/sicherheit-und-hauseigene-statistik/> [28. 2. 2018].
- Langowski, J., 2016. "Stop bawling" – *Obstetric violence in Hungary*. Available at: <http://www.europeanyoungfeminists.eu/2016/08/22/stop-bawling-obstetric-violence-in-hungary/> [19. 1. 2018].
- M. M., 2013. *V Sloveniji manjka kontinuirana babiška oskrba*. Available at: http://www.dolenjskilist.si/2013/05/02/96771/novice/novice_splсно/V_Sloveniji_manjka_kontinuirana_babiska_oskrba/ [4. 1. 2018].
- Meden-Vrtovec, H., 2009. *Racionalizacija mreže porodnišnic v Sloveniji*. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/razvoj_in_koordinacija_sistema/Racionalizacija_mreze_porodnisnic_pred_na_ZS_240810.pdf [29. 8. 2017].
- Medved, R. & Kirar-Fazarinc, I., 2016. *Navodila za porodnišnice o ukrepanju v primeru načrtovanih porodov na domu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Mrakar, P., 2016. *Na Jesenicah se prilagajajo porodnicam, ne več zdravstvenemu osebu*. Available at: <https://www.dnevnik.si/1042728823> [7. 7. 2017].
- Mundlos, C., 2015. *Gewalt in der Geburtshilfe, das alltägliche Verbrechen*. Available at: <https://www.netzwerk-frauengesundheit.com/gewalt-in-der-geburtshilfe-das-alltaegliche-verbrechen/> [19. 1. 2018].
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018a. *Število porodov po porodnišnicah in statističnih regijah (porodnice z bivališčem v Sloveniji), Slovenija 2012-2016*.
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018b. *Število epiziotomij po porodnišnicah (porodnice z bivališčem v Sloveniji), Slovenija 2012-2016*.
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018c. *Število porodov s carskim rezom po porodnišnicah (porodnice z bivališčem v Sloveniji), Slovenija 2012-2016*.
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja, 2018d. *Število živorojenih dojenih otrok ob odpustu iz porodnišnice po porodnišnicah (porodnice z bivališčem v Sloveniji), Slovenija 2012-2016*.
- Parry, D.C., 2008. "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health care for women international*, 29(8), pp. 8-9.
- Petermel, Š., 2015. Obporodna spremljevalka (dula). In: S. Cepin & M. Zabukovec, eds. *Porodne zgodbe*. Ljubljana: Slave, pp. 31-41.

- Peternel, Š., n. d. *Kdo je doula?* Available at: <https://www.doula.si/kdo-je-doula.html> [14. 1. 2019].
- Potočnik, P., 2016. *Porod*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Quattrocchi, P., n. d. *Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth*. Available at: <https://www.obstetricviolence-project.com/> [28. 2. 2018].
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D., 2016. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Available at: https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early [29. 8. 2017].
- Schmid, S., n. d. *Über mich*. Available at: <https://http://www.geburt-in-eigenregie.de/beispiel-seite/> [14. 1. 2019].
- Splošna bolnišnica Jesenice, n. d. *Ambulantna dejavnost*. Available at: https://www.sb-je.si/zdravstvena_dejavnost/oddelki_in_enote/ginekološka_sluzba/ambulantna_dejavnost/ [5. 6. 2018].
- Teran Košir, A., 2012. *Kdo je doula in kaj pomeni roditi z njeno pomočjo?* Available at: <https://siol.net/trendi/odnosi/kdo-je-doula-in-kaj-pomeni-roditi-z-njeno-pomocjo-120527> [5. 9. 2018].
- Terseglav, K., 2018. *Analiza podjetniške priložnosti zasebne porodne hiše v Sloveniji: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- United nations international children's emergency fund Slovenija, n. d. *Novorojencem prijazne porodnišnice*. Available at: <http://www.unicef.si/vsebina/139/Nacionalni%20odbor%20za%20spodbujanje%20dojenja> [26. 5. 2018].
- Wagner, M., 2008. *Moj porodni načrt*. Ljubljana: Sanje.
- World health organization, 2015. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1 [20. 1. 2018].
- World health organization, 2018. *Preventing unsafe abortion*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> [14. 1. 2019].



ODNOS ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE DO CEPLJENJA V SLOVENIJI IN NA NORVEŠKEM

Attitudes towards vaccination among nursing students in Slovenia and Norway

Urška Frančula, dipl. m. s.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego

urskafrancula@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja: primerjava med Norveško in Slovenijo

IZVLEČEK

Uvod: Dosedanje raziskave so dokazale, da se je precepljenost v Sloveniji bistveno znižala, čeprav je zakonsko obvezno cepljenje vsakega posameznika. Na drugi strani je na Norveškem cepljenje odločitev posameznika in se je z leti bistveno povečala. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je mnenje o cepljenju med študenti zdravstvene nege v Sloveniji in na Norveškem. **Metode:** Uporabljena je bila neeksperimentalna deskriptivna metoda raziskovanja. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 30 študentov zdravstvene nege na Norveškem in 61 v Sloveniji. Podatki so bili zbrani s pomočjo spletnega anketiranja. Raziskava je potekala aprila in maja 2018 istočasno na Norveškem in v Sloveniji. Podatki so bili obdelani s programom SPSS. **Rezultati:** Med izbranimi demografskimi spremenljivkami in stališči študentov zdravstvene nege obeh držav do cepljenja ni bilo opaznih razlik, saj je pri študentih obeh držav razviden pozitiven odnos do cepljenja. Razvidno je bilo tudi, da v obeh državah večina anketirancev ni nikoli prejela cepivo proti gripi, ter osebe, ki so cepivo proti gripi prejele, se ne cepijo rutinsko. Opazna so bila različna mnenja pri cepljenju proti humanim papiloma virusom, pri cepljenju starejših ljudi proti gripi in o povezavi med avtizmom in cepljenjem. **Diskusija in zaključek:** Ugotovitve kažejo, da je mnenje o cepljenju med študenti zdravstvene nege v Sloveniji in na Norveškem pozitivno (87,9 % slovenskih študentov se je strinjalo z vprašanjem »Ali se nasploh strinjate s cepljenjem in imunizacijo« in 100 % norveških študentov je tudi odgovorilo z »da«). Podatki pridobljeni iz anketnega vprašalnika pripišejo pozitiven odnos do cepljenja, čeprav so prisotni dvomi, še posebej na področju novejših cepiv (večji delež norveških študentov, in sicer 75,0 %, se ne strinja s cepljenjem proti HPV-ju ter 52,0 % študentov iz Norveške se na sploh ne strinja s trenutno priporočenimi cepivi). Cepljenje proti gripi je nezadostno v obeh državah, ter predstavlja problem na področju preventive v bolnišničnem okolju. Potrebni so ukrepi na področju izobraževanja in zdravstvene vzgoje z namenom povečanja samozavesti in ozaveščenost javnosti o pomenu cepljenja.

Ključne besede: cepljenje, zdravstvena nega, precepljenost, odklanjanje cepiv, stranski učinki

ABSTRACT

Introduction: Previous researches have shown that the vaccination coverage in Slovenia has significantly decreased over the past few years, although mandatory. In Norway vaccination is a choice made by each individual (not mandatory) and it has significantly improved during the past years. The aim of this research was to determine the opinion about vaccination among nursing students in Slovenia and Norway. **Methods:** A non-experimental descriptive method was used in this research. The sample included 30 nursing students from Norway and 61 from Slovenia. Data was collected with an online survey. The research was made in April and May 2018, both in Norway and Slovenia. The data was analyzed with the programme SPSS. **Results:** There were no significant differences between the selected demographic variables as both countries have a general positive attitude towards vaccination. Different opinions were observed about the vaccination against HPV, about the vaccination among elderly people for the seasonal influenza and about the relation between autism and vaccination. **Discussion and conclusion:** Findings show that the attitude among nursing students in Slovenia and Norway is mostly positive. The data obtained from the online survey showed a positive attitude, although there are some concerns about newer vaccines. The data also indicated a strong influence of modern media and technologies, as students think that vaccination has a direct connection to autism. Further research is needed about the public opinion about vaccination, especially among the young population. Is important to take action in the field of education and health promotion in order to improve self-esteem in the knowledge of vaccination and immunisation.

Key words: vaccination, nursing, herd immunity, vaccine refusal, side effects

UVOD

Velika problematika zaradi negativnih stališč do cepiv se je poslabšala v zadnjih dveh desetletjih točno zaradi napačnih hipotez ter masovnega širjenja strahu pred imunizacijo, kar je seveda pripeljalo k tem, da se je vedno večje število staršev in skrbnikov odločilo ne cepiti svojih otrok. Posledično so se tudi vzpostavila različna gibanja proti cepljenju, oziroma po angleško opredeljeno »anti-vaccination movements« (Tafari et al., 2014). Zdravstveni delavci imajo v tem primeru zelo pomembno vlogo pri uporabi spretne komunikacije in ustreznega etičnega ravnanja, s katerimi širijo strokovno znanje pacientom in splošni populaciji (Sherris et al., 2006). Zagovornišтво zdravstvenih delavcev lahko poteka preko spleta, kot na primer uporaba različnih cepilnih kampanj na družbenih omrežjih, ki preko slik in blogov imajo namen ozaveščati javnost o različnih boleznih in

preprečevanja le-teh (Rosselli et al., 2016). Intervencije so posebno potrebne pri tistih starših, ki so zaskrbljeni zaradi stranskih učinkov cepljenja na svoje otroke (Salmon et al., 2015).

Namen raziskave je bil ugotoviti odnos in vrednote študentov do cepljenja, ter opredeliti možne dejavnike, ki prispevajo k širjenju idej in prepričanj, da je cepljenje neučinkovito in da so stranski učinki le-teh za družbo usodni. Pri cepljenju oziroma ozaveščanju o pomenu cepljenja imajo zdravstveni delavci, še posebej medicinske sestre, pomembno vlogo. V povezavi z omenjenim je bil cilj ugotoviti kakšna so stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja. V tem primeru sta bili uporabljeni Norveška, kjer zakon določa prostovoljno cepljenje, in Slovenija, kjer je zakonsko določeno obvezno cepljenje.

Postavili smo si naslednje raziskovalne hipoteze:

H1: Med Slovenskimi in Norveškimi študenti zdravstvene nege obstajajo razlike v podpori cepljenja (precepljenosti) populacije.

H1.1: Slovenski študenti zdravstvene nege bolj podpirajo cepljenje kot ukrep preventive kot študenti zdravstvene nege na Norveškem.

H1.2: Norveški študenti zdravstvene nege menijo veliko bolj kot slovenski, da je cepljenje prostovoljna odločitev vsakega posameznika.

METODE

Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja. Podatki so bili izbrani s pomočjo spletnega anketiranja.

Opis instrumenta

V prispevku je bil raziskovalni inštrument anketni vprašalnik, povzet iz raziskave Lameris in sodelavci (2013), kjer v prvem sklopu so bili opisani demografski podatki (leto študija, starost, spol, država rojstva); v drugem sklopu so bila prikazana vprašanja iz raziskave, ki so jo opravili Busse in sodelavci (2002). Predstavljena so bila tudi vprašanja, ki niso bila povezana s prva dvema sklopoma. S tovrstnimi vprašanji se je raziskovalo, ali so anketiranci cepljeni ali ne, in kakšna je njihova stopnja samozavesti pri samostojni razpravi s pacienti glede cepljenja in imunizacije. Na vsako vprašanje so bili možni trije odgovori: »da« »ne vem« in »ne«. Točkovanje sledečih odgovorov je bilo z »2«, »1« ali »0«, kjer je največja številka pomenila najbolj pozitiven odnos do cepljenja, najnižja pa je pomenila najbolj negativen odnos.

Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec študentov zdravstvene nege, 61 študentov v Sloveniji in 30 študentov na Norveškem. Namen tega je bil primerjati dve različni državi: v prvi (Slovenija) je cepljenje zakonsko obvezno, vendar v drugi (Norveška) cepljenje ni obvezno (Norveška). Podrobni podatki o vzorcu so opisani v poglavju Rezultati.

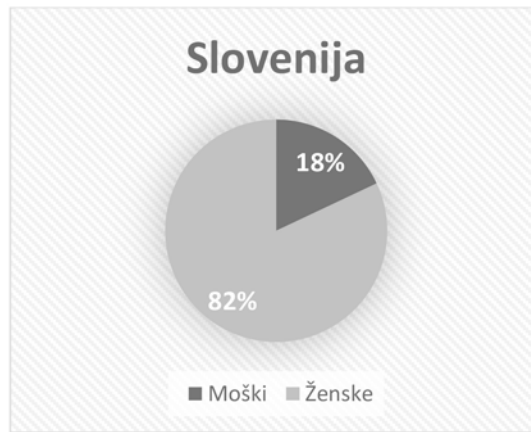
Potek raziskave in analiza podatkov

Raziskava je potekala od 27. aprila do 15. maja 2018. Vprašanja so bila razdeljena po socialnih omrežjih v dveh različicah: v slovenskem jeziku za študente zdravstvene nege v Sloveniji ter v angleškem jeziku za študente zdravstvene nege na Norveškem. Vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen, razdeljen je bil po socialnih omrežjih in v delovnem okolju v digitalni obliki. Vprašalnik je bil oblikovan v programskem orodju 1KA.

Statistična analiza je potekala s pomočjo programa SPSS.

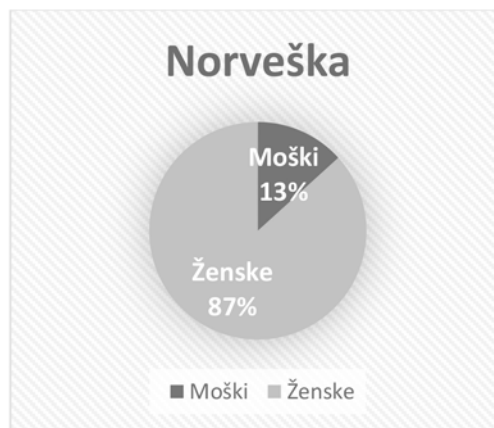
REZULTATI

V študiji je sodelovalo 91 študentov zdravstvene nege, med temi 61 (67 %) je bilo slovenskih ter 30 (33 %) je bilo mednarodnih študentov iz Norveške.



Slika 1: Spol anketirancev v Sloveniji

Slika 1 prikazuje spol anketirancev v Sloveniji: med slovenskimi študenti je sodelovalo 11 (18,0 %) moških ter 50 (82,0 %) žensk.



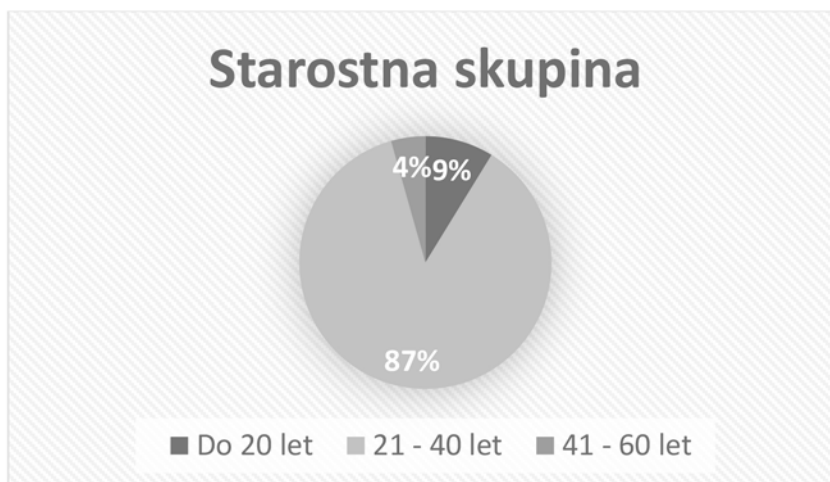
Slika 2: Spol anketirancev na Norveškem

V Sliki 2 je prikazano, da na Norveškem so sodelovali 4 (13,0 %) moških in 26 (87,0 %) žensk. Slika 3 prikazuje, da je največ študentov imelo absolventski staž, najmanj pa je obiskovalo prvi letnik študija zdravstvene nege.



Slika 3: Letnik študija anketirancev v Sloveniji in na Norveškem

Kot prikazuje Slika 4 je bila starostna skupina med slovenskimi in norveškimi študenti povprečno med 21-40 let (27,0 %), najmanj je bilo oseb starejših od 41 let (6,0 %).

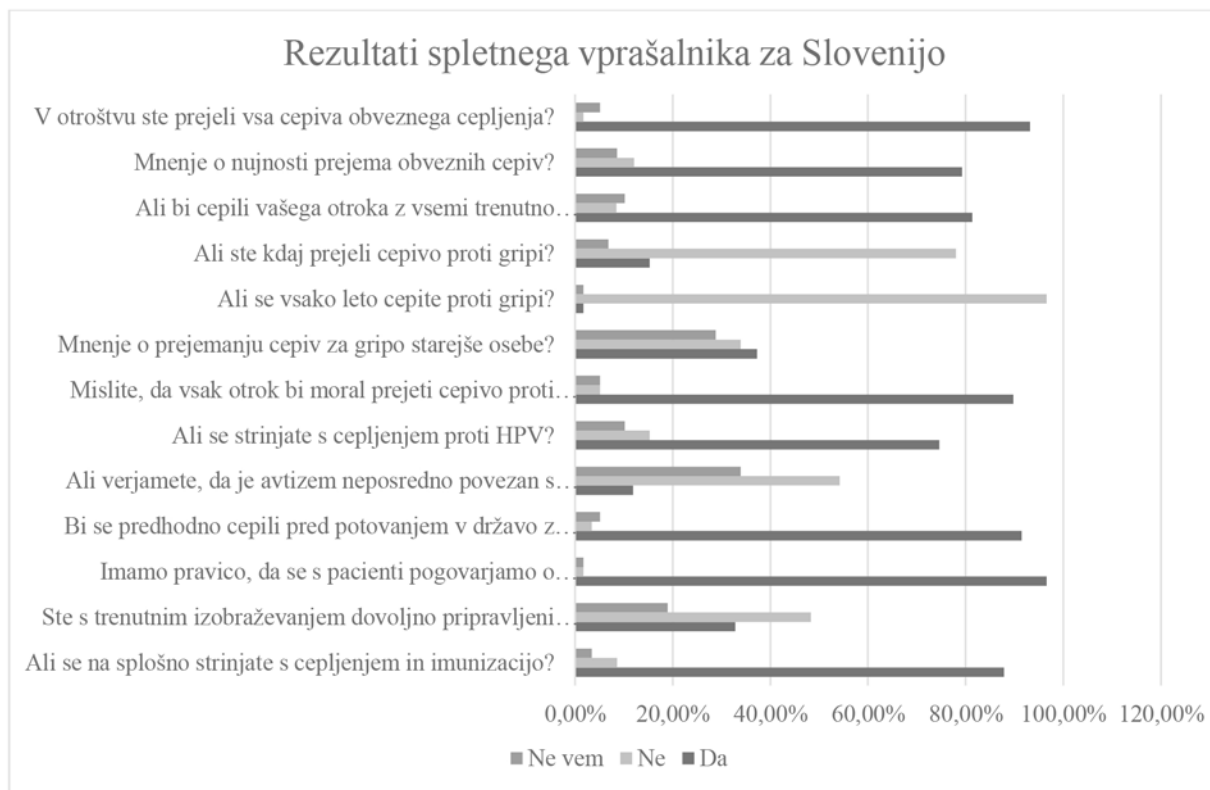


Slika 4: Starostna skupina v Sloveniji in na Norveškem



Slika 5: Rezultati spletnega vprašalnika za Norveško

Slika 5 prikazuje odgovore spletnega vprašalnika za Norveške študente zdravstvene nege, kjer je opazen pozitiven odnos do cepljenja in imunizacije (100,0 % študentov se na splošno strinja s cepljenjem in imunizacijo). Razvidni so dvomi na področju novejših cepiv (52,0 % študentov nebi cepili svoje otroke s trenutnimi razpoložljivimi cepivi in 75,0 % študentov se ne strinja s cepljenjem proti HPV virusu), čeprav je na Norveškem cepljenje kot preventiva velikega pomena (primer je cepljenje pred potovanjem v deželo z znano endemsko infekcijsko bolezen, cepljenje otrok proti OMR in cepljenje starejših oseb proti gripi). Večina norveških študentov zdravstvene nege (95,8 %), meni, da je cepljenje povezano z avtizmom. Več kot polovica (62,5 %) norveških študentov zdravstvene nege je na splošno zadovoljna in samozavestna s trenutnim izobraževanjem, ter meni da je dovolj pripravljena na pogovor o cepljenju s pacienti, čeprav je slaba polovica (45,8 %) študentov prepričanih, da ima pravico do takega pogovora.



Slika 6: Rezultati spletnega vprašalnika za Slovenijo

Slika 6 prikazuje odgovore spletnega vprašalnika za Slovenske študente zdravstvene nege, kjer je tudi opazen pozitiven odnos do cepljenja in imunizacije (87,9 % študentov se na splošno strinja s cepljenjem in imunizacijo). Tudi za slovenske študente je cepljenje kot preventiva izrednega pomena, poleg tega nimajo negativnega mnenja na področju novejših cepiv (81,4 % bi cepilo svoje otroke s trenutno priporočenimi cepivi ter 74,6 % ima pozitivno mnenje za cepiva proti HPV-ju). Na drugi strani je cepljenje proti gripi problematično, saj se večina slovenskih študentov odreče sezonskemu cepljenju (96,6 %) in večji delež (78,0 %) ni nikoli prejel cepivo proti gripi. V Sloveniji je 54,3 % oziroma dobra polovica študentov prepričana, da cepljenje ne povzroča avtizma. Skoraj polovica (48,3 %) slovenskih študentov zdravstvene nege meni, da s trenutnim izobraževanjem ni dovolj pripravljenih za pogovor o cepljenju s pacienti, čeprav skoraj vsi (96,6 %) menijo, da imajo pravico o tem debatirati.

DISKUSIJA

Precepljenost v Sloveniji je z leti rahlo upadla, čeprav je javno mnenje o cepljenju in imunizaciji pozitivno (Vrdelja, 2018). Posledično je potrebno ukrepati na področju zdravstvene vzgoje in izobraževanja, še posebej, da bi se lahko povečala precepljenost proti HPV-ju in proti sezonski gripi (NIJZ, 2016). Na Norveškem je javno mnenje za cepljenje proti omenjenih bo-

leznim izredno skeptično, čeprav je precepljenost visoka in se z leti viša (NIPH, 2017). To se lahko poveže z vplivom medijev in spleta, kjer se napačne ideje in miti širijo v nedogled (Tafari, et al., 2014).

Postavljena raziskovalna hipoteza »H1« oziroma prisotnost razlik v podpori cepljenja populacije med slovenskimi in norveškimi študenti ZN se delno sprejme, saj je nasploh mnenje o cepljenju pozitivno v obeh državah, čeprav obstajajo razlike o mnenju o novejših cepiv kot na primer proti HPV-ju (več kot 75,0 % norveških študentov se ne strinja z uporabo omenjenih cepiv, vendar 74,6 % slovenskih študentov se strinja). Poleg tega se tudi mnenje o cepljenju starejše populacije proti gripi razlikuje; samo 37,3 % slovenskih študentov se s tem strinja, v nasprotju 95,8 % norveških študentov meni, da je cepljenje nujno.

Podhipoteza »H1.1« oziroma ali slovenski študenti ZN bolj podpirajo cepljenje kot ukrep preventive kot norveški ŠZN, se zavrne, saj v obeh državah je mnenje o cepljenju kot preventiva pozitivno.

Podhipoteza »H1.2« pravi, da norveški študenti ZN menijo veliko bolj od slovenskih, da je cepljenje prostovoljna odločitev vsakega posameznika; hipoteza se zavrne, saj je mnenje na tem področju dvomno, še posebej pri zadnjih vprašanih, kjer manj kot polovica norveških študentov meni, da ima pravico do pogovora s pacienti o cepljenju. V nasprotju večji delež slovenskih študentov ZN meni, da imajo pravico do pogovora s pacienti o cepljenju, kar lahko omejuje javno mnenje in prostovoljno odločitev na tem področju.

Rezultati kažejo, da se slovenski in norveški študenti zdravstvene nege na splošno strinjajo z imunizacijo, čeprav je večja skeptičnost med norveškimi študenti zdravstvene nege za sedanja cepiva, še posebej, kar se tiče imunizacije proti HPV-ju. Stafne (2014) meni, da je znanje na področju HPV-ja pomanjkljivo pri mlajši populaciji na Norveškem, in čeprav večina ni sploh vedela, katere so posledice infekcije s HPV-jem, bi se vseeno cepila proti njem. V tej študiji ni bilo razvidno znanje, ki jih norveški študentje imajo na področju HPV-ja, ampak rezultati so pokazali, da se ne strinjajo za imunizacijo proti tem virusu. Kljub ugotovitvam naše raziskave, Norwegian Institute of Public Health [NIPH] (2017) poroča, da so leta 2016 po podatkih SYSVAK-a na Norveškem zabeležili 82 % precepljenosti proti HPV-ju. Na splošno so na Norveškem v tem letu dosegli rekordno število precepljenosti populacije.

Rezultati raziskave so pokazali, da se nasploh študenti zdravstvene nege v Sloveniji strinjajo s cepljenjem, čeprav je po novejših raziskavah NIJZ-a precepljenost v državi močno upadla v zadnjih desetih letih (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2016). Cepljenje proti sezonski gripi predstavlja veliko težavo v Sloveniji, saj je po podatkih NIJZ-ja in mnenja anketirancev v tej študiji bistveno negativna: večina anketirancev se ni nikoli cepila proti gripi, in tudi precepljenost po rezultatih NIJZ-ja znaša samo 3% (NIJZ, 2016).

ZAKLJUČEK

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je mnenje o cepljenju med študenti zdravstvene nege v Sloveniji in na Norveškem. Ugotovitve kažejo, da je mnenje o cepljenju v obeh državah pozitivno (87,9 % slovenskih študentov se je strinjalo z vprašanjem »Ali se nasploh strinjate s cepljenjem in imunizacijo« in 100 % norveških študentov je tudi odgovorilo z »da«). Podatki pridobljeni iz anketnega vprašalnika pripišejo pozitiven odnos do cepljenja, čeprav so prisotni dvomi, še posebej na področju novejših cepiv (večji delež norveških študentov, in sicer 75,0 %, se ne strinja s cepljenjem proti HPV-ju ter 52,0 % študentov iz Norveške se na sploh ne strinja s trenutno priporočenimi cepivi). Cepljenje proti gripi je nezadostno v obeh državah, ter predstavlja problem na področju preventive v bolnišničnem okolju. V prispevku je bilo razvidno tudi, da študentje verjamejo o obstoju neposredne povezave med cepljenjem in avtizmom. V takem primeru je potrebno ukrepati na nivoju izobraževanja in zdravstvene vzgoje tudi na spletu, saj v današnjem času ima močan vpliv na večji del populacije. Potrebne so dodatne raziskave na tem področju, saj rezultati prispevka so nepopolni in primanjkujejo odgovori na področju mnenja o neobveznem cepljenju. Pomembno je tudi raziskovati na področju znanja, ki jih študentje in seveda mlajši del populacije imajo o cepljenju, infekcijskih boleznih, posledicah opuščenega cepljenja in podobno. Tako se lahko ukrepa na nivoju izobraževanja in zdravstvene vzgoje s ciljem olajšanja bodočih odločitev na področju imunizacije in z zmanjšanjem nepotrebne strahu.

LITERATURA

- Busse, J. W., Kulkarni, A. V., Campbell, J. B., & Injeyan H. S. (2002). Attitudes toward vaccination: a survey of Canadian chiropractic students. *Canadian Medical Association journal*, 166(12), pp. 1531-1534. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC113798/pdf/20020611s00018p1531.pdf>. [15. 1. 2019]
- Lameris, M., Schmidt, C., Gleberzon, B. & Ogrady, J. (2013). Attitudes toward vaccination: a cross-sectional survey of students at the Canadian Memorial Chiropractic College. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 57(3), pp. 214-219. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743647/pdf/jcca57_3_214.pdf. [15. 1. 2019]
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. Uvod. In: V. Učakar, I. Jeraj in M. G. Vitek et al.eds., *Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za nalezljive bolezni, pp. 8-12. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepjenje2016.pdf. [15. 1. 2019].
- Norwegian Institute of Public Health, 2017. *Record high vaccination coverage of two-year-olds in 2016*. Available at: <https://www.fhi.no/en/news/2017/record-high-vaccination/>. [15. 1. 2019].
- Norwegian Institute of Public Health, 2017. *The norwegian childhood immunisation programme*. Pridobljeno 30.6.2018 s https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/trykksaker/engelsk-foreldrebrochure_vaksine221216.pdf [15. 1. 2019].
- Rosselli, R., Martini, M. & Bragazzi, N. L., 2016. The old and the new: vaccine hesitancy in the era of the Web 2.0. Challenges and opportunities. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 57(1), pp. E47-E49. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910443/pdf/2421-4248-57-E47.pdf>. [15. 1. 2019].
- Salmon, A. D., Dudley, M. Z., Glanz, J. M. in Omer, B. S., 2015. Vaccine hesitancy: Causes, Consequences, and a Call to Action. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(6S4), pp. 391-398. Available at: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00314-1/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00314-1/pdf). [15. 1. 2019]
- Sherris, J., Friedman, A. L., Wittet, S. & Saraiya, M., 2006. Chapter 25: Education, training, and communication for HPV vaccines. *Vaccine*, 24(3), pp. 211-213. Available at: https://ac.els-cdn.com/S0264410X06007341/1-s2.0-S0264410X06007341-main.pdf?_tid=8cc58498-c04e-4d-65-8a7c-4540bbdcc407&acdnat=1521136596_af2d0803a0b8fd6ddc9b072a3fbd6789. [15. 1. 2019].
- Stafne, T., 2014. *Human Papilloma Virus awareness, knowledge and vaccine acceptance among Norwegian adolescents (master degree thesis)*. Oslo: The Faculty of Medicine, Department of Health Management and Health Economics. Available at: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/39982/StafneMasteroppgave09May2014.pdf?sequence=7&isAllowed=y> [15. 1. 2019].
- Tafari, S., Gallone, M. S., Cappelli, M. G., Martinelli, D., Prato, R. & Germinario, C., 2014. Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. *Vaccine*, 32(38), pp. 4860-4864. Available at: https://ac.els-cdn.com/S0264410X13015053/1-s2.0-S0264410X13015053-main.pdf?_tid=f338dd1e-0300-4315-88be-5fdb757df82e&acdnat=1521136877_6e1cde542499352bc166eea2f9cf41af [15. 1. 2019].
- Vrdelja, M., Jančič, M. & Koprivnik, S., 2018. Analiza konceptualnih okvirov in struktur razumevanja problematike cepljenja v medijih. In: A. Kraigher et al.eds., *Cepljenje: Stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji* (str. 60-63). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf [15. 1. 2019].



UPORABA INFORMACIJSKO- KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE V PROCESU ZDRAVSTVENE VZGOJE NA PODROČJU BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

**Using information and
communication technology in
healthcare education process
of cardiovascular disease**

Ajda Progar, dipl. m.s.

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr.vzg.
asist. Tina Kamenšek, dipl. m. s., mag. zdr. nege
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

ajdus.progar@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Informacijsko-komunikacijska tehnologija je v današnjem svetu zelo razširjena, zato jo lahko uporabimo za preventivno delovanje srčno-žilnih bolezni. Uspešnost njene uporabe, v okviru zdravstvene vzgoje za preprečevanje bolezni srca in žilja, potrjujejo številne raziskave. S pregledom literature smo želeli poiskati različne načine uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije v procesu zdravstvene vzgoje in opredeliti uspešnost izvedbe z uporabo le-te. Osredotočili smo se na zdravo populacijo in populacijo z dejavniki tveganja za srčno-žilne bolezni. **Metode:** Izveden je bil pregled domače in tuje literature s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect ter nacionalnega knjižničnega kataloga COBIB.SI. V analizo smo vključili članke, ki so obravnavali informacijsko-komunikacijsko tehnologijo v procesu zdravstvene vzgoje in članke, ki so obravnavali srčno-žilne bolezni, izključili pa smo tiste, ki so obravnavali otroke in mladostnike.

Rezultati: V polovici člankov so raziskovalci obravnavali zdrave osebe, v ostalih pa so na vzorcu oseb ugotavljali prisotnost dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni. Pregled literature je pokazal, da je zdravstvena vzgoja z uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije pozitivno vplivala na preprečevanje srčno-žilnih bolezni, prav tako se je pokazala kot bolj uspešna v primerjavi s klasično izvedeno zdravstveno vzgojo. **Diskusija in zaključek:** Na področju preventivnega delovanja srčno-žilnih bolezni ima ključno vlogo zdravstvena vzgoja, ki se lahko izvaja na različne načine. Vedno večji poudarek je na uporabi informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki daje možnost pozitivnega vplivanja na vedenje posameznika in posledično, v procesu zdravstvene vzgoje, pripomore k preprečevanju pojavnosti in razvoja srčno-žilnih bolezni.

Ključne besede: medicinske sestre, dejavniki tveganja, preventivno delovanje, odrasli, sodobna tehnologija

ABSTRACT

Introduction: Information and communication technology is wide spread in today's world and can be used to prevent cardiovascular disease. The success of its use in healthcare education for prevention of cardiovascular disease is confirmed by numerous studies. By reviewing the literature, we wanted to find various ways of using information and communication technology in the process of health education and also define the performance of the implementation using it. We focused on healthy population and population with risk factors for cardiovascular disease. **Methods:** A review of Slovenian and foreign literature was carried out with international data bases CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect and the national library catalog COBIB.SI. In the analysis we included articles that cover information and communication technology in the process of health education and articles that cover cardiovascular disease. We excluded those articles that addressed children and adolescents. **Results:** Half of the articles studied on samples of people with the presence of risk factors for cardiovascular disease, the other half studied on samples of healthy people. The literature review showed that health education with the use of information and communication technology had a positive effect on the prevention of cardiovascular disease. It also proved to be more successful compared to classical health education. **Discussion and conclusion:** In the field of preventive action of cardiovascular diseases, health education plays a key role and can be carried out in various ways. The growing emphasis is on using information and communication technology, which gives the possibility of positively influencing the behavior of the individual and consequently, in the process of health education, helps to prevent the incidence and development of cardiovascular diseases.

Key words: nurse, risk factors, preventive action, adults, modern technology

UVOD

Srčno-žilne bolezni (SŽB) povzročijo spremembe na srcu, možganskem žilju in žilju celotnega telesa (NHFA – National Heart Foundation of Australia, 2010; Košnik, et al., 2011; Trejo, et al., 2018). V večini primerov spremembe nastanejo zaradi dejavnikov tveganja (Košnik, et al., 2011), ki pospešujejo nastanek ateroskleroze, sladkorne bolezni in arterijske hipertenzije (Mendis, et al., 2011), kar vodi v pojav srčno-žilnih dogodkov. Na dednost, spol in starost ne moremo vplivati (Tomšič & Orožen, 2012), zato se je zelo pomembno osredotočiti na dejavnike tveganja, ki jih lahko obvladujemo (Novak, 2010; Rodrigues, et al., 2016). Kajenje, pomanjkanje telesne dejavnosti, slabe prehranjevalne navade in škodljivo pitje alkohola (Košnik, et al., 2011; Mendis, et al., 2011; Wilkins, et al., 2017; Sweta & Radha, 2018) so dejavniki, na katere lahko vplivamo z izboljšanjem življenjskega sloga (Novak, 2010). Na povišan krvni tlak, krvni sladkor ali povišane maščobe in holesterol v krvi ter prekomerno telesno maso (Košnik, et al., 2011; Mendis, et al., 2011; Wilkins, et al., 2017) lahko vplivamo, vendar ob prisotnosti genetskih

predispozicij omejeno. Poskušamo torej podaljšati obdobje brez prisotnosti srčno-žilnih bolezni (Tomšič & Orožen, 2012). Problematika srčno-žilnih bolezni je vse bolj pomembna, saj predstavljajo 31 % vseh smrti po svetu (Terbovc & Gomišček, 2017), prav tako incidenca vsako leto narašča (Wilkins, et al., 2017). Slovenija pri tem ni izjema, srčno žilne-bolezni so vodilni vzrok umrljivosti (Terbovc & Gomišček, 2017), predvsem pri ženski populaciji (Wilkins, et al., 2017; Hladnik, et al., 2018). Za ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanje srčno-žilnih bolezni ter spodbujanje zdravega načina življenja je izjemno pomembna zdravstvena vzgoja (Žalar, 2009). V procesu zdravstvene vzgoje moramo uporabljati različne in inovativne metode (Kvas, 2011; Bergh, et al., 2014), saj želimo posameznika spodbuditi k sodelovanju in ga motivirati za pozitivno spremembo življenjskega sloga (LeCroy, 2009; Fernandes & D'Almeida, 2013). Ena izmed možnosti izvajanja zdravstvene vzgoje je s pomočjo informacijsko-komunikacijske tehnologije (IKT), ki proces učenja obogati in predstavlja novejši pristop v preventivi srčno-žilnih bolezni (Souza, et al., 2014; Burke, et al., 2015).

S pomočjo pregleda literature smo želeli raziskati področje zdravstvene vzgoje z uporabo IKT pri zdravi populaciji in populaciji z dejavniki tveganja za SŽB ter predstaviti novejši možne načine izvajanja zdravstvene vzgoje. Postavili smo si cilje: ovrednotiti uspešnost uporabe IKT v procesu zdravstvene vzgoje in jo primerjati s klasično izvedbo zdravstvene vzgoje, hkrati pa z znanstvenimi dokazi prispevati k razvoju preventive srčno-žilnih bolezni in razširiti možnosti uporabe IKT v praksi.

METODE

Izveden je bil pregled literature v tujih podatkovno bibliografskih bazah CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect in slovenske literature preko bibliografske baze COBIB.SI ter spletne strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ). Vključitveni kriteriji so bili: znanstvena in strokovna literatura ter strokovne knjige; prosto dostopno besedilo v slovenskem ali angleškem jeziku; članki objavljeni od leta 2008 naprej; članki, ki obravnavajo SŽB ter IKT v povezavi z zdravstveno vzgojo. Izključitveni kriteriji so bili: članki, ki so obravnavali mladostnike ali otroke in vsi dvojniki člankov. Pri iskanju angleške literature so bile uporabljene naslednje ključne besede in besedne zveze (povezane z Boolovima operaterjema – AND ali OR): cardiovascular health, health education, information and communication technology in gamification. Ključne besede in besedne zveze pri iskanju slovenske literature so bile: zdravstvena vzgoja, SŽB in tehnologija. Iskanje literature je potekalo od 1. februarja 2018 do 15. januarja 2019. Dobljeni podatki so bili obdelani s pomočjo kvalitativne analize in sinteze.

REZULTATI

Z upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo v pregled literature vključili 16 enot literature. V tabeli 1 so prikazani vključeni članki in povzete njihove glavne značilnosti. Razvrščeni so po kronološkem vrstnem redu, od najnovejše proti najstarejši objavi.

Izmed vključenih člankov je bilo 37,5 % objavljenih v Združenih državah Amerike, ostali pa so izhajali iz različnih držav po svetu. Polovica člankov je obravnavala zdrave odrasle osebe, v ostalih pa so raziskovali na osebah s prisotnimi dejavnimi tveganja za SŽB. Najstarejši članki so bili objavljeni leta 2010, najnovejši leta 2018, največ pa jih je bilo objavljenih med leti 2014 in 2015.

Tabela 1: Prikaz člankov, ki vključujejo uporabo IKT v procesu zdravstvene vzgoje pri preprečevanju srčno-žilnih bolezni

Št.	Avtor/-ji	Država	Vrsta uporabljene IKT	Vzorec	Ključne ugotovitve
1.	Peyman, et al., 2018	Iran	Internetna stran, CD in mobilni telefon	360 žensk	Pozitivne spremembe v telesni dejavnosti.
2.	Dadaczynski, et al., 2017	Nemčija	Pedometer in gamifikacija	144 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti; pozitiven vpliv na znanje in učinkovitost izvajanja telesne dejavnosti; izboljšani dejavniki tveganja za SŽB.
3.	Thomas, et al., 2017	Združene države Amerike	pedometer	78 žensk z dejavniki tveganja za SŽB	Učinkovita metoda za merjenje telesne dejavnosti.
4.	Ganesan, et al., 2016	Avstralija	Pedometer, mobilna aplikacija, spletna stran in e-pošta	36.652 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti; bistveno znižanje telesne mase in zmanjšanje časa sedenja.
5.	Martin, et al., 2015	Združene države Amerike	Mobilna aplikacija, SMS in pedometer	48 oseb z dejavniki tveganja za SŽB	Bistvena porast dnevnega števila korakov pri skupini, ki je poleg uporabe mobilne aplikacije in pedometra prejela tudi SMS. Pri skupini, ki ni prejela SMS-ov se je dnevno število korakov znižalo.
6.	Maher, et al., 2015	Avstralija	Gamifikacija in pedometer	110 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti po 8 tednih; po 20 tednih ni bilo večjega napredka.
7.	Miyazaki, et al., 2015	Japonska	Pedometer	36 zdravih oseb	Bistvena porast števila korakov na teden; izboljšani dejavniki tveganja za SŽB.
8.	Kandula, et al., 2015	Združene države Amerike	Telefonski klici	63 oseb z dejavniki tveganja za SŽB	Bistveno znižanje telesne mase; ni izboljšav pri dejavnikih tveganja za SŽB.
9.	Chen & Pu, 2014	Kanada	Gamifikacija	36 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti.
10.	Glynn, et al., 2014	Anglija	Mobilne aplikacija	77 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti in števila korakov.
11.	Cicolini, et al., 2014	Italija	E-pošta in telefonski klici	198 oseb z diagnozo arterijske hipertenzije	Izboljšani dejavniki tveganja za SŽB.
12.	Thorsteinsen, et al., 2014	Norveška	Spletna stran, gamifikacija in mobilni telefon	21 zdravih oseb	Porast telesne dejavnosti; gamifikacija je udeležence izredno motivirala.
13.	Gleason-Comstock, et al., 2013	Združene države Amerike	Kiosk	51 oseb z dejavniki tveganja za SŽB	Izboljšani dejavniki tveganja za SŽB; večina udeležencev Kiosk ocenilo kot uporaben in enostaven pripomoček.
14.	Glasgow, et al., 2012	Združene države Amerike	Spletna stran in telefonski klici	463 oseb z dejavniki tveganja	Izboljšani dejavniki tveganja za SŽB; izboljšano vedenje v povezavi z zdravjem.
15.	Ok Ham & Jeong Kim, 2011	Koreja	Telefonski klici	40 žensk z dejavniki tveganja za SŽB	Vrednosti krvnega tlaka, holesterola in krvnega sladkorja bistveno izboljšani.
16.	Leeman-Castillo, et al., 2010	Združene države Amerike	Računalniški program	299 oseb z dejavniki tveganja za SŽB	Izboljšave v prehrani in telesni dejavnosti, brez učinka na kajenje.

Legenda: Gamifikacija (metoda učenja preko igre), SMS (sistem kratkih sporočil); CD (zgoščanka), SŽB (srčno-žilne bolezni)

V nekaterih raziskavah so primerjali klasično izvedbo zdravstvene vzgoje in zdravstveno vzgojo z uporabo IKT (Ok Ham & Jeong Kim, 2011; Glasgow, et al., 2012; Cicolini, et al., 2014; Kandula, et al., 2015). Ok Ham in Jeong Kim (2011) ter Kandula in sodelavci (2015) so primerjali klasično zdravstveno vzgojo s pomočjo telefonskih klicev in brez njih. Ok Ham in Jeong Kim (2011) sta obe obravnavani skupini opredelila kot uspešni, vendar so se v posamezni skupini izboljšali različni dejavniki tveganja za SŽB. Kandula in sodelavci (2015) so ugotovili, da je skupina, ki je bila deležna klasične zdravstvene vzgoje s pomočjo telefonskih klicev izgubila precej več telesne mase, ostali parametri dejavnikov tveganja za SŽB se niso bistveno razlikovali od primerjane skupine. Glasgow in sodelavci (2012) so primerjali klasično zdravstveno vzgojo in zdravstveno vzgojo z uporabo spletne strani in telefonskih klicev. Izidi skupine z vključeno IKT so bili bistveno boljši. Cicolini in sodelavci (2014) so prav tako klasično izvedeno zdravstveno vzgojo primerjali z zdravstveno vzgojo, kjer je bila uporabljena različna tehnologija (e-pošta in telefonski klici). Rezultati so pokazali večje izboljšave dejavnikov tveganja za SŽB v skupini z uporabo IKT.

DISKUSIJA

Vsa v pregled vključena literatura v kateri so proučevali uporabo IKT v procesu zdravstvene vzgoje, so le-to ovrednotili kot uspešno. Rezultat pregleda literature je skladen z našimi pričakovanji, saj je v sodobnem svetu uporaba IKT vedno bolj razširjena, hkrati pa omogoča inovativen pristop v izvajanju zdravstvene vzgoje. Nekatere raziskave so pokazale, da določene tehnologije niso uspešno vplivale na vse dejavnike tveganja za SŽB (Leeman-Castillo, et al., 2010; Ok Ham & Jeong Kim, 2011). Martin in sodelavci (2015) so ugotovili, da se je skupini, ki poleg uporabe mobilne aplikacije in pedometra ni prejela SMS-ov dnevno število korakov znižalo. V nekaterih raziskavah so uporabljali več različnih IKT in poudarjali možnost njihovega povezovanja (Glasgow, et al., 2012; Cicolini, et al., 2014; Thorsteinsen, et al., 2014; Maher, et al., 2015; Martin, et al., 2015; Ganesan, et al., 2016; Dadaczynski, et al., 2017; Peyman, et al., 2018). Menimo, da je zelo pomembno izbrati ustrezno kombinacijo tehnologij, ki posameznika motivirajo. Pri tem je treba izhajati iz posameznika ter njegovih potreb in želja (v posameznika usmerjena zdravstvena vzgoja). Le z individualno obravnavo dosežemo zelene cilje in tako celovito preprečujemo SŽB.

Gamifikacija oziroma metoda učenja preko igre se v zadnjem času precej uporablja (Kharrazi, et al., 2012), z namenom doseganja motivacije posameznika za zdrav življenjski slog (Deterding, 2015) in vztrajnosti v procesu zdravstvene vzgoje (Baranowski, et al., 2008 cited in Wouters, et al., 2013). Prednosti gamifikacije bi torej lahko izkoristili v procesu sodobne zdravstvene vzgoje. To potrjujejo tudi v pregled vključeni članki, ki obravnavajo gamifikacijo. Ugotovili so pozitiven vpliv na telesno dejavnost (Chen & Pu, 2014; Thorsteinsen, et al., 2014; Maher, et al., 2015; Dadaczynski, et al., 2017) in na dejavnike tveganja za SŽB (Dadaczynski, et al., 2017). Thorsteinsen in sodelavci (2014) trdijo, da je imela izreden vpliv tudi na motivacijo udeležencev.

Zdravstveno vzgojo z uporabo IKT lahko v primerjavi s klasično izvedeno zdravstveno vzgojo opredelimo kot splošno bolj uspešno (Glasgow, et al., 2012; Cicolini, et al., 2014; Kandula, et al., 2015), le Ok Ham in Jeong Kim (2011) sta s pomočjo raziskave ugotovila uspešnost obeh. Rezultati so skladni z našimi pričakovanji, saj ugotavljamo napredek tudi na področju razvijanja in posodabljanja različnih tehnologij. Menimo, da je klasično izvedena zdravstvena vzgoja še vedno zelo pomembna in nenadomestljiva, saj ohranja osebni stik medicinske sestre s posameznikom. Poleg tega se moramo zavedati, da sodobnejšo tehnologijo v svojem življenju pogosteje uporabljajo zlasti mlajše generacije, zato je pomembno, da v proces zdravstvene vzgoje mlajših generacij vključujemo različne IKT. Na ta način se jim približamo in jih lažje motiviramo za dosego njihovih zelenih potreb.

Menimo, da rezultati pregleda literature nakazujejo uporabnost IKT v procesu zdravstvene vzgoje za preprečevanje SŽB. Predlagamo, da bi za lažjo uporabo v praksi, v prihodnje raziskovali uspešnost posameznih sodobnejših tehnologij in njihov vpliv na določene dejavnike tveganja za SŽB ter uspešnost različnih kombinacij tehnologij, ki bi se med seboj povezovale. Tako bi ugotovili najprimernejšo kombinacijo, ki bi celostno vplivala na preprečevanje SŽB in krepitev zdravja. Smiselno bi bilo preučevati tudi gamifikacijo, saj menimo, da ima dober potencial na področju zdravstvene vzgoje in preprečevanja srčno-žilnih bolezni. V Sloveniji raziskav o uporabnosti IKT v zdravstveni vzgoji nismo našli, zato na tem področju vidimo priložnost raziskovanja. Kot omejitev pregleda literature bi poudarili pomanjkljivo opredelitev klasične zdravstvene vzgoje v člankih, ki so jo obravnavali. Izvajamo jo lahko na različne načine, ki bi lahko vplivali na uspešnost in rezultate izvedenih raziskav.

ZAKLJUČEK

Raziskovanje na področju zdravstvene vzgoje populacije za preprečevanje SŽB je izjemnega pomena, saj tako spoznamo nove možne načine in pristope, ki bi pripomogli k uspešnosti pri doseganju želenih rezultatov. Raziskave, vključene v pregled literature nakazujejo pozitiven vpliv uporabe IKT v procesu zdravstvene vzgoje. Ključno v procesu zdravstvene vzgoje je, da izhajamo iz posameznika ter njegovih želja in potreb. Na pravi način ga motiviramo in spodbujamo k spremembi življenjskega sloga, pri čemer si lahko pomagamo z uporabo različnih posamezniku primernih tehnologij.

LITERATURA

- Bergh, A.L., Persson, E., Karlsson, J. & Friberg, F., 2014. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), pp. 523–536. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992371> [23. 1. 2019].
- Burke, L.E., Ma, J. & Azar, K.M., 2015. Current science on consumer use of mobile health for Cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 132(12), pp. 1157–1213. Available at: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0000000000000232> [23. 1. 2019].
- Chen, Y. & Pu, P., 2014. Healthytogether: exploring social incentives for mobile fitness applications. In: Proceedings of the Second International Symposium of Chinese CHI, Toronto, Ontario, Canada – April 26 - 27, 2014. pp. 25–34. Available at: https://www.researchgate.net/publication/266657000_HealthyTogether_exploring_social_incentives_for_mobile_fitness_applications [21. 1. 2019].
- Cicolini, G., Simonetti, V., Comparcini, D., Celiberti, I., Di Nicola, M., Capasso, L.M., et al., 2014. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), pp. 833–843. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003027?via%3Dihub> [23. 1. 2019].
- Dadaczynski, K., Schiemann, S. & Backhaus O., 2017. Promoting physical activity in worksite settings: results of a German pilot study of the online intervention Healingo fit. *BMC Public Health*, 17(1), p. 696. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4697-6>.
- Deterding, S., 2015. The lens of intrinsic skill atoms: a method for gameful design. *Human-Computer Interaction*, 30(3-4), pp. 294–335. Available at: https://www.researchgate.net/publication/277288978_The_Lens_of_Intrinsic_Skill_Atoms_A_Method_for_Gameful_Design [23. 1. 2019].
- Fernandes, P. & D'Almeida, V., 2013. Effectiveness of individual education intervention (IEI) regarding therapeutic regimen on attitude and compliance among patient with end stage Renal disease. *International Journal of Nursing Education*, 5(1), pp. 157–160. Available at: https://www.researchgate.net/publication/286366848_Effectiveness_of_Individual_Education_Intervention_IEI_Regarding_Therapeutic_Regimen_on_Attitude_and_Compliance_among_Patients_with_End_Stage_Renal_Disease [18. 1. 2019].
- Ganesan, A.N., Louise, J., Horsfall, M., Bilsborough, S.A., Hendriks, J., McGavigan, A.D., et al., 2016. International mobile-health intervention on physical activity, sitting, and weight: the stepathlon cardiovascular health study. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(21), pp. 2453–2463. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109716015254?via%3Dihub> [18. 1. 2019].
- Glasgow, R.E., Kurz, D., King, D., Dickman, J.M., Faber, A.J., Halterman, E., et al., 2012. Twelve-month outcomes of an internet-based diabetes self-management support program. *Patient Education and Counseling*, 87(1), pp. 81–92. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3253192/> [18. 1. 2019].
- Gleason-Comstock, J.A., Streater, A., Jen, K.L., Artinian, N.T., Timmins, J., Baker, S., et al., 2013. Consumer health information technology in an adult public health primary care clinic: a heart health education feasibility study. *Patient Education and Counseling*, 93(3), pp. 464–471. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113002863?via%3Dihub> [18. 1. 2019].
- Glynn, L.G., Hayes, P.S., Casey, M., Glynn, F., Alvarez-Iglesias, A., Newell, J., et al., 2014. Effectiveness of a smartphone application to promote physical activity in primary care: the SMART MOVE randomised controlled trial. *The British Journal of General Practice*, 64(624), pp. 384–391. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073723/> [23. 1. 2019].
- Hladnik, M., Jeren, B., Korošec, A., Prodan, V., Vardič, D., Vračko, P., et al., 2018. Bolezni srca in ožilja. In: M. Zaletel, et al., eds. *Zdravstveni statistični letopis 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2016/2.4.1_szb_2016_koncna3.pdf [19. 1. 2019].
- Kandula, N.R., Dave, S., De Chavez, P.J., Bharucha, H., Patel, Y., Seguil, P., et al., 2015. Translating a heart disease lifestyle intervention into the community: the South Asian heart lifestyle intervention (SAHEL) study: a randomized control trial. *BMC Public Health*, 15, p. 1064. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2401-2>.
- Kharrazi, H., Shirong Lu, A., Gharghabi, F. & Coleman, W., 2012. A scoping review of health game research: past, present, and future. *Games for Health Journal*, 1(2), pp. 153–164. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3884078/pdf/g4h.2012.0011.pdf> [15. 1. 2019].
- Košnik, M., Mrevlje F., Štajer, D., Černelc, P. & Koželj M., 2011. *Interna medicina*. 4. izd. Ljubljana: Založba Littera Picta, pp. 113–279.
- Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33–46.

- LeCroy, C., 2009. Incontinence patient education: strategies to enhance the teachable moment. *Urologic Nursing*, 29(3), pp. 155–156, 176.
- Leeman-Castillo, B., Beaty, B., Raghunath, S. & Steiner, J., Bull, S., 2010. LUCHAR: using computer technology to battle heart disease among Latinos. *American Journal of Public Health*, 100(2), pp. 272–275. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804640/pdf/272.pdf> [10. 1. 2019].
- Maher, C., Ferguson, M., Vandelanotte, C., Plotnikoff, R., De Bourdeaudhuij, I., Thomas, S. et al., 2015. A web-based, social networking physical activity intervention for insufficiently active adults delivered via Facebook app: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(7), pp. 1–14. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526990/> [17. 1. 2019].
- Martin, S.S., Feldman, D.I., Blumenthal, R.S., Jones S.R., Post W.S., McKibben R.A., et al., 2015. MActive: a randomized clinical trial of an automated mHealth intervention for physical activity promotion. *Journal of the American Heart Association*, 4(11). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845232/pdf/JAH3-4-e002239.pdf> [19. 1. 2019].
- Mendis, S., Puska, P. & Norrving, B. eds., 2011. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World Health Organization, pp. 3. Available at: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ [18. 1. 2019].
- Miyazaki, R., Kotani, K., Tsuzaki, K., Sakane, N., Yonei, Y. & Ishii, K., 2015. Effects of a year-long pedometer-based walking program on cardiovascular disease risk factors in active older people. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), pp. 155–163. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174388> [18. 1. 2019].
- NHFA – National Heart Foundation of Australia, 2010. *Secondary prevention of cardiovascular disease*. Australia: National Heart Foundation of Australia, pp. 3.
- Novak, E., 2010. Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem. *Psihološka obzorja*, 19(2), pp. 19–20.
- Ok Ham, K. & Jeong Kim, B., 2011. Evaluation of a cardiovascular health promotion programme offered to low-income women in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), pp. 1245–1254. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21492272> [12. 1. 2019].
- Peyman, N., Rezai-Rad, M., Tehrani, H., Gholian-Aval, M., Vahedian-Shahroodi, M. & Heidarian Miri, H., 2018. Digital media-based health Intervention on the promotion of women's physical activity: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 18(1), pp. 134. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769504/pdf/12889_2018_Article_5025.pdf [16. 1. 2019].
- Rodrigues, A.L., Ball, J., Ski, C., Stewart, S. & Carrington, M.J., 2016. A systematic review and meta-analysis of primary prevention programmes to improve cardio-metabolic risk in non-urban communities. *Preventive Medicine*, 87, pp. 22–34. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743516000505?via%3Dihub> [18. 1. 2019].
- Souza, A.C., Moreira, T.M. & Borges, J.W., 2014. Educational technologies designed to promote cardiovascular health in adults: integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), pp. 941–948. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-944.pdf> [16. 1. 2019].
- Sweta, B. & Radha, B., 2018. Risk factors of cardiovascular disease between urban and rural adult population. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), pp. 71–86. Available at: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_bijunske_11_1.pdf [19. 1. 2019].
- Terbovc, A. & Gomišček, B., 2017. Obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni v referenčni ambulanti družinske medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 34–41.
- Thomas, S., Yingling, L., Adu-Brimpong, J., Mitchell, V., Ayers, C.R., Wallen, G.R., et al., 2017. Mobile health technology can objectively capture physical activity (PA) targets among African-American women within resource-limited communities - the Washington, D.C. cardiovascular health and needs assessment. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 4(5), pp. 876–883. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40615-016-0290-4> [19. 1. 2019].
- Thorsteinsen, K., Vittersø, J. & Bendix Svendsen, G., 2014. Increasing physical activity efficiently: an experimental pilot study of a website and mobile phone intervention. *International Journal of Telemedicine and Applications*, pp. 1–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/746232>.
- Tomšič, S. & Orožen, K., 2012. Uvod. In: J. Maučec Zakotnik, et al., eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije- trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 3–8.
- Trejo, R., Edward, K.L. & Cross, W., 2018. Referral of individuals with cardiovascular disease to secondary prevention programmes. *The British Journal of Nursing*, 27(6), pp. 314–320. Available at: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/bjon.2018.27.6.314> [12. 1. 2019].
- Žalar, A., 2009. Ocena seznanjenosti prebivalcev Slovenije z dejavniki tveganja nastanka bolezni srca in žilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(2), pp. 95–101.
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., et al., 2017. *European cardiovascular disease statistics 2017*. Brussels: European Heart Network, pp. 15, 52, 95. Available at: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf> [13. 1. 2019].
- Wouters, P., van Nimwegen, C., van Oostendorp, H. & van der Spek, E.D., 2013. A meta-analysis of the cognitive and motivational effects of serious games. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), pp. 249–265. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2013-03484-001> [12. 1. 2019].



SAMONADZOR PACIENTOV S SRČNIM POPUŠČANJEM KOT NAČIN VODENJA IN OBVLADOVANJA BOLEZNI

**Self-control of patients with
congestive heart failure
as a way of managing and
mastering the illness**

Tamara Imperl, dipl. m. s.
pred. mag. Andreja Hrovat Bukovšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.
višji pred. dr. Roman Parežnik, dr. med.
Splošna bolnišnica Celje

tamara.imperl@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Srčno popuščanje ni bolezen, temveč je sidrom, ki je sestavljen iz simptomov in kliničnih znakov, ki so posledica nezadostnega minutnega srčnega iztisa ter pljučne in sistemske kongestije. Cilj zdravljenja srčnega popuščanja je preprečevanje napredovanja in poslabšanja bolezni ter izboljšanje kakovosti življenja in preživetja pacientov. Samonadzor pomeni, da pacient s pomočjo znanj, ki jih prejme, vzpostavi aktivno vlogo pri zdravljenju svoje bolezni. Namen raziskave je predstaviti samonadzor pacientov s srčnim popuščanjem kot način vodenja in obvladovanja bolezni. **Metoda dela:** Raziskava je temeljila na kvalitativni paradigmi raziskovanja. Uporabili smo metodo deskripcije. Podatki so bili pridobljeni s tehniko intervjuvanja. Uporabljen merski instrument je bil polstrukturiran intervju, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo neslučajni, namenski vzorec. V raziskavo smo vključili tri paciente in dve pacientki, ki imajo diagnozo srčno popuščanje in so po NYHA lestvici razvrščeni v tretji ali četrti razred. Zbrani podatki so urejeni in prikazani v programu Microsoft Word. Rezultati analize besedila so predstavljeni opisno. **Rezultati:** Glavna spoznanja raziskave so, da vsi intervjuvanci, vključeni v raziskavo, niso bili deležni zdravstvene vzgoje in svetovanja s strani medicinske sestre. Ugotovili smo odstopanja pri uživanju tekočine in soli v prehrani, vsi intervjuvanci se ne držijo omejitev, ki jih imajo. Glavna spoznanja raziskave so tudi odstopanja pri izvajanju meritev telesne teže; meritev vsi pacienti, vključeni v raziskavo, ne izvajajo vsakodnevno. Vsem je bilo tudi skupno, da so povsem zanemarili telesno dejavnost. Pri poslabšanju bolezenskega stanja so vsi intervjuvanci opazili oteženo dihanje, medtem ko sta samo dva intervjuvanca opazila porast telesne teže. **Diskusija in zaključek:** Ugotovili smo, da kljub velikemu poudarku na zdravstveno vzgojnem delu medicinskih sester pacienti niso prejeli zadostnih informacij, zato je nerealno pričakovati kakovostno izvajanje samonadzora v domačem okolju. Medicinska sestra mora pričeti s posredovanjem znanja, informacij in nasvetov že v času hospitalizacije pacienta.

Ključne besede: meritve za izvajanje samonadzora, samovodenje srčnega popuščanja, zdravstvena vzgoja, pacient, medicinska sestra.

ABSTRACT

Introduction: Congestive heart failure is not an illness, but a syndrome that consists of symptoms and clinical signs, which are the result of insufficient minute heart press and lunge and system congestion. The aim of congestive heart failure treatment is prevention of progress and deterioration of the illness and improvement of the lifestyle quality and surviving. Self-control means, that the patient with help of the received knowledge re-establishes the active role in treating his illness. The research purpose is to discover self-control with patients with congestive heart failure as a way of managing and mastering the illness. **Work method:** The research was based on a qualitative research. We used the description method. The collecting of data was performed with half structured interviews. Our source of data was domestic and foreign specialised and scientific literature. An assigned sample was used. There were three male and two female patients included in the research, diagnosed with congestive heart failure, who are with regard to the NYHA scale classified in the third or fourth class. The information were edited and presented in the programme Microsoft Word. The results of the analysis are presented descriptively. **Results:** With the research we established, that the interviewed patients were not part of health educational counselling by a nurse. We established a deviation with liquid and salt food intake. All of the interviewed patients do not consider the limitations that they have. We also noticed a deviation with the performing of weight measurements. All of the interviewed patients do not perform the measurements regularly. Their common ground is neglecting physical activity. By the aggravation of the condition they notice heavy breathing, while two of the interviewed patients notice the increase of their bodyweight. **Discussion and conclusion:** With the research we established that in spite of the emphasis about the meaning of sharing information and the health educational work of the nurses, not all received enough information. That is why it is unrealistic to expect quality self-control. A nurse must share as much knowledge, motivation and advice as she can with the patient during the hospitalisation. These will be helpful when adapting with the illness in the everyday environment.

Key words: measurements for performing self-control, self-healing of heart failure, health education, patient, nurse

UVOD

Srčno popuščanje (SP) je sindrom, ki ga sestavljajo dispneja, utrujenost in zadrževanje tekočine, vse to pa je posledica prekatne disfunkcije (Penko, 2014). Srčno popuščanje delimo na akutno in kronično srčno popuščanje. Simptome srčnega

popuščanja Ameriško združenje (New York Heart Association) NYHA) opredeljuje v štirih funkcionalnih razredih (Vrtovec & Poglajen, 2009).

Cilj zdravljenja SP je preprečevanje in učinkovito zdravljenje bolezni, ki vodijo v, preprečevanje napredovanja SP in poslabšanja temeljne bolezni, vzdrževanje in izboljšanje kakovosti življenja in izboljšanje preživetja. Zdravljenje SP lahko razdelimo na farmakološko in nefarmakološko zdravljenje. Prvi korak je vselej nefarmakološko zdravljenje, kar pomeni, da pacienti omejijo vnos soli in tekočine, zmanjšajo telesno težo, opustijo kajenje in prekomerno uživanje alkoholnih pijač. S farmakološkim zdravljenjem z uporabo različnih skupin zdravil pa skušamo slediti zastavljenim ciljem zdravljenja SP (Tušek-Bunc, 2011). Pri nefarmakološkem zdravljenju imajo zelo pomembno vlogo medicinske sestre pri kontinuirani zdravstveni vzgoji pacientov s SP. Njihova naloga je, da naučijo pacienta na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva živeti s kronično boleznijo (Kvas, 2009). Zdravstvena vzgoja je ključnega pomena za izboljšanje izida zdravljenja SP in boljšega načina življenja (Šum-Lešnjak & Šenk, 2015).

SP je eno izmed kroničnih bolezni, ki pacienta prizadene fizično, psihično in socialno. Potrebna je prilagoditev pacientovega vsakdanjega življenja. Pacienti in njihovi svojci se vsakodnevno srečujejo z aktivnostmi, s katerimi skušajo ohraniti ali povečati kakovost življenja. Vse to pa vključuje razumevanje, sprejetje in spremljanje kompleksnega zdravstvenega režima, spremembo načina življenja, izvajanje določenih dejavnosti in prilagajanje življenja poteku bolezni. Vse naštetu lahko opredelimo s pojmom samonadzor, katerega bistvo je v tem, da pacient s pomočjo znanja, ki ga skupaj s svojci prejme v procesu zdravljenja, vzpostavi aktivno vlogo pri svojem zdravljenju (Mravljak & Kvas, 2008).

Pacienti s SP imajo pogosto težave pri obvladovanju zapletenega režima zdravljenja. Temelj uspeha pri samonadzoru je namreč znanje o spremembah življenjskega sloga. Prav tako pa potrebujejo pacienti taktične kot tudi situacijske spretnosti za ustrezno zdravstveno vzgojo. Teh veščin se naučijo skozi čas in prakso. Pacienti se ravno tako naučijo, kako se vsakodnevno spoprijemati s samonadzorom v kontekstu svojega okolja, na primer dieta z manj soli zahteva, da se pacient nauči brati deklaracije na živilih za oceno vsebnosti soli in pripravo hrane z manj soli. Odnosi in prepričanja pacientov o SP so neposredno povezani z zmožnostjo izvajanja samonadzora (Riegel, et al., 2011).

Namen raziskave je ugotoviti, kakšen je samonadzor pacientov s SP in obvladovanje bolezni v domačem okolju. Na podlagi zastavljenega problema smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri so pacienti s SP informirani o izvajanju ukrepov za samonadzor in kdo jim posreduje informacije?
- Kako SP vpliva na spremembo življenjskega sloga pri pacientih s SP?
- Katere ukrepe izvajajo pacienti s SP pri samonadzoru in kako preprečujejo poslabšanje SP?
- Kako pacienti s SP prepoznajo poslabšanje SP in kako ukrepajo ob poslabšanju?

METODE

Uporabljena je bila kvalitativna paradigma raziskovanja z metodo deskripcije. Podatke smo pridobili s tehniko intervjuja. Za raziskavo smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, uporabljena je bila metoda deskripcije. Podatke smo pridobili s tehniko intervjuvanja. Za potrebe empiričnega dela raziskave je bila zbrana domača in tuja znanstvena in strokovna literatura (znanstvene monografije, zborniki znanstvenih konferenc, članki v strokovnih in znanstvenih revijah) iz knjižnice in na daljavo dostopnih podatkovnih baz. Za iskanje literature smo uporabili naslednje, na daljavo dostopne bibliografske baze podatkov: ProQuest, CINAHL in MEDLINE.

Opis instrumenta

Raziskavo smo izvedli z uporabo polstrukturiranega intervjuja, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Janša Trontelj, 2011; Riegel, et al., 2011; Tušek-Bunc, 2011; Šum – Lešnjak & Šenk, 2015; Žontar, 2016). Intervju je razdeljen na dva sklopa vprašanj. Prvi sklop se nanaša na demografske podatke pacientov, drugi sklop pa na vprašanja, ki so vezana na samonadzor pacientov s SP: življenjski slog pacientov s SP, izvajanje ukrepov za samonadzor, izvajanje ukrepov ob poslabšanju SP in težave, ki jih imajo pacienti pri izvajanju samonadzora.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni, namenski vzorec. V raziskavo smo vključili tri paciente (M1, M2 in M3) in dve pacientki (Ž1 in Ž2), ki imajo diagnozo SP in so po NYHA lestvici razvrščeni v tretji ali četrti razred.

Opis poteka in obdelave podatkov

Intervjuji so bili opravljeni v mesecu marcu 2018. Intervjuje s pacienti z diagnozo SP smo izvedli po predhodnem dogovoru na njihovem domu, ob vnaprej dogovorjenem času. Intervjuvance smo nagovorili s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja. Intervjuji so se snemali, na kar so bili intervjuvanci opozorjeni pred začetkom intervjuvanja, k snemanju intervjuja so podali tudi informirani pristanek. Izvedba posameznega intervjuja je trajala približno 30 minut. V intervjuju ni nobenih osebnih podatkov, s katerimi bi razkrili identiteto posameznika. Nato smo posnetke prepisali. Intervjuje smo po ureditvi analizirali s pomočjo kod. Uporabili smo odprto kodiranje (induktivni pristop); iz urejenega intervjuja smo določili pojme (kode) in jih nato združili v podkategorije in glavno kategorijo. Zbrani podatki so urejeni in obdelani v programu MS Word. Rezultate smo predstavili slikovno in opisno.

Skozi celoten potek raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

REZULTATI

Posamezne intervjuvance smo označili s kraticami Ž1, Ž2, Ž3, M1 in M2. Na podlagi intervjujev s pacienti smo prišli do glavne kategorije Samonadzor pacientov s SP ter podkategorij: *informiranje o ukrepih za izvajanje samonadzora, življenjski slog, meritve za izvajanje samonadzora, samonadzor nad vnosom tekočine in soli v prehrani, ukrepi za izvajanje samonadzora in poslabšanje SP*. V nadaljevanju opišemo vsako kodo posebej.

Informiranje o ukrepih za izvajanje samonadzora

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Informiranje o ukrepih za izvajanje samonadzora določili dve kodi: pridobivanje informacij in informiranje s strani medicinske sestre. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, smo ugotovili, da so le ti pridobili informacije o izvajanju ukrepov za samonadzor s strani zdravnika v bolnišnici in zdravnika v ambulanti za SP, s strani medicinske sestre v ambulanti za SP in od zdravstvenega osebja v bolnišnici. M3 je navedel, da je pridobil informacije tako, da je prebral, kaj piše v odpustnici. Informiranje s strani medicinske sestre v ambulanti za SP je bilo razumljivo in zadovoljivo. M3 in Ž2 sta navedla, da informacij nista prejela.

Življenjski slog

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Življenjski slog določili tri kode: potovanje, družabno življenje in telesna dejavnost. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da nihče ne potuje. Njihovo družabno življenje je okrnjeno oziroma družabnega življenja nimajo. Vsem intervjuvancem je skupno, da je njihova telesna dejavnost slabša in opažajo upad telesne moči.

Meritve za izvajanje samonadzora

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Meritve za izvajanje samonadzora določili tri kode: tehtanje, krvni tlak in srčna frekvenca. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da se trije intervjuvanci tehtajo vsak dan, M1 je izpostavil, da se tehta dvakrat dnevno, in sicer zjutraj in zvečer. Ž2 in M2 tehtanju ne prepisujeta velikega pomena, tehtata se občasno, po navadi enkrat tedensko. Ž2 se tehta samo takrat, ko opazi, da je zaradi vode napihnjena. Vendar pa vsi intervjuvanci tehtanje opravijo zjutraj. Meritvam krvnega tlaka intervjuvanci namenjajo različno pozornost. Krvni tlak si samo dva izmed intervjuvancev izmerita vsak dan. Trije intervjuvanci pa so bili enotni, krvni tlak si merijo odvisno od počutja. Vsem intervjuvancem pa je bilo skupno, da si ne merijo srčne frekvence.

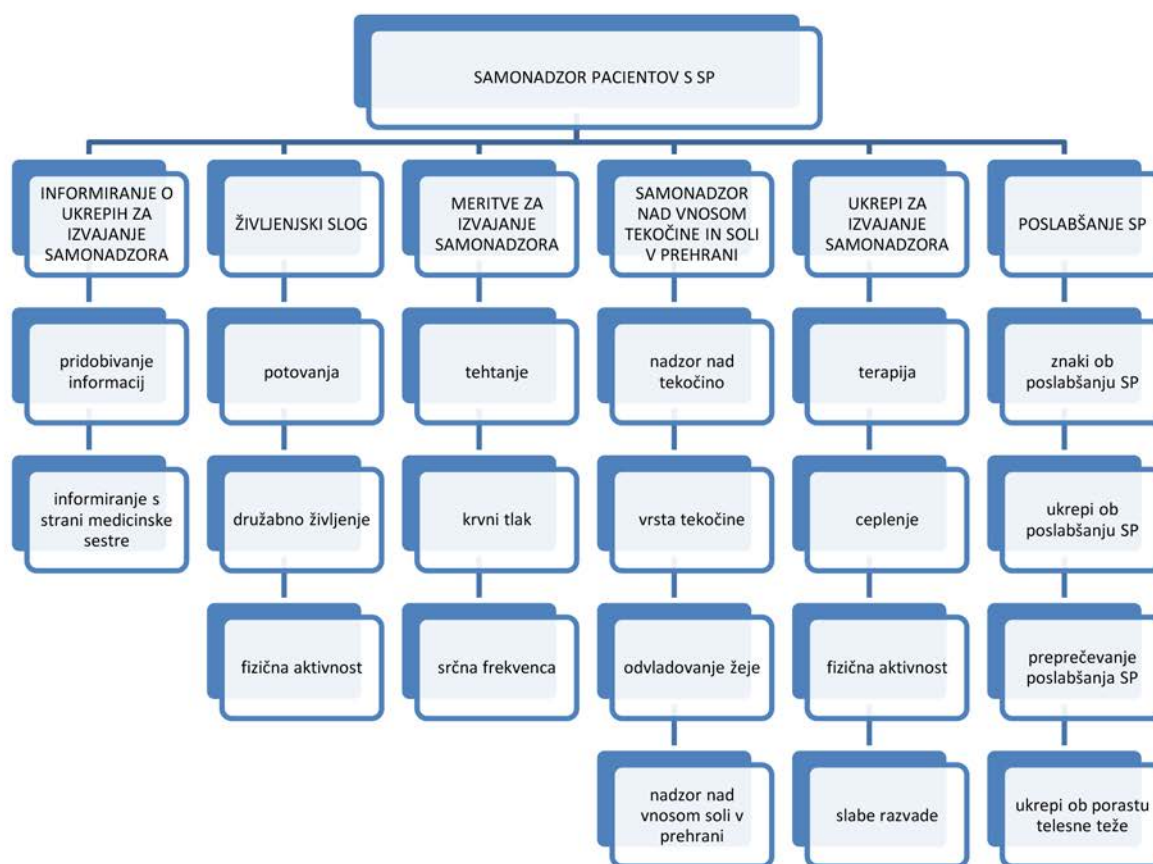
Samonadzor nad vnosom tekočine in soli v prehrani

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Meritve za izvajanje samonadzora določili štiri kode: nadzor nad tekočino, vrsta tekočine, obvladovanje žeje in nadzor nad vnosom soli v prehrani. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da intervjuvanci na različne načine vršijo nadzor nad popito tekočino preko dneva. M1 in M3 štejeta kozarce popite tekočine. Ž1 ima v hladilniku 1 liter vode in jo potem pije preko dneva, vendar se izogiba sadežem. Ž2 in M2 sta dejala, da nimata pravega nadzora nad zaužito tekočino, pijeta po občutku. Ž2 se izogiba juham. Iz izbranih kod je razvidno, da intervjuvanci različno obvladujejo žejo, pomagajo si z bomboni Rikola, žvečilnim gumijem in koščki limone. Ž1 je dejala, da ob hudi žeji uživa kisle kumarice in rdečo peso in pije grenek čaj po požirkih. M1 pije Donat po požirkih. M2 ob občutku žeje vzame sadje. Iz izbranih kod je razvidno, da intervjuvanci nimajo pravega nadzora nad vnosom soli v prehrani. Edino Ž2 je

dejala, da kuha brez soli. M1 pa je dejal, da je iz prehrane izločil prekajeno meso in klobase. M2 pravi, da mu kuhajo hčerke, zato pravega nadzora nad soljo nima.

Ukrepi za izvajanje samonadzora

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Ukrepi za izvajanje samonadzora določili štiri kode: terapija, cepljenje, telesna dejavnost in slabe razvade. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da predpisano terapijo vsi jemljejo redno, po navodilih, ki so jih prejeli. Štirje intervjuvanci so cepljeni proti gripi, M1 je poleg cepljenja proti gripi cepljen tudi proti pnevmokokni pljučnici. Ž2 ni cepljena proti gripi in pnevmokokni pljučnici, ker ima že tako veliko zdravil in injekcij. Največ težav intervjuvancem predstavlja telesna dejavnost, za katero porabijo veliko več časa in opravijo manj opravil, kot so jih lahko včasih. Vsem intervjuvancem pa je skupno, da se ne gibajo veliko, ker se ne zmorejo več. Štirje intervjuvanci so navedli, da so včasih kadili, sedaj pa že vrsto let ne kadijo več. Sedaj nihče izmed intervjuvancev ne uživa alkoholnih pijač.



Slika 1: Shematski prikaz glavne kategorije, podkategorij in kod

Poslabšanje srčnega popuščanja

Na podlagi intervjujev smo podkategoriji Poslabšanje SP določili štiri kode: znaki ob poslabšanju SP, ukrepi ob poslabšanju SP, preprečevanje poslabšanja SP in ukrepi ob porastu telesne teže. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da je opaziti več znakov poslabšanja SP. Vsi intervjuvanci so izpostavili težje dihanje. M1 je opazil porast telesne teže za dva kilograma, otekle in rdeče noge. Ž2 je izpostavila bolečino v prsnem košu. M2 je opazil porast srčnega utripa. Ukrepi ob poslabšanju so bili pri M2 počitek z dvignjenim vzglavjem in pitje vode po požirkih. Ž2 je navedla obisk zdravnika. Ž1 in M3 počivata z dvignjenim vzglavjem in kadar se stanje ne izboljša, obiščeta zdravnika. Pri preprečevanju poslabšanja SP so Ž1, Ž2, M3 in M1 navedli, da omejijo vnos tekočine. M1 je izpostavil tudi meritev krvnega tlaka in skrb, da krvni tlak ne pade pod določeno vrednost. Vsem intervjuvancem je bilo skupno, da so izpostavili izogibanje telesnemu

naporu. Pri porastu telesne M1, Ž1 in M3 teže zmanjšajo vnos tekočine in povečajo odmerek Edemida®. M2 je dejal, da zmanjša vnos hrane.

DISKUSIJA

Vsi intervjuvanci, vključeni v raziskavo, niso bili deležni zdravstvene vzgoje s strani medicinske sestre. Tisti, ki so bili deležni zdravstvene vzgoje s strani medicinske sestre, so navedli, da je bilo nanje podano razumljivo. Kot navajata Šum-Lešnjak in Šenk (2015) mora medicinska sestra, ki s pacientom preživi največ časa in naj bi bila njegova zaupnica, pričeti z zdravstveno vzgojo takoj, ko to dovoljuje pacientovo zdravstveno stanje. Ne sme čakati na zadnji dan hospitalizacije, saj je takrat proces učenja prevelik, pacient pa tako nima možnosti, da o povedanem premisli in vpraša za dodatna pojasnila. Jug (2011) navaja, da mora pacient poznati naravo svoje bolezni in načela njene oskrbe, saj je vnovičnih sprejemov pri osveščenih pacientih kar za 35 % manj kot pri neosveščenih. Reisp in Kovačević (2016) navajata, da je naloga medicinske sestre pacientu pomagati sprejeti in razumeti bolezen in mu svetovati na poti prilagajanja s ciljem, da bi živel čim bolj kakovostno življenje. Da lahko pacient obvlada bolezen v domačem okolju, s čimer prepreči ponovne hospitalizacije, je treba načrtovano izvajati zdravstveno vzgojo. Medicinska sestra mora pacientu tekom hospitalizacije posredovati čim več potrebnega znanja in nasvetov, ki mu bodo v pomoč pri prilagajanju bolezni v domačem okolju.

Ugotovili smo, da se vsi pacienti ne tehtajo vsakodnevno in tehtanju ne prepisujejo velikega pomena. M3 je pri tehtanju najbolj dosleden, tehta se celo vsako jutro in večer. M2 in Ž2 sta tehtanju namenila najmanj pozornosti. Navedla sta, da se tehtata približno enkrat tedensko, teže si ne zapisujeta, tako da nadzora nad težo nimata. Tudi povečanje telesne teže tako ostane povsem neopaženo. Premalo se zavedata pomena nadzora nad telesno težo. Povečanje telesne teže zmotno pripisujeta hrani in ne tekočini. Keber (2007) navaja, da je za paciente s SP zelo pomembno vsakodnevno tehtanje zaradi pravočasne prepoznave nenadnega povečanja telesne teže, ki nastopi zaradi zastoja tekočin v telesu. Veliko bolj pa so bili dosledni pacienti pri merjenju krvnega tlaka v domačem okolju. Krvni tlak si redno merijo vsi intervjuvanci, vključeni v raziskavo. Skorić (2015) navaja, da v procesu zdravljenja lahko aktivno sodeluje le pacient, ki bolezen, potek zdravljenja in možne zaplete dobro pozna in med zdravljenjem usvoji tudi druge pomembne veščine, kot je pravilno merjenje krvnega tlaka v domačem okolju. Samo dobro zdravstveno vzgojen pacient bo dosegel ciljne vrednosti krvnega tlaka in s tem izboljšal preživetje in kakovost življenja.

Posebno pozornost morajo pacienti s SP nameniti zdravlilom, ki jih imajo predpisana. Ugotovili smo, da so intervjuvanci zelo natančni pri jemanju predpisane terapije. Terapijo uživajo redno, vsak dan, zjutraj in zvečer.

Intervjuvancem je bilo skupno, da posebne pozornosti ne namenjajo telesni dejavnosti. Vsi so opazili poslabšanje telesne zmogljivosti, kar je povsem pričakovano, glede na stopnjo NYHA lestvice. Janša-Trontelj (2011) navaja, da dolgotrajna telesna ne dejavnost in mirovanje lahko poslabšata že tako okrnjeno telesno zmogljivost pacientov s SP.

Ravno tako je bilo vsem intervjuvancem skupno, da so ob poslabšanju bolezenskega stanja opazili težje dihanje. Dihanje predstavlja pacientom s SP enega najpogostejših problemov. Pacienti ponavadi pospešeno, oteženo in površno dihaajo, kašljajo, lahko so zmedeni, utrujeni in zaspani. Ustreza jim sedeči položaj, zaradi slabe periferne prekrvavitve pa se lahko pojavita bledica ali cianoza kože in sluznic (Reisp & Kovačević, 2016). Žontar (2016) meni, da je zelo pomembno, da zna pacient pravočasno prepoznati simptome poslabšanja in zna poiskati pomoč, ki jo potrebuje.

Z raziskavo smo ugotovili, da je socialno in družabno življenje intervjuvancev precej okrnjeno. Pacienti, vključeni v raziskavo, se večino časa zadržujejo doma v krogu družine. Na potovanja ne hodijo. Pacienti so bili enotni tudi glede upada telesne moči in s tem zmanjšane telesne dejavnosti.

ZAKLJUČEK

Naloga medicinske sestre je, da pacienta seznanijo z naravo njegove bolezni, s simptomi bolezni, z učinki zdravil in kako lahko sam uravnava svojo bolezen.

Žal smo z raziskavo ugotovili, da informiranju pacientov medicinske sestre ne namenjajo prave pozornosti. Zato predlagamo, da bi več časa in pozornosti namenile lastnemu izobraževanju na strokovnih področjih.

Ugotovili smo tudi, da pacient, ki ni dovolj informiran o svoji bolezni, ukrepov za samonadzor ne izvaja dosledno, kar vodi v poslabšanje zdravstvenega stanja, ponovne hospitalizacije, povečanih stroškov zdravljenja in slabšo kakovost njegovega življenja.

Glede na velikost vzorca izvedene raziskave, kjer je sodelovalo samo pet pacientov, rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo. V prihodnje bi bilo dobro raziskati področje, kako dobro so usposobljene medicinske sestre o izvajanju ukrepov za samonadzor pri SP v domovih za starejše in kako dosledno izvajajo ukrepe za samonadzor, pri tistih pacientih, kjer je to potrebno.

LITERATURA

Janša – Trontelj, K., 2011. Zdravstveno vzgojno delo v ambulanti za srčno popuščanje: živeti s kronično boleznijo. In: A., Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 109-117.

Jug, B., 2011. Zdravljenje srčnega popuščanja v specialistični ambulanti. In: Klemenc - Kletiš, A., ed. *Zbornik predavanj / XIII. Fajdigovi dnevi. Krajnska gora, 20. in 21. Oktober*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 3338.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 4.

Keber, I., 2007. *Srčno popuščanje*. Ljubljana: Kočevski tisk, pp. 1-16

Kvas, A., 2009. Andragoško- didaktični pristopi pri zdravstveni vzgoji bolnikov s srčnim popuščanjem. In: S., Majcen Dvoršak, et al. eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč, Ljubljana, 11. do 13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji, pp. 233c.

Mravljak, K. & Kvas, A., 2008. Način ugotavljanja zdravstvene pismenosti bolnikov s srčnim popuščanjem. In: A., Kvas, ed. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji. Zbornik predavanj. Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno – žilnih bolnikov. Bled, 14. november 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v Sloveniji, pp. 81-90.

Penko, M., 2014. Dopolnjevanje blokatorjev beta in ivabradina pri zdravljenju srčnega popuščanja. In: K., Tušek- Bunc, et al. eds. *Mariborski kongres družinske medicine. Izzivi v diagnostiki in zdravljenju redkih bolezni, srčno popuščanje in stabilna koronarna bolezen, obravnava bolnika z epilepsijo, nevropatska bolečina, kako izboljšati obravnavo in zdravljenje bolnikov z astmo in KOPB, karcinom prostate, hipertenzija, študentski sklop, kako izboljšati sodelovanje bolnikov pri obravnavi kroničnih bolezni: zbornik / 8. mariborski kongres družinske medicine. Maribor, 28. in 29. november 2014*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 30–34.

Reisp, M. & Kovačević, N., 2016. Zdravstvena nega bolnikov s srčnim popuščanjem in pridruženimi boleznimi. In: P., Dolenc. et al. eds. *Slovensko zdravniško društvo. Združenje za hipertenzijo. Strokovni sestanek. Zbornik 2. del. XXV. Strokovni sestanek združenja za hipertenzijo, Ljubljana, 25. november 2016*. Ljubljana: Združenje za hipertenzijo, pp. 77–82.

Riegel, B., Lee. C. & Vaughan Dickson, V., 2011. Self care in patients with chronic heart failure. Avialable at: https://www.medscape.org/viewarticle/746280_5 [4. 1. 2018]

Skorič, S., 2015. Merjenje krvnega tlaka v vsakodnevni praksi. In: P., Dolenc, ed. *Slovensko zdravniško društvo. Združenje za hipertenzijo. Strokovni sestanek. Zbornik 2. del. XXIV. Strokovni sestanek združenja za hipertenzijo, Ljubljana, 4. december 2015*. Ljubljana: Združenje za hipertenzijo, pp. 7–15.

Šum–Lešnjak, A. & Šenk, T., 2015. Vloga medicinske sestre pri obravnavi starostnika s srčnim popuščanjem. In: P., Dolenc, ed. *Slovensko zdravniško društvo. Združenje za hipertenzijo. Strokovni sestanek. Zbornik 2. del. XXIV. Strokovni sestanek združenja za hipertenzijo, Ljubljana, 4. december 2015*. Ljubljana: Združenje za hipertenzijo, pp. 19–31.

Tušek–Bunc, K., 2011. Vodenje bolnika s srčnim popuščanjem v ambulanti družinske medicine. In: Klemenc- Kletiš, A., ed. *Zbornik predavanj / XIII. Fajdigovi dnevi. Krajnska gora, 20. in 21. oktober*. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 23–31.

Vrtovec, B. & Poglajen, G., 2009. Sodobni načini zdravljenje srčnega popuščanja. *Zdravstveni vestnik, april 2011*. Letnik 80., pp. 302-315. Avialable at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-CPKIPZFB/b0376e31-7f62.../PDF> [4. 1. 2018].

Žontar, T., 2016. Srčno popuščanje, kot ena izmed pridruženih bolezni. In: S., Kadivec, ed. *Slovenski pnevmološki in alergološki kongres. Timska obravnava bolnika s pljučno boleznijo: zbornik predavanj: program za zdravstveno nego/ 6. Slovenski pnevmološki in alergološki kongres, Bled, 7. In 8. oktober 2016*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 120-127.



SAMOOČENA OPOLNOMOČENOSTI PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO

**Self assessment of
empowering patients with
chronic disease**

Irena Rihter, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor

doc. dr. Mateja Lorber, univ. dipl. org., viš. med. ses.

viš. predav. mag. Barbara Kegl, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

rihter.irena@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu Opolnomočenje pacientov s kronično boleznijo

IZVLEČEK

Uvod: Kronične bolezni in staranje prebivalstva sta vodilna problema, s katerima se ukvarja celoten svet. Predstavljata veliko breme zdravju prebivalstva in finančno breme v sistemu zdravstvenega varstva. Opolnomočenje pacientov odraža sposobnost pacientov, ki s svojim življenjskim slogom pozitivno vplivajo na svoje zdravje in izboljšajo svoj življenjski standard, kljub omejitvam, ki jih prinese kronična bolezen. Namen raziskave je bil raziskati dostopnost in razumevanje informacij posameznika o zdravstvenem stanju ter ugotoviti kakšna je samoocena pacientov s kronično boleznijo glede na njihovo opolnomočenost. **Metode:** Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika, s katerim smo ugotavljali v kolikšni meri pacienti razumejo informacije s strani zdravstvenih delavcev, v kolikšni meri jih upoštevajo ter kakšna je njihova samoocena opolnomočenosti. Statistično analizo pridobljenih podatkov smo naredili s pomočjo računalniškega programa Excel. Za analizo pridobljenih podatkov smo uporabili deskriptivno statistiko. Raziskovalni vzorec je bil namenski, vanj smo vključili 87 pacientov s kronično boleznijo v referenčnih ambulantah enega od zdravstvenih domov. **Rezultati:** Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da v večini pacienti dobro razumejo in upoštevajo nasvete zdravstvenih delavcev, vendar se slabo zavedajo napredovanja kronične bolezni. Prav tako pa je bilo ugotovljeno, da poznajo simptome in opozorilne znake ter s tem pogojeni vpliv bolezni na prilagoditev življenjskega sloga. Ocena opolnomočenosti pacientov je dosegla oceno 7,2 (60 % možne ocene opolnomočenosti). **Diskusija in zaključek:** Pogostost obolelih s kroničnimi boleznimi se dandanes znatno povečuje. Z večjo odgovornostjo ter zanimanjem za svojem telo in zdravje, se lahko oboleli izognejo nevšečnostim in spremembam, ki jih prinese kronična bolezen. S tem pa izboljšajo poznavanje lastnega telesa, izboljšajo kakovost življenja in nenazadnje poskrbijo za znižanje stroškov v zdravstvenem sistemu.

Ključne besede: zdravstvena pismenost, samoobvladovanje, nenalezljiva bolezen, zdravstvena nega, medicinska sestra, referenčne ambulante

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases and aging are the leading problems that the whole world is dealing with. They represent a big problem to the population health and a financial problem in the health care system. Patient empowerment reflects the ability of patient which can have a positive effect one's lifestyle, health and improve one's standard of living with any kind of chronic disease. The purpose of the research was to investigate the accessibility and understanding of health information and to determine the degree of empowerment of patients with chronic diseases. Methods: We used a quantitative method of research. The data were obtained using a structured questionnaire. We have tried to establish how patients understand informations from health workers, how they follow the instructions and how they self access the empowering. A statistical analysis of the obtained date was made with the Excel computer program. For the analysis of collected facts we used descriptive statistics. The research sample was purposive as we used 87 patients with chronic disease in the outpatient clinics of one of the health centers in Slovenia. Results: The study found that most patients listen to advice from health workers, but they are potentially unaware of the progression of chronic disease. They know the symptoms and warning signs and the conditional effect of the disease on their lifestyle. The average patients empowerment on a scale is 7,2. Discussion and conclusion: The number of people with chronic illnesses is rising significantly. With greater responsibility for your health and your body, we can avoid the inconveniences and changes in the lifestyle caused by a chronic illness. By doing this, we improve the knowledge of our own body, improve the quality of life, and, last but not least, we reduce costs in the health system.

Keywords: health literacy, empowerment, non-communicable disease, nursing care, nurse, outpatient clinics

UVOD

Z rastjo življenjskega standarda je prišlo do podaljšanja pričakovane življenjske dobe, posledično do pojava večjega števila kroničnih bolezni ter velikega problema sodobnega časa, preobremenitve zdravstvenih sistemov s pacienti s kroničnimi boleznimi (Poklukar, 2014). Svetovni razvoj je prinesel temeljni premik v zdravstvenih sistemih in zdravstvenem varstvu ter posledično odgovornost posameznika-pacienta za svoje zdravje. Evropski zdravstveni sistemi se tako osredotočajo predvsem na zdravstveno pismenost, soodločanje pacienta pri zdravljenju in samokontrolo posameznika s kronično boleznijo v njegovem vsakdanjiku (Coulter, et al., 2008). Opolnomočenje prispeva k samostojnemu nadzoru zdravja ter spodbuja ljudi, da prevzamejo odgovornost za lastno zdravje, v kolikor so tega zmožni. Pričakuje se, da bo ravno opolnomočenje tisto, ki

bo zmanjšalo potrebo po podpori zdravstvenega sistema in s tem zmanjšalo stroške zdravstvenega varstva (Kuijpers, et al., 2013). V okviru opolnomočenja pacientov velja predpostavka, da so pacienti strokovnjaki svojih lastnih teles, ki prepoznajo simptome in posamezne situacije za uspešno zdravljenje (van Berkel, et al., 2015). Opolnomočenje pacientov s kronično boleznijo oblikovalci politik in zdravstveni delavci vidijo kot mehanizem, ki na dolgi rok pomaga pacientom doseči zastavljene cilje in posledično izboljšati njihovo zdravstveno stanje (Small, et al., 2013).

Namen prispevka je raziskati dostopnost in razumevanje informacij posameznika o zdravstvenem stanju ter ugotoviti, kakšna je samoocena opolnomočenosti pacientov s kroničnimi boleznimi. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri, na lestvici od 1 do 10, pacienti razumejo podane informacije s strani zdravstvenih delavcev?
- V kolikšni meri, na lestvici od 1 do 10, pacienti s kronično boleznijo upoštevajo podana navodila s strani zdravstvenih delavcev?
- Kakšna je samoocena opolnomočenosti pacientov s kronično boleznijo?

METODE

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja.

Opis instrumenta

Podatke smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga razdelili med paciente s kroničnimi boleznimi (rak, bolezni krvi in krvotvornih, endokrine in presnovne bolezni, duševne in vedenjske motnje, bolezni živčnega sistema, oči, ušes, krvožilnega sistema, respiratornega sistema, prebavnega sistema, kože in podkožja, gibalnega sistema in vezivnega tkiva, sečil in spolovil) v sodelujočih referenčnih ambulantah v enem od zdravstvenih domov. Anketni vprašalnik je sestavljen iz 23 vprašanj izbirnega tipa. Prva 4 vprašanja se nanašajo na demografske podatke. Drugi del anketnega vprašalnika je bil uporabljen iz projekta SUSTAINS (Ünver & Atzori, 2013) in vključuje 18 trditev pri katerih so se anketiranci odločali na podlagi 10-stopenjske lestvice. Ta del je namenjen oceni dostopnosti do različnih informacij (strokovnih in poljudnih), ki pripomorejo h krepitvi moči pacientov s kronično boleznijo v njihovem vsakdanjiku. Pri vprašanjih, kjer so pacienti ocenjevali med ocenami od 1 do 10, sta oceni 9 in 10 pomenili zelo dobro, 7 in 8 dobro, 6 zadovoljivo ter ocene od 1 do 5 nezadostno/nezadovoljivo. Pri 23. vprašanju smo uporabili vprašalnik o pacientovi zmožnosti samoocelitve obvladovanja kronične bolezni (The Patient Enablement Instrument - PEI) (Rööst, et al., 2015), s katerim smo ugotavljali stopnjo opolnomočenosti med anketiranci. Ta del vprašalnika vključuje 6 trditev, do katerih so se anketiranci opredeljevali z v naprej opredeljeno lestvico. Za oceno opolnomočenosti pacientov smo uporabili naslednji točkovnik: odgovor zelo dobro/popolnoma 2 točki, dobro/zadovoljivo 1 točka, enako/slabše/neprimerno pa 0 točk.

Opis vzorca

Raziskovalni vzorec je neslučajnostni (namenski), saj smo v raziskavo vključili paciente s kronično boleznijo, ki se zdravijo v eni izmed sodelujočih referenčnih ambulant v enem od zdravstvenih domov. Pacienti so različnega spola, starosti in z različnimi kroničnimi boleznimi. Razdeljenih je bilo 100 anketnih vprašalnikov v referenčnih ambulantah enega od zdravstvenih domov, vrnjenih je bilo 87 veljavnih anketnih vprašalnikov, od tega je bilo 13 neveljavnih anketnih vprašalnikov. Od tega 28 (32,2 %) moških in 59 (67,8 %) žensk. Povprečna starost anketiranih moških je 56 ± 13 let in žensk 49 ± 14 let. 21 (24,1 %) jih je zaključilo osnovno šolo, dodiplomski študij je zaključilo 16 (18,4 %) in podiplomski študij je zaključilo 6 (6,9 %) anketiranih.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Predhodno smo pisno pojasnili namen in potek raziskave ter pridobili potrebna dovoljenja za izvedbo raziskave. Udeleženci so podali ustno soglasje za sodelovanje v raziskavi in so imeli kadar koli možnost prenehati izpolnjevati anketni vprašalnik oz. odstopiti od raziskave. Zagotovljena je bila popolna anonimnost. Anketiranje je potekalo v mesecu maju 2018, anketne vprašalnike smo razdelili naključnim pacientom, ki so bili povabljeni na preventivni pregled v eno od referenčnih ambulant. Statistično smo obdelali podatke, jih predstavili v deležih in povprečnih vrednostih ter iskali razlike glede na proučevane neodvisne spremenljivke. Statistična analiza je bila opravljena z računalniškim programom Excel. Z dobljenimi rezultati smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja. Omejitev raziskave predstavlja dejstvo, da so dobljeni podatki le rezultat trenutnega stanja samo v 8 referenčnih ambulantah v enem od zdravstvenih domov, zato podatkov ne moremo posploševati.

REZULTATI

Skoraj polovica anketiranih (49,4 %) se je v naši raziskavi opredelila, da se soočajo z boleznimi krvožilnega sistema ter endokrinimi in presnovnimi boleznimi. Takoj za njimi pa so bolezni oči in duševne motnje (20,6 %).

V tabeli 1 so predstavljene povprečne ocene trditev glede na samooceno razumevanja in interpretiranja informacij, ki jih pridobijo s strani zdravstvenih delavcev, sodelovanja in soodločanja v procesu zdravljenja, informiranosti o zdravljenju, poznavanja opozorilnih znakov in simptomov ter zadovoljstva z zdravstvenim osebjem. Najvišje so pacienti ocenili samooceno razumevanja zdravstvenih informacij med obiski v ambulanti (7,7), sledijo samoocene, ki se nanašajo na oceno zavedanja možnega poteka bolezni, zavedanja vpliva bolezni na prilagoditev življenjskega sloga in odnosa z zdravstvenimi delavci, ki so v stiku pri zdravstveni obravnavi, ki so bile ocenjene z oceno 7,6. Najnižje je bila ocenjena trditev, ki se je nanašala na oceno iskanja dodatnih informacij o svojem zdravju in sicer z oceno 2,3.

Tabela 1: Trditve iz anketnega vprašavnika ponazorjene s povprečno vrednostjo in standardnim odklonom

TRDITVE	Povprečna ocena samoocene (na lestvici od 1 do 10) in standardni odklon
Pacientova ocena razumevanja zdravstvenih informacij med obiski v ambulanti.	7,7±2,2
Pacientova ocena razumevanja informacij, zapisanih na izvidih.	6,6 ±2,1
Pacientova ocena zavedanja opozorilnih znakov in simptomov v zvezi z zdravjem.	7,5 ±2,0
Pacientova ocena zavedanja vpliva bolezni na prilagoditev življenjskega sloga.	7,6 ±2,1
Pacientova ocena o zavedanju možnega poteka bolezni.	7,6 ±2,1
Pacientova ocena o informiranosti o možnostih zdravljenja.	7,4 ±2,0
Pacientova ocena o odzivanju na opozorilne znake.	7,1 ±2,2
Pacientova ocena upoštevanja nasvetov zdravstvenih delavcev.	7,2 ±2,1
Pacientova ocena o natančnem jemanju zdravil po navodilih.	6,8 ±2,7
Pacientova ocena o pogostosti branja izvidov pred posvetom z zdravstvenimi delavci.	7,3 ±2,3
Pacientova ocena o možnostih izražanja mnenja in sprejemanja odločitev v procesu zdravljenja.	7,3 ±2,5
Pacientova ocena o zrcaljenju prioritete in izbiri pacienta v načrtu zdravljenja.	7,3 ±2,0
Pacientova ocena o odnosu z zdravstvenimi delavci, ki so v stiku pri zdravstveni obravnavi.	7,6 ±2,3
Pacientova ocena o iskanju še dodatnih informacij o svojem zdravju.	2,3 ±2,8
Pacientova ocena o možnostih opozoriti zdravstvene delavce na prednostne težave.	7,4 ±2,2
Pacientova ocena razumevanja informacij o zdravju iz poljudne literature.	6,6 ±2,1
Pacientova ocena o pogostosti beleženja podatkov v zvezi s svojim zdravjem.	6,8 ±2,7

Na vprašanje kako pogosto obiščejo zdravnika, smo ugotovili, da jih največ 29 (37,1 %) anketiranih obišče zdravnika enkrat ali dvakrat letno, dobra tretjina 26 (29,8 %) anketiranih ga obišče trikrat do štirikrat letno, kar 18 (20,6 %) anketiranih pa zdravnika obišče vsak mesec.

Pri zadnjem vprašanju so se pacienti opredeljevali do trditev, ki so se nanašala na njihovo oceno opolnomočenosti. Opredelitev do odgovorov smo točkovali in nato s točkovanjem odgovorov na zastavljena vprašanja pridobili skupno povprečno oceno opolnomočenosti pacientov, in sicer 7,2 od 12,1 (1,1 %) anketirani je glede na točkovanje dosegel oceno opolnomočenosti 1, 2 (2,2 %) anketirana sta dosegla oceno 2, 3 (3,4 %) anketirani so dosegli oceno 3, 7 (8,0 %) anketiranih je doseglo oceno 4, 9 (10,3 %) anketiranih je doseglo oceno 5, 18 (20,6 %) anketiranih je doseglo oceno 6, 16 (18,3 %) anketiranih je doseglo oceno 7, 6 (6,8 %) anketiranih je doseglo oceno 8, 6 (6,8 %) anketiranih je doseglo oceno 9, 10 (11,4 %) anketiranih je doseglo oceno 10, 7 (8,0 %) anketiranih je doseglo oceno 11 in 2 (2,2 %) anketirana sta dosegla oceno opolnomočenosti 12. Ugotovili smo, da so pacienti z zaključeno osnovno šolo povprečno dosegli oceno opolnomočenosti 6,9, pacienti z zaključeno srednjo šolo so dosegli oceno opolnomočenosti 6,8, pacienti z zaključenim dodiplomskim študijem so dosegli oceno opolnomočenost 6,8 in pacienti z zaključenim podiplomskim študijem so dosegli oceno opolnomočenost 6,6.

DISKUSIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da tri četrtine anketiranih podane informacije s strani zdravstvenih delavcev razumejo dobro, kar četrtina vseh vprašanih pa informacij, ki jih pridobijo s strani zdravstvenih delavcev v popolnosti ne upoštevajo ali ne znajo upotrabiti v svojem vsakdanjiku. Glede na stopnjo opolnomočenosti smo pridobili oceno 6,8 med 0 in 12 točk, kar je dobra polovica vseh anketiranih. Z raziskavo ne ugotovimo razlik v stopnji opolnomočenosti glede na izobrazbo. V raziskavi, ki so jo izvedli med kitajsko populacijo (Lam, et al., 2010) so ugotovili, da je stopnja opolnomočenja odvisna od izobrazbe in starosti. Tako so med angleško-govorečo populacijo pridobili stopnjo opolnomočenosti 3,2 in med ljudmi, ki govorijo druge jezike 4,5 na lestvici od 0 do 12. Razlike v opolnomočenosti pripisujejo različnim kulturnim navadam in različnim razumevanjem ter odzivom na anketne vprašalnike. Kot pravi Poplas-Susič (2014) je svetovanje in poučevanje zelo pomembna naloga diplomiranih medicinskih sester. Pacientom je potrebno približati kronično bolezen in prilagoditev življenjskega stila tako, da ga pacient razume, spoštuje in posledično tudi upošteva. Na dolgi rok bo tako pridobil na znanju, samozavesti in spoznal lastno telo. Povprečna ocena razumevanja podanih informacij s strani zdravstvenih delavcev je 7,7 od 10. Koščak Tivadar in Filej (2015) navajata, da je odgovornost za zdravje porazdeljena med zdravstvenimi delavci in pacientom. Člani zdravstvenega tima so tisti, ki prvi vzpostavijo stik s pacientom na primarni ravni. Zdravnik skupaj s pacientom raziskuje bolezen, diagnostiko in se ukvarja s potekom zdravljenja. Ob problemih, ki jih prinese kronična bolezen, bo znal ukrepati in natančno poročati zdravstvenim delavcem. Dobra polovica anketiranih dobro pozna opozorilne znake in simptome ter znajo ukrepati v danih situacijah. Strinjamo se s Tomšič in Orožen (2012), ki trdita, da osebno dožemanje zdravja odseva biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja vsakega posameznika. V študiji Chiauzzi (2016) ugotavlja, da je 79 % ljudi mnenja, da imajo možnost soodločanja o svojem zdravljenju. V naši raziskavi smo ugotovili, da le tretjina anketiranih meni, da načrt popolnoma zrcali njihove želje. Iz raziskave smo ugotovili, da je tri četrtine pacientov v večini zadovoljnih z vključevanjem v proces zdravstvene vzgoje, s prejetjem različnih nasvetov s strani zdravstvenih delavcev in s samim zdravljenjem, saj ocenjujejo, da imajo možnost izražanja mnenja in sprejemanja odločitev. Babnik in sodelavci (2013) ocenjujejo, da so razlike v stopnji zdravstvene pismenosti eden pglavitnih vzrokov neenakosti v zdravju, razlik med pacienti, ki so prisotne kljub upoštevanju potreb in referenc pacientov, ter dostopnosti zdravstvene oskrbe. Iz navedenega lahko sklepamo, da je veliko odvisno od samega pacienta in različnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo samozavest, sodelovanje, zdravljenje in nenazadnje tudi počutje. Pacienti so tako v večini zadovoljni z odnosom zdravstvenih delavcev, ki se vključujejo v zdravstveno obravnavo, saj v 73 % procentih njihovi načrti zdravljenja zrcalijo njihove prioritete in 76 % jih meni, da imajo dober odnos in izkušnje z zdravstvenimi delavci. Tretjina anketiranih meni, da nasvete zdravstvenih delavcev vedno upošteva in skoraj enak odstotek jih upošteva skoraj vedno. Glede na dobljene rezultate lahko sklepamo, da so ti pacienti aktivni v zdravstveni obravnavi. Mola (2013) pravi, da so ravno zdravstveno-vzgojni procesi tisti, ki so namenjeni opolnomočenju pacientov in bi morali biti prilagojeni vsakemu posamezniku. Pri tem je potrebno upoštevati starost, kulturo, aktualno zdravstveno stanje, družinsko okolje, v katerem posameznik živi, potrebe in pričakovanja ter celovit pristop k vsakemu pacientu. Terapevtski odnos in stalna podpora posamezniku sta tako ključnega pomena za vzpostavitev zaupnega partnerstva s pacientom, zlasti glede dolgoročnih sprememb v pacientovem vsakdanjiku.

Zelo zanimivo bi bilo, spremljati paciente na njihovi poti zdravljenja in pri tem ocenjevati njihovo mnenje o samooceni opolnomočenja, njihovi kvaliteti življenja in finančno izračunati ceno njihovega zdravljenja. Posledično pa raziskati kakšno kvaliteto življenja dosežejo pacienti med in po bolnišnični oskrbi.

ZAKLJUČEK

Kronične bolezni, staranje prebivalstva in posledično ogromni stroški zdravljenja so veliko breme za sodobne zdravstvene sisteme s katerimi se ukvarja celoten svet. Anketirani odgovarjajo, da trpijo za kar nekaj kroničnimi boleznimi, ki vplivajo na njihov življenjski slog. Ugotovili smo, da so naši pacienti samostojni in dobro opolnomočeni, ampak velikokrat ne znajo svojega znanja uporabiti v vsakdanjiku, kljub temu da poznajo znake in simptome svoje bolezni. Z dobro opolnomočenostjo in poznavanjem svoje bolezni se tako lažje vključujejo v proces zdravljenja in soodločanja o svojem zdravju. V procesu opolnomočenja igrajo pomembno vlogo zdravstveni delavci, ki imajo dober odnos s pacienti. Posledično jim pacienti zaupajo in imajo željo po sodelovanju, soodločanju in načrtovanju zdravljenja. Opolnomočenje tako prispeva k samostojnemu nadzoru zdravja in spodbuja k prevzemu odgovornosti za svoje zdravje. Oblikovalci politik in zdravstveni delavci tako vidijo opolnomočenje kot tisto, ki nam bo pomagalo doseči zastavljene cilje, izboljšati pacientovo stanje in znižati stroške zdravstvenega varstva.

Menimo da bi lahko z rednimi preventivnimi pregledi ter promocijo zdravega načina življenja povečali zanimanje za lastno zdravje že v dobi, ko se kronična bolezen razvija. Tako bi lahko zmanjšali dejavnike tveganja, posledično pa izboljšali življenjski standard posameznika ter znižali stroške zdravstvenih sistemov.

LITURATURA

- 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. 62–73.
- Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Cochin, E., Bunce, M., Khoury, R. & Purav D., 2016. Factors in patient empowerment: survey of an online patient research network. *The Patient*, 9(6), pp. 511–523.
- Coulter, A., Parsons, S. & Askham, J., 2008. *Where are the patients in decision-making about their own care?* [pdf] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Available at: <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf> [Accessed 19. 01. 2018].
- Košćak Tivadar, B. & Filej, B., 2015. Empowerment of the patient to increase healthcare treatment quality. In: H. Čolaković, ed. *Prvi mednarodni kongres fizioterapevtov Bosne in Hercegovine: konferenčni zbornik*, Mostar, 5.-7. junij 2015. Mostar: Zbornica fizioterapevtov Bosne in Hercegovine, pp. 23–29.
- Kuijpers, W., Aaronson N., van Harten, W. & Groen, W., 2013. A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *Journal of Medical Internet Research*, 15(2) p. e37.
- Lam, C. L., Yuen, N. Y., Mercer, S. W. & Wong, W., 2010. A pilot study on the validity reliability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Chinese population. *Family Practice*, 27(4), pp. 395–403.
- Mola, E., 2013. Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *European Journal of General Practice*, 19(2), pp. 128–131.
- Poklukar, J., 2014. Breme kroničnih bolezni v sklopu javnih zdravstvenih zavodov. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: zbornik prispevkov z recenzijo. 5. simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 14. oktober 2014*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 33–40.
- Poplas-Susić, T., 2014. Kronične bolezni in referenčne ambulante. In: I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery & B. Skela Savič, eds. *Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: zbornik prispevkov z recenzijo. 5. simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 14. oktober 2014*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 41–46.
- Rööst, M., Zielinski, A., Petersson, C. & Strandberg, E.L., 2015. *Reliability and applicability of the Patient Enablement Instrument (PEI) in a Swedish general practice setting*. BMC Family Practice. [Online] Available at: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-015-0242-9> [Accessed 05. 04. 2018].
- Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C., Whalley, D. & Protherow, J., 2013. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Services Research*, 16, p. 263.
- Tomšič, S. & Orožen, K., 2012. Uvod. In: J. Maučec Zakotnik, et al., ed. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001-2004-2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 1–8.
- Ünver, Ö. & Atzori, W., 2013. *Questionnaire for Patients Empowerment Measurement Version 1.0. Sustains*, pp.1–74. [Online] Available at: <http://docplayer.net/23278255-Support-users-to-access-information-and-services-document-d3-2-questionnaire-for-patient-empowerment-measurement-version-1-0.html> [Accessed 06. 03. 2018].
- van Berkel, J. J., Lambooy, M. S. & Hegger, I., 2015. Empowerment of patients in online discussions about medicine use. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, (15), pp. 15.



SPECIFIČNA ZDRAVSTVENA PISMENOST PACIENTOV S KRONIČNO LEDVIČNO BOLEZNIJO

Specific health literacy of patients with chronical renal disease

Anita Habjan, dipl. m. s. (VS)

Splošna bolnišnica Trbovlje
Visoka zdravstvena šola v Celju, Alumni klub

doc. dr. Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik

Ministrstvo za zdravje RS; Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

anhabjan@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu Zdravstvena pismenost pacientov s kronično ledvično boleznijo

IZVLEČEK

Uvod: Zapletenost kronične ledvične bolezni od obolelega zahteva vseživljenjsko učenje in dvig stopnje specifične zdravstvene pismenosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti stopnjo specifične zdravstvene pismenosti pacientov, ki se zdravijo s hemodializo v enem izmed dializnih centrov v Sloveniji. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu z uporabo metode deskripcije, sinteze in kompilacije. Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik, sestavljen na osnovi pregleda znanstvene in strokovne literature. Neslučajnostni, namenski vzorec predstavlja petinpetdeset pacientov s kronično ledvično boleznijo, kar je 92 odstotkov predvidene realizacije. Pridobljene podatke smo obdelali v program SPSS za okolje Windows. Izvedli smo deskriptivno statistiko in faktorsko analizo vprašalnika za določanje specifične zdravstvene pismenosti. **Rezultati:** Stopnja specifične zdravstvene pismenosti anketiranih je glede na odstotke pravilno izpolnjenih vprašalnikov zadovoljiva. Kljub temu 83,6 % anketiranih potrebuje redna navodila o dieti in dovoljenem vnosu tekočin. Vprašani v 27 % menijo, da nadzor nad kalijem ni povezan s prehrano. Faktorska analiza je izločila dva faktorja, enega, ki se navezuje na klično poznavanje obolenja, drugega pa na dejavnike, ki vplivajo na obvladovanje obolenja. **Diskusija in zaključek:** Z vključevanjem pacientov v intenzivne zdravstveno vzgojne programe že v času priprave na zdravljenje z dializo bo znatno pripomoglo k povečanju znanja, zaupanju zdravstvenemu osebju in učinkovitemu obvladovanju bolezni. Povečali bi samozaupanje in samoučinkovitost pacientov z ledvično odpovedjo.

Ključne besede: promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: Complexity of chronic renal disease demands from a patient lifelong learning and increased level of specific health literacy. With this research we wanted to evaluate the level of specific health literacy in patients, who are treated with haemodialysis in one of the dialysis centres in Slovenia. **Methods:** The research included a quantitative approach based on descriptive, synthesis and compilation research methods. The questionnaire that was used as a measuring instrument was based on overview of scientific and professional literature. A non-random, intentional sample presents fifty-five patients with chronic renal disease, which represents a 92% response rate. Collected data was processed using SPSS for Windows. We carried out the descriptive statistics and factor analysis of the questionnaire for determining specific health literacy. **Results:** The level of specific health literacy of participants was deemed sufficient, based on percentage of correctly filled questionnaires. Non the less, 83.6 % of participants constantly need instructions on diet and allowed intake of liquids. Also, 27 % of participants assume that potassium control is not related to diet. By factor analyse, we determined two factors, one of that relates to the clinical knowledge of the disease and second factors determined health related behaviour for control the chronic disease. **Discussion and conclusion:** Inclusion of patients in intense health education programs early in preparation for dialysis treatment will significantly increase their understanding, trust in health care personnel and control of the disease. The self-confidence and self-efficiency of patients with renal disease will increase.

Keywords: health promotion, health education, nurse.

UVOD

Stopnja zdravstvene pismenosti vpliva na posameznikovo zdravstveno vedenje in uporabo zdravstvenih storitev, kar vpliva tudi na zdravstvene izide ter stroške javnega zdravstva. Pomanjkljiva zdravstvena pismenost se odraža predvsem v slabi kakovosti, napakah in tveganjih za pacienta pri varnosti zdravstvenih storitev, koristi zadostne zdravstvene pismenosti pa vplivajo na celoten spekter posameznikovega življenja, tako doma, na delu kot v družbi. Izboljševanje zdravstvene pismenosti bo postopoma omogočilo posamezniku večjo avtonomijo in opolnomočenje, proces pa je obravnavan tudi kot izboljšanje kakovosti življenja. Avtorji navajajo, da je pri posameznikih, ki imajo nižjo stopnjo zdravstvene pismenosti, zelo velik vpliv kulturnih, demografskih in psihosocialnih dejavnikov, pojavlja se tudi nižja pričakovana življenjska doba in povečana možnost pojava kroničnih bolezni (Sørensen, et al., 2012). Posamezniki iz različnih slojev družbe ne poznajo dovolj dobro svojega zdravstvenega stanja in po navadi niso seznanjeni s pomembnostjo preventivnih ukrepov in zdravega načina življenja (Morris, et al., 2006 cited in Štemberger Kolnik & Babnik, 2014), pogosteje potrebujejo nujno medicinsko pomoč in hospitalizacijo (Baker, et al., 1998 cited in Štemberger Kolnik & Babnik, 2014). Drugi avtorji še dodajajo, da imajo taki posamezniki slabši odnos z zdravnikom, ne znajo primerno uporabiti predpisanih zdravil, ne upoštevajo priporočil za preventivno

cepljenje in imajo na splošno povečano obolevnost in umrljivost (İlgün, et al., 2015). Zdravstvena pismenost pri pacientih s kroničnim ledvičnim obolenjem je pomembna zaradi kompleksnosti bolezni, ki zahteva velik vložek vključenosti pacienta in njegove samooskrbe. Posamezniki, ki imajo zadostno stopnjo zdravstvene pismenosti, nimajo večjih težav pri dostopanju do informacij, razumevanju in vrednotenju le-teh in pri uporabi za boljše sprejemanje zdravstvenih odločitev, kot navajajo Sørensen in sodelavci (2012). Mancuso (2008) pa tudi navaja, da visoka stopnja zdravstvene pismenosti močno pripomore h kakovostni zdravstveni oskrbi, ki posamezniku poleg nižjih stroškov omogoča tudi boljši nadzor nad zdravjem, boljše obvladovanje kroničnih bolezni ter tudi izboljšano sposobnost samooskrbe. Tak posameznik bo, po mnenju Štemberger Kolnik in Babnik (2013), bolj sposoben poskrbeti za preventivno krepitev in ohranjanje svojega zdravja. V primeru težav, bolezni in poškodb bo znal sam primerno ukrepati ter po potrebi poiskati primerno pomoč. Zdravstvena pismenost pri pacientih s kroničnim ledvičnim obolenjem je pomembna zaradi kompleksnosti bolezni, ki zahteva velik vložek vključenosti pacienta in njegove samooskrbe. Pacienti morajo slediti primernim dietnim omejitvam, zahtevnim režimom jemanja zdravil, sprejemati odločitve dializnega zdravljenja in slediti obiskom pri več različnih specialistih (Jain & Green, 2016). Poleg prisotnih fizičnih sprememb vsaka bolezen prinaša tudi psihične spremembe. Bolezen v pacientovo življenje prinese popoln preobrat njegovih načrtov in navad, velikokrat predstavlja izgubo varnosti. Pogosti obiski v zdravstvenem sistemu pripomorejo k zavedanju, da so drugačni, imajo drugačen potrebe in morajo spremeniti svoje navade (Rakovec Felser, 2014). Pacienti s kronično ledvično boleznijo so tako žrtve dolgotrajnih psiholoških težav. Ena izmed njih je neposlušnost; izraz se uporablja za paciente, ki ne upoštevajo navodil. V takšno ravnanje jih vodi lastno prepričanje, da zdravljenje ni učinkovito, in nepoznavanje učinka, ki naj bi ga zdravljenje imelo (Hovnik, 2005). Samo komuniciranje ima vključena etična načela: skrb za drugega, zaupanje, sočutje, empatija in odgovornost. Za razumevanje duševnih procesov je nujno potrebno vživljanje. Medicinske sestre morajo znati poslušati in imeti občutek za nebesedno komunikacijo, če se želijo vživeti v pacienta. Spodbujati ga morajo, da pokaže svoja občutja; upanje, razočaranje, strah, jezo (Prebil, 2010). Od medicinskih sester zahteva delo s pacientom s kronično ledvično boleznijo zelo razvito sposobnost spoprijemanja s kompleksnimi interakcijami: seznanjanje pacienta z boleznijo, pacientovo sprejemanje bolezni in terapije, pacientova spremenjena socialna vloga, pacientovo doživljanje sprememb na čustvenem področju (Kapš, 2005).

Mnoge med njimi spremlja nesprejemanje spremenjene podobe, ker pogled na fistulo ali izstopišče katetra vidijo kot iznakaženje svojega telesa. Pacienti težko sprejmejo nujno prisotno odpovedovanje v prehranjevanju in pitju. Ko se pacient na dializnem zdravljenju sooči z dejstvom, da je njegovo življenje odvisno od aparatur in medicinskega osebja, lahko to močno spodkoplje njegovo samozavest. S staranjem se spreminja dožemanje bolezni, tako lahko naloge, ki so v mladosti enostavne, z leti postanejo težko rešljive. Partnerski odnos doma lahko načnejo težave s spolnostjo. Moški izgubijo potenco, ženske v rodni dobi skrbi nosečnost in stanje nerojenega otroka, če zanosijo (Hovnik, 2005). Danes, v dobi vsesplošne poplave informacij, si lahko različne informacije popolnoma nasprotujejo in ni presenetljivo, da so pacienti s kronično ledvično boleznijo zmedeni zaradi nasprotujočih si informacij. Pacienti na zdravljenju pogosto ugotavljajo, da se težje koncentrirajo ali jasno razmišljajo kot pred boleznijo (Prašnički & Krel, 2015).

Namen raziskave je bil ugotoviti specifično zdravstveno pismenost pacientov s kronično ledvično boleznijo.

METODE

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop.

Opis inštrumenta

Merski instrument je bil vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi teoretičnih spoznanj, povzet je po Fortnum (2017), Development of a health literacy questionnaire for Taiwanese hemodialysis patients (Shih, et al., 2016) in po Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment (Moraes, et al., 2017). Cronbach's Alpha koeficient vprašalnika za merjenje specifične zdravstvene pismenosti je $\alpha = 0,502$, kar je pravzaprav vprašljiv ali pa nam pove, da z vsako spremenljivko lahko merimo drugačno dimenzijo. Vprašanja so res povezana z različnimi dejavniki, ki vplivajo na obvladovanje obolenja, da smo dosegli učinkovite odgovore smo zato pripravili vprašalnik tako, da so na trditve anketirani odgovarjali le z dihonomno mersko lestvico z DA ali NE.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V študijo so bili vključeni vsi pacienti, ki se zdravijo s hemodializo v enem od dializnih centrov v Sloveniji. V raziskavo je bilo vključenih 60 pacientov, ki so zdravljenje začeli v proučevanem dializnem

centru. Vzorec predstavlja 55 anketiranih. Leta zdravljenja na dializi se v vzorcu raztezajo od manj kot leto dni do sedemnajst let. V raziskavi je sodelovalo 35 moških in 20 žensk, v starosti med 35 in 92 let, največ anketiranih je bilo v starostni skupini med 66 in 75 let. Največ anketiranih je imelo srednje šolsko izobrazbo (34 %) ter največ jih živi v večstanovanjskih hišah (blok) (34,5 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje smo izvedli po predhodni pridobitvi pisnega soglasja ustanove, kjer smo izvajali raziskavo. Raziskava je bila časovno omejena na šest delovnih dni; od 4. 5. 2018 do 11. 5. 2018. Pridobljene podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS za okolje Windows. Izvedli smo deskriptivno statistiko in faktorsko analizo vprašalnika za merjenje specifične zdravstvene pismenosti. Na podlagi scer plot diagrama smo omejili število predvidenih faktorjev na dva. Faktorska analiza z rotacijo varimaks je izločila dva faktorja s katerima lahko pojasnimo 31, 354 variabilnosti spremenljivke »Specifična zdravstvena pismenost«.

REZULTATI

V tabeli 1 prikazujemo v kolikšni meri anketirani poznajo nekatere trditve vezane na kronično ledvično odpoved in hemodializo. Od sedemnajstih trditev so anketirani na 14 trditev v odstotku od 100 do 80 odgovorili pravilno. Trditve se nanašajo na znanje o kronični bolezni in nadomestni metodi zdravljenja ter dokazujejo zadovoljivo stopnjo specifične zdravstvene pismenosti pacientov s kronično ledvično boleznijo. Največ anketiranih (73 %) je napačno odgovorilo na trditev o odpravi ledvične bolezni, čeprav so se vsi strinjali, da je zdravljenje trajno. S faktorsko analizo smo identificirali dva faktorja, ki bi ju lahko, glede na razporeditev faktorskih uteži poimenovali Poznavanje klinične bolezni ter Vpliv vedenja povezanega z zdravjem na obvladovanje bolezni. Čeprav so nekatere uteži nizke, se jasno pokaže ločnica.

Tabela 1: *Specifična zdravstvena pismenost*

Trditve	Pravilni odgovori	Nepravilni odgovori	Poznavanje klinične bolezni (F1)	Vpliv vedenja na obvladovanje bolezni (F2)
Laboratorijski izvidi krvi za pacienta na dializi niso pomembni.	87%	13%	0,760	
Nadzor nad kalijem ni povezan s prehrano.	73%	27%	0,682	
Normalno je, da sta urin in blato rdečkaste barve.	89%	11%	0,614	
Zdravljenje odpravi ledvično bolezen.	27%	73%	0,597	
Kalcijev karbonat je potrebno zaužiti pred obrokom.	42%	58%	0,553	
Dializa izboljša delovanje prebavnega trakta.	49%	51%	0,510	
Krvni izvidi so del zdravljenja.	98%	2%	0,445	
Voda lahko povzroči edem v telesu zaradi slabšega delovanja ledvic.	98%	2%	-0,305	
Višji kreatinin v krvi je povezan s poslabšanjem delovanja ledvic.	100%	0%	0,119	
Naloga ledvic je, da filtrirajo kri.	95%	5%	0,119	
Sladkorna bolezen lahko vodi do odpovedi ledvic.	98%	2%		0,769
Visok krvni tlak lahko vodi do odpovedi ledvic.	95%	5%		0,716
O jemanju terapije se moram posvetovati z nefrologom.	100%	0%		-0,499
Zmeren življenjski stil in dieta z nizko vsebnostjo natrija pomagata pri nadzoru krvnega tlaka.	98%	2%		-0,378
Pri nadzoru vnosa tekočin pomaga, če v naprej izmerim dovoljeno količino in si jo pripravim.	87%	13%		0,336
Natrijev karbonat se uporablja za uravnavanje kislosti krvi.	89%	11%		-0,284

Legenda: % - delež; F1 – faktor 1; F2 – faktor 2

Zadovoljstvo s svojim znanjem o bolezni in vplivih vedenja na obvladovanje bolezni so anketirani izrazili kot »povsem zadovoljni« v 54,5 %. Nezadovoljnih je 18,2 % anketiranih. Najpogosteje informacije o nadomestnem zdravljenju s hemodializo anketirani dobijo od zdravnika specialista nefrologa (81,6 %), v 5,3 odstotkih navajajo, da so informacije prejeli od medicinskih sester. Da informacij pred uvedbo nadomestnega zdravljenja niso dobili navaja 14,5 odstotka anketiranih. Informacij o pomenu prehrane ob uvedbi nadomestnega zdravljenja s hemodializo ni dobili 50,1 odstotek anketiranih. Visok odstotek anketiranih navaja, da navodil glede vnosa hrane in tekočine niso dobili (16,4 %), prav tako jih 16,4 odstotkov navaja, da dobi navodila enkrat tedensko. Ob vsaki hemodializi navodila o prehrani in vnosu tekočin dobi le 10,9 odstotkov anketiranih.

DISKUSIJA

Soočanje s postavljeno diagnozo neozdravljivega obolenja pri pacientu povzroči nemalo katero spremembo. Potrebno se je soočiti z uvedbo drugačnih življenjskih navad. Opustiti stare vzorce in jih nadomestiti z vsem kar pacientu v teh trenutkih predlagajo zdravstveni delavci, sorodniki, sosedi, prijatelji in seveda tudi svetovni splet. Znajti se v množici informacij, ni enostavno. Zdravstvena pismenost temelji na tem, da pacient dobi uporabne, verodostojne informacije ter, da te informacije zna uporabiti za izboljšanje vedenja povezanega z zdravjem (Štemberger Kolnik & Babnik, 2014). Doživljenjsko zdravljenje, dietne omejitve ter omejitve tekočin, čas, ki ga preživijo na zdravljenju, pacienta neprestano opominjajo na drugačnost, ki jo je v njegovo življenje prinesla bolezen (Nahtigal & Ramšak, 2010). Znanje o kronični ledvični odpovedi pacientov zajetih v raziskavo bi lahko ocenili kot zadovoljivo. S faktorsko analizo smo še razdelili trditve v dva velika sklopa, ki nakazujeta znanje povezano z znanjem o bolezni »Poznavanje klinične bolezni« ter znanje povezano z obvladovanjem bolezni »Vpliv vedenja na obvladovanje bolezni«. Z nekaterimi odgovori, kot so recimo: *Zdravljenje odpravi ledvično bolezen, Kalcijev karbonat je potrebno zaužiti pred obrokom in Dializa izboljša delovanje prebavnega trakta*; kjer so anketirani pacienti v večjem odstotku odgovorili napačno, sklepamo, da je zdravstveno vzgojno delo ključnega pomena. Koliko zdravstveno vzgojnega dela ali kako naj bo le to izvedeno je potrebno individualizirati. Barnett in sodelavci (2008) priporočajo sprotno zdravstveno vzgojno delo. Jain in Green (2016) pa predlagata rutinsko preverjanje nivoja zdravstvene pismenosti s seznamom »Red flags«, ki nakazuje omejeno zdravstveno pismenost. Glede na demografske podatke, s katerimi ugotavljamo, da se z dializo v proučevani organizaciji zdravijo predvsem starejši pacienti s srednješolsko izobrazbo, je potrebno te dejavnike upoštevati pri prilagajanju vsebin, predvsem pa uporaba pacientom razumljivega jezika. Zdravstvena pismenost pacientov s kronično odpovedjo ledvic, ki se zdravijo s hemodializo se je pokazala kot pomanjkljiva. Pomanjkanje znanja je prisotno tako na področju poznavanja bolezni kot na področju poznavanja pozitivnih učinkov zdravih življenjskih navad, ki vplivajo na obvladovanje bolezni. Jain in Green (2016) trdita, da je nižja zdravstvena pismenost pacientov s kronično ledvično boleznijo povezana z vrsto neugodnih izidov. Lahko je vzrok za dolgotrajne psihološke težave, katerim so podvrženi pacienti s kronično ledvično boleznijo in zaradi le teh pogosto ocenimo paciente kot neposlušne (Hovnik, 2005). Zaradi neposlušnosti in neupoštevanja dietnih priporočil, omejitve vnosa tekočin ali celo prenehanja jemanja zdravil, so pogosto pri pacientih z hemodializo prisotni znaki depresije (Hedeyati, et al., 2012).

ZAKLJUČEK

Dvig specifične zdravstvene pismenosti je povezan z zdravstveno vzgojnimi navodili, ki jih pacient dobi, ter v podpori in usmeritvah za spremembo življenjskih navad povezanih z zdravjem. Pacient s kronično boleznijo je učinkovit pri obvladovanju obolenja le, če ima dovolj znanja in pozna potek ter zaplete obolenja. Pacient mora poznati svoje telo ter se hitro in učinkovito odzivati na morebitne spremembe. Da bodo pacienti na to pripravljeni je potrebno oblikovanje učinkovitih programov s katerimi bomo opremili paciente z informacijami, ki bodo koristile za podporo pri uvajanju z zdravjem povezanih drugačnih življenjskih navad. Pacient na zdravljenju s hemodializo bi moral biti, že pred uvedbo zdravljenja, seznanjen s postopkom in zahtevami stroke za spremembo življenjskih navad v korist obvladovanja obolenja. Ob prihodu na dializno zdravljenje bi se jim lahko ponudilo programe za podporo pri spreminjanju življenjskih navad.

LITERATURA

- 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. 73–81.
- Barnet, T., Li Yoong, T., Pinikahana, J. & Si-Yen, T., 2008. Fluid compliance among patients having haemodialysis. Can educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 61 (3), pp. 300–306.
- Fortnum, D., ed. 2017. *The art of communication – a nurses guide to implementing best practice in communication*. 1st ed. Malmö/Sweden; European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), pp. 16–180.
- Hedeyati, S., Yalamanchili, V. & Finkelstein, F. O., 2012. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end – stage renal disease. *In Kidney international*: 81(3), pp. 247–255.
- Hovnik, Z. G., 2005. *Vpliv zdravljenja s hemodializo na življenje kroničnega dializnega bolnika: diplomsko delo*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 10–15.
- İlgün, G., Sevinç Turaç, I. & Orak, S., 2015. Health Literacy. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 174, pp. 2629–2633. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.944.
- Jain, D. & Green, J. A., 2016. Health literacy in kidney disease: review of the literature and implications for clinical practice. *World Journal of Nephrology*, 5(2), pp. 147–151. doi: 10.5527/wjn.v5.i2.147.
- Kapš, P., 2005. Sindrom izgorelosti pri obravnavi kroničnega ledvičnega bolnika. In: M. Praprotnik, ed. *Strokovno srečanje ob 25. obletnici hemodialize in 10. obletnici zdravljenja s peritonealno dializo v dializnem centru Novo mesto, 4.–5. november 2005*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, pp. 13–14.
- Mancuso, J. M., 2008. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10 (3), pp. 248–255. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x.
- Moraes, K. L., Brasil, V. V., Oliveira, G. F., Cordeiro, J. A. B. L., Silva, A. M. T. C., Boaventura, R. et al., 2017. Functional health literacy and knowledge of renal patients on pre-dialytic treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(1), pp. 155–162. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0169.
- Nahtigal, A. & Ramšak, Ž., 2010. *Raziskovanje življenjskega sveta ledvičnih bolnikov in elevacija Društva ledvičnih bolnikov Ljubljana: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, pp. 21–24.
- Prebil, A., 2010. Primeri podpornega komuniciranja v komunikacijskem procesu. In: B. Skela Savič, et al., eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 64.
- Prašnički, N. & Krel, C., 2015. Vloga medicinske sestre v psihološki obravnavi bolnika s KLB. In: M. Rep, ed. *Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo: z učnimi delavnicami*. Maribor, 23. april 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacije, pp. 11–17.
- Rakovec Felser, Z., 2014. *Kronični bolnik in njegovo sodelovanje med zdravljenjem*. *Farmacevtski vestnik*, 65(2), pp. 177-186.
- Shih, C. L., Chang, T. H., Jensen, D. A. & Chiu, C. H., 2016. Development of a health literacy questionnaire for Taiwanese hemodialysis patients. *BMC Nephrology*, 17, p. 54. doi:10.1186/s12882-016-0266-y.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), pp. 1–13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2013. Modeli zdravstvene pismenosti: razumevanje individualnih dejavnikov zdravja in z zdravjem povezanega vedenja. In: D. Železnik, 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: B. Skela-Savič, 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 FZJ, Bled, 12.–13. junij 2014*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 105–106.



VPLIV POSTOPKA ODVZEMA KRVI NA POJAVNOST HEMOLIZE PRI URGENTNI OBRAVNAVI PACIENTOV

**The effect of phlebotomy
equipment on the rate of
hemolysis in the acute care
settings**

Nada Macura Višić, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Jesenice, Urgentni center

doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik

Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za laboratorijsko diagnostiko

nada.macura@sb-je.si

IZVLEČEK

Uvod: Postopek odvzema venske krvi značilno vpliva na pojavnost hemolize v vzorcih plazme za laboratorijske preiskave. Še posebej je ta vpliv izražen na področju odvzema venske krvi pri urgentnem pacientu. Za znižanje števila hemoliziranih vzorcev izsledki tujih raziskav priporočajo odvzem krvi s klasično igelno punkcijo. Zanimal nas je vpliv uporabljenega postopka odvzema krvi (i. v. kanila, metuljček ali klasična igla) na pojavnost hemolize v venskih vzorcih krvi pri pacientih, ki smo jih obravnavali v Urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice. **Metoda:** Raziskava je potekala v decembru 2018 v Urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice. V raziskavi je sodelovalo 14 diplomiranih medicinskih sester, osem z delovno dobo od 2 do 8 let, šest pa z delovno dobo 10 in več let. Odvzeti vzorci krvi so bili poslani v laboratorij, kjer je laboratorijsko osebje izvedlo oceno kakovosti vzorcev. V primerih, ko je bil vzorec po centrifugiranju hemoliziran, je laboratorijski delavec odklon zabeležil v informacijski sistem. **Rezultati:** Laboratorij je v decembru 2018 prejel 335 hepariniziranih vzorcev venske krvi. Laboratorijsko osebje je zabeležilo 47 hemoliziranih vzorcev. Hemoliza je bila prisotna pri 14,02 % prejetih vzorcih krvi. Analiza podatkov je pokazala, da je bilo 31 vzorcev hemoliziranih pri odvzemu z uporabljeno vensko kanilo, 5 vzorcev pri odvzemu z metuljčkom in 11 pri uporabi klasične igelne punkcije. **Diskusija:** Rezultate biokemijskih preiskav potrebuje zdravnik urgentne medicine skoraj pri vsakem pacientu. Ker hemoliza eritrocitov značilno vpliva na koncentracijo nekaterih laboratorijskih parametrov, še posebej na kalij in nekatere encime, je zelo pomembno, da medicinske sestre pri urgentnih pacientih izvršijo odvzem krvi s klasično igelno punkcijo. Pri tem postopku odvzema krvi smo, enako kot drugi raziskovalci, tudi mi dokazali najnižjo pojavnost hemoliziranih vzorcev.

Ključne besede: hemoliza vzorcev, i. v. kanila, metuljček, igla, medicinska sestra.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of haemolysis in plasma samples for laboratory analyses is significantly affected by the venous blood collection procedure. This is especially relevant in the acute care setting. The aim of this work was to explore the effect of phlebotomy equipment (i. v. cannula, butterfly straight needles or classic needle) on the rate of haemolysis in plasma samples for biochemical analyses. **Methods:** The research was conducted in December 2018 by 14 nurses with a graduate diploma, 8 of which had 2-8 years of experience, and six with 10 or more years of experience. Collected samples were sent to the laboratory using pneumatic tube mail, following which the laboratory personnel assessed the quality of the samples. In cases where haemolysis was observed after the centrifugation, the laboratory worker indicated the issue in the electronic information system. **Results:** In December 2018, the laboratory received 335 heparinised venous blood samples. The laboratory personnel detected 47 haemolysed samples. Haemolysis was present in 14, 02% of samples. Data analysis showed that 31 of the haemolysed samples were collected via a venous cannula, 5 via butterfly, and only 11 via classical phlebotomy. **Discussion:** Biochemical analysis results are key for the management of essentially every patient in the acute care setting. Since the haemolysis of erythrocytes significantly affects the concentration of some laboratory parameters, especially potassium and some enzymes, it is important that the nurses adhere to standards and recommendations of good practice for phlebotomy. Low quality samples are discarded by the clinical laboratory personnel, resulting in delays in patient management causing dissatisfaction. **Conclusion:** We have observed a 14, 02 % rate of haemolysis in blood samples for biochemical analyses. The highest rate of haemolysis was seen in collections via an i. v. cannula. The results of other studies suggest phlebotomy with classical needle puncture to reduce the proportion of haemolysed samples. Important factors include the nurse's technical skills, knowledge, and adherence to the standards and recommendations for phlebotomy.

Key words: haemolysis of blood samples, i. v. cannula, butterfly straight needles, classic needles, registered nurse.

UVOD

Odvzem venskih vzorcev krvi za laboratorijske preiskave spada med najbolj pogoste intervencije, ki jih v Sloveniji izvajajo medicinske sestre. Odvzem krvi vrši tudi usposobljeno in certificirano laboratorijsko osebje, predvsem na primarni ravni zdravstvene oskrbe. V tujini se na tem področju praksa med državami razlikuje. Tako je za večino zahodnih držav znano, da odvzem krvi vršijo posebej usposobljeni zdravstveni delavci – flebotomisti, v državah, ki so naše sosede (Avstrija, Italija, Nemčija) pa zdravniki in v manjšem obsegu medicinske sestre z licenco. Odvzem krvi je pomembna intervencija, ki jo je potrebno izvajati po standardih Clinical Laboratory Institute Standards dokument H3 – A6 – 2007 (European Federation of Laboratory Medicine, 2018).

Najpogostejši razlog za zavrnitev vzorca krvi v laboratorijih predstavlja pojav hemolize po centrifugiranju vzorcev krvi. Hemoliza sproža interference in bias pri 39 laboratorijskih preiskavah, zato laboratorijsko osebje takoj zavrne hemolizirane vzorce za preiskave, kot so: kalij, testi hemostaze, aspartat-aminotransferaza in laktat - dehidrogenaza. Hemoliza ima največji vpliv na točnost laboratorijskih meritev kalija v serumu ali plazmi. Kalij je intracelularni ion in se v koncentracijah od 0,1 mmol/L do več kot 1,0 mmol/L sprošča iz poškodovanih (liziranih) eritrocitov (Gumz, 2015). Rezultati preiskav, ki so bili izmerjeni v hemoliziranih vzorcih, nevarno vplivajo na interpretacijo in varnost obravnave pacientov (Rodan, 2017). Laboratorijsko osebje po zavrnitvi hemoliziranega vzorca zahteva ponovni odvzem krvi, kar vodi v zakasnitve pri zdravstveni obravnavi pacienta, kar je posebej obremenjujoče na področju urgentne medicine (Lowe, et al., 2008). Raziskave so pokazale, da se giblje frekvenca hemoliziranih vzorcev na urgentnih oddelkih od 3 do 30 % vseh odvzetih vzorcev in da je delež hemoliziranih vzorcev značilno višji pri odvzemih z i. v. kanilo v primerjavi s klasično igelno punkcijo (Grant, 2003; Lowe, et al., 2008). Medicinske sestre smatrajo, da lahko pri odvzemu krvi z i. v. kanilo prihranijo čas in olajšajo pacientu ponavljajoče se odvzeme krvi. V primerjavi s fiksnim vakuumom v zaprtih epruvetah omogoča uporaba kanile in brizge prilagajanje vakuumu, kar lahko že samodejno sproži hemolizo eritrocitov. Prenos krvi iz brizge v epruvete pa je povezan z različnimi pristopi, intraindividualnimi razlikami med medicinskimi sestrami in zato za laboratorijsko osebje zelo suspekten. Antekubitalno mesto venskega odvzema ima prednosti pred distalnim mestom. Tudi velikost uporabljene igle (≥ 21 ali ≤ 21 G) ima svoj vpliv na pojavnost hemolize eritrocitov. Zažetje žile manj kot 1 minuto pa je dokazano bolj priporočeno kot podaljšano nad tem časom (Lowe, et al., 2008).

Napake pri odvzemu krvi so latentne in so v področju, ki jih redni nadzori ne zajamejo neposredno. Ker pa vplivajo na uspešnost in varnost obravnave pacientov (Clinical and Laboratory Standards Institute, 2007), je tudi nas zanimalo, katera vrsta odvzema krvi (igla, metuljček, i. v. kanila) je v našem Urgentnem centru (UC) povezana z največjo frekvenco hemoliziranih vzorcev in kateri drugi dejavniki še lahko vplivajo na pojavnost hemolize.

METODE

V UC Splošne bolnišnice Jesenice smo izvedli prospektivno raziskavo, spremljali smo pogostnost hemoliziranih vzorcev krvi od 1. do 31. decembra 2018. Odvzem venske krvi je izvajalo 14 medicinskih sester, od tega so imele tri po dve leti delovnih izkušenj, tri so imele tri leta in dve osem let delovne dobe. Ostalih šest je imelo za sabo deset in več let delovne dobe. V decembru 2018 so odvzele 335 vzorcev krvi v epruvete s heparinom za biokemične preiskave. Odvzem krvi so izvajale po internih standardnih postopkih, v katerih je bil natančno opisan postopek za igelno punkcijo, za odvzem krvi z i. v. kanilo in za odvzem krvi z metuljčkom. Jasno so bila definirana tudi ostala priporočila: uporaba 18G igle, pribor za vakuumski odvzem krvi za biokemične preiskave, zažetje žile pod eno minuto in mesto vboda antekubitalno. Po odvzemu krvi so vzorce pošiljale po zračni pošti v laboratorij, kjer je laboratorijsko osebje po centrifugiranju ocenilo potencialno prisotnost hemolize. Ocena prisotne hemolize vzorcev je bila v obliki komentarja dodana v informacijski sistem. Laboratorijsko osebje ni imelo v neposredni obliki podatka o tehniki, s katero je bil posamezni vzorec odvzet.

REZULTATI

Laboratorijsko osebje je v decembru 2018 prejelo iz UC 335 vzorcev heparinizirane venske krvi za biokemične preiskave, med katerimi so bili najpogosteje zahtevani elektroliti, glukoza sečnina in kreatinin. V laboratoriju so zabeležili 47 hemoliziranih vzorcev, kar pomeni 4,02 % vseh prejetih vzorcev iz UC za biokemijo. V primerjavo o pojavnosti hemolize so bili vključeni: vzorci odvzeti z igelno punkcijo, vzorci, odvzeti z metuljčkom, in vzorci, odvzeti z i.v. kanilo. Rezultati odkritih hemoliziranih vzorcev plazme so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Pogostnost hemolize pri vzorcih, odvzetih z igelno punkcijo, z metuljčkom in i.v.kanilo

Vrsta odvzema	Število odvzetih vzorcev	Število hemoliziranih vzorcev	%
Igelna punkcija	77	11	23
Odvzem z metuljčkom	38	5	11
Odvzem z i.v. kanilo	220	31	66
Skupaj	335	47	100

DISKUSIJA

Ugotovili smo, da je bilo od vseh odvzetih vzorcev krvi za biokemične preiskave 47 hemoliziranih in da je bilo največje število hemoliziranih vzorcev pri odvzemu krvi z i. v. kanilo. Hemoliza značilno zviša koncentracije kalija v plazmi, kar vpliva na interpretacijo rezultata in posledično na nadaljnje diagnostične in terapevtske postopke. Medicinske sestre se odločajo za postopek odvzema krvi z i. v. kanilo pri vseh pacientih, ki izpolnjujejo kriterije za sprejem na oddelek, ker jim vstavljena i. v. kanila olajša dodatne odvzeme krvi in je pacientu bolj prijazen način od ponovnega vboda v žilo. Potrebno pa je upoštevati dejstvo, da je namestitev i. v. kanile zahteven postopek, ki ga uspešno izvede le rutinirana in natančna medicinska sestra. Če i. v. kanila ni brezhibno nameščena, je odvzem vzorca povezan s poškodbo eritrocitne membrane in posledično hemolizo.

Söderberg in sodelavci (2009) navajajo, da so hemolizirani vzorci lahko posledica uporabe igle $\leq 21G$, neustrezen izbor mesta punkcije, podaljšana venska staza, vakum v epruveti in stresanje epruvete. Sistematski pregled prakse odvzema krvi v urgentni medicini so preučevali tudi Heyer in sodelavci (2012), ki so izvedli metaanalizo raziskav, te so izpolnjevale vključitvena merila za odvzem vzorcev v urgentni medicini. Kar devet raziskav je potrdilo, da je klasična uporaba igle za punkcijo boljša in je povezana z manjšim tveganjem za hemolizo. Antekubitalno mesto vboda daje boljše rezultate. Večje igle od $> 21G$ so potencialno boljše. Tudi zažetje žile, ki je daljše od 1 minute, ni priporočljivo (Heyer, et al., 2012). Zaključimo lahko z ugotovitvijo, da je na urgenci priporočen odvzem z uporabo igelne punkcije, vendar je povezan z nevarnostjo, da bo ob potencialni hemolizi vzorca krvi potrebno pacienta ponovno pripraviti na odvzem krvi.

Vsi odvzemi krvi predstavljajo tveganje za medicinsko sestro zaradi potencialnega incidenta, za pacienta pa nevarnost za večkratni odvzem krvi in podaljšan postopek obravnave na urgenci. V vsakem primeru pa lahko odvzem krvi na urgencah opravljajo le izkušene medicinske sestre, ki vršijo odvzem krvi po priporočilih in veljavnih standardih (Bölenius, et al., 2013).

Omejitve raziskave, ki vplivajo na dobljene rezultate, so sigurno povezane s kratkim časovnim intervalom za izvedbo raziskave. Problem smo imeli že na ravni vključevanja medicinskih sester v raziskavo, v nadaljevanju pa s časovno stisko pri delu, ki vsako medicinsko sestro odvrta od vnašanja dodatnih podatkov v informacijski sistem. V raziskavi je bilo potrebno ob naročilu laboratorijskih preiskav dodati tudi opombo o postopku odvzema krvi ter zabeležiti vrsto uporabljene igle, čas zažetja vene, mesto odvzema. Uspehi smo pridobiti le del podatkov od vseh, ki smo jih definirali pred izvedbo raziskave.

ZAKLJUČEK

Zaključujemo z ugotovitvijo, da je pojavnost hemoliziranih vzorcev v našem UC visoka, povezana je z neizkušenostjo medicinskih sester in z njihovo stopnjo upoštevanja standardov za pravilno izvedbo odvzema bioloških vzorcev. Ker hemoliza značilno vpliva na koncentracije biokemičnih parametrov, kot so kalij, kreatinin in encimi bo potrebna posodobitev navodil in standardov za odvzem venske krvi pri urgentno obravnavanih pacientih v Splošni bolnišnici Jesenice. V postopke usposabljanja mlajših medicinskih sester je potrebna vključitev osvežitvenih treningov za pravilno izvedbo odvzema z igelno punkcijo, iz rutinske prakse pa izključitev postopka z i. v. kanilo pri tistih pacientih, ki ga ne potrebujejo.

LITERATURA

- Bölenius, K., Lindkvist, M., Brulin, C., Grankvist, K., Nilsson, K. & Söderberg, J., 2013. Impact of a large-scale educational intervention program on venous blood specimen collection practices. *BMC Health Serv Res*, 13, pp. 463.
- Grant, M., 2003. The effect of blood drawing techniques and equipment on the hemolysis of ED laboratory blood samples. *Journal of Emergency Nursing*, 29, pp. 116–21.
- Gumz, M.L., Rabinowitz, L. & Wingo, C.S., 2015. An Integrated View of Potassium Homeostasis. *The New England Journal of Medicine*, 373(1), pp. 60–72.
- EFLM, 2018. *Joint EFLM-COLABIOCLI Recommendation for venous blood sampling*. Available at: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/cclm.ahead-of-print/cclm-2018-0602/cclm-2018-0602.pdf> [7.12.2018].
- Heyer, N.J., Derzon, J.H., Wings, L., Shaw, C., Mass, D., Snyder, S.R., et al., 2012. Effectiveness of practices to reduce blood sample hemolysis in EDs: a laboratory medicine best practices systematic review and meta-analysis. *Clinical Biochemistry*, 45(13-14), pp. 1012–32.
- Lowe, G., Stike, R., Pollack, M., Bosley, J., O'Brien, P., Hake, A., et al., 2008. Nursing blood specimen collection techniques and hemolysis rates in an emergency department: analysis of venipuncture versus intravenous catheter collection techniques. *Journal of Emergency Nursing*, 34, pp. 26–32.
- Procedures for the collection of diagnostic blood specimens by venipuncture*. Clinical and Laboratory Standards Institute, 2007. Approved Standard. 6. Wayne: CLSI document H3-A6.
- Rodan, A.R., 2017. Potassium: Friend or Foe? *Pediatr Nephrol*, 32(7) pp. 1109–1121.
- Söderberg, J., Jonsson, P.A., Wallin, O., Grankvist, K. & Hultdin, J., 2009. Haemolysis index-an estimate of preanalytical quality in primary health care. *Clin Chem Lab Med*, 47(8), pp. 940–944.



**INTERDISCIPLINARNI
PRISTOP KOT SESTAVNI
IN BISTVENI DEL
RAZVOJA DUŠEVNEGA
ZDRAVJA MEDNARODNE
SKUPNOSTI**

**Interdisciplinarity as an
integral and essential
component of international
community developement**

Merima Ameti, dipl. m. s.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

merima1969@gmail.com

IZVLEČEK

V letu 2017 in 2018 saj sta bila sprejeta dva strateška dokumenta na področju duševnega zdravja tako na mednarodnem kot na nacionalnem nivoju; govorimo o Deklaraciji Združenih narodov o duševnem zdravju in človekovih pravicah ter o Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028. Oba dokumenta v ospredje postavljata celostno, interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje. Dejstvo namreč je, da pogosto pri ohranjanju in krepitevi dobrega duševnega zdravja ter preprečevanju duševnih bolezni pacientov ne more delovati le en strokovnjak. Še več, deklaracija poziva nacionalne vladne institucije, predstavnike pravosodnega sistema, organizacije civilne družbe in varuhe človekovih pravic k sodelovanju s strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Ključnega pomena je preprečevanje stigme in diskriminacije, ki vodijo do kršitev in zlorab človekovih pravic, kar posledično vpliva na nezmožnost zagotavljanja najboljše možne kakovostne storitve za paciente in njihove svojce. Pri tem ima veliko vlogo medicinska sestra s področja psihiatrije, saj je le-ta v nenehnem stiku s pacienti, njihovimi svojci, oskrbovalci in skupnostjo. Ugotovimo lahko, da imajo v veliki večini primerov diplomirane medicinske sestre vlogo nosilke zdravstvene nege kot zdravstvene discipline in njenega napredka na področju duševnega zdravja. V okviru interdisciplinarnega pristopa pri razvoju in zagotavljanju duševnega zdravja slovenske in mednarodne skupnosti pa delujejo, v sodelovanju z zdravniki, predvsem v regionalnih centrih in referenčnih ambulantah. Kaže pa se potreba po večji vključenosti vseh medicinskih sester pri oblikovanju in uveljavljanju družbenih aktov na slovenskem, evropskem in mednarodnem nivoju, saj so kot strokovnjaki pogosto mišljeni zdravniki, ki pa niso v nenehnem stiku s pacienti in njihovimi svojci.

Ključne besede: zdravstvena nega, vloga, medicinska sestra, vključenost

ABSTRACT

In 2017 and 2018 two important documents were adopted: Declaration on mental health and human rights and Resolution on the national mental health programme 2018-2028. Both documents emphasize the importance of comprehensive, interdisciplinary cross-sectoral cooperation. The fact is that only one single expert can not cope with successful maintaining and promotion of mental well-being. Even Declaration recognizes the important role that psychiatry and other mental health professions should have in cooperation with government institutions and services, actors within the justice system, civil society organizations and national human rights institutions. They have to take measures to ensure that the practices in the field of mental health do not perpetuate stigma and discrimination or lead to violations or abuses of human rights in order to ensure the best possible care for patients and their relatives. It seems that the role of mental health nurse is very important, since she or he takes care of patients, communicates with their relatives, and community care providers. Nurses with bachelor degree are mostly recognized as nursing care experts, who provide progress in practice especially in the regional centers and referral clinics. However, it is important for the nurses to get involved in Slovenian, European and International act planning and implementation, since only doctors are considered as the experts.

Keywords: nursing care, role, nurse, involvement

UVOD

Duševno zdravje je področje, kateremu mednarodna skupnosti namenja vedno več pozornosti in sredstev (finančnih, kadrovskih, družbenih itd.). Ugotovitev, da je duševno zdravje eden izmed temeljev zdrave družbe sveta je pomembna, ključno pa je, kako bomo na mednarodni, nacionalni in predvsem na lokalni ravni resnično poskrbeli za duševno zdravega človeka. Del rešitev je interdisciplinarni pristop, saj so poleg zdravnikov in medicinskih sester v času zdravljenja in vključevanja pacienta z duševno motnjo v družbo pomembni tudi svojci, nacionalne in lokalne neprofitne organizacije ter državni organi na nacionalnem in lokalnem nivoju.

Namen prispevka je preučiti in ugotoviti kakšno vlogo tj. v kolikšni meri naj bi bile medicinske sestre vključene v delovanje interdisciplinarnih timov na področju duševnega zdravja v svetu in Sloveniji.

DEKLARACIJA O DUŠEVNEM ZDRAVJU IN ČLOVEKOVIH PRAVICAH

Leta 2017 je Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice (SČP) sprejel Deklaracijo o duševnem zdravju in človekovih pravicah (v nadaljevanju: Deklaracija). Deklaracija sama po sebi ni zavezujoča za države tj. članice mednarodne

skupnosti kot so recimo zavezujoče deklaracije Varnostnega sveta. Pa vendar, deklaracije SČP so del mednarodnega prava in zrcalijo trenutno stanje v mednarodni družbi in vizijo preprečevanja stigme, diskriminacije, predsodkov, nasilja, socialne izolacije, praks prekomernega zdravljenja ter zdravljenja, ki zanemarija pacientovo avtonomijo in voljo v družbi sveta (Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice – SČP, 2017a).

Deklaracija priznava pomembno vlogo pri vključevanju pacientov v družbo strokovnjakov v psihiatriji in strokovnjakov, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Pri tem niso mišljeni le zdravniki in medicinske sestre na področju psihiatrije, ampak tudi predstavniki pravosodnega sistema, nevladne organizacije organizacij itd., katerih namen je pomoč posameznikom v stiski in njihovim svojcem. Ključnega pomena je skupno sodelovanje pri uveljavljanju zdravstvenih politik na nacionalnem nivoju in zagotavljanju finančnih sredstev, ki bodo omogočala kontinuirano vlaganje v izobraževanje in raziskave s poudarkom na interdisciplinarnem pristopu.

Nosilke napredka duševnega zdravja mednarodne skupnosti so države, natančneje lokalne skupnosti. Države morajo spodbujati sodelovanje predstavnikov različnih interesnih in strokovnih skupin pri razvoju politik in kasneje lokalnih programov usposabljanja strokovnjakov v mreži zdravstvenega varstva na primarni ravni na področju duševnega zdravja.

Poročilo visokega komisarja Organizacije združenih narodov za človekove pravice – duševno zdravje

Poročilo visokega komisarja Organizacije združenih narodov (OZN) za človekove pravice o duševnem zdravju (v nadaljevanju: Poročilo) poroča, da je svetovna letna poraba na področju duševnega zdravja manjša od 2 \$ na osebo, in manj kot 0,25 \$ na osebo v slabo razvitih državah. Poročilo ugotavlja, da prav zaradi manjka finančnih sredstev ni zadostnega števila osebja, ki pogosto tudi premalo usposobljeno, tudi za interdisciplinarno delovanje (Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice – SČP, 2017b).

V Poročilu je bilo ugotovljeno, da države prevelik delež proračunskih sredstev za področje duševnega zdravja dodelijo psihiatričnim klinikam in bolnišnicam, kar onemogoča razvoj in napredek duševnega zdravja posameznika v lokalni skupnosti. Dejstvo je, da zdravniki in medicinske sestre morajo biti razpoložljivi, sprejemljivi, dostopni, predvsem pa morajo nuditi kakovostno obravnavo vseh pacientov z duševnimi motnjami ne glede na geografske, družbene, finančne ali socialne dejavnike. Vprašljivo pa je, ali vsi lokalni zdravstveni domovi in referenčne ambulante nudijo kakovostno psihiatrično pomoč vsem pacientom z duševno motnjo na primarni zdravstveni ravni.

RESOLUCIJA O NACIONALNEM PROGRAMU DUŠEVNEGA ZDRAVJA 2018-2028

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (v nadaljevanju: RNPZ) je bila sprejeta leta 2018. Je prvi strateški dokument, ki določa strategijo razvoja na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji (Konec Juričič & Kuhar, 2018).

RNPZ postavlja v ospredje ohranjanje in krepitev dobrega duševnega zdravja ter preprečevanje duševnih bolezni. Da bi zastavljen cilj dosegli, je ključnega pomena celostno izvajanje obravnave, ki vključuje tudi interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje. Pri tem bo potreben premik s pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo duševnih motenj že v lokalnem okolju. V ta namen je v letu 2019 in 2020 predvideno izvajanje nadgradnje obstoječe mreže 22 razvojnih ambulant z manjkajočimi interdisciplinarnimi kadri tj. centri za zgodnje obravnave (Ministrstvo za zdravje, 2018).

CILJI, KI JIH RNPZ PREDVIDEVA IN INTERDISCIPLINARNOST KOT SESTAVNI DEL URESNIČEVANJA CILJEV

upoštevanje in izvajanje načela interdisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja na ravni načrtovanja, izvajanja in evalvacije politik, zakonodaje in služb,

upravljalvska struktura RNPZ na nacionalni, regionalni in lokalni ravni,

a. vzpostavitev interdisciplinarnega Programskega sveta in interdisciplinarnih strokovnih delovnih skupin, ki podpirajo razvoj intervencij, izobraževanje, vodenje, koordinacijo in evalvacijo implementacije RNPZ,

i. regionalni svet za duševno zdravje in lokalne (interdisciplinarne, medsektorske) skupine za zdravje v skupnosti,

razvoj in implementacija medsektorskih in interdisciplinarnih promocijskih in preventivnih programov na področju duševnega zdravja,

- a. govorimo tako na državni ravni kot tudi na lokalni,
 - i. centri za duševno zdravje (CDZ) za regionalno dostopnost otrok in njihovih družin do pravočasne in kakovostne obravnave,
 - ii. svetovalni centri za otroke, mladostnike in starše, ki interdisciplinarno obravnavajo in ponujajo ustrezno podporo otrokom in mladostnikom s specifičnimi težavami pri učenju ter drugimi težavami v duševnem zdravju, zagotovitev dostopne, celostne in kakovostne obravnave na področju duševnega zdravja v skupnosti,
- a. vzpostavitev interdisciplinarnih centrov/timov in medresorskih služb, katerih naloga bo zagotavljanje dostopne, celostne in kakovostne obravnave otrok, mladostnikov in odraslih,

dostopnost do interdisciplinarnih služb na področju duševnega zdravja otrok na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva,

- a. primer: vedenjske motnje s trajajočim agresivnim vedenjem: ustanovitev medresorske in interdisciplinarne delovne skupine, ki bo preučila in nadgradila obstoječi model obravnave, ki jo izvaja Zavod Planina,

zagotavljanje dostopnosti do interdisciplinarnih timov in skupnostne obravnave odraslih z duševnimi motnjami na primarni ravni,

- a. uveljavitev z regijskimi Centri za duševno zdravje za odrasle (CDZO),
- b. posebna skrb tudi za starejše: spominski centri, kjer bodo zagotavljali medicinsko, psihološko, socialno in funkcionalno oceno stanja ter intervencije za osebe z demenco in njihove svojce. Delovali bodo interdisciplinarno in se povezovali z zdravniki družinske medicine, CDZO ter ostalimi sodelavci v skupnosti,
- c. interdisciplinarno sodelovanje za preprečevanje samomorilnega vedenja in obravnavo tvegane in škodljive rabe alkohola,

zagotavljanje ustrezne usposobljenosti zdravstvenih delavcev in strokovnih delavcev drugih resorjev za delo z osebami z duševnimi motnjami

- a. prvi ukrep: razvoj modela izobraževanja za interdisciplinarno delo in sodelovanje pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami,
- b. področja: patronaža, forenzika, družinska medicina, psihiatrična zdravstvena obravnava.

DISKUSIJA

Pri pregledu dveh strateških dokumentov, to sta Deklaracija o duševnem zdravju in človekovih pravicah in Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, smo ugotovili, da je izrecno pojasnjena vloga medicinske sestre minimalna. Deklaracija poziva vse deležnike, ki delujejo na področju duševnega zdravja, k interdisciplinarnemu sodelovanju, ki pa ga natančneje ne opisuje – za to pooblasti visokega komisarja Organizacije združenih narodov za človekove pravice. Resolucija medicinsko sestro izrecno omenja le kot del kadrovske strukture v ambulantah in regionalnih centrih, ki je v pomoč psihiatru ali psihologu.

Tako Deklaracija kot tudi Resolucija poudarjata pomen izobraževanja in raziskovanja vseh deležnikov pri obravnavi pacienta z duševno motnjo. Dejstvo je, da je za interdisciplinarno sodelovanje potrebnega veliko znanja – medicinska sestra mora tako imeti osnovno poznavanje delovanja (ne)vladnih organizacij kot tudi postopkov zdravljenja, ki jih izvaja psiholog, psihiater itd. Zupančič in Pahor (2014) v raziskavi ugotavljata, da prav tako znanje medicinskim sestram v Sloveniji primanjkuje. Medicinska sestra se tako mora soočati z disciplinarnimi in sektorskimi mejami ter pomanjkanjem znanstvenih informacij vslovenskem jeziku. Za učinkovito delovanje v interdisciplinarnem timu izvajalci zdravstvene nege potrebujejo predvsem znanje, prizadevati si morajo za lastno informiranost in informiranost subjektov njihovega dela o pravicah, odgovornostih in možnostih pomoči ter se odzvati na potrebe pacientov tako pri individualnem kot sodelovalnem delovanju v skupnostni ali institucionalni obravnavi. Navedenega žal primanjkuje.

Poročilo visokega komisarja Organizacije združenih narodov za človekove pravice ugotavlja, da države večino finančnih sredstev na področju duševnega zdravja namenijo psihiatričnim klinikam in bolnišnicam, kar je v nasprotju z ugotovitvijo Lapajne (2012). Avtor poroča, da v Sloveniji prihaja do premika v skrbi za duševno zdravje, saj se poudarja obravnava na lokalni ravni tj. v skupnosti in ne samo institucionaliziranega psihiatričnega modela skrbi. Pri tem imajo pomembno vlogo interdisciplinarni timi, ki po mnenju Zupančič in Pahor (2014) zapolnjujejo vrzel v delovanju mreže izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje.

ZAKLJUČEK

Delovanje medicinske sestre v interdisciplinarnem timu je ključnega pomena, saj je le-ta v nenehnem stiku s pacienti z duševno motnjo in njihovimi svojci. Delovanje v interdisciplinarnem timu je zahtevno, saj zahteva veliko znanja in izkušenj, zato se morajo medicinske sestre v prihodnje več izobraževati, predvsem pa delovati in se povezovati izven svoje znanstvene discipline tj. zdravstvene nege. Posledica nepovezovanja je tudi nabor zunanjih strokovnjakov, ki so sodelovali pri pripravi Resolucije; ob pregledu lahko ugotovimo, da ni nobene medicinske sestre, ki bi delovala na področju duševnega zdravja.

LITERATURA

Konec Juričič, N. & Kuhar, D., 2018. *Kaj nam prinaša Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja (RNPZ) 2018-2028*. [Pdf] Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/resolucija_o_nacionalnem_programu_dusevnega_zdravja_2018-2028_doroteja_kuhar.pdf [5. 02. 2019].

Lapajne, G., 2012. Varovanje pravic oseb s težavami v duševnem zdravju. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), pp. 95-105.

Ministrstvo za zdravje, 2018. *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028*. [Pdf] Available at: [http://vrs-3.vlada.si/MAN-DAT14/VLADNAGRADIVA.NSF/18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/360798b4098a7946c125822000282324/\\$FILE/RNPZ_VG1_.pdf](http://vrs-3.vlada.si/MAN-DAT14/VLADNAGRADIVA.NSF/18a6b9887c33a0bdc12570e50034eb54/360798b4098a7946c125822000282324/$FILE/RNPZ_VG1_.pdf) [8. 02. 2019].

Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice, 2017a. *Deklaracija o duševnem zdravju in človekovih pravicah*. [Pdf] Available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/295/00/PDF/G1729500.pdf?OpenElement> [8. 02. 2019].

Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice, 2017b. *Poročilo visokega komisarja Organizacije združenih narodov za človekove pravice – duševno zdravje*. [Pdf] Available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/32/PDF/G1702132.pdf?OpenElement> [8. 02. 2019].

Zupančič, V. & Pahor, M., 2014. Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 136-146.



TIMSKO SODELOVANJE V PROCESU REHABILITACIJE PACIENTA

Team cooperation in the patient rehabilitation proces

Maja Vrabič, dipl. m. s.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, Oddelek za rehabilitacijo
pacientov po poškodbah hrbtenjače

maja.vrabic@ir-rs.si

IZVLEČEK

Rehabilitacija pacienta po določeni poškodbi ali preboleli bolezni je lahko dolgotrajna. Usmerjena je na potrebe posameznika, njeno načrtovanje poteka individualno in ob tem upošteva vse temeljne življenjske aktivnosti. Namen prispevka je predstaviti timsko sodelovanje različnih strokovnjakov, ki sodelujejo v rehabilitaciji pacienta za doseg skupnega cilja rehabilitacije, ta je vrnitev pacienta v domače okolje. Ključno je, da pacient postane le delno odvisen ali popolnoma samostojen pri opravljanju vsakodnevnih opravil, kot so osebna higiena, oblačenje in slačenje, prehranjevanje, izločanje urina in blata, uporaba različnih pripomočkov za lažje gibanje... Sodelovanje različnih poklicnih profilov znotraj rehabilitacijskega tima ima pri tem veliko vlogo. Komunikacija članov tima je ključna ne le za kakovost in varnost zdravstvene obravnave, temveč tudi za to, v kakšni meri bo zastavljen cilj celotnega rehabilitacijskega tima dosežen.

Ključne besede: komunikacija, prenos informacij, celostna obravnava, različni poklicni strokovnjaki

ABSTRACT

The patient's rehabilitation after an injury or disease can be long-lasting. It takes into account all basic life activities, is adapted to individual needs, its planning is done individually. The purpose of the paper is to show the team work of a variety of health profiles that cooperate in the process of rehabilitation of a patient in order to achieve a common goal of it, which is the return of the patient to the home environment. The key is to achieve patient's partially or totally independence in daily activities, such as personal hygiene, dressing and undressing, eating, excretion of urine and faeces, the use of various aids for movement. Participation of different occupational profiles within the rehabilitation team has a big role in this. Their communication is crucial not just for the quality and safety of medical treatment, but also for the extent to which the goal of the overall rehabilitation team will be achieved.

Key words: communication, information transfer, patient, integrated treatment, teamwork

UVOD

Rehabilitacija pacienta je celostna in zajema medicinsko, psihosocialno in poklicno področje. Upošteva vse temeljne življenjske dejavnosti, prilagojena je potrebam posameznika, njeno načrtovanje poteka individualno. Vključuje pridobivanje novih izkušenj, znanja in načrtovanja za ponovno vključitev pacienta v domače okolje. Zato je zanj ključno kakovostno sodelovanje vseh članov rehabilitacijskega tima na vseh ravneh in namen prispevka je predstaviti prav to sodelovanje. Gre namreč za timsko sodelovanje različnih zdravstvenih poklicnih skupin in medsebojno prepletanje njihovega dela za doseg skupnega cilja rehabilitacije, ki je čimprejšnja vrnitev pacienta v domače okolje v čim boljšem funkcijskem stanju z ali brez medicinsko tehničnih pripomočkov za pomoč pri gibanju. Komunikacija med njimi pomeni delitev informacij o pacientu in njegovih spremembah, koliko pacient zmore in kje ter na kakšen način potrebuje pomoč (Vrabič, et al., 2018). Pacientu namreč želimo ponovno povrniti funkcionalnost in preprečiti nadaljnje zaplete in za tako učinkovito delovanje celotnega tima je zelo pomembno timsko sodelovanje, saj se kakovost doseženih ciljev izraža tudi z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu, pacienta, njegovih svojcev in družbe nasploh. Sodelovanje različnih poklicnih profilov znotraj rehabilitacijskega tima mora temeljiti na spoštovanju avtonomnosti vseh strok in vzajemnem sodelovanju v dobro pacienta. Njihova komunikacija je ključna za kakovost in varnost zdravstvene obravnave, saj krepi odnose med sodelavci in pripomore k večji učinkovitosti, omogoča kakovost, zaupanje in razumevanje ter dobro organizacijo in učinkovito reševanje problemov.

TIMSKO SODELOVANJE V PROCESU REHABILITACIJE PACIENTA

Rehabilitacija, tim in naloge posameznih članov

Rehabilitacija je multidisciplinarni pristop k pacientu s ciljem, da se zadovoljijo njegove potrebe, ki mu bodo omogočile čimbolj samostojno življenje v okviru njegovih zdravstvenih težav, ki so ostale kot posledica težje bolezni ali poškodbe, ter izrabo preostalih sposobnosti. Je celostna in zajema medicinsko, psihosocialno in poklicno področje. V ospredje postavlja funkcioniranje pacienta na osebni in družbeni ravni. Pri postavljanju dolgoročnih ciljev rehabilitacije se pozornost usmerja na pacientovo življenjsko okolje, njegove dejavnosti ter sodelovanje. S kratkoročnimi cilji pa se poskuša vplivati na okvaro in preprečiti ali omiliti zmanjšano zmožnost (Jesenšek, 2018).

Je kompleksen proces, kjer uspeh zagotavlja timsko delo. Timsko delo v rehabilitaciji je skupinsko delo samostojnih članov z različno poklicno usmeritvijo, ki so povezani s skupnim namenom za uresničitev točno določenega cilja, ta pa je čimprejšnja vrnitev pacienta v domače okolje v čim boljšem funkcijskem stanju. Pri tem mora biti pacient aktiven in enakovreden član rehabilitacijske ekipe. Na rednih timskih sestankih strokovnjaki različnih strok za vsakega pacienta, po predhodni oceni funkcijskega stanja, določijo cilje rehabilitacije, ukrepe za doseganje zastavljenih ciljev, ocenjujejo napredek rehabilitacije in ugotavljajo učinkovitost izbranih terapevtskih postopkov.

V interdisciplinarnem timu ni hierarhije, v njem enakopravno sodelujejo pacient in vsi člani rehabilitacijskega tima. Načeloma so tudi vsi zaposleni v isti ustanovi (Jesenšek, 2018).

Tim v rehabilitaciji poleg pacienta in svojcev sestavljajo:

1. Zdravnik specialist fizikalne medicine in rehabilitacije: se ukvarja s preprečevanjem, diagnosticiranjem in zdravljenjem (rehabilitacijo) posledic prirojenih okvar, bolezni in poškodb na področju gibalnega sistema ter z določanjem stopnje poškodb in invalidnosti (Hrvatski liječnički zbor, 2019).
2. Člani tima zdravstvene nege (bolničarji-negovalci, zdravstveni tehniki, diplomirane medicinske sestre): kot inštruktorji učijo pacienta samostojnega izvajanja osebne higiene in ga v sodelovanju z delovnim terapevtom in fizioterapevtom usposablja za opravljanje vsakodnevnih opravil (Hribar, 2014). Pacientu zagotavljajo čisto dihalno pot, ob tem sodelujejo z respiratornim fizioterapevtom. Skrbijo za njegovo prehrano in so prvi, ki pri pacientu opazijo morebitno pridružene motnje požiranja, na kar opozorijo logopeda in dietetika. Skrbijo za redno uriniranje in odvajanje blata, po potrebi diplomirane medicinske sestre izvajajo intermitentne katetrizacije ter njega in svojce seznanijo in naučijo s postopkom samostojnega izvajanja čiste katetrizacije. Pozorni so na spremembe v počutju pacienta, na zmanjšanje motivacije in stopijo po potrebi v stik s psihologom. Opazujejo stanje kože in opozorijo na morebitno nevarnost za nastanek razjede zaradi pritiska ali globoke venske tromboze. Skrbijo za redno aplikacijo predpisane medikamentozne terapije. Ob obisku svojcev pacienta stopijo v stik z njimi in jih napotijo do socialnega delavca. S pravočasnim prepoznavanjem in reševanjem negovalnih problemov lahko prispevajo k boljšim izidom rehabilitacije.
3. Delovni terapevti: so tesno povezani s timom zdravstvene nege že pri izvajanju jutranjih osnovnih življenjskih opravil. V skupnem sodelovanju se naredi ocena, kdo od pacientov je kandidat za tako vrsto terapije. Delovni terapevti nato opravijo nadaljnja ocenjevanja, ki podajo oceno o spretnostih in sposobnostih izvajanja posamezne aktivnosti (Vrabič et al., 2018). Vsak napredek in spremembo v izvedbi osnovnih življenjskih aktivnosti posredujejo timu zdravstvene nege. Takšen način obravnave pospeši pacientovo možnost izvajanja osnovnih dnevnih aktivnosti ter izboljša možnost neodvisne vrnitve pacienta v domače okolje in zmanjša potrebo po negi na domu (Hagsten et al., 2009). Ocenjevanja lahko vključujejo oceno sposobnosti oblačenja in slačenja, umivanja, prehranjevanja, sposobnost obračanja v postelji, posedanja in presedanja na invalidski voziček ter uporabo stranišča, kopalne kadi ali tuš kabine. Glede na rezultate ocenjevanja se skupaj s pacientom odločijo glede pripomočkov za lažjo izvedbo in prilagodijo varno okolje, kjer bo aktivnost izvedena (Hagsten, et al., 2004).
4. Fizioterapevti: poskrbijo v prvotni fazi za zgodnjo premičnost pacienta, ki vključuje premikanje v postelji, posedanje in sedenje na robu postelje, presedanje ter vaje za krepitev mišic. V naslednji fazi obravnave vključujejo aktivnosti za napredovanje pacienta, učenje reševanja težav s pripomočki in izboljšanje samostojnosti. Vadbe vključujejo vaje za izboljšanje sklepne gibljivosti, krepitev mišic spodnjih in zgornjih udov, mišic medeničnega dna, vaje za stabilizacijo hrbtenice in medenice, kasneje proprioceptije in ravnotežja. V zaključni fazi rehabilitacije vključijo oskrbo z ortozami, oskrbo v domačem okolju, morebitno nadaljevanje rehabilitacije ali ambulantne fizioterapije v domačem okolju (Vrabič, et al., 2018).
5. Klinični logoped: se ukvarja s preprečevanjem in odpravljanjem vseh vrst motenj govorno – jezikovne komunikacije, na področju rehabilitacije naredi tudi oceno morebitnih motenj požiranja. Na videz nepomembna motnja v govorno – jezikovni komunikaciji ima lahko za posameznika daljnosežne posledice. Zaradi pomena komunikacije in normalnega načina prehranjevanja v sodobnem svetu vsaka motnja le-teh otežuje ali celo onemogoča človekovo vključevanje v družbo.
6. Klinični psiholog: se ukvarja s človekovim vedenjem, doživljanjem, osebnostjo, medsebojnimi odnosi in dejavniki, ki na njih vplivajo, ter tako prispeva h kakovosti življenja in razvoju posameznika ter blagostanju celotne družbe. Znotraj rehabilitacije njegovo delo zajema klinično-psihološko ocenjevanje, klinično-psihološko terapijo, preventivo in rehabilitacijo, s ciljem krepitve duševnega zdravja.

7. Socialni delavec: je strokovnjak, katerega naloga v rehabilitacijskem timu je pomoč pacientom in njihovim svojcem pri reševanju socialnih problemskih situacij in družbenem vključevanju, da bi lahko zadovoljevali osnovne potrebe primerno kulturi, v kateri živijo, in primerno običajni kakovosti življenja, ki je mogoče okrnjena zaradi bolezni oz. poškodbe (Mesec, 2006).
8. Inženir ortotike in protetike: pri svojem delu povezuje medicinsko in tehnično znanje ter ga zna uporabiti pri oskrbi pacienta z medicinskim pripomočkom. Ima znanje s področja mehanike, biomehanike, materialov v povezavi z anatomijo, fiziologijo in patofiziologijo ter kompetence za načrtovanje in oskrbo pacienta z medicinskim pripomočkom, ki nadomešča strukturo, funkcijo izgubljenega uda ali okvarjeno funkcijo določenega dela telesa.
9. Ostale poklicne skupine razširjenega rehabilitacijskega tima, ki se vključujejo po potrebi, so: zdravnik za prehransko svetovanje, dietetik, zdravnik za obravnavo spolne disfunkcije, rentgenolog, travmatolog, ortoped, urolog, nevrolog, nevrokirurg, internist.

Obravnava pacienta v času rehabilitacije

Težja bolezen ali poškodba človeka prizadene ne samo fizično, ampak tudi psihološko in socialno, zato ga je potrebno obravnavati celostno, ne le njegovo disfunkcijo telesa. Odnos med vsemi člani tima in pacientom predpostavlja predpogoj za celostno obravnavo pacienta. Vsak posamezni član tima v sodelovanju z drugimi mora prepoznati pacientove potrebe, pacientu je potrebno nuditi znanje in informacije o bolezni oz. poškodbi, mu nuditi pomoč pri soočanju z boleznijo oz. poškodbo in ga pripraviti na sodelovanje pri rehabilitaciji.

Komunikacija članov tima v rehabilitaciji

Zaposleni v rehabilitaciji opravljajo fizično in psihično zahtevno in odgovorno delo s pacienti in njihovimi svojci. Za uspešno timsko delovanje je nujna učinkovita komunikacija in medsebojno enakopravno komuniciranje vseh članov tima. Komunikacija je sestavni del poklicnega delovanja vsakega zaposlenega.

Komunikacija znotraj tima je izredno pomembna, saj sodelavci med seboj izmenjujejo pomembne informacije. Kakovostna komunikacija krepi odnose med sodelavci in pripomore k zadovoljstvu zaposlenih, s tem pa tudi k večji učinkovitosti, omogoča kakovost, zaupanje in razumevanje ter dobro organizacijo in učinkovito reševanje problemov. Dobra komunikacija med člani tima pa vsekakor omogoča tudi prijetnejše vzdušje v kolektivu, boljše delovne rezultate, proizvaja zaupanje in spoštovanje. Posledično uspešno in učinkovito komuniciranje pomaga k doseganju ciljev, ki so si jih člani tima skupaj v sodelovanju s pacientom in njegovimi svojci zastavili ob začetku rehabilitacije. Dobra komunikacija v procesu rehabilitacije pozitivno vpliva na njen ugodnejši izid. Pacient je zadovoljnejši in je bolj motiviran za sodelovanje. Prav tako njegovi svojci.

Sodelovanje posameznih poklicnih profilov s pacientom

Sodelovanje vseh članov rehabilitacijskega tima je ključni element kakovostne obravnave pacientov. Timsko delo je povezano z izidi pacientov in komunikacija je ključnega pomena za zagotavljanje učinkovite in varne oskrbe.

Sodoben rehabilitacijski pristop postavlja v ospredje sodelovanje s pacientom in upoštevanje njegovih želja pri določanju ciljev. Cilji morajo biti specifični, realni, merljivi, dosegljivi in

časovno individualno opredeljeni pri vsakem pacientu, ne glede na njegovo zdravstveno stanje. Na podlagi dobrega odnosa pacient – člani tima, pacient obvlada strahove, negotovost in je tako opogumljen, saj lahko izrazi svoje prioritete in pričakovanja, obenem pa je v aktivni vlogi tudi bolj motiviran za doseganje zastavljenih ciljev (Langhorne, et al., 2011). Določanje ciljev ne sme biti rutinski postopek, pač pa izid usklajene razprave vseh sodelujočih članov tima (Schoeb, et al., 2014).

DISKUSIJA

Rehabilitacijo pacienta v glavnem zagotavljajo ekipe - dve ali več oseb s specializiranimi vlogami in odgovornostmi, ki delujejo skupaj za doseg skupnega cilja oskrbe pacientov (Kozłowski, 2006). Zato je poleg ustrezne usposobljenosti učinkovito timsko delo ključnega pomena za varno oskrbo pacientov. Boljša koordinacija tima, njegova psihološka varnost, dober prenos informacij med vsemi člani tima, sodelovanje s pacientom in njegovimi svojci vsekakor vplivajo na manjše pojavljanje napak in boljše rezultate pri oskrbi pacientov, na primer skrajšanje dolžine hospitalizacije. Topel odnos med člani tima, pacientom in njegovimi svojci razbremeni tako pacienta kakor tudi svojce.

Učinkovito timsko delo pa lahko zaščiti tudi člane tima pred učinki stresa na delovnem mestu, saj so pozitivna dojetanja timskega dela povezana z izboljšanimi kazalniki poklicnega blagostanja in s tem z boljšim duševnim zdravjem članov tima.

ZAKLJUČEK

Leta izkušenj, ki sem jih pridobila z delom na področju rehabilitacije pacienta, so mi pokazala, da je timsko delo precej povezano z rezultati napredka pri pacientu. Dobro sodelovanje znotraj delovnega okolja je tesno povezano z varno in kakovostno obravnavo pacientov. Brez timskega dela ni rehabilitacije, kljub avtonomnosti vseh strokovnjakov znotraj interdisciplinarnega tima. Timsko delo je dodana vrednost, ki zagotavlja boljši izid obravnave pacienta. Medpoklicno sodelovanje, ustrezna komunikacija in dober prenos informacij med vsemi člani tima, aktivno vključevanje pacienta in njegovih svojcev v proces rehabilitacije so tako ključnega pomena ne le za zagotavljanje varne, temveč tudi učinkovite zdravstvene oskrbe.

LITERATURA

Hagsten, B., Svensson, O. & Gardulf, A., 2009. Health-related quality of life and self-reported ability concerning ADL and IADL after hip fracture: A randomized trial. *Acta Orthopaedica*, 77(1), pp. 114-9.

Hribar, K., 2014. Rehabilitacijska zdravstvena nega pacientov po zlomu kolka. In: K. Hribar, et al. eds. *Rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – SOČA, pp. 101-10.

Hrvatsko društvo za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, 2003. *Liječnik specijalist fizikalne i rehabilitacijske medicine – definicija*. Available at: [https://hdfm.org/specijalizacija/lijecnik-specijalist-fizikalne-i-rehabilitacijske-medicine-definicija/\[19.1.2019\]](https://hdfm.org/specijalizacija/lijecnik-specijalist-fizikalne-i-rehabilitacijske-medicine-definicija/[19.1.2019]).

Jesenšek Papež, B., 2018. Določanje ciljev rehabilitacije pri pacientih, napotenih na fizioterapijo. *Rehabilitacija*; XVII (1), pp. 54-58.

Kozlowski, S.W.J. & Ilgen, D.R. 2006. Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychol Sci Public Interest*, 7(3):77–124.

Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. 2011. Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), pp. 1693–1702.

Mesec, B., 2006. Očarani z močjo. *Socialno delo*, 45 (3-5), pp. 235-247.

Schoeb, V., Staffoni, L., Parry, R. & Pilnick, A. 2014. „What do you expect from physiotherapy? “: a detailed analysis of goal setting in physiotherapy. *Disability and Rehabilitation*, 36(20), pp. 1679-1686.

Vrabič, M., Ogrin, N. & Zupanc, A. 2018. Kompleksna rehabilitacija pacientov po poškodbi medenice. In: *Urgentni pacient – sodobni pristop: zbornik predavanj*. Terme Čatež: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, pp.75-81.

Welp, A. & Manser, T. 2016. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research*. 16(281), pp. 2-44.



MULTIDISCIPLINAREN PRISTOP K UPORABNIKU V DOMAČEM OKOLJU

Multidisciplinary approach in integrated home care

Edisa Halimovič, dipl. m. s.

Center Celostne Oskrbe na domu, socialno podjetje

info@cco.si

IZVLEČEK

Center Celostne Oskrbe je primer multidisciplinarne neprofitne organizacije, ki nudi storitve za kvalitetno življenje doma. Znotraj socialnega podjetništva so združene storitve, ki predstavljajo edinstveno ponudbo, usmerjeno v družbeno korist. Tako je nastala celostna oskrba, ki je usmerjena k uporabniku, je visoko strokovna in kakovostna ter cenovno dostopna. Sodobna oblika dela v zdravstveni oskrbi je celostni pristop, ki zagotavlja individualnost ter omogoča zdravljenje in rehabilitacijo. Tako je uporabniku omogočen dostop do zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapije, delovne terapije, prilagoditev bivalnega okolja, pedikure, čiščenja in manjših hišnih opravil. Torej vse kar potrebuje, da kljub bolezni in oslabelosti lahko ostane v domačem okolju in živi kvalitetno življenje. Možnost dostopa do multidisciplinarnega tima uporabniku predstavlja veliko dodano vrednost v skrbi za lastno zdravje, v obdobju ko je najbolj ranljiv. Izvajalcem storitev pa priložnost za sodelovanje znotraj tima za kakovostno ter individualno obravnavo uporabnikov.

Ključne besede: multidisciplinaren tim, celostna oskrba, zdravstvena nega, fizioterapija, delovna terapija

ABSTRACT

The Integrated Care Center is an example of a multidisciplinary non-profit organization that offers quality home-based services. Within social entrepreneurship, services are combined in unique offer aimed at the social benefits. This has resulted in an integrated user-centered care, highly professional, high-quality and affordable. A modern form of work in health care is an integrated approach that guarantees individuality and enables treatment and rehabilitation. The user is provided with access to medical care, physiotherapy, work therapy, adaptation of the living environment, pedicure, cleaning and small house tasks. All needs are fulfilled in order to be able to stay in home environment and live a quality life despite illness and weakness. The possibility of accessing a multidisciplinary team represents a great added value to the user in the care of one's own health during the period when they are most vulnerable. Service providers also have the opportunity to work together within the team for quality and individual treatment of users.

Key words: multidisciplinary team, integrated care, nursing, physiotherapy, work therapy

UVOD

Demografske spremembe in s tem povezano staranje prebivalstva v Republiki Sloveniji pomenijo ključni izziv za ustrezno ureditev sistema dolgotrajne oskrbe in pomoči na domu. Storitve oskrbe in nege na domu so v Sloveniji premalo razvite in nimajo strokovne podpore zdravstva, česar so deležni oskrbovalci v institucionalnem varstvu, kjer prav tako kot osnovno storitev ponujajo socialno oskrbo. V obravnavo in delo z uporabniki, so v institucionalnem varstvu vključeni zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre, kot nosilke dejavnosti. Poleg tega imajo uporabniki možnost dostopa do terapevtskih storitev, tako fizioterapije kot delovne terapije. Zato je nujno potrebno v storitve pomoči na domu vključiti storitev zdravstvene nege ter terapevtskih storitev, ter s tem odpraviti neenakosti v oskrbi starejših, ki želijo ostati v domačem okolju. Storitve v domačem okolju bi morale biti usmerjene v celostno obravnavo, v ugotavljanje in reševanje negovalnih problemov in zadovoljstvo uporabnika z kakovostnim in strokovno opravljenim delom.

Kot odgovor na potrebe uporabnikov, ki kljub odvisnosti od pomoči drugih, želijo ostati v domačem okolju je ustanovljen Center Celostne Oskrbe. Kot neprofitna organizacija, znotraj socialnega podjetništva, združuje zdravstvene, terapevtske in podporne storitve v strukturi pomoči na domu.

Tako je nastala celostna oskrba v multidisciplinarnem timu, ki je usmerjena k uporabniku, je visoko strokovna in kakovostna ter cenovno dostopna. Združuje storitve zdravstvene nege in oskrbe, fizioterapije ter delovne terapije. Torej vse kar uporabnik potrebuje, da kljub bolezni in oslabelosti lahko ostane v domačem okolju.

V središče pozornosti je postavljen uporabnik, z individualnimi potrebami in željami. Zato je ponudba dopolnjena s storitvami hišnika, čiščenjem doma, pedikure ter prilagoditvijo bivalnega okolja. Namreč tudi to so storitve, ki jih starejši prav tako nujno potrebujejo, če želijo udobno živeti v domačem okolju. Širšemu krogu uporabnikov pa tovrstne storitve predstavljajo pomembno razbremenitev in jim omogočajo usmerjanje prostega časa v aktivnosti, ki krepijo zdrav življenjski slog.

Sodobna oblika dela v zdravstveni oskrbi je celostni pristop, ki zagotavlja starejšim mir, primerno pomoč in nego, individualnost in dostojanstvo. Pospešuje in ohranja zdravje, zdravljenje in rehabilitacijo. Zaradi napredka v medicini in s tem

povezane kompleksnosti, staranja prebivalstva in vse večje informiranosti bolnikov, se potreba po kakovostni oskrbi na vseh ravneh zdravstva povečuje (Crema in Verbano, 2013). Med najbolj učinkovite načine za doseganje tega cilja sodi multidisciplinaren način obravnave, ki s svojo strukturo in procesi omogoča enakovreden status zaposlenih znotraj tima (Reid Ponte, Gross, Milliman-Richard in Lacey, 2011).

Zdravstvena nega v domačem okolju s primerno izobraženim kadrom, omogoča izvajanje ustreznih storitev, s katerimi se izognemo večjemu poslabšanju uporabnikovega šibkega zdravstvenega stanja. Obvladovanje kroničnih bolezni, storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in oskrbo, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanja funkcionalnosti, pa jo še nadgradijo.

Fizioterapija v domačem okolju zagotavlja samostojnost ter omogoča čim bolj kvalitetno in prijetno bivanje v domačem okolju. Z obiski fizioterapevta na domu uspešno upočasnimo napredovanje bolezni. Najbolj pomembno je vključevanje fizioterapevta v obravnavo starejših po možganski kapi, z boleznijo multiple skleroze, Parkinsonove bolezni, po dolgotrajni hospitalizaciji in kronični bolečini. Vse to z namenom rehabilitacije, ki jim omogoča kvalitetno življenje kljub obolenju.

Prav tako so izrednega pomena storitve delovne terapije za celosten pristop, ki je usmerjen k uporabniku. Delovni terapevti namreč preko vključevanja v smiselne in namenske aktivnosti pri uporabnikih vzpodbujajo zdravje in dobro počutje. Delovna terapija posamezniku omogoča ohranjanje zmožnosti izvajanja določenih aktivnosti, lahko se jih nauči na novo ali na drugačen način (tudi s pomočjo prilagoditve okolja ali uporabe medicinsko-tehničnih pripomočkov). Zelo pomembna je vključitev delovnega terapevta v obravnavo in oskrbo oseb z boleznijo demence. Znotraj Centra Celostne Oskrbe je prvič omogočen dostop do delovnega terapevta v domačem okolju ter kombinirane obravnave in s tem celostne rehabilitacije.

Namen prispevka je prikazati vpliv demografskih sprememb in staranja prebivalstva na razvoj oblik pomoči na domu. Kajti prebivalstvo se stara na račun boljše zdravstvene oskrbe in boljšega preživetja kroničnih bolnikov, zaradi česar pa obstoječe oblike pomoči na domu ne zadoščajo potrebam. Z opredelitvijo multidisciplinarnih timov v zdravstvu, s pregledom literature, utemeljujemo pomen tovrstne obravnave uporabnikov v strukturi pomoči na domu. Zato je cilj prikazati primer organizacije, ki se z ponudbo storitev želi približati potrebam posameznikov odvisnih od pomoči drugih, ki si želijo ostati v domačem okolju.

STARANJE PREBIVALSTVA

Prebivalstvo Slovenije je staro: delež prebivalstva, starega 65 let in več, je precej velik, delež mladih pa dokaj skromen. Demografski trendi za Slovenijo kažejo povečevanje deleža starejših oseb tudi v prihodnje (Milavec Kapun M., 2013).

V dokumentu Prebivalstvo Slovenije danes in jutri, 2008 - 2060 je Statistični urad Republike Slovenije v okviru Eurostata izdelal projekcijo, ki obravnava prihodnje demografske "trende", kot jih je mogoče predvideti z današnjega gledišča. Tako v dokumentu zasledimo, da se bo trajanje življenja postopno zvišalo iz 74,4 na 83,7 za moške in za ženske iz 81,9 na 88,8 leta. Bistveno pa naj bi se spremenila tudi starostna sestava prebivalstva. Delež prebivalcev v starosti nad 65 let naj bi se več kot podvojil do leta 2060 in bi znašal 31,6%, delež prebivalcev, starih osemdeset let in več pa 12,7% (EUROPOP2008 in Projekcije prebivalstva za Slovenijo, 2010 – 2060).

Ravno hitro naraščanje števila starejših od 65 let oziroma starejših od 80 let v Republiki Sloveniji pomeni ključni izziv za ustrezno ureditev sistema dolgotrajne oskrbe. Trenutno imamo pri nas nekaj manj od 18% celotnega prebivalstva starejšega od 65 let in malo nad 4% tistih, ki so starejši od 80 let. Naša država bo do konca prve polovice tega stoletja znotraj tretjine evropskih držav z največjim deležem starejšega prebivalstva (Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo – št. 1, 2013).

V formalne oblike oskrbe (različne oblike institucionalnega varstva, pomoč na domu, družinski pomočnik) je trenutno vključenih okoli 35.000 oseb. Po ocenah Evropske komisije naj bi v Republiki Sloveniji glede na starostno strukturo in druge okoliščine v letu 2010 potrebovalo manjši ali večji obseg občasne ali redne pomoči približno 206.000 prebivalcev, ta številka bi se v prihodnjih desetletjih povečala za okvirno 20.000 oseb vsakih deset let in se nekoliko razlikuje glede na posamezne scenarije rasti števila odvisnega prebivalstva. Po oceni MDDSZ bo do začetka leta 2016 oskrbo potrebovalo okvirno 45.000 uporabnikov letno, to število pa se bo glede na rast starejšega prebivalstva in delež odvisnih znotraj te skupine prebivalstva vsakih pet let povečalo za 5.000 novih upravičencev (Resolucija, 2013).

Velik delež denarja v zdravstvu se porabi za zdravljenje kroničnih bolnikov, ki je navadno dolgotrajno. Prebivalstvo se stara na račun boljše zdravstvene oskrbe in boljšega preživetja kroničnih bolnikov. Skrb za tovrstne bolnike pa je, zaradi preza-sedenosti domov za starejše in neprimerne oskrbe ostarelih doma, vedno bolj izpostavljena problematika v družbi. Le ti so velikokrat breme za družine, ki zaradi preobremenjenosti in pomanjkanja znanja, ne more nuditi primerne in kakovostne oskrbe za starejše.

Tako je problematika kroničnih ter ostarelih bolnikov vedno večja. In vedno večji problem predstavljajo uporabniki, ki so v domači oskrbi, kjer praviloma nekdo skrbi za njih. In zakaj ravno ta skupina ljudi? V Sloveniji imamo v 94 domovih starejših že 19.236 postelj, kar zadostuje za pet odstotkov starostnikov. S tem smo v samem evropskem vrhu po odstotku starejših ljudi, ki živijo v institucijah.

Starejši se vedno bolj pogosto odločajo, da ostanejo doma in ne odidejo v institucionalno varstvo ter imajo zagotovljen minimalen obseg oskrbe na domu. Kar pa lahko zelo kmalu privede do poslabšanja zdravstvenega stanja in velikokrat dolgotrajnih hospitalizacij. Tako postanejo velik finančni zalogaj za zdravstvo, ki bi ob primernem zagotavljanju kadrov in boljšega sistema zagotavljanja nege in varstva na domu pripomogel, ne samo k zmanjšanju stroškov, temveč tudi k večjemu zadovoljstvu ter kakovostni obravnavi.

V tujini je večji poudarek na izvajanju dolgotrajne oskrbe na domu in manj je odhodov v domove za ostarele. Fraher in Coffey (2011) sta avtorici raziskave o vzrokih premestitve starejših v domove za oskrbo, ter o zgodnjih vplivih na starostnika po premestitvi poudarjata pomen podpore medicinske sestre pri zmanjševanju negativnih posledic. Starejši se za domsko oskrbo odločajo, ker ostanejo sami in ne morejo več skrbeti zase, navadno po daljši hospitalizaciji. Raziskava je pokazala, da bi velikokrat starostniki potrebovali 24 - urni nadzor in nego, ki pa jo sistem za oskrbo na domu ne more izvajati. Vsi starejši bi, ob primerni oskrbi, ki bi jim zagotovila nego in varnost, raje ostali doma in se ne bi odločili za premestitev v dom (Fraher A., Coffey A., 2011).

V zadnjih letih je na področju izvajanja pomoči starejših veliko govora o prihajajočem zakonu o dolgotrajni oskrbi, ki naj bi sistematično uredil področje dela z starejšimi, tudi storitve pomoči in oskrbe na domu. Navkljub temu, da zakona še vedno nimamo, ob demografskih spremembah naraščajo potrebe ter s tem povpraševanje po storitvah formalne in neformalne oskrbe na domu. Spreminja se namreč tudi družbeni model in vse več starejših in pomoči potrebnih posameznikov se odloča ostati v domačem okolju .

V strukturi celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo so bili deleži teh po načinu izvajanja dolgotrajne oskrbe v letu 2013 razpo-rejeni takole: največ izdatkov je bilo namenjenih za izvajanje te oskrbe v institucijah, in sicer 77,7 %, od tega največ v domovih za starejše (58,2 %), nato v različnih socialnih zavodih (15,2 %) in nazadnje v bolnišnicah (4,3 %). Preostali del izdatkov (22,3 %) pa je bil namenjen zagotavljanju dolgotrajne oskrbe na domu, in sicer: ali v obliki storitve oziroma oskrbe, ki jo nudijo predvsem izvajalci patronažne službe v okviru domov za starejše, izvajalci storitve pomoč na domu in družinski pomočniki, ali v obliki denarnega prejemka (Jacović A., 2013).

Področje dolgotrajne oskrbe je v posameznih državah Evropske unije različno opredeljeno, kar je odraz razlik glede trajanja bivanja in obsega upravičencev ter pogosto nejasne razmejitev med razpoložljivimi storitvami zdravstvenega varstva in ne-zdravstvenimi (socialnimi) storitvami. Dolgotrajna oskrba lahko vključuje rehabilitacijo, osnovno zdravljenje, patronažo, socialno oskrbo, storitve v zvezi z nastanitvijo ter druge storitve, kot so prehrana, storitve varstveno delovnih centrov in po-moč pri vsakdanjih opravilih (Založnik & Železnik, 2003).

V dokumentu »Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba« ki je analitsko poročilo DP5 projek-ta AHA.SI je dolgotrajna oskrba (po Colombo in drugi, 2011) niz storitev, ki jih potrebujejo ljudje z zmanjšano stopnjo funk-cionalne zmožnosti (fizične ali kognitivne) in, ki so posledično v daljšem časovnem obdobju odvisni od pomoči pri izvajanju temeljnih in/ali podpornih dnevnih opravil. Namen dolgotrajne oskrbe (po Ušlaker 2009) je torej zagotavljanje čim večje kakovosti življenja oseb, ki potrebujejo pomoč druge osebe, z upoštevanjem njihovih omejenih psihofizičnih sposobnosti (Črnak Meglič, et al, 2014).

Izhodišča za pripravo Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo imajo kot osrednji cilj opredeljeno povečanje socialne varnosti in kakovosti življenja starejših, bolnih, poškodovanih, invalidnih in onemoglih oseb, ki so odvisne od tuje pomoči. Kot pomemben cilj pa je opredelitev povezovanja izvajalcev dolgotrajne oskrbe, ki delujejo na različnih pod-ročjih in institucijah, v celovit sistem, s katerim bi dosegli večjo učinkovitost in uspešnost njihovega dela, kakovost storitev in zadovoljstvo prebivalcev.

Z starostjo narašča pojavnost kroničnih nenalezljivih obolenj pri posamezniku. Po podatkih iz leta 2004 je imelo 55% starejših oseb pomembne simptomatske degenerativne spremembe sklepov, 45% visok krvni tlak, 40% okvaro sluha, 35% bolezni srca in 25% motnje vida. V visokem odstotku pa je prisotna bolezen demence, saj zbolijo 45% starejših od 85 let (Imperl F., 2012). Obolevnost starejših in s tem odvisnost od drugih pa z leti še narašča, tako je pričakovati, da so odstotki sedaj še višji.

Zdravstvena nega v domačem okolju z primerno izobraženim kadrom, omogoča izvajanje ustreznih storitev, s katerimi se izognemo večjemu poslabšanju uporabnikovega šibkega zdravstvenega stanja. Obvladovanje kroničnih bolezni, storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in oskrbo, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanja funkcionalnosti pa jo še nadgradijo. Na kratko, omogočeno je zagotavljanje visoke kakovosti življenja, ne glede na vrsto zdravstvenih težav tudi v domačem okolju. Tovrstne storitve zagotavljajo pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih kot so hranjenje, kopanje, umivanje, oblačenje, leganje v posteljo in vstajanje iz nje, uporaba stranišča ter obvladovanje inkontinence.

Gerontološka zdravstvena oskrba zajema teoretično in praktično znanje. Sodobna oblika dela v zdravstveni oskrbi je celostni pristop, ki zagotavlja starejšim mir, primerno pomoč in nego, individualnost in dostojanstvo. Pospesuje in ohranja zdravje, zdravljenje in rehabilitacijo. Cilj je maksimiranje kvalitete življenja starejših. Bistven element sodobne zdravstvene oskrbe je kakovost, ki je izražena subjektivno. Ocena kakovosti je odvisna od prepoznanih meril kakovosti, od izkušenj, pričakovanj in osveščenosti posameznika. Cilj je doseganje najboljše ravni fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega zdravja posameznika (Jevšnikar K., 2010).

MULTIDISCIPLINAREN TIM

Multidisciplinaren tim je formalna delovna skupina, sestavljena iz strokovnjakov različnih strok, ki obravnava isti problem iz različnih vidikov in ima postavljene skupne cilje, glede na problem, ki ga rešuje.

Zaradi napredka v medicini in s tem povezane kompleksnosti, staranja prebivalstva in vse večje informiranosti bolnikov, se potreba po kakovostni oskrbi na vseh ravneh zdravstva povečuje (Crema in Verbano, 2013). Med najbolj učinkovite načine za doseganje tega cilja sodi multidisciplinaren način obravnave, ki s svojo strukturo in procesi omogoča enakovreden status zaposlenih znotraj tima (Reid Ponte, Gross, Milliman-Richard in Lacey, 2011).

Multidisciplinarnost pomeni sodelovanje strokovnjakov različnih disciplin, vendar vsak od njih deluje na svojem delu projekta, zaradi česar se njihove vloge ne prekrivajo, izid takšnega sodelovanja pa je vsota posameznih delov (Choi in Pak, 2006).

V sodobni zdravstveni negi zasledimo zelo veliko prispevkov in literature na temo multidisciplinarnega pristopa v zdravstvo. Skupno vsem je navajanje pozitivnih učinkov na uporabnika kot tudi člane tima. Delo v domačem okolju se nekoliko razlikuje od kliničnega okolja in institucionalnega varstva, saj tim ne deluje neposredno skupaj ob uporabniku, kar zahteva več prilagodljivosti ter dosledno in jasno komunikacijo. Vedno pa je v središču pozornosti uporabnik.

Značilnosti dobrega multidisciplinarnega tima pri delu z uporabniki v domačem okolju:

1. Osredotočanje na uporabnika

Značilnost dobrega multidisciplinarnega dela je osredotočenost na uporabnika. Kadar uporabnika postavimo v središče naše pozornosti je v prvi vrsti nujno upoštevati njegove želje in potrebe.

2. Postavljanje ciljev obravnave

V začetku obravnave morajo biti cilji le te jasno določeni in predstavljeni vsem članom tima. Prav tako se morajo vsi udeleženci z njim tudi strinjati in delovati v smeri izpolnitve določenih ciljev obravnave. Kadar pride do nasprotujočim mnenj med strokovnostjo obravnave za doseg ciljev in uporabnikovimi željami, morajo biti odločitve ob jasni razlagi prepuščene uporabniku ali njihovim svojcem/skrbnikom.

3. Razumevanje vlog vseh članov tima

Vsak član tima mora poznati kompetence in delo drugih članov, ter se v skladu s tem vedno posvetovati kadar obravnava preseže njihove kompetence, ali prepoznajo potrebo po spremembi obravnave glede na spremembo zdravstvenega stanja ali uporabnikovih želja.

4. Zaupanje med člani tima

Zaupanje med člani tima je nujno potrebno za doseg kakovosti. Zaupanje nastopi kadar vsi člani tima jasno poznajo kompetence drug drugega. Če tega zaupanja ni, se lahko pojavi podvajanje storitev, kar znižuje kvaliteto obravnave.

5. Timski sestanki

Za uspešno delovanje multidisciplinarnega tima v domačem okolju, so nujni redni timski sestanki, znotraj katerih se lahko pregleda potek obravnave, pregledajo predlogi za izboljšave ter učinkovitost dela za doseg ciljev obravnave. Člani uspešnih timov se zavedajo pričakovanih drugih v skupini in sledijo istim vrednotam.

6. Fleksibilnost vlog

Vsak član tima praviloma opravlja naloge, za katere je usposobljen, vendar v luči postavitve uporabnikov potreb in želja v središče, lahko del nalog drugega člana tima nadomesti. Vedno pa to mora biti opravljeno z seznanitvijo članov tima, katerih del nalog opravimo.

7. Reševanje konfliktov

V vsakem multidisciplinarnem timu lahko pride do konfliktov. Če je tim uspešen, pozna mehanizme, s katerimi rešujejo konflikte (prek vodje tima z določenimi procesi obravnave konfliktov), ki jih razumejo vsi člani tima.

8. Učinkovita komunikacija

Dobra komunikacija v multidisciplinarnem timu se začne z enotnim, učinkovitim načinom zbiranja in podajanja informacij o uporabniku, jasno določenimi cilji in načinom obravnave ter vzajemnem spoštovanjem in priznavanju dela drugih članov tima. Tim učinkovito deluje le, če se vsak član tima čuti odgovornega za delovanje skupine kot celote.

ZAKLJUČEK

Delež starejših in kronično bolnih ljudi v Sloveniji narašča. Hkrati pa narašča tudi delež ljudi, ki kljub starosti in odvisnosti od pomoči drugih želijo ostati v domačem okolju. Sistemske rešitve in spremembe naj bi prinesel Zakon o dolgotrajni oskrbi, ki v svoji vsebini, med drugim, predvideva boljšo dostopnost do storitev pomoči na domu. Obstoječa struktura le te, že dolgo ne zadošča potrebam posameznikov odvisnih od pomoči drugih.

Storitve pomoči na domu s primerno usposobljenim kadrom v multidisciplinarni organizaciji, omogočajo izvajanje storitev, s katerimi se izognemo večjemu poslabšanju uporabnikovega šibkega zdravstvenega stanja. Obvladovanje kroničnih bolezni, storitve rehabilitacije za povrnitev funkcionalnosti in oskrbo, katere cilj je zaviranje ali zmanjševanje poslabšanja funkcionalnosti ali ohranjanja funkcionalnosti pa jo še nadgradijo. Na kratko, omogočeno je zagotavljanje visoke kakovosti življenja, ne glede na vrsto zdravstvenih težav tudi v domačem okolju.

V prispevku je predstavljen primer organizacije, ki nudi multidisciplinarnе storitve, ki so prilagojene posamezniku. Žal je to le ena organizacija in storitve niso enakovredno ponujene vsem prebivalcem Slovenije. Zato upamo, na ustrezen odziv države s hitrim sprejetjem in implementacijo težko pričakovanega Zakona o dolgotrajni oskrbi.

LITERATURA

Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P., 2006. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), pp. 351–364.

Crema, M. & Verbano, C. 2013. Future developments in health care performance management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 415–421. doi:10.2147/JMDH.S54561.

Črnak Meglič, A., J., J., Kopal Tomc, B., Koprivnikar, B., Lebar, L., Nagode, M., et al. 2014. Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba«. Analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje RS, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: http://www.staranje.si/files/upload/images/aha.si_dolgotrajna_oskrba_porocilo_v1.pdf. [09.03.2019]

Fraher, A. & Coffey, A., 2011. Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older people*, 23 (10), pp. 23-7.

Imperl, F., 2012. Kakovost oskrbe starejših – izziv za prihodnost. Logatec: FIRIS Imprl.

- Jacovič, A., 2013. Dolgotrajna oskrba, Slovenija, Statistični urad republike Slovenije. Dosegljivo dne 02.03.2019: <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/4933>.
- Jevšnikar, K., 2010. Stanje prehranjenosti starostnikov ob sprejemu v bolnišnico. (Diplomsko delo) Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede.
- Milavec Kapun M., 2013. Model informatizacije dolgotrajne oskrbe pacienta na domu. Magistrska naloga. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Ekonomska fakulteta.
- Petkovšek, G. & Karan, K. 2008. Razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege. *Rehabilitacija*, VII(1), pp. 32 - 36.
- Prebivalstvo Slovenije danes in jutri. Projekcija prebivalstva EUROPOP2008 za Slovenijo. Ljubljana, julij 2008. Available at: <https://www.stat.si/doc/pub/prebivalstvo2009.pdf1> [6.03.2019].
- Predloga zakona o dolgotrajni oskrbi, osebni asistenci in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo. 2017. Available at: http://www.mddsz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/1966/7227/. [16.03.2019].
- Reid Ponte, P., Gross, A. H., Milliman-Richard, Y. J. & Lacey, K. 2010. Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), pp. 159–189. doi:10.1891/0739-6686.28.159.
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNPSV13–20), 2013. Uradni list RS, št. 1517.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. 1994. Ljubljana: Državna založba Slovenije, p.742.
- Založnik, V. & Železnik, D. 2003. Kategorizacija bolnikov po metodi Rush v primerjavi z metodo San Joaquin. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 37, pp. 37 - 51.
- Zbornica-Zveza. 2015. Pregled nastajanja dokumentov o razmejitvi dela izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kronologija_nastanka_dokumentov_kompetence_zn.pdf. [16.03.2019].
- Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B., Vidmar, I., Šušteršič, O., et al. 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Slovenije.



**MEDPOKLICNO
SODELOVANJE V
SOCIALNO VARSTVENEM
ZAVODU CENTRA ZA
VARSTVO IN DELO
GOLOVEC CELJE**

**Interprofessional
colaboration in social
welfare institutions Golovec
Care and Work Center Celje**

Franjo Kropej, dipl. fiziot.
Sanja Lažeta, dipl. m. s., vodja tima zdravstvo
Center za varstvo in delo Golovec Celje

franjo.kropej@gmail.com

IZVLEČEK

Vlada Republike Slovenije je ustanovila Center za varstvo in delo Golovec Celje, da opravlja naloge vodenja, varstva, zaposlitve pod posebnimi pogoji, institucionalnega varstva za odrasle osebe z motnjo v duševnem in telesnem razvoju in po pridobljenih poškodbah možganov (v nadaljevanju uporabniki). Center za varstvo in delo Golovec Celje izvaja vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji, socialno varstvo z nastanitvijo 16 ur oziroma 24 ur (institucionalno varstvo), mobilno pomoč in zdravstveno dejavnost. Zaposleni smo različnih strok in poklicev s področja sociale (vodje enot, skupinski habilitatorji, varuhi, delovni inštruktorji, socialna delavka in socialni oskrbovalci), s področja zdravstva (vodja zdravstvene nege in zdravstva, fizioterapevti, delovni terapevti in srednje medicinske sestre, pogodbeno osebna zdravnica in psihiater). Veliko sodelujemo s strokovnjaki drugih zavodov (zdravniki specialisti, socialnimi delavkami iz centrov za socialno delo). Vsem pa nam je glavni cilj zdravje in zadovoljstvo uporabnikov. Sodelovanje je pomemben, poseben element kakovosti, ki z napredkom znanosti in tehnologije postavlja v ospredje medpoklicne odnose, če so ti dobri, posledično vplivajo tudi na dobro počutje zaposlenih in na dobre rezultate dela. Za odnose med sodelujočimi velja kolegialnost, konstruktivnost, odprta in poštena komunikacija, spoštovanje, medsebojno zaupanje, kar vključuje prepoznavanje in upoštevanje vseh prispevkov in pogledov članov strokovnega tima. Posameznik na svojem strokovnem področju mora biti dejaven, avtoritaren, znati iskati ravnotežje med skupnim namenom in zagovorništvom. Vse to znanje morajo vodje in strokovnjaki svojih področij znati prenesti v prakso. V našem socialno varstvenem zavodu ima vsak član strokovnega tima s področja zdravstvene nege, fizioterapije, delovne terapije znanja, izkušnje in predstavlja lasten, edinstven pogled na delo z uporabniki. Namen članka je predstaviti medpoklicno sodelovanje v našem zavodu.

Ključne besede: fizioterapija, delovna terapija, supervizija, strokovni tim socialnovarstvenih zavodov, zdravstvena nega

ABSTRACT

The Government of the Republic of Slovenia has established the Golovec Care and Work center to perform the tasks of management, protection, employment under special conditions and institutional care for adults with mental and physical disorders and acquired brain injuries (hereinafter referred to as users). CVD Golovec provides guidance, care and employment under special conditions, social care with accommodation of 16 hours or 24 hours (institutional care), mobile help and healthcare. We are employed in various professions in the field of social work (unit managers, group habilitators, guardians, work instructors, social workers and carers) and in the field of health (main nurse, physiotherapists, occupational therapists, nurse, contracted personal doctor and psychiatrist). We cooperate with experts from other institutions (doctors specialists, social workers of SWC). For all of us, our main goal is user health and satisfaction. Therefore, interprofessional collaboration is essential and needs to be strengthened at all levels of work at all times. Collaboration is an important element of quality that, with the advancement of science and technology, focuses on interpersonal relationships - if they are good, they also have an impact on the well-being of employees and on good work results. Relationships between participants include collegiality, constructiveness, open and fair communication, respect, mutual trust, which involves identifying and taking into account all the contributions and views of the members of the expert team. An individual in his field of expertise must be active, authoritarian, be able to find a balance between a common purpose and advocacy. Managers and experts in their fields must be able to put all this knowledge into practice. In our social care institution, each member of a professional team in the field of nursing, physiotherapy, occupational therapy has the knowledge, experience and represents a unique view of working with users. The purpose of the article is to present interprofessional collaboration in our institution.

Key words: physiotherapy, occupational therapy, supervision, professional team of social welfare institutions, nursing

UVOD

Delovno okolje predstavlja socialno mrežo, v kateri z medsebojnimi interakcijami gradimo konstruktivne odnose. Timsko delo je eden od načinov za soočanje z delovnimi izzivi. Pomembno se ga je lotiti sistematično in ko je to potrebno.

Namen prispevka je predstaviti medpoklicno sodelovanje v Centru za varstvo in delo Golovec Celje. Dotaknili se bomo medpoklicnega sodelovanja s strokovnjaki drugih zavodov, torej medpoklicnega sodelovanja med organizacijami, ki je za naš zavod bistvenega pomena. Naš cilj je ugotoviti, kako je medpoklicno sodelovanje vpleteno v izobraževanje in prakso.

MEDPOKLICNO SODELOVANJE

Sodelovanje je kompleksno, zapleteno in nejasno. Vključuje se potreba po neodvisnem in soodvisnem delovanju. Posameznik mora biti avtoritaren, dejaven, iskati mora ravnotežje med skupnim namenom in zagovorništvom. Znanje morajo strokovnjaki in vodje prenesti v prakso (Williams & Sullivan, 2010).

TIMSKO DELO

Za sodelovanje tima je potrebna organizacijska kultura, ki spodbuja timsko delo, pomeni, da imajo timi na voljo vse potrebne vire in tudi možnost uvajanja sprememb, podporo vodstva, ustrezne pogoje za izobraževanje, sistem nagrajevanja in čas za usposabljanje za timsko delo. Tim je učinkovit, če ima jasno vizijo, razvito motivacijo, medsebojno spoštovanje in zaupanje, k čemur člani navadno spodbudi vodja tima. Med ključne značilnosti timskega dela sodijo: odprta diskusija, sproščena atmosfera, jasni cilji, spoštovanje med člani, pristno nestrinjanje, doseganje soglasij in konstruktivna kritika (Kadivec, et al., 2006).

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V CVD GOLOVEC

V Centru za varstvo in delo Golovec nudimo storitve uporabnikom z motnjami v dušnem razvoju. Motnja v duševnem razvoju ni bolezen, je stanje, ki traja vse življenje. Osebe z motnjami v duševnem razvoju imajo naslednje lastnosti:

- zmanjšane intelektualne sposobnosti,
- slabše se prilagodijo na okolje,
- intelektualne sposobnosti ostajajo vse življenje na nivoju otroka.

Osebe z motnjo v duševnem razvoju so edinstveni posamezniki z njihovimi odobranji ali neodobranji, zgodovino in mnenjem ter s popolnoma enakimi pravicami kot vsi ostali ljudje. Večina vzrokov za motnjo v duševnem razvoju se pojavi pred, med in po porodu, vendar se opazijo šele kasneje v otroštvu. Nekatere osebe doživijo poškodbo glave v odrasli dobi, ki lahko privede do znižanih intelektualnih sposobnosti in socialne disfunkcije (Hardy, et al., 2013).

Po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2005) so porazdelitve po kategorijah za ocenjevanje obsega vedenjske prizadetosti naslednje:

- Blaga duševna manjrazvitost: približni obseg IQ je od 50 do 69 (pri odraslih; mentalna starost od 9 do manj kot 12 let).
- Zmerna duševna manjrazvitost: približni obseg IQ od 35 do 49 (pri odraslih; mentalna starost od 6 do manj kot 9 let).
- Huda duševna manjrazvitost: približni obseg IQ od 20 do 34 (pri odraslih; mentalna starost od 3 do manj kot 6 let).
- Globoka duševna manjrazvitost: IQ izpod 20 (pri odraslih mentalna starost manj kot 3 leta)
- Druge vrste duševne vrste manjrazvitosti.
- Neopredeljena duševna manjrazvitost.

Pristop k zagotavljanju storitve oskrbe, socialne oskrbe in zdravstvene nege v socialnovarstvenem zavodu terja skupno delo različnih strokovnjakov v različnih timih. Zdravstveno-negovalno osebje je del multidisciplinarnega tima. Zdravstveno-negovalna služba je v socialnovarstvenem zavodu organizirana kot samostojna služba in se povezuje z drugimi službami oziroma dejavnostmi, ki jih izvajajo socialnovarstveni zavodi. Po pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev imajo centri za varstvo in delo naslednje organizacijske službe: službo prehrane, pralnice, vzdrževalno – tehnično službo, službo ekonomije in strokovnimi službami zavoda, predvsem s socialno službo, službo delovne terapije in fizioterapije; v posebnih socialnovarstvenih zavodih še psihološko in defektološko službo (Vozlič, 2012).

OBLIKE MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA V CVD GOLOVEC

Delovne skupine

Vsaka organizacijska enota ima vsaj enkrat mesečno delovno skupino. Delovno skupino skliče vodja enote (strokovni delavec) in določi zaporedne točke. Teme se dotikajo uporabnikov, tekočega dela, aktualnih zadev, dela s starši, organizacijo enote, morebitne problematike in razno. Namen delovnih skupin je imeti pregled nad delom vsake enote, izpostaviti morebi-

tne probleme, pri tem ima vsak član tima možnost podati rešitev. Pomembne so z vidika, ker so prisotni zaposleni, ki so ves čas z uporabniki in jih najbolj poznajo.

Supervizija

Supervizija poteka enkrat mesečno, udeležijo se jo strokovni delavci in sicer vodje bivalnih enot (skupinski habilitatorji), vodja nege in zdravstva, vodji dnevnega varstva, vodje zaposlitvenih enot in socialna delavka. Supervizor je zunanji sodelavec. Teme se nanašajo na težave pri delu z uporabniki, starši in zaposlenimi.

Strokovni svet

Strokovni svet skliče direktorica zavoda enkrat do dvakrat na mesec. Člani strokovnega sveta so strokovni delavci zavoda. Odloča se o strokovnih zadevah na področju zavoda. Sprejemajo se pomembne odločitve, ki pripomorejo k izboljšanju življenja uporabnikov in izboljšanju delovnega okolja za zaposlene. Strmimo k temu, da se naše storitve kakovostne in se nenehno izboljšujejo.

Komisija za sprejeme in odpuste

Komisija za sprejeme in odpuste šteje šest članov. Člani so direktorica, socialna delavka, vodja nege in zdravstva, dve vodji dnevnega varstva ter vodja bivalne enote. Kot ime samo pove, se obravnavajo prošnje kandidatov za vključitev v zavod. Obravnavajo se prošnje za premestitev, ki je lahko iz ene storitve v drugo (iz storitve vodenja, varstva ter zaposlitve pod posebnimi pogoji v storitev institucionalnega varstva ali obratno), lahko pa je premestitev iz ene bivalne enote v drugo. Obravnavajo se tudi prošnje za izpis iz storitve, uporabniki se lahko izpišejo iz ene storitve ali iz obeh.

Strokovni tim

Strokovni tim se skliče, ko se pojavijo večje težave pri uporabnikih. Lahko je poslabšanje zdravstvenega stanja, neprimerno vedenje, fizična agresija, grožnje zaposlenim in drugim uporabnikom. Skliče se strokovne delavce in zaposlene, ki delajo neposredno z dotičnim uporabnikom. Na strokovni tim so lahko vabljeni tudi starši ali skrbniki. Velikokrat, ko je problem kompleksnejši, vključimo tudi strokovne delavce drugih zavodov, največkrat so to socialne delavke centrov za socialno delo.

Zdravstveno negovalna služba

Kot smo že omenili, je zdravstvena služba del multidisciplinarnega tima Centra za varstvo in delo Golovec. Sestavljajo jo diplomirana medicinska sestra (vodja nege in zdravstva), zdravstveni tehniki, pogodbeno osebna zdravnica, ki prihaja v zavod enkrat tedensko, psihiater prihaja v zavod enkrat mesečno. Uporabniki imajo izbranega zobozdravnika v Zdravstvenem domu Celje, prav tako v Zdravstveni dom Celje prihaja izbrana ginekologinja uporabnic. Del zdravstvene službe je še fizioterapija in delovna terapija. Zdravstvena služba predstavlja 10 odstotkov zaposlenih CVD Golovec, največ zaposlenih prihaja s področja sociale.

DISKUSIJA

Predstavili smo različne oblike medpoklicnega sodelovanja v CVD Golovec. Ne glede na stroko smo vsi zaposleni osredotočeni na dobro uporabnikov. Naše delo se močno prepleta in zaradi organizacije dela ni mogoče, da ne bi med seboj sodelovali. Vendar pa Speakman in Arenson (2015) opozarjata, da usposabljanje timskega dela v izobraževalnih programih zaostaja za dejansko prakso dela v skupini, saj obstaja razlika med dejansko prakso in uporabo veččin timskega dela, za zagotavljanje oskrbe osredotočene na pacienta, na katero niso pripravljeni tudi diplomanti uglednih kreditiranih izobraževalnih institucij.

Okvir Svetovne zdravstvene organizacije za ukrepanje na področju medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja (WHO, 2010) je opredelil medpoklicno sodelovanje kot način, s katerimi se strokovnjaki zdravstvenega varstva učijo med seboj in drug od drugega, da izboljšajo sodelovanje in kakovost oskrbe posameznika, družin in skupnosti. V CVD Golovec je medpoklicno sodelovanje bistvenega pomena, saj je vsem poklicnim skupinam skupno kakovostno življenje uporabnikov, kar je razvidno iz naštetih oblik medpoklicnega sodelovanja.

The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health (IOM, 2011) je izdala priporočila, da morajo biti medicinske sestre polnopravne partnerice z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci pri oblikovanju zdravstvenega varstva v Ameriki. Največ težav opazimo pri sodelovanju z zdravstvenimi delavci izven našega zavoda, saj opažamo, da ne poznajo oziroma nimajo izkušenj z delom oseb z motnjo v duševnem razvoju in ne poznajo strukture naše organizacije.

ZAKLJUČEK

Dejstvo je, da se populacija v socialnovarstvenih zavodih stara, osebe z motnjami v duševnem razvoju dandanes lahko dočakajo visoko starost, kot so jo kadarkoli prej v zgodovini. Za to ni zaslužna samo medicina in dobra zdravstvena oskrba, ampak tudi sociala. Vse to je razvidno iz našega prispevka. CVD Golovec je socialnovarstveni zavod, zdravstvena služba je podporna služba, vendar so strokovni delavci s področja sociale zaslužni za namestitev uporabnikov v naš zavod, ne glede na to, ali so razlog za namestitev neprimerne razmere v družini ali družina ni zmožna več skrbeti zanj. V preteklosti v formalnih oblikah medpoklicnega sodelovanja delavci zdravstvene službe skoraj niso bili prisotni, danes si vodilni v našem zavodu ne znajo več predstavljati, da zdravstveni delavci ne bi bili vpleteni in pomagali pri strokovnih vprašanjih.

Pri uporabniku se lahko psihično stanje hitro poslabša in takrat je pomembno, da zdravstvena služba skupaj z vodjo bivalne enote (skupinski habilitator) poda anamnezo psihiatru. Imeli smo že primere, ko smo ugotovili, da okolje, v katerem uporabnik živi, ni več primerno zanj in se ga prestavi v zanj primernejše okolje ali na drugo enoto ali lahko iz vodenja varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji v institucionalno varstvo (sodelovanje s starši oziroma skrbniki).

Vedno smo osredotočeni na dobro uporabnika. Zdravstvena služba sodeluje pri vseh projektih in aktivnostih. Glede na naravo dela se naše sodelovanje z drugimi službami vsakodnevno prepleta. Fizioterapija in delovna terapija izvajata aktivnosti na svojem področju, vendar je pomembno tudi delo varuhov, da vzdržujejo fizično kondicijo uporabnikov, s tem ko v svoj načrt dela vključujejo sprehode, plavanje in druge športe.

Varuh in njihove vodje morajo za svoje delo poznati tudi zdravstveno stanje uporabnikov, kar se tiče diet uporabnikov, njihovih zdravstvenih posebnosti in omejitev. Varuhi, socialni oskrbovalci in njihove vodje so za nas pomembni člen pri anamnezi, opazovanju zdravstvenega stanja uporabnikov, saj največkrat prvi opazijo morebitna poslabšanja zdravstvenega stanja in spremembe ter nam o tem poročajo, da lahko ukrepamo.

LITERATURA

Hardy, S., Woodward, P., Woodlard, P. & Tit, T. 2013. *Meeting the health needs of people with learning disabilities*. Royal College of Nursing. Available at: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/7869/00324.pdf. [31. 1. 2019].

Kadivec, S., Košnik, M. & Vegnuti, M., 2006. Večdisciplinarno sodelovanje pri postopku sprejema bolnika v bolnišnici Golnik - kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo. In: A., Kvas, eds. *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

Mayer, V. et al. eds. *Ustvarjalna organizacija - XXVI. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti; 2007 Mar 28-30;Portorož, Slovenija*. Kranj: Moderna organizacija, pp.717.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*, 2005. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 369 – 370.

Speakman, E., & Arenson, C., 2015. Going Back to the Future: What is All the Buzz about Interprofessional Education and Collaborative Practice. *Nurse Educator*, 40(1), pp. 3-4 .

The Future of Nursing, *Leading Change, Advancing Health*. 2011. The National Academies of Sciences engineering medicine. Available at: <https://www.nap.edu/catalog/12956/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health> [31. 1. 2019].

Vozlič, S., 2012. *Pomoč negovalnega kadra starostnikom pri individualnih potrebah v posebnem socialnem zavodu: Specialistično delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 5-82.

Williams, P. & Sullivan, H., 2010. Despite all we know about collaborative working, why do we still get it wrong? *Journal of Integrated Care*, 18(4), pp. 4-15.

World Health Organization. 2010. Nursing and midwifery. Available at: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ [31. 1. 2019].



**ODSTRANJEVANJE
KIRURŠKEGA DIMA –
VSAKDO IMA PRAVICO
DO ČISTEGA ZRAKA –
POVZETEK MONOGRAFIJE**

**Evacuate surgical smoke
– everyone has the right to
breathe clean air- summary
of the monography**

Tatjana Požarnik, dipl. m. s., spec. periop. ZN
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok

bloktatjana.pozarnik@gmail.com

IZVLEČEK

Vsako leto je na tisoče zdravstvenih delavcev po vsem svetu izpostavljenih kirurškemu dimu. Številne bolnišnice po svetu so že sprejele strategije varnih delovnih mest brez kirurškega dima, a vseeno mu je operacijsko osebje še vedno izpostavljeno. Pomembne raziskave zadnjih treh desetletij kažejo, da je kirurški dim, ki ga ustvarjajo elektrokirurške enote in laserske naprave, nevaren za zdravje delavcev in pacientov v operacijski dvorani. Kirurški dim povzroča solzenje, pekoč občutek v očeh in slabost, še bolj pa je zaskrbljujoče, da povzroča težave z dihanjem in možnost okužbe z nevarnimi mikrobi. V Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti želimo spodbujati prizadevanja, ki cenijo, podpirajo in omogočajo dobro zdravje in počutje pri vseh zaposlenih. Odločili smo se za projekt Promocije varnega in zdravega delovnega okolja. Začeli smo z ozaveščanjem o ustvarjanju delovnega okolja, ki podpira zdravo delovno okolje in zdrav življenjski slog. V ta namen smo izdelali informativno brošuro na temo kirurškega dima, kjer smo prikazali nevarnosti in pasti kirurškega dima, s katerim se srečujemo v operacijskih dvoranah in predstavili učinkovite ukrepe za njegovo odstranitev. V brošuri so predstavljene tudi smernice in priporočila, ki so jih sprejele regulativne agencije in svetovne organizacije po svetu, glede najučinkovitejšega sistema odstranjevanja kirurškega dima. Predstavili smo prednosti uporabe sistema za odstranjevanje kirurškega dima s katerim je mogoče zaposlene in paciente zaščititi pred nevarnimi učinki kirurškega dima.

Ključne besede: operacijska dvorana, operacijsko osebje, pacient, nevarnosti za zdravje, priporočila.

ABSTRACT

Every year thousands of health care professionals worldwide are exposed to surgical smoke. Many hospitals around the world have already adopted strategies for safe jobs without surgical smoke, but operating personnel are still exposed. Significant research on the last three decades has shown that surgical smoke generated by electrosurgical units and laser devices is dangerous to the health of workers and patients in the operating room. Surgical smoke causes lacrimation, burning sensation in the eyes and nausea, and even more worrying is that it causes respiratory problems and the possibility of infection with dangerous microbes. In the Slovenian Operating Room Nurses Association we want to promote efforts that appreciate, support and provide good health and well-being for all employees. We chose the Promoting a Safe and Healthy Work Environment project. We started to raise awareness about creating a work environment that supports a healthy working environment and a healthy lifestyle. For this purpose we produced an information brochure on the topic of surgical smoke where we presented the hazards and traps of surgical smoke that we encounter in operating rooms and presented effective measures for its removal. The brochure also presents the guidelines and recommendations adopted by regulatory agencies and global organizations around the world regarding the most effective system for the removal of surgical smoke. We presented the benefits of using a surgical smoke evacuation system that can protect employees and patients against the dangerous effects of surgical smoke.

Keywords: operating room, operating personnel, patient, health hazards, recommendations.

UVOD

Bolnišnice so prostor, v katerem se izvaja dejavnost zdravstvenega varstva. V okviru zdravstvenega varstva se izvaja kirurško zdravljenje številnih bolezni in stanj. Pri tem se uporabljajo naprave, ki proizvajajo kirurški dim. Kirurški dim se sprošča med operativnimi posegi z energetskimi napravami, kot so naprave za elektrokoagulacijo, laserji in drugi električni instrumenti, ki uparjajo tkivo, pri čemur pa so pacienti in zaposleni v operacijski dvorani izpostavljeni smrdljivim plinastim stranskim proizvodom, ki so ob vdihavanju nevarni (Ulmer, 2008). Vdihavanje kirurškega dima je naraščajoča skrb zdravstvenih delavcev, ki se z njim srečujejo pri vsakodnevnem delu. Pomembne raziskave zadnjih treh desetletij so pokazale, da kirurški dim povzroča solzenje, pekoč občutek v očeh in slabost, še bolj pa je zaskrbljujoče, da povzroča težave z dihanjem in možnost okužbe z nevarnimi mikrobi. Čeprav se danes večina operativnih posegov opravlja s pomočjo naprav za elektrokoagulacijo ali z lasersko tehnologijo, odstranjevanje kirurškega dima v številnih operacijskih dvoranah ni postalo običajna praksa (Carbin, 2001).

Da bi zaščitili zdravje zaposlenih in pacientov v operacijski dvorani je Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti v letu 2018 začela s projektom Promocije zdravega in varnega delovnega okolja. V ta namen smo izdelali informativno brošuro z naslovoma Odstranjevanje kirurškega dima – vsakdo ima pravico do čistega zraka. Z njo želimo informirati zaposlene o nevarnih vplivih kirurškega dima in učinkovitih ukrepih za njegovo odstranitev. Pregledali smo

obstoječo, na dokazih podprto literaturo za boljše razumevanje nevarnih vplivov kirurškega dima na zdravje zaposlenih in pacientov ter sodelovanje pri ukrepih za zmanjševanje kirurškega dima v operacijskih dvoranah. V tej informativni brošuri je predstavljen pregled rezultatov raziskav, priporočil svetovnih organizacij in agencij ter smernice za prakso, ki pomagajo pri pravilni odstranitvi kirurškega dima (Požarnik, 2018).

KIRURŠKI DIM

Kirurški dim je sestavljen iz 95 % vodne pare in 5 % trdnih delcev, kemikalij in biološkega materiala. 5 % trdnih delcev sestavljajo kemikalije, kri in tkivni delci, virusi in bakterije (Pfiedler Enterprises, 2017b). Kirurški dim ima v angleškem prevodu številna imena, kot npr. cautery smoke, electrosurgery smoke, diathermy plume, plume, aerosols, bioaerosols, vapor, and air contaminants. Kirurški dim je del pacientove okolice, je plinasti stranski proizvod uparjanja beljakovin in maščob v tkivu. Nastane kot posledica delovanja fizikalnih naprav, ki se uporabljajo za disekcijo in hemostazo na tkivo. Kirurški dim lahko vidimo in vonjamo (Pfiedler Enterprises, 2015). Kirurški dim lahko vsebuje strupene plinaste spojine, kot so vodikov cianid, toluen in benzen, ogljikov monoksid, formaldehid, akrilonitril, pa tudi bio aerosole, kot so humani papiloma virus (HPV) in virus humane imunskopomanjkljivosti (HIV), rakave celice, zoglenelo tkivo, delce krvi, bakterij in druge trdne delce, ki lahko poškodujejo pljuča (Stephenson, et al., 2004). Te spojine, virusi in druge snovi prenašajo vsebnost vodnih hlapov iz kirurškega dima v zrak, ki ga vdihujejo vsi prisotni v operacijski dvorani med operativnim posegom (Bratu, et al., 2013).

TVEGANJE ZA ZAPOSLENE

Uporaba naprave za elektrokoagulacijo na 1 g tkiva je enakovredna vdihavanju dima 6 nefiltriranih cigaret v 15 minutah (Alp, et al., 2006).

Tveganje za dihalni sistem

Vsaka naprava za proizvodnjo toplote proizvede različno velike delce, ki so v kirurškem dimu. Manjša ko je velikost delca, dlje lahko potuje. Ti delci so v velikosti od 0,01 mikrona do več kot 200 mikronov (Pfiedler Enterprises, 2015).

Vrsta postopka in določena naprava, ki se uporablja, lahko določita velikost delcev kirurškega dima. Na primer, ugotovljeno je bilo, da elektrokirurške naprave ustvarjajo najmanjše delce aerodinamične velikosti (< 0,07 μm do 0,1 μm), z lasersko tkivno ablacijo se ustvarja večje delce (~ 0,31 μm) in naprave z ultrazvočnim delovanjem ustvarjajo največje delce (od 0,35 μm do 6,5 μm) (Pfiedler Enterprises, 2017b). Delci, ki so velikosti 5,0 μm ali večji, se naložijo na stene nosu, grla, sapnika in bronhija. Delci, ki so manjši od 2,0 μm , se odlagajo v bronhiole in alveole, kjer je območje izmenjave plinov v pljučih. Za primerjavo, povprečen človeški las je premera približno 200 μm . Virusni delci so najmanjši po velikosti, od približno 0,01 do 0,3 μm (Pfiedler Enterprises, 2015). Trdi delci, ki so manjši od 0,3 μm , lahko zaobidejo normalno mukociliarno obrambo zgornjega dihalnega sistema in se odlagajo v pljučnih alveolah. Ko delci dosežejo alveole, jih telo ne more izločiti s kašljanjem ali kihanjem (Pfiedler Enterprises, 2017b).

Znaten delež delcev v kirurškem dimu je v razponu 0,5–5,0 μm , kar je premajhna velikost, da bi se ti delci učinkovito filtrirali skozi kirurško masko.

Kemično tveganje

Kirurški dim vsebuje več kot 40 strupenih, mutagenih, rakotvornih in nevarnih kemikalij:

- benzen: draži oči, nos in dihalne poti. Povzroča glavobol, omotico in slabost. Dolgotrajna izpostavljenost povzroča različne krvne bolezni, kot je levkemija;
- akrilonitril: kratkotrajna izpostavljenost lahko povzroči draženje oči, slabost, bruhanje, glavobol, kihanje in vrtoglavico. Dolgoročna izpostavljenost lahko povzroči raka;
- vodikov cianid: je strupen, brezbarven in se lahko absorbira tudi v pljuča, skozi kožo in skozi prebavni trakt;
- stiren: povzroča sopenje, kratko sapo, tiščanje v prsih, zaspanost, utrujenost, glavobol, težave s koncentracijo in slabo počutje;
- toluen: povzroča glavobol, utrujenost, pomanjkanje apetita, začasno amnezijo, motnje koordinacije in anoreksijo;
- formaldehid: je znana rakotvorna snov in kemikalija, ki se uporablja v mrtvašnicah in za ohranjanje bioloških vzorcev;

- etilbenzen: povzročča draženje nosu, oči in zgornjih dihal;
- ogljikov monoksid: simptomi izpostavljenosti so spremembe na koži in glavobol;
- furfural: je topilo, ki deluje močno dražilno, vpliva na oči, sluznice, pljuča in centralni živčni sistem;
- ksilen: povzročča utrujenost, razdražljivost in prebavne motnje;
- ogljik: zmanjša sposobnost prenosa kisika v krvi. Pri pacientih z boleznimi srca in ožilja lahko še dodatno poslabša srčno žilno delovanje (Pfiedler Enterprises, 2017b; Benedičič, 2014):.

Biološko tveganje

V kirurškem dimu so odkrili številne biološke komponente, vključno z nedotakljivim in vitalnim humanim papiloma virusom (HPV), virusom humane imunske pomanjkljivosti (HIV) in virusom hepatitisa B (HBV). Te bolezni so izolirane iz kirurškega dima in vzgojene v laboratorijskih okoljih. Obstaja več dokumentiranih primerov prenosa HPV v kirurškem dimu, povezanih s kondilomom in cervikalnimi displastičnimi primeri. Obstajajo tudi primeri prenosa rakavih celic (Pfiedler Enterprises, 2017b).

Zdravstvene težave zaradi izpostavljenosti kirurškemu dimu

Splošni negativni učinki kirurškega dima, ki jih doživljajo izpostavljeni, so:

- dihalni sistem: nazofaringealne lezije, kihanje, draženje grla, akutne in kronične vnetne spremembe v respiratornem traktu (emfizem, astma, kronični bronhitis);
- oči: draženje in solzenje;
- koža: draženje (dermatitis);
- prebavni sistem: slabost, bruhanje, bolečine v trebuhu;
- krvne bolezni: levkemija, anemija;
- okužbe: izpostavljenost HPV, HIV in hepatitisu B;
- drugo: rak, omotičnost, hipoksija, glavobol, šibkost, anksioznost (Bovie Medical Corporation, n. d.; Okoshi, et al., 2015).

Tveganje za paciente

Glede na toksične sestavine, ki so jih našli v kirurškem dimu, so lahko ogroženi tudi pacienti, ki so kirurškemu dimu izpostavljeni med operativnim posegom. V številnih študijah so bile ugotovljene različne potencialne nevarnosti za kirurške paciente, ki so bili izpostavljeni kirurškemu dimu, vključno z nevarnostmi, ki so jim izpostavljeni tudi zaposleni in o katerih smo že govorili. Izpostavljeni so tudi nevarnostim kirurškega dima zaradi podaljšanja operativnega posega, saj povzročata moteno vidljivost pri kirurgih, zlasti med minimalno invazivnimi postopki, ter pooperativne zaplete, vključno z metastazami na mestu vstopa (npr. laparoskopski operativni poseg z resekcijo tumorja vključuje stik z rakavimi celicami, ki se prek kirurškega dima zanesejo na mesto vstopa), izpostavljenostjo ogljikovemu monoksidu, zvišanju ravni karboksihemoglobina in vnetju dihal (Pfiedler Enterprises, 2017a).

PRIPOROČENE PRAKSE, SMERNICE, STANDARDI IN PREDPISI ZA VAROVANJE PRED KIRURŠKIM DIMOM

Ocenjuje se, da je 500 000 perioperativnih strokovnjakov vsako leto izpostavljenih laserskemu ali elektrokirurškemu dimu, kar poudarja potrebo po upoštevanju varnostnih praks, ki odstranjujejo to nevarnost in zato podpirajo varnejša perioperativna okolja (Pfiedler Enterprises, 2017a).

Tu je profesionalne organizacije, agencije in raziskovalne skupine so razvile smernice in izjave, ki obravnavajo nevarne vplive kirurškega dima. Ta priporočila morajo zdravstveni delavci nenehno spremljati, saj temeljijo na dokončnih raziskavah (Ball, n. d). Profesionalna perioperativna združenja tudi poudarjajo na dokazih temelječe prakse za preprečevanje izpostavljenosti kirurškemu dimu. Ta priporočila so izdala nacionalna združenja, kot je AORN (*Association of periOperative Registered Nurses, Amerika*) in mednarodna združenja, kot je Mednarodna zveza perioperativnih medicinskih sester (*International Federation of Perioperative Nurses – IFPN, Kanada*), s čimer je na globalni ravni prišlo do priznanja, da imajo posamezniki pravico biti zaščiteni pred nevarnostjo izpostavljenosti kirurškemu dimu (Pfiedler Enterprises, 2017a).

ZAŠČITA PRED KIRURŠKIM DIMOM

Prezračevanje v operacijskih prostorih

Zrak je neoporečen, kadar je v 1 m³ manj kot 100 *Colony-forming unit (CFU)* in ga klimatska naprava zamenja 20-krat na uro (Hunter Sword, 1996). V operacijski dvorani mora biti tlak višji kot v okoliških prostorih in med operativnim posegom morajo biti vrata zaprta, v njej pa samo za ta poseg potrebno osebje (Trotovšek, 2010). Pomembna je tudi usmerjenost zračnih tokov nad operativnim poljem. Svež in ustrezno filtriran zrak mora prihajati od zgoraj, odsesavanje iz prostora pa mora biti pri tleh. Pomembno je, da je tok zraka nad operativnim poljem laminaren in da ne nastajajo turbulence, ki bi lahko bile vir vnosa škodljivih agensov v operativno polje (Janša & Metelko Janša, 2015). Prav tako je pomembno zagotoviti, da se filtri za prezračevalni sistem v operacijski dvorani vzdržujejo in menjajo, kot priporoča proizvajalec. Umazani filtri za zrak bodo tako ovirali prostorske izmenjevalce zraka (Pfiedler Enterprises, 2016). Če v operacijskih prostorih ni ustreznega prezračevanja, ta ne omogoča zadostne odstranitve nastalega kirurškega dima.

Kirurška maska

Namen kirurške maske je zavarovati paciente pred okužbo članov kirurške ekipe. Potrebna pa je tudi zaščita zdravstvenih delavcev pred aerosoli, ki se sproščajo v ozračje pri proizvodnji kirurškega dima. Kirurške maske po navadi filtrirajo delce do velikosti približno 5 µm. Visoke filtrirne maske imajo filtrirno zmogljivost delcev v velikosti od 0,3 do 0,1 µm. Približno 77 % delcev v dimu je velikih 1,1 µm in manj. Virusni delci so lahko manjši od 0,1 µm. Bolezni, ki se prenašajo z aerosoli, zahtevajo respiratorno masko FFP3. Kirurške maske ne tesnijo na obrazu in jih je treba nositi čvrsto in pogosto menjavati. Kirurške maske ne bi smele biti edina zaščita pred kirurškim dimom (Pfiedler Enterprises, 2016).

Stenski sapirator

Priljubljen način odstranjevanja kirurškega dima, ne pa tudi učinkovit, je sesanje kirurškega dima s pomočjo stenskega aspiratorja, ki se praviloma uporablja za sesanje tekočin med operativnim posegom (Pfiedler Enterprises, 2016). Pomembno je poudariti, da to ni primerno za zajemanje plinov in hlapov, ki jih proizvajajo energetske naprave (Pfiedler Enterprises, 2017a). Če se uporablja stenski aspirator, je potrebna tudi uporaba linijskih (in-line) filtrov. Če se linijskih filtrov ne uporablja, lahko delci kirurškega dima okvarijo sesalni vod, kar pomeni, da ni zadovoljive zaščite pred kirurškim dimom (Pfiedler Enterprises, 2016).

Prenosni sistem za odstranitev kirurškega dima

Prenosni sistemi za odstranitev kirurškega dima so trenutno najbolj vsestranska izbira za operacijske prostore. Najučinkovitejši sistem za odvajanje kirurškega dima je sistem trojnega filtra, ki je opremljen s filtrom ULPA (*ultra-low penetration air*). Filtri ULPA so sestavljeni iz materialov, ki lahko s stopnjo učinkovitosti 99,9999 % zajamejo delce velikosti 0,12 mikronov in večje. Pri tej učinkovitosti se le en delec od milijona delcev ne bo ujel v filter. Učinkovit prenosni sistem za odstranitev kirurškega dima naj bi imel štiristopenjski filtrirni sistem, ki ga sestavljajo: predfilter, ULPA-filter, karbonski filter in postfilter. Predfilter zajema velike delce. Filter ULPA je druga stopnja filtra in zajema manjše delce kirurškega dima. Končni filter je sestavljen iz posebnega oglja, ki zajema toksične kemikalije, ki jih najdemo v kirurškem dimu. Štiristopenjski filtrirni sistemi imajo po navadi spremenljivo sesalno zmogljivost, ki ustreza različnim ravnom proizvodnje kirurškega dima. Učinkovit prenosni sistem za odvajanje kirurškega dima mora imeti najmanjši pretok zraka vsaj 60 m³/uro, da lahko zajame nastali kirurški dim. Priporočilo je, da mora biti naprava za odstranitev kirurškega dima v območju 2 cm od točke nastanka kirurškega dima (Pfiedler Enterprises, 2016).ž

DISKUSIJA

Dokazi jasno kažejo, da lahko izpostavljenost kirurškemu dimu škoduje zdravju in dobrem počutju pacientov in zaposlenim. Škodo povzročajo strupene sestavine v kirurškem dimu, odvisno pa je tudi od velikosti delcev v kirurškem dimu (Pfiedler Enterprises, 2015).

Z razpoložljivostjo tehnoloških naprav za odstranitev kirurškega dima, ki so na trgu, in smernicami, ki temeljijo na dokazih in so jih objavile tuje regulativne agencije, vključno z NIOSH, OSHA in poklicnimi združenji, vključno z novimi smernicami AORN, objavljene leta 2017, o varovanju pred kirurškim dimom ni razloga, da bi paciente ali zaposlene izpostavljali nevarnim učinkom kirurškega dima. Oblikovanje perioperativne kulture, ki zagotavlja dosledno uporabo metod odstranjevanja kirurškega dima, zahteva sodelovanje, izobraževanje in upoštevanje smernic tujih regulatornih agencij ter smernic profesionalnih

organizacij za varovanje pred kirurškim dimom. S pravilnim razumevanjem potencialnih nevarnih vplivov kirurškega dima lahko zaposleni v sodelovanju z zdravstvenimi ustanovami uvedejo ustrezne sisteme za odstranjevanje kirurškega dima in varnostne ukrepe za zadovoljstvo zaposlenih ter varnost pacientov v operacijskih dvoranah (Pfiedler Enterprises, 2017a).

ZAKLJUČEK

Na podlagi pregleda mednarodnih priporočil in smernic Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti priporoča, da bolnišnice razvijejo smernice za odstranjevanje kirurškega dima. Pri tem se sklicujemo na smernice in priporočila AORN, ki navajajo dokaze o nevarnostih kirurškega dima za paciente in zaposlene ter razpravljajo o metodah in parametrih za varno in učinkovito odstranitev kirurškega dima med odprtimi in laparoskopskimi operativnimi posegi. Naprava za odstranjevanje kirurškega dima mora biti nameščena čim bliže izvoru kirurškega dima, sistem za odstranjevanje kirurškega dima pa v skladu s pisnimi navodili proizvajalca za uporabo. V smernicah je opisano, da med obratovanjem tehnologija za odvajanje kirurškega dima ne bi smela presegati ravni hrupa 60 dB, da je komunikacija med člani ekipe nemotena. Uporabljene filtre za odstranjevanje kirurškega dima, cevke in ostale dele je treba obravnavati kot kužne odpadke in jih ustrezno odstraniti (Požarnik, 2018).

Vsi pacienti in člani operacijske ekipe imajo pravico biti zaščiteni pred kirurškim dimom in posledicami za zdravje.

LITERATURA

- Alp, E., Bijl, D., Bleichrodt, R. P., Hansson, B. & Voss, A., 2006. Surgical smoke and infection control. *Journal of Hospital Infection*, 62(1), pp. 1–5.
- Benedičič, K., 2014. Laparoshield – predstavitev. Available at: <https://prezi.com/6wffhphjrzk-/laparoshield-predstavitev/> [13. 3. 2018].
- Bovie Medical Corporation, n. d. Addressing surgical smoke in the operating room. Available at: http://www.boviemedical.com/downloads/Addressing_Surgical_Smoke_v4_Bovie.pdf [11. 2. 2018].
- Bratu, A. M., Petrus, M., Patachia, M. & Dumitras, D. C., 2013. Carbon dioxide and water vapors detection from surgical smoke by laser photoacoustic spectroscopy. *UPB Scientific Bulletin, Series A: Applied Mathematics and Physics*, 75(2), pp. 139–146.
- Carbin, J., 2001. A primer on smoke evacuation. *Outpatient Surgery*, 6. Available at: <http://www.outpatientsurgery.net/issues/2001/06/a-primer-on-smoke-evacuation> [7. 2. 2018].
- Janša, V. & Metelko Janša, N., 2015. Škodljivost »kirurškega dima« - pregled literature. *Delo in varnost: revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom*, 60(2), pp. 44–47.
- Okoshi, K., Kobayashi, K., Kinoshita, K., Tomizawa, Y., Hasegawa, S. & Sakai, Y., 2015. Health risks associated with exposure to surgical smoke for surgeons and operation room personnel. *Surgery Today*, 45(8), pp. 957–965.
- Pfiedler Enterprises, 2015. *Surgical smoke: What we know (An online continuing education activity)*. Available at: <http://www.pfiedler.com/ce/1311/files/assets/common/downloads/Surgical%20Smoke.pdf> [16. 1. 2018].
- Pfiedler Enterprises, 2016. *Surgical smoke (An online continuing education activity)*. Available at: <http://www.pfiedler.com/ce/1258/index.html#2/z> [4. 2. 2018].
- Pfiedler Enterprises, 2017a. *Evacuate surgical smoke: Everyone has a right to clean air (An online continuing education activity)*. Available at: <http://www.pfiedler.com/ce/1322/#1/z> [3. 2. 2018].
- Pfiedler Enterprises, 2017b. *Clearing the air for surgical safety (An online continuing education activity)*. Available at: <http://pfiedler.com/ce/1335/#1/z> [3. 2. 2018].
- Požarnik, T. eds., 2018. *Odstranjevanje kirurškega dima – vsakdo ima pravico do čistega zraka*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, p. 56.
- Stephenson, D. J., Allcott, D. A. & Koch, M., 2004. The presence of P22 bacteriophage in electrocautery aerosols. *Proceedings of the National Occupational research Agenda Symposium, Salt Lake City, Utah, United States of America*. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Dale_Stephenson/publication/242419093_THE_PRESENCE_OF_P22_BACTERIOPHAGE_IN_ELECTROCAUTERY_AEROSOLS/links/00b7d52a09d15f05f3000000.pdf [3. 2. 2018].
- Trotovšek, B., 2010. Dejavniki tveganja in ukrepi za preprečevanje okužbe kirurške rane. In: Požarnik, T. ed. *Obvladovanje bolnišničnih okužb v operacijski sobi: zbornik XXVI, Terme Čatež, 7. in 8. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 24–39.
- Ulmer, B. C., 2008. The hazards of surgical smoke. *AORN Journal*, 87(4), pp. 721–734.



SEZNANJENOST ZAPOSLENIH ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE S SLOVENSKIM PROGRAMOM INTEGRIRANE PREVENTIVE KRONIČNIH BOLEZNI

**Employed nursing students
knowledge about integrated
programmes for prevention
of noncommunicable chronic
diseases in Slovenia**

Lucija Rojko, dipl. m. s.

asist. Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc.

Klara Rebernik, mag. zdr. nege.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja

lucija.rojko@nijz.si

IZVLEČEK

Uvod: Srčno-žilni dogodki predstavljajo najbolj pogost vzrok smrti v svetu. Kar 80 % prezgodnjih smrti bi se lahko izognili z obvladovanjem vedenjskih, bioloških in psihosocialnih dejavnikov tveganja. Najbolj pogosti dejavniki tveganja so kajenje, nezdravo prehranjevanje, telesna nedejavnost in tvegano/škodljivo pitje alkohola. Po srčno-žilnem dogodku ostane oseba v bolnišnični obravnavi vsaj nekaj dni. V tem času je njegova motivacija za pridobivanje informacij, ki imajo za njegovo zdravje in okrevanje pomen, višja kot po vrnitvi v domače okolje. Ugotavljali smo, ali so zaposleni študenti zdravstvene nege, izvajalci zdravstvene nege tudi na področju obravnave oseb s srčno-žilno boleznijo. Ob tem pa nas je zanimalo, ali v času večdnevne bolnišnične obravnave osebam posredujejo informacije o podpori, ki jo lahko prejmejo na področju spremembe življenjskega sloga. Anketirance smo spraševali, ali ob odpustu osebe v domače okolje anketiranci posredujejo informacijo o obravnavi v centrih za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojnih centrih. **Metode:** Zaposlenim študentom 1., 2. in 3. letnika prvostopenjskega ter 1. in 2. letnika drugostopenjskega študija zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani smo posredovali anketni vprašalnik. V obdobju od 22. 2. do 15. 3. 2019 ga je izpolnilo 34 študentov. Za zbiranje, obdelavo in analizo podatkov smo uporabili odprtokodno aplikacijo Univerze v Ljubljani; 1KA. **Rezultati:** Navodila, ki jih študenti zdravstvene nege, ki so zaposleni v praksi, posredujejo osebam v času bolnišnične obravnave, se najbolj pogosto nanašajo na predpisano medikamentozno terapijo, rehabilitacijo in posebnosti, na katere morajo biti bolniki pazljivi glede na svoje zdravstveno stanje. Anketiranci 90 % obravnavanih bolnikov ob odpustu iz bolnišničnega okolja ne usmerijo v njim najbližji center za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojni center ter jim ne posredujejo informacij o aktivnostih krepitev zdravja, ki jih centri za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojni centri izvajajo. **Diskusija in zaključek:** Osebe s srčno-žilno boleznijo, ki so bile v deležne večdnevne bolnišnične obravnave, je potrebno pred odpustom domov informirati o primerni podpori, ki jim je na voljo na področju uvajanja sprememb v življenjski slog. Za zagotavljanje prenosa omenjenih informacij od izvajalca zdravstvene nege do osebe s srčno-žilno boleznijo bi bilo smiselno poslanstvo in programe centrov za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojnih centrov izvajalcem zdravstvene nege primerno predstaviti.

Ključne besede: kronične bolezni, srčno-žilne bolezni, preventivni programi za odrasle, medicinske sestre.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular events represent the most common worldwide cause of death. 80% of premature deaths could be avoided by management of behavioral, biological and psychosocial risk factors. The most common risk factors are smoking, unhealthy eating, insufficient physical activity and risky/harmful alcohol use. After a cardiovascular event, the patient remains hospitalized for several days. During that period their motivation to obtain information relating to their health is at the highest level. Higher than after their return back to their home environment. We wanted to find out whether nursing students who are already working as nursing care professionals also work with patients that have cardiovascular diseases and are hospitalized for several days and if they are, do they provide patients with information about the beneficial effects they can create for their health on the basis of needed lifestyle changes. Our goal was to find out whether employed nursing students forward the information about health promotion centers/health education centers to the patients when they are discharged from the hospital. **Methods:** We used quantitative research method. We distributed a survey questionnaire during the period from 22. 2. to 15. 3.2019, to already employed students of 1., 2. and 3. year of the first cycle degree programme and 1. and 2. year of the second cycle degree programme of nursing at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana. **Results:** The instructions that nursing care professionals forwarded to patients are most often related to the prescribed therapy, treatment, rehabilitation and specificities that must be taken care of regarding their health status. Employed students stated in 90% that they don't inform or direct patients to the health promotion centres/health education centers when they are discharged from the hospital. They don't inform them about the activities in the field of healthy lifestyle changes that are offered at the health promotion centers/health education centers and the help that they can receive for easier confrontation with their cardiovascular disease. **Discussion and conclusion:** Employed nursing students need to know where to direct patients for more support when they are released home from the hospital care and how they can receive additional support for the lifestyle change that is needed. To enable the transmission of needed and a correct information regarding lifestyle change support from nursing care professional to the patients during hospitalization is still a goal that we strive to achieve. It would be useful to prepare appropriate presentation of health promotion centers/health education centers and their programs for nursing care professionals.

Keywords: chronic diseases, cardiovascular diseases, prevention programs for adults, nurses.

UVOD

Srčno-žilne bolezni (SŽB) so kronične bolezni, kamor spadajo tudi rak, sladkorna bolezen, kronične bolezni dihal, duševne motnje in bolezni mišičja ter skeleta. Raziskave Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) kažejo, da je leta 2008 v svetu zaradi SŽB umrlo približno 17 milijonov ljudi. Za leto 2030 pa se pričakuje, da bo ta številka, ob ničnih ukrepih, 23 milijonov. Srčno-žilni dogodki tako predstavljajo najpogostejši vzrok smrti po vsem svetu. Z obvladovanjem dejavnikov tveganja bi se lahko izognili 80 % prezgodnjih smrti. Učinkovito (tudi z ekonomskega vidika) za zmanjševanje pojava SŽB in njimi povezane umrljivosti je tudi zmanjševanje dejavnikov tveganja. SZO navaja kajenje, kot enega izmed tistih dejavnikov tveganja, ki je najbolj škodljivo, hkrati pa se mu je mogoče popolnoma izogniti (Mendis, et al., 2011). Glavni vedenjski dejavniki tveganja, na katere lahko vplivamo, so torej kajenje ter nezadostna telesna dejavnost, nezdravo prehranjevanje in tvegano/škodljivo pitje alkohola. Metabolni dejavniki tveganja, ki močno prispevajo k naraščanju števila oseb s SŽB in so posledično povzročitelji velikega deleža smrti v svetu, pa so zvišan krvni tlak, zvišan krvni sladkor, zvišani lipidi v krvi, prekomerna telesna teža in debelost (World health organization, 2011).

Kljub temu, da se SŽB da preprečevati, se število obolelih konstantno večja. Vzrok temu so med drugim tudi nezadostni preventivni ukrepi. Vedenjski dejavniki tveganja predstavljajo pogost problem tudi v slovenskem prostoru. Raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje Z zdravjem povezan vedenjski slog iz leta 2016 (Vinko, et al., 2018) je pokazala, da se 50,4 % odraslih v Sloveniji prehranjuje pretežno nezdravo (Gregorič & Fajdiga Turk, 2018). Minimalno količino celokupne telesne dejavnosti dosega dobra polovica udeležencev v raziskavi (Petrič & Remec, 2018). Med drugim 23,2 % ljudi vsakodnevno doživlja stres in ima težave z njegovim obvladovanjem. Pogosteje ga doživljajo ženske in mlajši odrasli (Jeriček Klanšček & Hribar, 2018). V Sloveniji čezmerno pije alkohol vsak deseti odrasli prebivalec. Najmanj enkrat na leto se visoko tvegano opije vsak drugi prebivalec. Zaskrbljujoč pa je tudi podatek, da je 10,8 % mladih med 25. in 34. letom starosti čezmernih pivcev alkohola, kar predstavlja največji delež čezmernih pivcev alkohola v Sloveniji (Lovrečič & Lovrečič, 2018). V Sloveniji kadi 23,1 % odraslih, od tega jih to počne vsak dan 80,6 %. Kar 65,2 % ljudi pa si želi prenehati kaditi (Koprivnikar, 2018).

Življenjski slog posameznik lahko spremeni, za kar pa pogosto potrebuje podporo. Zdravstveni sistem jo lahko učinkovito nudi v obliki opolnomočenja ljudi preko učenja, informiranja in različnih oblik motivacije (Giardina, et al., 2011; cited in Morgan, et al., 2013). Po svetu se izvajajo programi, ki so pogosto usmerjeni v identificiranje posameznikovih tveganih vedenj in modifikacijo le-teh. To ima pozitiven vpliv na posameznika in skupnost, hkrati pa zmanjšuje tudi stroške zdravstvenega varstva. Programi preventive SŽB se učinkovito izvajajo v lokalnih skupnostih preko promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. V Kanadi so dokazali, da se lahko z izvajanjem programov preventive in promocije zdravja v lokalnih skupnostih ljudi ozavešča in motivira v taki meri, da pride do zmanjšanja števila hospitalizacij in z njimi povezanih stroškov (Goeree, et al., 2013). Poudarja se pomen podpore posameznikom z individualnimi obravnavami in medsebojno podporo udeležencev v skupinski obravnavi (Sabo, et al., 2018). Živimo v obdobju, ko imamo v ta namen na voljo orodja za uvajanje in vzdrževanje zdravega življenjskega sloga (Young, 2014). V Sloveniji je bil leta 2002 vzpostavljen Nacionalni program primarne preventive SŽB (NPPPSŽB), ki je bil sprva namenjen preventivi in zgodnjemu odkrivanju SŽB ter sladkorne bolezni tipa 2. V sklopu NPPPSŽB se je po Sloveniji v zdravstvenih domovih vzpostavilo 61 zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC), ki delujejo na področju promocije zdravega življenjskega sloga. V letu 2011 so začele delovati referenčne ambulante družinske medicine, ki so okrepile preventivo in zgodnje odkrivanje SŽB. Izvedla se je oceno stanja in potreb in se na podlagi tega pripravilo nadgrajen koncept ZVC, imenovan Center za krepitev zdravja (CKZ), ki se je najprej pilotiral v treh zdravstvenih domovih, nato pa se je nadgradnja prenesla še v 25 novih okolij. Z izpopolnjenim programom naj bi CKZ sčasoma popolnoma zamenjal koncept ZVC. Posebnost nadgradnje v CKZ je večji poudarek na delu z lokalno skupnostjo in aktivna promocija zdravja, ki je bolj prilagojena na lokalno okolje (Vrbovšek & Farkaš Lainščak, 2018). Na področju preventive je razvidno, da imata informiranje in izobraževanje bolnika pomemben vpliv na njegovo vedenje. Pomembno je, da ljudje vedo, kam se obrniti po resnične, preverjene informacije glede svojega zdravja in zdravljenja.

Primerno posredovanje informacij osebam s SŽB ima torej velik vpliv na njihovo vedenje. Tu ima izvajalec zdravstvene nege kot strokovnjak na področju preventive pomembno vlogo, saj ima priložnost osebo usmeriti na pravo obravnavo. Opolnomočenje lahko izvede tudi zdravnik ali druga za to usposobljena oseba. Poteka lahko na individualni ali skupinski ravni (Lansberg, et al., 2018). Opolnomočenje oseb s SŽB in tistih, ki so za pojav SŽB ogroženi, je ena od pomembnih aktivnosti, ki jo izvajajo strokovnjaki zaposleni v CKZ/ZVC.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna metoda zbiranja podatkov. Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga razvili tako, da je bil primeren za študente zdravstvene nege, ki študirajo ob delu in so zaposleni kot izvajalci zdravstvene nege. Za zbiranje, obdelavo in analizo podatkov smo uporabili odprtokodno aplikacijo Univerze v Ljubljani; 1KA. Vprašanja so bila zaprtega in odprtega tipa. V anketnem vprašalniku smo ugotavljali seznanjenost zaposlenih študentov zdravstvene nege s slovenskim programom integrirane preventive kroničnih bolezni. Vzorec predstavljajo zaposleni študenti 1., 2. in 3. letnika prvostopenjskega ter 1. in 2. letnika drugostopenjskega študijskega programa zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani. Preko anketnega vprašalnika smo želeli izvedeti, ali so zaposleni študenti zdravstvene nege z nacionalnimi programi preventive kroničnih bolezni seznanjeni, in katere informacije najbolj pogosto podajajo bolnikom ob odpustu iz bolnišnice. Zanimalo nas je, kam jih po obravnavi običajno usmerijo, ter v kolikšni meri znajo k vključitvi v programe preventive kroničnih bolezni motivirati hospitalizirane osebe po srčno-žilnem dogodku in tiste, pri katerih opazijo prisotne dejavnike tveganja za razvoj SŽB. Posredovanje vprašalnikov študentom se je na prvostopenjskem programu odvijalo v času predavanj. Študenti so jih prejeli v fizični obliki. Vprašalniki so bili kasneje preneseni v elektronsko obliko. Na drugostopenjskem programu pa so študenti povezavo do anketnega vprašalnika prejeli po elektronski pošti. Tako smo pridobili ciljno skupino, in sicer študente zdravstvene nege, ki so kot izvajalci zdravstvene nege že zaposleni. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je trajalo v povprečju 10 minut.

REZULTATI

Anketni vprašalnik je v obdobju od 22. 2. do 15. 3. 2019 izpolnilo 34 zaposlenih študentov zdravstvene nege. Nezaposleni študenti vprašalnika niso izpolnjevali. Anketiranci so imeli pozitiven odnos do izpolnjevanja anket, saj so bili v večini mnenja, da je tema aktualna in pomembna. Anketa je še vedno v teku in predvidevamo, da bo do konca študijskega leta število anketirancev višje. Med anketiranci je bilo 74 % oseb ženskega in 24 % moškega spola, 3 % pa tega podatka ni navedlo. Od vseh anketirancev ima 62 % oseb delovne dobe manj kot 5 let, 21 % jih ima med 5 in 11 let, 4 % med 12 in 17 let, 2 % anketirancev pa tega podatka ni navedlo. V enodnevni/enkratni (specialistični ambulantni obravnavi) je zaposlenih 59 % oseb, 33 % jih dela na oddelkih, kjer so bolniki v večdnevni obravnavi, 7 % pa drugje. V vprašalniku je 81 % zaposlenih študentov označilo, da v okviru svojega dela obravnavajo osebe s kronično boleznijo. Od tega jih je 91 % označilo, da imajo omenjene osebe SŽB. V 85 % so označili, da imajo obravnavane osebe prisotna tudi tvegana vedenja. Najbolj pogosta tvegana vedenja oseb v obravnavi so po navedbi anketirancev: kajenje (96 %), tvegano/škodljivo pitje alkohola (83 %), nezadostna fizična aktivnost (78 %), neobvladovanje stresa (61 %), premalo spanja (52 %) in drugo (17 %). Od tistih, ki delajo na oddelkih, kjer so osebe v obravnavi več dni, jih je 48 % označilo, da gredo po obravnavi nazaj v domače okolje. Od tega je 60 % zaposlenih študentov navedlo, da ob odpustu osebe domov ne posredujejo navodil, kako se soočati s kronično boleznijo (ne glede na vzrok obravnave). Navodila, ki jih s strani zaposlenih bolnik prejme najpogosteje, se nanašajo na predpisano terapijo, zdravljenje, rehabilitacijo in posebnosti, na katere morajo paziti glede na zdravstveno stanje. Anketiranci 90 % obravnavanih oseb ob odpustu iz bolnišničnega okolja ne usmerijo v njim najbližji CKZ/ZVC ter jim ne posredujejo informacij o aktivnostih krepitve zdravja, ki jih CKZ/ZVC izvajajo. Po rezultatih, pridobljenih v okviru ankete, je torej 91 % vseh anketirancev že slišalo za CKZ/ZVC. Od tega jih glavne aktivnosti CKZ/ZVC (podpora pri uvajanju zdrave prehrane in gibanja v vsakodnevno življenje, podpora pri zdravem hujšanju, opuščanju kajenja, življenjskem slogu ob prisotnih zvišanih lipidih v krvi, zvišanem krvnem tlaku, sladkorju ter psihoedukativne vsebine na področju stresa, tesnobe in depresije) pozna zgolj 41 % anketirancev.

DISKUSIJA

Izvajalci zdravstvene vzgoje in promocije zdravja so posebej za to usposobljeni zdravstveni delavci. Pri svojem delu izvajajo aktivnosti, ki podpirajo pomembne vedenjske spremembe, ki pripomorejo k preprečevanju pojava ali napredovanja bolezni (Sabo, et al., 2018). V CKZ/ZVC je interdisciplinarni tim pomemben element podpore na področju uvajanja sprememb v življenjski slog, vzdrževanja ali izboljševanja določenega zdravstvenega stanja. Izvajalci zdravstvene nege so na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje strokovno izobraženi in znajo k obravnavi osebe s SŽB tudi primerno pristopiti. Iz rezultatov izvedene ankete razberemo, da je na področju podpore osebam s SŽB in osebam, ki imajo tvegana vedenja, ob odpustu iz bolnišnične obravnave zagotovljeno premalo informacij o možnostih podpore. Izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni v bolnišnicah, v veliki večini ne prepoznajo vloge CKZ/ZVC pri podpori in pri motivaciji bolnika s SŽB na področju

spreminjanja življenjskega sloga. Osebe s SŽB, ki so zaključile večdnevno bolnišnično obravnavo, ob odpustu domov prejmejo zelo specifična navodila, ki pa so vezana izključno na njihove akutne težave in rehabilitacijo. V primerih posredovanih navodil, ki so jih navedli anketiranci, so najbolj pogosto navedena navodila glede terapije, omejitve tekočin, odsvetovanih gibov, navodila za higieno rane in drugih podobnih, ne pa usmeritve na podporo pri krepitvi zdravja.

Trend obravnave osebe s kronično boleznijo, ki se v svetu vedno bolj uveljavlja, je postopni prehod od avtoritativne instruktivne obravnave h kompleksnejši obravnavi, kjer je obravnavana oseba v središču in pri svojem okrevanju tudi aktivno sodeluje. V praksi se vedno bolj uporabljajo metode in pristopi, ki težijo k opolnomočenju ljudi na področju lastnega zdravja (Pregler, et al., 2009). V povezavi s spremembo življenjskega sloga, ki si jo želi pri osebi s SŽB doseči, ni dovolj, da se informacija zgolj posreduje. Pomembno je, da oseba pridobi tudi potrebna orodja (znanje, motivacijo, podporo), s katerimi si lahko pomaga pri vzdrževanju in krepitvi zdravja na daljši rok (Kelly & Barker, 2016). Dejstvo, da izvajalci zdravstvene nege, zaposleni v klinični praksi, večinoma ne poznajo aktivnosti za krepitev zdravja v CKZ/ZVC, ni nenavadno. Zdravniki in izvajalci zdravstvene nege v raziskavi na Finskem so navedli, da nimajo dovolj znanja za svetovanje glede uvajanja sprememb v življenjski slog, kljub temu, da se zavedajo, da je to ena od njihovih pomembnih dolžnosti. Povedali so, da se zavedajo tudi velikega pomena samoiniciative in aktivnega udejstvovanja posameznika v odločitvah, ki se tičejo njihovega življenjskega sloga (Jallinoja, et al., 2009). Osebe s SŽB in/ali tveganimi vedenji je potrebno podpirati in jih informirati, kam in kako se lahko obrnejo po podporo za uvajanje sprememb v življenjski slog. Za zagotavljanje potovanja pravih informacij od izvajalca zdravstvene nege do obravnavane osebe pa je potrebno primerno informirati tudi zdravstvene delavce in jim poslanstvo ter programe CKZ/ZVC ustrezno predstaviti.

Med raziskovanjem uspešnosti edukativnih delavnic za zdravstvene delavce se je izkazalo, da je že enourno informativno izobraževanje s pristopi, prilagojenimi potrebam skupine zaposlenih, doseglo uspešnost pri delovanju na področju preventive in preprečevanja SŽB (Pregler, et al., 2009). Tako je že krajše izobraževanje lahko učinkovito za dvig znanja in primerno uporabo informacij pri izvajalcih zdravstvene nege in zdravnikih.

ZAKLJUČEK

Študenti zdravstvene nege, zaposleni v bolnišničnih okoljih, v premajhni meri poznajo delo na področju krepitve zdravja. Kljub temu da delajo z osebami, ki bi jim podpora ne tem področju izjemno koristila pri vzdrževanju zdravja in pri dvigu kvalitete življenja. Za posredovanje osnovnih informacij o CKZ/ZVC osebami, ki to potrebujejo, pa bi študenti, izvajalci zdravstvene nege v bolnišnicah, potrebovali več informacij. Morda bi za boljše poznavanje dela CKZ/ZVC prišla v poštev izvedba izobraževanja za zaposlene v bolnišnicah, kjer bi prejeli osnovne informacije o delu CKZ/ZVC in navodila za posredovanje informacij bolnikom v obravnavi. Študenti zdravstvene nege pa bi lahko v času študija v CKZ/ZVC opravljali del praktičnega usposabljanja.

LITERATURA

Allan, G., M., Lindblad A., J., Comeau, A., Coppola, J., Hudson, B., Mannarino, et al., 2015. Simplified lipid guidelines. *Canadian Family Physician*, 61(10), pp. 857–867.

Goeree, R., Keyserlingk, C., Burke, N., He, J., Kaczorowski, J., Chambers, L., et al., 2013. Economic Appraisal of a Community-Wide Cardiovascular Health Awareness Program. *Value in Health*, 16(1), pp. 39–45.

Gregorič, M. & Fajdiga, Turk, V., 2018. Prehranjevanje. In: M., Vinko, et al., eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 16–9.

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K., 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, pp. 244–9.

Jeriček, Klanšček, H. & Hribar, K., 2018. Obvladovanje stresa. In: M., Vinko, et al. eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 34–6.

Jones, M. I., Greenfield, S. M., Bray, E. P., Hobbs, F. R., Holder, R., Little, P., et al., 2013. Patient self-monitoring of blood pressure and self-titration of medication in primary care: the TASMING2 trial qualitative study of health professionals' experiences. *British Journal of General Practice*. 63(611), pp. 378–85.

Kelly, M. P. & Barker, M., 2016. Why is changing health-related behaviour so difficult?. *Public Health*, 136, pp. 109–16.

- Koprivnikar, H., 2018. Kajenje. In: M., Vinko, et al. eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 30–2.
- Lansberg, P., Lee, A., Lee, Z., V., Subramaniam, K. & Setia, S., 2018. Nonadherence to statins: individualized intervention strategies outside the pill box. *Vascular Health and Risk Management*. 2018 (14), pp. 91–102.
- Lovrečič, B. & Lovrečič, M., 2018. Pitje alkohola. In: M., Vinko, et al. eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 26–8.
- Mendis, S., Puska, P., Norrving, B., eds., 2011. *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneva: World health organization, pp. 2–3.
- Moran, B. & Walsh, T., 2013. Cardiovascular Disease in Women. *Nursing for Women's Health*, 17(1), pp. 63–8.
- Petrič, M. & Remec, M., 2018. Telesna dejavnost. In: M., Vinko, et al. eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 22–4.
- Pregler, J., Freund, K., M., Kleinman, M., Phipps, M., G., Fife, R., S., Gams, B., et al. 2009. The heart truth professional education campaign on provider knowledge of women and heart disease. *Journal of Women's Health*, 18(10), pp. 1541–7.
- Sabo, S. J., Denman Champion, C., Bell, M. L., Cornejo Vucovich, E., Ingram, M., Valenica, C., et al., 2018. Meta Salud Diabetes study protocol: A cluster-randomised trial to reduce cardiovascular risk among a diabetic population of Mexico. *BMJ Open*, 8(3), p. e020762.
- Vrbovšek, S. & Farkaš Lainščak, J., 2018. Uporaba preventivnih zdravstvenih storitev. In: M., Vinko, et al. eds. *Kako skrbimo za svoje zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 68–71.
- World health organization, 2008. *Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*, pp. 82–4. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha61-rec1/a61_rec1-en.pdf [5. 12. 2018].
- World health organization, 2011. *Prioritized research agenda for prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization, pp: 10–4.
- World health organization. 2017. Cardiovascular disease. Available at: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/ [5. 12. 2018].
- Young, S., 2014. Healthy behavior change in practical settings. *The Permanente Journal*, 18(4), pp. 89–92.



SKUPNOSTNI PRISTOP K ZDRAVJU: RAZUMEVANJE VLOGE MEDICINSKIH SESTER PRI PROMOCIJI ZDRAVJA V LOKALNIH SKUPNOSTIH

**Community-based approach to
health: understanding the role of
nurses in health promotion in the
local communities**

**Klara Rebernik, dipl. m. s. s spec. znanji
asist. Sanja Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc.**

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja

doc. dr. Matic Kavčič, univ. dipl. soc.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

klara.rebernik@nijz.si

IZVLEČEK

Uvod: Kronične nenalezljive bolezni sodijo med vodilne vzroke smrti in prezgodnje umrljivosti v svetu. Njihov pojav in z njimi povezane zaplete je mogoče preprečiti tudi z aktivnostmi promocije zdravja, ki vključujejo ukrepe na področju širših determinant zdravja. S krepitvijo vloge medicinskih sester iz centrov za krepitev zdravja in patronažnega varstva pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih in izvajanjem aktivnosti po modelu skupnostnega pristopa so le-te postavljene v kompleksnejšo vlogo promotorja zdravja. Namen raziskave je bil prepoznati ključne vlog medicinskih sester iz centrov za krepitev zdravja in patronažnega varstva pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih na osnovi predhodne analize stanja na tem področju. Načrtovano raziskavo je vodilo naslednje raziskovalno vprašanje: »Kakšna je vloga medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva na področju izvajanja promocije zdravja v lokalnih skupnostih?« **Metode:** Uporabljena je bila metoda fokusne skupine. Izvedene so bile tri fokusne skupine, in sicer v zdravstvenih domovih Celje, Vrhnika in Sevnica. Skupno je sodelovalo 20 medicinskih sester iz centrov za krepitev zdravja in patronažnega varstva. Pridobljeni podatki so bili analizirani z metodo kvalitativne analize vsebine. **Rezultati:** Medicinske sestre so razumevanje pojma »promocija zdravja v lokalnih skupnostih« v večini opredelile z navajanjem konkretnih primerov aktivnosti, redkeje pa so razumevanje pojma skušale prikazati z abstraktnjšimi opisi. Kot primeri aktivnosti so bili navedeni izvajanje posvetovalnic v lokalnih skupnostih in obeležitve svetovnih dnevoov z zdravstveno tematiko. Del aktivnosti v lokalnih skupnostih je načrtovan vnaprej, del teh aktivnosti pa izveden sproti v obliki odzivanja na potrebe ciljne populacije. Kot ključna za izvajanje promocije zdravja v lokalnih skupnostih sta bila izpostavljena ustrezno znanje in praktične izkušnje s strokovnega področja zdravstvene nege. Izvajalci o aktivnostih promocije zdravja v lokalnih skupnostih spremljajo nekatere osnovne podatke (število udeležencev, zadovoljstvo in povratni odziv udeležencev, starostna struktura udeležencev), večina pa bi si dodatno želela spremljati napredek udeležencev ter zdravstveno stanje ciljne populacije. Izpostavljene so bile tudi nekatere ključne ovire pri izvajanju promocije zdravja v lokalnih skupnostih ter predlogi za premoščanje le-teh. **Diskusija in zaključek:** Medicinske sestre morajo okrepiti svojo vlogo na področju sistematičnega pristopa k načrtovanju in kasnejšega spremljanja uspešnosti aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih. Pri nadaljnjem razvoju in raziskovanju bo potrebno pozornost nameniti predvsem preusmeritvi delovanja medicinskih sester v lokalnih skupnostih od pristopa zdravstva k skupnosti k skupnostnemu pristopu k zdravju.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, zdravstvena vzgoja, zdravje v skupnosti, determinante zdravja

ABSTRACT

Introduction: No communicable chronic diseases are among the leading causes of death and premature mortality in the world. Their occurrence and associated complications can be avoided through health promotion activities involving measures in the field of wider determinants of health. By strengthening their role in the health promotion in local communities and implementing the community-based approach, nurses from the health promotion centers and community nursing are placed in a more complex health promoter role. The purpose of the research was to identify the key roles of nurses from health promotion centers and community nursing in the health promotion in local communities based on a preliminary analysis of the situation in this field. The planned research led the following research question: "What is the role of nurses from health promotion centres and community nurses in the field of health promotion in local communities?" **Methods:** A focus group method was used. Three focus groups were carried out in primary health centers Celje, Vrhnika and Sevnica. In total, 20 nurses from health promotion centers and community nursing participated. The acquired data were analyzed using the method of qualitative content analysis. **Results:** Nurses defined the concept of „health promotion in local communities“ in the majority by specifying concrete examples of activities, and, more rarely, they tried to show understanding of concept with more abstract descriptions. Examples of activities were the provision of consultations in local communities and the activities at "world days" with health topics. A part of the activities in local communities is planned in advance, and some of these activities are carried out in the form of response to the needs of the target population. Proper knowledge and practical experience in the professional field of nursing was exposed as a key to the implementation of health promotion in local communities. The providers of health promotion activities in local communities are accompanied by some basic data (number of participants, satisfaction and feedback from participants, age structure of participants), and most would also want to monitor the progress of the participants and the health status of the target population. Some key obstacles to the implementation of health promotion in local communities were also highlighted, as well as proposals for bridging them. **Discussion and conclusion:** Nurses need to strengthen their role in the systematic approach to planning and subsequent monitoring of the efficiency of health promotion activities in local communities. In further development and research, more

attention will need to be paid primarily to the reorganization of the work of nurses in local communities from the approach of health professionals to the community to the community-based approach to health.

Key words: no communicable chronic diseases, health education, community health, determinants of health

UVOD

Kronične nenalezljive bolezni (KNB), med katere sodijo srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen in kronične bolezni dihal, so po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) vzrok za 86 % vseh smrti v evropski regiji (World Health Organization, 2012). Njihov pojav in z njimi povezane zaplete je mogoče preprečiti tudi z aktivnostmi promocije zdravja (Berenguera et al., 2017).

Po definiciji SZO iz Ottawske listine je promocija zdravja proces, ki ljudem omogoča povečati nadzor nad svojim zdravjem in ga po možnosti izboljšati. Temeljna vodila promocije zdravja so zagovarjanje zdravja, omogočanje pogojev ljudem za doseganje polnega potenciala zdravja ter posredovanje za zdravje med različnimi interesi v skupnosti ter v različnih sektorjih. Prednostna področja delovanja so gradnja zdravju naklonjenih politik, ustvarjanje zdravju podpornih okolij, razvijanje osebnostnih spretosti z informiranjem in učenjem strategij sprejemanja, krepitev socialnih mrež ter preusmerjanje zdravstvene dejavnosti od preprečevanja in zdravljenja bolezni h krepitevi in ohranjanju zdravja (Zaletel-Kragelj et al., 2007; WHO, 1986). Promocija zdravja se od drugih javnozdravstvenih pristopov loči po tem, da zdravje dojema celostno, temelji na aktivnem vključevanju ciljnih populacij, se osredotoča na determinante zdravja ter gradi na obstoječih kapacitetah. Uporablja številne pristope, ki so usmerjeni v posameznike in različne skupnosti ali celotno prebivalstvo nekega območja (Zaletel-Kragelj et al., 2007).

Promocija zdravje je hkrati tudi eden od ključnih konceptov zdravstvene nege (Raingruber, 2014). Tradicionalno je bil pri delovanju medicinskih sester na področju promocije zdravja sicer poudarek na zdravstveni vzgoji, s preprečevanjem bolezni in nudenjem podpore posameznikom pri spreminjanju življenjskega sloga. Vse bolj pa se izpostavlja trend preusmeritve zdravstvene nege od izvajanja zdravstvene vzgoje s poudarkom na individualni obravnavi, ki vključuje informiranje posameznika in svetovanje za zdrav življenjski slog, k izvajanju kompleksnejših aktivnosti promocije zdravja (Whitehead, 2008). S tem postaja kompleksnejša tudi vloga medicinske sestre pri promociji zdravja, ki poleg individualnih zdravstvenovzgojnih pristopov obsega tudi opolnomočenje posameznikov in skupnosti, delovanje na področju socialne in zdravstvene politike, delovanje v lokalnih skupnostih ter interdisciplinarno povezovanje in sodelovanje (Kemppainen et al., 2012). Več avtorjev izpostavlja, da medicinske sestre niso dovolj aktivne pri sprejemanju lastne vloge v promociji zdravja (Keleher & Parker, 2013; Kemppainen et al., 2012; Whitehead, 2010; Casey, 2007).

Na zdravje vplivajo številni dejavniki, ki presegajo okvire zdravstvenega sektorja (WHO, 2008). Močna determinanta zdravja so razmere in odnosi v najpomembnejših skupnostih kot so družina, bivalna skupnost in njeno okolje ter delovna skupnost in njeno okolje (Kragelj-Zaletel et al., 2007). Sodelovanje lokalnih skupnosti pri načrtovanju in implementaciji aktivnosti promocije zdravja je bilo pomembno izpostavljeno že leta 1978 v deklaraciji SZO iz Alma Ate (Draper et al., 2010). Na osnovi opolnomočenja pripadnikov skupnosti in njihovega vključevanja v procese odločanja, v katerih se zdravje upošteva zdravje kot kriterij pri odločitvah, se razvija zdrava skupnost, ki omogoča in spodbuja vzpostavitev dobrih družbenih in fizičnih pogojev za zdravje (Pahor, 2018).

Skupnosti so kot življenjsko okolje in dejavnik zdravja ključne pri skrbi za zdravje. Oblike aktivnosti v skupnosti so se tekom časa spreminjale, pomen skupnosti pa je v preteklosti zmanjšala modernizacija in z njo vzpostavitev zdravstvenih ustanov. Ideja o skupnostnem pristopu se je pričela spet obujati v zadnji četrtini 20. stoletja. Skupnostni pristop se od tradicionalne skrbi za zdravje v skupnosti razlikuje po tem, da vzdržuje vez med z institucionalnim zdravstvom, odnos zdravstvenega sistema do skupnosti pa se je spremenil iz pokroviteljskega v zavezniškega. Pomembno vlogo imajo kot zavezniki pripadnikov skupnosti pri ustvarjanju zdrave skupnosti tudi zdravstveni strokovnjaki. Pri tem je pomembno, da skupnostnega pristopa ne zamenjamo s pristopom zdravstva k skupnosti, kjer gre za delovanje zdravstvenih strokovnjakov v lokalnih skupnostih. Tako delovanje je največkrat omejeno na spodbujanje ciljnih populacij k vključitvi v programe preventive in promocije zdravja ter k nastajanju partnerstev za podporo svojim dejavnostim, kar ima tudi pozitiven vpliv na zdravje pripadnikov skupnosti, ni pa primarno usmerjeno na opolnomočenje in usposabljanje skupnosti za izgradnjo zdravju naklonjenih politik (Krek et al., 2018).

V Sloveniji je bila za zdravstvene domove, ključne organizacijske strukture na primarni ravni zdravstvenega varstva za izvajanje preventive in promocije zdravja, prepoznana potreba po razvoju na področju javnozdravstvenega delovanja ter obravnave ne le posameznikov, ampak celotnega prebivalstva, ki ga posamezni zdravstveni dom pokriva (Klančar et al., 2010). Krepitev javnozdravstvene vloge zdravstvenih domov je bila ena od aktivnosti projekta Nacionalnega inštituta za javno zdravje z naslovom Skupaj za zdravje, ki bi zdravstvene domove vzpodbudila k načrtovanju promocije zdravja na podlagi prepoznanih

potreb ciljnih populacij. Ključni koncept pri tem je bil skupnostni pristop k zdravju, projekt pa je predvideval tudi vzpostavitev in delovanje novih struktur v lokalnih skupnostih. Obstoječi zdravstvenovzgojni centri so bili nadgrajeni v centre za krepitev zdravja (CKZ) z javnozdravstveno vlogo za lokalno okolje. V projektu so bile, predvsem z namenom zagotavljanja integrirane obravnave in vključevanja ranljivih skupin v preventivne programe, nadgrajene tudi aktivnosti preventive in promocije zdravja v patronažnem varstvu (Farkaš Lainščak et al., 2015).

Medicinske sestre se v slovenskem prostoru, predvsem z okrepljeno vlogo v lokalnih skupnostih, najbolj približajo kompleksni vlogi promotorja zdravja v okviru delovanja v CKZ-jih (Vrbovšek & Rebernik, 2017). Koncept CKZ-jev je medicinske sestre postavil v povsem novo vlogo, ki pa še ni natančno preučena. Prav tako ne vemo, kako to vlogo medicinske sestre razumejo same v odnosu do kompleksnejših procesov promocije zdravja v lokalnih skupnostih, zato je bila prepoznana potreba po raziskavi na tem področju.

Namen raziskave je prepoznati ključne vloge medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih. Glavni cilj raziskave je prepoznavanje ključnih vlog medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva na področju načrtovanja, organiziranja, izvajanja in vrednotenja aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih. Prvi podcilj raziskave je analiza sedanjega stanja na področju načrtovanja, organiziranja, izvajanja in vrednotenja aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih s strani medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva. Drugi podcilj pa je prepoznati ključne probleme, možnosti in omejitve ter zastaviti smer nadaljnjega razvoja na področju aktivnosti medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva v okviru promocije zdravja v lokalnih skupnostih. Načrtovano raziskavo je vodilo naslednje raziskovalno vprašanje: »Kakšna je vloga medicinskih sester iz CKZ-jev in patronažnega varstva na področju izvajanja promocije zdravja v lokalnih skupnostih?«

METODE

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop. Za namen zbiranja podatkov za analizo sedanjega stanja na področju načrtovanja, organiziranja, izvajanja in vrednotenja aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih je bila uporabljena metoda fokusnih skupin.

Opis instrumenta

Na vseh fokusnih skupinah so bile obravnavane naslednje teme: razumevanje pojma »promocija zdravja v lokalnih skupnostih«, znanje in veščine za izvajanje promocije zdravja v lokalnih skupnostih, načrtovanje promocije zdravja v lokalnih skupnostih, primeri aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih, ovire pri izvajanju promocije zdravja v lokalnih skupnostih ter predlogi za premoščanje le-teh.

Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni vsi trije sistemsko financirani CKZ-ji v slovenskem zdravstvenem sistemu (Celje, Vrhnika in Sevnica). Osebe za sodelovanje v fokusnih skupinah pa so bile izbrane namensko, glede na njihove funkcije, ki omogočajo odgovor na zastavljeno raziskovalno vprašanje. Na posamezna srečanja fokusnih skupin so bile prek vodje CKZ-ja vabljene diplomirane medicinske sestre iz standardnega tima CKZ-ja in diplomirane medicinske sestre iz patronažnega varstva.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V obdobju od junija do avgusta 2018 smo v vsakem od omenjenih zdravstvenih domov izvedli po eno fokusno skupino. Skupno smo torej organizirali in izvedli 3 fokusne skupine.

Tabela 1: Podatki o izvedenih srečanjih fokusnih skupin

Srečanje fokusne skupine	Termin izvedbe	Število udeležencev	Trajanje srečanja
Zdravstveni dom Celje	Julij 2018	8	1 ura in 27 minut
Zdravstveni dom Vrhnika	Avgust 2018	4	1 ura in 22 minut
Zdravstveni dom Sevnica	Julij 2018	8	1 ura in 45 minut

Srečanja fokusne skupine se je v zdravstvenem domu Celje udeležilo 8 udeleženk (od tega 3 diplomirane medicinske sestre iz CKZ-ja in 5 iz patronažnega varstva), v zdravstvenem domu Vrhnika 4 udeleženke (od tega 3 diplomirane medicinske sestre iz CKZ-ja in 1 iz patronažnega varstva) ter v zdravstvenem domu Sevnica 8 udeleženk (od tega 3 diplomirane medicinske sestre iz CKZ-ja in 5 iz patronažnega varstva). Na vseh treh srečanjih fokusnih skupin so bile prisotne tudi vodje posameznih CKZ-jev, v Celju in na Vrhniki pa sta bili prisotni tudi vodji patronažnih služb.

Razpravo je usmerjala moderatorka, vseh fokusnih skupin pa se je udeležila še ena oseba, ki je skrbela za snemanje pogovora in pisanje zapisnika. Za namen natančnejše in verodostojnejše analize vsebine so bila vsa tri srečanja fokusnih skupin snemana z digitalnim diktafonom in kasneje dobesedno prepisana. Pridobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo metode kvalitativne analize vsebine (Graneheim & Lundman, 2004). Zapise posameznih fokusnih skupin smo večstopenjsko kodirali, nato pa dobljene rezultate med seboj primerjali po posameznih temah.

REZULTATI

Pojem »promocija zdravja v lokalnih skupnostih« je bil abstraktnije predstavljen kot delovanje zdravstvenih delavcev izven zdravstvene ustanove, tako da se približajo ciljni populaciji z namenom osveščanja lokalnega prebivalstva ter motiviranja. Konkretnije aktivnosti, s katerimi so udeleženke fokusnih skupin želele prikazati razumevanje pojma »promocija zdravja v lokalnih skupnostih« so izvajanje zdravstvenovzgojnega svetovanja, aktivno vključevanje ranljivih oseb v programe preventivne in promocije zdravja, preprečevanje nastanka KNB ter sodelovanje z različnimi deležniki iz lokalnih skupnosti. V vseh treh fokusnih skupinah so bili kot primeri aktivnosti promocije zdravja navedeni izvajanje posvetovalnic v lokalnih skupnostih in obeležitve različnih svetovnih dnevoev z zdravstveno tematiko. Ugotavljamo, da medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva del svojih aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih načrtujejo vnaprej, del teh aktivnosti pa je izveden sproti. Pri vnaprej načrtovanih dogodkih gre v vseh treh okoljih za vsakoletne oziroma tradicionalne dogodke kot so na primer obeležitve svetovnih dnevoev, pri sprotih pa gre bolj za odzivanje na pobude ciljne populacije kot pa delovanje na podlagi prepoznanih potreb. Udeleženke kot ključna za izvajanje promocije zdravja v lokalnih skupnostih izpostavljajo ustrezno znanje in praktične izkušnje s strokovnega področja zdravstvene nege. Strinjajo se tudi, da so pri izvajanju omenjenih aktivnosti, pomembne komunikacijske veščine. Kot pomembne so nekatere izpostavile tudi osebne značilnosti izvajalca kot so zmožnost prilagajanja, empatija, pozitivna naravnost, sodelovalnost, neobsojanje ter motiviranost. Izvajalci o aktivnostih promocije zdravja v lokalnih skupnostih spremljajo nekatere osnovne podatke kot so število udeležencev, zadovoljstvo in povratni odziv udeležencev ter starostno strukturo udeležencev. Uspešnost spremljajo na podlagi samoporočanja udeležencev in opazovanja izvajalcev. Kot ključne ovire pri izvajanju promocije zdravja v lokalnih skupnostih so bile izpostavljene: nezainteresiranost odločevalcev iz lokalnih skupnosti za zdravstvene vsebine, prisotnost komercialnih ponudnikov prehranskih dodatkov v lokalnih skupnostih oziroma nasičenost lokalnega okolja z drugimi vsebinami s področja zdravja, zagotavljanje ustreznega prostora, neustrezne informacije o zdravih navadah s strani medijev ter odsotnost informacijske podpore. Med predlogi za premostitev izpostavljenih ovir so večje število izobraževanj ter nudenje podpore udeležencem po zaključeni obravnavi v CKZ-ju s strani medicinskih sester iz patronažnega varstva.

DISKUSIJA

Medicinske sestre pojem »promocija zdravja v lokalnih skupnostih« pogosto razumejo v ožjem smislu, da neko vsebino, v tem primeru zdravje, javnosti predstavijo v okviru posebne prireditve. Redkeje pa ga razumejo v smislu kompleksnejših procesov opolnomočenja posameznikov in skupnosti pri skrbi za lastno zdravje (Zaletel-Kragelj et al., 2007). Predpostavljamo, da je razumevanje koncepta povezano z enačenjem pojmov zdravstvena vzgoja in promocija zdravja. Tudi Delfska študija, katere namen je bil pridobitev soglasja stroke glede promocije zdravja in zdravstvene vzgoje, je pokazala, da medicinske sestre soglašajo o definiciji pojmov promocija zdravja in zdravstvena vzgoja, manjša pa je bila stopnja soglasja glede dejanske prakse. Medicinske sestre torej znajo prikazati razumevanje pojmov na teoretični ravni, težje pa so opredelile dejanske aktivnosti (Whitehead, 2008).

Na podlagi analize sedanjega stanja na področju aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih zaznavamo razlike v delovanju medicinskih sester iz CKZ ter medicinskih sester iz patronažnega varstva. Medicinske sestre iz patronažnega varstva pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih delujejo na ravni posameznika in njegove ožje skupnosti, medtem ko medicinske sestre iz CKZ svoje aktivnosti v lokalnih skupnostih načrtujejo na populacijski ravni. Ne glede na področje delovanja

pa medicinske sestre svoje aktivnosti načrtujejo in izvajajo predvsem po pristopu zdravstva k skupnosti. Njihove aktivnosti obsegajo predvsem vključevanje ciljnih populacij v preventivne programe in zdravstvenovzgojno svetovanje, kar pomeni, da bo potrebno dodatno pozornost nameniti implementaciji skupnostnega pristopa k zdravju ter krejitvi vloge medicinskih sester v okviru tega pristopa.

Uporaba teoretičnih okvirov kot osnove za organizacijsko-strateško načrtovanje in razvoj je ključnega pomena za uspeh programov in intervencij promocije zdravja v lokalnih skupnostih (Marks et al., 2013), saj uporabljen teoretični okvir določa vloge in odnos med izvajalcem in uporabniki. V bodoče si je potrebno prizadevati, da bodo medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva pri svojem delu poleg medicinskega, vedenjskega in izobraževalnega pristopa uporabljale tudi zahtevnejše pristope kot sta na primer pristop opolnomočenja ter pristop k socialnim spremembam. Pri čemer bi bila tudi njihova vloga pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih in v odnosu do uporabnikov kompleksnejša (Naidoo, Wills, 2009). Pred tem je v stroki zdravstvene nege potrebno doseči konceptualni konsenz na področju izvajanja promocije zdravja v lokalnih skupnostih, ki bi medicinskim sestram predstavljal izhodišče za delovanje na tem področju.

Večina aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih, ki jih izvajajo medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva, je sicer načrtovanih, nima pa vnaprej opredeljenih merljivih ciljev uspešnosti, zato prepoznavamo potrebo po vpeljavi sistematičnih modelov in orodij, s katerimi bi to dosegli. S sistematičnim pristopom k načrtovanju in implementaciji zagotovimo večjo učinkovitost programov promocije zdravja. Tak način načrtovanja in implementacije nam v končni fazi omogoča oceno vsebinske in stroškovne učinkovitosti, saj imajo tako načrtovani programi promocije zdravja opredeljene merljive cilje in pristope (Bajt & Jeriček Klanšček, 2017). Pomemben korak pri načrtovanju programov promocije zdravja je tudi vključevanje deležnikov iz lokalnih skupnosti, saj se ciljna populacija lahko ne zaveda zdravstvenih problemov, s katerimi se sooča ali ji grozijo (Okop et al., 2016; Villablanca et al., 2016), dragoceno pa je tudi za načrtovalce, saj jim nudi uvid v potrebe skupnosti (Bajt & Jeriček Klanšček, 2017). Pri analizi sedanjega stanja zaznana odzivanje na izkazane potrebe posameznih deležnikov iz lokalnih skupnosti, ki niso nujno objektivne, bi lahko zmanjšali z načrtovanjem in izvajanjem aktivnosti po modelu skupnostnega pristopa. Skupnostni pristop k zdravju odraža premik od aktivnosti, načrtovanih izključno s strani strokovnjakov, k aktivnostim, ki so načrtovane v sodelovanju s skupnostjo in jim omogočajo opolnomočenje.

Medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva, ki so sodelovale v fokusnih skupinah, se prepoznajo v vlogi načrtovalk (samostojnih ali v timu) aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih, a bi morale pri tem prevzeti aktivnejšo vlogo. Medicinske sestre, ki delujejo na področju javnega zdravja, imajo ključno povezovalno vlogo med odločevalci na nacionalni ravni in lokalnim prebivalstvom (Dahl, 2018). Tovrstne aktivnosti na populacijski ravni zahtevajo specifično znanje, kompetence in veščine (Barry et al., 2009), kar zaznavajo tudi medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva, saj so na srečanjih fokusnih skupin pomankanje nekaterih znanj in veščin navedle med ovirami pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih. Na Finskem so na primer med zdravstvenimi delavci medicinske sestre prepoznane kot ključne načrtovalke in izvajalke aktivnosti preventive in promocije zdravja. Delovanje medicinskih sester na področju javnega zdravja je podprto s kontinuiranim usposabljanjem, namenjenemu vzdrževanju in nadgrajevanju znanja (Grym & Borgermans, 2018).

ZAKLJUČEK

V okviru nadgradnje programov preventive in promocije zdravja je bila medicinskim sestram dodeljena pomembna javnozdravstvena vloga, ki je v prakso prinesla nekatere nove izzive, predvsem na področju izvajanja aktivnosti promocije zdravja na populacijskem nivoju, torej v lokalnih skupnostih. Na podlagi analize sedanjega stanja na tem področju ugotavljamo, da medicinske sestre iz CKZ-jev in patronažnega varstva zavzemajo predvsem vloge samostojnih načrtovalk in izvajalk aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih. Delovanje medicinskih sester v lokalnih skupnostih je usmerjeno predvsem na prepoznavanje in preprečevanje problemov, povezanih z zdravjem, ne pa tudi na vplivanje na širše determinante zdravja. Nesistematično načrtovane aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih, brez vnaprej opredeljenih merljivih ciljev, ne omogočajo zanesljivega spremljanja ter v kasnejši fazi ocene vsebinske in stroškovne učinkovitosti. Možnosti za razvoj so torej predvsem na področju vpeljave sistematičnega pristopa ter orodij za načrtovanje in kasnejše spremljanje aktivnosti promocije zdravja v lokalnih skupnostih, pri čemer bi bilo potrebno okrepiti vlogo medicinskih sester z ukrepi na področju politik in predpisov, izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi ter stroke zdravstvene nege.

LITERATURA

- Bajt, M. & Jeriček Klanšček, H., 2017. *Priprava programov promocije zdravja po korakih in evalvacija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Barry, M.M., Allegrant, J.P., Lamarre, M., Auld, E., Taub, A., 2009. The Galway consensus conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and education? *Global Health Promotion*, 16(2), pp. 5–11.
- Berenguera, A., Pons-Vigués, M., Moreno-Peral, P., March, S., Ripoll, J., Rubio-Valera, M. et al., 2017. Beyond the consultation room: proposals to approach health promotion in primary care according to health-care users, key community informants and primary care centre workers. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(5), pp. 896–910.
- Casey, D., 2007. Nurse's perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), pp. 1039–49.
- Dahl, B.M., 2018. Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(Suppl 20), pp. S53–S8.
- Draper, A. K., Hewitt, G., Rifkin, S., 2010. Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social Science & Medicine*, 71(6), pp. 1102–9.
- Farkaš Lainščak, J., Huber, I., Maučec Zakotnik, J., Sedlar, N., Vrbovšek, S., eds., 2015. Program integrirane preventivne KNB in zmanjševanja neenakosti v zdravju pri odraslih: pilotno testiranje integriranih procesov vključevanja in obravnav ciljne populacije v okviru projekta Skupaj za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 12–46.
- 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.
- Grym, K., Borgermans, L., 2018. *Public health nurses in Finland: a life-course approach to the prevention of noncommunicable diseases*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/367270/gpb-hss-ncds-fin-eng.pdf [7. 12. 2018].
- Keleher, H. & Parker, R., 2013. Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian*, 20(4), pp. 215–21.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., Turunen, H., 2012. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), pp. 490–501.
- Kennedy, B.M., Prewitt, E., McCabe-Sellers, B. et al., 2011. Academic partnerships and key leaders emerging from communities in the Lower Mississippi Delta (LMD): a community-based participatory research model. *Journal of Cultural Diversity*, 18(3), pp. 90–4.
- Klančar, D., Švab, I., Kersnik, J., 2010. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 49(1), pp. 37–43.
- Krek, M., Pahor, M., Ranfl, M., Huber, I., 2018. Skupnostni pristop k zdravju: izhodišča, načela, procesi. In: Pahor, M., ed. *Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa v zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 40–58.
- Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_zdrava_skupnost_low_res_0.pdf [16. 6. 2018].
- Marks, B., Sisirak, J., Chang, Y., 2013. Efficacy of the HealthMatters Program train-the-trainer model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(4), pp. 319–34.
- Naidoo, J. & Wills, J., 2009. *Foundations of health promotion*. 3rd ed. China: Baillière Tindall, pp. 3–83, 115–70, 225–33.
- Okop, K.J., Mukumbang, F.C., Mathole, T., Levitt, N., Puoane, T., 2016. Perceptions of body size, obesity threat and willingness to lose weight among black South African adults: a qualitative study. *BMC Public Health*, 16(1), 365. doi: 10.1186/s12889-016-3028-7.
- Pahor, M., 2018. Zdrava skupnost kot cilj in pot: uvod k priročniku za skupnostni pristop k zdravju. In: Pahor, M., ed. *Zdrava skupnost. Priročnik za razvoj skupnostnega pristopa v zdravju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 10–2.
- Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_zdrava_skupnost_low_res_0.pdf [16. 6. 2018].
- Raingruber, B., 2014. Health education, health promotion, and health: what do these definitions have to do with nursing? In: Raingruber, B., *Contemporary health promotion in nursing practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, pp. 1–24.
- Villablanca, A.C., Warford, C., Wheeler, K., 2016. Inflammation and cardiometabolic risk in African American women is reduced by a pilot community-based educational intervention. *Journal of Women's Health*, 25(2), pp. 188–99.
- Vrbovšek, S. & Rebernik, K., eds., 2017. *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih. Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/vsebinska_izhodišca_na_izvajanje_op_nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov.pdf [20. 8. 2018].
- Whitehead, D., 2008. An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), pp. 891–900.

Whitehead, D., 2010. Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promotion International*, 26(1), pp. 117–27.

World Health Organization, 1986. *Ottawa charter for health promotion*. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf [2. 8. 2018].

World Health Organization, 2008. *Health equity through action on the 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/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=9681410B2DFD32CDB26989D3EE944504?sequence=1 [8. 8. 2018].

World Health Organization, 2009. *Milestones in health promotion. Statements from Global conferences*. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf [8. 8. 2018].

World Health Organization, 2012. *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I., Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 42–107, 288–314.



RAZLIKE MED URBANIM IN RURALNIM OKOLJEM V PREHRANSKIH NAVADAH OSMOŠOLCEV ZGORNJE GORENJSKE

**The differences between urban
and rural areas in the dietary
habits of eight grades children
in upper Carniola region of
Slovenia**

Ksenija Noč, dipl. m.s., mag. zdr. nege

Nevenka Vrhovnik, dipl. m. s.

Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Jesenice

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

doc. dr. Matic Kavčič

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

ksenija.noc@zd-jesenice.si

Prispevek temelji na magistrskem delu z naslovom Razlike med urbanim in ruralnim okoljem v izbranih dejavnikih nezdravega načina življenja otrok osmega razreda: analiza stanja v občinah Jesenice, Kranjska Gora in Žirovnica

IZVLEČEK

Uvod: Zdrav življenjski slog je z zdravjem povezano vedenje, ki je povezano z vzgojo, družbenimi normami, socialno mrežo ter delovnim in bivalnim okoljem. Zgornjesavska dolina zajema tri občine: Jesenice, Žirovnica in Kranjska Gora. Namen raziskave je bila analiza prehranskih navad celotne populacije osmošolcev in ugotavljanje razlik glede na okolje. Hipotezi, ki smo ju postavili sta bili, da imajo osmošolci iz ruralnega okolja boljše prehranske navade, kot osmošolci iz urbanega okolja ter da vključenost osnovnih šol v projekt Šolska shema sadja in zelenjave pomembno vpliva na priljubljenost uživanja sadja in zelenjave. **Metode:** V raziskavi smo uporabili kvantitativno raziskovalno metodologijo. Izvedli smo presečno študijo, merski instrument je bil anketni vprašalnik. Zajeli smo celotno populacijo osmošolcev šestih osnovnih šol, realizacija vzorca je bila 68,3 % (n = 179). Analize so bile izvedene s t- testom za dva neodvisna vzorca in s testom hi-kvadrat. **Rezultati:** Pri stopnji tveganja 5 % so se pokazale statistično značilne razlike pri pitju sladkih pijač: osmošolci iz urbanega okolja v povprečju popijejo več sladkih pijač, gaziranih in negaziranih. Pri vprašanih glede uživanja zajtrka, šolske malice, kosil, sladkarij nismo dobili statistično značilnih razlik glede na okolje. Vključenost v projekt Shema šolskega sadja in zelenjave statistično značilno vpliva na priljubljenost uživanja sadja in zelenjave. **Diskusija in zaključek:** Obstajajo manjše razlike, ki kažejo v prid bolj zdravim prehranskim praksam otrok na podeželju. Na podlagi rezultatov lahko ciljano pristopamo k problematiki prekomernega uživanja sladkih pijač v urbanem okolju in ozaveščanjem pomembnosti uživanja sadja in zelenjave.

Ključne besede: življenjski slog, zdravstvena vzgoja, prehrana, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: Healthy lifestyle presents healthy behaviours affected by social norms, social networking as well as a person's working and living environment. Zgornjesavska dolina valley comprises of three municipalities: Jesenice, Žirovnica and Kranjska Gora. The purpose of research was to analyse nutritional habits of the whole population of eighth and to identify the differences based on the environment. **Methods :** We conducted a cross-sectional study and used the descriptive method. The measuring instrument was a questionnaire. The study included the whole population of eighth-graders. The response rate was 68.3 % (n = 179). Analyses were conducted with t-test for two independent samples, and chi-squared test. **Results:** At 5 % level of risk there are statistically significant differences in drinking sweet beverages; the eighth-graders from urban environment on average consume more, both carbonated and non-carbonated ones. Questions about having breakfast, school snack, lunch, sweets did not show any statistically significant differences based on the children's environment. School Fruit and Vegetables Scheme project benefits the pupils as statistically it significantly influences the popularity of eating fruit and vegetables. **Discussion and conclusion:** There are minor differences of healthier nutrition practice in children from rural areas. With concrete results we can approach the problem of excessive consumption of soft drinks in the urban environment and raise awareness of the importance of using fruit and vegetables.

Key words: life style, health education, nutrition, nurse

UVOD

Zdrav življenjski slog je z zdravjem povezan vzorec vedenja, ki ga sooblikujejo vzgoja, družbene norme, socialne mreže ter delovno in bivalno okolje. Za oblikovanje zdravega življenjskega sloga posameznika so ključni zdrava in uravnotežena prehrana, telesna dejavnost, spoprijemanje s stresom in izogibanje škodljivim razvadam (Artnik, et al., 2011).

Globalna strategija Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) o prehrani, telesni dejavnosti in zdravju otrok in mladostnikov je usmerjena v pogostejše uživanje sadja, zelenjave, vlaknin, polnozrnatih izdelkov in oreščkov, omejitev uživanja hrane z nasičenimi maščobnimi kislinami in omejitev uživanja sladkih živil in sladkih pijač (World Health Organization, n.d.). Temelj prehrane šolskih otrok in mladine je pestra, kakovostna in raznolika prehrana. Ko govorimo o nezdravih prehranjevalnih navadah, ki vodijo v povišano telesno maso in debelost, so to: neustrezen izbor živil, neustrezen režim prehranjevanja, neustrezna kultura prehranjevanja (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2005). Pri otrocih in mladostnikih je izreden poudarek na uživanju zajtrka, ki bistveno pripomore k izboljšanju kognitivne funkcije. Izpuščanje zajtrka se povezuje s prekomerno telesno težo otrok in mladostnikov in nezdravimi prehranskimi izbirami (Rampersaud, et al., 2004).

Slovenija že vrsto let sodeluje v mednarodni raziskavi: »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC)«, ki ugotavlja vedenja, povezana z zdravjem pri 11-, 13- in 15-letnikih. V analizi trenda raziskave med leti 2002 in 2014 so bile ključne naslednje ugotovitve: pomembno se je znižal delež mladostnikov, ki vsak dan pijejo sladke pijače, pomembno se je zvišal delež mladostnikov, ki med šolskim tednom redno zajtrkujejo, pomembno se je znižal delež redno telesno dejavnih mladostnikov (Jeriček Klanšček, et al., 2015). Da bi ustavili trend zmanjševanja uživanja sadja in zelenjave in hkrati znižali delež prekomerno hranjenih oz. debelih otrok so slovenske šole vse od leta 2008 vključene v Shema šolskega sadja in zelenjave (SŠSZ), ki je ukrep skupne kmetijske politike Evropske unije v sektorju sadja in zelenjave (Uredba o izvajanju sheme šolskega sadja, 2012). V Sloveniji je v vključenih 428 osnovnih šol. V SŠSZ sta v občinah Jesenice, Kranjska Gora in Žirovnica v šolskem letu 2015/2016 vključeni OŠ Žirovnica in OŠ Koroška Bela (Shema šolskega sadja in zelenjave, n. d.).

Otroci v občinah Jesenice, Kranjska Gora in Žirovnica živijo v različnih okoljih, v urbanem in v ruralnem okolju. Turk Niskač in sodelavci (2010) izhajajo pri opredelitvi katero okolje je urbano in katero ruralno, iz zunanjih značilnosti prostora, po katerih ljudje povezujejo določen prostor s podeželjem ali z mestom. Urbano se največkrat povezuje s stolpnici, prometom, manjšimi naravnimi površinami, hrupom, mestnim avtobusom, javnimi ustanovami in cestami, podeželje je nasprotno, prostor miru, narave, odmaknjenosti od glavnih cest, značilna je redkejša poseljenost in obsežna raba zemlje.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti prehranske navade celotne populacije osmošolcev (izraz osmošolci se uporablja za oba spola) treh občin Jesenice, Kranjska Gora in Žirovnica ter ugotoviti razlike, glede na okolje iz katerega izhajajo. Hipotezi, ki smo ju postavili sta bili:

- Hipoteza 1: Osmošolci iz ruralnega okolja imajo boljše prehranske navade, kot osmošolci iz urbanega okolja.
- Hipoteza 2: Vključenost šol v projekt Shema šolskega sadja in zelenjave pomembno vpliva na priljubljenost uživanja sadja in zelenjave med osmošolci.

METODE

Izvedena je bila presečna študija in uporabljena deskriptivna metoda dela, kjer so bili podatki zbrani z anketnim vprašalnikom. Uporabljen je bil kvantitativni pristop. Merski instrument je bil anketni vprašalnik.

Opis instrumenta

Merski instrument, uporabljen v tej raziskavi, je bil vprašalnik za samoizpolnjevanje na papirju (PAPI). Oblikovali smo ga sami na osnovi pregleda in analize literature najdene v mednarodnih podatkovnih bazah. Vseboval je nekatere že preizkušene raziskovalne indikatorje oz. merske lestvice. Uporabili smo opisne in številске merske lestvice ter jih prilagodili temi raziskave (Wright, et al., 2010; Jeriček Klanšček, et al., 2015, Slovensko javno mnenje, 2016; Smetanina, 2016). Zanesljivost merskega instrumenta smo testirali s pomočjo koeficienta Cronbach alfa. Koeficient Cronbach alfa je presegal vrednost 0,7 (0,773), ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo notranje konsistentnosti (Košmelj, 2007). Vprašalnik sestavljajo vprašanja o pogostosti uživanja zajtrka, šolske malice, šolskega kosila, kosila doma, uživanja sladkarij, uživanja brezalkoholnih gaziranih sladkih pijač, negaziranih sladkih pijač, slanih prigrizkov, sadja in zelenjave. Otroci so odgovore označevali na sedemstopenjski lestvici (od *nikoli* do *vsak dan večkrat*). Sledijo vprašanja o priljubljenosti uživanja sadja in zelenjave, kjer so odgovori podani na petstopenjski Likertovi lestvici. V zadnjem sklopu so zajeti demografski podatki: spol, osnovna šola, ki jo otrok obiskuje, naselje, kjer živi (brez hišne številke), tip krajevne skupnosti, kjer živi, mestna, primestna, vaška.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili celotno populacijo osmošolcev šolskega leta 2015/2016 iz osnovnih šol Kranjska Gora, Mojstrana, Tone Čufar, Prežihov Voranc, Koroška Bela in Žirovnica, katerih starši so dali pisno soglasje za sodelovanje v raziskavi. Celotna populacija je zajemala 262 osmošolcev (N = 262), pridobili smo 179 dovoljenj (n = 179), prav toliko osmošolcev je anketo tudi izpolnilo. Realizacija je bila 68,3 %. S hi-kvadrat testom smo preverili razlike v porazdelitvi med vzorcem in celotno populacijo glede na spol in kraj bivanja, z ničelno hipotezo, da med vzorcem in populacijo ni statistično značilnih razlik v porazdelitvi, pri stopnji tveganja 5 %. Stopnja značilnosti p je bila večja kot stopnja tveganja (p = 0,107), kar pomeni, da ničelne hipoteze (ni statistično značilnih razlik med vzorcem in populacijo) ne moremo zavrniti ob stopnji tveganja 5 %. Otroci, ki so sodelovali v raziskavi, se torej po spolu in po kraju bivanja statistično pomembno ne razlikujejo od populacije. Glede na visoko pokritost anketirane populacije ter podobnost vzorčnih porazdelitev lahko sklepamo na dobro reprezentativnost in posplošljivost rezultatov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med 1. in 14. junijem leta 2016. Osmošolci so vprašalnike izpolnjevali v razredih med šolsko uro, namenjeno razredni skupnosti, ob prisotnosti razrednikov. Razredniki so vprašalnike zbrali v namenski škatli. Za obdelavo podatkov smo uporabili statistični program IBM SPSS Statistics 22. Demografske podatke smo prikazali s pomočjo opisne statistike. Pri preverjanju hipotez smo uporabili inferenčne statistične metode. Soodvisnost nominalnih spremenljivk smo preverjali s hi-kvadrat testom. Razlike v povprečjih med dvema neodvisnima vzorcema smo ugotavljali s t-testom.

REZULTATI

V raziskavi je sodelovalo 54,8 % žensk (n = 98) in 45,2 % (n = 81) moških. Vrsto okolja, urbano ali ruralno, torej območje, kjer otroci živijo, smo pridobili iz podatka o ulici (kraju), brez hišne številke, iz česar sledi, da 55,3 % (n = 99) anketirancev prihaja iz urbanega okolja in 44,7 % (n = 80) iz ruralnega območja.

Deleži in število učencev po osnovnih šolah so prikazani v tabeli 1. Vključenih v raziskavo jih je bilo največ iz OŠ Prežihov Voranc, najmanj pa iz OŠ Mojstrana.

Tabela 1: Prikaz deležev in števila učencev po osnovnih šolah

OSNOVNA ŠOLA	n	%
Tone Čufar	30	16,76
Prežihov Voranc	47	26,26
Koroška Bela	33	18,44
Žirovnica	31	17,32
Mojstrana	13	7,26
Kranjska Gora	25	13,97
Skupaj	179	100

Legenda: n – število; % - delež

Pri prehranskih navadah smo ugotavljali razliko v uživanju zajtrka, sladkarij in sladkih pijač in slanih prigrizkov glede na okolje. Ugotovili smo, da 37,4 % osmošolcev zajtrkuje vsak dan, 10 % nikoli. V šoli vsak dan malica 56,4 % otrok, 3 % otrok nikoli ne malica v šoli. Šolsko kosilo vsak dan je 20,1 % otrok, 40 % otrok nikoli ne je šolskega kosila. Sladkarije vsak dan vsaj enkrat uživa 24,6 % otrok, 13,4 % celo večkrat dnevno; občasno (med 6-krat in enkrat tedensko) 73,7 % otrok. Gazirane sladke pijače vsak dan pije 3,4 % otrok, 14 % nikoli, torej občasno 82,6 % otrok. Brezalkoholne negazirane sladke pijače vsak dan ali vsak dan večkrat pije 20,1 % otrok. Slane prigrizke (smoki, čips in podobno) vsak dan je 5% otrok, 89 % otrok, največkrat manj kot enkrat tedensko. Slanih prigrizkov nikoli ne je 6 % otrok. Vsak dan ali večkrat na dan sadje je 44,7 % otrok, nikoli 2,8 % otrok. Zelenjavo vsak dan ali vsak dan večkrat je 30,7 % otrok, 7,8% otrok nikoli ne je zelenjave.

Manj kot enkrat na teden zajtrkuje 11,2 % otrok iz urbanega in 16,3 % otrok iz ruralnega okolja. Enkrat do dvakrat tedensko zajtrkuje 19,4 % otrok iz urbanega okolja in 11,3 % otrok iz ruralnega okolja, pri ostalih odgovorih ni bilo bistvene razlike. Šolske malice ne je 2,8% več otrok iz ruralnega okolja kot iz urbanega in vsak dan malica 7,1 % več osmošolcev iz ruralnega okolja. Polovica (49,5 %) osmošolcev iz urbanega okolja nima kosila v šoli, med tistimi iz ruralnega okolja je takih manj kot tretjina (28,7 %). Vsak dan je šolsko kosilo 27,5 % otrok iz ruralnega okolja in 14,1 % otrok iz urbanega okolja. Doma je kosilo 40,4 % otrok iz urbanega okolja in 31,3 % otrok iz ruralnega okolja.

Ko smo ugotavljali razlike v povprečjih za vprašanja o prehranskih navadah glede na okolje, je bila statistično pomembna razlika med povprečji glede na vrsto okolja, ugotovljena pri vprašanju: »Kako pogosto (nikoli, manj kot 1-krat na teden, 1-2-krat na teden, 3-4-krat na teden, 5-6-krat na teden, vsak dan enkrat, vsak dan večkrat) piješ brezalkoholne gazirane pijače (coca-cola, fanta, sprite in podobno)?« (t = 3,355, p = 0,001 < 0,05) in vprašanju: »Kako pogosto piješ negazirane sladke pijače (sokovi, ledeni čaj, voda z okusi in podobno)?« (t = 2,209, p = 0,028 < 0,05) pri stopnji tveganja 5 % (tabela 2). Izkazalo se je, da otroci iz urbanega okolja v povprečju nekoliko bolj pogosto pijejo prej omenjene, večinoma precej sladke pijače (Tabela 2).

Tabela 2: T- test za pogostost uživanja zajtrka, sladkarij in sladkih pijač, glede na okolje bivanja

	Vrsta okolja	n	PV	SO	t	p
Kako pogosto po navadi zatrkuješ (več, kot je kozarec mleka, kakava, čaja ali soka)	urbano	98	3,11	1,799	0,928	0,928
	ruralno	80	3,09	1,857		
Kako pogosto ješ sladkarije (bonboni, čokolada, piškoti in podobno)?	urbano	99	3,32	1,640	0,971	0,333
	ruralno	80	3,09	1,585		
Kako pogosto piješ brezalkoholne gazirane pijače (coca-cola, fanta, sprite in podobno)?	urbano	99	2,07	1,416	3,355	0,001
	ruralno	80	1,43	1,088		
Kako pogosto piješ negazirane sladke pijače (sokovi, ledeni čaj, voda z okusi in podobno)?	urbano	99	3,18	1,746	2,209	0,028
	ruralno	80	2,63	1,586		

Legenda: n – število; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-statistika; p – stopnja značilnosti

V nadaljevanju analize smo združili odgovore o prehranskih navadah v novo statistično spremenljivko: vsak dan (združevanje odgovorov vsak dan, vsak dan večkrat) in ne vsak dan (združevanje odgovorov 5- do 6-krat tedensko, 3- do 4-krat tedensko, 1- do 2-krat tedensko, manj kot enkrat tedensko) in naredili primerjavo glede na okolje. Pri vprašanjih o gaziranih brezalkoholnih pijačah in uživanju slanih prigrizkov niso bili izpolnjeni pogoji za test hi-kvadrat (pričakovano število frekvenc je bilo manjše od 5 v razredu vsak dan, kar predstavlja 25 % vseh celic in presega pogoj za test hi-kvadrat – 20% od vseh celic), zato tam statistično pomembne povezave nismo mogli ugotovljati s testom hi-kvadrat. Pri drugih vprašanjih statistično pomembne povezave med prehranskimi navadami (vsak dan, ne vsak dan) in vrsto okolja, pri stopnji tveganja 5 %, nismo ugotovili. Velika večina anketiranih otrok (90,5 %) rada ali zelo rada je sadje, 5 % se ne more natančno opredeliti, ali imajo radi sadje, 3,3 % pa sadja ne mara; 60,9 % otrok rada ali zelo rada je zelenjavo, 19 % otrok se ne more opredeliti, ali imajo radi zelenjavo, 19,1 % otrok, torej skoraj petina, pa zelenjave ne mara.

Zanimalo nas je tudi, katero sadje in zelenjavo učenci uživajo najbolj pogosto: jabolka (32 %), sledijo jagode (17 %) in lubenica (12 %) ter koruza in paradižnik (17,55 %), sledijo kumare (10,37 %) in zelje (10,11 %). V projekt Šolska shema sadja in zelenjave je bilo vključenih 35,8 % anketirancev. Ugotovljali smo, ali imajo učenci, ki so vključeni v ŠSSZ, raje sadje in zelenjavo. Za vprašanja »Kako rad imaš sadje?«, »Kako rad imaš zelenjavo?«, glede na vključenost v ŠSSZ, so se izkazale tako pri sadju ($p = 0,013 < 0,05$) kot pri zelenjavi ($p = 0,027 < 0,05$) (tabela 3). Učenci, ki so vključeni v šolsko shemo sadja in zelenjave, imajo v povprečju raje tako sadje kot zelenjavo (Tabela 3).

Tabela 3: T- test za priljubljenost uživanja sadja in zelenjave glede na vključenost v Shemo šolskega sadja in zelenjave

	Shema šolskega sadja in zelenjave	n	PV	SO	t	p
Kako rad imaš sadje?	NE	113	3,27	0,816	-2,521	0,013
	DA	64	3,53	0,689		
Kako rad imaš zelenjavo?	NE	115	2,40	1,205	-2,126	0,027
	DA	63	2,81	0,931		

Legenda: n – število; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – t-statistika; p – stopnja značilnosti

DISKUSIJA

Zdrava prehrana je osnova za oblikovanje zdravega življenjskega sloga in zdrav telesni razvoj (Gabrijelčič Blenkuš & Robnik, 2016). Po pogostosti uživanja nezdrave hrane (sladkarije, sladke gazirane in negazirane pijače, slani prigrizki), se slovenski mladostniki uvrščajo v sam vrh mednarodne lestvice (Koprivnikar, et al., 2012). Suliburska in sodelavci (2012) so analizirali način življenja mladostnikov v urbanih in ruralnih okoljih na Poljskem. Raziskava je zajela tristo 18-letnikov iz ruralnih in tristo 18-letnikov iz urbanih okolij (med preiskovanci 50 % deklet in 50 % fantov). Prehranjenost so merili z ITM, raziskovali so število dnevnih obrokov, tedensko uživanje sladkarij, odnos do hujšanja in ali stres vpliva na večje uživanje hrane. V ruralnih okoljih so ugotavljali večje uživanje sladkarij, v urbanih pa večje uživanje sadja in zelenjave. Mladostniki, ki odrasčajo v urbanem okolju, imajo večjo dostop do trgovskih centrov, in s tem tudi do nezdrave, visoko kalorične hrane, kamor štejemo sladkarije, sladke pijače, slane prigrizke. Mladostniki, ki odrasčajo v ruralnem okolju, se prehranjujejo z izdelki, pridelanimi doma – pojedjo več sadja in zelenjave, so bolj dejavni z delom doma, na kmetijah, vrtovih (Suliburska, et al., 2012). V naši raziskavi se je v uživanju nezdrave hrane pokazala statistično pomembna razlika v povprečjih le v uživanju gaziranih in negaziranih sladkih pijač glede na okolje. Več uživanja gaziranih in negaziranih sladkih pijač je v urbanem okolju. Sprašujemo se, ali so za bolj pogosto uživanje sladkih pijač odgovorni trgovski centri v urbanem okolju, cenovna dostopnost, čeprav po drugi strani nismo dokazali statistično značilnih razlik v povprečjih pri uživanju sladkarij ali uživanju slanih prigrizkov.. Ugotovili smo, da med osmošolci iz ruralnega okolja sicer ni statistično značilnih razlik v povprečju pogostosti uživanja sladkarij ali slanih prigrizkov, pogostosti uživanja zajtrka, šolske malice in kosila, sadja in zelenjave v primerjavi z osmošolci iz urbanega okolja. Po drugi strani pa smo dokazali, da v povprečju osmošolci iz ruralnega okolja manj pogosto pijejo gazirane in negazirane sladke pijače. Torej lahko sklenemo, da obstajajo manjše razlike, ki kažejo v prid bolj zdravim prehranskim praksam otrok na podeželju.

Naši osmošolci radi jejo sadje in zelenjavo, ne glede na okolje, iz katerega izhajajo. Najbolj pogosto sadje, ki ga uživajo, so jabolka, jagode in lubenica, torej lokalno sadje po eni strani in cenovno ugodno po drugi strani. Zelenjava, ki jo jedo je najpogosteje paradižnik, sledijo koruza in kumare, zelje, paprika in rdeča pesa. Rezultate smo primerjali z raziskavo Herlah (2014), ki je raziskovala dejavnike vnosa sadja in zelenjave pri 120 enajstletnikih mariborske regije in ugotovila, da štajerski otroci najraje jedo jagode, mandarine in češnje, od zelenjave pa solato, korenje, paradižnik in kumare. Vprašalniki so se izpolnjevali junija, v času, ko ga je jagod, češenj in paradižnika v trgovinah in na tržnici največ. Zastavlja se nam vprašanje, kako bi otroci izpolnjevali vprašalnik v zvezi z uživanjem sadja in zelenjave v zimskih mesecih. Projekt SŠSZ, v katero sta vključeni dve od osnovnih šol iz naše raziskave, se je izkazal kot dobrobit za učence, ki so vključeni vanjo. Učenci, ki so vključeni v projekt SŠSZ statistično značilno nekoliko raje jedo sadje in zelenjavo, zato hipotezo, ki smo jo postavili, sprejmemo. Dodaten obrok sadja in zelenjave v šoli in stalna dostopnost sadja očitno pomembno vplivata na priljubljenost uživanje sadja in zelenjave. Več sadja in zelenjave vodi v bolj zdrave prehranske navade in bolj zdrav življenjski slog, kar je potrdila tudi dveletna angleška longitudinalna raziskava, ki je raziskovala pomen vključevanja otrok v projekt SŠSZ na 3703 otrocih med četrtem in šestim letom starosti, kjer so ugotovili, da dodaten obrok sadja in zelenjave zviša vnos esencialnih hranilnih snovi: vitamina C in karotena, kar ugodno vpliva na zdravje (Ransley, et al., 2007).

Glede na rezultate in ugotovitve naše raziskave, bomo ciljne aktivnosti promocije zdravja in zdravstvene vzgoje osredotočili na ozaveščanje o nezdravih prehranskih izbira, s poudarkom na sladkih pijačah, tako gaziranih, kot negaziranih, saj so zdravju, zaradi prekomernega vnosa sladkorja, izredno škodljive (Gabrijelčič Blenkuš & Robnik, 2016). Medicinske sestre lahko zdravstvenovzgojno delujejo v šolskem okolju in lokalni skupnosti. Možnosti so številne: izvajajo lahko ciljana predavanja na temo nezdravih prehranskih navad in učne delavnice, ki omogočajo aktivno delo učencev. Aktivno delo zahtevajo tudi zdravstvenovzgojne stojnice, ki jih pripravijo učenci ob pomoči medicinskih sester in učiteljev šole. Zelo pomembno pa je tudi sodelovanje in povezovanje s pedagoškimi delavci, nevladnimi organizacijami in društvi.

Omejitev raziskave smo zaznali v tem, da v slovenskem prostoru nimamo prave primerjave. Raziskava HBSC nam ponuja statistične podatke, ne pa primerjave glede na okolje iz katerega prihajajo otroci in mladostniki. Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti na nekem drugem območju Slovenije, razmišljamo tudi o proučevanju generacijskih razlik v prehranskih navadah, glede na okolje: prehranske navade predšolskih otrok, šolarjev, mladostnikov, odraslih, odrasčanje ter vpliv okolja.

ZAKLJUČEK

Mednarodne, z zdravjem povezane raziskave otrok in mladostnikov so vodilo pri načrtovanju in organizaciji preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, ki se aplicirajo na zdravje celotne populacije otrok. Ciljana raziskava točno

določenega področja nam omogoča mnogo bolj točne in veljavne rezultate, ki nas lahko usmerjajo pri izvajanju zdravstvene vzgoje. Raziskava nam z rezultati, ki smo jih pridobili, kaže na možnosti nadaljnjega raziskovalnega dela: primerjava med občinami v izbranih kazalnikih, medgeneracijske primerjave ipd. Usmeritve so naslednje: ozaveščanje o škodljivosti uživanja sladkih pijač, gaziranih in negaziranih, predvsem staršev in otrok iz urbanega okolja, promocija in ozaveščanje pomembnosti višjega uživanja sadja in zelenjave osmošolcev v Zgornji Gorenjski. Kontinuirana promocija zdravja in zdravstvena vzgoja morata postati ključni pri vseh deležnikih, politiki, šolstvu, okolju in sledita naj družbenim ciljem.

LITERATURA

Artnik, B., Drev, A., Drglin, Z., Fajdiga Turk, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., et al., 2011. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 12–189.

Gabrijelčič Blenkuš, M. & Robnik, M., 2016. *Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 1–25.

Gabrijelčič Blenkuš, M., Pograjc, L., Gregorič, M., Adamič, L. & Čampa, A., 2005. *Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 11–38.

Herlah, B., 2014. Zaznave dejavnikov vnosa sadja in zelenjave pri enajst letnih otrocih mariborske regije in njihove zveze z zaužitim sadjem in zelenjavo. In: Petelin A, ed. *Slovenski dan dietetikov in nutricionistov, druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 19. september 2014, zbornik prispevkov*. Koper: Založba univerze na Primorskem, pp. 39–48.

Jeriček Klanjšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T. & Britovšek, K., 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem okolju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 5–78.

Koprivnikar, H., Drev, A., Jeriček Klanjšček, H. & Bajt, M., 2012. *Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji- izzivi in odgovori*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 7–43.

Košmelj, K., 2007. *Uporabna statistika*. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, pp. 145–62.

Rampersaud, G. C., Pereira, M., Girard, B. L., Adams, J. & Metz, J. D., 2005. Breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(5), pp. 743–60.

Ransley, J. K., Greenwood, D. C., Cade, J. E., Blenkinsop, S., Schagen, I., Teeman, D., et al., 2007. Does the school fruit and vegetable scheme improve children's diet? A non-randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(8), pp. 699–703.

Shema šolskega sadja in zelenjave, n.d. Available at: <http://www.shemasolskegasadja.si/predstavitev/eu-shema-solskega-sadja> [1.2.2019].

Slovensko javno mnenje 1968-2016, 2016. Available at: http://www.cjm.si/ul/2016/1968_2016_SJM.pdf [1.2.2019].

Smetanina, N., 2016. *Overweight and obesity in children and adolescents: etiology, complications and effects of 12-months intervention*. Doctoral Dissertation. Kaunas: Lithuanian university of health sciences medical academy, pp. 14–46.

Suliburska, J., Bogdanski, P., Pupek Musialik, D., Glod Nawrocka, M., Krauss, H. & Piatek, J., 2012. Analysis of lifestyle of young adults in the rural and urban areas. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 19(1), pp. 135–9.

Turk Niskač, B., Klaus, S. & Starec, S., 2010. Urbano življenje ob kmetijah ali ruralno življenje ob stolpnih? Dilema jasne ločnice med urbani in ruralnim. *Urbani izziv*, 21(1), pp. 33–5.

Uredba o izvajanju sheme šolskega sadja, 2012. Uradni list Republike Slovenije št. 64.

World Health Organization, Global strategy on diet, physical activity and health, Children's diet. Available at: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_diet/en/ [1.2.2019].

Wright, N. D., Groisman Perelstein, A. E., Wylie Rosett, J., Vernon, N., Diamantis, P. M. & Isasi, C. R., 2010. A lifestyle assessment and intervention tool for pediatric weight management: the habits questionnaire. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(1), pp. 96–100.



ETIČNE DILEME PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV S KRONIČNO LEDVIČNO ODPOVEDJO NA TERENU

Ethical dilemmas in treating patients with chronic renal failure in the field

Barbara Jezeršek Mazorra, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Center za dializo

Dorijan Zabukovšek, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Reševalna postaja

barbara.mazora@sb-sg.si

IZVLEČEK

Število bolnikov s kronično ledvično boleznijo, ki vodi v kronično ledvično odpoved v zadnjem času zelo narašča, kar pomeni tudi večje število obravnavanih bolnikov z zapleti na terenu oziroma v njihovem domačem okolju. Prav na terenu se najpogosteje soočamo z etičnimi dilemami, kjer se znajdemo med bolnikovo voljo, željami svojcev ter kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Iz obravnavanih primerov v prispevku smo ugotovili, da je najpogostejša etična dilema odklanjanje zdravljenja. Pri obravnavi bolnikov s kronično ledvično odpovedjo, je pomembno strokovno sodelovanje vseh zdravstvenih timov in služb, ki sodelujejo v zdravstvenem procesu. Spodbujanje takšnega sodelovanja je tudi cilj tega prispevka. Izobraževanje na področju zdravstvene zakonodaje in etike so sicer obvezne vsebine na izobraževanjih, vendar se premalo zavedamo njihove pomembnosti, dokler se ne znajdemo pred etičnimi dilemami, ki jih moramo rešiti. Največjo vrednost izobraževanju daje analiziranje in vrednotenje obravnavanih primerov ter deljenje izkušenj vseh, ki so se že znašli v takšnih situacijah in jih uspešno rešili.

Ključne besede: etika, nujna stanja, odklonitev zdravljenja, dializa, sodelovanje

ABSTRACT

The number of patients with chronic kidney disease which leading to chronic renal failure has been rising steadily, which mean a lot of patients with complications on the field or in their home. We meet ethincal dilemmas most often on the field than a hospital, where we dealing with the patient's will, the wishes of our relatives, and the codes of ethics of nurses and medical technician. From the examples discussed in the article, we found that the most common ethical dilemma is the discouraging treatment. When treats patients with chronic renal failure, is the most important professional cooperation of all health organizations, which cooperating in healthcare process. Promoting cooperation is also the goal of this issue. Learning about health law and ethics are compulsory education, but it is necessary to consider their relevance, which must be known before these dilemmas that we must solve. The highest value of education are analysis and the evaluation of successfully solved cases and sharing experiences of all them who did such situations successfully solved.

Key words: ethics, emergency conditions, refusal of treatment, dialysis, cooperation.

UVOD

Zdravstveni delavci se z bolniki s kronično ledvično odpovedjo srečujemo na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Število bolnikov s kronično ledvično boleznijo, ki vodi v kronično ledvično odpoved v zadnjem času zelo narašča. V Sloveniji ima eno od stopenj ledvične okvare okoli 150.000 ljudi, približno 2000 pa se jih zdravi z nadomestnim dializnim zdravljenjem (Zveza društev ledvičnih bolnikov, 2018). Veliko število bolnikov pomeni tudi večje število obravnavanih zaradi zapletov na terenu oziroma v njihovem domačem okolju. Prav na terenu se najpogosteje soočamo z etičnimi dilemami, kjer se znajdemo med bolnikovo voljo, željami svojcev ter kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Vse zdravstvene delavce v Sloveniji zavezuje Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki je v pomoč pri etičnih odločitvah. Pacienti imajo po zakonu pravico do odklonitve zdravljenja, naloga vseh zdravstvenih delavcev, s katerimi se bolnik srečuje pa je, da jih pred takšnimi odločitvami informiramo. Etične dileme rešujemo po modelih za reševanje etičnih dilem. K reševanju etičnih dilem uspešno pripomorejo tudi izkušnje ter učenje na podlagi uspešno rešenih primerov.

Namen prispevka je bil prikazati obravnavo bolnika s kronično ledvično boleznijo in etične dileme, s katerimi se pri tem srečujemo. Na podlagi primerov smo želeli prikazati sodelovanje med različnimi ekipami, ki vse stremijo k istemu cilju. Cilj našega prispevka je spodbuditi zdravstvene delavce iz različnih okolij, ki se srečujejo z bolniki s kronično ledvično odpovedjo k sodelovanju in izmenjevanju izkušenj na področju etičnih dilem.

KRONIČNA LEDVIČNA ODPOVED

Definicija opredeljuje kronično ledvično bolezen (KLB), kot okvaro ledvičnega delovanja, ki traja več kot tri mesece in se kaže kot: zmanjšanje glomerularne filtracije pod 60ml/min/1,73m² (Malovrh, 2014). Kronično ledvično bolezen delimo na pet stopenj, ki temeljijo na oceni glomerularne filtracije. Po novih smernicah poznamo tudi šesto fazo, v katero spadajo bol-

niki iz pete faze in se zdravijo z nadomestnim zdravljenjem (NIDDK, 2019). Najpogostejši simptomi in znaki napredovane kronične ledvične odpovedi so precej neznačilni in se običajno prekrivajo s simptomi drugih bolezensko prizadetih drugih organov. Najpogosteje se prepletajo simptomi, ki lahko nakazujejo na težave s prebavili, z znaki uremičnega sindroma ter srčne prizadetosti. Kronična ledvična odpoved s pridruženimi boleznimi lahko hitro privede do nujnega stanja, kjer je izven kliničnega okolja potrebno posredovanje ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) (Malovrh, 2014). Kronična ledvična odpoved posledično prizadene skoraj vsak del telesa. Najpogostejši zapleti so: zastajanje vode v telesu, hiperkaliemija, anemija, motnje v delovanju srca, nihanje krvnega tlaka in zmanjšan imunski odziv. Bolezen vpliva tudi na osrednji živčni sistem, kar lahko povzroči psihiatrične motnje (Wedro, 2018).

Zdravljenje kronične ledvične bolezni in podpora svojcev

V času zdravljenja kronične ledvične bolezni, ki bo privedla v kronično ledvično odpoved (KLO) se morajo bolniki odločiti za način zdravljenja. V tem času se udeležijo tudi predializne edukacije in si ogledajo dializni center ter imajo možnost pogovora z drugimi bolniki. Na voljo imajo štiri različne vrste zdravljenja in sicer: hemodializo, peritonealno dializo, transplantacijo in konzervativno zdravljenje (NIDDK, 2019).

Hemodiliza je najbolj razširjena oblika nadomestnega zdravljenja pri akutni in kronični ledvični odpovedi (Buturović Poničkar, 2010). Za konzervativni pristop pri zdravljenju se običajno odločijo starejši bolniki, z več pridruženimi težkimi diagnozami. To zdravljenje je namenjeno predvsem preprečevanju poslabšanja stanja in zmanjševanju zapletov. Pri konzervativnem zdravljenju običajno aktivno sodelujejo bolnikovi družinski člani, saj poteka v domačem okolju in se spremlja ambulantno (Murtagh, et al., 2016). Nekateri svojci spremljajo bolnika vse obdobje ledvične bolezni, ostalim pa priporočamo, da se vključijo ob pričetku zdravljenja z dializo. Začetek dialize pomeni veliko spremembo v bolnikovem življenju in posledično tudi spremembe v partnerskem odnosu in družinskem življenju (Golob Kosmina, 2015). Bolezen in zdravljenje običajno negativno vplivata na življenje bolnika tudi na socialnem ter družbenem področju, kar lahko na bolnika vpliva zelo slabo in vodi v depresijo. Naloga medicinskih sester je, da pravočasno prepoznajo bolnikovo stisko in mu na ustrezen način predstavijo oblike pomoči (DaVita, 2016).

Zdravstveni delavci in prostovoljci, ki bolnike obravnavajo na terenu

Bolniki, ki hodijo na hemodializo v dializni center se običajno poslužujejo dializnih prevozov, ki jih izvajajo javni zavodi v okviru reševalne službe ali zasebniki. Za prevoz potrebujejo nalog za prevoz, ki ga izda osebni zdravnik ali pooblaščen zdravnik specialist na dializi. S sanitetnim vozilom se izvajajo sanitetni prevozi, med katere spada tudi prevoz na dializo in iz dialize ter se izvajajo po Pravilniku o prevozih pacientov iz leta 2010. Nenujni prevoz je prevoz pacienta, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca (Zdravstveno reševalni center Koroške, 2014). Poleg nenujnih in sanitetnih prevozov se bolniki ob zapletih boleznih, ki zahtevajo takojšnje ukrepanje poslužujejo tudi nujnih reševalnih prevozov. Služba NMP, ki je sestavni del mreže javne zdravstvene službe na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti, je organizirana za zagotavljanje neprekinjene NMP in nujnih prevozov poškodovanih in obolelih oseb na območju Republike Slovenije. Ekipe za izvajanje službe nujne medicinske pomoči sestavljajo zdravniki in drugi zdravstveni delavci, usposobljeni za izvajanje nujne medicinske pomoči (diplomirani zdravstvenik z dodatnimi znanji, zdravstveni reševalec z dodatnimi znanji) (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015).

V Sloveniji imamo poleg vsem dostopne nujne medicinske pomoči tudi dobro razširjeno mrežo certificiranih prvih posredovalcev. To so običajno prostovoljni gasilci bolničarji in člani drugih prostovoljnih humanitarnih organizacij, ki imajo opravljen tečaj za certificiranega prvega posredovalca. Njihova naloga je hiter odziv in dostop do naglo obolelih in ponesrečenih oseb v ruralnih področjih. Certificirani prvi posredovalci ne smejo in dejansko ne zamenjujejo enot NMP, temveč te enote njihovo delo zgolj zelo uspešno dopolnjujejo, kar pomeni veliko več rešenih življenj ali vsaj boljših izidov reševanja. (ITLS, 2019).

ETIČNE DILEME IN SPREJEMANJE ETIČNIH ODLOČITEV

Etika je filozofska veda, ki se ukvarja s človeškimi hotenji z vidika dobrega in slabega, moralnega in nemoralnega. Človeškemu vedenju postavlja meje, ki so mnogokrat strožje od mej, ki jih določa pravo. Poklicno etični kodeksi so zapisana obvezna pravila, ki temeljijo na moralnih vrednotah posameznikov določenega poklica. Kodeksi se spreminjajo s spreminjanjem družbenih vrednot in razvojem svoje stroke (Pleterski Rigler, 2015). Medicinske sestre v Sloveniji zavezuje Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki je namenjen vsem medicinskim sestram ter sodelavcem

v negovalnem timu. Ta dokument navaja tudi, da je temeljna naloga medicinske sestre krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obravnavanje zdravja ter lajšanje trpljenja. Z zdravstveno nego so neločljivo povezane človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva. Medicinske sestre (diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, višje medicinske sestre/višji zdravstveni tehniki) v Sloveniji morajo v vsakem licenčnem obdobju obiskati predavanja iz obveznih vsebin stalnega izpopolnjevanja, ki se med drugim nanašajo tudi na zakonodajo s področja zdravstva in poklicno etiko (ZZBNS - ZSDMSBZTS, 2013). Etične dileme izhajajo iz situacije, ki vključuje nasprotujoča si mnenja, kaj je prav in kaj narobe. Tako nastanejo konflikti med dvema ali več načeli, ki imata lahko za obe strani neželene rezultate. Razlika med etično dilemo in problemom je ta, da ima problem potencialno rešitev, etična dilema pa je nima (Tschudin, 2004). Etična odločitev temelji na modrosti presoje in spoznanja ter dobrega nasveta. Rešitev etične dileme je rezultat večstopenjskega procesa in dobrega sodelovanja članov zdravstvenega tima. Proces etičnega odločanja je sestavljen iz: ocene problema, načrtovanja, izvajanje odločitve in vrednotenja (Pleterski Rigler, 2015). Za reševanje etičnih dilem in sprejemanje odločitev poznamo več različnih modelov: Bownov model strateškega odločanja, Potterjev model, model etičnega prepričevanja TARES, Thompsonov model na osnovi kratic DECIDE (The Pennsylvania State University, 2019). Dobro poznan je tudi model štirih načel bioetike, ki je sestavljen iz: spoštovanja avtonomije bolnika, ne škodovanja, dobroteljnosti in pravičnosti. Ta model je enostaven za uporabo in nam v prehospitlnem okolju omogoča hitro oceno etične dileme in predvsem hitre odločitve (Thunder bay regional health centre, 2019). Kadar bolnik potrebuje hitro oskrbo na terenu je potrebno takojšnje sprejemanje odločitev in izvedba dejanj, ki bodo imele za vse udeležence karseda ugodne posledice (Abelsson & Lindwall, 2018).

Pravica do vnaprej izražene volje in odklonitve zdravljenja ter odklonitev dialize

Ko se v kliničnem okolju in na terenu srečujemo z različnimi odločitvami bolnikov, ki nas spravljajo v etične dileme, so nam v pomoč pri odločanju zakoni, kodeksi in drugi pravni akti. Vsi bolniki, ki se zdravijo zaradi katerekoli bolezni ne le nefrološki imajo pravico, da kadarkoli odklonijo zdravljenje. Po 34. členu Zakona o pacientovih pravicah (2008) (upoštevanje vnaprej izražene volje) ima: »Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene obravnave ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:

- bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni obravnavi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje,
- bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Pri pacientih, ki niso sposobni odločanja o sebi upoštevamo 9. poglavje Zakona o pacientovih pravicah, katerega člani urejajo poseben način uveljavljanja pravic bolnikov ki niso sposobni odločanja o sebi (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Z odklonitvijo zdravljenja se v današnjem času, ko so ljudje bolje osveščeni oziroma imajo dostop do zelo veliko različnih informacij pogosto srečujemo. Pravno podlago pa je k temu prispevala Ovijska konvencija Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z biologijo in medicino iz leta 1997. Kot navaja Ovijska konvencija (1997) je zdravnik pravno in etično zavezan, da pacientu pojasni naravo njegove bolezni, potek, možnosti zdravljenja ter prognozo bolezni. Bolnik ima pravico dvomiti v izbrano zdravljenje, se posvetovati z drugimi specialisti ali celo odkloniti zdravljenje. Bolniki ne sodelujejo pri zdravljenju ali mu celo nasprotujejo zaradi verskih (jehove priče) in drugih osebnih prepričanj (Černoga & Ahčan, 2008). Z odklanjanjem zdravljenja se pri bolnikih s kronično ledvično odpovedjo srečujemo različni zdravstveni timi, od dializnega v kliničnem okolju in ekip NMP na terenu.

Odkriti pogovori o smrti so med nefrološkimi bolniki in medicinskimi sestrami oziroma vsemi člani zdravstvenega tima redki, čeprav bi bili velikokrat pomembni za kakovost bolnikovega življenja. Kot navajajo britanski nefrologi, v svetu vsako leto umre 20% zaradi prekinitve dialize, odstotek tistih, ki se sploh ne odločijo za kakršnokoli zdravljenje pa ni znan (Moss, 2000). Bolniki morajo biti v prvi vrsti obveščeni o vseh vrstah zdravljenja in možnih posledicah. Do bolnikov je potrebno pristopati na zelo nevsiljiv način ter upoštevati njihovo mnenje. Velikokrat se zgodi, da odklanjajo dializno zdravljenje, ker so premalo poučeni ali sploh ne razumejo kaj jih čaka. Ko se bolnik odloči za prenehanje zdravljenja z dializo je potrebno

interdisciplinarno timsko delo. Pri takšnih odločitvah v zdravljenju vključimo tudi psihologa ali psihiatra, ki bolniku pomagajo pri odločitvi, vsekakor pa mora biti zadnja odločitev le bolnikova (Stein, et al., 2004). Velik vpliv imajo na bolnike tudi kulturne, verske in etične vrednote. Ne glede na odprtost družbe in napredno zdravstveno oskrbo bodo bolniki in njihove družine vedno postavljeni pred etično dilemo o nedotakljivosti življenja. Pomembno je vključevanje strokovnjakov iz področja paliativne oskrbe, ki obravnavajo bolnika celostno, ne ozirajo pa se na mnenje družbe (Rak, et al., 2016). Samo bolnik sam odloča, kaj je zanj pomembno in kaj zanj predstavlja kakovost življenja. Ko se bolniki odločijo za prenehanje zdravljenja z dializo oziroma za paliativno zdravljenje kronične ledvične odpovedi še vedno prejemajo vso podporo dializnega tima in ostalih zdravstvenih delavcev. Predvsem se ne smejo počutiti krivo za svojo zgodnejšo smrt (Stein, et al., 2004). Mnogim bolnikom se je najtežje o takšnih odločitvah pogovarjati prav s svojci, saj jih skrbi, kako se bodo odzvali na njihovo odločitev. Nekateri si želijo, da so pri takšnih pogovorih prisotni člani nefrološkega tima in njihove odločitve podprejo s strokovnega vidika. Potrebno je poudariti, da odločitev za prenehanje zdravljenja z dializo ni odločitev za samomor (National kidney foundation, 2019).

PRIMERI OBRAVNAVE BOLNIKOV S KRONIČNO LEDVIČNO ODPOVEDJO NA TERENU

V nadaljevanju smo obravnavali tri primere v katerih so bili udeleženi bolniki s kronično ledvično odpovedjo in so se pri obravnavi pojavile etične dileme. Uporabili smo metodo proučevanja primerov z opisno analizo. Primere smo proučili s pomočjo domače in tuje literature, ki je dostopna v Univerzitetni knjižnici Maribor in v spletnih bibliografskih bazah (SpringerLink, PubMed...). V vseh treh primerih smo uporabili le ključne podatke za razumevanje dogodkov in razplet obravnave. Uporabili smo tri primere, kjer so udeležene različne ekipe, ki se srečujejo z bolniki ter so postavljene v etične dileme.

Primer 1

Preko regijskega centra za obveščanje (ReCo 112) so bili prostovoljni gasilci aktivirani na intervencijo »odpiranje vrat stanovanja«, v katerem naj bi se nahajala obolela oseba, ki živi sama in je po informacijah klicatelja srčni bolnik. Istočasno so bili prostovoljni gasilci aktivirani tudi kot ekipa prvih posredovalcev, saj je šlo za intervencijo na oddaljenem hribovitem območju. Gasilci so s tehničnim posegom odprli vrata in v stanovanju našli zavestno osebo, ki je ležala v kuhinji. Bolnik je bil 78 let star moški, fizično zelo oslabljen, ni se spomnil kaj se je zgodilo v zadnjem času, ter ga je dušilo. Do prihoda ekipe NMP so mu prvi posredovalci nudili prvo pomoč in od njega pridobili informacije, da odklanja zdravljenje zaradi odpovedovanja srca in ledvic. Ob prihodu ekipe NMP ni želel sodelovati, saj ni želel, da ga odpeljejo v bolnišnico. Po prigovarjanju obeh ekip, se je vseeno odločil, da bo šel v bolnišnico. Gasilci so pozneje izvedeli, da je po odpustu iz bolnišnice odšel v dom starejših občanov in hodi 1x tedensko na hemodializo v dializni center.

Primer 2

Preko ReCo so bili prostovoljni gasilci – ekipa prvih posredovalcev aktivirani na intervencijo »srčni zastoj, pomoč z avtomatskim zunanjim defibrilatorjem«. Ob prihodu na kraj dogodka je ekipa prvih posredovalcev ugotovila, da je oseba nezavestna in ne diha ter takoj pričela s temeljnimi postopki oživljanja in uporabo defibrilatorja do prihoda ekipe NMP. Ekipa NMP je bila z nadaljnjim oživljanjem uspešna in bolnico so odpeljali na nadaljnjo zdravljenje v bolnišnico. Od partnerja so pridobili informacije, da je bila obolela oseba 76 let stara ženska, kronična ledvična bolnica, ki je odklanjala dializno zdravljenje, odločila se je za konzervativno zdravljenje. Pred enim tednom naj bi bila na svojo željo odpuščena bolnišnice v domačo oskrbo. Partner bolnice je obema ekipama ves čas intervencije grozil s tožbami, če bosta pri oživljanju neuspešni.

Primer 3

Gospod star 80 let, s kronično ledvično odpovedjo, ki se dvakrat tedensko zdravi s hemodializo. Doma živi sam, ker ne želi v dom starejših občanov. V dializni center se že 3 leta vozi s sanitetnimi prevozi. Skoraj vedno, ko ga reševalci pridejo iskat za odhod v dializni center se pritožuje in ne želi oditi od doma, saj mu je na hemodializi težko. Večkrat se zgodi, da se gospod zaklene v hišo in se skozi okno pregovarja z reševalci ter prizna, da je vinjen. Zaradi takšnega vedenja bolnika so se pojavile zamude pri prihodu v dializni center. Reševalec je običajno obvestil dializni center, da bodo zamujali. Med samo hemodializo pa pacient nikoli ni povedal, da ne želi hoditi na hemodializo, oziroma kljub spraševanju medicinskih sester, kako se počuti ni izrazil negativnih čustev.

DISKUSIJA

V vseh treh primerih je bolnikom skupna diagnoza kronična ledvična odpoved ter starost nad 75 let. V prvih dveh primerih sta bolnika potrebovala pomoč ekipe NMP, ki je sodelovala z ekipo prvih posredovalcev. V tretjem primeru pa smo obravnavali zaplet pri dializnem prevozu. Pri prvem primeru je bilo očitno, da je bil bolnik premalo informiran ter so mu zaradi življenja v oddaljenem kraju že sami obiski pri zdravniku predstavljali težavo, kar je pri bolniku povzročilo odklonilno vedenje. Srečali smo se torej z etično dilemo odklanjanje zdravljenja. V tem primeru moramo izpostaviti sodelovanje več ekip, torej reševalcev z zdravnikom in prostovoljnimi gasilci, ki so opravili več nalog in primer uspešno rešili. Takšno sodelovanje je v Sloveniji sploh na podeželju pogosto in iz naših izkušenj pripomore k uspešnejšemu izidu intervencij, kjer se pojavijo etične dileme. Prisotnost članov ekip iz različnih okolij pripomore k občutku večje varnosti pri bolniku in njegovih svojcih ter k večjemu zaupanju in posledično k medsebojnemu sodelovanju. Prvi primer smo prikazali po modelu štirih načel bioetike.

Tabela1: Tabela prikazuje model štirih načel bioetike.

Načela bioetike:	Koraki do rešitve etične dileme:
Spoštovanje bolnikove avtonomije	Ali spoštovati bolnikovo odločitev, da ne želi v bolnišnico?
Ne škodovanje bolniku	Bolniku preprečiti nadaljnje zaplete, upoštevanje zakonodaje
Dobrodelnost	Bolnika informirati, obravnava s strani več ekip
Pravičnost	Bolnik mora sam privoliti v nadaljnjo obravnavo

V drugem primeru smo obravnavali nenadno obolelo osebo, ki ni bila odzivna in njenega svojca. Ekipe NMP se je znašla pred etično dilemo nadaljevati ali opustiti nadaljnje postopke oživljanja, zaradi terminalnega stadija bolezni. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) nas zavezuje k nudenju nujne medicinske pomoči, če bolnik vnaprej pisno ne izrazi svoje želje kot določa 32. člen Zakona o pacientovih pravicah (2008). Tudi svojcem je v takšnih trenutkih potrebno ponuditi pomoč, saj so pogosto zelo prestrašeni ali pa se celo čutijo krive za smrt bližnjega. Medicinske sestre običajno dobro obvladajo terapevtsko komunikacijo, ki je poleg izkušenj zelo pomembna pri obvladovanju težkih situacij. Pogosto so prav besede medicinskih sester tiste, ki svojcem omogočijo duševni mir ob izgubljanju bližnjega (Stein, et al., 2004). Vprašanje terapevtske izbire za starejše bolnike s kronično odpovedjo ledvic je pogosto konzervativno zdravljenje ali kronična dializa? Po ugotovitvah francoskih nefrologov so glavni dejavniki pri odločanju tisti, ki vplivajo na kakovost življenja doma. Ugotovili so, da se nekateri za dializo ne odločijo zaradi drugih pridruženih diagnoz, ki bi jim predstavljale prevelik napor za odhode v dializni center (Pollini & Teissier, 2009).

V tretjem primeru smo spoznali bolnika, ki odklanja odhode v dializni center in tako se ekipa, ki izvaja sanitetne ter nenujne prevoze sreča z etično dilemo odklonilnega vedenja. Poleg tega pa se pojavi tudi problem pri nadaljnji organizaciji dela. Videli smo sodelovanje z dializnim centrom, kar dobro vpliva na delo in organizacijo dela vseh, ki so posredno udeleženi. Kakovost življenja s kronično ledvično odpovedjo tudi v svetu predstavlja velik izziv javnega zdravstva. Nadomestno zdravljenje povzroča številne praktične in etične dileme za vse izvajalce in organizatorje zdravstvenih dejavnosti. To zajema predvsem spodbujanje najboljših možnosti za bolnike, povečanje dostopa do predializnega zdravljenja in povečane finančne varnosti bolnikov. Na tem področju imamo na voljo premalo analiz, ki bi zajemale obravnavo etičnih vprašanj, ki se pojavljajo na področju kakovosti življenja bolnikov s kronično ledvično odpovedjo (Jha, et al., 2017).

ZAKLJUČEK

Pri obravnavi bolnikov s kronično ledvično odpovedjo se tako kot v kliničnem okolju tudi na terenu srečujemo z etičnimi dilemami. V naših primerih smo se dvakrat srečali z etično dilemo odklanjanje zdravljenja. Te se najpogosteje pojavljajo zaradi neinformiranosti bolnikov, ki se zaradi strahu pred neznanim upirajo zdravstveni obravnavi. V enem primeru pa smo se srečali z etično dilemo oživljanja bolnice v terminalnem stadiju bolezni. Kot smo ugotovili iz primerov ima najbolj pozitiven vpliv na reševanje etičnih dilem dobra komunikacija z bolnikom, ki jo reševalci iz ekip NMP ter zdravstveni tehniki, ki

izvajajo nenujne prevoze s spremljevalcem in sanitetne prevoze dobro obvladajo. Poleg članov dializnega tima običajno te bolnike dobro spoznajo tudi drugi zdravstveni delavci, najpogosteje so to reševalci ter izvajalci sanitetnih prevozov. Večkrat tedenska obravnava pomeni običajno tudi večje zaupanje zdravstvenim delavcem. Bolnik ima tako na voljo za pogovor večjo izbiro zdravstvenih delavcev iz različnih timov. Kljub usposobljenosti in empatičnem odnosu zdravstvenih delavcev ter bolnikovemu zaupanju pa je pogovor o smrti ali prekinitvi zdravljenja, ki vodi v smrt običajno zelo težek. V prihodnje bi si želeli še več sodelovanja med različnimi zdravstvenimi timi, ki prihajajo iz različnih okolij in obravnavajo te bolnike. Za kakovostno obravnavo bolnika je pomembno, da tako zdravstveni tim v dializnem centru pozna zdravstveno obravnavo na terenu in obratno. Med seboj moramo sodelovati in se pogovarjati o težkih situacijah, ki so nas postavile v etično dilemo, saj bomo le tako v prihodnje lažje rešili takšne primere.

LITERATURA

- Abelsson, A. & Lindwall, L., 2018. Ethical dilemmas in prehospital emergency care – from the perspective of specialist ambulance nurse students. *International Journal of Ethics Education*, 3(2), pp. 181–192.
- Buturović Ponikvar, J., 2010. *To je le del mojega življenja : knjižica za bolnike z ledvično boleznijo in bolnike s končno odpovedjo ledvic*. Ljubljana: Janssen.
- Černoga, P. & Ahčan, U., 2008. Zavestna odklonitev zdravljenja in zahteva po aktivnem zdravljenju, ko ozdravitev ni več mogoča. *Zdrav vesten*, (5), p. 77.
- DaVita, 2016. *Your Emotions and Chronic Kidney Disease*. Denver: DaVita Kidney care.
- Golob Kosmina, P., 2015. *Peritonealna dializa*. Ljubljana: Nephro Slovenija.
- The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases, 2019. *Kidney failure*. Phoenix: National health institute.
- ITLS, 2019. *Certificirani prvi posredovalci in tečajji za certificirane prve posredovalce*. Available at: http://itls.si/tecaji_za_prve_posredovalce [Poskus dostopa Februar 2019].
- Jha, V., Martin, D., Bargman, J.M., Davies, S. & Feehally, J., 2017. *Lancet. Ethical issues in dialysis therapy*. 6, pp. 1851–1856
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 52/2014
- Malovrh, M., 2014. Vodenje bolnika s kronično ledvično boleznijo. In: B. Kovač. *Bolezni ledvic*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo UKCLJ - klinični oddelek za nefrologijo, interna klinika, pp. 559-568.
- Pravilnik o prevozihih pacientov, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 107/09
- Moss, A., 2000. A new clinical practice guideline on initiation and withdrawal of dialysis that makes explicit the role of palliative medicine. *Journal of palliative medicine*, 3(3), pp. 253–260.
- Murtagh, F., Fliss E.M., Burns, A., Moranne, O., Morton, R., et al., 2016. Supportive Care: Comprehensive Conservative Care in End-Stage Kidney Disease. *American Society of Nephrology*, 11, pp. 1909–1914.
- National kidney fundation, 2019. *Dialysis: Deciding to Stop*. New York: Health on the Net Foundation. Available at: <https://www.kidney.org/> [Poskus dostopa Marec 2019].
- Pleterski Rigler, D., 2015. Sprejemanje etičnih odločitev v klinični praksi. In: V. Bračko. *Urgentni pacient - včeraj danes jutri*. Terme Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci, pp. 19-20.
- Pollini, J. & Teissier, M., 2009. Nephrologie. *A difficult dilemma to resolve: aged patients refused for treatment by iterative hemodialysis. Ethical problem or medical choice? Reflections apropos of a questionnaire-inquiry*, pp. 221-226.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2015. Uradni list Republike Slovenije, št. 81/15
- Rak, A., Rupresh, R., Suh, T., Krishnappa, V. et al., 2016. Palliative care for patients with end-stage renal disease: approach to treatment that aims to improve quality of life and relieve suffering for patients (and families) with chronic illnesses. *Clinical Kidney Journal*, 10(1), pp. 68–73.
- Stein, A., Wild, J. & Cook, P., 2004. *Vital nephrology*. Roche. London: Roche.
- The Pennsylvania State University, 2019. *The Arthur W. Page Center - Public Relations Ethics*. Available at: <https://pagecentertraining.psu.edu/public-relations-ethics/introduction-to-public-relations-ethics/lesson-2/ethical-decision-making-models/> [Poskus dostopa Marec 2019].
- Thunder bay regional health centre, 2019. *Ethics in emergency medical services (EMS) and in the care provided by paramedics*, Ontario: Thunder bay regional health centre.
- Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi : razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy.

The Oviedo Convention: protecting human rights in the biomedical field, 1997. ETS No.: 164.

Wedro, B., 2018. *Kidney Failure (Symptoms, Signs, Stages, Causes, Treatment, and Life Expectancy)*, Atlanta: Medicine Net.

Zakon o pacientovih pravicah, 2008. Uradni list Republike Slovenije št:15/08

Zdravstveno reševalni center Koroške, 2014. *ZRCK*. Available at: <https://www.zrck.si/images/sampledData/Dokumenti/Uveljavljanje.pdf> [Poskus dostopa Februar 2019].

Zveza društev ledvičnih bolnikov 2018, *Kronična ledvična odpved*. Ljubljana: Rosche farmacevtska družba d.d..

ZZBNS - ZSDMSBZTS, 2013. *Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenija*. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/> [Poskus dostopa Februar 2019].



VLOGA DIPLOMIRANEGA ZDRAVSTVENIKA PRI HUMANITARNI MEDICINSKI ODPRAVI NA MADAGASKAR

**The role of a registred nurse
in a humanitarian medical
expediton on Madagascar**

Aljaž Bajc, dipl. zn.

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

aljaz.bajc123@gmail.com

IZVLEČEK

Slovenske humanitarne medicinske odprave že vrsto let odhajajo v afriške države, da tamkajšnjim prebivalcem pomagajo zagotavljati osnovno zdravstveno oskrbo. Študentje različnih zdravstvenih strok se s pomočjo Sekcije za tropsko medicino udeležujejo tudi odprav na Madagaskar. Odprave načeloma sestavljajo študentje medicine in dentalne medicine, občasno pa vanjo vključijo tudi študente zdravstvene nege. Člani morajo stroške odprave kriti sami, zato prek donacij zbirajo finančna sredstva, ki jih nato porabijo za nakup letalskih kart, zdravil in sanitetnega materiala ter stroškov bivanja. Namen odprave je, da njeni člani tri mesece nudijo osnovno zdravstveno oskrbo lokalnim prebivalcem. Delo diplomiranega zdravstvenika je predvsem usmerjeno v izvajanje različnih aktivnosti zdravstvene nege, ki občasno presegajo znanje in kompetence diplomiranega zdravstvenika. Zahtevni klinični primeri in pomanjkanje diagnostično-terapevtskih pripomočkov zahtevajo usklajeno delo vseh članov zdravstvenega tima ter njihovo iznajdljivost. Namen prispevka je opisati humanitarne medicinske odprave, ki je leta 2018 delovala na Madagaskarju, primere s katerimi so se soočali člani odprave ter vlogo diplomiranega zdravstvenika na odpravi.

Ključne besede: tropska medicina, odprava, zdravstvena nega v tropih, reševanje težjih kliničnih primerov.

ABSTRACT

For many years Slovenian humanitarian medical expeditions have been leaving in African countries in order to help the local population with providing the basic health care. Students from various medical and health professions are also taking part in the trip to Madagascar through the Tropical Medicine Section. Expeditions are generally composed of students of medicine and dental medicine and occasionally include nursing students. The participants must cover the costs of the expedition themselves, therefore they collect funds through donations, which are then used for the purchase of airline tickets, medicines, medical supplies and the costs of living abroad. The purpose of the expedition is that the members offer basic medical care for the period of three months. The work of a registered nurse is mainly focused on the implementation of various nursing activities that occasionally exceed the knowledge and competencies of nursing care. Demanding clinical cases and lack of diagnostic-therapeutic tools require perfectly coordinated work and high level of resourcefulness of all members of the team. The purpose of this paper is to describe the humanitarian medical expeditions that operated in Madagascar in 2018, the clinical cases they faced and the role of registered nurse in the expedition.

Keywords: tropical medicine, expedition, nursing in the tropics, solving severe clinical cases.

UVOD

Madagaskar je četrti največji otok na svetu, Republika Madagaskar pa obstaja od leta 1960 in ima trenutno približno 27 milijonov prebivalcev (Statista, 2019). Madagaskar spada med najrevnejše države na svetu in sicer naj bi kar 80 % prebivalcev živelo pod minimalnim pragom revščine. Socialni in zdravstveni sistem je kritično obremenjen, saj je na 10000 prebivalcev prisoten le 1 zdravnik in 3 medicinske sestre (World Health Organization, 2014).

Slovenske humanitarne medicinske odprave odhajajo v afriške države že od leta 1990, z namenom nudenja osnovne medicinske pomoči v deželah in krajih, kjer je to najbolj potrebno. Z namenom boljše organizacije in koordinacije dela odprav je bila leta 2000 ustanovljena Sekcija za tropsko medicino, da bi zagotovila izobraževanje in priprave študentov medicine ter ostalih zdravstvenih strok (zdravstvena nega, babištvo idr.) za tri mesečne odprave (Bokal, et. al., 2007; Sekcija za tropsko in potovalno medicino, 2019).

Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki s svojim znanjem igrajo ključno vlogo v humanitarnih dejavnostih. Med te spada tudi sodelovanje z nevladnimi organizacijami, vključno s humanitarnimi organizacijami. Te delujejo v najbolj težavnih in revnih okoljih. Pri tem se morajo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki velikokrat spopadati s pomanjkanjem sredstev ter zahtevnimi in spremenljivimi pogoji (World Health Organization & International Council of Nurses, 2009).

Namen prispevka je opisati humanitarne medicinske odprave, ki je leta 2018 delovala na Madagaskarju v vasi Matanga in primere s katerimi so se soočali člani odprave. Prispevek opisuje tudi vlogo diplomiranega zdravstvenika na odpravi.

ZNAČILNOSTI HUMANITARNIH MEDICINSKIH ODPRAV

Izraz humanitarna pomoč splošno velja za izraz, ki odseva solidarnost med ljudmi. Kljub veliko različnim definicijam, pa gre predvsem za materialno in logistično pomoč ljudem, ki jo potrebujejo. Večinoma gre za kratkoročno pomoč, ki nadomešča dolgoročno pomoč državnih institucij (European Universities on Professionalisation on Humanitarian Action, 2013). Evropski svet humanitarne pomoči je opredelil glavno usmeritev humanitarne pomoči, to je zagotoviti odziv na izredne razmere, ki temeljijo na potrebah ohranjanja življenja, preprečevanje in lajšanja človeškega trpljenja ter ohranjanje človekovega dostojanstva, kjerkoli je to potrebno (European Consensus on Humanitarian Aid, 2007).

Tropska medicina ima že dolgo zgodovino. Umrljivost med Evropejci, ki so raziskovali tropske predele v času kolonizacije Azije in Afrike, je bila zelo velika. Največjo smrtnost sta povzročali malarija in rumena mrzlica. Za boj proti tropskim boleznim so zdravniki potrebovali več znanja, zato je Patrick Manson leta 1899 ustanovil šolo tropske medicine v Londonu. V tropskih in subtropskih krajih se pojavljajo bolezni, ki jih pri nas ne opažamo. Prav tako je pomembno, da vemo kakšne so razmere v državi v katero se odpravljamo, kdaj nastopijo deževna obdobja ter kakšni so higienski standardi, dostopnost do zdravstvene oskrbe, urejenost prometa in podobno (Kotar, et. al., 2014).

Slovenske humanitarne medicinske odprave se pod okriljem Sekcije za tropsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, že vrsto let odpravljajo na Madagaskar, natančneje v vasico Matanga. Ta leži na jugovzhodu otoka, kjer že vrsto let delujejo slovenski misijonarji. Tam nudijo osnovno zdravstveno oskrbo v dispanzerju Janeza Pavla II, ki je pod okriljem slovenskih misijonov (Sekcija za tropsko in potovalno medicino, 2019).

OPIS HUMANITARNE MEDICINSKE ODPRAVE MADAGASKAR 2018

Od avgusta do oktobra leta 2018 je na Madagaskarju delovala ekipa treh študentov medicine, študentka dentalne medicine in diplomirani zdravstvenik. Namen odprave je bil, da ekipa tri mesece nudi osnovno zdravstveno oskrbo (medicinsko in zobozdravstveno oskrbo ter zdravstveno nego) prebivalcem vasi Matanga. Vas leži na odročnem področju na jugovzhodu države in je od najbližje bolnišnice oddaljena nekaj ur, med deževnim obdobjem pa je večinoma popolnoma odrezana od zdravstvene oskrbe. Prebivalcem vasi je bila v času odprave nudena osnovna zdravstvena oskrba v dispanzerju. Ekipa je bila nastanjena v bližini dispanzerja, ki deluje v okviru misijona. Odpravam pri delu pomagajo tudi sestre misijona (nune, ki delujejo v okviru misijona), ki imajo zdravstveno izobrazbo ali pa so priučene za poklic medicinske sestre. Sestre misijona so ključni del pri pomoči odpravam, saj imajo veliko izkušenj, poznajo lokalne prebivalce in njihove navade, zelo pomembne pa so tudi pri prevajanju malgaškega jezika.

Dispanzer je v obdobju treh mesecev delovanja odprave obiskalo več kot 3000 pacientov. Povprečno je bilo na dan obravnavanih okrog 70 pacientov, odvisno od dneva v tednu. Populacija pacientov je bila raznolika, najvišji delež so predstavljali dojenčki in otroci. Najpogostejše bolezni zaradi katerih so pacienti obiskali dispanzer so bile: malarija, spolne prenosljive bolezni, podhranjenost, karies, kronične rane ter različne vrste okužb. Delo je zaradi lažje obravnave poteklo v treh ambulantah in sicer splošni, kirurški in zobozdravstveni ambulanti.

Vloga diplomiranega zdravstvenika

Med temeljne vloge diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika spada: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Pri tem se zdravstvena nega ne omejuje na starost, barvo kože, bolezni, veroizpoved, kulturo, raso ali družbeni status (Hajdinjak & Meglič, 2012). Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik mora na humanitarnih odpravah prevzeti različne vloge in predvsem veliko odgovornost. Znati mora sprejeti težke odločitve, ki včasih presegajo njeno/njegovo znanje in kompetence, pogosto pa mora biti ob tem še v vlogi učiteljice/a in mentorice/ja, ter tudi znati prevzeti vlogo vodje. Velikokrat je pri zahtevnih kliničnih primerih potrebna tudi velika iznajdljivost in sposobnost improvizacije (Hearns & Deeny, 2007; Lal, et. al., 2014).

Na medicinski odpravi na Madagaskar je bilo delo diplomiranega zdravstvenika usmerjeno v izvajanje preventivnih dejavnosti in diagnostično-terapevtskih posegov. Pri tem se je bilo potrebno velikokrat spopadati s pomanjkanjem sredstev in ustreznih pripomočkov ter sanitetnega materiala. To je zahtevalo sprotno prilagajanje in improvizacijo.

PRIKAZ PRIMEROV

Zahtevni klinični primeri in pomanjkanje pripomočkov za delo, zahtevajo dobro sodelovanje članov zdravstvenega tima, njihovo iznajdljivost in prilagodljivost. Obravnava pacientov z zahtevnimi zdravstvenimi stanji je pogosto presejala naše znanje in kompetence, zato smo jih, če so razmere to omogočale, premestili v najbližjo bolnišnico. V nadaljevanju bomo predstavili nekaj specifičnih in zanimivih primerov zdravstvene obravnave pacientov.

Prvi prikaz primera

V dispanzer so starši prinesli tri tedne staro deklico, zaradi 2 dni trajajoče krvave kašaste driske. Po pregledu je bilo ugotovljeno, da je deklica neprizadeta, subfebrilna (37,8 °C), turgor kože primeren, trebuh na otip boleč, blato, ki ga je odvajala v ambulanti pa je bilo temno-zelenkaste barve, z nekaj kapljicami sveže krvi in sluzi. Ker nismo imeli laboratorijskih testov, smo se posvetovali in postavili diagnozo Shigellosa. Dodaten pogovor sestre misijona s starši pa je privedel do podatka, da mama deklico ne doji, ampak jo hrani s koncentriranim kravjim mlekom in piškoti.

Po timskem posvetu je s pomočjo sestre misijona sledila zdravstvena vzgoja staršev o pomenu dojenja in primerni prehrani otroka glede na njegovo starost. Deklica je bila naročena na kontrolni pregled čez 5 dni. Ob tem smo ugotovili, da se je stanje deklice vidno izboljšalo, odvajala je normalno blato brez prisotnosti driske.

Drugi prikaz primera

V dispanzer so pogosto prihajali otroci s *Tinea capitis*. To je glivična okužba (dermatofitija), ki se lahko pojavi po glavi, trupu ali okončinah. Značilna je pri otrocih. Zelo pogosto se simptomi, kot je pordela koža in njeno luščenje, pojavijo na glavi (Medecins Sans Frontieres, 2016).

Pri otrocih, ki so prišli v ambulanto zaradi *Tinea capitis*, smo opazili predvsem slabšo higieno ne le otrok temveč tudi celotne družine. Poseben primer je bil eno leto star deček z izrazitim vnetjem in krastami po lasišču (Slika 1). Mama je navajala, da se fantek veliko praska po lasišču in je tekom dneva razdražljiv in nemiren.



Slika 1: Primer dečka s *Tinea capitis* (Vir: lastni arhiv)

Usmerili smo se v lokalno zdravljenje in sicer smo dečku najprej temeljito umili in pobrili lasišče ter s tem zmanjšali možnost širjenja okužbe. Po Medicins Sans Frontiers smernicah (2016) smo dečku predpisali dvakrat dnevno aplikacijo Whitfieldove® kreme, dva tedna zapored. Poleg tega smo mami razložili pomen redne higiene kože in lasišča.

Tretji prikaz primera

Bronhiolitits je virusno akutno vnetje spodnjih dihal, ki se pogosto pojavlja pri otrocih do drugega leta starosti. Značilno je po tem, da se najprej pojavi prizadetost zgornjih dihalnih poti, nato pa še spodnjih dihalnih poti. Poteka lahko v blagi ali pa hudi obliki (Medecins Sans Frontieres, 2016).

Starši so v ambulanto pripeljali 2-letnega dečka s simptomi hude okužbe dihalnih poti. Deček je bil subfebrilen, apatičen, utrujen, tahikarden, tahipnoičen in s saturacijo: 89 % kisika v krvi. Naslednji dan se je stanje dečku še poslabšalo, saturacija je padla na 85 % kisika v krvi. Glede na simptome smo dečku postavili diagnozo Bronhiolitits. Zaradi pomanjkanja diagnostičnih

testov smo poleg paranteralnega nadomeščanja tekočin, dečka zdravili tudi z antibiotikom (Ceftriaxone®), saj nismo mogli izključiti bakterijske pljučnice. Ker nismo imeli možnosti aplikacije kisika, smo lahko dečka zdravili le z inhalacijami bronhodilatatorjev (Ventolin®), ki so mu začasno pomagale, vendar se je po določenem času saturacija spet znižala. Dečku se je stanje iz dneva v dan slabšalo, grozila mu je respiratorna odpoved. Možnost zdravljenja v bolnišnici so starši zaradi osebnih razlogov zavrnili. Deček je skupaj z družino noči preživel v hiši pri dispanzerju, čez dan pa smo ga zdravili v dispanzerju. Zaradi pomanjkanja dodatnega kisika, smo se osredotočili na podporno zdravljenje in lajšanje simptomov. Družino smo redno spodbujali in opogumljali ter se pogovorili o tem, kako lahko pomagajo pri zdravljenju dečka. Mamo smo naučili, kako naj dečka redno spodbuja h kašlju in ga tekom dneva večkrat hrani z manjšimi obroki. V enem tednu se je dečkovo zdravstveno stanje postopoma izboljšalo, počutil se je bolje, saturacija je nihala med 90 in 92 % kisika v krvi. Po desetih dneh vsakodnevne obravnave v dispanzerju smo dečka odpustili v domačo oskrbo (Slika 2).



Slika 2: Deček s hudim bronhiolitisom (Vir: lasten vir)

DISKUSIJA

Humanitarne odprave zdravstvenim delavcem predstavljajo velik izziv, saj morajo zapustiti udobje in varnost zahodnega, razvitega sveta in s tem tudi način in pogoje dela, ki so jih navajeni in svoje znanje in veščine uporabiti v neurejenem in skromnem okolju ter precej drugačnem svetu. Prav premagovanje teh izzivov lahko prinese veliko novih izkušenj in veščin ter tudi novega načina razmišljanja, kar lahko pozitivno vpliva na njihovo kariero (Zinsli & Smythe, 2009). Izkušnje, ki smo jih pridobili tekom odprave niso samo poklicne, ampak so mnogo širše narave. Pridobili smo veliko izkušenj pri spopadanju z organizacijskimi izzivi pri pripravah na odpravo. Med te spadajo zbiranje finančnih sredstev in donacij, zbiranje sanitetnega materiala ter zdravil, ki jih morajo člani odprave zbrati sami. Tekom odprave smo pridobili veliko izkušenj na področju vodenja in organizacije dispanzerja, kot je recimo nabava zdravil in materiala. Najbolj dragocene izkušnje pa so bile pridobljene v dobrem medpoklicnem sodelovanju. Člani odprave smo spoznali pomembnost dobrih medsebojnih odnosov in sodelovanja članov tima, kar je ključnega pomena za varno, kakovostno in uspešno opravljeno delo kjerkoli v zdravstvu.

Vloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika je zagotavljati zdravstveno oskrbo. Upravljanje omejenih virov, usklajevanje oskrbe pacientov, izvajanje triaže, nadzor nalezljivih bolezni, izvajanje preventive, je le nekaj osnovnih nalog, ki jih diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik izvaja na kriznih in humanitarnih odpravah (World Health Organization & International Council of Nurses, 2009). Iz pridobljenih izkušenj lahko izpostavimo, da delo diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika zajema tudi širše spoznavanje in razumevanja okolja ter kulture ljudi v lokalni skupnosti. To je bilo ključnega pomena pri pridobitvi zaupanja pacientov in tudi sodelovanja lokalnega prebivalstva. Pogosto je bila potrebna dodatna interakcija z ljudmi izven dela v dispanzerju, saj so se problemi pojavljali predvsem na področju sporazumevanja (nerazumevanje jezika) in kulturnih značilnosti tamkajšnjih ljudi. Ljudem smo skušali predstaviti tudi namen humanitarnih odprav in oblike pomoči, ki so jim ponujene v le-teh.

Pridobljene izkušnje na humanitarni odpravi lahko močno vplivajo na nadaljnjo poklicno pot diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. Izkušnja je lahko tako pozitivna, kot tudi negativna in travmatična, saj se je velikokrat potrebno soočiti s težkimi razmerami in specifičnimi primeri, ki jih nismo vajeni. Za uspešno spopadanje s temi izzivi je potrebna dobra psihofizična priprava, dobro sodelovanje in komunikacija med člani tima ter zaupanje v svoje sposobnosti in znanje.

ZAKLJUČEK

V humanitarne odprave se že vrsto let vključujejo diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, ki s svojim znanjem in izkušnjami igrajo ključno vlogo pri vzpostavitvi in vzdrževanju zdravstvene oskrbe v odročnih ter revnih deželah. Ena izmed takih odprav je leta 2018 delovala na Madagaskarju v vasi Matanga. Ekipo študentov s področja medicine in zdravstvene nege je tri mesece nudila osnovno zdravstveno oskrbo v lokalnem misijonskem dispanzerju. Odprava se je velikokrat soočala z omejenimi možnostmi zdravljenja in zahtevnimi kliničnimi primeri. Pri tem so se dodatne ovire pokazale tudi v kulturnih razlikah in neznanje tujega jezika. Kot ključna se je za uspeh odprave izkazala dobra komunikacija in sodelovanje med člani zdravstvenega tima ter zmožnosti improvizacije in prilagajanja. Vpogled v delovanje zdravstvenega tima na tako zahtevnem področju, nam lahko razkrije pomembne vidike za nadaljnjo uspešnost humanitarnih odprav.

LITERATURA

Bokal, U., Skarlovnik, A. & Pikelj, F., 2007. Učinkovitost protimalarične kemoprofilakse – analiza obolevanja študentov medicine Sekcije za tropsko in potovalno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani na humanitarnih odpravah v trope v letih 1990–2005. *Zdravniški vestnik*, 76(5), pp. 297–301.

European Consensus on Humanitarian Aid, 2008. *Joint statement by the Council and the Representatives of the Governments of the Member States meeting within the Council, the European Parliament and the European Commission*. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3AA42008X0130%2801%29> [9. 1. 2019].

European Universities on Professionalisation on Humanitarian Action, 2013. *The state of art of humanitarian action*. pp. 7–12. Available: <http://euhap.eu/upload/2014/09/the-state-of-art-of-humanitarian-action-2013.pdf> [5. 1. 2019].

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 13–14.

Hearns, A. & Deny, P., 2007. The value of support for aid workers in complex emergencies. *Disaster Management & Response*, 5(2), pp. 28–35.

Kotar, T., Voljčanšek G., Radšel, A., Vincek, K., Stalowsky, B. & Logar, M., 2014. Izbrana poglavja iz tropske medicine. In: Tomažič, J & Strle F., eds. *Infekcijske bolezni*. 1. izd. Ljubljana: Združenje za infektologijo, Slovensko zdravniško društvo, pp. 486–501.

Lal, S. & Spence D., 2014. Humanitarian nursing in developing countries: a phenomenological analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(1), pp. 1–7.

Medecins Sans Frontieres, 2016. *Clinical guidelines: diagnosis and treatment manual*. Available at: http://refbooks.msf.org/msf_docs/en/clinical_guide/cg_en.pdf [8. 2. 2019].

Sekcija za tropsko in potovalno medicino, 2019. *Madagaskar*. Available at: <http://www.stpm.org/?p=217> [5. 2. 2019].

Statista, 2019. *Madagascar*. Available at: <https://www.statista.com/topics/2869/madagascar/> [7. 2. 2019].

Zinsli, G. & Smythe, E.A., 2009. International humanitarian nursing work facing difference and embracing sameness. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), pp. 234–241.

World Health Organization & International Council of Nurses, 2009. *ICN framework of disaster nursing competencies*, pp. 9–35. Available at: http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf [5. 2. 2019].

World Health Organization, 2014. *Madagascar*. Available at: <https://www.who.int/countries/mdg/en/> [6. 2. 2019].



POVEZOVANJE ŠTIRIH GENERACIJ

Connecting the four generations

Karolina Jenko, viš. med. ses.
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

karolina.jenko@gmail.com

IZVLEČEK

Zaposleni v zdravstveni negi smo razmeroma slabo opremljeni in usposobljeni za pomoč in spodbujanje dejavnosti v temeljni življenjski aktivnosti razvedrilo in rekreacija, ki pri pacientih v bolnišnici zaradi zdravstvenih težav niso v ospredju, medtem ko bi bilo potrebno stanovalcem, ki živijo v domovih starejših občanov, temu dati večji pomen. Zato se je porodila ideja o delavnici štirih generacij, ki bi povezala otroke iz vrtcev, dijake iz programa bolničar-negovalec, vzgojiteljice iz vrtcev in starostnike iz doma starejših občanov. Pripravljena in izvedena je bila delavnica o igrah, ki so se jih današnji devetdesetletniki igrali v svoji mladosti. Ob preobilici sodobnih igrač in računalniških igrice stare igre tonejo v pozabo, otroci se ne igrajo več na dvoriščih, ulicah, v gozdovih ali na travnikih. Nameni delavnice so bili, da starostniki iz doma starejših občanov z obujanjem spominov na otroštvo, sproščeno in ustvarjalno oplemenitijo svoj dan, si dvignejo samozavest in povrnejo občutek koristnosti; da dijaki 2. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, smer bolničar-negovalec, izboljšajo svoj odnos do starostnikov, se zblížajo z njimi, se naučijo komunikacije s starostniki in otroki ter da se naučijo vodenja nekoč priljubljenih otroških iger; da se otroci iz vrtcev srečajo z bodočimi zdravstvenimi delavci in starostniki v starosti 90 do 100 let ter spoznajo in zaigrajo stare igre, ki jih bodo s pomočjo vzgojiteljic lahko uporabili danes v vrtcu in jutri doma. Vzgojiteljice bodo stare igre lahko uporabile pri delu z otroki. Delavnice so bile uspešno izvedene in učiteljica – mentorica delavnic je skupaj z udeleženci spoznala, da se da in da je mogoče v zdravstveni negi in šolstvu prerasti meje med generacijami.

Ključne besede: medgeneracijsko sodelovanje, mladostniki, otroci, razvedrilo in rekreacija, stare igre, starostniki, ustvarjalna zaposlitev

ABSTRACT

Nursing staff is relatively poorly equipped and trained to help and promote entertainment and recreation activities - one of the basic activities of daily living. In hospitals they are not at the forefront of patients' needs because of their health problems, but for residents who live in care homes they should be given more importance. That is why the idea of a four-generation workshop was created which would connect kindergarten children, students of the nursing assistant programme, kindergarten teachers and elderly people from care homes. A workshop on games played by today's ninety-year-olds in their youth was prepared and carried out. With the abundance of modern toys and computer games the old games are dying out, children no longer play outside in yards, streets, forests or meadows. The purpose of the workshop was that elderly people from care homes, with the recollection of childhood memories would relax and creatively enrich their day, raise their self-esteem and restore a sense of usefulness; that the 2nd year Nursing assistant programme students of the Secondary School of Ljubljana would improve their attitude towards the elderly, get closer to them, expand communication skills with the elderly and children, and learn how to play the once popular children's games; that kindergarten children would meet future healthcare professionals and elderly people aged from 90 to 100 years and learn to play old games that can be now used in kindergarten and in future at home. Kindergarten teachers will be able to use old games with children. The workshops were successfully carried out and the teacher-mentor of the workshops, together with the participants, realized that it was possible to break the borders between generations in health care and education.

Keywords: intergenerational cooperation, adolescents, children, old games, elderly people, creative work, entertainment and recreation

UVOD

Običajno je, da človek vsak dan počne nekaj smiselnega. Težko si pravzaprav predstavljamo dan, ko ne bi počeli prav ničesar, razen, če je to zaradi kome nemogoče. Rezultat produktivnosti je bodisi otipljiv predmet, ki smo ga naredili z rokami, ali pa znanje, ki smo ga pridobili s pomočjo čutov (Henderson, 1998, p. 76). Rekreacija ali igra je v nasprotju z delom aktivnost, ki se je človek loti zato, ker v njej uživa, in ne zato, da bo nekaj naredil, čeprav je tudi igra lahko ustvarjalna. (Henderson, 1998, p.78). Očitno pa je le malo medicinskih sester, ki bi bile pripravljene organizirati rekreacijske programe. Vendar prav vsaka od njih počne nekaj od vsega tega, kar smo opisali zgoraj in lahko pomaga pacientu, da se razvedri. Medicinska sestra tesno sodeluje z zaposlitvenim terapevtom, če je seveda zaposlen v bolnišnici, v nasprotnem primeru pa poskrbi za pomoč primernih prostovoljcev (Henderson, 1998, p.81).

Delo in ustvarjalno zaposlitev v obdobju bolezni pojmuje drugače kot v obdobju zdravja (Fink & Kobilšek, 2017, p. 252). V bolezni je večji poudarek na realizaciji diagnostično terapevtskega programa za povrnitev zdravja ali celo ohranitev življe-

nja; v starosti pa človek zaradi oslabelosti, brezvoljnosti, zdravstvenih težav in/ali oteženega prilagajanja okolju ne zmore samostojno poskrbeti za svoj občutek uspešnosti, za pestro obliko sprostitve ali za zanimivo zapolnitev svojega časa.

Vsak domželi stanovalcem zagotoviti, da živijo samostojno življenje, kar pa je v veliki meri odvisno od posameznikove psiho-fizične sposobnosti. Imperl (2012) zagovarja stališče, da je potrebno pri stanovalcih spodbujati čim večjo samostojnost pri opravilih, katera še zmorejo, jim omogočiti zasebnost in občutek varnosti, hkrati pa zagotavljati možnosti nadzora. Stanovalci so ujeti v ustaljen dnevni ritem, katerega največkrat odredijo dnevni obroki, čas med njimi pa zapolnijo glede na svoje zmožnosti. Dejavnosti, ki so na voljo v večini domov, so: prilagojena telovadba, okupacijska delovna terapija – ročna dela, izposoja knjig v domski knjižnici, izposoja dnevnega časopisa, sodelovanje v pevskem zboru, duhovna oskrba – molitvene ure... Veliko domov v svojem tedenskem ritmu izvaja srečanja skupin za samopomoč, ki so velika obogatitev življenja v domu. (Kovač, 2013, p. 9).

Pri poučevanju praktičnega pouka zdravstvene nege se opaža, da dijaki ustrezno dosegajo poklicne kompetence življenjskih aktivnosti za pomoč pacientu pri zadovoljevanju fizioloških potreb, težje pa razumejo vlogo negovalnega osebja v življenjskih aktivnostih, ki pokrivajo socialne, duhovne in duševne potrebe pacienta. Še posebej je to opaziti pri praktičnem pouku v domovih starejših občanov, zato se je v okviru priprave dneva odprtih vrat »Z znanjem do zdravja« na Srednji zdravstveni šoli oblikovala ideja o medgeneracijskem povezovanju pripadnikov različnih starostnih skupin iz otroških vrtcev, Srednje zdravstvene šole in starostnikov iz Doma upokojencev Poljane, ki bo v nadaljevanju predstavljeno kot primer dobre prakse z naslednjimi cilji:

1. starostniki bodo izboljšali svojo samopodobo, druženje in aktivnost jim bosta nudila občutek uspešnosti, koristnosti in na prijeten način obogatila njihov prosti čas.
2. dijaki 2. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, smer bolničar-negovalci bodo samostojno komunicirali s starostniki in z otroki, aktivno bodo sodelovali v delavnici in usvojili poklicne kompetence za pomoč starostniku v življenjskih aktivnostih ustvarjalna zaposlitev ter rekreacija in razvedrilo,
3. otroci iz vrtcev se srečajo z bodočimi zdravstvenimi delavci in starostniki v starosti 90 do 100 let ter spoznajo in zaigrajo stare igre, srečanje z dijaki Srednje zdravstvene šole jim bo približalo poklic medicinske sestre in bolničarja/negovalca,
4. vzgojiteljice bodo lahko stare igre uporabile pri svojem delu z otroki.

DELAVNICE

V iskanju teme delavnice, v kateri se bodo starostniki lahko izkazali kot bogata zakladnica znanja za mlade rodove, so se ponudile stare igre iz mladosti naših pradedkov in prababic. Igra je temeljni in bistveni del otroštva. Je otrokova primarna dejavnost, s katero otrok raziskuje svet in sebe, saj preko nje spoznava okolje, zakonitosti in odnose med sistemi in ljudmi. Svobodna igra otroka je tista, ki mu daje veliko možnosti za samoodločanje ter mu ne povzroča strahu (Pogačnik Tolčič, 1978 cited in Skapin, 2017, p.1). Starejši in otroci uživajo v medsebojnem druženju in se učijo drug od drugega. Igra deluje kot povezava med različnimi generacijami. Starejše spominja na njihovo otroštvo, otroci pridobivajo bogate izkušnje, na starejše pa gledajo kot pozitiven vzor. Današnji utrip življenja nekaterim otrokom onemogoča medgeneracijski stik in posledično igro, saj so stari starši še zaposleni ali pa živijo drugje. Eden izmed mnogih pozitivnih vidikov medgeneracijske igre je, da vsak odrasel, neodvisno od izobrazbe in statusa, lahko sodeluje pri igri z otroki in je pozitiven vzor. Otroci v medgeneracijski igri močnejše razvijajo domišljijo, pridobivajo nove predstave in povezave ter strategije reševanja problemov. Napredujejo v govoru, se učijo sprejemati kompromise, pridobivajo konkretne izkušnje o stvareh in izboljšujejo grobe in finomotorične sposobnosti in spretnosti. Učijo se spoprijemanja s čustveno težkimi situacijami, izkazovanja empatije in gradijo samozavest. Odrasli pa v medgeneracijski igri obnavljajo domišljijsko in kreativno razmišljanje, ob prepoznavanju nepredvidenih situacij prilagajajo ideje in navade. Delijo poglede in izkušnje, se učijo prilagajati. Ob igri aktivirajo različne skupine mišic, z gibanjem skrbijo za svoje zdravje. Z igro se starejši lahko izognejo depresiji in tesnobi ter gradijo na samozavesti. (Davis, et al., 2002 cited in Mikulandra, 2018, p. 13)

Priprava na delavnice

V pripravi na delavnico je sodelovala skupina dijakov 2. letnika Srednje zdravstvene šole iz programa bolničar negovalci. Pri šestnajstih letih ni enostavno komunicirati s starostniki, katerih povprečna starost je 86 let, glede na to, da v običajnem življenju pobudo za pogovor običajno poda starejša oseba. Dijaki so najprej usvojili način komuniciranja s starostnikom, kako voditi pogovor na nevsiljiv, spoštljiv, razumljiv in dostojen način in pridobiti želene podatke. Namen pogovorov (intervjujev)

je bil pridobiti ustrezen nabor starih iger in spoznati tudi pravila iger. Najprej so za vajo intervjuvali svoje dedke in babice v domačem okolju, vendar niso pridobili zanimivih podatkov, ker njihovi stari starši še ne pripadajo generaciji starostnikov, kar je bilo pričakovano. Ti intervjuji v domačem okolju naj bi olajšali kasnejšo izvedbo intervjujev za pridobivanje podatkov od starostnikov v domu upokojencev.

Dijaki so v Domu upokojencev Poljane intervjuvali različne starostnike v starosti 78 do 99 let. Pogovori so potekali individualno, en dijak in en starostnik. Starostniki so v glavnem sodelovali z veseljem, ena starostnica je povabila zavrnila: » A igre, nič se nismo igrali, samo delali smo.« Ostali so z veseljem obujali spomine, opisovali igre in igrače svojega otroštva. Pravila iger so dijaki sproti zapisovali, da jih je bilo mogoče kasneje primerjati, uskladiti in usvojiti. Dijaki so v intervjujih pridobili naslednje podatke;igrače in igre, ki so zapisane tako, kot so jih poimenovali starostniki:

IGRAČE NAŠIH PRADEDKOV IN PRABABIC

Klobka volne - žoga, kamenčki, fižolčki,lesene kocke, lesene sestavljanke,punčka iz cunj, kuhalnica,fracja, mlinčki na potoku, svinčeni vojaki in družabne igre: Špana, Človek ne jezi se, Domino, Mikado, Šah, igre s kartami.

Izštevanke

En kovač konja kuje, kolko žeblice potrebuje, potrebuje samo tri, pa povej število ti.

Am bam pet podgan, štiri miši, v uh me piši, vija vaja ven.

Eci peci pec, ti si mali zec, ti si mala veverica, eci peci pec.

Eketepokate cukate me, fibe fabe domine, ektum, pektumkuferštuc, fimbofambodimbobuc.

Stare igre

Rdeče češnje rada jem,

Gospod karcinar kapco zgubil,

Rinkce talat,

Rihterja bit,

Trden most,

Kozo zbit (tudi koza klamf),

Ringa-raja,

Gnilo jajce,

Potujemo v Jeruzalem, kdo gre z nam,

Skrivalnice,

Ristanc,

Zemljo krast,

Ali se bojite črnega moža,

Med dvema ognjema,

Slepe miši,

Barvice prodajat,

Telefončki.

Običaji

Igre s pirhi (velikonočne igre),(trkanje z jajci - sekanje, valjenje jajc).

Tepeškanje (tepežni dan) takrat so otroci lahko vzeli šibo in s to topli kogar koli so hoteli, tudi starše.

Izvedena je bila primerjava poimenovanja in pravil iger, saj so starostniki prihajali iz različnih okolij in tudi pravila v njihovem spominu niso ostala povsem enaka. Iz bogatega nabora iger so bile izbrane igre, primerne za delavnico glede na:

Starost in število otrok, prostor, kjer bo delavnica izvajana, zahtevnost iger in možnost, da je pri igri aktiven vsak otrok v skupini.

Nekatere igre so dijaki poznali, zato je bilo pričakovati, da jih poznajo tudi otroci v vrtcih. Izbor igerjebil potem preverjen še z vzgojiteljicami v vrtcih z željo, da bodo predstavljene res otrokom nepoznane igre.

Dijaki so se s pomočjo starostnikov naučili pravila iger, kar pomeni da so vse igre večkrat preigrali skupaj s starostniki, ki so navdušeno delili svoje znanje in izkušnje in zatrdili, da so se prijetno zabavali.

IZVEDBA DELAVNICE

Igra z žogo: vsak, ki je ujel žogo, je povedal svoje ime, dijaki pa so ga napisali na listek okrašen z glinasto kroglico, ki so jo izdelali starostniki v Domu upokoencev Poljane.

Rdeče češnje rada jem: otroci so se med pesmijo razdelili v tri manjše skupine po 4-5 članov, ki so izmenjaje sodelovale pri igrah, ki so jih vodili dijaki.

Gospod kapcinarkapco zgubil: Otroci so sedeli v krogu in ugibali barvo kapice.

Rinkce talat: Otroci so sedeli v krogu in iskali, kdo v rokah skriva rinkco (prstanček – kamenček).

Rihterja bit: Otrok, ki miži ugiba, kdo ga je lopnil po zadnjici.

Trden most: Igra s petjem, oblikovanjem dveh skupin, ki na koncu preizkusita svoje moči z vlečenjem vrvi.

Kozo zbit (tudi Koza klamf): Pastirska igra, v kateri so spet sodelovali vsi otroci in poskušali z orehi zbiti tri pokonci postavljene palice (kozy).

Delavnica je bila zaključena s petjem pesmi, ki so jo vsi poznali: Mi se imamo radi.

Pravila iger so dijaki spretno sproti prilagodili razumevanju otrok. Posebnost delavnice je bil obisk dveh stanovalk Doma upokoencev Poljane, v starosti 90 in 100 let, ki sta se vključili v igre in jih igrali skupaj z dijaki in otroci.

EVALVACIJA DELAVNICE

Delavnica je bila izvedena za tri skupine otrok, vse igre so bile za njih nove in so jim bile všeč, razen igre Richterja bit, za katero so bili nekoliko premajhni. Poleg tega ima udarec po zadnji plati, pa čeprav v igri, kaznovano simboliko. Otroci so starostniki sprejeli z občudovanjem in so le stežka verjeli, da sta bili včasih tako veliki – majhni kot oni, dokler se med igro niso povezali v veselo skupino. Obisk starostnic je bil mogoč zaradi aktivne pomoči delovne terapevtke iz Doma upokoencev Poljane, kar ponovno kaže, da skupaj zmoremo vse. S skupnimi močmi in kakovostnim sodelovanjem zmoremo ohraniti znanje preteklosti in ga prenašati v prihodnost in ohraniti kulturno dediščino, kar stare igre navsezadnje tudi so. V medgeneracijskem povezovanju so tako sodelovale štiri generacije, saj smo poleg otrok, mladostnikov, starostnikov sodelovale tudi predstavnice aktivne populacije: delovna terapevtka, vzgojiteljica in učiteljica. Vzgojiteljice so izpolnile anketni vprašalnik Dneva odprtih vrat in delavnico pozitivno ocenile, v Domu upokoencev Poljane pa sta sodelujoči gospe navdušeno opisali potek delavnice in uspešno druženje z otroki in dijaki.

DISKUSIJA

Človek kljub mogočnemu napredku znanosti in tehnologije še vedno ostaja socialno bitje. Potrebuje stike in druženje z drugimi ljudmi ter prenašanje znanja in modrosti med generacijami (Mali, 2009, p. 245). Cilj medgeneracijskega sodelovanja je povezati ljudi v dejavnosti, s katerimi se spodbuja večje razumevanje in spoštovanje med generacijami, in ki lahko prispevajo tudi k izgrajevanju bolj povezanih skupnosti. V uspešnih medgeneracijskih programih se krepi samopodobi obeh generacij ter medsebojno razumevanje mlajše in starejše generacije (Hatton-Yeo, 2007, v Kump, 2009: 232). Starejši so zakladnica življenjskih izkušenj in lahko s pridobljenim znanjem vplivajo na mlajše generacije v medgeneracijskih programih, lahko so njihovi svetovalci in motivatorji hkrati. Poleg tehnološkega opismenjevanja v medgeneracijskih programih so pomembni tudi medsebojni odnosi in razvoj dialoga. Starejšo in mlajšo generacijo najbolj povezujejo dobro razumevanje in dobri odnosi. Zaupajo si težave, jih konstruktivno rešujejo, sklepajo kompromise, spoštujejo drug drugega itd. Medsebojno razumevanje v različnih okoliščinah je v praksi zahtevno, ker je za to potrebno veliko empatije in potrpežljivosti, ugotavlja Ramovš (2013, str. 86). (Macuh, 2017, p. 58)

ZAKLJUČEK

Namen delavnice je bil dosežen, vendar bi na tem področju bilo potrebno izvesti še več delavnic, učnih ur, kjer bi aktivno sodelovalo več generacij. Predvsem, ker smo v obdobju staranja prebivalstva in napredka sodobne tehnologije, kjer je potrebno sodelovanje z roko v roki med različnimi generacijami. Medgeneracijsko sodelovanje lahko predstavlja pomemben doprinos zdravstvene nege na področju življenjskih aktivnosti ustvarjalna zaposlitev ter razvedrilo in rekreacija, saj starostnikom vrača občutek koristnosti in obogati njihovo bivanje v domu.

LITERATURA

- Fink, A. & Kobilšek P. V., 2017. *Zdravstvena nega pacienta pri temeljnih življenjskih aktivnostih*. Ljubljana: Grafenauer, p. 252
- Henderson, V., 1998. *Osnovna načela zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, p. 76 – 81.
- Imperl, F., 2012. *Kakovost oskrbe starejših-izzivi za prihodnost*. Logatec: FirisImperl& Co.: Seniorprojekt.
- Kovač, A., 2013. *Kakovost življenja starostnika v domu starejših občanov: diplomsko delo*. Celje: Visokazdravstvena šola v Celju, p. 9.
- Kump, S., 2009. Krepitev skupnosti s pomočjo medgeneracijskih programov učenja. In: V. Tašner, ed. *Brez spopada: kultur, spolov, generacij*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 229-241.
- Mali, J., 2009. Medgeneracijska solidarnost v obstoječih oblikah skrbi za stare ljudi., p. 245 Available at http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/Strukturni_skladi/Gradiva/Gradivo_Strukturni_skladi_Usposabljanje_SDK_Brez_spopada.pdf [7.4.2019 at].
- Macuh B., 2017. Življenjski slog starejših v domovih za starejše. *Andragoška spoznanja*, 23(1), pp.53-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4312/as.23.1.53-71>, p. 58. at. https://webmail.arnes.si/posta/?_task=mail&_action=get&_mbox=INBOX&_uid=8155&_part=6&_frame=1&_extwin=1[24.2.2019].
- Mikulandra, T., 2018. *Obudimo igre preteklosti: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta. Available at: http://pefprints.pef.uni-lj.si/5273/1/OBUDIMO-IGRE-PRETEKLOSTI-diplomsko_delo_Tina_Mikulandra.pdf [24.2.2019].
- Ramovš, J. (ur.). (2013). *Staranje v Sloveniji : raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. p. 86
- Seliger, K., 2017. *Sodelovanje Vzgojno-varstvene enote pri Osnovni šoli Horjul s Centrom starejših občanov Horjul: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p.232. Available at: http://pefprints.pef.uni-lj.si/4444/1/Diploma_Katarina_Seliger.pdf[24.2.2019].
- Skapin, M., 2017. *Spomin na les – lesena didaktična igrača*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, p. 1 1 Available at: https://share.upr.si/PEF/EDIPLOME/DIPLOMSKA_DELA/Skapin_Matija_2017.pdf[24.2.2019].



MEDNARODNO SODELOVANJE DIJAKOV – PRIMER DOBRE PRAKSE

**International participation
of higeschool students -
example of good practice**

Mojca Simončič, dipl. m. s.

Šolski center Novo mesto

mojca.simoncic@sc-nm.si

IZVLEČEK

Mednarodno sodelovanje je nujen proces, ki naj bo vključen v vzgojo in izobraževanje na vseh ravneh. Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli Novo mesto v zadnjih letih poteka več mednarodnih projektov hkrati. V ta način se vključuje čedalje več dijakov, kar kaže na dober odziv in interes dijakov in potrditev dobrega dela na šoli. V prispevku bo predstavljeno sodelovanje v mednarodnem združenju E-medica od leta 2013 dalje skozi vsebino projektov, ki so bili izvedeni. Mednarodno združenje E-medica združuje srednje zdravstvene šole Republike Hrvaške, omogoča pa tudi vključevanje zdravstvenih in nezdravstvenih šol iz Republike Hrvaške in iz tujine. V petih letih je bila šola vključena v sedem projektov, vsi so bili v povezavi z zdravstveno tematiko. Ob tem je potekalo povezovanje med šolami, ki izobražujejo dijake za različne poklice. Prav povezovanje dijakov različnih držav, različnih strokovnih smeri je dajalo projektom, delu in rezultatom še večji pomen. Rezultati projektov so bili uspešno predstavljeni na vsakoletnem srečanju E-medice v Termah Tuhelj skozi različne oblike predstavitev. Tovrstno sodelovanje dijakov je dobra popotnica za delo in življenje mladih v današnjem času.

Ključne besede: projekti, zdravstvo, dijaki, dobre izkušnje

ABSTRACT

International co-operation is an essential process which should be included in education at all levels. There have been many international projects carried out at the Secondary Medical and Chemical School Novo mesto in recent years. In this way, more and more students are involved, which indicates a good response and interest of students, and simultaneously the confirmation of good work in our school. The article presents the participation in the international E-medica association from 2013 onwards through the content of the projects that were implemented. The international E-medica association unites the secondary medical schools from the Republic of Croatia, and also enables the integration of non-medical schools from the Republic of Croatia and from abroad. In five years, the school has been involved in seven projects, all related to health issues. At the same time, the connections between schools that educate students for different professions have been made. The integration of students from different countries, of different courses, has given an even greater significance to the projects, work and results. The results of the projects were successfully presented at the annual meeting of E-medica in Terme Tuhelj through various forms of presentations. Such student participation is a good base for the work and life of young people today.

Keywords: projects, health service, students, good experience

UVOD

S projekti se srečujemo vsepovsod, postali so stalnica v naših življenjih. Šola in učitelji se vedno znova soočajo z izzivi sodobne družbe, ki terja od njih sposobnost podati ustrezna znanja dijakom, da se bodo lahko uspešno soočili z rastočo raznolikostjo vedenj in znanj (Marinšek, 2005). Izobraževanje dijakov na srednjem strokovnem in poklicnem področju je danes usmerjeno v pridobivanje splošnih in strokovnih znanj za izvajanje poklica. Z razvojem družbe je hitremu spreminjanju tehnologij in hitremu tempu življenja potrebno prilagoditi tudi delo z mladimi. V veliko pomoč so raznolike možnosti sodelovanja tako v lokalni skupnosti kot tudi na mednarodnem področju. Trenutno zaposlovanje dijakov poteka intenzivno v domačih ustanovah in pogosto tudi v tujini. Z željo po podajanju in usvajanju čim boljšega znanja se izobraževalne ustanove trudijo ponuditi poleg programov izobraževanja široko paleto dodatnih možnosti pridobivanja znanja.

Tovrstno podporo dajejo tudi krovne organizacije na državnem področju izobraževanja. Pripravljajo pogoje za delo na posameznih projektih in s svojo spodbudo sistematično omogočajo pestrost in raznovrstnost mednarodnih povezav. Temeljni cilji delovanja na mednarodnem področju so uveljavljanje slovenskega znanja in ustvarjalnih potencialov v Evropi; zagotavljanje kompetitivnosti slovenskega znanja potrebam skupnega evropskega trga; uveljavljanje dosežkov na mednarodni ravni; izmenjava izkušenj in primerov dobre prakse; potrditev kakovosti, inovativnosti in ustvarjalnega dela ter verifikacija dosežkov; uvajanje evropskih dimenzij izobraževanja, usposabljanja in zaposlovanja; uveljavljanje medkulturnosti in promocija slovenskega znanja in kulture (CPI, 2019).

V slovenskem šolskem prostoru je močno prisoten trend internacionalizacije, ki zaradi ekonomskih, socialnih, kulturnih in političnih težnj krepí povezovanje evropskega izobraževalnega prostora z namenom doseganja in ohranjanja konkurenč-

nosti v mednarodnem okviru (Beznik, 2019). Za uspešno izvajanje mednarodnih projektov šola umesti pomen mednarodnega sodelovanja med svoje strategije dela, zagotovi ustrezno partnersko sodelovanje šole z okoljem, zagotovi ustrezen kader in shemo delovanja na posameznih projektih, ustrezno informacijsko-komunikacijsko tehnologijo in ustrezno finančno načrtovanje (CPI, 2019).

Tovrstne zahteve terjajo poznavanje osnovnih zakonitosti timskega dela pri izvajanju pedagoškega procesa na šoli in pri izvajanju mednarodnega sodelovanja. Le tako lahko dosežemo zgoraj zastavljene cilje na področju mednarodnega sodelovanja.

Belbinova teorija timskih vlog zagovarja dejstvo, da na delo tima vplivajo številni dejavniki, velik poudarek pa je na raznolikosti članov tima, poznavanju timskih vlog in na dobri organizaciji učinkovitega tima. Za to je potrebnih pet izpolnenih pogojev: vsak član preko svoje vloge prispeva k doseganju ciljev; med vlogami je potrebno optimalno ravnovesje, ki je odvisno od ciljev in nalog tima; uspešnost dela v timu je odvisna od posameznikovega izbora prednostnih nalog; osebne in duševne sposobnosti, ki jih mora imeti posamezni član tima, so podlaga za uspešno opravljeno vlogo v timu; tim lahko najbolje razporedi svoje tehnične vire le takrat, kadar ima celoten obseg in ravnovesje med timskimi nalogami. V svojem delu Belbin navaja devet timskih vlog (koordinator, izvajalec, spodbujevalec, inovator, raziskovalec virov, kritik, timski delavec, dovrševalec, strokovnjak). Vsak član ima v timu dvojno vlogo. Ena je funkcionalna in govori o znanju in izkušnjah posameznika. Timska vloga posameznika pa izraža vedenjske vzorce, ki jih posameznik razvije pri delu in komunikaciji v skupini. (Psihologija dela, 2019).

Na Šolskem centru Novo mesto se že vrsto let zavedamo dejstva, da sta mednarodno sodelovanje in timsko delo dandanes nujno potrebna spremljevalca učnega procesa. Tako se na centru izvaja kar nekaj mednarodnih projektov, ki omogočajo dijakom/šudentom, da se izobražujejo za boljšo pripravo na poklic in na zahteve delovnega trga v današnjem času (Šolski center, 2019). Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli, ki je ena od večjih organizacijskih enot Šolskega centra Novo mesto, izobražujemo dijake za poklic za delo z ljudmi. Vizija šole je, da s sodelovalno kulturo, ustvarjanjem pogojev za učenje in poučevanje omogočimo nenehno poklicno in osebno rast dijakov in strokovnih delavcev (Vizija Srednje zdravstvene in kemijske šole, 2019).

MEDNARODNI PROJEKTI NA SREDNJI ZDRAVSTVENI IN KEMIJSKI ŠOLI

Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli se v zadnjih letih zvišuje tako število mednarodnih projektov kot tudi število dijakov, ki se odločajo za sodelovanje v mednarodnih projektih. Od leta 2012 dalje se je na šoli izvajal projekt Koraki do uspeha, ki sodi v sklop programov Leonardo da Vinci Europraksa in Erasmus+. Dijaki so se odločali za tritedensko prakso v tujini, kjer so nadgradili svoja znanja, spretnosti in izboljšali svojo konkurenčno prednost na trgu dela. Dijaki so ob prijavi izdelali življenjepis in motivacijsko pismo za prijavo na delovno mesto. S tem so pridobili izkušnje iz podjetniškega učenja in kariernega vodenja. Od leta 2012 do 2018 se je tovrstnega mednarodnega sodelovanja udeležilo 32 dijakov (Novinec & Hrovat, 2018).

V okviru projekta KA2-Matematika v vsakdanjem življenju sodelujejo trije dijaki naše šole in sedem dijakov iz ostalih organizacijskih enot ŠC NM. Pri projektu se izvajajo različne aktivnosti (predstavitve, film, naloge), povezane s tematiko matematike, značilnostmi Slovenije in Italije. Dijaki so se uspešno udeležili tedenske izmenjave v Neaplju v Italiji. V projektu KA2– Kmetijstvo dijaki razvijajo spretnosti za uspešno povezovanje tradicije in inovacij. V projekt je vključenih 20 dijakov naše šole. Aktivnosti so potekale v pripravah na delo na projektu, izvedbi in udeležbi tedenskih izmenjav pri nas in na otoku Vis v Republiki Hrvaški (Letno poročilo Srednje zdravstvene in kemijske šole, 2017-2018).

Od leta 2013 na šoli uspešno poteka mednarodno sodelovanje v projektu E-medica, kjer je v zadnjih petih letih sodelovalo 25 dijakov naše šole. E-medica je združenje zdravstvenih šol Republike Hrvaške, ki je nastalo v letu 2005. V današnjem času je v združenje vključenih 26 zdravstvenih šol iz Republike Hrvaške, 13 šol iz tujine in 16 partnerskih ne zdravstvenih šol. Projekt se izvaja skozi pet glavnih aktivnosti: izmenjave dijakov; videokonferenčno druženje; priprava skupnih projektov z zdravstveno vsebino; izdelava skupne spletne strani, kjer so objavljeni projekti, srečanja, izmenjave ter vsakoletno skupno srečanje E-medice, kjer se predstavijo vsi projekti, narejeni v tekočem šolskem letu. V letih od 2013 smo uspešno izvedli sedem projektov. Tematika projektov je bila usmerjena v reševanje zdravstvene problematike. Uspešno smo zaključili projekte: Prostovoljno delo kot način življenja in razmišljanja, Akutne zastrupitve v otroški dobi, Zdravstveni turizem, Ergonomija 1, Ergonomija 2-Varovanje hrbtenice, Adipositas, Zdravje ledvic-odločitev je v твоjih rokah, trenutno pa je v fazi zaključevanja projekt Kreativno učenje. Pri vseh projektih so sodelovali dijaki z različnih strokovnih področij in iz vsaj dveh držav.

METODOLOGIJA DELA NA ŠOLI IN PROJEKTU E-MEDICA

Tim je delovna skupina, ki jo sestavljajo strokovnjaki z različnih področij. Osnova timskega dela je komunikacija, medpoklicno sodelovanje, razumevanje in upoštevanje vlog vseh članov. Sodelovanje članov temelji na medsebojnem spoštovanju, skupnem sodelovanju, odločanju, izmenjavi informacij in odgovornosti pri uresničevanju ciljev (Fink & Kobilšek, 2012).

Na Srednji zdravstveni in kemijski šoli potekajo projekti, kjer so vključeni dijaki iz celega Šolskega centra. V tem primeru ima projekt skupnega koordinatorja, na posameznih šolah so odgovorni učitelji, mentorji in dijaki, ki sodelujejo na projektu. E-medica ima na šoli delovni tim, ki ga sestavljajo koordinator, mentorji, sodelavci in vodstvo šole. Skupaj s sodelavci predvsem dosegamo boljše in hitrejše rezultate na področju informacijsko komunikacijske tehnologije, na jezikovnem področju, medtem ko strokovno področje pokrivajo mentorji v sodelovanju s koordinatorjem. Koordinator v dogovoru z vodstvom šole izvaja usklajevanje dela na šoli, z lokalno skupnostjo, s koordinatorji sodelujočih šol na projektu in v sodelovanju z organizacijskim odborom E-medice. Pri samem delu na projektu je izrazito pomembno timsko delo in uspešno sodelovanje med člani tima. To se izraža na delu posamezne šole, ki sodeluje na določenem projektu oziroma v končnem izdelku, ki ga skupina šol pripravi in predstavi na zaključnem srečanju E-medice. Vsako leto se odločimo za sodelovanje na enem ali dveh projektih. Na posameznem projektu hkrati sodeluje največ pet šol. Šola, ki predlaga temo projekta, začrta glavne cilje, ki jih s projektom želimo doseči. Z uporabo informacijsko komunikacijske tehnologije se sodelujoči spoznajo, si izmenjujejo izdelano gradivo, informacije, ki so potrebne za sam projekt ali se zgolj družijo, povezujejo in razvijajo prijateljske vezi. Na šoli vsako leto izvedemo predstavitev projekta in mednarodnega združenja, s tem želimo dijakom predstaviti prednosti mednarodnega sodelovanja in jih navdušiti za delo na projektu. Dijaki izdelajo motivacijsko pismo, v katerem zapišejo, kaj je tisto, kar jih motivira za sodelovanje na projektu. Poudarek pri delu na projektu je samostojnost dijaka, spodbujanje njihove inovativnosti, ustvarjalnosti in razvijanje njihovih komunikacijskih veščin v materinem in tujem jeziku.

REZULTATI DELA NA PROJEKTIH E-MEDICE

S svojim delom na sedmih projektih smo predstavili svoja znanja sodelujočim šolam in znanje ponesli preko naših meja. Skoraj pri vseh projektih smo tesno sodelovali z lokalnim okoljem, saj smo le skupaj z njimi lahko pokazali vso širino našega dela in veščin. Prostovoljno delo na šoli poteka že 15 let v tesnem sodelovanju s Splošno bolnišnico Novo mesto in domovi starejših občanov na širšem območju Dolenjske in Posavja. Oblike in metode dela smo predstavili na izmenjavi v obliki predavanja o prostovoljnem delu, delavnic na otroškem oddelku in v domu starejših občanov. Sodelujoči so bili navdušeni, saj se s tovrstnim načinom dela še niso srečali. Udeležili smo se še prostovoljske akcije v Zagrebu in organizirali zbiranje higienskih pripomočkov za Dekliški dom v Bedekovčini. Pri projektu Akutne zastrupitve v otroški dobi smo iskali vzroke in rešitve za primere zastrupitev v otroški dobi. Dijaki so posneli film o zastrupitvi z alkoholom in nudenje prve pomoči in nujne medicinske pomoči, ki ga uspešno uporabljamo pri pouku Prve pomoči. Projekt Zdravstveni turizem nas je na samem začetku navdušil. Izvedli smo uspešno sodelovanje na projektu in prikazali zdravstveni turizem v Termah Krka. Poudarili smo pomen zdravega načina življenja, izvedli igranje golfa, nordijsko hojo pri nas in na izmenjavi v Termah Tuhelj. Projekt Zdravje ledvic-odločitev je v tvojih rokah je nastal na stojnici ob mednarodnem dnevu ledvic. Ob njem smo spoznali, da je odločitev za zdravje velikokrat v naših rokah. Izračunali smo, koliko nas dnevno stane zdravljenje za dializne bolnike, in se vprašali, koliko bi prihranili letno, če bi z zdravim načinom življenja zmanjšali število ledvičnih bolnikov z odpovedjo ledvic za 1 odstotek. Na šoli smo že pred več kot 10 leti začeli s poučevanjem ergonomije kot pomembne vede o urejanju primerne delovnega okolja, ki je za zdravstvene delavce pomembna predvsem z vidika zmanjševanja težav s hrbtenico; takoj smo se odločili za sodelovanje. Prikazali smo svoje izkušnje na dvodnevni izmenjavi pri nas, kjer so se udeleženci srečanja lahko sami preizkusili v ergonomiji v naših strokovnih učilnicah za zdravstveno nego. V nadaljevanju smo izvedli še projekt Ergonomija 2, kjer smo dali poudarek na izvajanju vaj za zdravje hrbtenice pri mladih v času pouka. Skupaj z dijaki smo posneli osem vaj, ki jih dijaki na šoli izvajajo med minuto za zdravje. Na zaključnem srečanju v Termah Tuhelj smo z razgibavanjem navdušili vse sodelujoče. Pri projektu Adipositas smo ugotovili, da se današnja mladina ne prehranjuje zdravo, da se ne gibajo dovolj v prostem času in da prevladujeta pretirana uporaba telefona in interneta. Izoblikovali smo letak o zdravem načinu življenja in izvedli dvodnevno izmenjavo v povezavi s Centrom za zdravje Zdravstvenega doma Novo mesto. V lepem vremenu smo z gibanjem - kot pomembnim načinom ohranjanja zdravja spoznavali lepote Novega mesta in okolice. Projekt Kreativno učenje prinaša veliko novosti na področju informacijsko komunikacijske tehnologije in poudarja uporabo pametnih telefonov v učne namene in ne zgolj kot obliko komunikacijskega sredstva. Učne ure so dijakom pri podajanju snovi na tak način bolj zanimive in hitreje dojemajo snov. Vsi projekti so prinesli veliko ugotovitev, ki smo jih spoznali na osnovi analiz anket, ki

so bile izvedene pri vseh projektih. Svoja znanja smo prenesli na šole onkraj naših meja. Istočasno smo se učili tudi sami; spoznali smo nove ljudi, nove kraje, način dela in razmišljanja drugih narodov. Vsak projekt je bil uspešno predstavljen na srečanjih E-medice v Termah Tuhelj.

DISKUSIJA

Mednarodno sodelovanje zahteva poseben prostor v učnem procesu, ustrezno znanje sodelujočih, timski pristop k delu, saj s svojo kompleksnostjo delovanja le tako lahko pripelje do zaželenih uspehov. Prav zaradi podpore s strani državnih ustanov želimo tovrstno delo predstaviti širši skupnosti, saj s tem poudarjamo sposobnost naših dijakov, sodelavcev in dobro sodelovanje šole na lokalnem področju in širše. Pri svojem delu poudarjamo potrebo po timskem pristopu, saj je to osnova za dobro delo na področju poklica in v življenju. Z enakostjo lahko vsak prispeva delež svojega znanja in le na ta način lahko razvija vse svoje potenciale. S timskim delom razvijamo kompetence informacijske pismenosti mladih, kjer uporabljajo informacijsko komunikacijsko tehnologijo za učne vsebine, zdrav način življenja, utrjevanje znanja in ne le za osnovne oblike komuniciranja.

Štrubljar (2009) v svojem diplomskem delu opisuje današnji čas kot čas nenehne modernizacije, razvoja, hitrega razvijanja možnosti za boljša pridobivanja znanja v šolah. Sodelovanje dijakov v mednarodnih projektih pomembno doprinese k boljši kakovosti dela na šoli in hkrati k boljši prepoznavnosti šole v okolju.

Marinšek (2005) opisuje v svojem delu delovanje v partnerskem procesu kot možnost premika v komunikaciji, inovativnosti. Udeleženci postanejo odgovorni za svoja dejanja, oblikujejo in predstavljajo se enkratna dela, velikokrat se gradi svet prihodnosti, predvsem z uporabo komunikacijske tehnologije.

Razvijanje lastne profesionalnosti pomeni nenehno odzivanje, ne le na potrebe osebnostne rasti, temveč tudi na razvojne zahteve družb, v katerih živimo. Slednje pričakujejo od učiteljev, da bodo svojim učencem tudi na praktični ravni odprli vrata v svet. Internacionalizacija šole je njena razvojna nujnost. Sodelovanje v mednarodnih projektih omogoča učiteljem izmenjavo izkušenj, zamisli in stališč o določenih temah, ki jih najbolj zanimajo. Delovni in prijateljski stiki z "drugimi" ozaveščajo o pomenu medkulturnega izobraževanja, saj omogočajo spoznavanje šolske realnosti in družbenih kontekstov, ki jih živijo drugi narodi. Učitelji, ki skupaj z učenci oziroma dijaki ugotavljajo, kakšne so družbene, kulturne, zgodovinske in jezikovne razlike ter podobnosti med različnimi državami, v njih prepoznavajo skupne evropske vrednote in obenem razvijajo zavest o vrednosti lastnih jezikovnih posebnosti, tradicij in kulture (Taštanoska, 2006).

Kot šola in kot posamezniki se zavedamo potreb današnjega časa, trudimo se dijakom ponuditi vse, kar potrebujejo za razvoj in življenje. Menimo, da smo dijakom, ki so sodelovali v mednarodnih projektih, dali neko novo izkušnjo, ki bo sigurno vplivala na njihovo življenjsko in karierno pot. Iz vsake izkušnje lahko povzamemo nekaj novega, koristnega za reševanje nadaljnjih problemov. Z vsakim projektom smo uspeli nadgraditi in razviti naš način, odnos in naše sodelovanje med učitelji in dijaki, prav tako pa tudi na lokalni in mednarodni ravni. K delu pristopamo timsko, kar predstavlja dobro osnovo za sodelovanje pri projektu in podlago za marsikatero medpredmetno sodelovanje na področju izobraževanja in navezovanja novih stikov. Skupaj gradimo znanje, tako, da skrbimo za spoznavanje in razvijanje razlik na družbenem, kulturnem in jezikovnem področju. Ravno na tak način se razvijamo kot posamezniki in kot tim, ki deluje na določenem projektu. Ob tem se učimo uporabe najnovejših komunikacijskih sredstev, preko katerih komuniciramo in izmenjujemo strokovna znanja med partnerji v projektih.

ZAKLJUČEK

Mednarodno sodelovanje na Srednji zdravstveni in kemijski šoli poteka uspešno in kar nekaj naših dijakov in profesorjev si je pri tem pridobilo novih izkušenj. Dosegli smo dobro delujoči tim, kjer vsak prispeva svoja znanja za doseganje skupnega cilja. Naša znanja in dobro povezanost na lokalnem področju utrjujemo z raznoraznimi aktivnostmi, pogosto tudi z mednarodnimi projekti. Skrbimo za nenehno spremljanje strokovnega napredka in lokalnih znamenitosti, ki jih uspešno vključujemo v vsakdanje delo. Glavni cilj nam je zadovoljstvo dijakov, zaposlenih in dobro opravljeno delo. Z raznolikostjo projektov skrbimo za širino znanja naših dijakov. Poleg znanja na šoli spodbujamo in skrbimo za zdrav način življenja naših dijakov in zaposlenih.

Vsak si želi zadovoljnih, uspešnih dijakov v času šolanja. Mednarodni projekti zahtevajo čas, znanje, dobro organizacijo in ustrezno finančno podporo. Danes obstaja veliko dobrih projektov, ki niso podprti s strani državnih ustanov, kar pomeni dodatno finančno obremenitev šolam pri izvajanju posameznih dodatnih aktivnosti za dijake. Želimo si še več novih znanj, novih možnosti za prikaz našega dela in možnosti za dodaten razvoj naših dijakov ter podporo s strani stroke in državnih ustanov.

LITERATURA

- Beznik, N., 2019. Pozitivni učinki izvajanja mednarodnega projekta izmenjav na višji strokovni šoli ŠC Kranj. Available at: <http://www.sckr.si/tsc/vss/documents/2018/40/UP2018-NB-pozitivni-ucinki-izmenjav.pdf> [23.3.2019].
- CPI Slovenija. Center za poklicno izobraževanje. 2019. Mednarodno sodelovanje Available at: <http://www.cpi.si/mednarodno-sodelovanje.aspx>. [3.2.2019].
- Fink, A. & Kobilšek, V. K. 2012. *Osnove zdravstvene nege: Učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer založba, pp17-18.
- Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto. 2018. Letno poročilo Srednje zdravstvene in kemijske šole Novo mesto, 2017-2018 Available at: https://www.google.com/search?biw=1346&bih=551&ei=Se-VXJX1EYSWkwX-gDA&q=letno+poro%C4%8Dilo+o+delu+szk%C5%A1+2018&oq=Letno+poro%C4%8Dilo+o+delu+SZK%C5%A0+&gs_l=psy-ab.1.0.33i160.8107.20920..24101...1.0..3.197.7307.6.0j22.....0....1..gws-wiz.....6..35i39j0i131j0j0i67j0i22i30j33i22i29i30.odppNci81oY.pdf, pp 54-55. [3.2.2019].
- Marinšek, R., 2005. *eTwinning ali kako pripraviti in voditi mednarodni projekt v šoli*. Center za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja – CMEPIUS, narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana, pp 3, 6.
- Novinec, V. & Hrovat, K., 2018. Mednarodno sodelovanje na Srednji zdravstveni in kemijski šoli na Šolskem centru Novo mesto, In: K., Pirs., ur., *Utrip – Glasilo zbornice zdravstvene in babilške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, XXVI(3), pp. 83.
- Zakrajšek, T., 2015. *Oblikovanje in vodenje učinkovitih timov: Belbinove timske vloge (internet)*. *Psihologija dela*. Available at: <https://psihologija-dela.com/2015/01/02/oblikovanje-in-vodenje-ucinkovitih-timov-belbinove-timske-vloge/>. [3.2.2019].
- Šolski center Novo mesto. Projekti – Koraki do uspeha. 2019. Available at: <https://www.sc-nm.si/projekti/koraki-do-uspeha>. [3.2.2019].
- Štubljar, P., 2009. Mednarodne izmenjave v osnovni šoli. Program Comenius: diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana,
- Taštanoska, T., 2006. Mednarodni projekti v šoli: priročnik za ravnatelje (internet). Ljubljana; Center za mobilnost in evropske programe izobraževanja in usposabljanja – CMEPIUS, pp 20. Available at: http://www2.cmepius.si/files/cmepius/userfiles/publikacije/et_prirocnik_ravnatelj.pdf. [3.2.2019].
- Srednja zdravstvena in kemijska šola Novo mesto. 2017. *Vizija šole*. Available at: <https://www.sc-nm.si/szks/>. [3.2.2019].



POVEZAVA MED FIZIČNO BOLEČINO IN OSEBNOSTNIMI FAKTORJI PRI DIJAKIH ZDRAVSTVENE NEGE

**Correlation between physical
pain and personality factors
in nursing students**

Mojca Kotnik, prof. zdr. vzg.
Maja Klančič, univ. dipl. psih.
Ana Šemrov, mag. psih.
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

mojca.kotnik@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Uvod: Doživljanje bolečine je pogojeno z osebnostnimi značilnostmi posameznikov. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali obstaja povezava med osebnostnimi značilnostmi dijakov in doživljanjem fizične bolečine. **Metode:** Za ugotavljanje osebnostnih značilnosti je bil uporabljen vprašalnik BFO- Big Five Observer (Model velikih pet faktorjev osebnosti) in za ugotavljanje fizične bolečine modificirani slovenski McGill-Melzack vprašalnik o bolečini. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 100 dijakov 4. letnika zdravstvene nege na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana, ki so retrospektivno ocenjevali najhujšo možno fizično bolečino. V vzorec smo zajeli 68 deklet in 32 fantov. Podatki so bili obdelani s programskim orodjem SPSS in analizirani z deskriptivno statistiko in korelacijskima testoma (Pearson in Spearman). **Rezultati:** Analiza rezultatov je pokazala, da so najvišjo fizično bolečino pri dijakih povzročili zunanji dejavniki (73%), sledijo notranji dejavniki (13%) in infekcije (12%). Najpogosteje so opisovali mesto bolečine glavo, roke in noge. Direktne povezanosti med osebnostno strukturo ter stopnjo doživljanja in trajanjem bolečine ni bilo mogoče potrditi. **Diskusija in zaključek:** Razlogi, da se osebnostna struktura ter določeni aspekti bolečine med seboj niso povezovali, so lahko selektiven vzorec, retrospektivno ocenjevanje bolečine ter različno razumevanje nekaterih vprašanj o osebnostnih značilnostih. Da bi dobili statistično značilne razlike bi bilo potrebno raziskavo ponoviti, uporabiti bolj reprezentativen vzorec in dopolniti določena vprašanja v vprašalniku o bolečini.

Ključne besede: fizična bolečina, osebnostne značilnosti, velikih pet, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: Experiencing pain is conditioned by personality traits of individuals. The purpose of the research was to determine whether there is a link between the personality traits of the students and experiencing physical pain. **Methods:** We measured personality traits using The BFO-Big Five Observer (Model of the Big Five Personality Factors). The modified McGill-Melzack questionnaire on pain was used to measure the participants' retrospective assessment of the worst physical pain they have experienced so far. A random sample included 100 students of the 4th year of nursing care at the Ljubljana Medical School. Of these, 68 were girls and 32 were boys. The data were analyzed with the software SPSS and analyzed using descriptive statistics and correlation test (Pearson and Spearman). **Results:** The analysis of the results showed that the highest physical pain in students was caused by external factors (73%), followed by internal factors (13%) and infection (12%). The most commonly described place of pain was head, followed by hands and feet. The direct connection between the personality traits and the level of experience and the duration of pain could not be demonstrated. **Discussion and conclusion:** The reasons that the personality structure and certain aspects of pain have not been interconnected can be a selective pattern, retrospective evaluation of pain, and participants' unambiguous understanding of questions in BFO. In order to obtain statistically significant differences, the study would have to be repeated, using a more representative sample and adjusting certain questions in the questionnaire on pain.

Key words: Big Five, nursing care, personality traits, physical pain

UVOD

Slovenski jezik bolečino definira kot »neugoden telesni občutek zaradi bolezni, udarca« ali »občutek duševnega trpljenja« (Černivec, 2019). Na doživljanje bolečine vplivajo številni dejavniki: biološki, duševni in socialni, kot so intenzivnost, vrsta bolečine, pogostost pojavljanja, trajanje, starost osebe in osebnostne značilnosti. Lajšanje ali odprava bolečine je odvisna od njenega vzroka. Za namene primernega zdravljenja je posameznikom ter zdravstvenim delavcem v pomoč poznavanje lokacije, trajanja in vrste bolečine (Bürger Lazar, 2005).

V zadnjih desetletjih zdravstvo bolečino opredeljuje kot večdimenzionalni konstrukt, ki vsebuje senzorne, kognitivne, motivacijske in čustvene kakovosti, ter predstavlja subjektivno zaznavo, ki je vedno odvisna tudi od preteklih izkušenj (Kumar & Elavarasi, 2016).

Ljudje se na spodbude iz okolja različno odzivamo. Slednje je med drugim posledica tudi različnih osebnostne značilnosti posameznikov, ki predstavljajo težnje k manifestaciji določenih vzorcev kognicije, čustev, motivacije in vedenja v določeni situaciji (Fleeson, 2001). Čeprav je razumevanje osebnostnih značilnosti med psihologi eno izmed najpopularnejših področij

zanimanja (Lahey, 2009) ter posledično tudi eno izmed najbolj raziskanih (Musek, 1993), pa se pomembnosti povezanosti med osebnostno strukturo, zaznavo izkušenj in vedenjem mnogi še ne zavedajo. Poznavanje osebnostnih značilnosti posameznikov ima lahko posledično pomemben doprinos k javnem zdravstvu ter razumevanju zaznave bolečine pri bolnikih (Lahey, 2009).

Nevroticizem, katerega nasprotni pol je čustvena stabilnost, predstavlja enega izmed velikih pet faktorjev osebnosti ter je povezan z negativnimi čustvenimi odzivi na frustracije ali izgubo (Costa & McCrae, 1992). Bolniki s poudarjenim nevroticizmom doživljajo večjo bolečino kot čustveno stabilnejši bolniki (Benedik, 2011). Razumevanje in poznavanje te dimenzije je za zdravstvo pomembno predvsem, ker se povezuje z mnogimi duševnimi in fizičnimi zdravstvenimi problemi (Lahey, 2009). Nevroticizem je povezan s slabšim subjektivnim zdravjem (Goodwin & Friedman, 2006; Hudek-Knežević & Kardum, 2009) ter se glede na ostale dimenzije osebnosti v večji meri povezuje z raznolikimi zdravstvenimi problemi (Lahey, 2009). Kljub temu, pa slednja ne predstavlja edine osebnostne značilnosti, ki se povezuje z zdravstvenimi izidi. Raziskave npr. govorijo v prid povezanosti fizičnega zdravja z dimenzijo **vestnost** (Goodwin & Friedman, 2006), katere posledica je pogosto zdrav način življenja (Lahey, 2009). Prav tako sta avtorja Hudek-Knežević in Kardum (2009) odkrila povezanost dimenzij **odprtost** in **sprejemljivost** z boljšimi subjektivnimi zdravstvenimi izidi.

Bolečina je najpogostejši in običajni prvi razlog za iskanje zdravstvene pomoči. Ker pa gre več kot očitno za kompleksno posameznikovo zaznavo, smo želele raziskati, ali obstaja povezava med osebnostnimi značilnostmi dijakov in retrospektivnem poročanju njihovega doživljanja najhujše fizične bolečine, ki so jo v svojem življenju občutili. Pri tem smo glede na pretekle raziskave predpostavljale, da se bo dimenzija čustvena stabilnost negativno povezovala z močnejšo in dolgotrajnejšo zaznavo bolečine. Preverjale smo še hipotezo, da se dimenzije čustvena stabilnost, **odprtost** in **sprejemljivost** negativno povezujejo s številom oviranih temeljnih življenjskih aktivnosti zaradi bolečine.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativna opisna metoda raziskovanja.

Opis instrumenta

Za namene preverjanja hipotez smo podatke zbrali preko dveh instrumentov: a) samoocenjevalne lestvice za merjenje strukture osebnosti po modelu »Velikih pet« osebnostnih značilnosti – BFO-S (org. *Big Five Observer – self-observer*) (Caprara, et al., 2012), b) modificiranega slovenskega McGill-Melzack vprašalnika o fizični bolečini (Jakovljević & Pevec, 1992).

Vprašalnik BFO sestavlja 40 parov dvopolnih pridevnikov, ki opisujejo osebnost. Vsak par pridevnikov je potrebno oceniti na sedem stopenjski lestvici pri čemer pomeni ocena 1 en pol neke lastnosti in ocena 7 njen nasprotni pol. Lestvice merijo pet dimenzij osebnosti, vsako lestvico pa sestavljata dve podlestvici (Caprara, et al., 2012).

Dimenzija ENERGIJA (E) se nanaša na vidike osebnosti, kot so energično in dinamično delovanje, zgovornost in navdušenje, sposobnost samouveljavljanja, prednjačenja in vplivanja na druge. Energijo sestavljata podlestvici aktivnost in dominantnost.

Dimenzija SPREJEMLJIVOST (S) se povezuje s sposobnostjo razumevanja in po potrebi nudenja pomoči drugim, s sposobnostjo učinkovitega sodelovanja z drugimi, sprejemljivostjo, zaupanjem in odprtostjo do drugih. Podlestvici sprejemljivosti sta sodelovanje in prijaznost.

Dimenzija VESTNOST (V) je sestavljena iz podlestvic natančnost in vztrajnost ter se nanaša na vidike osebnosti, povezane z zanesljivostjo, natančnostjo, redoljubnostjo, vztrajnostjo, trdnostjo in delavnostjo.

Dimenzija ČUSTVENA STABILNOST (Č) se povezuje s sposobnostjo kontroliranja lastnih čustev, ohranjanja mirnosti in ravnovesja, z odsotnostjo negativnih čustvenih stanj ter z odsotnostjo skrbi. Sestavljata jo podlestvici kontrola čustev in kontrola impulzov.

Dimenzija ODPRTOST (O) se nanaša na vidike osebnosti, kot so ustvarjalnost, originalnost, radovednost, kultura, inteligentnost, odprtost za novosti ter vsebuje podlestvici odprtost za kulturo in odprtost za izkušnje.

Vprašalnik za ugotavljanje fizične bolečine (modificirani slovenski McGill-Melzack vprašalnik o bolečini) vsebuje 15 vprašanj in je razdeljen na tri sklope. Prvi sklop obsega kodo dijaka (osebni podatki dijaka). Drugi del se nanaša na retrospektivno oceno dogodka, kjer so občutili najhujšo možno fizično bolečino. V tretjem delu nas je zanimala jakost omenjene bolečine glede

na vizualno analogno skalo (VAS), trajanje, vrsto, mesto, čas bolečine, njen vpliv na temeljne življenjske aktivnosti (TŽA), ter kako in s čim je potekalo zdravljenje bolečine.

Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, smer zdravstvena nega. V vzorec smo vključile 100 dijakov, pri čemer so vsi udeleženci izpolnili oba instrumenta v popolnosti. Vzorec je predstavljalo 68 deklet in 32 fantov.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Dijaki so oba vprašalnika izpolnjevali v šoli. Izpolnjevanje vprašalnika je bilo prostovoljno in anonimno. Raziskava je pri vseh dijakih potekala 23. marca 2018, reševanje pa je trajalo 45 minut. Pred začetkom izpolnjevanja so bili dijaki z ustnim in pisnim nagovorom seznanjeni z namenom in cilji raziskave ter navodili za izpolnjevanje. Dijaki so najprej izpolnili vprašalnik o bolečini in nato BFO vprašalnik.

Pri obdelavi podatkov in za statistično analizo smo uporabili program IBM SPSS Statistics 22. Povezanost med strukturo BFO in močjo ter trajanjem bolečine smo preverjali preko Pearsonovega korelacijskega testa, povezanost med strukturo BFO in oviranostjo TŽA pa s pomočjo Spearmanovega korelacijskega testa.

REZULTATI

Delež dijakov, ki je retrospektivno ocenilo najhujšo bolečino zaradi zunanjih dejavnikov je bilo 73 %, delež tistih, ki je kot takšno ocenilo bolečino zaradi notranjih dejavnikov, je bilo 15 % in zaradi infekcije 12 %.

Tabela 1: Moč in trajanje fizične bolečine pri dijakih

Moč bolečine (VAS)	število dijakov
Brez bolečine (0 - 1)	2
Rahla bolečina (2 - 3)	8
Srednje močna bolečina (4 - 6)	32
Huda bolečina (7 - 8)	51
Nevzdržna bolečina (9 - 10)	7
Trajanje bolečine	
Več dni	48
Cel dan	12
Več ur	22
Eno uro	7
Nekaj minut	11

Najpogosteje so dijaki opisovali bolečino kot ostro (36 %), sledila je pekoča bolečina (17 %), nato zasekajoča/presekajoča bolečina (14 %), topa bolečina (13 %), vrtajoča bolečina (8 %), 7 % je poročalo o drugačni vrsti bolečine od naštetega, najmanj jih je poročalo o drgetajočem občutku bolečine (5 %).

Pri 10 dijakih bolečina ni ovirala TŽA, kar 90 dijakov pa je poročalo o tem, da je bolečina ovirala vsaj eno izmed temeljnih življenjskih aktivnosti.

Najpogostejše mesto fizične bolečine je bila glava, najredkejše mesto pa prsni koš. Pri fizični bolečini so največkrat poročali o oviranosti gibanja in ustrezne drže, nikoli pa niso poročali o težavah povezanih z duhovnimi potrebami ali verovanjem (Tabela 2).

Tabela 2: Oviranost temeljnih življenjskih aktivnosti pri fizični bolečini

Ovirane temeljne življenjske aktivnosti	število dijakov
Spanje in počitek	56
Osebna higiena in urejenost	40
Gibanje in ustrezna lega	63
Oblačenje in slačenje	41
Vzdrževanje normalne telesne temperature	3
Dihanje in krvni obtok	8
Izločanje in odvajanje	8
Prehranjevanje in pitje	31
Izogibanje nevarnostim v okolju – skrb za varnost	16
Učenje, pridobivanje znanja	24
Koristno delo in rekreacija	43
Komunikacija in izražanje čustev	13
Duhovne potrebe, verovanje	0

V Tabeli 3 je razvidno, da ni nobenih pomembnih korelacij ($p < ,05$) med osebnostno strukturo BFO in spremenljivkama: moč in trajanje bolečine.

Tabela 3: Korelacije med strukturo BFO in močjo ter trajanjem bolečine

Dimenzija / podlestvica	Stopnja ali intenziteta bolečine		Trajanje bolečine	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
energija	0,047	0,645	-0,11	0,277
aktivnost	0,001	0,995	0,028	0,783
dominantnost	0,096	0,344	-0,186	0,064
sprejemljivost	0,067	0,509	0,129	0,203
sodelovanje	-0,104	0,303	-0,165	0,101
prijaznost	0,007	0,944	0,049	0,628
vestnost	-0,002	0,981	0,12	0,235
natančnost	-0,06	0,555	-0,077	0,448
vztrajnost	-0,075	0,458	0,128	0,204
čustvena stabilnost	-0,154	0,126	-0,025	0,806
kontrola čustev	0,104	0,302	0,119	0,237
kontrola impulzov	-0,182	0,071	0,095	0,349
odprtost	-0,138	0,169	0,137	0,175
odprtost za kulturo	0,148	0,142	-0,108	0,286
odprtost za izkušnje	-0,083	0,41	0,119	0,24

Legenda: *r* – Pearsonov korelacijski koeficient; *p* – statistična značilnost. Korelacije so bile izračunane preko vseh udeležencev (N = 100).

V Tabeli 4 se pokažejo šibke a statistično pomembne korelacije med strukturo BFO in oviranostjo TŽA. Višji rezultat na podlestvici *kontrola impulzov* se pozitivno povezuje s poročanjem številčnejše oviranosti TŽA kot posledice fizične bolečine ($r = ,240$, $p = ,016$). Poročanje o oviranosti več TŽA kot posledici fizične bolečine se negativno povezuje z višjim rezultat na faktorjih *čustvena stabilnost* ($r = -,227$, $p = ,023$) in *odprtost* ($r = -,201$, $p = ,045$).

Tabela 4: Korelacije med strukturo BFO in številom oviranih TŽA zaradi bolečine

	Oviranost TŽA zaradi bolečine	
	<i>r</i>	<i>p</i>
energija	-0,081	0,426
aktivnost	0,123	0,224
dominantnost	-0,017	0,866
sprejemljivost	-0,031	0,758
sodelovanje	0,049	0,630
prijaznost	0,021	0,836
vestnost	-0,128	0,205
natančnost	0,143	0,156
vztrajnost	-0,097	0,337
čustvena stabilnost	-0,227*	0,023
kontrola čustev	-0,180	0,073
kontrola impulzov	0,240*	0,016
odprtost	-0,201*	0,045
odprtost za kulturo	0,171	0,089
odprtost za izkušnje	-0,059	0,558

Legenda: TŽA – temeljne življenjske aktivnosti; *r* – Spearmanovi korelacijski koeficient; *p* – statistična značilnost; * – statistično pomemben rezultat na ravni $p < ,05$. Korelacije so bile izračunane preko vseh udeležencev ($N = 100$).

DISKUSIJA

Posamezniki so si različni v marsikaterem pogledu, med drugim tudi v njihovi strukturi osebnosti (Musek, 1993) in subjektivni zaznavi bolečine (Kumar & Elavarasi, 2016). Ker so nekatere pretekle raziskave (npr. Goodwin & Friedman, 2006; Hudek-Knežević & Kardum, 2009) pokazale, da se določene osebnostne lastnosti povezujejo s posameznikovo zaznavo njihovega zdravja, smo želeli preveriti, ali se morda tudi retrospektivno spominjanje bolečine povezuje s podobnimi faktorji osebnosti. V naši študiji pri udeležencih nismo našli statistično pomembne povezave med dimenzijo *čustvena stabilnost* in poročanjem o močnejši ter dolgotrajnejši bolečini. Pri tem smo predvidevali, da bodo čustveno nestabilnejši udeleženci poročali o dolgotrajnejši ter močnejši bolečini kot čustveno stabilni udeleženci. Prvi namreč običajno hitreje in pogosteje občutijo negativna čustva v primerjavi s čustveno stabilnimi posamezniki. Čustvena stabilnost torej v vzorcu ni bila negativno povezana z retrospektivnim poročanjem o bolečini, vendar poudarjamo, da bi bilo v prihodnje pomembno nadzorovati učinek vrste bolečine. Prav tako bi bilo v raziskavo dobro dodati vprašanja, s katerimi bi pridobile natančnejše informacij o vzroku bolečine (npr. »Če ste zaradi slednje bolečine poiskali zdravstveno pomoč, kakšna je bila postavljena diagnoza?«) ter o času nastanka bolečine (npr. »Pri kateri starosti ste občutili bolečino, o kateri poročate?«). Na ta način bi namreč lahko nadzorovali za učinek časa, saj se poročanje o zaznavi morda razlikuje glede na čas, ki je potekel od zaznane bolečine do dne, ko so reševali vprašalnik.

Skladno z našim predvidevanjem pa sta se faktorja čustvena stabilnost in odprtost statistično pomembno negativno povezovala s številom oviranih TŽA. Kljub temu, da se naša raziskava ni nanašala neposredno na subjektivne zdravstvene izide kot npr. raziskava avtorjev Hudek-Knežević in Kardum (2009), pa slednje morda kaže na povezanost med osebnostno strukturo in zaznavo preteklih izkušenj. Preprost zaključek seveda ni mogoč, saj ne poznamo vzročno-posledičnega odnosa, ki je morda pri tej povezavi prisoten. Seveda se je naša študija od preteklih raziskav razlikovala še v enem pomembnem aspektu,

in sicer za razliko od omenjenih raziskav (Benedik, 2011; Goodwin & Friedman, 2006; Hudek-Knežević & Kardum, 2009) so udeleženci opisovali preteklo ter ne trenutne bolečine. Ena izmed omejitev naše študije je bila tudi ta, da so dijaki šele po končanem izvajanju poročali o različnem razumevanju postavk na ocenjevalni lestvici osebnostne strukture.

Raziskovanje povezav med psihološkimi konstrukti in fizično bolečino je pomembno tudi zaradi razumevanja možnega vpliva, ki ga ima lahko duševnost posameznika na zdravljenje in odpravo bolečine. Osebnostne značilnosti namreč pomembno prispevajo k naši subjektivni zaznavi in vedenju (Fleeson, 2001).

ZAKLJUČEK

Čeprav je bil namen naše raziskave dosežen, pa bi v prihodnje želeli raziskavo ponoviti na bolj reprezentativnem vzorcu ter s podrobnejšo sestavo vprašalnika o bolečini. Razloge, da se osebnostna struktura ni povezovala s trajanjem in stopnjo bolečine, lahko namreč poiščemo tudi v retrospektivnem ocenjevanju bolečine, izvajanju raziskave na vzorcu dijakov, ki se med praktičnem usposabljanjem vsakodnevni srečujejo z bolečino pri bolnikih ter so le-tej veliko pogosteje izpostavljeni kot splošna populacija.

Boljše razumevanje osebnosti in njenega vpliva na zaznavo bolečine ima lahko pomemben doprinos k javnem zdravstvu, saj lahko opolnomoči zdravstveno osebje z znanjem, kako pristopiti k zdravljenju bolečine glede na morda specifične potrebe posameznika.

LITERATURA

- Benedik, E., 2011. *Osebnost med zdravjem in boleznijo*. Lesce: Samozaložba, pp. 1–178.
- Bürger Lazar, M., 2015. Psihološki vidiki kronične in/ali ponavljajoče se bolečine pri otroku in mladostniku. *Slovenska pediatrija*, 22(1-2), pp. 81–88.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., Bucik, V., Boben, D., Zupančič, M., et al., 2012. *Model: „velikih pet“: pripomočki za merjenje strukture osebnosti: priročnik*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva, pp. 1–187.
- Černivec, M., 2019. *Slovar slovenskega knjižnega jezika 2018*[Elektronski vir]. Ljubljana: ZRC SAZU, Založba ZRC. Available at: <https://založba.zrc-sazu.si/p/1548> [12.2.2019].
- Goodwin, R. & Friedman, H.S., 2006. Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology*, 11(5), pp. 643–654.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R., 1992. Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), pp. 653–665.
- Fleeson, W., 2001. Towards a Structure- and Process-Integrated View of Personality: Traits as Density Distributions of States. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(6), pp. 1011–1027.
- Fields H.L. & Martin, J.B., 2009. *Harrison's Manual of Medicine*. 17th ed. New York: McGrawHill, pp. 34–38.
- Hudek-Knežević, J. & Kardum, I., 2009. Five-factor personality dimensions and 3 health-related personality constructs as predictors of health. *Croatian medical journal*, 50(4), pp. 394–402.
- Israel, S., et al., 2014. Translating personality psychology to help personalize preventive medicine for young adult patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(3), pp. 484–498.
- Jakovljevič, M. & Pevec, M., 1992. Predstavitev slovenske inačice McGill – Melzackovega vprašalnika o bolečini.// *strokovno posvetovanje slovenskih fizioterapevtov in II. občni zbor, Bovec, 23. do 24. april 1992*. Available at: <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2017/07/McGill-PQ.pdf> [13.5.2018].
- Kumar, K.H. & Elavarasi, P., 2016. Definition of pain and classification of pain disorders. *Journal of Advanced Clinical & Research Insights*, 3, pp. 87–90.
- Lahey, B.B., 2009. Public health significance of neuroticism. *The American psychologist*, 64(4), 241–256.
- Musek, J., 1993. *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy, pp.



MEDPOKLICNO SODELOVANJE - PREDSTAVITEV PROJEKTA SIMULACIJE V ZDRAVSTVU, ZAŠČITI IN REŠEVANJU

**Interprofessional
collaboration – Presentation
of healthcare, protection
and rescue simulation
project**

Lucija Matič, MSc (Švedska), dipl. m. s., svetovalka
Srednja zdravstvena šola Ljubljana

lucijam@yahoo.com

IZVLEČEK

Medpoklicno sodelovanje prinaša svojevrstne izzive in pomembne prednosti za kontinuirano, kakovostno in varno delo. Namen prispevka je prikazati primer medpoklicnega sodelovanja na področju zdravstva, zaščite in reševanja ter povezovanja med izobraževalnim in kliničnim okoljem v okviru projekta Simulacija v zdravstvu, zaščiti in reševanju 2018. Skupna nit projekta je bilo izkušensko učenje s poudarkom na simulacijah, s katerimi imajo izkušnje vse partnerske organizacije. Po strokovnem delu srečanja s predavanji in učnimi delavnicami je bila izvedena simulacija nesreče z večjim številom poškodovancev in nenadno obolelih na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana. Pridobitev projekta je elektronsko učno gradivo s posnetki prikaza pristopa in reševanja poškodovancev ter nadaljnja namera sodelovanja partnerjev na drugih domačih in mednarodnih projektih, ki pa je trenutno odloženo.

Ključne besede: simulacije, učna gradiva, projektno delo

ABSTRACT

Interprofessional collaboration brings challenges and important advantages for continuity, quality and safety in work process. The article presents a case of interprofessional collaboration in Healthcare, Protection and Rescue service and collaboration between educational and clinical environment within project Simulation in Healthcare, Protection and Rescue 2018. The main theme of the project was experience learning with emphasis on simulation method. Simulation is method that all partners of the project have experience with. After the professional seminar with lectures, the simulation of lager accidents with injured and urgent medical condition was simulated on Secondary school of nursing Ljubljana. The article focusses on the case of digital material obtained during the Healthcare, Protection and Rescue Simulation Project 2018: electronical learning material with scenario, pictures and videomaterial of approaching and rescuing of acting injured/ill patients. One of the achievement of the project is intention of future collaboration of partners on national and international projects, which is however prolonged.

Keywords: simulation, study material, project work

UVOD

Tako v usposabljanju kot v izobraževanju na področju zdravstva je medpoklicno sodelovanje premalo izkoriščen pristop. Namen prispevka je prikazati primer dobre prakse medpoklicnega sodelovanja ter sodelovanja med kliničnim okoljem in izobraževalnim okoljem na področju zdravstva, zaščite in reševanja. Cilj prispevka je tudi povečati število podobnih projektov v Sloveniji in širše.

MEDPOKLICNO SODELOVANJE IN IZOBRAŽEVANJE

V tujini uspešno razvijajo medpoklicne izobraževalne module, ki študente zdravstvenih smeri že med izobraževanjem pripravljajo na timsko delo v zdravstvu (Bridges et al., 2011). Tradicionalni modeli izobraževanja, kjer se poklicno izobraževanja izvaja v izoliranih okoljih posameznih strok, se dopolnjuje z moduli, kjer se študentje različnih a sorodnih poklicev srečujejo z drugimi. V medpoklicno izoblikovanih moduli študenti trenirajo poklicne, komunikacijske, socialne, motorične in druge veščine, ki jih bodo v delovnem okolju nujno potrebovali za uspešno timsko delo (Jakubovski & Perron, 2018). V Sloveniji lahko vidimo primere medpoklicnega neformalnega izobraževanja, ki ga že vrsto let samoiniciativno izvajajo študentske organizacije zdravstvenih smeri preko projekta Zdravstveni tim. Medpoklicna usposabljanja izvajajo tudi strokovna društva kot so Slovensko združenje za urgentno medicino, Društvo za oskrbo ran Slovenije in Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe.

SIMULACIJA KOT METODA UČENJA

Simulacija je izkustvena metoda učenja, med katere uvrščamo še: igro vlog, učne situacije, senzorično gledališče, socialne igre, študija primera, refleksija, pripravištvu, projektno delo, praktični pouk, terenske vaje idr.. Kolb (2015) pojmuje izkustveno učenje kot nenehen preplet štirih aktivnosti, ki hkrati predstavljajo tudi štiri sestavine učenja: konkretna izkušnja, razmišljanje opazovanje, abstraktna konceptualizacija in aktivno eksperimentiranje.

Simulacije kot metodo izkušenjskega učenja lahko uporabimo:

- Kadar želimo nekoga postaviti v vlogo, kjer mora s pravilnim odločanjem in izpeljavo ustreznih postopkov naučeno znanje izkazati v praksi. To pomeni, da morajo udeleženci imeti določeno predznanje, sicer ga lahko postavitev v vlogo odločanja spravi v stisko.
- Kadar treniramo relativno redko situacijo, za katero moramo biti operativno pripravljene v primeru dogodka (množične nesreče, porod na terenu, oživljanje na neurgentnih oddelkih).
- Kadar treniramo reševanje v nevarnih situacijah (požar, AMOK situacije).
- Kadar vadimo posege, za katere obstaja neposredna nevarnost za izvajalca ali uporabnika; kadar obstajajo pomisleki vaje na ljudeh zaradi etičnih razlogov; kadar posege izvaja še neizkušen izvajalec (endoskopiranje, kateterizacija, posegi pri oživljanju, vožnja letala, reševanje v jamah/gorah, požari, obrambne/varnostne sile) idr.

V Sloveniji in tujini se učna metoda simulacija razvija zelo pospešeno. Med drugim tudi zaradi vse večjih zahtev po kakovostnem izobraževanju, zaradi vse večjega števila vpisanih študentov in vse večjih zahtev po varnosti pacientov (Karnjuš & Pucer, 2012). S simulacijo dosežemo višje taksonomske stopnje znanja in daljše pomnjenje. Tako denimo med razloge za uspešnost reševanja množične nesreče v Parizu leta 2015 prištevajo tudi dolgoletni razvoj načrta ukrepanja in izvedbam vaj reševanja v simulacijah množičnih nesreč (Mažič & Cunder, 2016). Simulacije se lahko izvajajo z minimalnimi sredstvi, z učnimi situacijami in igrami vlog, lahko pa uporabljamo tehnološko dovršene sisteme, ki ne samo, da simulirajo realno okolje ampak omogočajo tudi statistično spremljanje in povratno informacijo o dosežkih sodelujočih. Tako si na primer lahko predstavljamo računalniške igre z izvajanjem zdravstvenih intervencij, kot jih ponujajo »kinetic« moduli različnih igralnih konzol. S pomočjo takih iger bi dijaki lahko izvajali učne vsebine neodvisno od prisotnosti mentorja in učnega okolja, ter bi obenem dobili takojšnjo grobo oceno svoje uspešnosti, ko bi denimo v taki igri lahko dosegali višje stopnje zahtevnosti in bili ob storjeni napaki takoj obveščeni o tem. V učnih vsebinah zdravstvene nege (ZN) so dijaki tretjih letnikov SZŠL seznanjeni z obstojem nekaterih računalniških iger z zdravstveno vsebino (Zero Hour, Pulse), do katerih sicer nimajo dostopa. Seznanjeni so tudi s spletnimi učilnicami s področja zdravstva (E-ZNE, 2010; Usposobljenost reševalcev, ključ do življenja, 2009), ki so dostopne in s pomočjo katerih lahko dijaki tudi samostojno nadzorujejo uspešnost učenja zdravstvenih vsebin.

PREDSTAVITEV PROJEKTA SIMULACIJE V ZDRAVSTVU, ZAŠČITI IN REŠEVANJU 2018:

V Sloveniji je še veliko možnosti za izboljšanje medpoklicnega povezovanja tako med izobraževalnimi in delovnimi organizacijami znotraj stroke zdravstvene nege, kot tudi znotraj ostalih zdravstvenih poklicev. Še več pa je teh možnosti pri povezovanju z drugimi poklici, ki so v primeru množičnih ali večjih nesrečah prve na prizorišču (gasilci, policija) in s katerimi zdravstveni delavci tesno sodelujemo. Korak pri tem povezovanju je bil narejen z izvedbo projekta Simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju, kjer so se v letu 2018 na regijskem nivoju povezali in sodelovali: Srednja zdravstvena šola Ljubljana (SZŠL), Zdravstvena fakulteta v Ljubljani, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zdravstveni dom Ljubljana-SIM center (ZDL-SIM), Univerzitetni klinični center Ljubljana - Medicinski simulacijski center in Reševalna postaja (UKCL-MSC, RP), Gasilska brigada Ljubljana (GBL), Prostovoljno gasilsko društvo (PGD) Moste, Policijska uprava (PU), Vojaška zdravstvena enota (VZE), Uprava RS za zaščito in reševanje (URSZR), Rdeči križ OE Ljubljana (RKS) in podjetje Medival. Kasneje so se projektu pridružili tudi Sekcija študentov zdravstvene in babiške nege (SŠZBN) in Društvo študentov medicine Slovenije (DŠMS) ter predstavnik tekmovalne skupine prve in nujne pomoči dijakov SZŠL. Sam pristop k projektu Simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju je bil svojevrsten izziv zaradi tega, ker je za SZŠL tovrstno medpoklicno sodelovanje novost. Večina partnerjev projekta ima bogato tradicijo izvedb vaj pripravljenosti, nekateri redno izvajajo tekmovanja iz področja prve pomoči in reševanja, sodelujejo v vajah reševanja v množičnih nesrečah ali preverjajo strokovno usposobljenost zdravstvenih delavcev. Vsi partnerji iz področja zdravstva, zaščite in reševanja se med seboj dobro poznajo in sodelujejo že vrsto let. Nekateri od partnerjev se vsakodnevno srečujejo z realnimi situacijami reševanja. Vsi sodelujoči pa znotraj svojih delovnih nalog opravljajo izobraževanja ali usposabljanja in dobro poznajo metodo simulacije kot eno od metod izkušenjskega učenja. Srednja zdravstvena šola Ljubljana se sicer udeležuje nekaterih tekmovanj, ki jih pripravljajo partnerske organizacije, sama pa tovrstnih dogodkov še ni organizirala. Eden izmed razlogov za izbor teme iz področja reševanja je, da je na srednjem strokovnem izobraževanju ZN število ur namenjeno izobraževanju in usposabljanju za nudenje prve in nujne medicinske pomoči premajhno. Kasneje je bilo ugotovljeno, da za visokošolske zdravstvene programe kolegi in študentje ocenjujejo podobno. Tako se tisti, ki jih to področje veseli, samoiniciativno udeležujejo drugih dogodkov, kjer te večšine lahko urijo. Nekateri pa jih tudi organizirajo izven rednih

učnih vsebin. V fazi pridobivanja partnerjev je bilo praviloma takoj in spontano začititi pripravljenost za sodelovanje. Izvedenih je bilo več sestankov organizacijskega odbora, kjer smo dorekli vsebine in strukturo sodelovanja, usklajevali scenarij simulacije in vloge posameznih organizacij. Partnerji so nas seznanjali z novostmi v regulaciji in opozarjali na šibke točke, ki so jih spoznavali na izvedenih vajah ob drugih priložnostih. Zaradi kadrovske težave pri zdravstveni ekipi smo dogodek pripravili prilagojeno glede na Smernice za delovanje sistema NMP ob množičnih nesrečah (Ministrstvo za zdravje, 2013). Opazna je bila slabša izkušnost partnerjev iz področja izobraževanja v primerjavi s partnerji na področju zdravstva, zaščitne in reševanja. Pri nekaterih vprašanih je prišlo do nerazumevanj zaradi drugačnih pogledov na metode in cilje izvedbe projekta, zaradi česar smo se morali usklajevati in se prilagajati. Na trenutke je bilo potrebno premagovati dvome ter stremeti k pozitivnim ciljem ter graditvi znanja ter sodelovanja. Dogodek Simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju 2018 je bil javen in najavljen na spletni strani občine Ljubljana. Dogodek je bil organiziran večplastno: pričel se je s strokovnim srečanjem, kjer so partnerji predstavili uporabo učne metode simulacije znotraj njihovih zavodov. Vzporedno so potekale učne delavnice temeljnih postopkov oživljanja (TPO) za dijake drugih letnikov SZŠL-program ZN, ki so se naslednje leto želeli vključiti v izbirni modul ZN v reševalni dejavnosti. Delavnice so vodile učiteljice praktičnega pouka skupaj z asistenti: dijaki SZŠL in študenti SŠZBN in DŠMS. Tudi tovrstno sodelovanje je bilo na SZŠL izvedeno prvič in je bilo z vidika vseh sodelujočih ocenjeno kot zelo pozitivno. Za izvedbo delavnic je podjetje Medival izposodilo lutke za oživljanje, ki s pomočjo aplikacije na pametnem telefonu spremljajo uspešnost izvajanja temeljnih postopkov oživljanja (globino in frekvenco masaže srca in vpihov). V letu 2019 bodo omenjene lutke na voljo tudi pri rednem pouku, s čimer bo dijakom omogočena samoevalvacija. Vzporedno so potekale tudi delavnice senzoričnega gledališča, ki je ena od novejših oblik izkušnjskega učenja na SZŠL in s katero nekaj zadnjih let SZŠL dosegata veliko uspehov pri vživljanju v doživljanje pacienta. Slika 1 prikazuje učne delavnice za dijake drugih letnikov programa ZN.



Slika 1: Učne delavnice za dijake drugih letnikov ZN (interno gradivo SZŠL)

Po izobraževanju in delavnicah je bila izvedena simulacija nesreče z večjim številom poškodovancev in nenadno obolelih. V reševanje so bile vključene ekipe gasilcev GBL in PGD Moste, prvih posredovalcev RKS in reševalcev UKCL. Vsi imitatorji poškodovancev in nenadno obolelih ter pristopi z reševanjem so posneti s pomočjo članov šolskega filmskega krožka. Nekaj slikovnega in videogradiva je bilo narejenega s strani šolskega fotografa in nekaj spontano s strani udeležencev dogodka. Da se dijaki in študentje tega dogodka veselijo, je bilo čutiti iz njihove pripravljenosti za sodelovanje, tako v vlogi imitatorjev in prvih posredovalcev, kot tudi v vlogi snemalcev pri filmskem krožku. V vlogi prvih posredovalcev RKS so praviloma sodelovali dijaki SZŠL, ter študentje zdravstvenih smeri. Le izjemoma je bil med njimi tudi študent drugih fakultet. RKS je v okviru

vaje reševanja izvedel tudi prikaz namestitve udeležencev nesreče z nudenjem psihološke pomoči. Slika 2 prikazuje prizore iz vaje simulacije reševanja in namestitve večjega števila poškodovancev in nenadno obolelih na SZŠL. Za prikaz mehanske zunanje masaže srca je podjetje Medicop izposodilo Lukas aparat.



Slika 2 Simulacija nesreče z večjim številom poškodovancev/nenadno obolelih ter namestitve s psihološko pomočjo (interno gradivo SZŠL)

Pridobitve projekta

V projekt je bilo vključeno preko 200 udeležencev dijakov in študentov in zaposlenih s področja izobraževanja, zdravstva, zaščite in reševanja. Pridobljeni so posnetki, ki se lahko uporabljajo kot interna učna gradiva in do katerih imajo dostop vsi partnerji projekta. Ti posnetki lahko služijo tudi za evalvacijo in analizo reševanja, kar pa na žalost še ni izvedeno. Pomembna pridobitev projekta je pripravljenost partnerjev na nadaljnje sodelovanje. Ta pripravljenost se je izkazala že z načrtovanjem 50 urnega izobraževalnega programa preko projekta MUNUS- program Simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju, namenjenega inštruktorjem simulacij. Žal se v lanskem letu izobraževanja zaradi organizacijskih razlogov ni dalo izpeljati. Partnerji projekta so se opredelili tudi za nadaljnje sodelovanje pri pripravi in prijavi evropskih projektov, čemur pa je vodstvo SZŠL naknadno odtegnilo prvotno izraženo podporo za prijavo v letu 2019.

Diskusija

Pripravljenost delavcev v zdravstvu, zaščiti in reševanju za sodelovanje in skupne projekte je zelo velika. Potrebno bi bilo združiti napore in v segmente rednih programov vključevati vse partnerje ter na ta način krepiti sodelovanje med poklici že v času šolanja. Za to je nujno potrebno razumevanje in podpora vodstev zavodov. Z medpoklicnim sodelovanjem med izobraževalnimi in delovnimi organizacijami bi dosegali boljšo pripravljenost in usposobljenost za izvajanje delovnih nalog, boljše razumevanje učnega procesa in značilnosti mladostnikov, realna pričakovanja o znanju novo zaposlenih, boljše timsko sodelovanje in komunikacijo, boljše poučevanje idr. Medpoklicni programi usposabljanja bi lahko združili skupna izobraževanja/usposabljanja izvedena istočasno na istem mestu za:

- zdravstvene delovne time,
- medpoklicne time izobraževanja, zdravstva, zaščite in reševanja,
- dijake in študente sorodnih izobraževalnih programov,
- profesionalce in učence.

Za doseg te cilja bi bili smiselni skupni simulacijski centri z deljeno uporabo sredstev/stroškov/resursov. Poskrbeti bi bilo potrebno za kakovostne in številčnejše inštruktorje in dovolj številčno ponudbo usposabljanj. Prostor za doseg te ciljev je v veliki meri odprt preko prijav na evropske projekte ter preko podpore državnih/lokalnih/institucionalnih organov odločanja.

Zaključek

Predstavljen projekt je prinesel pridobitve za sodelujoče partnerje. Rezultati projekta in dobro sodelovanje med partnerji vabijo k nadaljnjemu tovrstnemu sodelovanju. Za dobro pripravljenost mladih na delo ter za pripravljenost služb za ukrepanje v nenadnih dogodkih večjega obsega bi bilo smiselno tovrstne projekte v večji meri vključevati v svoje redno delo.

LITERATURA

Bridges, D. R., Davidson, A.R., Odegard, P.S., Maki, I.V. & Tomkowiak, J., 2011. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16, pp. 1-9. DOI: 10.3402/meo.v16i0.6035.

Jakubovski, T.L., & Perron, T.J., 2018, *Interprofessional collaboration improves healthcare*. Sigmanursing.org. Available at: <https://www.reflecti-onnursingleadership.org/features/more-features/interprofessional-collaboration-improves-healthcare> [9.2.2018]

Karnjuš, I. & Pucer, P. 2012. Simulacije – Sodobna metoda učenja in poučevanja v zdravstveni negi in babištvo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(1), pp. 57-66.

Kolb, D.A., 2015. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. 2nd ed. Upper Saddle River (New Jersey): Pearson Education. pp.51

Mažič, M. & Cunder, T., 2016. Teroristični napad v Parizu. In: R. Vajd, M. Gričar, eds. *Urgentna medicina- izbrana poglavja: zbornik predavanj. 23. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož 9.-11. junij 2016*. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp.20-23. Available at: http://www.szum.si/media/uploads/files/Urgentna_medicina_2016.pdf [3.2.2019]

Ministrstvo za zdravje, 2013. *Smernice za delovanje sistema NMP ob množičnih nesrečah*, Available at:http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/NMP_2013/mnozicne_nesrece/Smernice_NMP_mnozicne_tisk_2.pdf [3.2.2019]

Spletna učilnica E-ZNE. 2010. Available at: <http://ezne.szslj.si/> [3.2.2019]

Spletna učilnica Usposobljenost reševalcev, ključ do življenja. 2006, posodobljeno 2017. Available at: https://odprtaup.upr.si/pluginfile.php/141/mod_resource/content/1/index.html (prijavi se kot gost), [3.2.2019]



SODOBNI NAČINI IZVAJANJA ZOBOZDRAVSTVENE VZGOJE V PREDŠOLSKEM OBDOBJU

**Modern ways of
implementation of dental
education in the preschool
period**

Marija Preložnik, dipl. m. s., mag. zdr. nege

Zdravstveni dom Velenje, Zobozdravstvena vzgoja in preventiva

Monika Tratnik, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Nova Gorica, Zdravstvena vzgoja otrok in mladine

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

preloznik.marija@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstvena vzgoja je pomemben del promocije zdravja, ki vključuje načrtovano delo medicinske sestre z namenom doseganja znanja, spretnosti in veščin otrok povezanih z zdravjem ali boleznijo. Skrb za higieno ustnega zdravja, v sklopu zdravstvenih in zobozdravstvenih delavnic, sta ena izmed mnogih delov celotnega spektra obravnavanih tem, ki se izvajajo v vzgojno-izobraževalnem procesu. Zobozdravstvena vzgoja se začne že v predšolskem obdobju, saj je pomembna za otrokov nadaljnji razvoj. S svojim strokovnim znanjem in zgledom je medicinska sestra ključna pri izvajanju zobozdravstvenih preventivnih delavnic ob vključevanju sodobnih pristopov v proces zdravstvene vzgoje otrok. Namen prispevka je na osnovi pregleda literature proučiti sodobne načine izvajanja zobozdravstvene vzgoje za izboljšanje ali ohranjanje higienskih navad umivanja zob. **Metode:** Uporabljeni sta bili opisna metoda dela in kvalitativna analiza literature. Literaturo smo iskali s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz ScienceDirect, MEDLINE in CINAHL ter v knjižnem katalogu COBIB.SI. V pregled literature smo vključili znanstvene in strokovne članke, ki so obravnavali zobozdravstveno vzgojo otrok v predšolskem obdobju. Izključili smo članke, ki so obravnavali odraslo populacijo. **Rezultati:** V končno analizo smo vključili 17 znanstvenih in strokovnih člankov. V številnih intervencijskih študijah so ugotovili pomemben vpliv učinkovitih, zanimivih in jasno izvedenih krajših delavnic v predšolskem obdobju, ki so pokazatelj dobrih higienskih kazalnikov na področju ustnega zdravja. Zelo pomemben del zobozdravstvene vzgoje in preventive predšolskih otrok je izboljšati ustno zdravje z izobraževalnimi programi za starše. Kot pozitiven primer se je pokazal pristop »Lift the lip«. Pri individualnem pristopu s starši se je motivacijski intervju izkazal za dobro preventivno svetovanje, ki omogoča zgodnje obvladovanje otrokove bolezni. **Diskusija in zaključek:** Pomembno je, da pri preventivnem delu uporabljamo ustrezne učne oblike, metode dela in različne načine učenja, saj lahko le z njimi dosežemo ciljno raven otrokovega pravilnega obvladovanja higienskih navad umivanja zob. Razširjenost zobne gnilobe pri predšolskih otrocih se ne bo zmanjšala le znotraj zobozdravstvenih ambulant. Sodelovanje v okviru vzgojno-izobraževalnih institucij posledično vodi v pozitiven vidik doseganja zdravstvenovzgojnih ciljev. Zdravje predšolskih otrok je povezano z njihovimi navadami in vedenji, zato so ciljna populacija zobozdravstvene vzgoje poleg otrok tudi starši.

Ključne besede: medicinska sestra, preventiva, ustna higiena, predšolsko obdobje

ABSTRACT

Introduction: Health education is a very important part of health promotion, which includes a planned approach to the professional assignments of a nurse with the purpose of acquiring knowledge, skills and competences related to health and illnesses. Care for oral health hygiene which is carried out by health centres and dental centre workshops presents only one part of the whole spectrum of the discussed topics that are held out in their educational processes. Dental care starts in the preschool period and is essential for the child's further development. A nurse with the knowledge as well as being a role model presents a key in carrying out dental prevention workshops. The purpose of the article is upon a close survey of the literature to study the contemporary ways of performing dental care education in order to improve and retain hygienic habits of washing the teeth. **Methods:** A close survey of Slovene as well as foreign scientific and academic literature was done upon searching international database CINAHL, MEDLINE and ScienceDirect. Research was also carried out in the catalogue of Slovene libraries COBIB.SI. The literature review included original scientific articles that dealt with the dental care of the preschool children. Articles dealing with the grown-up population were excluded. **Results:** The final analysis included 17 scientific and technical articles. Many intervention studies have shown an important influence of affective, interesting and clearly constructed short-length workshops in the preschool period that are among quality hygiene indicators in the field of oral health. A very important segment of dental care education and health prevention of the preschool children presents improvement of oral health by carrying out educational programmes aimed at parents. As an example of good practice from abroad the method »Lift the lip« is worth mentioning. It also helps the family regardless of the children's age to give dental education at home. The individual approach to parents in a form of a motivational interview has proven as good preventive advice and early diagnostic tool of a disease. **Discussion and conclusion:** It is important to apply appropriate and diverse teaching and learning methods in order to achieve the child's correct way of washing his/her teeth. Caries in the preschool age will not lessen only upon work done by health centres. Good collaboration with the educational institutions consequently leads to positive aspects in achieving education as well as health related goals. Health of the preschool children is closely linked to their habits and attitudes, therefore, parents are a very important target group in this context, too.

Keywords: nurse, prevention, oral hygiene, preschool period

UVOD

Zdravstvena vzgoja je kombinacija učnih izkušenj, ki pomagajo posamezniku in skupnosti izboljšati svoje zdravje s povečanjem njihovega znanja ter vplivanjem na njihova stališča. Program Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za ustno zdravje uporablja filozofijo „mislim globalno – delujem lokalno“. Razvoj programov za promocijo ustnega zdravja se osredotoča na izboljšanje mehanizmov, ki spodbujajo zdravje ustne votline; na projekte promocije ustnega zdravja, s poudarkom na socialno šibkejši populaciji; ter razvoju metod za promocijo ustnega zdravja v okviru nacionalnih zdravstvenih programov (World Health Organization, 2019).

Tradicija zobozdravstvene vzgoje je v Sloveniji prisotna že več desetletij. Uspešne aktivnosti medicinskih sester, skupaj s pedontologi in zobozdravniki, so pomembno izboljšale ustno zdravje slovenskih otrok. Kljub dolgi tradiciji, pa se zobozdravstvena vzgoja v Sloveniji izvaja zelo različno, kar je z vidika preprečevanja in zmanjševanja neenakosti v zdravju nesprejemljivo (Markočič Tadič, et al., 2017). V predšolskem obdobju poteka zobozdravstvena vzgoja in preventiva (ZZVP) na več načinov – v okviru sistematskih pregledov, preventivnih zobozdravstvenih pregledov v vrtcih, šolah ter širši lokalni skupnosti (Ranfl, 2015). Pri izvajanju zobozdravstvene vzgoje predšolskih otrok, zdravstveni delavci v Sloveniji tesno sodelujejo z vrtci. Vrtec je institucija, kamor je pri nas vključena večina otrok v zgodnjem otroštvu (Kroflič, 2010). Prav predšolsko obdobje je za vsakega otroka izjemno pomembno. To je čas, ko se razvijajo temeljni procesi in funkcije, ki se pozneje nadgrajujejo. Kar zamudimo v tem času, kasneje težko nadomestimo ali pa sploh ne moremo. To je čas, ko otrok razvija svoje potenciale in postaja vse bolj socialno bitje. Za razvoj pa potrebuje vsekakor mnogo spodbud (Opara, 2005). Navade, ki jih otrok pridobi v zgodnjem obdobju svojega življenja, se pogosto ohranijo in pomembno vplivajo na njegove navade v odrasli dobi (Kroflič, 2010; Cooper, et al., 2013). Izvajanje zobozdravstvene preventive v vrtcih ima številne prednosti pri neposrednem delu medicinske sestre, med drugim tudi to, da s svojo dejavnostjo vpliva na vrednote in stališča vzgojiteljic in drugih delavcev vrtca ter jih pritegne k sodelovanju (Kroflič, 2010).

Ustno zdravje je temeljnega pomena za splošno zdravje in dobro počutje. Otroci, ki trpijo zaradi slabega ustnega zdravja imajo 12-krat večjo verjetnost, da bodo omejeni pri dnevnih aktivnostih, ki jih lahko izvajajo zdravi otroci (Sheiham, 2005; Glick, et al., 2012). Čeprav bi bilo potrebno ustno zdravje obravnavati kot temeljno človekovo pravico za dobrobit otrok, žal vedno ni tako. Ustne bolezni vplivajo na kakovost življenja otrok in zajemajo številna neudobja: bolečine, slabši estetski videz, ponavljajoče se okužbe, težave s prehranjevanjem in s spanjem, nujne obiske zobozdravnikov ali celo hospitalizacije, slab spanec, slabšo sposobnost učenja, ter nepravilno rast in razvoj otroka (Sheiham, 2005). Zobna gniloba ali karies je najpogostejša kronična bolezen pri otrocih, ki jo je mogoče preprečiti (Løken, et al., 2017). Po podatkih SZO je karies v zgodnjem otroštvu še vedno pandemična bolezen po vsem svetu (World Health Organization, 2019). Prav tako Ranfl in sodelavci (2015) navajajo, da sta zobni karies in parodontalna bolezen pomemben javnozdravstveni problem. Sheiham (2006) poudarja, da zobni karies prizadene otroke tako v socialnem kot psihološkem smislu. Študije so pokazale, da je karies pri otrocih pogosto povezan z ustno higieno, pogostostjo ščetkanja ter prehranjevalnimi navadami, na njegov razvoj pa vpliva tudi pomanjkanje preventivnih obiskov pri zobozdravniku. Poleg tega je zobni karies bolj pogost pri otrocih, kjer imajo starši nižjo stopnjo izobrazbe oz. so migranti. Glede na te podatke Shirzad in sodelavci (2016) svetujejo, da je spodbujanje ustnega zdravja pri majhnih otrocih najbolje doseči z vključevanjem širokega spektra strokovnjakov. V prvi vrsti so zanj odgovorni starši in njihov zgled, kasneje pa tudi zobozdravniki, diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju bo uporabljen termin medicinske sestre, ki velja za oba spola in za vse z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo) v ZZVP, ustni higieniki, vzgojitelji, učitelji ter drugi, ki se vključujejo v vse oblike zgodnjega izobraževanja.

Medicinske sestre so izvajalke vzgoje za ustno zdravje, ki naj bi program ZZVP izvajale od vstopa otrok v vrtec, do zaključka srednješolskega izobraževanja. Cilji so informiranje in doseganje večšin o skrbi za zdrave zobe, pri čemer so poleg tehnik o pravilnem ščetkanju, pomembne tudi vsebine o razvadah, zdravi prehrani in uporabi zobnih pripomočkov (Koprivnikar & Pucelj, 2009).

Namen prispevka je na osnovi pregleda literature proučiti sodobne načine izvajanja zobozdravstvene vzgoje za izboljšanje ustnega zdravja. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

- Kateri sodobni pristopi za izvajanje zobozdravstvene vzgoje so primerni za otroke in njihove starše v predšolskem obdobju?
- Kateri sodobni pristopi prinašajo pozitivne rezultate v zmanjšanju pojava zobne gnilobe pri predšolskih otrocih?

METODE

Uporabljeni sta bili opisna metoda dela in kvalitativna analiza literature. Literaturo smo iskali s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, MEDLINE in ScienceDirect in v knjižnem katalogu COBIB.SI. V pregled literature smo vključili znanstvene in strokovne članke za obdobje od 2000 do 2018, ki so vključevali sodobne načine izvajanja zobozdravstvene vzgoje. Vključitveni kriteriji so bili starost, relevantnost, dostopnost članka v celotnem besedilu in ustreznost vsebine članka. Iskanje literature je potekalo v mesecu januarju 2019. Uporabljene so bile ključne besede v slovenskem jeziku: medicinska sestra, preventiva, ustna higiena, predšolsko obdobje, sodobni pristopi in v angleškem jeziku: nurse, prevention, oral health promotion, preschool period, modern approaches.

REZULTATI

V analizo smo vključili 17 znanstvenih in strokovnih člankov, kateri opisujejo sodobne pristope za doseganje ustnega zdravja. Študije so dokazale, da sodobni pristopi v ZZVP, prinašajo pozitivne rezultate na področju zmanjševanja zobne gnilobe pri predšolskih otrocih. V nadaljevanju so predstavljeni rezultati pregleda literature glede na postavljeni raziskovalni vprašanji.

Sodobni pristopi za izvajanje zobozdravstvene vzgoje, primerni za otroke in njihove starše v predšolskem obdobju

Sodobni pristopi za izvajanje ZZVP so potrebni, saj je znano, da je tradicionalni biomedicinski pristop, neučinkovit (Watt, 2005; Yevlahova & Satur, 2009; Soltani, et al., 2018). Z njim se karies bistveno ne zmanjša (Satur, et al., 2006). Študije so pokazale, da nekateri otroci, ki imajo sicer precejšnje znanje o ustnem zdravju, nimajo zdravih navad, ki bi ga krepile (Ostberg, 2005; Veale, et al., 2016). Kot poudarja Sancin (2012) pri novem konceptu javnega zdravja postopoma prehajamo iz biomedicinskega v biopsihosocialni model pojmovanja zdravja. Tu je še posebej pomembna vloga medicinskih sester na področju preventive, kjer posameznika obravnavajo kot celostno bitje.

Eden izmed sodobnih pristopov v ZZVP, ki je primeren za otroke v predšolskem obdobju, se v tujini imenuje »Lift the lip«, ali »dvigni ustnico«. Ta pristop se je razvil v Avstraliji, a ga sedaj izvajajo tudi drugje po svetu. Gre za preprosto tehniko, pri kateri starši ocenijo ustno zdravje pri dojenčkih in majhnih otrocih. Seveda je potrebno predhodno naučiti starše, da znajo tehniko pravilno izvesti. Na učnih delavnicah za starše, ki jih izvajajo medicinske sestre, se prikaže pravilen način preverjanja otrokovih zob o morebitnih znakih zobne gnilobe (ta del učne delavnice temelji na grafičnih prikazih različnih stopenj napredovanja zobnega kariesa). Ta pregled zahteva vizualno oceno predvsem zgornjih sprednjih, ter zadnjih zob, da se ugotovijo zgodnji znaki morebitne zobne gnilobe ali kariesa. Starši se lahko poslužujejo tudi nekaterih pripomočkov (lučka, ogledalce in primerna podlaga). Ta pristop je hiter in ne zahteva strokovnjaka za ustno zdravje. Pomembno je, da medicinske sestre v ZZVP podajo staršem tudi individualne nasvete za ustno zdravje, ter poudarijo nevarnosti zobne gnilobe otrok. Starše je potrebno spodbuditi, da ob kakršnihkoli znakih, ki pri otroku napovedujejo zobno gnilobo, obiščejo zobozdravnika. Pri izvajanju takšnih metod je potrebno tesno sodelovanje med zobozdravniki, medicinskimi sestrami ter starši. Ta pristop, bi skupaj z rednimi preventivnimi obiski zobozdravnika ter zdravo prehrano in dejavnim življenjskim slogom, zagotovil večji delež ustnega zdravja otrok (Wilson, 2017).

Sodobni pristopi za izvajanje zobozdravstvene vzgoje, ki prinašajo pozitivne rezultate v zmanjšanju pojava zobne gnilobe pri predšolskih otrocih

Pristopi, ki prinašajo pozitivne rezultate v zmanjšanju pojavu zobne gnilobe pri predšolskih otrocih so različni. V ZDA so dokazali, da je bilo izvajanje praktičnih učnih delavnic, ki so jih izvedle medicinske sestre povezano z upadom kariesa pri predšolskih otrocih. Specifične aktivnosti so vključevale: učenje staršev po 6. mesecu otrokove starosti na domu, zobozdravstvena vzgoja otrok v vrtcih in šolah ter napotitev ogroženih otrok na zobozdravstvene posvete (Marrs, et al., 2011). V Avstraliji so poročali, da se v predšolskem obdobju v skrb za ustno zdravje vključujejo medicinske sestre, ki družine obiskujejo tudi na domu (Stijacic, et al., 2008). Kot navaja Sigaud (2017) se za spodbujanje ustne higiene priporočajo avdiovizualni pripomočki, igre, lutkovne predstave in druga didaktična sredstva. Pomembna je tudi individualna demonstracija pravilnega ščetkanja, kar spada med enostaven in poceni pristop. Za čim boljše rezultate je pomembno kontinuirano izvajanje zobozdravstvenih delavnic.

Kot sodobni pristop, ki se je izkazal za uspešnega in je dokazal zmanjšanje ustnega kariesa, je motivacijski intervju (Yevlahova & Satur, 2009). Moč za spremembo je v posameznikovi rokah, verjetnost, da bo spremembo uresničil, pa je odvisna od različnih dejavnikov. Motivacija je pravzaprav posameznikova želja po spremembi in lastno prepričanje, da je sprememba mogoča.

Možno ga je uporabiti pri individualnih obravnavah predšolskih otrok skupaj s starši. Motivacijski intervju je dokazano učinkovita kratka tehnika, ki jo lahko uporabljamo kjerkoli v zdravstvu – tudi na področju ZZVP. Je način vodenja pogovora, ki je usmerjen v krepitev motivacije in odločitve za spremembo. Gre za obliko svetovanja, ki prek besednega izražanja usmerja razmišljanje posameznika v smer odločitve za spremembo določenega vedenja. Posebej pomaga k spremembi tistim posameznikom, ki še ne razmišljajo o vedenjski spremembi. Dober motivator ne sprejema odgovornosti za končno spremembo drugega človeka nase, pač pa sprejme odgovornost, da bo pri motiviranju strokoven, vztrajen in potrpežljiv (Anderluh, 2015).

Tudi drugi sodobni pristopi, ki pripomorejo k izboljšanju ustnega zdravja so pri delu medicinske sestre pomembni (Van den Branden, et al., 2013). Povratne informacije so ključnega pomena. V Kanadi obstaja praksa, da zobozdravnik pošlje starše na delavnice z napotnico in vse ugotovitve beleži v zobozdravstveni karton otroka (Gandhi, et al., 2000; Stjacic et al., 2008). Komunikacija, ki vključuje tudi povratne informacije med izvajalci zobozdravstvenih storitev, je ključna sestavina za uspeh. Prav tako je predlog, da bi se razvila dodatna promocijska sredstva za ustno zdravje, kot so vizualni promocijski mediji za čakalnice. Tako bi lahko pripomogli k večji ozaveščenosti različnih populacij v zvezi z zgodnjim prepoznavanjem kariesa pri predšolskih otrocih (Silk, 2010). Po drugi strani pa je pomembno, da bi se zagotovilo brezplačne zobne ščetke in vzgojno-izobraževalno gradivo za promocijo ustnega zdravja na lokacijah centrov, kjer so tudi ranljive skupine prebivalstva, brezposelni, invalidi in drugi (Veale, et al., 2016). Farrelly in sodelavci (2012) poudarjajo, da bi lahko že obstoječe brošure nadgradili z grafičnimi podobami, ki prikazujejo karies v zgodnjem otroštvu. Obstaja potreba po razvoju učinkovitih pristopov za spodbujanje zdravja ustne votline, ki bi medicinskim sestram v ZZVP omogočile bolj učinkovito delo ter boljše rezultate.

DISKUSIJA

Za izvajanje zobozdravstvene vzgoje zagotovo potrebujemo pristope, ki so primerni za določeno populacijo. Eden izmed sodobnih pristopov, ki je primeren za otroke in njihove starše v predšolskem obdobju ter se je izkazal za pozitivnega, je pristop »lift the lip« ali »dvigni ustnico«. To je preprosta tehnika, ki spodbuja starše k rednemu pregledovanju in skrbi za otroške zobe. Koristno bi bilo, da bi se tega pristopa naučile tudi patronažne medicinske sestre v Sloveniji, saj imajo možnost zgodnjega sodelovanja in učenja staršev. Prav tako bi lahko medicinske sestre v ZZVP pri individualnih obravnavah predšolskih otrok s starši (sistematski pregled) uporabile motivacijski intervju. Ta pristop krepi motivacijo ter pripomore k spremembi boljšega ustnega zdravja. Sodobni pristop, ki prinaša pozitivne rezultate v zmanjšanju pojava zobne gnilobe pri predšolskih otrocih je vključevanje splošnih zdravnikov in medicinskih sester iz ambulant. Ker se starši pogosteje posvetujejo z osebnim zdravnikom oz. pediatrom, so le ti v dobrem položaju, da lahko nadaljujejo ali pa ponudijo promocijo ustnega zdravja staršem dojenčkov in predšolskih otrok (Goldfeld, 2003; Neumann, et al., 2011; Long, et al., 2012).

Programi za promocijo ustnega zdravja so se izkazali za učinkovite in prinašajo pozitivne spremembe v zmanjšanju kariesa predšolskih otrok (Nakre & Harikiran, 2013). Medicinske sestre kot izvajalke ZZVP tudi v Sloveniji, igrajo pri tem pomembno vlogo. Velikokrat pa se soočajo s situacijami, ko od ljudi pričakujejo, da bodo s spremembo vedenja poskrbeli zase in za svoje zdravje. Kronične bolezni, med katere spada tudi karies, so povezane s potrebo po spremembi vedenja in predstavljajo osrednji javnozdravstveni problem (Yevlahova & Satur, 2009; Anderluh, 2015). Pogosto se spregledajo dejavniki, ki vplivajo na njihovo vedenje; to so socialni, gospodarski, politični ter drugi. Pomembno je, da socialne dejavnike zdravja pri obravnavi ustnega zdravja predšolskih otrok ne zanemarimo (Newton & Bower, 2005). Ob tem pogosto medicinske sestre občutijo nemoč in neuspešnost. Razdvojene so, ker ne vedo ali je rešitev v vztrajanju ali naj počakajo, da oseba doseže dno, ko bo končno razumela, da je sprememba neobhodno potrebna. Še posebej nemočne so, ko gre za otroka in mladostnika, ki se želi o sebi odločati neodvisno in samostojno. Niso prepričane, da resnično razume nevarnosti svojega ravnanja, hkrati pa vedo, da lahko njegova "neustrezna" skrb za zdravje vodi v bolezen. Želja, da vztrajajo in pričakujejo spremembo vedenja, se zdi naravna in nujna (Anderluh, 2015).

Za dosego čim boljših rezultatov ustnega zdravja otrok, je pomembno izbrati pravilne pristope. Znano je, da so tradicionalni pristopi, samo s podajanjem informacij, slabše učinkoviti. Osveščanje o ustnem zdravju je potrebno spodbujati na vseh stopnjah izobraževanja in vzgoje otrok oz. mladostnikov. Shizard (2016) poudarja, da vzgojno-izobraževalne institucije potrebujejo podporo na državni ravni ter strokovno podporo, ki jim pomaga pri sooblikovanju programov. Potrebno je razviti zobozdravstvene programe, ki spodbujajo zdravo prehranjevanje in pitje vode, uživanje zajtrka, zmanjšanje vnosa škodljivih maščobnih živil ter sladkih pijač. Kot navajajo George in sodelavci (2011), medicinske sestre in babice vse pogosteje vključujejo promocijo ustnega zdravja tudi pri nosečnicah in njihovih dojenčkih, saj so na terenu priča pomanjkanju ozaveščenosti med starši o zgodnjem kariesu pri predšolskih otrocih. Kot ugotavljajo Plutzer (2007) ter George in sodelavci (2011) so najpogostejša

prepričanja med starši, da »mlečni zobje niso tako pomembni, saj izpadejo in nato zrastejo novi«; prav zato je potrebno starše podučiti, da so mlečni zobje prav tako pomembni, saj omogočajo ustrezen prostor in pravilno rast stalnim zobem.

Za uspešno ugotavljanje potreb po učenju, načrtovanje, izvajanje in evalvacijo zobozdravstvene vzgoje so pomembna dodatna izobraževanja medicinskih sester ter poenotenje izvajanja zobozdravstvene vzgoje in preventive na nacionalni ravni. George in sodelavci (2012) predlagajo pridobitev specialni znanj, ki bi omogočala medicinskim sestram pridobitev dodatnih kompetenc. Z njihovim predlogom se strinjamo in menimo, da bi pridobitev teh specialnih znanj lahko omogočili tudi medicinskim sestram, ki v Sloveniji izvajajo zobozdravstveno vzgojo in to po formalni poti.

Ob upoštevanju nekaterih metodoloških omejitev je treba ugotovitve pregleda literature interpretirati previdno. V analizo so bile vključene le raziskave v angleškem in slovenskem jeziku ter prosto dostopni članki, kar do določene meje omeji izid pregleda literature.

ZAKLJUČEK

Skrb za ustno zdravje se začne že zgodaj v otroštvu, takoj ko se pri otroku izraščajo prvi zobje. Starši naj skupaj z otroki vzpostavijo okolje, v katerem se bodo lahko oblikovale zdrave navade, ki so osnova za kasnejši zdrav življenjski slog vseh članov družine. V tem procesu imajo pomembno vlogo tudi medicinske sestre, ki kot izvajalke zobozdravstvene vzgoje pomembno prispevajo k osveščanju ljudi o ustni higieni. Z izvajanjem različnih zobozdravstvenih delavnic lahko že v predšolskem okolju pozitivno vplivajo tako na znanje staršev, pedagoškega osebja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah kot tudi otrok.

Zobozdravstvene delavnice naj bodo zanimive in hkrati poučne, kar zahteva od medicinskih sester ustvarjalnost in samoiniciativnost. V zobozdravstveno vzgojo naj vključujejo različne sodobne pedagoške in didaktične pristope, ki zahtevajo aktivno delo otrok in njihovih staršev (udeležencev).

LITERATURA

Anderluh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska Pediatrija*, 22, pp. 38–43.

Cooper, A.M., O'Malley, L.A., Elison, S.N., Armstrong, R., Burnside, G., Adair, P., et al., 2013. Primary school-based behavioural interventions for preventing caries. *The Cochrane database of systematic reviews*, 31(5).

Farrelly, M.C., Duke, J.C., Davis, K.C., Nonnemaker, J.M., Kamyab, K., Willett, J.G., et al., 2012. Promoting of smoking cessation with emotional and/or graphic anti-smoking advertising. *American journal of preventive medicine*, 43(5), pp. 475–482.

Gandhi, T.K., Sittig, D.F., Franklin, M., Sussman, A.J., Fairchild, D.G., Bates, D.W., 2000. Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of general internal medicine*, 15(9), pp. 626–631.

George, A., Duff, M., Ajwani, S., Johnson, M., Dahlen, H., Blinkhorn, A., et al., 2012. The development of an online education program for midwives in Australia to improve perinatal oral health. *The Journal of perinatal education*, 21(2), pp. 112–122.

George, A., Johnson, M., Duff, M., Blinkhorn, A., Ajwani, S., Bhole, S., et al., 2011. Maintaining oral health during pregnancy: perceptions of midwives in Southwest Sydney. *Collegian*, 18, pp. 71–79.

Glick, M., Monteiro da Silva, O., Seeberger, G.K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D.M., et al., 2012. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International dental journal*, 62(6), pp. 278–291.

Goldfeld, S.R., Wright, M., Oberklaid, F., 2003. Parents, infants and health care: utilization of health services in the first 12 months of life. *Journal of paediatrics and child health*, 39(4), pp. 249–53.

Koprivnikar, H., Pucelj, V., 2009. *Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Kroflič, M., 2010. Že v ranem otroštvu prebudimo spoznanje o vrednosti zdravja zob. *Strokovna zdravstveno-vzgojna revija Vita*, 72, pp. 14–16.

Løken, S.Y., Wang, N.J., Wigen, T.I., 2017. Caries-preventive self-care for children. Consistent oral health messages to the public? *International journal of dental hygiene*, 15, pp. 142–148.

Long, C.M., Quinonez, R.B., Bell, H.A., Close, K., Myers, L.P., Vann, W.F., et al., 2012. Pediatricians' assessments of caries risk and need for a dental evaluation in preschool aged children. *BMC pediatrics*, 12(49), pp.1–7.

Markočič Tadič, I., Čok, M., Pucelj, V., 2017. *Vsakodnevna skrb za ustno zdravje-Usmeritve za izvajanje zobozdravstvene vzgoje in preventive v okviru preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Marrs, J.A., Trumbley, S., Malik, G., 2011. Early childhood caries: determining the risk factors and assessing the prevention strategies for nursing intervention. *Pediatric nursing*, 37(1), pp. 9–15.
- Nakre, P.D., Harikiran, A.G., 2013. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 3(2), pp. 103–115.
- Neumann, AS., Lee, K.J., Gussy, MG., Waters, EB., Carlin, JB., Riggs, E., et al., 2011. Impact of an oral health intervention on pre-school children < 3 years of age in a rural setting in Australia. *Journal of paediatrics and child health*, 47, pp. 367–372.
- Newton J.T, Bower, E.J., 2005. The social determinants of health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(1), pp. 25–34.
- Opara, B., 2005. *Otroci s posebnimi potrebami v vrtcih in šolah: vloga in naloga vrtcev in šol pri vzgoji in izobraževanju otrok s posebnimi potrebami – uresničevanje vzgojno-izobraževalnih programov s prilagojenim izvajanjem in dodatno strokovno pomočjo: priročnik*. Ljubljana: Centerkontura.
- Ostberg, A., 2005. Adolescents' views of oral health education. A qualitative study. *Acta odontologica Scandinavica*, 63, pp. 300–307.
- Plutzer, K., Spencer, A.J., 2007. Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36, pp. 335–346.
- Ranfl, M., 2015. *Prehrana in ustno zdravje*. In: Zbornik člankov in izvlečkov, Portorož 4.-6. junij 2015. Ljubljana: Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, 47–53.
- Ranfl, M., Oikonomidis, C., Kosem, R., Artnik, B., 2015. *Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Sancin, D., 2012. Posledice medsebojnega delovanja notranjih in zunanjih virov zdravja na posameznika, družino in lokalno skupnost. In: M. Horvat, ed. *Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja. Zbornik predavanj z recenzijo*. 19., 20. april 2012. Nova Gorica: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 13–18.
- Satur, J., Gussy, M., Morgan, M., Calache, H., Wright, F.A.C., 2006. Evidence based review of oral health promotion. *Consortium of the University of Melbourne Cooperative Research Centre for Oral Health Science and Dental Health Services Victoria*. Dostopno na: http://www.health.vic.gov.au/healthpromotion/evidence_res/evidence_index.htm [3.02.2019].
- Sheiham, A., 2005. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), pp. 644–645.
- Sheiham, A., 2006. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British dental journal*, 201(10), pp. 625–626.
- Shirzad, M., Hossein Taghdisi, M., Dehdari, T., Abolghasemi, J., 2016. Oral health education program among pre-school. *Health promotion perspectives*, 6(3), pp. 164–170.
- Sigaud, C.H.S., Santos, B.R.D., Costa, P., Toriyama, A.T.M., 2017. Promoting oral care in the preschool child: effects of a playful learning intervention. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(3), pp. 519–525.
- Silk, H., 2010. Making oral health a priority in your preventative pediatric visits. *Clinical pediatrics*, 49(2), pp. 102–109.
- Soltani, R., Sharifirad, G., Mahaki, B., Eslami, A.A., 2018. Determinants of Oral Health Behavior among Preschool Children: Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of dentistry*, 19(4), pp. 273–279.
- Stijacic, T., Schroth, R.J., Lawrence, H.P., 2008. Are Manitoba dentists aware of the recommendation for a first visit to the dentist by age 1 year? *Journal Canadian Dental Association*, 74(10), pp. 903.
- Van den Branden, S., Van den Broucke, S., Leroy, R., Declerck, D., Bogaerts, K., Hoppenbrouwers, K., 2013. Effect evaluation of an oral health promotion intervention in preschool children. *European journal of public health*, 24(6), pp. 893–898.
- Veale, M., Ajwani, S., Johnson, M., Nash, L., Patterson, T., George, A., 2016. The early childhood oral health program: a qualitative study of the perceptions of child and family health nurses in South Western Sydney, Australia. *BMC Oral Health*, 16, pp. 56.
- Watt, R.G., 2005. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, pp. 711–718.
- Watt, R.G., 2007. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community dentistry and oral epidemiology*, 35, pp. 1–11.
- Wilson, M., 2017. Lift the Lip: an assessment tool for childhood dental decay. *Western Australia Oral Health Promotions*, pp. 1–13.
- World Health Organization, 2019. *WHO expert consultation on public health intervention against early childhood caries*. Dostopno na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255627/1/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf> [3.02.2019].
- Yevlahova, D., Satur, J., 2009. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. *Australian Dental Journal*, 54, pp. 190–197.



EVALVACIJA IZVAJANJA VAJ ZA POKONČNO DRŽO PRI OSNOVNOŠOLSКИH OTROCIH

**Evaluation of practicing
exercises for upright posture
at primary school pupils**

Alenka Slapšak, dipl. m. s.

Majda Šmit, dipl. m. s.

Saša Staparski Dobravec, dr.med., spec. radiologije

Jahnavi Vaishnav, dipl. fth

Zdravstveni dom Ljubljana

alenka.slapsak@zd-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Sedeči način življenja in premalo gibanja povečata tveganje za slabšo držo telesa in posledično povzročata bolečine v hrbtenici. Otroci veliko časa presedijo v šoli in doma pred računalnikom. V prostem času se veliko otrok ne igra zunaj. S takšnim načinom življenja povečujejo tveganja za kostno mišično bolečino. Redna telesna dejavnost vpliva na razvoj, zdravje in splošno dobro počutje. Namen raziskave je bilo preveriti, ali se pokažejo razlike v spremembi rednega izvajanja vaj za pokončno držo v šoli in doma, brez podpore zdravstvenega kadra in učitelja. Cilj raziskave je bila evalvacija izvajanja vaj za pokončno držo kot dnevne navade pri osnovnošolskih otrocih. **Metode:** Izvedena je bila deskriptivna kvantitativna metoda dela, s katero se je želelo pridobiti podatke, v kolikšni meri so otroci testnih razredov po enem letu še ohranili spremenjen vedenjski vzorec pri ohranjanju pokončne drže. Podatki so bili zbrani z anketiranjem 172 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 spremenljivkah »gledam televizijo« (t = -4,563; p=0,000); »berem« (t = 3,004; p = 0,003); »igram se zunaj sam« (t = 2,890; p = 0,004); »pokončno sedenje med poukom« (t=3,900; p=0,000); »bolj pokončno hojo« (t=2,257; p=0,025); »močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet« (t=3,262; p = 0,001); »lepšo držo telesa« (t = 2,063; p = 0,041); »ali te je kdaj bolet hrbet« (t = 2,021; p = 0,045) in »ali poznaš katerokoli vajo za hrbtenico« (t = -10,127; p = 0,000). **Diskusija in zaključek:** Skupno sodelovanje diplomiranih medicinskih sester in učiteljev v šoli ima pomembno vlogo pri motivaciji in ohranjanju zdravih življenjskih navad otrok. Raziskava je pokazala pomembnost vključitve vaj za pokončno držo v šolski program.

Ključne besede: drža telesa, vaje za hrbtenico, zdravstvena vzgoja, multidisciplinarni tim

ABSTRACT

Introduction: The sitting way of life and lack of exercise increase the risk for worse body posture and consequently can cause pains in the spine. Children spent a lot of time sitting in the school and at home in front of the computer. In their free time, most of the children do not play outside. With such a life-style, they increase risk for bone muscular pain. Regular physical activity influences development, health and general good feeling. The purpose of our investigation was to examine if any differences appear in the change of regular practicing exercises for upright posture, in the school and at home, without support of the medical personnel or teacher. The aim of the research was to evaluate practicing exercises for upright posture as a daily habit of primary school pupils. **Methods:** A descriptive quantitative method was carried out with an aim to collect data to what extent the pupils of the test classes retained their changed behavior pattern for preservation of upright posture after one-year period. The data were collected questioning 172 pupils in eight classes of four primary schools in Ljubljana. As an instrument, we used a structured questionnaire. The data were treated for frequency distribution and descriptive statistics. **Results:** Statistically significant differences were observed for the variables "I watch television" (t = -4,563; p = 0,000), "I read" (t = 3,004; p = 0,003); "I am playing outside on my own" (t = 2,890; p = 0,004), "Upright sitting during the lectures" (t = 3,900; p = 0,000), "More upright walking" (t = 2,257; p = 0,025), "Stronger muscles and more flexible back" (t = 3,262; p = 0,001), "Prettier body posture" (t = 2,063; p = 0,041), "Have you ever had pains in the back" (t = 2,021; p = 0,045) and "Do you know any exercise for the spine" (t = -10,127; p = 0,000). **Discussion and conclusion:** Cooperation of graduated nurses and teachers in the school has an important role for motivation and preservation of healthy life habits of children. The research pointed out the importance of inclusion of exercises for upright posture into the school program.

Key words: erect posture , exercises for spine, health education, multidisciplinary team

UVOD

Sodoben način življenja spodbuja sedeči življenjski slog. Telesna dejavnost je ključnega pomena za razvoj, zdravje in dobro počutje otrok (Slapšak et al, 2017). Hlebš & Gorjanc (2013) zagovarjata, da se prevalenca bolečin v križu pri otrocih in mladostnikih zvišuje. Brzek & Plinta (2016) navajata, da so v našem delovnem okolju otroci nad 7 let posebno izpostavljeni asimetrični obremenitvi, kar je rezultat sedečega življenjskega sloga, pretežkih šolskih torb, nepravilno nastavljene višine mize in stola, pomanjkanja fizične aktivnosti in previsoke telesne teže.

Aysha & Rehman (2017) trdita, da so bolečine v hrbtu pri šolskih otrocih za družbo pogoste in zahtevne. Povzročajo odsotnost iz šole in omejitve v telesnih dejavnostih. Dejavniki so travma, pomanjkanje telesne dejavnosti, neuravnotežena

prehrana, uporaba težkih šolskih torb in sedeči življenjski slog, dolgotrajna uporaba računalnikov, mobilnih telefonov, ki povzročajo dodaten stres na hrbtnih mišicah.

Fanucchi in sodelavci (2009) so v raziskavi dokazali, da je vadba učinkovita pri zmanjševanju intenzivnosti in razširjenosti bolečine v križu pri otrocih. Zato se domneva, da v obdobju adolescence posebne vaje stabilizacije in raztezanja pozitivno vplivajo na telo, na globoke mišice in pravilno poravnavo hrbtenice.

Candotti in sodelavci (2011) navajajo, da zdravstveni delavci že dolgo iščejo načine za ublažitev težav, povezanih s slabo držo, ki pogosto povzročajo bolečine in vodijo v zmanjšanje telesnih in duševnih sposobnosti. V raziskavi (Detsch Fonseca et al, 2015) zagovarjajo, da raziskovalci uporabljajo razne učne strategije za učenje primerne drže. Rezultati teh predhodnih študij na splošno kažejo na učinkovitost teh programov pri izboljšanju teoretičnega znanja in zmožnosti učencev, da to znanje prenesejo v prasko. Kljub pozitivnim učinkom šol dobre drže in podobnih programov so redke študije, ki raziskujejo dolgotrajnost teh sprememb.

Namen in cilji

Namen raziskave je bilo preveriti, ali se pokažejo razlike v spremembi rednega izvajanja vaj za pokončno držo, v šoli in doma, brez podpore zdravstvenega kadra in učitelja. Cilj raziskave je bila evalvacija izvajanja vaj za pokončno držo kot dnevne navade pri osnovnošolskih otrocih.

Na podlagi tega sta bili oblikovani naslednji hipotezi:

H1: Otroci, ki so bili del pilotnega programa, bodo v prostem času zmanjšali telesno aktivnost.

H2: Otroci, ki so bili del pilotnega programa, bodo opustili izvajanje vaj za pokončno držo v šoli in doma.

METODE

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna kvantitativna metoda dela s pregledom domače in tuje literature. Pri iskanju literature je bila postavljena omejitev na obdobje od januarja 2009 do decembra 2018. Podatki so se pridobili z vstopno/izstopnim vprašalnikom, ki je bil uporabljen že v pilotnem projektu Zdravstvenega doma Ljubljana, v šolskem letu 2016/2017.

Opis instrumenta

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 instrument 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 evalvaciji čez eno leto. 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 kontrola skupina, ki ni bila deležna intervencij v pilotnem projektu, v šolskem letu 2016/2017. Konec šolskega leta 2017/2018 je vzorec vključil vse otroke, iz obeh skupin, zaradi primerjave razlik v povprečnih odgovorih z namenom, da se pokažejo razlike vpliva, kjer ni nobene podpore ne s strani zdravstvenega kadra in ne učitelja v razredu. V šolskem letu 2017/2018 je vprašalnik izpolnilo 172 otrok, v šolskem letu 2016/2017 pa 168. Nekateri otroci so bili v 2017/2018 novi, nekaterih pa ni bilo več, ker so se prešolali. Na koncu se je lahko poimensko povežalo 151 otrok. Pri ponovnem anketiranju je sodelovalo 82 (54,3 %) deklic in 69 (45,7 %) dečkov. Skoraj enakomerno so bili razporejeni; v A razred 76 (50,3 %) otrok in B razred 75 (49,7 %). Na OŠ Livada je vprašalnik izpolnilo 20 otrok (13,2 %), na OŠ Ledina 45 (29,8 %), na OŠ Vodmat 40 (26,5 %) in na OŠ Brezovica 46 otrok (30,5 %).

Opis poteka raziskave in obdelave vzorcev

Raziskava je bila narejena eno leto po zaključku pilotnega projekta Pokončne drže pri učencih osnovnih šol, junija 2018. Vsi sodelujoči (otroci, učitelji, vodstvo šole in starši) so poznali projekt. Soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, vodstev šol, učiteljev, in staršev sodelujočih otrok so bila pridobljena že s pilotnim projektom. 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

Rezultati raziskave so urejeni v zaporedju v vprašalniku postavljenih vprašanj. Pomembnejši so pojasnjeni in prikazani v tabelah.

Iz Tabele 1 je razvidno, da so se statistično značilne razlike (Paired samples test) pokazale pri gledanju televizije ($t = -4,563$; $p = 0,000$), pri branju ($t = 3,004$; $p = 0,003$); ter pri igranju zunaj sam ($t = 2,890$; $p = 0,004$). V letu, ko vaj niso izvajali, so večkrat tedensko gledali televizijo več kot eno uro. V letu 2016/2017 so gledali televizijo več kot eno uro v povprečju 1x tedensko ($\bar{x} = 2,48$), medtem, ko so jo v letu 2017/2018 več kot eno uro dnevno gledali v povprečju dvakrat tedensko ($\bar{x} = 3,03$). V letu, ko vaj niso izvajali, so manj brali. V letu 2016/2017 so v povprečju brali dvakrat tedensko ($\bar{x} = 3,37$), v letu 2017/2018 pa so sicer še vedno brali dvakrat tedensko, a je bil ta odstotek nižji ($\bar{x} = 3,01$). V letu, ko vaj niso izvajali, so se tudi redkeje igrali zunaj sami. V letu 2016/2017 so se sami zunaj v povprečju igrali dvakrat tedensko ($\bar{x} = 2,82$), v letu 2017/2018 pa so se sami zunaj igrali v povprečju enkrat tedensko ($\bar{x} = 2,42$).

Tabela1: *Kako pogosto izvajaš te aktivnosti*

Aktivnost	Leto	N	Aritm. sredina	t-test	p
Gledam televizijo več kot 1 uro	2017	149	2,48	-4,563	0,000*
	2018		3,03		
Berem	2017	151	3,37	3,004	0,003*
	2018		3,01		
Igram se zunaj sam	2017	151	2,82	2,890	0,004*
	2018		2,42		
Igram računalniške igrice več kot 1 uro	2017	151	1,72	-1,577	0,117
	2018		1,87		
Igram se zunaj s prijatelji	2017	151	4,00	1,064	0,289
	2018		3,87		
Obiskujem športni/plesni krožek	2017	151	2,70	-1,079	0,282
	2018		2,83		
Obiskujem glasbeno šolo	2017	150	1,54	-0,000	1,000
	2018		1,54		

* statistično pomembne razlike pri stopnji manjši od 0,05

Pri ostalih aktivnostih ni prišlo do statistično značilnih razlik. Računalniške igrice so še vedno v povprečju več kot eno uro dnevno igrali enkrat tedensko ($\bar{x} = 1,87$); s prijatelji so se zunaj v povprečju še vedno igrali trikrat tedensko ($\bar{x} = 3,87$); športni krožek so v povprečju še vedno obiskovali dvakrat tedensko ($\bar{x} = 2,83$) in glasbeno šolo so v povprečju še vedno obiskovali enkrat tedensko ($\bar{x} = 1,54$).

Statistično značilne razlike (Paired samples test) so se pokazale pri oceni o koristnosti izvajanja vaj za: pokončno sedenje med poukom ($t = 3,900$; $p = 0,000$); bolj pokončno hojo ($t = 2,257$; $p = 0,025$); močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet ($t = 3,262$;

$p = 0,001$); ter lepšo držo telesa ($t = 2,063$; $p = 0,041$). Razlike se niso pokazale le pri mnenju o tem, ali se jim vaje za hrbet zdijo koristne za bolj pokončno sedenje pred računalnikom doma; tako leta 2016/2017, kot leta 2017/2018 se jim te vaje v povprečju zdijo koristne za pokončno sedenje pred računalnikom doma. Vsa povprečja so v letu, ko ni bilo izvajanja vaj, padla – torej se jim izvajanje vaj za hrbet za vse naštetu v povprečju zdi manj koristno.

V Tabeli 2 prikazujemo, da se jim je izvajanje vaj za bolj pokončno sedenje med poukom v letu 2016/2017 v povprečju zdelo zelo koristno ($\bar{x} = 3,63$) v letu 2017/2018 pa se jim je v povprečju zdelo koristno ($\bar{x} = 3,32$). Izvajanje vaj za bolj pokončno hojo se jim je v letu 2016/2017 v povprečju zdelo zelo koristno ($\bar{x} = 3,51$), v letu 2017/2018 pa se jim je v povprečju zdelo koristno ($\bar{x} = 3,33$). Izvajanje vaj za hrbet za močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet se jim je v letu 2016/2017 zdelo v povprečju zelo koristno ($\bar{x} = 3,64$), medtem ko se jim je v letu 2017/2018 v povprečju zdelo koristno ($\bar{x} = 3,37$). Izvajanje vaj za lepšo držo telesa se jim je v povprečju v letu 2016/2017 zdelo zelo koristno ($\bar{x} = 3,69$), v letu 2017/2018 pa se jim je v povprečju sicer še vedno zdelo zelo koristno, a je bila povprečna ocena nižja ($\bar{x} = 3,54$).

Tabela2: Kako koristno se vam zdi izvajanje vaj za hrbet

Aktivnost	Leto	N	Aritm. sredina	t-test	p
Pokončno sedenje med poukom	2017	150	3,63	3,9	0,000*
	2018		3,32		
Pokončno sedenje pred računalnikom doma	2017	150	2,92	0,813	0,418
	2018		2,83		
Bolj pokončno hojo	2017	151	3,51	2,257	0,025*
	2018		3,33		
Močnejše mišice in bolj gibljiv hrbet	2017	150	3,64	3,262	0,001*
	2018		3,37		
Lepšo držo telesa	2017	150	3,69	2,063	0,041*
	2018		3,54		

* statistično pomembne razlike pri stopnji manjši od 0,05

V Tabeli 3 smo preverili stanje o tem ali jih je kdaj bolel hrbet (1 = da, 2 = ne). Pokazalo se je, da jih tako po koncu testiranja, v letu 2016/2017, kot tudi po enem letu po koncu raziskave, v povprečju ni bolel hrbet. Se je pa zanimivo pokazalo, da je bila povprečna ocena takoj po pilotu v letu 2016/2017 višja ($\bar{x} = 1,68$) kot pa v letu 2017/2018 ($\bar{x} = 1,59$), kar pomeni, da jih v je v letu 2017/2018 malo bolj bolel hrbet. Te razlike so se pokazale, kljub manjšim razlikam, statistično značilne ($t = 2,021$; $p = 0,045$). Razlike pa so dobro vidne tudi v spodnji tabeli, ki kaže, da jih je v letu 2016/2017 v 32,5 % bolel hrbet, v letu 2017/2018 pa jih je hrbet bolel v 40,5 %.

Primerjali smo tudi vprašanje o tem, ali poznajo katerokoli vajo za hrbtenico. Razlike med skupinama v letu 2016/2017 in v letu 2017/2018 so se pokazale statistično značilno različne ($t = -10,127$; $p = 0,000$). V letu 2016/2017 so v povprečju bolj poznali vaje za hrbet ($\bar{x} = 1,28$), medtem, ko jih leta 2017/2018 v povprečju bolj niso poznali ($\bar{x} = 1,82$). Kar se pokaže tudi z odstotki, kjer v letu 2016/2017 večina pozna vajo za hrbtenice (71,5 %), medtem, ko jih v letu 2017/2018 večina ne pozna nobene vaje za hrbtenico (82,1 %).

Preverili smo ali obstajajo statistično značilne razlike med tem ali menijo, da vaje za hrbtenico lahko vplivajo na zdravje. Tu se niso pokazale statistično značilne razlike ($t = 0,576$; $p = 0,565$). Tako takoj po testiranju v letu 2016/2017, kot tudi po enem letu premora v letu 2017/2018 menijo, da vaje za hrbtenico lahko vplivajo na njihovo zdravje.

Pokažejo pa se statistično značilne razlike glede vprašanja o tem ali katero od vaj za hrbtenico izvajajo doma ($t = -6,545$; $p = 0,000$). V povprečju so v letu 2016/2017 izvajali kakšno vajo doma ($\bar{x} = 1,26$), medtem, ko v letu 2017/2018 v povprečju večinoma ne izvajajo vaj za hrbtenico doma ($\bar{x} = 1,64$). Kot je v letu 2016/2017 večina izvajala vaje doma (74,2 %), v letu 2017/2018 pa več kot polovica (64,0 %) vaj doma ni izvajala.

Tabela3: Bolečina v hrbtu in poznavanje ter izvajanje vaj

1 – da 2 – ne	Leto	N	Aritm. sredina	t-test	p
Ali te je kdaj bolel hrbet?	2017	148	1,68	2,021	0,045*
	2018		1,59		
Ali poznaš katerokoli vajo za hrbtenico?	2017	151	1,28	-10,127	0,000*
	2018		1,82		
Ali katero od vaj za hrbtenico izvajaš doma?	2017	150	1,26	-6,545	0,000*
	2018		1,64		

* statistično pomembne razlike pri stopnji manjši od 0,05

DISKUSIJA

Slapšak in sodelavci (2017) navajajo, da spodbujanje izvajanja vaj za pokončno držo med poukom pri mlajši populaciji vpliva na bolj aktivno preživljanje časa tako sami kot v družbi prijateljev. Z izvedeno raziskavo smo prvo postavljeno hipotezo potrdili, saj so otroci eno leto kasneje (po koncu pilota) večkrat tedensko gledali televizijo več kot eno uro; manj so brali in se redkeje igrali zunaj sami. V šolskem letu 2017/2018 niso prejeli nobene pobude, ne s strani učitelja v razredu, prav tako ne s strani diplomirane medicinske sestre, ki vstopa v razred. To dokazuje, da je potrebno uvajanje dnevne rutine, ki ohranja telesno gibanje v sklopu vaj za pokončnost hrbtenice. Brzek & Plinta, (2016), poudarjata, da je ponazarjanje vzorcev gibanja najbolj opazno v skupini najmlajših učencev. Običajno otroci ne vedo, kateri vzorci so pravilni in kateri so faktorji tveganja. Ko popravimo in stabiliziramo nepravilne vzorce, lahko otrok opravlja svoje dnevne dejavnosti brez neprestanega zavedanja o primernosti vzorcev. Naša raziskava poudarja potrebo po spodbudi učencev, staršev in učiteljev, da bi izvajali zdravo vedenje, usmerjeno v ohranjanje primerne telesne drže.

Pridobljeni rezultati se skladajo z rezultati drugih raziskav. Drev (2015) navaja, da čezmerna sedeča vedenja s starostjo naraščajo. Candotti in sodelavci (2011) ocenjujejo, da teoretična vsebina in znanje o pomembnosti dobre drže med aktivnostmi vsakdanjega življenja niso učinkovito vključene v navade otrok in najstnikov. Rezultati njihove raziskave so pokazali, da udeleženci programa o dobri drži osem mesecev po končanem programu ne poznajo hrbtenice, njenih delov in funkcij, prav tako ne vzdržujejo naravne ukrivljenosti hrbtenice ne med statično držo in ne med aktivnostmi vsakdanjega življenja. V raziskavi Slapšak in sodelavci (2017) je poudarjeno, da so otroci ozavestili koristi rednega izvajanja vaj za hrbtenico na njihovo zdravje. Dodatno se je povečalo zavedanje, da je telesna aktivnost koristna tudi za lepšo držo telesa, za pokončnost sedenja med poukom in pred računalnikom doma. V rezultatih sedanje raziskave so slabše ocenili koristnost vaj za hrbet, ki so jo sicer še vedno v povprečju ocenili kot koristno. Pokazalo se je tudi, da je bil v letu 2016/2017 večji odstotek tistih, ki jih ni bolel hrbet, kot v letu 2017/2018, ko je bil ta odstotek nižji (za skoraj 10 %).

V raziskavi se je pokazalo, da je v letu 2016/2017 večina otrok poznala in izvajala kakšno vajo za hrbtenico doma, v letu 2017/2018 pa večina otrok ni poznala vaje za hrbet in večina ni izvajala kakšne vaje za hrbtenico doma. Čeprav tako v letu 2016/2017 kot tudi v letu 2017/2018 menijo, da vaje za hrbtenico lahko vplivajo na njihovo zdravje. Tudi drugo hipotezo, pri kateri smo ugotavljali, ali bodo otroci opustili izvajanje vaj za pokončno držo v šoli in doma, lahko potrdimo. Vieira in sodelavci (2015) so preverili učinke programa dobre drže na dinamiko drže otrok med opravljanjem dnevnih življenjskih aktivnosti ter dojemanje odgovornih oseb in učiteljev o programu. Slednji so podali pozitivne komentarje o vsebini in aktivnostih, opazili so spremembe navad v drži hrbtenice pri učencih in zadovoljstvo z načrtom. Ugotavljamo, da se izkazuje permanentna potreba po skupnem sodelovanju učiteljev in zdravstvenih delavcev, saj z natančno izoblikovanim pristopom do otrok, da bi izvajali vsakodnevno vaje, zagotovimo zavedanje odgovornosti, vloge in kompetentnosti za razvoj zdravih navad pri otrocih.

Rohde in sodelavci (2015) navajajo, da mladostniki preživljajo veliko časa v šoli, zato so odnos in vedenje učiteljev pomembna. Učitelji se za mladostnike z veseljem štejejo za pomembne druge. Raziskava opozori, da naj bo uvedba vsakodnevnih vaj za pokončno držo uresničevanje na dokazih podprtega raziskovalnega dela in pomemben korak za vključitev na vseh ravneh; v šoli, s strani učitelja in zdravstvenega delavca kot doma skupaj s starši.

Omejitev raziskave vključuje manjši vzorec, ki je vzet le v urbanem okolju. V ruralnem okolju se otroci verjetno še vedno več igrajo zunaj, zato bi bilo potrebno razširiti raziskovanje na večjem vzorcu.

ZAKLJUČEK

Sključena drža s strani biološkega vidika ni naravna. Vzorci gibov vplivajo na razvoj otrokove hrbtenice v prihodnosti in kvaliteto življenja v odrasli dobi. V naši raziskavi smo pokazali, da otroci potrebujejo vsakodnevne spodbude, da določene navade osvojijo in prevzamejo za svoje, sicer jih opustijo, prav tako tudi vedenja, ki so si jih že pridobili. Kaže se potreba o ozaveščanju tako učiteljev kot staršev o vplivu nepravilne drže otrok in kasnejših posledicah za njihovo zdravje. Potreben je celovit pristop tako s strani zdravstva, šolstva in staršev, ki bodo omogočali otrokom pravi in zdrav razvoj in zagotavljali kakovostno življenje tudi v kasnejšem življenjskem obdobju.

Zahvala: Iskrena hvala dr. Ireni Makivić za statistično obdelavo podatkov in podporo

LITERATURA

Ayesha, H.S. & Rehman, S.S., 2017. Prevalence and Associated Risk Factors of Spinal Pain Among School Going Young Children. *The Journal of Riphah College of Rehabilitation Sciences*, 5(1), pp. 37-41.

Brzek, A. & Plinta, R., 2016. Exemplification of Movement Patterns and Their Influence on Body Posture in Younger School-Age Children on the Basis of an Authorial Program "I Take Care of My Spine". *Medicine*, 95(12), p. e2855. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998360/> [08.12.2018].

Candotti, C.T., Nunes, S.E., Noll, M., Freitas, K. & Macedo, C.H. 2011. Effects of a postural program for children and adolescents eight months after its end. *Rev Paul Pediatr*, 29(4), pp. 577-583.

Deutsch Fonseca, C., Cardoso dos Santos, A., Tarrago Candotti, C., Noll, M., Hecker Luz, A.M. & Corso, C.O., 2015. Postural education and behavior among students in a city in southern Brazil: student postural education and behavior. *J Phys Ther Sci*, 27(9), pp. 2907–2911.

Drev, A., 2015. Življenjskim slogom povezana vedenja. In: H. Jeriček Klanšček, et al., eds., *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.

Fanucchi, G.L., Stewart, A., Jordaan, A.R., Becker, P., 2009. Exercise reduces the intensity and prevalence of low back pain in 12-13 year old children: a randomised trial. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55(2), pp. 97-104.

Hlebš, S., Gorjanc, M., 2013. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v križu pri mladostnikih. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2): 184-193.

Rohde, G., Westergren, T., Haraldstad, K., Johannessen, B., Høie, M., Helseth, S., et al., 2015. Teachers' experiences of adolescents' pain in everyday life: a qualitative study. *BMJ*, 5, p. e007989. doi:10.1136/bmjopen-2015-007989

Slapšak, A., Šmit, M. & Staparski Dobravec, S., 2017. »Pokončna drža« pri učencih osnovnih šol – pilotni projekt Zdravstvenega doma Ljubljana. In: Majcen Dvoršak S., Štemberger Kolnik T., Kvas A. *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*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in bobic, pp. 532-542.

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.



OPOLNOMOČENOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE ZA CELOSTNO OBRAVNAVO MLADOSTNIKOV S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO

**Competent nursing care
providers in holistic treatment
of the adolescent with SAD**

Špela Graj, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Domžale; Visoka zdravstvena šola v Celju

pred. Ivanka Limonšek, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja; Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

doc. dr. Boris Miha Kaučič, dipl. zn., univ. dipl. org.

Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

graj.spela@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Celostna obravnava mladostnikov s spektroavtistično motnjo z vidika izvajalcev zdravstvene nege

IZVLEČEK

Uvod: Medicinska sestra je del multidisciplinarnega tima pri obravnavi otrok s spektroatvistično motnjo zato potrebuje veliko znanja z različnih področij, ki omogočajo celostno obravnavo mladostnika. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen pomen izvajalci zdravstvene nege pripisujejo celostni obravnavi mladostnika s SAM. **Metoda dela:** uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metoda, metoda deskripcije. Za zbiranje podatkov je bil merski uporabljen instrument strukturiran vprašalnik, ki je bil oblikovan na osnovi pregleda literature. Uporabljen je bil neslučajnostni, priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 22 izvajalcev zdravstvene nege v ZUDV Dornava. Podatke smo analizirali s pomočjo programa Excel. **Rezultati:** Vsi anketiranci opredeljujejo avtizem kot razvojno motnjo. Na temo spektroatvistične motnje se v zadnjih dveh letih 59 % (13 anketirancev) ni udeležilo nobenega formalnega izobraževanja, 18 % (4) se jih je udeležilo enega izobraževanja in 14 % (3) dveh. Več kot polovica anketiranih se čuti opolnomočene za delo z mladostniki s SAM, 32 % (7) pa ne. Ocenjujejo, da potrebujejo več znanja o komuniciranju z mladostniki s spektroatvistično motnjo (52 % 7 anketirancev) in boljše poznavanje razvojnih stopenj pri mladostniku s SAM (24 % 8 anketirancev). Največ pomoči mladostniki s spektroatvistično motnjo potrebujejo pri izogibanju nevarnostim v okolju, komunikaciji, izražanju čustev in potreb, koristnem delu in učenju ter pridobivanju znanja. **Razprava in zaključek:** Izvajalci zdravstvene nege imajo dobro znanje o spektroatvistični motnji. Kljub dobremu znanju pa se ne počutijo opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. Predvsem kot problematično izpostavljajo področje komunikacije, kjer si tudi želijo več dodatnih izobraževanj in znanja. Mladostniki s SAM so popolnoma odvisni od izvajalcev zdravstvene nege pri komunikaciji, izražanju čustev in potreb, koristnem delu, rekreaciji, učenju in pridobivanju znanja. S sodelovanjem staršev pri obravnavi mladostnikov s SAM so delno zadovoljni, imajo pa starši na voljo različna izobraževanja s področja SAM.

Ključne besede: avtizem, medicinska sestra, otrok

ABSTRACT

Introduction: To be competent to participate in a holistic treatment of the adolescent with spectro autistic disorder, as a member of a multidisciplinary team in the treatment of children, a nurse needs a lot of knowledge about different areas. The aim of our research was to find out how important holistic approach to the adolescent with spectro autistic disorder is for the health care providers. **Method of work:** Quantitative research method, the method of description, was used. A structured questionnaire was used as a measurement instrument, developed on the basis of the literature review. A random, casual sample included 22 nurses. **Results:** In the last two years, any formal training on the subject of spectro autistic disorder did not attend 59 % (13 respondents), 18 % (4) attended one training/programme and 14 % (3) of two. More than half of respondents 55 % (12) feel they are able to work with adolescents with spectro autistic disorder, and 32 % (7) did not. They estimate that they need more knowledge about communication with adolescents with a spectroautistic disorder (52 % – 7 respondents) and a better knowledge of developmental stages in adolescents with spectro autistic disorder (24 % – 8 respondents). Young people with spectro autistic disorder mostly need help regarding avoiding dangers in the environment, communication, expressing emotions and needs, benefiting from work and learning and acquiring knowledge. **Discussion and conclusion:** In general, nursing care providers have good knowledge about spectroautistic disorder. Despite their good knowledge, they do not feel competent to work with adolescents with spectro autistic disorder. Above all, they point out the field of communication, where they want more additional trainings and knowledge, taking into consideration that young people with SAD completely depend on nursing care providers in the areas of communication, expressing emotions and needs, benefiting from work, recreation, learning and acquiring knowledge.

Key words: autism, nurses, child

UVOD

Spektroatvistične motnje (SAM) so kompleksne razvojne motnje. Mednje sodijo poleg avtizma še Aspergerjev sindrom in neopredeljene pervazivne razvojne motnje (Davidovič, et al., 2009). V socialnem vedenju otroku in mladostniku s SAM manjka pozornosti glede na pomembnost osebe ali objekta, manjka pa jim tudi fleksibilnosti. Pomanjkljiva socialna odzivnost se kaže v tem, da avtističen otrok ne razvija odnosov z drugimi ljudmi. Nanje se čustveno in socialno ne odziva ter zanje ne kaže zanimanja. Daje vtis, kot da drugih ljudi ne potrebuje. Je brez mimike, ne vzpostavlja očesnega stika, telesni dotik ga moti, z drugimi se ne igra, ne pusti se ljubkovati, tudi pri najbolj enostavnih opravilih ne zna sodelovati z drugimi ljudmi.

Avtistični otroci ne premorejo empatije oziroma se je priučijo. Avtističen otrok komunicira s svojim okoljem na svoj način, tako besedno kot nebesedno. Izraža se v drugi osebi namesto v prvi, govori v vprašalni obliki, z mimiko ne spremlja vsebine izrečenega. Je izrazito konkreten in neprilagodljiv. Odločno vztraja pri nepomembnih malenkostih in se močno razburi, če kdo tega ne upošteva (Milačić, 2006; Maličev, 2016). Med najpogostejše težave na področju socialne interakcije spada tudi nerazumevanje nepisanih socialnih pravil, omejena uporaba kretenj ter neprimerni obrazni izrazi (Attwood, 2007). Ne odzivajo se na dražljaje, včasih pa reagirajo pretirano (Milačić, 2006). Allely (2013) navaja, da izvajalci zdravstvene nege, ki skrbijo za otroke z avtizmom, težko ločijo, ali otroka kaj boli ali ne, saj nekateri bolečine sploh ne izrazijo.

V državah zahodne Evrope in v Združenih državah Amerike je organizirana skrb za otroke in mladostnike s SAM ter za njihove družine v izrazitem porastu. Pri nas so na tem področju začeli bolj zavzeto delovati leta 2005. Pred tem obdobjem so bili vključeni predvsem v razvojne ambulante v okviru skrbi za otroke s posebnimi potrebami. Danes se otroci s spektroatvistično motnjo vključujejo v socialnovarstvene zavode za usposabljanje. V Sloveniji imamo pet takšnih centrov, ki delujejo na 64 lokacijah. Problematika otrok s SAM je izrazito multidisciplinarna. V proces so vključeni zdravnik, psiholog, logoped, pedagog, fizioterapevt, delovni terapevt, medicinska sestra in socialna delavka. Del tima je tudi medicinska sestra. Za izvajanje zdravstvene nege mladostnika s SAM mora imeti veliko znanja tudi z drugih področij, predvsem tistih, ki so nam v pomoč pri razumevanju posebnosti mladostnika. Znanje na splošno zajema poznavanje informacij, dejstev, opisov, spretnosti in veščin, ki jih pridobimo z izkušnjami, vzgojo in izobraževanjem. Pomeni pridobljene informacije in spoznanja, s pomočjo katerih lahko oblikujemo življenje in medsebojne odnose in rešujemo probleme. V tem primeru medicinska sestra ne skrbi samo za zdravstveno nego v smislu zadovoljevanja telesnih potreb, ampak se osredotoča predvsem na duševno zdravje in potrebe, ki izhajajo iz same motnje. Poleg drugačne, prilagojene komunikacije je potrebno osvojiti tudi dodatno znanje o razvoju otrok in mladostnikov s SAM (Davidovič, et al., 2009). Myers in Johnson (2007) priporočata jasno komunikacijo, brez odvečnih besed, brez abstraktnih pojmov ter čim manj dražljajev, ki lahko pri otroku sprožijo negativne odzive.

Sodobna praksa zdravstvene nege je tako usmerjena v individualizirano skrb za otroke in starše in v družino. Velik pomen ima sodelovanje znotraj tima, saj zaradi strokovno zahtevnega dela ob veliko izkušenj zdravstvenih delavcev lahko k težavi pristopimo kompetentno in objektivno (Limonšek, 2008). Naloge medicinske sestre so usmerjene v individualno zastavljene cilje, glede na negovalne probleme pri otroku. Medicinska sestra se vključuje v timsko delo skupaj z različnimi strokovnimi delavci, hkrati pa ves čas tesno sodeluje s starši obolelega otroka. Medicinska sestra mora upoštevati, da so otroci in mladostniki s SAM drugačni od drugih otrok s posebnimi potrebami (Limonšek, 2008; Davidovič, et al., 2009). Muskat in sodelavci (2015) navajajo, da dobijo medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci v sistemu skrbi za otroka premalo znanja o avtizmu nasploh že v času študija. Ostalo znanje pridobijo z delom, samoiniciativno se udeležujejo predavanj o tej temi. Opozarjajo pa na to, da jim delodajalec ne omogoča dovolj izobraževanj na to temo. Težave se pojavijo predvsem pri zdravstvenih delavcih, ki niso vsakodnevno v stiku z otroki z SAM. Težave se kažejo na naslednjih področjih: komunikacija, na senzornem področju, izzivi znotraj zdravstvenega tima, situacije, ki so nepredvidljive. Medicinska sestra mora zato poznati široko področje zdravega razvoja otroka (Oštir, 2009). Priporočata se izobraževanje vseh zdravstvenih delavcev o avtizmu in posebnostih takšnih otrok in da se seznanijo, kako je potrebno takšnega otroka obravnavati. Pogosto tudi zdravstveni delavci sami izražajo skrb, da nimajo dovolj znanja za obravnavo otrok s SAM na drugih nivojih zdravstvenega varstva, kjer s takšnimi otroki redko pridejo v stik (Muskat, et al., 2015).

Namen in cilj raziskave je ugotoviti koliko so izvajalci zdravstvene nege opolnomočeni za celostno obravnavo mladostnikov s spektroatvistično motnjo. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema, smo oblikovali raziskovalno vprašanje: Kakšna je opolnomočenost izvajalcev zdravstvene nege za celostno obravnavo mladostnikov s SAM?

METODE

Za raziskavo smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije.

Opis instrumenta

Raziskavo smo izvedli z uporabo strukturiranega instrumenta v obliki vprašalnika. Vprašalnik smo oblikovali na osnovi pregleda tuje in domače znanstvene in strokovne literature (Attwood, 2007; Davidovič, et al., 2009; Oštir, 2009).

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec. V raziskavo smo vključili izvajalce zdravstvene nege s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo ali več. Skupaj smo razdelili 50 vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 22 vprašalnikov, kar pomeni 44 % rea-

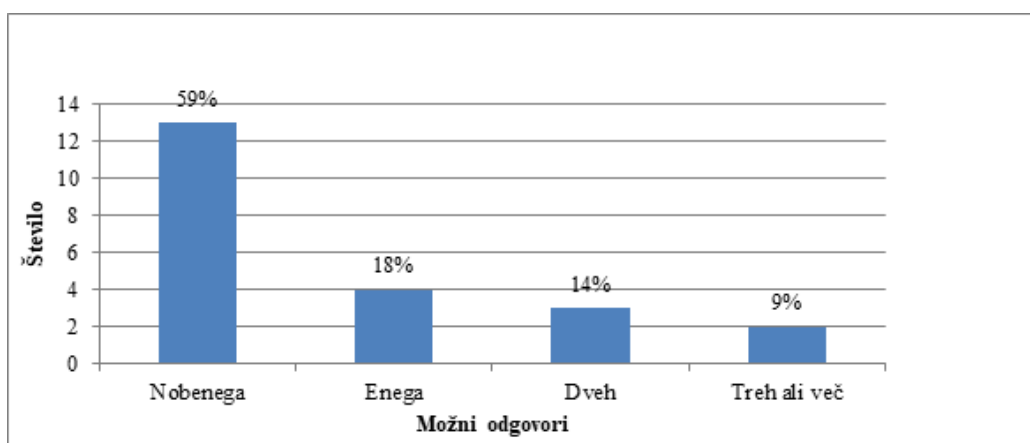
lizacijo vzorca. V raziskavi sodelovalo 19 (87 %) žensk in 3 (13 %) moški. Eden (5 %) je v starostni skupini med 10 in 20 let, trije (14 %) v starostni skupini med 21 in 30 let, štirje (19 %) so stari med 31 in 40 let. Devet (43 %) je starih med 41 in 50 let in štirje udeleženci so v starostni skupini od 51 do 60 let. Srednješolsko strokovno izobrazbo ima 19 (85 %) anketiranih, po eden (5 %) pa ima višjo strokovno izobrazbo, visoko strokovno izobrazbo in podiplomsko izobrazbo.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik je bil anonimen. V vprašalniku niso bili vključeni osebni podatki, ki bi razkrili identiteto posameznika. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica-Zveza, 2014). V vzorec so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege v ZUDV Dornava. Za izvedbo raziskave je bilo pridobljeno soglasje v ZUDV Dornava. Anketni vprašalnik je bil anonimen in uporabljen izključno za potrebe diplomskega dela. V anketnem vprašalniku niso vključeni osebni podatki, ki bi razkrili identiteto posameznika. Anketni vprašalnik so izvajalci zdravstvene nege izpolnili sami. Podatke smo prikazali z osnovno opisno statistiko in grafično.«

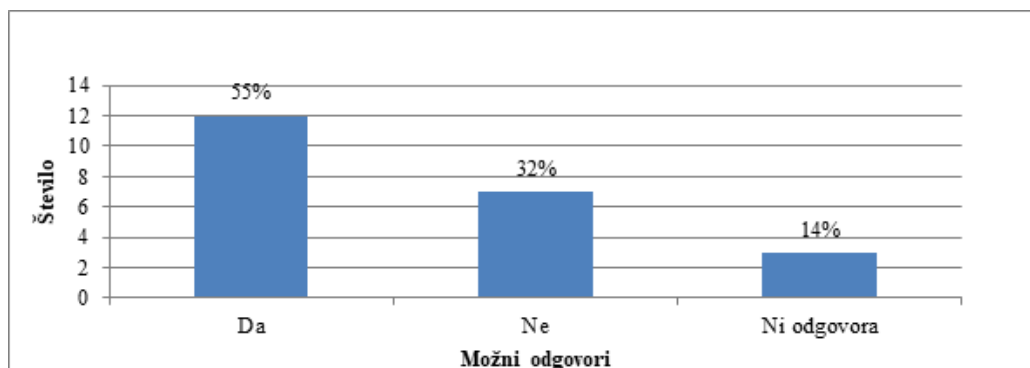
REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo ključne rezultate iz opravljene raziskave med izvajalci zdravstvene nege.



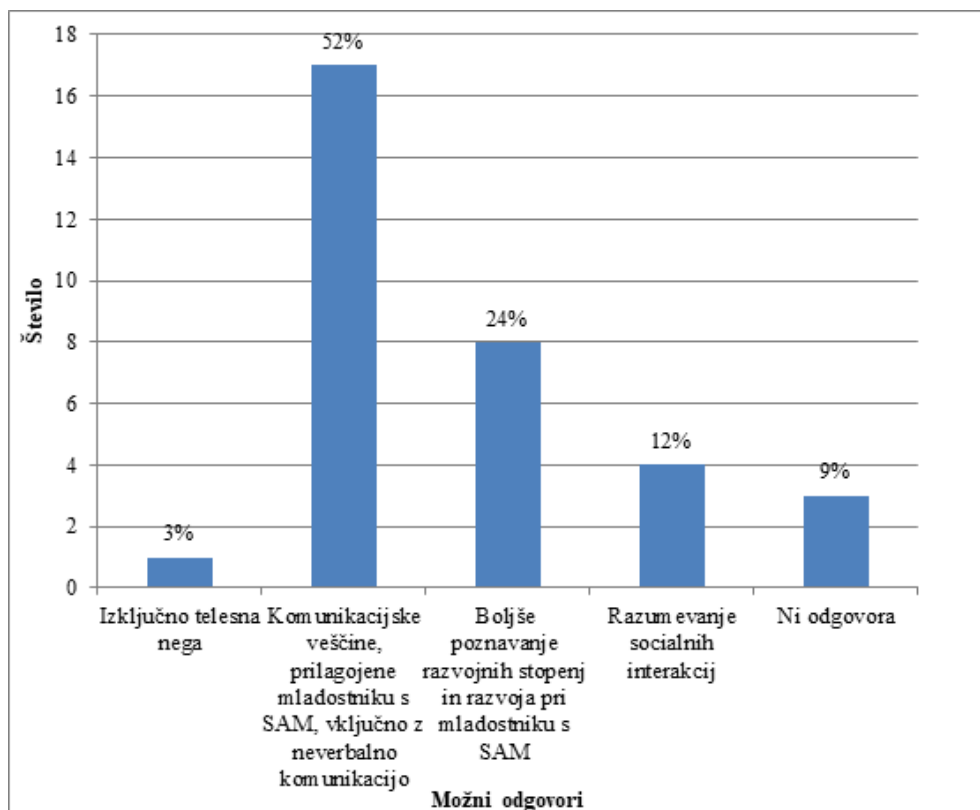
Slika 1: Udeležba anketiranih izvajalcev zdravstvene nege na strokovnih izpopolnjevanjih v zadnjih dveh letih

Slika 1 prikazuje izobraževanja in dodatna strokovna izpopolnjevanja na temo obravnave mladostnika s SAM, ki so se jih udeležili anketirani izvajalci zdravstvene nege v zadnjih dveh letih. Kar 13 udeležencev (59 %) se v dveh letih ni udeležilo nobenega formalnega izobraževanja. Ostali podatki so prikazani v grafu.



Slika 2: Občutek opolnomočenosti za delo z mladostniki s SAM pri izvajalcih zdravstvene nege

Slika 2 prikazuje odgovore udeležencev ankete na vprašanje, ali se počutijo opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. 12 (55 %) se jih čuti opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. 7 (32 %) se jih ne počuti opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. Pri treh udeležencih (14 %) odgovora ni bilo.



Slika3: Potrebna dodatna znanja ali spretnosti z vidika anketiranih izvajalcev zdravstvene nege

V slika 3 so prikazani odgovori na vprašanje, pri katerem vidiku zdravstvene nege mladostnika s SAM bi udeleženci ankete potrebovali dodatna, poglobljena znanja ali veščine. Eden (3 %) bi potreboval več znanja pri izključno telesni negi. 17 (52 %) jih meni, da potrebujejo več znanja pri komunikacijskih veščinah, prilagojenih mladostniku s SAM, vključno z neverbalno komunikacijo. 8 udeležencev ankete (24 %) jih potrebuje dodatno znanje na področju boljšega poznavanja razvojnih stopenj in razvoja pri mladostniku s SAM. Štirje (12 %) želijo več znanja s področja razumevanja socialnih interakcij. Pri treh udeležencih (9 %) odgovora ni bilo.

DISKUSIJA

Obravnavanje mladostnikov s spektroavtistično motnjo je v Sloveniji še vedno tabu tema predvsem, ker okolica ne razume njihovega stanja. Strokovnjaki, ki se vključujejo v celostno obravnavo takšnega mladostnika, naj bi imeli dovolj znanja za delo z mladostniki z avtizmom. Med drugimi je v tim, ki obravnava mladostnika s SAM, vključena tudi medicinska sestra. Zaradi porasta avtizma v svetu in pomanjkanja raziskav na temo opolnomočenja pri svojem delu z mladostniki s SAM smo anketirali izvajalce zdravstvene nege, ki se pri svojem delu srečujejo z mladostniki s SAM. Raziskovalno vprašanje se nanaša na občutek opolnomočenja pri delu z mladostniki s SAM.

Ob analizi podatkov iz vprašalnika smo ugotovili, da je večina izvajalcev zdravstvene nege žensk. Skoraj polovica je starih med 41 in 50 let in imajo večinoma srednješolsko izobrazbo. Sklepamo lahko, da z mladostniki s SAM delajo v povprečju starejše, izkušene srednje medicinske sestre. V literaturi izpostavljata pomembnost izkušenega kadra s poznavanjem dela z mladostniki s SAM Brenčič (2008) in Lokar (2007). Z vidika zdravstvene nege je pomembna celostna obravnava mladostnika s SAM, pri čemer mora imeti medicinska sestra veliko znanja s področja obravnave otrok s posebnimi potrebami (Davidovič,

et al., 2009). Ob tem medicinska sestra upošteva procesno metodo zdravstvene nege, kjer medicinska sestra sodeluje kot del interdisciplinarnega tima (Brenčič, 2008). V zdravstveni negi se ves čas izpostavlja pomen znanja in permanentnega izobraževanja. Med anketiranimi se več kot polovica (Slika 1) v zadnjih dveh letih ni udeležila nobenega strokovnega izpopolnjevanja o mladostnikih s SAM. Iz odgovorov je torej razvidno, da izobraževanja so na voljo, postavlja pa se vprašanje, zakaj se jih izvajalci zdravstvene nege ne udeležijo. Eden od možnih razlogov, ki ga v ospredje postavljajo Muskat in sodelavci (2015), je morda, da zaradi različnih razlogov delodajalec ne more zagotoviti izobraževanj vsem zdravstvenim delavcem. Glede na dobro znanje bi pričakovali, da se medicinske sestre počutijo usposobljene za delo z mladostnikom s SAM. Rezultati pa kažejo, da je takšnih le dobra polovica, tretjina anketiranih pa se jih ne počuti opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. Medicinske sestre si ob tem želijo več dodatnega znanja predvsem pri komunikaciji z mladostniki s SAM, boljše poznavanje razvoja mladostnika s SAM in pri razumevanju socialnih interakcij. Komunikacija je torej z vidika anketiranih medicinskih sester pomemben vidik dela z mladostnikom s SAM, na kar opozarjajo tudi avtorji Myers in Johnson (2007) ter Brenčič (2008). Lahko je torej komunikacija tista ovira, ki daje medicinskim sestram občutek, da v obravnavo mladostnikov s SAM vstopajo s slabim občutkom opolnomočanja. Pri tem bi jim morda koristila dodatna izobraževanja o tem, kar smo že ugotovili in se navezuje tudi na ta del. Ugotovili smo, da je odgovor na raziskovalno vprašanje (koliko so izvajalci zdravstvene nege opolnomočeni za celostno obravnavo mladostnika s SAM), da se anketiranci ne počutijo dovolj opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. Muskat s sodelavci (2015) navaja, da se težave pojavijo predvsem pri zdravstvenih delavcih, ki niso vsakodnevno v stiku z otroki z SAM. Težave se kažejo na naslednjih področjih: komunikacija, na senzornem področju, izzivi znotraj zdravstvenega tima, situacije, ki so nepredvidljive. Opozarja, da so težave na področju komuniciranja pojavljajo predvsem zaradi nerazumevanja besednega zaklada pri otrocih. Zdravstveni delavci se ne znajdejo, saj otroci pogosto odgovarjajo na vprašanja, ki so točno določena, ne znajo pa se širše izražati.

Omejitev raziskave je bila v premajhnem številu anketiranih, razlog je izbrana tema.

ZAKLJUČEK

Po pregledu literature ugotavljamo, da v slovenskem prostoru še ni bilo izvedene raziskave, ki bi se osredotočala na potrebe in primanjkljaje izvajalcev zdravstvene nege ob delu z mladostniki s SAM. Kljub manjšemu vzorcu anketirancev od pričakovanega nam raziskava lahko poda vpogled v vidike, ki izvajalcem prinašajo največ težav na področju dela z mladostniki s SAM.

Z raziskavo smo ugotovili, da za mladostnike s SAM skrbijo starejše, izkušene izvajalke zdravstvene nege. Ob tem smo s pomočjo raziskave ugotovili, da imajo medicinske sestre dovolj znanja za delo, se pa ne počutijo dovolj opolnomočene za delo z mladostniki s SAM. Pri tem izpostavljajo predvsem komunikacijo kot tisto področje, ki jim povzroča največ težav. S tega področja si želijo tudi več izobraževanj. Omejitev raziskave je v izbrani metodologiji in velikosti vzorca, zato rezultatov ne moremo posploševati. Vsako leto (2. aprila) obeležujemo svetovni dan avtizma. Ob tem strokovnjaki in mediji izpostavljajo, da so starši še vedno preveč prepuščeni sami sebi in da je avtizem še vedno nekakšen tabu v naši družbi. Iz raziskave je razvidno, da podobno morda čutijo tudi medicinske sestre, vključene v obravnavo mladostnikov s SAM. Ali je tako zaradi splošnega prepričanja v javnosti ali zaradi katerega drugega razloga, bi bilo zanimivo raziskati v prihodnje.

LITERATURA IN VIRI

Allely, C. S., 2013. Pain sensitivity and observer perception of pain in individuals with autistic spectrum disorder. *The Scientific World Journal* 2013 (2013), 1–20. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/916178> Attwood, T., 2007. *The complete guide to asperger syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers, pp. 11–34.

Brenčič, J., 2008. Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. In: A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek, B. Žabkar, eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju: zbornik predavanj*. Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Dornava, 09. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 12–9.

Davidovič, B., Macedoni-Lukšič, M., Jurišič, B., Rovšek, M., Melanšek, V., Potočnik Dajčman, N., et al. 2009. *Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroavtističnimi motnjami*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Ljubljana, pp. 10–41.

Limonšek, I., 2008. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. In: A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek, B. Žabkar, eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju: zbornik predavanj*. Strokovni

seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Dornava, 09. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 7– 10.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije., 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Lokar, K., 2007. Profesionalizacija zdravstvene nege. In: P. Rupar. *1. Strokovni seminar – Dan Angele Boškin*: Zbornik predavanj. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 9–18.

Myers, S., Johnson, C.P., 2007. *Management of Children With Autism Spectrum Disorders*. Pediatrics 120 (5): pp. 1162–1182. DOI:10.1542/peds.2007–2362

Maličev, P., 2016. *Otroci z avtizmom so lahko čudoviti tolažniki*. Delo, 24. december 2016. Available at: <http://www.delo.si/sobotna/otroci-z-avtizmom-so-lahko-cudoviti-tolazniki.html> [2.4.2016].

Milačič, I., 2006. Aspergerjev sindrom ali visokofunkcionalni avtizem. Ljubljana: Center Društvo za avtizem.

Muskat, B., Burnham Riosa, P., Nicholas, B.D., Roberts, W., Stoddatr, K., Zwaigenbaum, L., 2015. Autism comes to the hospital: The experiences of patient with autism spectrum disorder, their parents and health – care providers at two Canadian paediatric hospitals. *Autism*, 19(4), pp. 482– 490.

Oštir, M., 2009. Medicinska sestra – koordinatorica v multidisciplinarni obravnavi otroka s kronično boleznijo. *7. Kongres zdravstvene in babiške nege*, Ljubljana. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/123C.pdf [15.3.2015].



SISTEMIZACIJA DELOVNEGA MESTA MEDICINSKE SESTRE V SAMOSTOJNI SLUŽBI ZDRAVSTVENE NEGE V BOLNIŠNICI

**Systemization of the nurses
work post at the independent
health care service in the
hospital**

Suzana Majcen Dvoršak, dipl. m. s. (VS), ET, univ. dipl. org.
Valencia Stoma-Medical d.o.o.

izr. prof. dr. Polona Šprajc, univ. dipl. org.
Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj

suzana.md@gmail.com

Prispevek temelji na diplomski nalogi Sistemizacija delovnega mesta enterostomalnega terapevta v bolnišnici

IZVLEČEK

Uvod: V okviru delovanja medicinskih sester na vseh organizacijskih nivojih zdravstvenega sistema obstajajo strokvena področja, kjer so le-te lahko popolnoma samostojne v svojem delovanju in organiziranosti. Na področju enterostomalne terapije, ki se izvaja v bolnišnici, bi bilo tako delovno mesto mogoče vključiti v organizacijsko shemo kot samostojno delovno mesto ali samostojno službo zdravstvene nege, oboje pa bi bilo smiselno urediti za delovanje na nivoju celotne ustanove. V raziskavi smo natančneje pogledali možnosti in postopke za sistemizacijo novih samostojnih organizacijskih oblik na področju zdravstvene nege, kjer bi bila medicinska sestra nosilka dejavnosti. Izvedli smo tudi intervju s kadrovikom v izbrani ustanovi - bolnišnici. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu z uporabo metod polstrukturiranega intervjuja ter pregleda literature in virov. Izvedena je bila analiza oziroma posnetek stanja organiziranosti zdravstvene nege v izbrani inštituciji. **Rezultati:** Na osnovi pridobljenih informacij o teoriji sistemizacije delovnega mesta, zakonskih podlagah, posnetku organizacijske sheme in analizi postopkov sistemizacije v izbrani ustanovi, je bil narejen teoretičen model sistemizacije delovnega mesta enterostomalnega terapevta umeščenega v organizacijsko shemo bolnišnici kot samostojno delovno mesto in kot delovno mesto v okviru samostojne službe. **Diskusija in zaključek:** Problematika organizacije samostojnega delovnega mesta oz. samostojne službe zdravstvene nege v bolnišnici se že vrsto let pojavlja na področju enterostomalne terapije. Paciente z omenjeno problematiko je mogoče srečati na vseh oddelkih in enotah bolnišnice, torej je potreba po aktivnem delovanju medicinskih sester z omenjenim specialnim znanjem prisotna v celotni bolnišnici. Iz predhodnih raziskav izhaja, da je organizacija samostojne službe možna, zaželeno in smiselna, kar je bilo potrjeno tudi v izvedenem intervjuju s kadrovikom v izbrani ustanovi. Le-ta navaja tudi, da za to ni pravnih ali organizacijskih preprek, potrebna je le večja angažiranost predstavnikov zdravstvene nege. Meni tudi, da jim je lahko pripravljen tooretični model v veliko pomoč.

Ključne besede: organizacija dela, teoretični model sistemizacije, enterostomalna terapija

ABSTRACT

Introduction: In the framework of the operation of nurses at all organizational levels of the healthcare system, there are areas where they can be completely independent in their functioning and organization. In the field of enterostomal therapy in the hospital, such a position could be included in the organizational chart as an independent work post or an independent nursing service, and both of them would be appropriate to arrange for the operation at the level of the entire institution. The study looked more precisely at the possibilities and procedures for the systematization of new independent organizational forms in the field of nursing care, where the nurse would be the carrier of the activity. We also conducted an interview with the human resources officer at the selected institution - the hospital. **Methods:** The research was based on a qualitative research approach using methods of semi-structured interview and a review of literature and resources. An analysis or record of the state of organization of nursing in the selected institution was carried out. **Results:** On the basis of the obtained information on the theory of systemization of the workplace, legal bases, recording of the organizational scheme and analysis of the systemization procedures in the selected institution, the theoretical model of the systemization of the workplace of the enterostomal therapist is placed in the organizational scheme of the hospital as an independent work post and as a post in the independent service. **Discussion and conclusion:** Problems of organizing a stand-alone job or self-employed nursing services in the hospital have been in the field of enterostomal therapy for many years. Patients with these problems can be found at all departments and units of the hospital, therefore the need for the active operation of nurses with the mentioned special knowledge is present throughout the hospital. From the previous research it follows that the organization of an independent service is possible, desirable and sensible, which was also confirmed in the interview conducted with the staff at the selected institution. It also states that there are no legal or organizational barriers for this, only greater involvement of nursing careers is needed. He also thinks that a theoretical model can be of great help to them.

Keywords: organization of work, theoretical model of systemization, enterostomal therapy

UVOD

Na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni, v okviru splošnih bolnišnic in univerzitetnih kliničnih centrov so v organizacijsko strukturo vključene samostojne zdravstveno negovalne enote, ki delujejo samostojno pod okriljem pomočnice direktorja za področje zdravstvene nege. Organizirane so na nacionalnem nivoju, po enotnih navodilih in priporočilih. Obstajajo pa tudi

druga področja strokovnega delovanja, kjer so lahko medicinske sestre pri svojem delu popolnoma samostojne in v procesu oskrbe pacienta z drugimi profili sodelujejo le v okviru timskega sodelovanja. Eno takih, v Slovenji dobro razvitih področij, je enterostomalna terapija (Šprajc, et al., 2017, p. 1).

Želja po sistemizaciji delovnega mesta enterostomalnega terapevta je v slovenski zdravstveni negi prisotna že leta; z raziskavo se je potrdila tudi potreba po organiziranosti samostojne službe s pristojnostmi na nivoju institucije. Pričakujemo lahko bolj kakovostno, varno in ekonomično zdravstveno nego in oskrbo, kar pa sta prepoznali le dve instituciji, ki sta našli tudi voljo in način, da sistemizirata to delovno mesto v okviru samostojne službe zdravstvene nege (Majcen Dvoršak, 2016, p. 2).

Namen raziskave je bil zbrati vse potrebne informacije, podatke in dejstva, ki so potrebna za sistemizacijo novega delovnega mesta na področju zdravstvene nege in njegovo umestitev v organizacijsko shemo bolnišnice kot samostojno delovno mesto ali kot delovno mesto v okviru samostojne službe zdravstvene nege ter, na osnovi pridobljenih podatkov, postaviti teoretični model sistemizacije in umestitve delovnega mesta enterostomalnega terapevta v bolnišnici.

Majcen Dvoršak (2014) je v svojem delu predpostavila, da je organizacija samostojne službe za področje enterostomalne terapije smiselna in svojo domnevo potrdila z raziskavo, ki je bila izvedena v 11 slovenskih bolnišnicah in v kateri je sodelovalo 49 medicinskih sester, od tega jih je večina, 31 (94 %) menila, da v bolnišnicah obstaja potreba po dodatno izobraženih medicinskih sestrah – enterostomalnih terapevtkah in 87 %, da bi bilo treba službo enterostomalne terapije organizirati na nivoju bolnišnice.

V sklopu raziskave Majcen Dvoršak (2014) jim je bil ponujen v oceno tudi modificiran Model službe enterostomalne terapije v bolnišnici, ki je bil pozitivno ocenjen in je po mnenju večine anketiranih (94 %) primeren za implementacijo v klinično okolje. Pri umestitvi dejavnosti zdravstvene nege v organigram zdravstvenega zavoda na nivoju Slovenije se ne moremo opreti na pisana navodila ali priporočila, saj je organizacija bolnišnice ohlapno navedena le v 2. in 16. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (2005), kjer pa področje organiziranosti zdravstvene nege sploh ni omenjeno. Niti v statutu Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (2007), kjer je bila Svetovalna služba zdravstvene nege ustanovljena in potrjena leta 1997 (Gavrilov, 2006), ne najdemo osnove za umestitev specialne dejavnosti zdravstvene nege v organigram bolnišnice. Predpostavljamo lahko, da je notranja organizacija posamezne zdravstvene institucije vezana izključno na interne akte in se v organizacijskem smislu prilagaja potrebam posamezne institucije, javno pa ti dokumenti niso dostopni.

Po Kejžarju (2005, p. 51-56, cited in Ivanuša-Bizjak, 2006) je sistemizacija delovnih mest organizacijsko kadrovski akt (dokument), ki ga običajno sestavljajo: a) pravilnik o organizaciji in sistemizaciji; b) opis delovnih mest in c) priloge k sistemizaciji; Lipičnik (1998, pp. 65-69) pa ga opiše kot dokument, ki je nastal na osnovi analize dela in delavca na določenem delovnem mestu in torej združuje opis dela in opis delavca za to delovno mesto in povzame relacije med pojmi pri sistemizaciji delovnih mest. Akt o sistemizaciji, ki je običajno poimenovan Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest, je predvsem organizacijski akt delodajalca, katerega sestavni del je tudi pregled delovnih mest s podrobnejšo opredelitvijo in uvrstitvijo v tarifni razred (Žaler, 2009), ki ga pripravlja Ministrstvo za javno upravo (Katalog funkcij, delovnih mest in nazivov, 2016). Za zakonito in pravilno ureditev sistemizacije delovnih mest je potrebno upoštevati določila veliko zakonskih in podzakonskih aktov delovnopopravne zakonodaje, ki jih je treba sprotno usklajevati z obstoječo pravno prakso. V priročniku Opisi delovnih mest in akt o sistemizaciji so jih povzeli avtorjih Vuksanović Ljubičić in sodelavci (2011). Poleg navedenih je potrebno upoštevati tudi določila drugih pravnih aktov, ki opredeljujejo delovno mesto, ter pravice in obveznosti delavcev, ki to delovno mesto zasedajo, kot na primer Kolektivne pogodbe za posamezno panogo, pa tudi morebitne spremembe zakonodaje, aktualne dopolnitve in anekse k vsem omenjenim zakonskim in podzakonskim aktom, ki so sistematično in z aktualnimi podatki objavljeni na spletnih straneh Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v razdelku (Delovna razmerja in pravice iz dela, 2016) in Ministrstva za javno upravo (Plače v javnem sektorju, 2016).

METODE

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop.

Opis instrumenta

Za potrebe raziskovalnega dela so bili zbrani, analizirani in uporabljeni primarni in sekundarni viri podatkov. V okviru raziskave je bil opravljen pol strukturiran intervju ter analizirane aktivnosti in postopki povezani s pripravo sistemizacije delovnega mesta v bolnišnici.

Sekundarni viri smo pridobili s pomočjo pregleda ter primerjave podatkov, najdenih v slovenski in tuji strokovni literaturi ter virih. Sistematično smo pregledali podatkovne baze COBISS, CINAHL, PROQUEST in TEMA-BEFO ter kritično analizirali domačo in tujo literaturo in vire, ki se nanašajo na temo raziskave. V tuji literaturi nismo našli podatkov s področja sistemizacije, ki bi jih lahko smiselno vključili v koncept raziskave. Kriteriji za uporabo najdenih zadetkov so bili dostopnost celotnega besedila in ustreznost obravnavne tematike.

Opis vzorca

Za izvedbo intervjuja smo uporabili neslučajnostni namenski vzorec; opravljen je bil s posameznikom, ki sodeluje v procesu priprave sistemizacije – kadrovikom ustanove v akteri smo izvedli raziskavo.

Interni podatki o organiziranosti so bili pridobljeni iz dokumentov in objav na spletni strani ustanove v kateri smo izvedli raziskavo, splošni podatki o možnostih in načinu vpeljave organizacijskih sprememb in sistemizaciji, pa iz veljavnih zakonov in podzakonskih aktov povezanih s področjem raziskave.

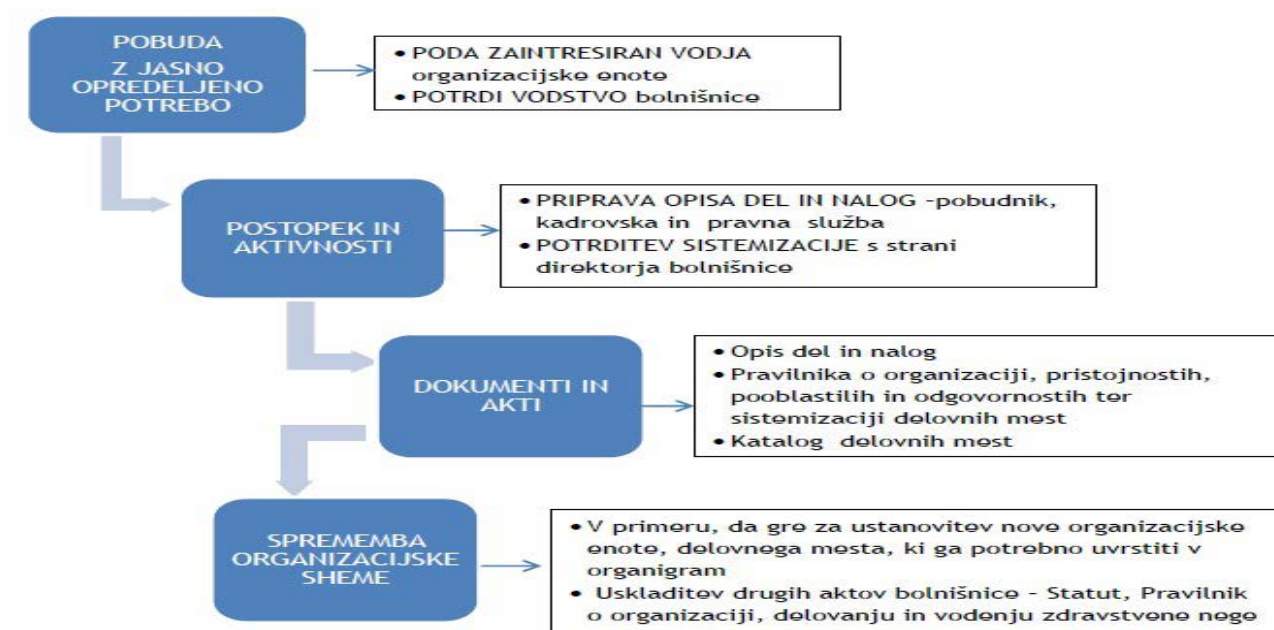
Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervju smo izvedli v aprilu 2016. Kvalitativne podatke smo obdelali po metodi analize besedila.

Podatke za analizo aktivnosti in postopkov povezani s pripravo sistemizacije delovnega mesta v bolnišnici smo zbirali od januarja do maja 2016.

REZULTAT

V intervjuju s kadrovikom ustanove v kateri smo izvedli raziskavo smo pridobili vpogled v interne postopke izvedbe sistemizacije delovnega mesta. Celoten postopek s podrobnejšo specifikacijo sodelujočih, dokumentov in potrebnih sprememb v organizacijski shemi in aktih proučevane inštitucije, je shematsko prikazan na sliki 1.



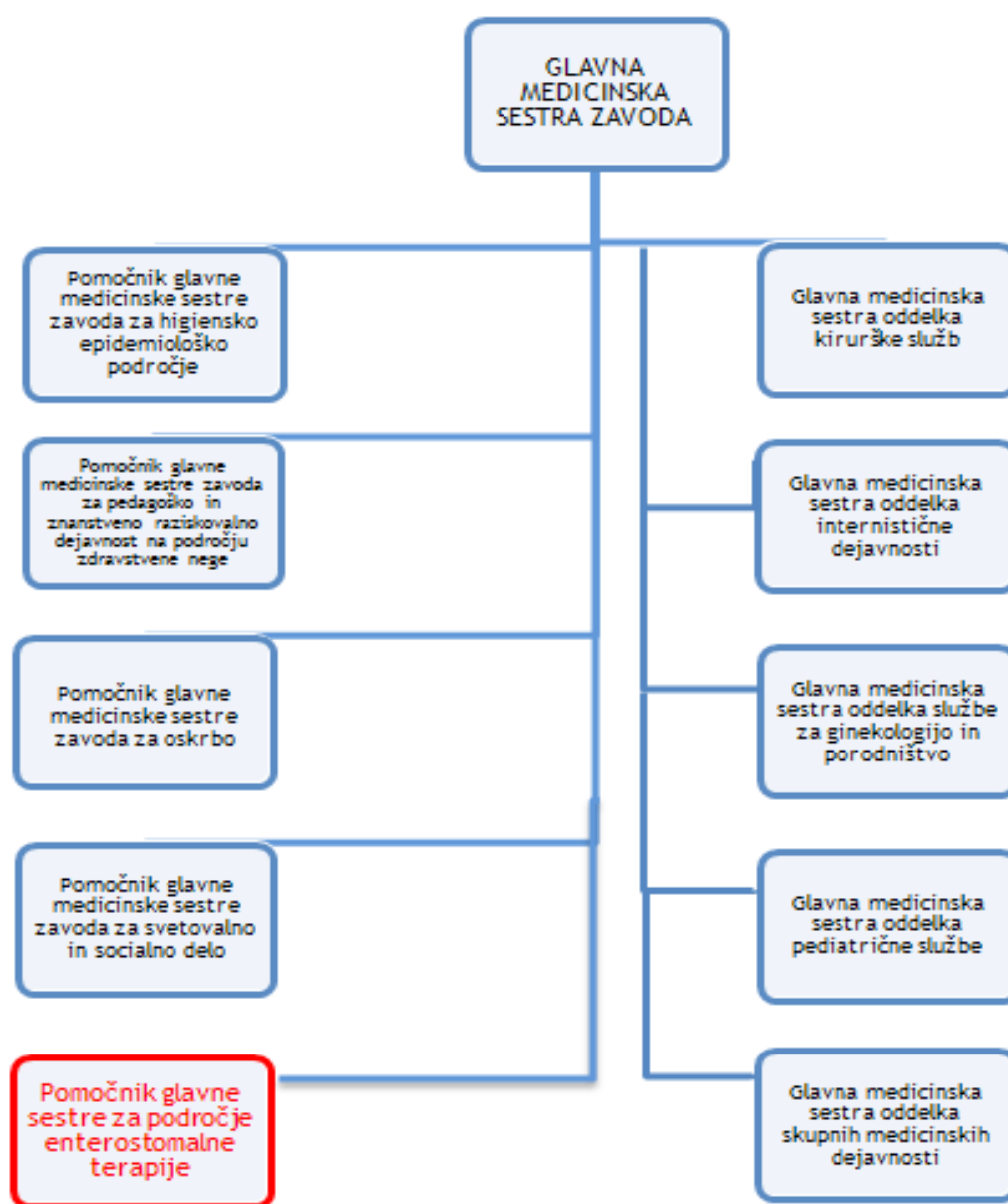
Slika 1: Postopek, dokumenti in akti v procesu sistemizacije delovnega mesta
(Vir: Majcen Dvoršak, 2016)

Teoretični model sistemizacije delovnega mesta enterostomalnega terapevta v bolnišnici¹ ponuja tri možnosti umestitve enterostomalne terapije v organizacijsko shemo ustanove, kot samostojno delovno mesto v okviru oddelka, ki se ne prikazuje v organizacijski shemi, kot samostojno delovno mesto (slika 2) ali kot samostojno službo (slika 3) oboje na nivoju bolnišnice, z opredeljenimi pogoji delovanja in pristojnostmi.

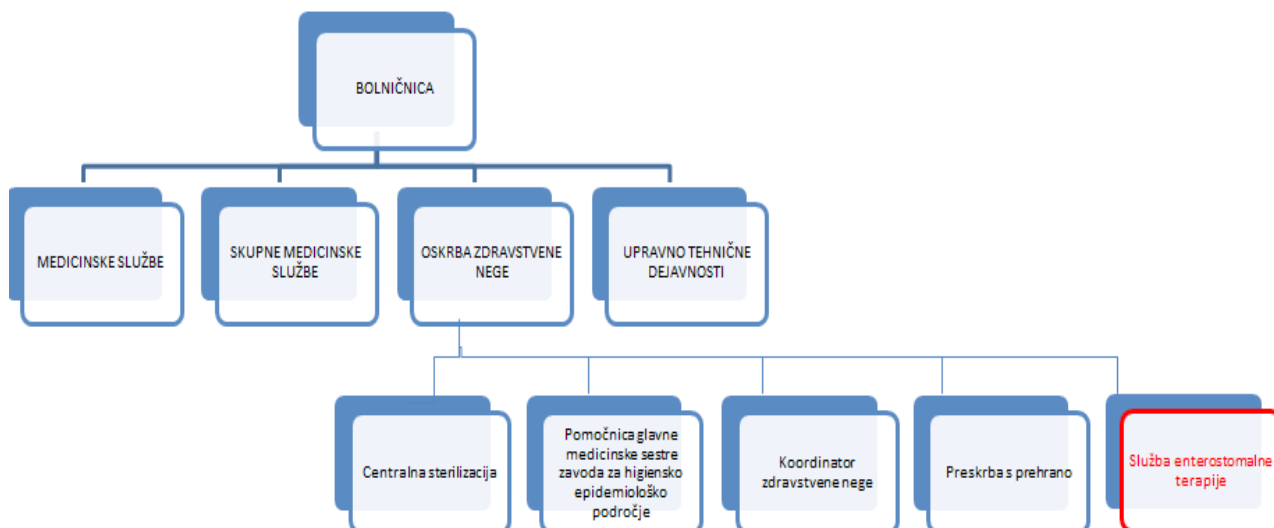
¹Model temelji na Modelu službe enterostomalne terapije v bolnišnici avtorice Majcen Dvoršak (2014).

V obrazložitev potrebe po delovnem mestu / službi so natančno opredeljeni: področje dela z obrazložitvijo, kadrovske potrebe, organiziranost delovanja, stroškovna opredelitev ter področja delovanja in namen organiziranost enterostomalne terapije. S takšno organizacijo dela na področju enterostomalne terapije lahko zagotavljamo kakovostno zdravstvene nege po enotnih strokovnih standardih, pa tudi varnost, preventivno delovanja ter hitre in učinkovite multidisciplinarne obravnave, optimalizacija organizacije dela z zagotavljanje dostopnosti, namenskosti in enake kakovosti obravnave oskrbovanih pacientov ter zagotavljanje učinkovite in racionalne porabe finančnih sredstev ter drugih virov, potrebnih za delo na področju enterostomalne terapije.

Pobuda je osnovni dokument, ki ga vodstvu preda predlagatelj, v njem so opredeljena potreba po delovnem mestu ali organizaciji samostojne organizacijske enote. V pobudi se lahko uporabijo navedbe Obrazložitve potrebe po delovnem mestu / službi, in ker gre v obeh primerih pri sistemizaciji samostojnega delovnega mesta in organizaciji službe za oblikovanje nove, samostojne organizacijske enote in tako za spreminjanje organizacijske sheme bolnišnice, je potrebno predhodno sprožiti postopek za spremembo in umestitev novega delovnega mesta oz. službe v organizacijsko shemo bolnišnice.



Slika 2: Umestitev samostojnega delovnega mesta enterostomalnega terapevta v organizacijsko shemo (Vir: Majcen Dvoršak, 2016)



Slika 3: Umestitev samostojne službe enterostomalne terapije v organizacijsko shemo (Vir: Majcen Dvoršak, 2016)

Dokument Opis del in nalog je opis delovnih obveznosti, odgovornosti delavca in zahtev za zasedbo delovnega mesta. V dokumnetu je opredeljen tudi tarifni razred, iz katerega izhaja plačilni razred in osnovna plača zaposlenega in mora zajemati najmanj zakonsko določene elemente, ki so navedeni v 6. odstavku 7. člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (2015), lahko pa se obseg razširi glede na potrebe posamezne inštitucije. Na sliki 4 je primer dokumenta za pripravo Opisa del in nalog narejen za vodjo samostojne službe.

Po zaključenem postopku sistemizacije novega delovnega mesta, ko le-tega potrdi vodstvo oz. direktor bolnišnice, je potrebno spremeniti in prilagoditi notranje akte institucije, pri izbrani ustanovi Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih ter sistemizaciji delovnih mest – priloge, v katerem je potrebno do sistemizirati, dopisati v katalog delovnih mest, nova delovna mesta in Pravilnik o organizaciji, delovanju in vodenju zdravstvene nege v zavodu, saj ne gre samo za povečanje števila obstoječih delovnih mest v zdravstveni negi, ampak za nova, samostojna delovna mesta oz. službo, ki spreminja organizacijo ter je posledično potrebno spremeniti tudi Organizacijsko shemo (organigram) institucije.

Šifra proračunskega uporabnika			BOLNIŠNICA			Zaporedna št. opisa DM
Šifro notranje organizacijske enote			SLUŽBA ENTEROSTOMALNE TERAPIJE			
Plačna Podskupina	Zap. št. DM/N	Šifra DM	DELOVNO MESTO	Tarifni razred delovnega mesta TR	Plačni razred brez napredovanja MIN	Plačni razred z napredovanjem MAX
E3	1543	E037013	DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA S SPECIALNIMI ZNANJI	VII/1	31	41
Interni naziv delovnega mesta			DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA ENTEROTOMALNI TERAPEVT			
Opis nalog delovnega mesta ali naziva			<ul style="list-style-type: none"> • zbiranje podatkov o pacientih s potrebami po zdravstveni negi s področja enterostomalne terapije; • sodelovanje s timom zdravstven nege, ki izvaja neposredno zdravstveno nego pacientov s področja enterostomalne terapije; • organiziranje kontinuirane kakovostne zdravstvene nege pacienta v sodelovanju z usposobljenimi kadri; • zagotavljanje oskrbe pacientov, pri katerih se pojavijo nepredvideni zapleti s strokovnega področja enterostomalne terapije; • zagotavljanje dodatnega usposabljanja za medicinske sestre, ki delajo na tem področju; • zagotavljanje predoperativne priprave pacienta, pri katerem se predvideva izpeljava črevesja ali sečil na trebušno votlino; • sodelovanje v predoperativni pripravi pacienta z drugimi vrstami stom, inkontinenco, enterokutanimi fistulami in/ali kroničnimi ranami; • sodelovanje v pooperativni celostni zdravstveni negi in oskrbi pacientov s stomo; • vodenje procesa zdravstvene nege pacientov s stomo v bolnišničnem okolju; • izvajanje zdravstveno vzgojnega dela usmerjenega na pripravo pacienta s stomo, enterokutano fistulo, inkontinenco in kronično rano ter po potrebi njegovih svojcev (skrbnikov) na življenje v domačem okolju; • sodelovanje v posvetovalnici za enterostomalno terapijo pri obravnavi pacientov po odpustu iz bolnišnice; • povezovanje s patronažno službo, bolnišnicami, socialnimi in drugimi iz okolja, kjer ima pacient stalno bivanje ali kamor odhaja po odpustu iz bolnišnice; • sodelovanje z društvi pacientov, drugimi društvi in strokovnimi združenji ter drugimi organizacijami in zavodi; • sodelovanje z vodjo pri oblikovanju, organizaciji in izobraževanju zdravstvenih delavcev, ki delajo s pacientom s stomo, inkontinenco in rano; • spodbujanje in oblikovanje raziskovalnih projektov na področju enterostomalne terapije 			
Dodatna funkcionalna znanja			<ul style="list-style-type: none"> • Funkcionalno izobraževanje s področja enterostomalne terapije • Znanje o uporabi sodobne tehnologije • Pasivno znanje tujega jezika - angleščine 			
Osebnostne zahteve, sposobnosti			<ul style="list-style-type: none"> • Samoiniciativnost • Komunikativnost • Odgovornost • Natančnost 			
Delovne izkušnje			<ul style="list-style-type: none"> • Zaželeno s področja dela s pacienti s stomami, kroničnimi ranami in inkontinenco 			
Pristojnosti in pooblastila			Dejavnost medicinske sestre enterostomalne terapevtke obsega predvsem celostni pristop k pacientu, izvajanje zdravstvene nege pacientov na nivoju bolnišnice in sodelovanje z dodatnimi medicinskimi sestrami v kliničnem okolju			
Odgovornosti in dolžnosti			<ul style="list-style-type: none"> • Ravnanje po etičnem kodeksu in strokovnih standardih • Upoštevanje predpisov s področja varstva pri delu in požarne varnosti, • Upoštevanje internih aktov in pravil bolnišnice • Kakovostno in pravočasno opravljanje nalog v okviru strokovne izobrazbe in prevzemanje odgovornosti za opravljeno delo • Racionalno, standardizirano in gospodarno uporabo delovnih sredstev in materialov; materialna odgovornost za delovna sredstva • Odgovornost za varnost bolnikov • Odgovornost za varstvo podatkov in informacijsko varnost • Stalno izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje v skladu s potrebami delovnega procesa • Korekten, primeren odnos do sodelavcev, pacientov, pravnih in fizičnih oseb v služben stiku • Skrbeti za urejenost pri delu, v skladu z delovnim mestom, upoštevajoč sanitarno higienske predpise 			
Neposredna odgovornost zaposlenega			<ul style="list-style-type: none"> • Vodji službe enterostomalne terapija 			

Slika 4: Opis del in nalog medicinske sestre enterostomalne terapevtke vodje Službe enterostomalne terapije (Vir: Majcen Dvoršak, 2016)

DISKUSIJA

Trditev, da je organizacija samostojne službe na področju zdravstvene nege možna, zaželena in smiselna, se lahko navežemo na raziskavo, ki jo je Majcen Dvoršak (2014) izvedla v 11 slovenskih bolnišnicah in katere rezultati so potrdili, da v bolnišnicah obstaja potreba po dodatno izobraženih medicinskih sestrah – enterostomalnih terapevtkah, torej medicinskih sestrah, ki so z dodatnim izobraževanjem pridobile visoko raven specializiranega znanja na znanstveni podlagi, vendar s praktično vrednostjo, za kar Cvetek (1999, p.19-23) meni, da je eden pomembnih atributov profesionalizacije poklica, in delujejo na področju zdravstvene nege, ki omogoča visoko stopnjo samostojnosti pri delu. Anketirani v omenjeni anketi so kar v 87 % menili, da bi bilo potrebno tako službo, torej službo enterostomalne terapije, organizirati na nivoju bolnišnice, kar so prepoznali tudi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, kjer je taka služba organizirana kot Svetovalna služba zdravstvene nege, uvrščeno med Službe skupnega pomena, in podrejena neposredno upravi oz. vodstvu zdravstvene nege že veliko let.

Kje se torej zatika? Zakaj kljub pridobivanju znanja in vse večjih kompetenc zdravstvena nega aktivneje ne deluje v smeri samostojnega izvajanja aktivnosti in v smislu sistemizacije samostojnih delovnih mest ter samostojnih služb zdravstvene nege v okviru institucij na sekundarni in terciarni ravni?

Glede na to, da je dokazana želja in potreba po organizaciji take službe in da samostojne organizacijske oblike na tem področju zdravstvene nege že obstajajo, temeljimo na predpostavki, da je težava lahko v pomanjkanju znanja, slabem poznavanju ter nesodelovanju managementa zdravstvene nege v kadrovsko organizacijskih procesih v bolnišnicah oz. mnenju medicinskih sester, da niso pristojne za dajanje kadrovskih pobud.

Da imajo na tem področju težave, je priznal tudi kadrovik: »Tu je problem, (razmislek – tišina), ker v bistvu teh znanj mi enostavno ne damo dovolj, sem prepričana, da jim ne damo dovolj. Mi nekako, ko prevzamejo ta delovna mesta, kar pričakujemo, da bodo vse to z neko primopredajo osvojile, pa vendarle temu ni tako« ter pove še : » Mi jim pač damo na voljo vso dokumentacijo, ki obstaja« in nadaljuje, da imajo načrte za aktivnejši pristop »da bi naredili neko individualno izobraževanje« trenutno pa se »poslužujemo tega, da potem te odgovorne in glavne medicinske sestre čez proces dela ugotovljajo, kje imajo manko«.

Iz zapisanega lahko razberemo, da so vodilne medicinske sestre na tem področju delovanja, ki jim je običajno dokaj tuje, ker tu ni poudarek njihovega izobraževanja, relativno prepuščene lastni iznajdljivosti in interesu, da pa so v bolnišnici problem zaznali in že razmišljajo o rešitvah, kako jih opolnomočiti, da bodo čim bolj kompetentne tudi na tem področju organiziranja delovanja.

ZAKLJUČEK

Če govorimo o organizacijski shemi oz. organizaciji neke institucije, mora biti ta narejena tako, da zagotavlja najbolj racionalen potek in visoko kakovost izvedbe dela, torej če govorimo o bolnišnici, je to v najkrajšem možnem času najbolj kakovostno oskrbljen pacient ob čim manjših stroških dela.

Tradicionalna organizacija bolnišnic je oblikovana tako, da so nosilci dejavnosti večinoma zdravniki, zdravstvena nega pa izvaja dela po njihovem naročilu; samostojnih delovnih mest, kjer bi medicinske sestre imele opravka neposredno s pacienti, pa je na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega sistema zelo malo.

Z namenom približati koncept sistemizacije samostojnih delovnih mest in organizacijskih enot na področju zdravstvene nege medicinskim sestram, smo povzeli pridobljena spoznanja o sistemizaciji delovnih mest in pripravili teoretični model sistemizacije delovnega mesta vodje službe enterostomalne terapije, ki deluje kot samostojna enota s pristojnostmi na nivoju bolnišnice.

Na začetku omenjeno tradicionalno organizacijo bolnišnic, ki poudarja vlogo medicine, bi z uveljavitvijo ponujenega koncepta le-to lahko spremenili v bolj sodobno, ki bi sledila spremenjeni vlogi stroke zdravstvene nege, saj medicinske sestre z izobraževanjem aktivno pridobivajo kompetence za samostojnejše delo, za njegovo izvedbo pa bo potrebno prevzeti tudi polno odgovornost.

LITERATURA

Cvetek, S., 1999. *Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva*, *Obzornik Zdravstvene Nege*, 33(1-2), pp. 19-23.

Delovna razmerja in pravice iz dela., 2016 . Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Republike Slovenije. Available at: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/delovna_razmerja_in_pravice_iz_dela/. [24.2.2016]

Gavrilov, N. & Trček, M., eds., 2006. *Zbornik predavanj Šole enterostomalne terapije*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego.

Ivanuš-Bizjak, M., 2006. *Zaposleni največji kapital 21.stoletja*. Maribor: Pro-Andy.

Katalog funkcij, delovnih mest in nazivov.2016. Ministrstvo za javno upravo Republike Slovenije. Available at: http://www.mju.gov.si/si/delovna_podrocja/place_v_javnem_sektorju/katalog_funkcij_delovnih_mest_in_nazivov/. [24.2.2016].

Kejžar, I., 2005. *Metodologija izdelave sistemizacije delovnih mest v podporo razvoja kadrov*. Posvet Sinergija metodologij. Portorož: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj, pp. 51-56.

Lipičnik, B., 1998. *Ravnanje z ljudmi pri delu (Human Resources Managemnet)*. *Gospodarski vestnik*. pp. 65-69.

Majcen Dvoršak, S. 2014. *Model organiziranosti službe enterostomalne terapije v bolnišnici: diplomsko delo visokošolskega študija*. [diplomsko delo]. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstveno nego.

Majcen Dvoršak, S. 2016. *Sistemizacija delovnega mesta enterostomalnega terapevta v bolnišnici: diplomsko delo univerzitetnega študija*. [diplomsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj.

Plače v javnem sektorju., 2016. Ministrstvo za javno upravo Republike Slovenije. Available at: http://www.mju.gov.si/si/delovna_podrocja/place_v_javnem_sektorju/ [5.4.2016].

Statut Univerzitetnega kliničnega centa Ljubljana.,2007. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. Available at: <http://www.kclj.si/dokumenti/000000b2-00000060-statut.pdf> [21.12.2016].

Šprajc, P., Majcen Dvoršak, S., Podbregar, I. & Lobnikar, B., 2017. *Organizacija dela v zdravstvu: visokošolski učbenik*. Kranj: Zavod za varnostne strategije. p.1.

Vuksanović Ljubičić, M., Sevšek, M., Korade Purg, Š., Kukovičič, S. & Pečnik, R., 201. *Opisi delovnih mest in akt o sistemizaciji*. [24.1.2016]. Založba Forum Media.

Zakon o sistemu plač v javnem sektorju; Neuradno prečiščeno besedilo (ZSPJS-NPB23), 2015. Uradni list Republike Sloveniješt.18.

Žaler, J., 2009. *Akt o sistemizaciji*. Available at: <http://www.poslovni-bazar.si/?article=2334&mod=articles> [24.1.2016].



**KOORDINATOR
ZDRAVSTVENE
OBRAVNAVE: IZZIVI PRI
SPREJEMU PACIENTOV**

**Case manager: challenges
of patient admissions**

Usnija Useini, dipl. m. s.
Univerzitetni klinični center Ljubljana

usnija.useini@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Medicinska sestra v vlogi koordinatorice zdravstvene obravnave na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo je vse bolj pomemben člen v multidisciplinarnem timu. Znati mora komunicirati in koordinirati delo, pogosto pa ob tem naleti na nepričakovane ovire, ki jih mora znati hitro rešiti za nemoteno delo ostalih deležnikov tima. Namen raziskave je preučiti in prikazati primere iz prakse oziroma ovire pri sprejemu pacientov v bolnišnico in možne poti reševanja. **Metode:** Od junija do decembra 2018 je bilo analiziranih 20 primerov sprejema pacientov na Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana pri katerih je prišlo do odstopanj. Pri analizi je bil uporabljen kvalitativen raziskovalni pristop. **Rezultati:** Pri koordinaciji sprejema pacientov se največkrat srečujemo z odpovedjo sprejema zaradi (1) bolezenskega stanja (prehlad, poškodba ali hospitalizacije zaradi drugih obolenj), (2) osebnih razlogov (varstvo svojcev) ali pa (3) zdravstveno nesprejemljivih razlogov (potovanje v tujino, skrb za psa in sestanek v podjetju). Pri tem smo se z izzivi največkrat soočili tako, da smo se s pacientom dogovorili za drug datum, ponoven stik znotraj dogovorjenega časovnega obdobja ali s svetovanjem. **Diskusija in zaključek:** Na podlagi pridobljenih podatkov lahko ugotovimo, da je potrebno pri zagotavljanju kontinuitete zdravstvene nege in oskrbe veliko znanja. Zato bo v prihodnosti potrebno nameniti več pozornosti promociji zdravja kot vrednoti in uvedbi finančnih sankcij za tiste paciente, ki zaradi zdravstveno nesprejemljivih razlogov odpovedo sprejem dan ali dva pred načrtovano operacijo. Pomembno je tudi povezovanje med medicinskimi sestrami, ki delajo kot koordinatorice zdravstvene obravnave in kirurgi.

Ključne besede: abdominalna kirurgija, primeri iz prakse, reševanje, komunikacija, povezovanje

ABSTRACT

Introduction: The role of a case manager in abdominal surgery is getting more and more attention as an important member of the multidisciplinary team. Case managers must know how to communicate, how to coordinate work and how to overcome difficult obstacles in an effective way so that other members of the team can work without distractions. The purpose of the presented research is to show examples of complicated admissions. The research will show obstacles that were encountered in practice and how they were solved. **Methods:** From June to December 2018 we analyzed the admissions of 20 patients at the Department of Abdominal Surgery of University Medical Center Ljubljana. Analysis was performed using a qualitative scientific approach. **Results:** The most common reasons for cancellation of admissions are due to (1) health issues (respiratory infections, injuries, admissions elsewhere), (2) personal reasons (taking care of other family members) or reasons that are unacceptable from the point of view of a healthcare worker (travelling abroad, taking care of pets, important company meetings). Most often we made a compromise with the patients by postponing the admission, having a new meeting or with counseling. **Discussion and conclusion:** The available data show that we need a lot of knowledge to provide good nursing care. We will need to address more attention in the future to promote health as a virtue and to bill those patients, which cancel their admissions one or two days before the operation due to reasons that are unacceptable. It is also important to make stronger bonds between case managers and surgeons.

Key words: abdominal surgery, case reports, problem solving, communication, bonding

UVOD

Koordinator zdravstvene obravnave s svojim delovanjem omogoča sistem obravnave, ki pacienta spremlja že pred sprejemom oziroma od sprejema, med celotno bolnišnično obravnavo, do usklajenega načrta odpusta, ter skrbi za pacienta tudi po odpustu (Splošna bolnišnica Jesenice, 2018). Koordiniranje je pomembno sredstvo za zagotavljanje visokokakovostne zdravstvene oskrbe, nizkih upravnih stroškov in doseganje dobrih rezultatov. Vloga medicinske sestre oziroma koordinatorja tako postaja vse širša in vse bolj pomembna. Znati mora učinkovito komunicirati in koordinirati delo v multidisciplinarnem timu. Zagotavlja kakovost in kontinuiteto zdravstvene nege in oskrbe; paciente obvešča o točnem datumu, uri in mestu prihoda v bolnišnico, preverja in ureja pacientove dokumente (Lah, 2012).

Maze (2009) navaja, da koordinatorji sprejema izboljšujejo uspešnost in učinkovitost procesov zdravstvene obravnave pacientov, saj so pacienti že pripravljeni na operativni poseg – opravljene imajo vse potrebne preiskave, bolnišnicam in klinikam pa le-teh ni potrebno opravljati. Tako se odšteje en oskrbni dan, ki znaša približno 100 evrov.

Delo koordinatorja je dinamično ter zahtevno in predstavlja velik izziv, saj je pri tovrstnem delu potrebna visoka stopnja organizacijskih sposobnosti, iznajdljivosti, prilagodljivosti ter potrpežljivosti (Stare, 2007). Pogosto se namreč zgodi, da pacient,

ki je že pripravljen na operativni poseg, iz različnih vzrokov operativni poseg odpove. V tem primeru je strošek bolnišnice visok, posledično pa delo koordinatorja sprejema nima nikakršnega učinka (Maze, 2009).

Proud in Howard (2016) v raziskavi ugotavljata, da so najpogostejše težave pri sprejemu pacientov v bolnišnico ponoven obisk zaradi pomislekov pri prvi obravnavi oziroma zagotovila, da pacientovo zdravstveno stanje ni resno. Pacienti so izpostavili tudi pomanjkanje komunikacije, saj jim zdravniki in medicinske sestre bodisi niso odgovorili na vsa vprašanja bodisi niso primerno obravnavali njihovega zdravstvenega stanja.

Namen prispevka je predstaviti primere iz prakse tj. s katerimi težavami se srečuje koordinatorica sprejema na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo pri sprejemu pacientov na operativni poseg. V prispevku bomo tudi predstavili organizacijske in komunikacijske tehnike pri reševanju težav pri sprejemu pacientov na operativni poseg.

METODE

Uporabili smo kvalitativen raziskovalni pristop. Podatke smo pridobili s preučitvijo primerov sprejema pacientov s strani koordinatorice sprejema na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana). Preučili smo predvsem ovire pri sprejemu pacientov, vzroke za otežen sprejem in načine reševanja, ki so predstavljali izziv koordinatoricam sprejema.

Opis instrumenta

V namen prispevka smo preučili dokumentacijo (osebni zapiski, zapisniki, administrativni podatki, urniki operativnih posegov itd.) koordinatorice sprejema na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo, ki niso osebna tj. klinična dokumentacija pacientov, ki so bili sprejeti na Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili 20 pacientov pri katerih so nastale ovire pri sprejemu, ki pa so bili sprejeti na operativni poseg na Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana v času od junija do decembra 2018.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo od junija do decembra 2018. Preučili smo administrativno dokumentacijo in zapiske koordinatorice sprejema na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana. Na podlagi analize dokumentacije smo določili kode, ki so razvrščene v podkategorije, te pa v tri kategorije.

REZULTATI

V kategorijo bolezenska stanja so vključene naslednje podkategorije: odpoved zaradi zdravstvenih poslabšanj, odpoved zaradi zloma, hospitalizacija v drugi bolnišnici ali kliniki. V Tabeli 1 je tabelarični prikaz kategorij, podkategorij in kod.

Tabela 1: Prikaz kategorije bolezenska stanja

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA	KODA
bolezenska stanja	odpoved zaradi zdravstvenega poslabšanja	prehlad, angina, gripa
	odpoved zaradi poškodbe	zlom noge, zlom roke, zlom kolka
	hospitalizacija v drugi bolnišnici ali kliniki	splošna bolnišnica, psihiatrična klinika

1. Na podlagi razpisanega programa za operativne posege opomnimo pacienta, da smo ga uvrstili na seznam operativnih posegov za naslednji dan. Pacient pove, da je prehladen. Na vprašanje koordinatorice sprejema zakaj informacije o bolezenskem poslabšanju ni sporočil prej, saj je tako navodilo prejel ob prvem srečanju s koordinatorico sprejema, odgovori: »Saj vam sedaj sporočam.«.

Ukrep: Koordinatorica sprejema pacientu razloži, zakaj je pomembno, da vsako spremembo zdravstvenega stanja sporoči. Pacient se zaveže, da pokliče, ko bo popolnoma zdrav.

2. Koordinatorica sprejema v telefonskem pogovoru seznanj pacienta, da je uvrščen na seznam operativnih posegov za naslednji dan. Pacient sporoči, da ima zlom noge in se opraviči, ker zdravstvenega stanja ni sporočil prej.

Ukrep: Koordinatorica sprejema pacientu razloži, da zaradi zloma noge ne more na operacijski poseg. Pacient se zaveže, da sporoči, ko mu bodo mavec odstranili in bo zdravstveno stanje dopuščalo sprejem za operativni poseg.

3. Koordinatorica sprejema v telefonskem pogovoru pacienta obvesti o razpisu za načrtovani operativni poseg za naslednji dan. Pacient pove, da je hospitaliziran v splošni bolnišnici.

Ukrep: Koordinatorica sprejema pacienta vljudno opozori, da pokliče, ko ne bo več hospitaliziran in bo v domači oskrbi.

V kategoriji osebni razlogi sta vključeni naslednji podkategoriji: poslovni razlogi in osebni razlogi. V Tabeli 2 je tabelarični prikaz kategorij, podkategorij in kod.

Tabela 2: Prikaz kategorije osebni razlogi

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA	KODA
osebni razlogi	poslovni razlogi	služba, sestanek, službeno potovanje
	osebni razlogi	neurejeno zdravstveno zavarovanje, skrb za svojca.

1. Koordinatorica sprejema seznanj pacienta, da ima naslednji dan operacijski poseg. Pacient seznanj koordinatorico, da mora biti ta seznanjen z uvrstitvijo na seznam vsaj mesec prej, saj ima lastno podjetje in ne more preklicati obiska strank.

Ukrep: Koordinatorica sprejema pacienta uvrsti na seznam operacijskih posegov čez en mesec in ga obvesti, da se pravočasno pripravi na operacijski poseg – predvsem s poslovnega vidika.

2. Pacient odpove operacijski poseg, saj nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, sam pa ne želi plačati izvedenih zdravstvenih storitev.

Ukrep: Koordinatorica sprejema svetuje pacientu, da uredi zdravstveno zavarovanje in ga pokliče čez tri mesece, ko bo le-to stopilo v veljavo.

3. Koordinatorica sprejema v telefonskem pogovoru pacienta obvesti o razpisu za načrtovani operativni poseg za naslednji dan. Pacient sporoči, da skrbi za svojca, ki je dementen in bo pripravljen na operativni poseg tedaj, ko bo svojec hospitaliziran v psihiatrični bolnišnici.

Ukrep: Koordinatorica sprejema vpraša pacienta, ali ima druge možnosti varovanja svojca. Ob pritrditvi se svetuje, da naj se pacient s svojcem dogovori za začasno varstvo v izogib čakanju na hospitalizacijo.

V kategoriji zdravstveno nesprejemljivi razlogi so vključene naslednje podkategorije: izogibanje operativnemu posegu, pomanjkanje organizacije in neodgovornost. V Tabeli 3 je tabelarični prikaz kategorij, podkategorij in kod.

Tabela 3: Prikaz kategorije zdravstveno nesprejemljivi razlogi

KATEGORIJA	PODKATEGORIJA	KODA
razlogi, ki niso zdravstvene narave	izogibanje operativnemu posegu	iskanje razlogov, neodzivnost na telefonske klice, nepotrebno vključevanje svojcev
	pomanjkanje organizacije	skrb za hišnega ljubljence
	neodgovornost	vnaprej organizirano potovanje, neodzivnost na dan operacije

1. Koordinatorica sprejema pokliče pacienta na operativni poseg, ki pove, da ima respiratorni infekt. Pacient ima enako zdravstveno težavo že dva meseca, vsak teden, ko ga koordinatorica sprejema pokliče.

Ukrep: Koordinatorica sprejema obvesti kirurga-Vodjo ambulantne dejavnosti. Slednji pokliče pacienta in mu sporoči, da pokliče takoj, ko bo saniral respiratorni infekt.

2. Koordinatorica sprejema pokliče pacienta na operativni poseg. Pacient sporoči, da nima varstva za psa, zato bo preložil operacijski poseg.

Ukrep: Koordinatorica sprejema pacientu razloži, da naj se v prihodnje organizira tako, da bo ob naslednjem telefonskem pogovoru že imel nekoga v pripravljenosti za varstvo psa.

3. Koordinatorica sprejema v telefonskem pogovoru pacienta obvesti o razpisu za načrtovani operativni poseg za naslednji dan. Pacient sporoči, da je pozabil sporočiti, da ima organizirano potovanje v tujini.

Ukrep: Koordinatorica sprejema sporoči, da je pravočasno obveščanje pacientova obveza, saj je razpisan operativni poseg namenjen prav njemu. Pacient naj se oglasi ob povratku.

DISKUSIJA

Koordinatorica sprejema se na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana srečuje z različnimi težavami pri sprejemu pacientov na operativni poseg. Pri tem je potrebno veliko organizacijskih in komunikacijskih tehnik reševanja nepredvidenih situacij. Uspešno mora tudi koordinirati delovanje interdisciplinarnega tima.

Analiza podatkov je pokazala, da je težav pri sprejemu pacientov v praksi veliko. Z vidika komunikacije je predvsem potrebno pacientu, ki je odpovedal operativni poseg, pomagati pri zavedanju, da je terminska umestitev namenjena izključno njemu in ima tudi odgovornost do kirurga in medicinske sestre kar posledično pomeni, da mora pravočasno sporočiti svojo odsotnost. Lah (2012) piše, da je komunikacija s pacienti in sodelavci sestavni del delovanja vsake medicinske sestre tj. koordinatorice sprejema. Izkazalo se je, da je pacient zaradi psihofizičnih obremenitev v zvezi z ukrepi zaradi priprav močno odvisen od dobljenih informacij. Od tega je tudi odvisno, kako se bo po svojih zmožnostih in močeh vključil (ali pa tudi ne) v sodelovanje. Z besedo koordinatorica sprejema izraža lastno misel, govorniki pa je potrebno dati težo. Čim bolj je prepričljiva, tem bolj je učinkovita.

Raziskava je pokazala, da mora koordinatorica sprejema delovati na razumevanju, organiziranosti in fleksibilnosti. Če pacient odpove operativni poseg, ga je potrebno hitro premestiti na drug datum, praznega pa zapolniti z novim pacientom za katerega vemo, da bo prišel na operativni poseg. Mrak in Medvešček Smrekar (2016) sta v raziskavi dokazali, da organizacija dela medicinskim sestram predstavlja velik izziv, zato svoje delo ocenjujejo kot težko ali pretežko. Menijo, da so pri delu uspešne, kar dokazuje tudi uspešno sodelovanje s pacienti, zdravniki in ostalimi deležniki v multidisciplinarnem timu koordinatorja sprejema.

V prihodnje bo potrebno nameniti več pozornosti obravnave dela koordinatoric sprejema ne le na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo, ampak tudi na drugih kliničnih oddelkih. Ključnega pomena je podajanje znanja na praktičnih primerih, s katerimi so bili koordinatorji sprejema v preteklosti soočeni. Mnenja smo, da je v slovenskem prostoru premalo literature, ki bi obravnavala delovanje koordinatorja zdravstvene obravnave. V prihodnje bo potrebno tudi raziskati delovanje koordinatorjev sprejema na različnih oddelkih v različnih klinikah in bolnišnicah.

ZAKLJUČEK

Ugotovimo lahko, da je delo koordinatorice sprejema na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo polno izzivov, ki jih je potrebno uspešno reševati. Na podlagi dobljenih rezultatov ugotavljamo, da je delo občasno naporno, saj zahteva veliko fleksibilnosti, komunikacije, organizacije ter sodelovanja v multidisciplinarnem timu. Ključnega pomena je zadovoljstvo pacienta in njihova kakovostna obravnava ter optimalna priprava na sprejem in operativni poseg. Zavedati se je potrebno, da je zadovoljen pacient odraz našega dela.

LITERATURA

Lah, S. 2012. Vloga koordinatorja primera pri celostni obravnavi kirurškega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. In: D. Plank & J. Uršič, eds. *Povezovanje teorije in prakse za večjo kakovost v zdravstveni negi, 13. strokovno srečanje medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 12. oktober 2012*. Celje: Društvo medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, pp. 25-32.

Maze, H. 2009. Varčevalni ukrepi v Splošni bolnišnici Celje. In: D. Plank, ed. *Uspešnost in učinkovitost v zdravstveni negi-izziv današnjega časa: zbornik predavanj 10. Strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 01. oktober 2009*. Celje: Društvo medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, pp. 5-11.

Mrak, Z. & Medvešček Smrekar, 2016. *Zadovoljstvo medicinskih sester z delom in odnosi na Kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 256-262.

Proud, M. E. & Howard, P. K., 2016. Why do patients return to the emergency department? *Advanced Emergency Nursing Journal*, 38(2), pp. 83-88.

Splošna bolnišnica Jesenice, 2018. *Izobraževanje za pridobitev specialnih znanj-koordinator zdravstvene oskrbe (case manager)*. [Pdf] Available at: https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/_custom/Najava_KZO_maj_2018.pdf [9. 02. 2018].

Stare, M. 2007. Koordinator operacijskega bloka UKC Ljubljana. In: M. Rebernik Milič, ed. *Gradimo mostove znanj: zbornik XXIII, Gurmanski hram, 23. in 24. november 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 20-23.



ALI SMO ZAPOSLENI V ZDRAVSTVENI NEGI V SLOVENSКИH BOLNIŠNICAH IZPOSTAVLJENI STRESU?

Are employees in health care
under stress?

viš. pred. mag. Mojca Dobnik

Univerzitetni klinični center Maribor; Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru

doc. dr. Matjaž Maletič

Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru

izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

mojca.dobnik@ukc-mb.si

Prispevek temelji na doktorski dizertaciji z naslovom Vplivni dejavniki stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah in poveza s kakovostjo in varnostjo

IZVLEČEK

Uvod: V zadnjem času vedno bolj izpostavljene težave o obremenjenosti zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah, ker se dejanskega stanja ne pozna, so se avtorji usmeri k raziskovalnemu vprašanju, ali so zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah izpostavljeni stresu. **Metode:** Raziskava je zajemala velik sistematičen vzorec zaposlenih v zdravstveni negi, z najmanj srednješolsko izobrazbo. Vzorec je zajemal 21 slovenskih bolnišnic (n = 983, 11,18 %) zaposlenih v zdravstveni negi. Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna metoda raziskovanja s kavzalno-neeksperimentalni dizajnom. Vzorčenje je bilo priložnostno, raziskava je potekala od marca do julija 2016. Uporabljen je bil vprašalnik »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« in »Stres na delovnem mestu bolnišničnih zdravstvenih delavcev«. Podatki so bili analizirani s pomočjo SPSS 20,00, za namen prispevka so uporabljene opisne metode in faktorska analiza.

Rezultati: Zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah ocenjujejo, da so na delovnem mestu izpostavljeni visoki stopnji stresa (n = 75). Iz vprašalnika je s faktorsko analizo bilo pridobljeno devet faktorjev (nevarnosti pri delu, konflikti in komunikacija na delovnem mestu, pomanjkanje podpore, izmensko delo, kritike s strani pacientov in svojcev zaradi neustrezne informiranosti, profesionalne in intelektualne zahteve, informacijski sistem, težave zaradi delovne opreme in infrastrukture, slaba organizacija dela). Pri zaposlenih v zdravstveni negi je med vplivnimi dejavniki stresa najpogosteje zaznana slaba organizacija dela (n = 3,51, SD = 0,83), kjer so anketiranci preobremenjenost opredelili z najvišjo vrednostjo (n = 4,0, SD = 0,90). **Diskusija in zaključki:** Zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah so v stresu, ki je posledica vpliva različnih dejavnikov. Za komentiranje dejavnikov stresa zaposlenih v zdravstveni negi je potrebno poznati dejavnost ter se aktivno usmeriti v iskanje rešitev.

Ključne besede: izmensko delo, dejavniki stresa, komunikacija

ABSTRACT

Introduction: Lately, increasingly pointed out problems of burden carried out by employees in health care in slovenian hospitals, as we do not know the actual state, have directed authors to a research question, are employees in health care in slovenian hospitals under stress. **Methods:** The research included a large systematical sample of employees in health care with at least a high school education. The sample included 21 slovenian hospitals (n = 983 or 11.18% of employees in health care.) A quantitatively descriptive method of research was used with cause based - non-experimental design. Sampling was convenient, the research was conducted from march to july of the year 2016. A questionnaire „Potential factors of stress with employees in health care“ and „Stress at workplace of hospital health workers“ was used and validated. The data was analysed with the help of SPSS 20,00. For the purpose of the article, descriptive and comparative statistical methods were used. **Results:** We discovered that employees in health care in slovenian hospitals assess, that they are exposed to a high level of stress at their workplace (n = 75). From the questionnaire nine factors were acquired with the help of factorial analysis (workplace hazards, conflicts and communication at the workplace, lack of support, shift work, criticism from patients and relatives due to inadequate information, professional and intellectual requirements, information system, problems with work equipment and infrastructure, poor organization of work). With employees in health care one of the influential stress factors, bad work organisation was perceived as most common (n = 3.51, SD = 0,83) where the respondents classified excessive workload with the highest value (n = 4.0, SD = 0,90). **Discussion and conclusions:** Employees in health care in slovenian hospitals are under stress, that is the result of influence of various factors. For commenting of stress of employees in health care, one must have a good understanding of the work process and the activity itself and actively be directed in the search of solutions.

Key words: shift work, stress factors, communication

UVOD

Stalne, nenehne spremembe v delovnih okoljih, povzročajo stres, zmanjšujejo zadovoljstvo, pripravljenost za sodelovanje pri zaposlenih v zdravstveni negi (Inoue, et al., 2017). Veliko nevarnost za zdravje predstavlja stres, ki se ga morda niti ne zavedamo, smo mu pa izpostavljeni vsak dan (Jerković, 2010). Stres je lahko na več nivojih. Nacionalni inštitut za varnost in zdravje pri delu (NIOSH, 2011) je opredelil dejavnike tveganj za stres v zdravstveni negi, ki jih v kasnejših raziskavah potrjujejo tudi drugi raziskovalci - delovne preobremenitve in pomanjkanje časa (Halpin, et al., 2017; Jilk, 2017; Harison, 2018),

pomanjkanje socialne podpore (Chin, et al., 2016; Fu, et al., 2018), izpostavljenost nalezljivim boleznim (Kagan, et al., 2018), vbodi z ostrimi predmeti (Mandić, et al., 2018), izpostavljenost nasilju ali verbalnim grožnjam (Owens, 2017; Bambi, et al., 2018), pomanjkanje spanca (Kagamiyama in Yano, 2018), vloga nejasnosti in spori na delovnem mestu (MacAteer, et al., 2016), podhranjenost ustrezno izobraženega kadra (Jones-Berry in Munn, 2017), pomanjkanje možnosti poklicnega razvoja (omejene možnosti za napredovanje), delo s težko bolnimi in soočanje s smrtjo (Henrich, et al., 2017).

Ker v Sloveniji še nimamo raziskave, ki bi stres med zaposlenimi v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah raziskala v celoti, v nadaljevanju predstavljamo del raziskave doktorske disertacije, kjer odgovarjamo na raziskovalno vprašanje ali so zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah izpostavljeni stresu.

METODE

Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna metoda raziskovanja s kavzalno-neeksperimentalni dizajnom. Vzorčenje je bilo priložnostno, raziskava je potekala od marca do julija 2016 v okviru raziskave doktorske disertacije.

Opis instrumenta

Uporabljen je bil vprašalnik »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« (Nursing Stress Scale) (Gray-Toft in Andreson, 1981) in »Stres na delovnem mestu bolnišničnih zdravstvenih delavcev« (Milošević, 2010), ki smo ga združili v enotni vprašalnik. Nov vprašalnik, primeren za slovensko okolje smo poimenovali Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi. Merski instrument je zanesljiv, saj se vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa notranje konsistence gibljejo na intervalu od 0,805 do 0,932. Anketiranci so se do trditev opredeljevali na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1-ni stresno, 2-redko stresno, 3-občasno stresno, 4-stresno, 5-izrazito stresno). Najnižja možna ocena vprašalnika je 56 in najvišja 280 točk.

Opis vzorca

Odločili smo se za 20-odstotni vzorec anketirancev populacije zaposlenih v zdravstveni negi v sodelujočih bolnišnicah in kliničnih centrih in tako razdelili 1802 vprašalnika (glede na statistične podatke preteklih let).

Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Za delitev vprašalnikov smo uporabili naključno vzorčenje. Anonimnost smo zagotovili s priloženo kuverto, kamor so anketiranci odložili izpolnjen vprašalnik. Vrnjenih smo dobili 983 vprašalnikov (55 %), kar predstavlja 11,18 % zaposlenih v 21 sodelujočih bolnišnicah. Obdelava podatkov je potekala s pomočjo SPSS 20,0 programa, kjer smo za potrebe članka izvedli faktorsko analizo.

V nadaljevanju, so v Tabeli 1 so predstavljeni demografski podatki anketirancev (spol, starost, delovna doba, izobrazba, delovno mesto, status in ustanova zaposlitve).

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

Spremenljivka	Kategorija	N _v ; $\bar{x} \pm SD$	N	%
Spol	ženski		868	88,3
	moški		115	11,7
Starost		983; 39,9±10,2		
	manj kot 30 let		179	18,2
	30 do 39 let		303	30,8
	40 do 49 let		280	28,5
	50 let ali več		221	22,5
Delovna doba (skupaj)		983; 18,5±11,3		
	manj kot 10 let		256	26,0
	10 do 19 let		258	26,2
	20 do 29 let		234	23,8
	30 let ali več		235	23,9
Najvišja dosežena izobrazba v ZN	srednja		461	46,9
	višja		35	3,6
	visoka/strokovna		403	41,0
	univerzitetna		54	5,5
	magisterij/doktorat		28	2,8
	drugo		2	0,2
Delovno mesto	ZT/SMS		461	46,9
	dipl. m. s./dipl. zn.		416	42,3
	strokovna vodja ZN/ glavna medicinska sestra odd./enote		77	7,8
	strokovna vodja ZN klinike/ glavna medicinska sestra klinike		3	0,3
	drugo		26	2,6
Status zaposlitve	določen čas		96	9,8
	nedoločen čas		886	90,1
	brez odgovora		1	0,1
Ustanova	splošna bolnišnica		308	31,3
	specialna bolnišnica		187	19,0
	klinični center		487	49,5
	brez odgovora		1	0,1

Legenda: ZN – zdravstvena nega, ZT – zdravstveni tehnik, SMS – srednja medicinska sestra, N_v – število veljavnih, \bar{x} – aritmetična sredina, SD – standardni odklon, N – število, % – delež v odstotkih

V raziskavo je bilo vključenih 983 zaposlenih v zdravstveni negi. Anketiranci so bili v povprečju stari 39,94 (n = 39,94, SD = 10,18) let, njihova delovna doba v povprečju znaša 18,53 (n = 18,53, SD = 11,31) let, v ustanovi so zaposleni 16,81 let (n = 16,81, SD = 11,43).

V Tabeli 2 je predstavljena eksploratorna faktorska analiza, ki predstavljajo devet heterogenih faktorjev, ki skupaj pojasnijo 68 % celotne variabilnosti.

Tabela 2: Faktorska analiza vprašalnika Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi z zanesljivostjo

Faktor	Cronbach α	\bar{x}	SD
F1 - Nevarnosti pri delu	0,825	2,75	1,00
F2 – Konflikti in komunikacija na delovnem mestu	0,932	2,90	1,07
F3 - Pomanjkanje podpore	0,861	3,08	0,96
F4 - Izmensko delo	0,885	3,20	1,12
F5 - Kritike s strani pacientov in svojcev zaradi neustrezne informiranosti	0,885	3,29	0,92
F6 – Profesionalne zahteve		2,96	0,94
F7 – Informacijski sistem	0,805	3,15	1,03
F8 – Težave zaradi delovne opreme in infrastrukture	0,901	3,08	0,89
F9 – Slaba organizacija dela	0,846	3,51	0,83

V Tabeli 2 so predstavljeni faktorji, ki zajemajo 34 spremenljivk. Iz tabele je razvidno, da zaposlenim v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah največji stres v povprečju predstavlja slaba organizacija dela ($\bar{x} = 3,51$, $SD = 0,83$), in najmanjši ($\bar{x} = 2,75$, $SD = 1,00$) nevarnosti pri delu.

DISKUSIJA

Vpliv organizacijskih struktur v bolnišnicah vpliva na specifične delovne pogoje. Z raziskavo smo opredelili devet potencialnih faktorjev stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki so jih anketiranci različno ovrednotili. Delovni stres je velik problem zaposlenih v zdravstveni negi, s čimer smo potrdili raziskavo, da se zaposleni v zdravstveni negi v 66 % soočajo z različnimi stresorji, povezanimi z delom (Halpin et al., 2017). Zato je kritično raziskati spremenljivke, ki lahko zmanjšajo negativne učinke delovnega stresa (Chiang, et al., 2017).

Iz posameznih spremenljivk vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah je razvidno, da največ anketirancev ocenjuje kot najbolj obremenjujoč stresni dejavnik slabo organizacijo dela, z nadpovprečno oceno so ovrednotili tudi nevarnosti pri delu, konflikti in komunikacija na delovnem mestu, pomanjkanje podpore, izmensko delo, kritike s strani pacientov in svojcev zaradi neustrezne informiranosti, profesionalne in intelektualne zahteve, informacijski sistem, težave zaradi delovne opreme in infrastrukture, slaba organizacija dela. Pomembni dejavniki za pojav stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi so nočno, izmensko in nadurno delo (Weaver, et al., 2017) ter pomanjkanje spodbud v organiziranju dela (Barietson - Trigo et al., 2018). Najpogosteje, v raziskavah prepoznana dejavnika stresa sta odgovornost in pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi, kar je delno skladno z našo raziskavo in preobremenjenostjo zaposlenih (Jordan, et al., 2016).

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo odgovorili na zastavljeno raziskovalno vprašanje in sicer, da so zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah izpostavljeni stresu. Raziskava odpira številne možnosti nadaljnjih raziskav ali ponovitve obstoječe, z ugotavljanjem ali se dejavniki tveganj skozi čas spreminjajo. S predstavljenim delom raziskave smo potrdili dejstvo, na kar zaposleni ves čas opozarjajo, da so preobremenjeni in posledično vsakodnevno izpostavljeni stresu. Ob tem ostaja zavedanje, da je profesija že sama po sebi izpostavljena, pa vendar ostajajo številni dejavniki, ki jih je mogoče preprečiti.

LITERATURA

- Barrientos-Trigo, S., Vega-Vázquez, L., De Diego-Cordero, R., Badanta-Romero, B. & Porcel-Gálvez, A. M., 2018. Interventions to improve working conditions of nursing staff in acute care hospitals: Scoping review. *Journal Of Nursing Management*, 26(2), pp. 94-107.
- Chiang, H. Y., Hsiao, Y. C. & Lee, H. F., 2017. Predictors of hospital nurses' safety practices: Work environment, workload, job satisfaction, and error reporting. *Journal Of Nursing Care Quality*, 32(4), pp. 359–368.
- Chin, D. L. Nam, S. & Lee, S. J., 2016. Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 57, pp. 60–69.
- Fu, C., Yang, M, Leung, W., Liu, Y., Huang, H. & Wang, R., 2018. Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), pp. 172–179.
- Gray-Toft, P. & Anderson, G J., 1981. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 3(1), pp. 11–23.
- Halpin, Y., Terry, L. M. & Curzio, J., 2017. A longitudinal, mixed methods investigation of newly qualified nurses' workplace stressors and stress experiences during transition. *Journal Of Advanced Nursing*, 73(11), pp. 2577–2586.
- Harison, R., 2018. For nurses, working overtime may cut collaboration. Health and Medicine. Available at: <https://www.futurity.org/nurse-overtime-collaboration-1763932/> [10.1.2019].
- Henrich, N. J., Dodek, P. M., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S. & Rodney, P., 2017. Consequences of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), pp. e48-e57.
- Inoue, T., Karima, R. & Harada, K., 2017. Bilateral effects of hospital patient-safety procedures on nurses' job satisfaction. *International Nursing Review*, 64(3), pp. 437-445.
- Jordan, T. R., Khubchandani, J. & Wiblehauser, M. 2016. The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: A pilot investigation. *Nursing Research And Practice*, 5843256.
- Jerković, A., 2010. *Vpliv nočnega in izmenskega dela na človeški organizem: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 25.
- Jilk, E. M., 2017. Brush up your professional nursing résumé. *Nursing*, 47(10), pp. 41-44.
- Jones-Berry, S. & Munn, F., 2017. One in ten nurse sick days down to stress or depression. *Nursing Standard*, 32(5), pp. 12-15.
- Kagamiyama, H. & Yano, R., 2018. Relationship between subjective fatigue, physical activity, and sleep indices in nurses working 16-hour night shifts in a rotating two-shift system. *Journal of Rural Medicine*, 13(1), pp. 26-32.
- Kagan, I., Fridman, S., Shalom, E. & Melnikov, S., 2018. The effect of working in an infection isolation room on hospital nurses' job satisfaction. *Journal Of Nursing Management*, 26(2), pp. 120-126.
- MacAteer, A., Manktelow, R. & Fitzsimons, L., 2016. Mental health workers' perception of role self-efficacy and the organisational climate regarding the ethos of recovery. *British Journal of Social Work*, 46(3), pp. 737-755.
- Mandić, B., Mandić-Rajčević, S., Marković-Denić, L. & Bulat, P., 2018. Occupational exposure to blood and bodily fluids among healthcare workers in Serbian general hospitals. *Higijenu Rada I Toksikologiju*, 69(1), pp. 61-68.
- Milošević, M., 2010. *Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti: doktorska disertacija*. Zagreb: Medicinski fakultet, pp. 31.
- National Institutes of Occupational Safety and Health, 2011. 11 Reasons nurses are stressed out. Available at: <http://www.minoritynurse.com/blog/jebra-turner/11-reasons-nurses-are-stressed-out> [25.10.2018].
- Weaver, S. H., Lindgren, T. G., Cadmus, E., Flynn, L. & Thomas-Hawkins, C., 2017. Report from the night shift: How administrative supervisors achieve nurse and patient safety. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), pp. 328-336.



ČUSTVENA INTELIGENCA VODIJ

Emotional intelligence of leaders

Milica Puklavec, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

milica.puklavec@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Čustvena inteligenca so sposobnosti prepoznavanja, obvladovanja in izražanja čustev ter spretnost ravnanja z ljudmi. Prepoznavanje in uporaba lastnih čustev ter čustev drugih je pomembna veščina, ki vodi omogoča ustrezno vodenje zaposlenih, drugim pa uspešno sodelovanje in medosebne odnose. Čustvena inteligenca je torej temelj, ki pripomore k večji uspešnosti pri vodenju ljudi in je znanilec drugačnega pristopa do ljudi. Tradicionalne lastnosti, kot so inteligenca, upornost, odločnost in vizija, so premalo za uspeh. Potrebne so še druge vsebine človekove osebnosti in ravnanja, med katere samozavedanje, samoregulacija, motivacija, empatija in socialne veščine. **Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna metodologija, izvedli smo deskriptivno študijo. Kot inštrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil izdelan v namen raziskave. Uporabili smo naključno vzorčenje (n=45), raziskavo smo izvedli v treh zdravstvenih ustanovah med zaposlenimi v zdravstvu. **Rezultati:** Z anketo smo ugotovili, da anketiranci cenijo svoje vodje in so z njihovim vodenjem zadovoljni. Ugotovili smo tudi, da zaposlenim v zdravstveni in babiški negi pojem čustvena inteligenca ni tuj. **Diskusija in zaključek:** Najpomembnejši del nebesedne komunikacije je izražanje in prepoznavanje čustev. Sposobnost ustreznega izražanja čustev, prav tako občutljivost za čustveno doživljanje drugega sta pomembni spretnosti, s katerimi posameznik vstopa v socialne situacije. anketo smo ugotovili, da anketiranci cenijo svoje vodje in so z njihovim vodenjem zadovoljni. Ugotovili smo tudi, da zaposlenim v zdravstveni in babiški negi pojem čustvena inteligenca ni tuj, točne definicije pa ne poznajo.

Ključne besede: vodja, vodenje, komponente čustvene inteligentnosti, kadri

ABSTRACT

Introduction: Emotional intelligence are the abilities of recognition, mastering and expression of feelings and the ability to treat people. The recognition and the use of one's feelings and feelings of others is an important skill which enables the leader to lead appropriately, and enables others to make successful cooperation and interpersonal relations. Emotional intelligence is a basis that has an impact on the success of leadership and is a herald of a different approach to people. Traditional values like intelligence, resistance, determination and vision are not enough for success. Other contents of a person's personality and mastering like self - awareness, self - regulation, motivation, empathy and social skills are needed. **Methods:** Descriptive and empirical methods were used in the article. Slovene and foreign literature were reviewed with the use of COBIS.si, CINAHL and Medline (PubMed). The search was made in the period from September 2018 to October 2018. The research was made by using the questionnaire that was distributed to forty-five healthcare employees in three healthcare institutions. **Results:** According to the data received we can assume that leaders in three healthcare institutions, where the research took place, are emotionally intelligent. The results also show some deviation in knowledge about emotional intelligence of leaders from the point of view of their employees. **Discussion and conclusion:** the most important part of a non - verbal communication is the expression and recognition of feelings. The ability of an appropriate emotional expression and the sensibility for the emotional experiences of others are important abilities which enable entering social situations. The questionnaire helped us to find out that the respondents appreciate their leaders, and that they are satisfied with the way the leaders lead. We also found out that respondents who work in nursing and midwifery care recognize the term emotional intelligence, but the definition of the term is unknown.

Key words: the leader, leadership, the components of emotional intelligence, employees

UVOD

V zadnjih letih se v slovenski praksi pri delu z ljudmi uveljavlja pojem čustvena inteligenca. Gre za sposobnosti prepoznavanja, obvladovanja in izražanja čustev ter spretnost ravnanja z ljudmi. Minili so časi, ko je veljalo prepričanje, da v delovnih okoljih ni prostora za čustva ter da je uspešen le tisti vodja, ki ima najvišji inteligenčni količnik. Pozornost se je namenjala tudi primernim, predvsem pa dolgim delovnim izkušnjam in strokovnosti.

Prepoznavanje in uporaba lastnih čustev ter čustev drugih je pomembna veščina, ki vodi omogoča ustrezno vodenje zaposlenih, drugim pa uspešno sodelovanje in medosebne odnose. Čustvena inteligenca je torej temelj, ki pripomore k večji uspešnosti pri vodenju ljudi in je znanilec drugačnega pristopa do ljudi. Moč čustveno inteligentnega vodje je v tem, da navdihne, zbudi strast in navdušuje ter krepi motivacijo in predanost (Goleman, 1998).

Daniel Goleman je znanstveni novinar in psiholog, ki je prvi spregovoril o tako imenovani »čustveni inteligenci«. Leta 1995 je izdal knjigo z istim naslovom in ta koncept uvedel v poslovanje. V ta namen je opravil raziskavo v 200 velikih globalnih družbah. Ugotovil je, da so tradicionalne lastnosti, kot so inteligenca, upornost, odločnost in vizija premalo za uspeh. Potrebne so še druge vsebine človekove osebnosti in ravnanja. Mednje sodijo samozavedanje, samoregulacija, motivacija, empatija in socialne veščine (Goleman, 1998).

Najbolj učinkoviti vodje so si podobni po eni bistveni, skupni stvari: imajo veliko mero tega, kar imenujemo čustvena inteligenca. Inteligenčni kvocient in tehnične sposobnosti so pomembne kot začetne sposobnosti za vodilne položaje. Predpogoj za dobro vodenje je čustvena inteligenca in če tega človek nima, ima lahko najboljše usposabljanje na svetu, prodoren um in neskončno zalogo dobrih idej, pa še vedno ne bo dober vodja (Goleman, 1998).

Večina velikih podjetij, večinoma ne v javni upravi, ima dandanes zaposlene psihologe za razvitje kompetenčnega modela, za identifikacijo, usposabljanje in promoviranje podjetij in vodij. Goleman je preučil kompetenčne modele 188 podjetij, po večini velikih in globalnih, med katerimi so bili British Airways, Credit Suisse itd. Njegov glavni cilj je bil določiti, katere osebne lastnosti privedejo do izjemnih rezultatov v teh organizacijah in v kolikšnem obsegu. Sposobnosti je razporedil v 3 kategorije: tehnične sposobnosti, kot sta npr. računovodstvo in poslovno načrtovanje, kognitivne sposobnosti, kot je analitično sklepanje ter kompetence, ki kažejo na čustveno inteligenco kot je npr. sposobnost delati z drugimi ter učinkovitost pri uvajanju sprememb (Goleman, 1998).

Sposobnosti čustvene inteligence so (Goleman, 1998):

- **Samozavedanje:** Samozavedanje je prva komponenta čustvene inteligence in se zdi tudi najpomembnejša. Pomeni globoko razumevanje posameznikovih čustev, močnih strani, slabosti, potreb in gonil. Ljudje z močnim samozavedanjem niso niti preveč kritični niti nimajo nerealnih pričakovanj. So dejansko pošteni - tako sami s seboj kot tudi do drugih. Taki ljudje prepoznajo, kako njihova čustva vplivajo na njih in na druge okrog njih v delovnem procesu. Točno vedo, kam so namenjeni in zakaj, sposobni so obiti ovire, ki se jim postavijo na pot in to brez velikega stresa in negativnega vpliva na sodelavce. Imajo sposobnost točnega navajanja in odprtosti glede svojih čustev in vpliva le-teh na njihovo delo. Ena izmed značilnosti samozavednosti je sposobnost samega sebe opisati na humoren način. Ljudje na splošno občudujejo in spoštujejo odkritost. Prav tako morajo vodje nenehno podajati nepristranska mnenja o sposobnostih – svojih lastnih in drugih. Ljudje, ki sami sebe pošteno ocenijo – torej samozavedni ljudje – prav to dobro delajo tudi za organizacije, ki jih vodijo.
- **Samoregulacija:** Vodilo našim čustvom in ravnanju so biološki impulzi. Nemoremo jih odstraniti, lahko pa storimo veliko, da z njimi upravljamo. So kot nenehno pogovarjanje s samim s seboj in so sestavni del čustvene inteligence. Človeka osvobodijo iz objema lastnih čustev in občutkov in najdejo način, kako svoja čustva nadzirati, kontrolirati in jih usmeriti v koristna. Ljudje, ki imajo svoja čustva pod nadzorom, so sposobni ustvariti okolje zaupanja in pravičnosti. Nihče ne bo bita znan kot vročekrvnež, če je šef znan po mirnem pristopu. Veliko slabega, kar se zgodi v delovnem okolju, je posledica impulzivnega vedenja. Tako kot samozavedanje tudi samoregulacija pogosto ne dobi svoje cene, saj se smatrajo ljudje, ki nadzorujejo svoja čustva, hladnokrvni, njihove preišljene reakcije pa se smatrajo kot pomanjkanje strasti. Na ljudi z ognjevitim temperamentom se pogosto gleda kot tiste s karizmo in močjo.
- **Motivacija:** Skupna točka vseh uspešnih voditeljev je motivacija. Prvi znak je strast do dela samega – takšni ljudje iščejo kreativne spremembe, se radi učijo in s ponosom predstavijo dobro opravljeno delo. Sprašujejo se, zakaj je nekaj narejeno na tak in ne na drugačen način, raziskujejo nove pristope in se ne ustavijo pri prvi oviri. Tudi rezultate uspeha držijo na nivoju, ga vzdržujejo in ostanejo optimistični celo kadar rezultat ne govori njim v prid. Če sam sebi lestvico uspeha nastaviš visoko, potem boš to storil tudi za organizacijo, kadar boš imel priložnost za to.
- **Empatija:** Empatija je najlažje prepoznavna kot ena izmed dimenzij čustvene inteligence. Toda empatija ne pomeni »jaz sem dobro, ti si dobro« in potem vsi jokajo. Zavodjotone pomeni, da se postavi v čustva drugih in daskušabitivsem vsečen. Empatija pomeni preišljeno razmišljanje o čustvih zaposlenega – skupaj z drugimi dejavniki – v procesu inteligentnega odločanja. Za primer vzemimo izziv vodenja tima. Timi so kotli mehurčkastih čustev. Pogosto morajo doseči nek konsenz, dogovor – kar je težko že pri dveh sodelujočih, kaj šele, če je sodelujočih več. Pojavijo se velike razlike. Vodja tima mora biti sposoben občutiti in razumeti poglede vseh v timu. Ljudje z empatijo so dovetni tudi za govorico telesa in brez izrečenih besed razumejo razna, tako pozitivna kot tudi negativna sporočila. Empatični vodje naredijo več kot pa le čutijo z ljudmi: uporabijo svoje znanje z namenom izboljšanja v podjetju na subtilen, a pomemben način.

- Socialne veščine: Empatija in socialne veščine so način posameznikove sposobnosti vzdrževanja razmerja z drugimi. Kot komponenta čustvene inteligence socialne veščine niso tako preproste. Ne gre samo za stvar prijateljstva, so prijateljstvo z namenom. Stremijo k premiku ljudi v želeni smeri, ne glede na to, ali gre za strinjanje o novem postopku, novem proizvodu ali novi tehnologiji.

Ne smemo misliti, da dobri stari inteligenčni kvocient in tehnične sposobnosti niso pomembni pri uspešnem vodenju. Vendar pa receptura ne bi bila popolna brez čustvene inteligence. Včasih je veljalo razmišljanje, da je komponente čustvene inteligence »lepo imeti«, če si vodja. Dandanes pa vemo, da, za potrebe uspeha, vodje te komponente »morajo imeti« (Goleman, 1998).

Gardner je raziskoval dejavnike inteligentnosti in ugotovil, da obstaja sedem oblik le-teh in da so dedni, vendar se lahko z učenjem in prakso razvijajo. Razvrstil je jezikovno, logično, prostorsko, glasbeno, interpersonalno in intrapersonalno inteligenco. Ta teorija je bila za nekatere raziskovalce pomanjkljiva (Stare & Seljak, 2006).

Grant (2009) je ugotovil, da sta termin čustvena inteligenca izoblikovala ameriška psihologa John Mayer in Peter Salovey, ki sta želela z njim zaobjeti človekove lastnosti, kot sta npr. samozavest in obvladovanje čustev. Avtorja sta prva odkrila štiri temelje čustvene inteligence, ki so: sposobnost natančno zaznavati, oceniti in izraziti čustva, zavestno občutenje ali vzbujanje čustev, da bolje razumemo sebe in druge, sposobnost razumeti čustva in spoznanja, ki jih čustva prinašajo ter sposobnost uravnavati čustva tako, da spodbujajo čustveno in intelektualno rast.

Ramuzin (2010) pojasnjuje, da je na temeljih, ki sta jih zastavila Mayer in Salovey, kasneje Goleman opredelil čustveno inteligenco bolj kot sposobnost za zaznavanje samega sebe. Ta tako določa, kaj posameznik dela in kako bo to delal. Dejstva, ki jih zadnja leta na novo odkrivajo v zvezi s čustvi, so pravzaprav resnice, ki so bile kristalno jasne že starim Grkom: da so čustva logična, uporabna in smiselna.

Primer raziskave, ki jo je v svojem diplomskem delu zajela avtorica Vodopivec (2008), kjer je bila izvedena anketa o čustveni inteligenci na delovnem mestu, je pokazala, da čustvena inteligenca ni odvisna od spola.

V primerjavi z inteligenčnim količnikom, ki ostane vse življenje enak, se čustvena inteligentnost razvija in se z izkušnjami izpopolnjuje vse življenje. Razumska inteligentnost pomaga človeku, da se uveljavi in poskrbi zase, čustvena inteligentnost pa omogoča sodelovanje z drugimi, povezanost z drugimi in biti eno z drugimi (Stare & Seljak, 2006).

Kranjc (2012) ugotavlja, da čustvena inteligenca močno vpliva na motivacijo in da čustveno motivirana oseba dela več in uspešneje.

Čustvena inteligenca se zelo povezuje s čustveno spretnostjo. Čustvene spretnosti se delijo v dve skupini: osebne in družbene spretnosti. Gre za vsebine, ki se povezujejo z umom in se z njim povezujejo in dopolnjujejo (Stare & Seljak, 2006).

Mc Queen (2004) v svoji metaanalizi čustvene inteligence v zdravstveni negi poudarja učenje in usposabljanje medicinskih sester pri osvajanju socialnih veščin, saj se inteligence da naučiti.

Namen prispevka je predstaviti rezultate analize o čustveni inteligenci v povezavi z vodenjem, ki smo jih pridobili s pomočjo ankete.

Postavljeni sta bili dve raziskovalni vprašanji:

V₁: Ali so vodje v zdravstvenih organizacijah čustveno inteligentni?

V₂: Ali zaposleni poznajo pojem čustvene in inteligence?

METODE DELA

Izbrali smo deskriptivno metodo dela, podatke smo zbirali z anketiranjem.

Opis instrumenta

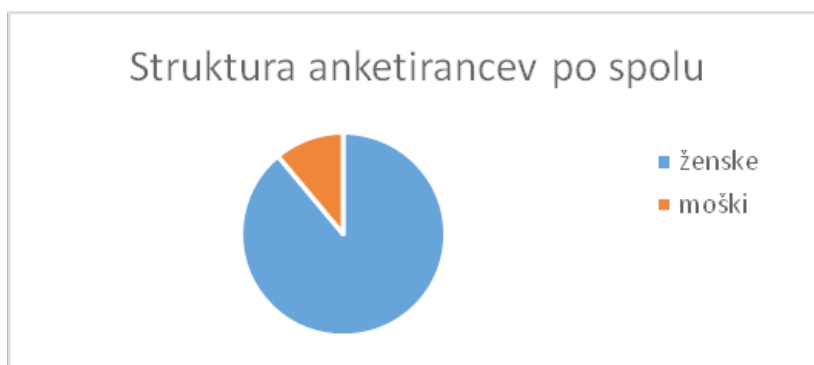
Uporabili smo metodo anketiranja. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je vsebovala 10 vprašanj. Anketa je nastala na podlagi pregledane literature. Podatki so bili obdelani ročno. Z uporabo ankete in anketiranjem zaposlenih (sodelavcev) smo pridobili podatke o čustveni inteligenci v povezavi z vodenjem. Pri izpolnjevanju ankete je bila anketirancem zagotovljena anonimnost.

Opis vzorca

V anketo smo vključili sodelavce, ki so zaposleni v zdravstveni in babiški negi na ne vodilnih mestih. Razdeljenih je bilo 50 anket, popolnoma izpolnjeno anketo nam je vrnilo 45 zaposlenih, kar predstavlja 90 % realizacijo vzorca.

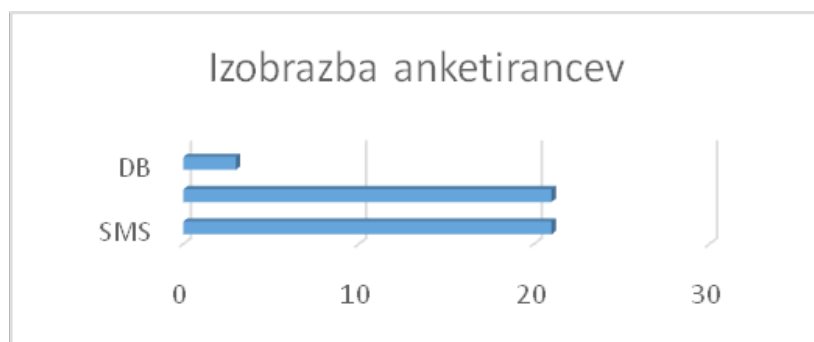
REZULTATI

Na Slika 1 je prikazana struktura anketirancev po spolu, na sliki 2 pa struktura anketirancev glede na izobrazbo.



Slika1: *Struktura anketirancev po spolu.*

V anketi je sodelovalo 40 (88,9 %) žensk in 5 (11,1 %) moških.



Slika 2: *Struktura anketirancev po izobrazbi.*

V anketi je sodelovalo 21 (46,7 %) srednjih medicinskih sester, 21 (46,7 %) diplomiranih medicinskih sester ter 3 (6,6 %) diplomirane babice.

V tabeli 1 je prikazano poznavanje pojma čustvena inteligenca.

Tabela 1: Poznavanje pojma čustvena inteligenca.

Vprašanje oziroma trditev	Da	%	Ne	%
Ali Vam je poznan pojem čustvena inteligenca?	39	86,7	6	13,3
Ali vodja razume Vaše probleme?	37	82,2	8	17,8
V kriznih situacijah Vaš vodja ostane umirjen?	30	66,7	15	33,3
Ali Vas vodja vzpodbuja pri Vašem delu?	31	68,9	14	31,1
Vodja je pošten do vseh sodelavcev?	30	66,7	15	33,3
Čustvena inteligenca je enaka pri moških in pri ženskah.	31	68,9	14	31,1
Ali se z Vašim vodjo lahko pogovorite?	42	93,3	3	6,7
Čustvena inteligenca se pridobi z učenjem.	26	57,8	19	42,2
Čustvena inteligenca je za vodje čisto nepomembna.	36	80,0	9	20,0
Ali ste zadovoljni s svojim vodjo?	35	77,8	10	22,2

Pri prvem vprašanju nas je zanimalo ali zaposleni poznajo pojem čustvena inteligenca. Na odgovor DA je odgovorilo 39 zaposlenih (86,7 %). Na odgovor NE je odgovorilo 6 zaposlenih, kar znaša 13,3 %.

Drugo vprašanje je vsebovalo pojem vodje; zanimalo nas je ali vodje razumejo njihove osebne ali delovne probleme. 37 (82,2 %) zaposlenih je odgovorilo z DA, 8 (17,8) zaposlenih je povedalo da NE.

Tretje vprašanje je vsebovalo temo krizne situacije, zanimalo nas je, ali vodja ostane miren v kriznih situacijah. Na odgovor DA je odgovorilo 30 zaposlenih, kar znaša 66,7 % anketiranih, na odgovor NE je odgovorilo 15 zaposlenih, kar znaša 33,3 % zaposlenih.

Pri četrtem vprašanju nas je zanimalo, če vodja v službi motivira in vzpodbuja delo zaposlenih. Z odgovorom DA je odgovorilo 31 (68,9 %), z odgovorom NE pa 14 (31,1 %) zaposlenih.

Pri petem vprašanju nas je zanimalo dejstvo, ali je vodja enako pošten do vseh zaposlenih v delovni organizaciji. Na odgovor DA je odgovorilo 30 zaposlenih, kar znaša 66,7 % anketiranih, na odgovor NE je odgovorilo 15 zaposlenih, kar znaša 33,3 %.

Šesto vprašanje je vsebovalo vprašanje med spoloma - ali obstajajo razlike med ženskami in moškimi, ko gre za vprašanje čustvene inteligentnosti. Na odgovor DA je odgovorilo 31 (68,9 %) ljudi, na odgovor NE pa 14 (31,1 %) ljudi.

Na sedmo vprašanje o tem, ali se lahko zaposleni z vodjo kadarkoli pogovori, je na odgovor DA odgovorilo 42 (93,3 %) zaposlenih, na odgovor NE pa 3 (6,7 %) zaposlenih.

Pri osmem vprašanju nas je zanimalo ali se čustvena inteligenca lahko pridobi z učenjem le-te. Na odgovor DA je odgovorilo 26 zaposlenih, to je (57,8 %), na odgovor NE pa je odgovorilo 19 zaposlenih, kar znaša 42,2 % zaposlenih.

Na predzadnje vprašanje smo iskali odgovor na to, ali je čustvena inteligenca za vodje čisto nepomembna. Na odgovor DA je odgovorilo 36 (80,0 %), na odgovor NE je odgovorilo 9 (20,0 %) zaposlenih.

Pri zadnjem zastavljenem vprašanju smo spraševali zaposlene ali so zadovoljni s svojim trenutnim vodjem. Na odgovor DA je odgovorilo 35 (77,8 %), na odgovor NE pa 10 (22,2 %) zaposlenih.

DISKUSIJA

Prvo raziskovalne vprašanje, ki smo si ga zastavili, se glasi: »Ali so vodje v zdravstvenih organizacijah čustveno inteligentni?« Na to vprašanje smo odgovarjali z 2., 3., 4., 5., 7., 9., in 10. anketnim vprašanjem oz. trditvijo, ki so se nanašali na vodje ter njihovo vodenje v povezavi z zaposlenimi. Po mnenju anketirancev njihov vodja razume probleme, ki jih imajo njegovi zaposleni.

Zelo velik odstotek anketirancev meni, da se lahko s svojim vodjem pogovorita ob morebitnih dvomih ali problemih. Vodja jim prisluhne ter jim pri tem pomaga.

Anketiranci po drugi strani menijo, da je za njihove vodje čustvena inteligentnost čisto nepomembna. To lahko gledamo na dva načina: prvič, da zaposleni smatrajo, da so njihovi vodje čustveno neinteligentni in drugič, da smatrajo, da je čustvena inteligenca za vodenje nepomembna. Podobnega mnenja so anketiranci pri vprašanih delovanju vodje v kriznih situacijah, vzpodbujanju vodje pri opravljanju dela in pri tem, ali je vodja pošten do vseh sodelavcev enako. Na vprašanje, če so zadovoljni z vodenjem svojega nadrejenega, pa jih kar velika večina odgovarja pozitivno.

Drugo raziskovalno vprašanje pa se je glasilo: »Ali zaposleni poznajo pojem čustvene in inteligence?« Odgovor na to raziskovalno vprašanje smo dobili s postavljenim prvim, šestim, osmim in devetim vprašanjem oz. trditvijo. Prvo vprašanje se je glasilo: »Ali vam je poznan pojem čustvena inteligenca?« Izmed 45 anketiranih jih je 39 (86,7%) odgovorilo z DA, kar je zelo lepa večina. Vendar, če primerjamo odgovore, ki smo jih pridobili na osmo, deveto in šesto vprašanje lahko vidimo, da zaposleni ne vedo veliko o tem, kaj natančno je pojem čustvena inteligenca in kaj obsega. Šesto vprašanje govori o enako razviti čustveni inteligenci obeh spolov; načeloma velja, da je pri obeh spolih čustvena inteligenca enaka. Na odgovor DA je odgovorilo 31 anketiranih, kar znaša 68,9%. Do enakih ugotovitev je v svoji raziskavi prišla tudi Vodopivec (2008). Osmo vprašanje je spraševalo o tem, ali se lahko čustvene inteligence naučimo. Pritrdilno je odgovorilo samo 26 (57,8%) anketirancev, kar je razmeroma nizka številka. Kot smo izvedeli pri pregledu literature, se čustvena inteligenca lahko pridobi z učenjem. Na predzadnje oz. deveto vprašanje, kjer sprašujemo o nepomembnosti čustvene inteligence za vodjo, je s pritrdilnim odgovorom odgovorilo 36 (80%) anketirancev. Iz navedenega lahko sklenemo, da je pojem čustvena inteligenca poznan, jim ni tuj, kaj vse obsega in kako jo opredeliti je pa bolj neznanka.

Z raziskavo smo dobili odgovore na zastavljeni raziskovalni vprašanji. Glede na rezultate ankete ne moremo trditi, da naši zaposleni razumejo pojem čustvene inteligence. Glede na vprašanja, ki naj bi razkrivala komponente čustvene inteligence pri vodjih v treh obdelanih organizacijah lahko rečemo, da so le ti čustveno inteligentni. Vprašanje pa je, če so zaradi tega te organizacije tudi kaj bolj uspešne. Raziskava ne pove dosti kakšne so razmere na drugih področjih npr. kako poteka timsko delo in kako se sodelavci razumejo med seboj. Timsko delo pa je ena najbolj pomembnih oblik dela v zdravstveni negi. Pri delu v skupinah oz. timih je posameznik lahko uspešen, če se zaveda svojih zmogljivosti, fizičnih, umskih, in tudi psihičnih. Bolj kot je delo zahtevno, bolj je čustvena inteligenca odločilna in pomembna. Čustveno odzivanje v odnosu do sodelavcev, strank oz. vseh tistih, s katerimi stopamo v medsebojne odnose, odločilno vpliva na učinkovitost in rezultate (Grant, 2003).

ZAKLJUČEK

Iz članka avtorja Golemana (1998) je razviden pozitiven vpliv čustvene inteligence na izboljšanje uspešnosti in produktivnosti vodij. Ker je področje zdravstvene in babiške nege pri nas v veliki meri omejeno na delo v javnem sektorju, kjer se produktivnost ne more meriti na enak način, bi bilo smiselno v prihodnosti oblikovati raziskavo, ki bi ugotavljala pozitiven vpliv čustvene inteligence na delo zdravstvenega osebja na drugačen način. Način merjenja, ugotavljanja pozitivnega vpliva čustvene inteligence vodij na zaposlene bi bilo verjetno v bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah nekoliko bolj zapleteno izmeriti, kot pa v podjetju. Rezultati pa bi lahko zelo veliko pripomogli k vpogledu v dinamiko medosebnih odnosov med zaposlenimi in njihovimi vodji in vpliv le-te na zadovoljstvo in učinkovitost pri delu. Zanimivo bi bilo tudi preveriti, ali res ne obstajajo razlike med spoloma oziroma ali obstajajo razlike glede na starost vodij. Morda imajo starejši vodje pogostejše avtoritativni način vodenja z manj osebnega posluha in razumevanja do zaposlenih in bi potrebovali nekoliko več izobraževanja na področju čustvene inteligence, da bi spoznali njen pomen za učinkovitost dela ali pa imajo mlajši vodje premalo razdelane smernice sodobnega vodenja in delujejo po posluhu, oz. tako, kot so ga naučili.

LITERATURA

- Goleman, D., 1998. What Makes a Leader? *Harvard Business Review*, 76(6): pp. 93–102.
- Grant, W., 2003. *Vsakdanji nesporazumi*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Krajnc, M., 2012. Vpliv čustvene inteligentnosti na delovno uspešnost. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(2), pp. 60–72.
- Mc Queen, A., 2004. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), pp. 435–447.
- Rabuzin, I., 2010. Čustvena inteligenca – mit ali znanstvena kategorija. In: Š. Bojnec, et al., eds. *Zbornik 7. festivala raziskovanja ekonomije in managementa: zbornik predavanj. Koper, Celje, Škofja Loka, 2.–3. december 2010*. Koper: Fakulteta za management, pp. 243–50.
- Stare, J. & Seljak, J., 2006. *Vodenje ljudi v upravi: povezanost osebnostnega potenciala za vodenje z uspešnostjo vodenja*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
- Vodopivec, M., 2008. *Čustvena inteligenca na delovnem mestu: diplomsko delo*. Kranj: B&B Višja strokovna šola.



**UPORABA SIMULACIJE
KOT SODOBNE METODE
UČENJA ZA DVIG
KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU
- IZKUŠNJE V ZD
LJUBLJANA**

**Use of simulation as a
modern form of education
for raising quality in
healthcare – Experience
in CHC ljubljana**

**Pred. Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del.
Robertina Benkovič, dipl. m. s., univ. dipl. org.
Davorin Marković, dipl. zn.
Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center**

uros.zafosnik@zd-lj.si

IZVLEČEK

Simulacije v zdravstvu so uspešen način za vse zdravstvene time, da trenirajo spretnosti in veščine v varnem okolju. Simulacije so učinkovita, etična in varna metoda za treniranje teoretičnih vsebin. Udeleženci na tak način pridobijo izkušnje za obravnavo vitalno ogroženega pacienta. Namen uporabe simulacij v zdravstvu je učenje realnih situacij v realnem kliničnem okolju.

Glede na izkušnje učenja s simulacijami v zdravstvu mnogim profesionalcem v zdravstvu še vedno ni dostopno. Dejavniki, ki ovirajo izvajanje simulacijskega usposabljanja, so pomanjkanje znanja in opreme za izvajanje simulacij v zdravstvu, visoki stroški izobraževanja in časovna omejitev zdravstvenih timov. V članku bomo predstavili primer mobilne simulacijske enote (»SIM mobil«), ki vsem zdravstvenim timom na primarnem nivoju v Sloveniji in širše omogoča dostop do sodobne simulacijske opreme.

Ključne besede: simulacija, SIM center, izobraževanje, primarna zdravstvena oskrba, mobilna simulacijska enota

ABSTRACT

Simulations in healthcare are an excellent way for healthcare teams to train their skills in a safe environment. Simulations therefore are an efficient, ethical and safe method to train theoretical contents. With this method participants can get experience about managing vital endangered patients. Simulations must also be as real as the clinical environment.

But sadly learning with simulations is not available to all healthcare professionals. Contributing factors that affect this are the lack of knowledge and equipment to perform simulations and high cost of education combined with the lack of time in healthcare teams. For this reason we developed a mobile simulation unit (SIM mobile). With its help we can make modern simulation equipment available to all primary healthcare teams in Slovenia and abroad.

Keywords: simulation, Sim centre, education, primary healthcare, mobile simulation unit

UVOD

Zaradi vedno večjih pričakovanj pacientov in vedno večji skrbi za zmanjševanje tveganj pri delu s pacienti je bistveno razmišljati o uporabi simulacij v zdravstvu kot uspešni metodi poučevanja vseh zaposlenih v zdravstvu. Tveganja v delovnem okolju že vrsto let zmanjšujejo prav s simulacijami v letalski industriji. Simulacije v zdravstvu so trenutno v dobi »mladostništva«, kar pomeni, da se hitro razvijajo ter da se preizkušajo na različnih področjih. Mnoge evropske države razmišljajo o simulacijah kot obveznih vsebinah za ohranjanje licence zdravstvenih delavcev.

Zdravstveni timi se dnevno soočajo z vedno več obremenitvami, kot na primer preveč pacientov, administrativne zahteve, doseganje standardov kakovosti. Pri tem je potrebno poudariti, da se zdravstveni timi ne glede na to, kje so zaposleni, pogosto soočajo tudi z vitalno ogroženimi pacienti. Vsakodnevno so tako izpostavljeni varnostnim tveganjem, ki še posebej ogrožajo paciente. Za ugotavljanje kakovosti dela in identifikacijo morebitnih napak in varnostnih tveganj v obravnavi pacienta je bistveno izkoristiti prednosti učenja s simulacijami v zdravstvu.

Kalischi (2014) govori o izboljšanju kakovosti dela v zdravstveni negi prav zaradi uporabe simulacij v izobraževanju. Učenje s simulacijami je varen, učinkovit in etičen način izobraževanja. Simulacijski centri zagotavljajo usposabljanje zdravstvenim timom, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in zadovoljstva z večjo učinkovitostjo. S simulacijami lahko izboljšamo rezultate izobraževanja ter s tem praktično usposobljenost študentov zdravstvene nege (Roh, Lim, 2014). Ballangrud in avtorji zagovarjajo, da z učenjem v SIM centru izboljšamo varnost pacientov. Dowson (2013) opisuje boljše rezultate pri delu s skupino, ki je bila deležna izobraževanja s simulacijami v zdravstvu v primerjavi s kontrolno skupino, ki tega ni bila deležna.

V nadaljevanju prispevka bomo predstavili tri najpogostejše metode dela v simulacijskem centru: simulacije z obogateno resničnostjo, uporaba simulacij s primeri standardnih pacientov ter in-situ simulacije.

SIMULACIJE Z OBOGATENO RESNIČNOSTJO

Potrebno je opozoriti na glavno težavo oziroma omejitev, ki se pojavlja pri usposabljanju s simulacijami v zdravstvu - časovna omejitev, ki pride v ospredje predvsem pri nepripravljenem kandidatu. Slednjega velikokrat ne moreš pripraviti na simu-

lacije skozi teorijo in ročne spretnosti. Zato smo intenzivno razmišljali o nadgradnji standarda učenja s simulacijami v zdravstvu, kar bi nam omogočilo kvalitetnejšo pripravo kandidata na izvedbo simulacije. V Simulacijskem centru Zdravstvenega doma Ljubljana (SIM center ZD Ljubljana) smo tako razvili program učenja z obogateno resničnostjo, s katerim dosegamo maksimalno realnost kritične situacije: zdravljenje vseh nujnih stanj - kadarkoli in kjerkoli. Izdelek je najnaprednejši simulator te vrste (<https://awake.health>).

Microsoft HoloLens je prvi samostojni holografski računalnik, ki nam omogoča, da se ukvarjamo z vsebino in interakcijo. Doživljamo novo dimenzijo ustvarjalnosti in učenja. Orodje nam omogoča še hitrejše reševanje težav, v našem primeru oskrbe vitalno ogroženega bolnika. Gre za učenje vsebin oskrbe vitalno ogroženega bolnika/poškodovanega v najkrajšem možnem času in najmanjšim možnim vložkom denarja. V HoloLens »vstavljamo« vse možne realne scenarije, ki jih inštruktorji SIM centra doživljajo v realnem kliničnem okolju. Scenarij je tako realen, da velikokrat ne razlikuješ med realnostjo in scenarijem v HoloLens očalih.

Georg in Zary (2014) zagovarjata simulacije v obliki navidezne resničnosti, ki omogoča povezovanje teorije s prakso. S tem načinom učenja dodatno povečamo varnost bolnikov, izboljšujemo klinične rezultate z vključitvijo simulacij z obogateno resničnostjo v procesu učenja in usposabljanja. Učeči se lažje pripravi na stres, ki se sprošča v fazi reševanja obolelega, poškodovanega. Prav tako učeči dosega uvid, zakaj je kontinuirano usposabljanje iz vsebin nujnih stanj nujno potrebno. Omenjeni način usposabljanja vpeljemo takoj po učenju teorije in ročnih spretnosti, kjer lahko s pomočjo obogatene resničnosti kandidata uspešno pripravimo na simulacije. Kandidata pripravljamo do popolne uspešnosti, scenarij lahko ponavljamo v nedogled. Kandidat tako lažje razume vsebine in je tako bolj pripravljen na izvedbo simulacije.

Uporaba simulacij s primeri standardnih pacientov

Učenje s simulacijami v zdravstvu je nujno potrebno nadgraditi tudi z metodo učenja standardni oziroma simulirani pacient. »Standardni pacienti« so igrani pacienti, ki odigrajo svoje težave in simptome. Zdravniki in medicinske sestre (zdravstveni tim) imajo tako možnost osvajati dodatna znanja oziroma utrjevati svoja znanja ob »živem« pacientu. »Standardni pacienti« so posamezniki, ki gredo pred začetkom programa skozi intenzivne priprave, v katerih natančno osvojijo vlogo bolnika, ki ga bodo igrali. Program »standardni pacient« je zelo kakovosten in intenziven izobraževalni program, saj gre za izmenjavanje znanj med inštruktorjem, ki vodi simulacijo, standardnim pacientom, ki igra vlogo pacienta, ter učencem, ki pridobiva znanje med simulacijo. Z uporabo omenjene metode so mnoge simulacije še bolj realne, kot na primer oskrba poškodovanca, psihiatričnega bolnika, agresivnega bolnika, svojca pacienta (Zafošnik idr., 2018).

»In-situ simulacije«

Weinstock in avtorji (2009) poudarjajo, da je »in-situ simulacija« uspešna in tudi stroškovno bolj učinkovita metoda, kajti pri omenjeni se ne uporabljajo materiali iz Simulacijskega centra (SIM center), temveč izobraževanje poteka v realnem kliničnem okolju z opremo ekipe, ki se uči. »In-situ simulacije« so vrste simulacij z izvajanjem v realnem kliničnem okolju. Udeleženci se med simulacijami nahajajo na svojem delovnem mestu in uporabljajo svojo medicinsko opremo. Tovrstna oblika simulacij omogoča identifikacijo napak, ki so skrite v sistemu obravnave pacienta. Omenjene napake med oskrbo pacienta lahko vodijo v neželene škodljive učinke, saj intervencije niso optimalne in se izgublja preveč časa v postopkih, ki bi se morali izvajati tekoče, hitro in brez napak. Rosen in avtorji (2012) opisujejo »in-situ simulacije« kot nove oblike izobraževanja, ki prinašajo dobre rezultate v obravnavi pacienta. Prav tako Miller in avtorji (2008) opisujejo »in-situ simulacije« kot način izobraževanja, s katerimi dosežemo varno vedenje zdravstvenega tima v kliničnem okolju. »In-situ simulacije« so izredna priložnost za ugotavljanje latentnih varnostnih tveganj (LVT) v procesu zdravljenja. Slednje zagovarja Petterson z avtorji (2013), ki »in-situ simulacije« opisujejo kot praktično metodo za odkrivanje LVT in okrepitev timskega dela. »In-situ simulacije« tako pozitivno vplivajo na varnostno klimo v kliničnem okolju z visoko stopnjo tveganja. Yajamanyam in Sohi (2015) »in-situ simulacije« označujeta kot metodo za izboljšanje varnosti pacientov. Gre za nov pristop k odkrivanju pomanjkljivosti v sistemih zdravstvenega varstva, ki jih poimenujemo kot latentna varnostna tveganja. Z »in-situ simulacijami« dosegamo izboljšanje kakovosti, odkrivamo več LVT, s čimer se izboljša varnost pacientov. LVT je opisoval tudi Wetzel s sodelavci (2013), ki so jih označili kot napake v zasnovi, organizaciji, usposabljanju ali vzdrževanju in lahko prispevajo k zdravniškim napakam ter imajo velik vpliv na varnost pacientov. LVT opisuje kot bistvo vsake simulacije, na podlagi katere lahko na koncu podamo priporočila za izboljšave učečemu timu. Z LVT lahko spremljamo tudi uspeh posameznega tima, ko spremljamo rezultate slednjega skozi določeno časovno obdobje (rezultat tima ob vedno istem scenariju). Po vsakem usposabljanju pričakujemo verjetno padanje ugotovljenih LVT.

V nadaljevanju članka bomo predstavili primer mobilne simulacijske enote (»SIM mobil«), ki vsem zdravstvenim timom na primarnem nivoju v Sloveniji in širše omogoča dostop do sodobne simulacijske opreme.

Mobilna simulacijska enota – »SIM mobil«

Čeprav mnogi avtorji (Kalischi, 2014) poudarjajo pomen in prednosti usposabljanj s simulacijami v zdravstvu, slednje mnogim žal še vedno niso dostopne. Dejavniki, ki ovirajo izvajanje simulacijskega usposabljanja, so pomanjkanje znanja in opreme za izvajanje simulacij v zdravstvu, visoki stroški izobraževanja in časovna omejitev zdravstvenih timov. Ena izmed rešitev je izgradnja regionalnih simulacijskih centrov, kar je še vedno za mnoge nedostopno zaradi prevelike oddaljenosti in predolge odsotnosti iz delovnega procesa. V ZDL, ki ima letno že preko 2,8 milijona obiskovalcev, smo simulacijski center (SIM center) ustanovili januarja 2014 (Zafošnik idr., 2018).

V SIM centru ZDL opažamo, da geografska lega učečega tima vpliva na uporabo in pogostost obiska SIM centra. Geografsko bližje kot so zdravstveni timi SIM centru ZDL, pogostejše sodelujejo pri izobraževanju v njem, in nasprotno, bolj kot je oddaljen od SIM centra, redkeje ali nikoli se ne udeležijo izobraževanja v SIM centru. Da bi omogočili dostop do takšnega načina usposabljanja in učenja čim večjemu številu timov na primarnem nivoju, smo v ZDL pričeli z izvajanjem programa »SIM mobil«. Izobraževalni program »SIM mobil« je bil pripravljen in izveden v praksi. Njegov namen je zagotoviti kakovost dela in ugotoviti morebitne napake in varnostna tveganja pri zdravljenju pacienta.

»SIM mobil« je mobilna simulacijska enota, ki vsebuje najsodobnejšo opremo za izvajanje simulacij v zdravstvu. Omogoča praktično usposabljanje z uporabo najnaprednejših simulatorjev zdravstvenim profesionalcem in laikom. »SIM mobil« je 16-metrski priklopnik z dvema prostoroma za simulacijo: soba za simulacijo in soba za debriefing. Ponuja priložnosti za izobraževalne izkušnje, ki pripomorejo k boljši oskrbi in varnosti pacientov. Tak način izobraževanja prinaša mnogo prednosti, med katerimi izpostavljam predvsem opremo v »SIM mobil«: simulator profesionalnega defibrilatorja, simulator poroda, simulator poškodovanega pacienta, uporaba realnih zdravil, simulator, ki odgovarja kot živ človek, zvočni efekti težkega dihanja, oprema za snemanje scenarijev, simulator novorojenčka, dojenčka in malega otroka.

Udeleženci prav tako uporabljajo medicinsko opremo, kot jo sicer uporabljajo v realnem kliničnem okolju. Pri vsaki simulaciji se uporablja debriefing sistem, ki omogoča snemanje scenarijev, tako da po vsakem zaključku lahko podamo povratne informacije o uspešnosti ekipe.

Razlog učenja v mobilni simulacijski enoti

Usposabljanje v »SIM mobil« daje zdravstvenemu osebju priložnost, da se sooči z vitalno ogroženim pacientom ter redkimi situacijami v kliničnem okolju (porod na terenu, vitalno ogrožen otrok,...). Učenje v mobilni simulacijski enoti tako omogoča vzdrževanje strokovnega znanja in povečanje samozavesti učečega tima, za kar tim ne rabi zapustiti svojega kraja niti svojega delovnega mesta. Program se namreč izvaja na pragu delovne organizacije učečega tima.

Dosedanje izkušnje učenja v mobilni simulacijski enoti (600 udeležencev) nakazujejo, da je uporaba »SIM mobil« za zagotavljanje usposabljanja zdravstvenih timov in laikov izvedljiva in praktična. »SIM mobil« je bil uspešno uporabljen v poskusu po vsej Sloveniji. Bil je preizkušen v različnih vremenskih pogojih, od zunanje temperature -5 °C do nad 30 °C. V vseh okoliščinah so udeleženci ocenjevali okolje »SIM mobil« kot udobno.

Ugotavljamo, da se je program »SIM mobil« za izvajanje simulacij v zdravstvu na primarnem nivoju izkazal za uspešnega, ki so ga udeleženci dobro sprejeli. Prav tako ugotavljamo, če je izobraževanje organizirano na pragu delovnega okolja, postane učenje s simulacijami v zdravstvu dostopno večjemu številu zdravstvenih timov (Zafošnik idr., 2018).

Ugotavljamo, da usposabljanje v SIM mobilu prinaša mnoge prednosti, med katerimi je v ospredju ta, da se program izvaja v kraju učečega in slednji tako prihrani čas in stroške za prevoz.

Izkušnje z uporabo metode simulacij v zdravstvu

V ZD Ljubljana smo v letu 2015 pripravili model usposabljanja z »in-situ simulacijami« oživljanja in prepoznavanja kritično bolnega pacienta. Omenjeno izvajamo v kliničnem okolju zdravstvenega tima in poteka s pomočjo simulatorja in vseh potrebnih medicinskih pripomočkov, ki jih zaposleni v zdravstvenem timu uporabljajo pri vsakdanjem delu. Simulacijo vodita dva trenerja SIM centra z vnaprej pripravljenimi kazalniki kakovosti (uporaba zaščitnih sredstev, ustrezen pristop k pacientu, zgodnji stisi prsnega koša, ocenjevanje dihanja in cirkulacije, ustrezno nameščene elektrode defibrilatorja, varna defibrilacija,

oskrba dihalne poti, ustrezna terapija, menjava na stisih prsnega koša, aktivacija dodatne pomoči, popravljivi vzroki med reanimacijo), s pomočjo katerih ugotovimo nivo pripravljenosti usposobljenosti ekipe in morebitne LVT. Na podlagi slednje- ga trenerja napišeta tudi poročilo, v katerem jasno opredelita priporočila za izboljšave za udeleženo ekipo. Glede na število prisotnih LVT spremljamo strokovni razvoj posamezne ekipe.

Pri izvedenih »in-situ simulacijah« nas je zanimala stopnja usposobljenosti zdravstvenega tima za izvajanje protokola oživljanja ter oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Zanimali so nas tudi odzivni čas ekipe, delo in komunikacija v timu ter obvladovanje opreme za oskrbo vitalno ogroženega pacienta.

REZULTATI

V raziskavi, ki smo jo opravili v prostorih SIM centra in kliničnem okolju ZD Ljubljana, so nas zanimali rezultati učenja, doseženi s simulacijami v zdravstvu, in sicer končno znanje udeležencev. Med udeleženci so bili celotni timi osnovnega zdravstvenega varstva (zdravnik, medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege), ki so vsaj enkrat letno udeleženi na izobraževanju v SIM centru iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega pacienta po konceptih učenja s simulacijami v zdravstvu: teoretično znanje, ročne spretnosti, napredne simulacije. Znanje smo preverjali s pomočjo simulacije z vnaprej pripravljenimi kazalniki kakovosti, pri čemer je potrebno poudariti, da so »in-situ simulacije« nenapovedane.

Od januarja 2015 do decembra 2018 smo organizirali 536 simulacij v SIM centru in 10 »in-situ simulacij« v realnem kliničnem okolju v ZD Ljubljana. Pri mnogih kandidatih (N = 1473) smo izmerili zadovoljstvo (93,93 %). Latentna varnostna tveganja, ki so bila ugotovljena v »in-situ simulacijah«: težave z opremo, visok stres nekaterih udeležencev, neusklajenost ekipe, predolg odzivni čas, neustrezen algoritem. Glede na število prisotnih LVT smo spremljali strokovni razvoj posamezne ekipe. V letu 2015 je bilo zaznanih 14 LVT od 60 opazovanih, v letu 2016 pa 6 LVT od 60 opazovanih, v letu 2017 8 od 60 opazovanih, v letu 2018 pa 5 varnostnih tveganj. Na podlagi omenjenih rezultatov lahko govorimo o padcu LVT, ki govore o strokovnem napredovanju ekip na področju oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Dober rezultat kandidatov pripisujemo intenzivnemu izobraževanju iz vsebin reanimacije (32 ur izobraževanj v simulacijskem centru posameznika s področja nujnih stanj v štirih letih). Rezultate si razlagamo predvsem v kontinuiranem izobraževanju ekip za nujna stanja v ZD Ljubljana.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

V ZD Ljubljana izboljšujemo varnost pacientov in rezultate obravnav pacientov (uspešno nudenje nujne medicinske pomoči v primeru nujnega stanja) tudi z učenjem s simulacijami v zdravstvu, ki smo jih nadgradili z »in-situ simulacijami«. Omenjeno se je v opisanem obdobju izkazalo kot učinkovito.

Med oskrbo vitalno ogroženega pacienta zdravstveni kader doživlja visok nivo stresa, zato je pomembno, da so na takšne situacije dobro pripravljeni. »In-situ simulacije« prav gotovo pripomorejo k boljši pripravljenosti zaposlenih na oskrbo nujnih pacientov. Z »in-situ simulacijami« dosegamo izboljšanje kakovosti, odkrivamo več LVT, s čimer se izboljša varnost pacientov.

Za večino situacij ob stiku z bolnikom se je nujno potrebno predhodno pripraviti, preden se s primerom ponovno soočimo. Razlog za slednje je redkost oziroma težavnost klinične situacije. Tako je SIM center okolje, kjer lahko pridobivamo to znanje, se učimo na lastnih napakah ter tako dosegamo želeno - izboljšati varnost bolnikov in kliničnih rezultatov. Simulacije se vse pogosteje uporabljajo v zdravstvu z namenom ustvarjanja učnega okolja, v katerem lahko študentje razvijajo samozavest in vadijo praktične in nepraktične veščine (Kneebone, 2005, Cook idr, 2011; Eppich, Howard, Vozenilek v Curran, 2011; Motola idr., 2013). Učenje s pomočjo simulacij prinaša mnoge prednosti: ustvarimo lahko veliko različnih scenarijev, tudi takšnih, ki se v realnem kliničnem okolju redko zgodijo; scenariji se lahko po težavnosti prilagodijo predhodnemu znanju učečemu; lutke reagirajo na aktivnosti zdravstvenega tima, kot bi reagiral pravi človek; simulacije so dobra priprava na stres, ki zdravstvene delavce čaka v delovnem okolju; pomagajo nam pri rasti samopodobe in zaupanja vase in v naše sodelavce; omogočajo nam pretvorbo pridobljenega teoretičnega znanja v praktične veščine; simulacijski centri, kjer poteka usposabljanje, spominjajo na realno okolje v bolnišnici; zmanjša se možnost za neželene dogodke v kliničnem okolju in poenoti in standardizira delo za vse člane tima. Kot opazamo, uporaba simulacij v zdravstvu kot sodobna učna metoda prinaša številne prednosti pred klasično metodo učenja. Nasploh nam omogoča kakovostnejše in hitrejše pridobivanje znanja, saj lahko na tak način osvojimo psihomotorične sposobnosti že pred samim vstopom v klinično okolje, kar pomeni manjše tveganje za pacienta in za nas. Z uporabo simulacij se izognemo etičnim in moralnim tveganjem, ki jih za nas predstavlja učenje neposredno ob pacientu v kliničnem okolju.

Učenje s pomočjo simulacij je tako v Sloveniji kot tudi v svetu v polnem razmahu, vendar je potencial, ki ga te sodobne učne metode ponujajo v Sloveniji, še vedno premalo izkoriščen. Od leta 2018 pa je z začetkom programa SIM mobile vsem zdravstvenim timom na primarnem nivoju v Sloveniji in širše omogočen dostop do sodobne simulacijske opreme.

LITERATURA

- Ballangrud, R., Hall-Lord, M.L., Persenius, M. & Hedelin, B., 2014. Intensive care nurses perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), pp.179-87
- Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., idr. 2011. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 306(9), pp. 978-988.
- Dowson, A., Russ, S., Sevdalis, N., Cooper, M. & De Munter, C., 2013. How in situ simulation affects paediatrics nurses clinical confidence. *British journal of nursing*, 22(11), pp. 610, 612- 617.
- Eppich, W., Howard, V., Vozenilek, J. & Curran, I. 2011. Simulation-based team training in healthcare. *Simulation in Healthcare*, 6(7), pp. 14-19.
- Georg, C. & Zary, N. (2014). Web-based virtual patients in nursing education: development and validation of theory-anchored design and activity models. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (4), 105.
- Kalisch, B.J., Aebbersold, M., McLaughlin, M., Tschannen, D. & Lane, S., 2014. An Intervention to Improve Nursing Teamwork Using Virtual Simulation. *Western Journal of Nursing Research*, 37(2), pp. 164-79
- Kneebone, R. 2005. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. *Academic medicine*, 80(6), pp. 549-553.
- Miller, K.K., Riley, W., Davis, S. & Hansen, H.E., 2008. In situ simulation: a method of experiential learning to promote safety and team behavior. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*, 22(2), pp. 105-13.
- Motola, I., Devine, L. A., Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B., 2013. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), pp.1511-1530.
- Petterson, M.D., Geis, G.L., Falcone, R.A., LeMaster, T. & Wears, R.L., 2013. In situ simulation: detection of safety threats and team work training in a high risk emergency department. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), pp. 468-77.
- Roh, Y.S. & Lim, E.J. (2014). Pre-course simulation as a predictor of satisfaction with an emergency nursing clinical course. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), DOI: <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0083>
- Rosen, M.A., Hunt, E.A., Pronovost, P.J., Federowicz, M.A. & Weaver, S., 2012. In situ simulation in continuing education for the health care professions: a systematic review. *The Journal of continuing education in the health professions*, 32(4), pp. 243-54.
- Weinstock, P.H., Kappus, L.J., Garden, A. & Burns, J.P., 2009. Simulation at the point of care: Reduced- cost, in situ training via a mobile cart. *Pediatrics critical care medicine*, 10(2), pp. 167-181.
- Wetzel, E.A., Lang, T.R., Pendergrass, T.L., Taylor, R.G. & Geis, G.L., 2013. Identification of latent safety threats using high-fidelity simulation-based training with multidisciplinary neonatology teams. Joint Commission journal on quality and patient safety. *Joint Commission Resources*, 39 (6), pp. 268-73.
- Yajamanyam, K. & Sohi, D., 2015. In situ simulation as a quality improvement initiative. Archives of disease in childhood. *Education and practice edition*, 100(3), pp. 162-163.
- Zafošnik, U., Benkovič, R. & Marković, D., 2018. Simulacije – sodobna metoda učenja za dvig kakovosti v zdravstvu. 27. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost, november 2018, Portorož.



SAMOOCENA SEZNANJENOSTI LAIČNE JAVNOSTI S POSTOPKI OŽIVLJANJA IN LOKACIJ JAVNO DOSTOPNIH AVTOMATSKIH ZUNANJIH DEFIBRILATORJEV- AED

**Self assessment knowledge lay
public with basic life support and
location public access automatic
external defibrillator - AED**

Matej Rezman, dipl. zn. (VS)

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih
strok; Visoka zdravstvena šola v Celju

viš. pred. Branko Kešpert, dipl. zn., mag. zdr. nege

Dispečerski center Maribor; Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

doc. dr. Boris Miha Kaučič, dipl. zn., univ. dipl. org.

Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

matejrezman99@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Seznajenost laične javnosti s postopki oživljanja in uporabo avtomatskega zunanjskega defibrilatorja.

IZVLEČEK

Uvod: Nenadni srčni zastoj je glavni razlog za prezgodnjo smrt v razvitem svetu. Očividci pacientu lahko pomagajo tako, da čim hitreje pokličejo na številko 112, pričnejo izvajati temeljne postopke oživljanja ter uporabijo avtomatski zunanji defibrilator, v kolikor je le-ta na voljo. Z raziskavo smo želeli ugotoviti samooceno seznanjenosti laične javnosti s temeljnimi postopki oživljanja in lokacij javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev. **Metoda:** Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja, metoda deskripcije, sinteze in komparacije. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko anketiranja, za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili strukturirani anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 80 izbranih laikov. Od posredovanih 80 anketnih vprašalnikov smo dobili vrnjenih in pravilno izpolnjenih 69, kar predstavlja 86 % realizacijo vzorca. Podatki so bili analizirani s pomočjo programa IBM SPSS 20.0, tabele in grafe pa smo oblikovali v programu Microsoft Excel 2016. **Rezultati:** Anketiranci izmed vseh ukrepov temeljnih postopkov oživljanja v povprečju najbolje ocenjujejo seznanjenost s klicem na telefonsko številko 112 ($4,32 \pm 0,93$), najslabše pa ocenjujejo seznanjenost z uporabo avtomatskega zunanjega defibrilatorja ($2,67 \pm 1,29$). 51 (74 %) anketiranih oseb je trdilo, da bi pristopili in pričeli oživljati v resnični situaciji nenadnega srčnega zastoja, 17 (26 %) oseb se o tem ni opredelilo. 44 (63,8 %) oseb ve, kje v bližini njihovega delovnega mesta ali bivališč je nameščen avtomatski zunanji defibrilator. **Diskusija:** Ugotovili smo, da osebe, ki so opravile tečaj iz temeljnih postopkov oživljanja v zadnjih petih letih, v povprečju bolje ocenjujejo svojo seznanjenost z oživljanjem pri vseh posameznih ukrepih, kot pa tisti, ki so tečaj opravljali pred več kot petimi leti. Z raziskavo, ki smo jo opravili, nismo zaznali značilne statistične povezanosti med oceno dostopnega časa ekip nujne medicinske pomoči in poznavanjem lokacij javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev.

Ključne besede: srčni zastoj, temeljni postopki oživljanja, avtomatski zunanji defibrilator, veriga preživetja, laična javnost.

ABSTRACT

Introduction: Sudden cardiac arrest is the main cause of premature death in the developed world. Eyewitnesses can help patients by calling 112 as soon as possible, starting performing basic life support, and using of an automatic external defibrillator if available. In the research, we wanted to find out about the knowledge of the lay public about basic life support and knowledge of location public access automatic external defibrillator. **Method:** The research is based on the quantitative research method, the descriptor method, synthesis, and comparison. Data collecting was performed by using the survey technique. The structured questionnaire was used as an instrument to collect data. We used an accidental random sample, in which we included 80 chosen laymen. Of the 80 questionnaires transmitted, 69 were received and correctly filled, which represents 86 % of the realization of the sample. The data was analyzed using the IBM SPSS 20.0 program. Tables and graphs were created in Microsoft Excel 2016. **Results:** On average, respondents of all basic life support measures estimate their knowledge of the call process to the telephone number 112 the best (4.32 ± 0.93). However, they evaluate the knowledge from the use of an automatic external defibrillator as the worst (2.67 ± 1.29). 51 (74 %) people claimed that they would approach and start to resuscitation in a real situation of a sudden cardiac arrest, and 17 (26 %) of people could not decide about it. 44 (63,8 %) of people know where the automatic external defibrillator is located near their workplace or home. **Discussion:** We found out that those who took the course from the basic life support over the past five years on average assess their recuperation skills in all individual measures better than those who took the course more than five years ago. With that research we did not detect a typical statistical correlation between the estimation of access time and the knowledge of the locations of publicly available automatic external defibrillators.

Keywords: heart attack, cardiopulmonary resuscitation, automatic external defibrillator, chain of survival, lay public

UVOD

Ob nenadnem srčnem zastoj se zaustavi krvni obtok in preneha dihanje, nato se najkasneje v 10 sekundah pojavi nezavest. Okvare možganov, ki jih ni mogoče odpraviti, se pojavijo po prvih 4 minutah, po 10 minutah pa že napoči možganska smrt (Smrke & Podsedenshek, 2011). Nenadna srčna smrt velja za enega izmed vodilnih vzrokov smrti v Evropi (Gradišek, et al., 2015). Svetovno letno povprečje pogostosti pojava nenadnega srčnega zastoja znaša približno 80 primerov na 100.000 prebivalcev, od tega znaša umrljivost 80 do 90 % (Markota & Gradišek, 2017). Perkins s sodelavci (2015) ugotavlja, da se povprečje pogostosti pojava nenadnega srčnega zastoja med evropskimi državami zelo razlikuje in se giblje med 55 in 113

primerov na 100.000 prebivalcev. Markota in Gradišek (2017) opisujeta, da je v Sloveniji smrtnost zaradi nenadnega srčnega zastoja okoli 1500 prebivalcev na leto. V Evropi so srčno-žilne bolezni vzrok za 40 % vseh smrti, pri mlajših od 75 let, kar potrjuje tudi Gradišek (2015), ki s sodelavci navaja, da so srčno-žilne bolezni prav tako poglaviti vzrok smrtnosti v Sloveniji. Mažič (2013) ugotavlja, da nenadna srčna smrt najpogosteje prizadene ljudi s predhodnim obolenjem srca in ožilja, pri 80 % vseh pacientov najdemo poprej ishemično bolezen srca. 50 % teh pacientov zaradi nje kasneje tudi umre, v kar 25 % pa je nenadna srčna smrt prvi znak koronarne bolezni.

Laiki so tisti, ki so največkrat prvi prisotni ob nenadnem srčnem zastoju. Pomagati lahko začnejo s tem, da čim prej prepoznajo stanje osebe brez znakov življenja, čim prej pokličejo na številko 112, takoj pošljejo nekoga po avtomatski zunanji defibrilator (Automatic External Defibrillator - AED), če je le-ta na voljo, sami pa takoj pričnejo z izvajanjem temeljnih postopkov oživljanja (TPO). Očividec mora s kontinuiranim pritiskanjem na prsni koš stiskati srce med prsnico in hrbtenico, s čimer povzroči pretok krvi po žilah do življenjsko pomembnih organov, zlasti do možganov (Gradišek, et al., 2015). Z izvajanjem TPO zagotavljamo ustrezno nasičenost krvi s kisikom ter pretok krvi skozi dva življenjsko najpomembnejša organa v našem telesu (srce in možgane). S stisi prsnega koša in dajanjem vpihov skušamo podaljšati čas od nastopa srčnega zastoja do nastanka možganske smrti, kar pomeni dokončno nepovratno prenehanje delovanja možganske skorje in možganskega debla (Ahčan, et al., 2008). Prvi trije člani verige preživetja so v rokah očividcev, šele četrti člen predstavlja ukrepe ekipe nujne medicinske pomoči. Preživetje pacientov z nenadnim srčnim zastojem je zato v veliki meri odvisno od ukrepanja očividcev, od ekip nujne medicinske pomoči pa le takrat, ko prispejo na mesto dogodka zelo hitro, v nekaj minutah (Mohor, 2014). Če je čas od pojava srčnega zastoja do začetka oživljanja predolg (z vsako izgubljeno minuto se verjetnost preživetja zmanjša za 10 do 12 %), pacient verjetno ne bo preživel, ali pa bo živel s hudimi, večinoma nepopravljivimi okvarami osrednjega živčevja (Mohor, 2017). Pomembno vlogo pri zagotavljanju verige preživetja ima zdravstveni dispečer, ki povezuje prve tri člene verige pri zgodnji prepoznavi nenadnega srčnega zastoja in pri glasovnem usmerjanju očividca z navodili TPO, kadar sam tega ni več (Perkins, et al., 2015).

Namen raziskave je ugotoviti samooceno seznanjenosti laične javnosti s temeljnimi postopki oživljanja in z lokacijami javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev. Oblikovali smo naslednji hipotezi: Hipoteza 1: Sodelovanje na tečaju iz oživljanja za laike v zadnjih petih letih vpliva na višjo samooceno seznanjenosti s posameznimi ukrepi temeljnih postopkov oživljanja. Hipoteza 2: Ocena dostopnega časa ekip nujne medicinske pomoči med laiki je povezana s poznavanjem lokacij javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev.

METODE

Raziskovalna metoda

Za izdelavo raziskave je bila uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja. Uporabili smo metodo deskripcije, sinteze in komparacije. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko anketiranja.

Merski instrument

Raziskavo smo izvedli s pomočjo strukturiranega instrumenta v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga izdelali na podlagi pregleda literature (Perkins, et al., 2015; Greif, et al., 2015; Deakin, et al., 2010).

Vzorec

Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec. V vzorec smo vključili naključno izbrano laično javnost med 18 in 65 letom starosti. Anketa je bila posredovana 80 izbranim laikom, vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 69, kar predstavlja 86 % realizacijo vzorca. Vključevalna merila za sodelovanje v raziskavi so bila: anketiranec nima formalne zdravstvene izobrazbe, nima opravljenih organiziranih tečajev prve pomoči v sklopu prvih posredovalcev, ne sodeluje v programu za bolničarje v okviru Rdečega križa, nima tečaja za bolničarje v okviru prostovoljnih gasilskih društev, ni reševalec iz vode ali gorski reševalec, anketiranec ima opravljen tečaj prve pomoči v sklopu vozniškega izpita ali delovne organizacije.

Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo elektronsko, preko spletne aplikacije 1ka.si. Raziskavo smo izvajali od 10. 1. do 20. 1. 2018. Anketirance smo k sodelovanju k raziskavi povabili preko družabnega omrežja Facebook. Pripravljenost sodelovanja v anketi so anketiranci označili s potrditvijo soglasja v uvodnem nagovoru ankete. Anketirance smo za sodelovanje v raziskavi nago-

vorili preko kratkega uvodnega nagovora, ki je naveden pred začetkom izpolnjevanja anketnega vprašalnika. Po končanem anketiranju smo zbrane podatke pregledali in preverili celovitost odgovorov. Rezultate smo prikazali v obliki tabel in grafov. Za deskriptivno statistično obdelavo podatkov smo uporabili vrtilne tabele v programu Microsoft Excel 2016. Za statistično analizo smo uporabili programski paket IBM SPSS 20.0.

Etični vidik raziskovanja

Vsak anketiranec je v raziskavi sodeloval prostovoljno ter z možnostjo odklonitve. Vsakemu anketirancu smo zagotovili anonimnost ter pravico do neškodovanja, pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, pravico do zasebnosti in zaupnosti skladno z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica-Zveza, 2014).

REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki se nanašajo na samooceno laične javnosti s posameznimi ukrepi TPO in poznavanje lokacij javno dostopnih AED.

Tabela 1: Seznanjenost laikov s posameznimi ukrepi temeljnih postopkov oživljanja

UKREPI TPO	Povprečna vrednost	Standardni odklon
Ocena odzivnosti	3,20	1,16
Ocena dihanja	3,33	1,08
Klic 112	4,32	0,93
Stisi prsnega koša	3,29	1,15
Uporaba avtomatskega zunanega defibrilatorja	2,67	1,29

Povprečna vrednost 5 stopenjske Likertove lestvice: 1 – zelo slabo, 5 – zelo dobro

Tabela 1 nam prikazuje, da laiki med vsemi aktivnostmi TPO v povprečju najboljše ocenjujejo seznanjenost s klicem na številko 112 ($4,32 \pm 0,93$). Precej manj, a še vedno so v povprečju seznanjeni pri oceni dihanja ($3,33 \pm 1,08$), z oceno odzivnosti ($3,20 \pm 1,16$) ter s stisi prsnega koša ($3,29 \pm 1,15$). Z uporabo AED so osebe v povprečju najmanj seznanjene ($2,67 \pm 1,29$).

Tabela 2: Primerjava ocen seznanjenosti s posameznimi ukrepi TPO glede na čas od zadnjega tečaja TPO

Ukrepi TPO	Čas, ki je minil od zadnjega tečaja iz TPO	Število	Povprečna vrednost	Standardni odklon	Mediana	Mann-Whitneyev U test	P -vrednost
Ocena odzivnosti	5 let ali manj	36	3,75	0,99	4	525,5	<0,001
	Več kot 5 let	33	2,61	1,30	3		
Ocena dihanja	5 let ali manj	36	3,86	0,87	4	250,5	<0,001
	Več kot 5 let	33	2,76	1,00	3		
Klic 112	5 let ali manj	36	4,58	0,60	5	440,0	0,020
	Več kot 5 let	33	4,03	1,13	4		
Stisi prsnega koša.	5 let ali manj	36	3,89	0,92	4	226,5	<0,001
	Več kot 5 let	33	2,64	1,03	3		
Uporaba avtomatskega zunanega defibrilatorja.	5 let ali manj	36	3,36	1,20	4	217,0	<0,001
	Več kot 5 let	33	1,91	0,91	2		

Povprečna vrednost 5 stopenjske Likertove lestvice: 1 – zelo slabo, 5 – zelo dobro

Tabela 2 kaže, da je za vse ukrepe TPO mediana seznanjenosti višja pri osebah, ki so se tečaja iz TPO udeležili v zadnjih 5 letih, kot pa pri osebah, ki so se tečaja udeležili pred več kot 5 leti. Prav tako smo z Mann-Whitneyevem U testom

dokazali statistično značilne razlike, torej lahko trdimo, da sodelovanje na TPO v zadnjih 5 letih povezano z višjo samo-oceno seznanjenosti s posameznimi ukrepi TPO.

Najprej smo ugotavljali, koliko anketirancev je seznanjenih z AED, ugotovili smo, da je 64 (92,8 %) oseb seznanjenih z AED, medtem ko preostalih 5 (7,2 %) oseb AED ne pozna. V nadaljevanju nas je zanimalo, koliko anketirancev pozna namen AED. Iz analize rezultatov je razvidno, da 35 (54,7 %) oseb meni, da je AED naprava, ki prekine življenjsko ogrožajoč ritem z električnim udarcem. Ostalih 29 (45,3 %) oseb pa meni, da je AED naprava, ki izvaja temeljne postopke oživljanja namesto nas.

Tabela 3: Povezanost ocene dostopnega časa ekip nujne medicinske pomoči in poznavanja lokacij javno dostopnih avtomatskih zunanjih defibrilatorjev

		Povprečni dostopni čas reševalnega vozila		Skupaj
		10 minut ali manj.	več kot 10 minut.	
Bližina avtomatskega zunanjskega defibrilatorja	Da.	24	20	44
	Ne.	4	3	7
	Nisem seznanjen.	6	12	18
Skupaj		34	35	69

* $\chi^2=2,493$; $df=2$; $P=0,288$

Zanimalo nas je, koliko časa anketiranci ocenjujejo dostopni čas, ki ga reševalno vozilo na nujni vožnji do njihovega doma. Ugotavljamo, da 8 (11,6 %) oseb ocenjuje ta čas na največ 5 minut, medtem ko 26 (37,7 %) oseb ta čas ocenjuje na 6 - 10 minut. 28 (40,6 %) oseb meni, da reševalno vozilo na nujni vožnji do njihovega doma potrebuje 11 - 15 minut, preostalih 7 (10,1 %) oseb meni, da ta čas znaša več kot 15 minut. Iz tabele 3 lahko razberemo, da jih med tistimi, ki poznajo lokacijo AED v svoji okolici, 24 meni, da reševalno vozilo do njihovega doma potrebuje 10 minut ali manj. Med osebami, ki poznajo lokacijo AED v svoji bližini, jih 20 meni, da reševalno vozilo potrebuje več kot 10 minut nujne vožnje do njihovega doma. Med tistimi, ki o nameščenosti AED niso seznanjeni, je 12 oseb mnenja, da reševalno vozilo do njihovega doma potrebuje več kot 10 minut, 6 oseb pa je mnenja, da povprečni dostopni čas reševalnega vozila do njihovega doma traja manj kot 10 minut. Kljub temu, da je v tabeli opaziti razlike med tistimi, ki poznajo lokacije AED, in tistimi, ki z lokacijami niso seznanjeni, pa hi-kvadrat test neodvisnosti ni pokazal značilnih razlik. Torej ne moremo trditi, da je ocena dostopnega časa ekip nujne medicinske pomoči povezana s poznavanjem lokacij javno dostopnih AED.

DISKUSIJA

Vsi anketirani so v preteklosti že sodelovali na tečaju iz oživljanja za laike. Velika večina anketiranih je mnenja, da je največ informacij s področja oživljanja pridobila prav na tečaju prve pomoči. Rezultati naše ankete kažejo, da anketiranci v povprečju dobro ocenjujejo svojo seznanjenost s posameznimi ukrepi TPO. Odstopanje je zaznati le pri uporabi AED, kjer opažamo v povprečju nekoliko slabšo seznanjenost. Več kot polovica anketiranih je tečaj iz oživljanja obiskovala v zadnjih petih letih. Z analizo rezultatov naše raziskave smo ugotovili, da slednji v primerjavi s tistimi, ki so tečaj obiskovali pred več kot petimi leti, v povprečju boljše ocenjujejo svojo seznanjenost s postopki oživljanja pri vseh ukrepih TPO, z nadaljnjo raziskavo smo odkrili statistično značilne razlike med skupinama. Največja razlika med skupinama se je pokazala pri seznanjenosti z uporabo AED. Osebe, ki so tečaj iz oživljanja opravljale pred več kot petimi leti, menijo, so v povprečju slabo seznanjeni z uporabo AED, medtem ko osebe, ki so tečaj iz oživljanja opravljale v zadnjih petih letih, menijo, da njihova seznanjenost z uporabo AED v povprečju ni dobra, ni pa niti slaba. Najmanjšo razliko med skupinama je opaziti pri klicu na številko 112, kar smo tudi pričakovali, saj gre za najmanj zahteven ukrep TPO. Obe primerjani skupini sta ocenili svojo seznanjenost s klicem na številko 112 zelo samozavestno, in sicer s povprečno oceno dobro in zelo dobro.

Rezultati, ki smo jih pridobili s primerjavo med omenjenima skupinama, so pričakovani, saj je znano, da znanje s časom upada. To potrjuje tudi Hirose s sodelavci (2014), ki s študijo ugotavlja, da pridobljeno znanje laikov iz TPO začne vidno upadati že po 3 do 6 mesecih od pridobitve znanja. Skuhala in Skela Savič (2015) ugotavljata upad znanja gasilcev, ki so

izobraževanje iz TPO opravljali pred 7 meseci. Ugotovila sta tudi, da je po 7 mesecih od izobraževanja le tretjina anketiranih gasilcev znala pravilno preveriti prisotnost dihanja.

Rihter (2016) v primerjavi z našimi rezultati prihaja do nekoliko slabših ugotovitev. Iz rezultatov raziskave lahko razberemo, da je prisotno pomanjkanje seznanjenosti laikov pri izvedbi posameznih ukrepov TPO (pristop k žrtvi, razmerje, frekvenca in globina stisov prsnega koša). Podobno ugotavlja Hrovat (2015) v raziskavi med študenti z različnih fakultet, kjer prihaja do spoznanj, da jih je velika večina pripravljena nuditi prvo pomoč v primeru nenadnega srčnega zastoja, vendar ne poznajo pravilnega zaporedja posameznih ukrepov TPO. Na podlagi pridobljenih rezultatov lahko hipotezo 1 potrdimo.

Z raziskavo smo ugotovili, da so skoraj vsi anketirani seznanjeni z AED, vendar ne poznajo njegove uporabnosti. Da ne poznajo namena uporabe AED, lahko pripisujemo temu, da se anketiranci v povprečju ne strinjajo s trditvijo, da so se v preteklosti že naučili rokovanja z AED. Med anketiranimi je več kot polovica takšnih, ki poznajo lokacijo javno dostopnega AED v bližini svojega bivališča. V nadaljevanju ugotavljamo, da se anketiranci v povprečju strinjajo s trditvijo, da čutijo potrebo po učenju uporabe AED. Kljub temu da se anketiranci v preteklosti v povprečju še niso naučili uporabe AED, nas razveseljuje podatek, da se anketiranci v povprečju strinjajo, da bi v resnični situaciji zagotovo uporabili AED, če bi le-ta bil na voljo.

Dobra polovica anketirancev je ocenila povprečni dostopni čas reševalnega vozila na nujni vožnji na več kot 10 minut. Na podlagi analize rezultatov naše ankete nismo mogli dokazati pomembnih statistično značilnih razlik med tistimi, ki povprečni dostopni čas reševalnega vozila ocenjujejo na manj kot deset minut in med tistimi, ki ta čas ocenjujejo na več kot 10 minut glede na poznavanje lokacij javno dostopnih AED. V Sloveniji v krajih, kjer nujna medicinska pomoč na kraj dogodka z zdravstveno problematiko potrebuje dalj časa, v zadnjem času opažamo velik porast nameščanja javno dostopnih AED, predvsem s strani lokalnih prostovoljnih gasilskih društev. Pričakovali smo, da bodo v tistih skupnostih, kjer nujna medicinska pomoč potrebuje več kot deset minut do prihoda na kraj dogodka z zdravstveno problematiko, laiki bolj motivirani za pridobitev informacije o najbližjem nameščenem AED. Kovač (2013) navaja, da je v Sloveniji povprečni dostopni čas reševalne ekipe približno 10 minut. Vsaka zamujena minuta brez defibrilacije pa pri bolniku, ki je doživel nenadni srčni zastoj, zmanjša možnost preživetja za 10 do 12 %. Ti podatki nam povedo, kako pomembno vlogo imajo laiki ob takšnem dogodku.

Kristan (2012) navaja, da v Sloveniji AED ostajajo v večini primerov neizkoriščeni. Avtor dodaja, da je velika večina naprav nameščena na neprimernih mestih, prav tako opaža neprimerno in slabo označbo aparatov. Iz pridobljenih rezultatov naše ankete lahko trdimo, da se anketirani v povprečju strinjajo s trditvijo, da si tudi sami želijo boljše označbe javno dostopnih AED. Kristan (2012) nadaljuje, da je največ uporab AED zabeleženih s strani gasilcev in zdravstvenega osebja, zelo malo pa je zabeleženih s strani laikov. Iz študije, ki je bila opravljena na univerzi v Harvardu, so laiki, ki so oživljali pacienta po nenadnem srčnem zastoj, kot razlog neuporabe AED v kar 69 % navedli v neznanju uporabe naprave (Harvard health publishing, 2011). Hipoteze 2 ne potrdimo.

ZAKLJUČEK

Ugotavljamo, da je samoocena znanja anketirancev s področja TPO v povprečju dobra, vendar po drugi strani opažamo slabo seznanjenost z AED. Zavedamo se, da defibrilacija predstavlja pomembno vlogo pri dvigu deleža preživetja po nenadnem srčnem zastoj, zato z našimi rezultati nismo zadovoljni. Glede na to, da je v Sloveniji zaznati porast števila nameščenih javno dostopnih AED, ti še vedno ne služijo svojemu namenu. V lokalnih skupnostih, kjer ob namestitvi AED organizirajo prikaz uporabe naprave, še vedno ne opažajo povečanega zanimanja za pridobitev znanja o TPO in uporabe AED. Da bi dosegli večjo seznanjenost s TPO in uporabo AED s strani laične javnosti, je potrebno pristopiti globalno. Menimo, da gre znanje, ki ga pridobimo na tečajih prve pomoči v sklopu vozniškega izpita, hitro v pozabo, zato smo mnenja, da bi bilo potrebno tovrstne tečaje obnavljati. Znanje prve pomoči bi bilo potrebno uvesti v redni šolski program za učence in dijake. Glede na to, da se z AED opremljajo tudi različna podjetja in druge delovne organizacije, bi bilo prav, da vsi zaposleni poznajo njegov namen. To bi lahko dosegli s prikazom uporabe v sklopu predavanj varstva pri delu. Zdravstveni delavci so tisti, ki bi morali biti najbolj dejavni na področju seznanjanja laične javnosti s TPO in uporabo AED, ugotavljamo pa, da bi na tem področju lahko bili še bistveno bolj učinkoviti. V mislih imamo predvsem lokalne reševalne službe, ki bi lahko s sodelovanjem z organizacijo Rdečega križa Slovenije organizirale prikaz TPO in uporabe AED na različnih delavnicah, ali pa pripravile zgibanke z navodili o TPO in uporabo AED in jih pošiljali po domovih. Tudi drugi zdravstveni delavci na različnih področjih bi se morali zavzemati za prenos koristnih informacij s področja oživljanja na laično javnost, potrebno bi bilo poudarjati miselnost, naj se ne bojijo pristo-

piti in pomagati sočloveku. To je le nekaj ukrepov, s katerimi bi močno vplivali na boljšo seznanjenost laične javnosti o TPO in uporabo AED, posledično bi s tem pripomogli k večjemu deležu preživelih ob nenadnem srčnem zastoju.

V prihodnje bi bilo smiselno proučiti, kako motivirati laično javnost za boljšo udeležbo na brezplačnih tečajih iz oživljanja, saj smo na podlagi pregleda literature ugotovili, da laiki ne kažejo zanimanja za udeležbo na prostovoljnih tečajih iz oživljanja. Izvedena raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in vzorcu, saj je potekala med laiki v eni statistični regiji.

LITERATURA

- Ahčan, U., Slabe, D. & Štatanovac, R., 2008. Prva pomoč- priročnik za bolničarje. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 42-62.
- Deakin, C., Nolan, J., Sunde, K. & Koster, R. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. *Resuscitation*, 81, pp. 1293-304.
- Gradišek, P., Grošelj Gorenc, M. & Strdin Košir, A., 2015. Smernice za oživljanje 2015. Available at: http://www.szum.si/media/uploads/files/ERC_2015_slo-1.pdf [19.4.17].
- Greif, R., Lockey, A.S., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W. & Monsieurs, K.G., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95, pp. 288-301.
- Harvard health publishing, 2011. Let's put the "public" in public defibrillation. Available at: <https://www.health.harvard.edu/heart-health/lets-put-the-public-in-public-defibrillation> [16.4.2018].
- Hirose, T., Iwami, T., Ogura, H., Matsumoto, H., Sakai, T., Yamamoto, K., et al., 2014. Effectiveness of a simplified cardiopulmonary resuscitation training program for the non-medical staff of a university hospital. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22, pp. 22-31.
- Hrovat, R., 2015. Poznavanje prve pomoči med študenti fakultet v Mariboru: Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 45-46.
- Kovač, M., 2013. Temeljni postopki oživljanja za odrasle in uporaba avtomatskega defibrilatorja. Available at: <http://www.szum.si/temeljni-postopki-ozivljanja-za-odrasle-in-uporaba-avtomatskega-defibrilatorja.html> [14.3.2018].
- Kristan, M., 2012. Primer uporabe zunanjih avtomatskih defibrilatorjev na javnih krajih s strani očitvidcev: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 41-45.
- Markota, A & Gradišek, P., 2017. Ali imamo slovenske podatke o oživljanju? In: Vajd, R. & Gričar, M. eds. Urgentna medicina- izbrana poglavja 2017, Portorož, 15-17. junij 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 45-52.
- Mažič, M., 2013. Redki vzroki nenadne srčne smrti. In: R. Vajd, & M. Gričar, eds. Urgentna medicina- izbrana poglavja 2013, Portorož, 13-15.6 2013. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 271-277.
- Mohor, M., 2014. Prvi posredovalci v sistemu nujne medicinske pomoči v Sloveniji. In: R. Vajd, & M. Gričar, eds. Urgentna medicina- izbrana poglavja 2014, Portorož, 19-21. Junij 2014. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 187-193.
- Mohor, M., 2017. Sistem prvih posredovalcev v Sloveniji v letu 2017. In: R. Vajd, & M. Gričar, eds. Urgentna medicina- izbrana poglavja 2017, Portorož, 15-17. Junij 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 35-45.
- Perkins, G.D., Handley, A.J., Koster, R.W., Castren, M., Smyth, M.A., Olasveengen, T., et al., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, 95, pp. 81-99.
- Rihter, A., 2016. Uporaba avtomatskega eksternega defibrilatorja med laično populacijo: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 21-27.
- Skuhala, R. & Skela Savič, B., 2015. Praktično znanje gasilcev o temeljnih postopkih oživljanja z uporabo AED. In: R. Vajd, & M. Gričar, eds. Urgentna medicina- izbrana poglavja 2015, Portorož, 18- 20. junij 2015. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 342-345.
- Smrke, B. & Podsedenshek, D., 2011. Raziskava o seznanjenosti medicinskih sester s temeljnimi postopki oživljanja v Splošni bolnišnici Celje. In: G. Voga, ed. 20. Simpozij intenzivne medicine in 17. seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, Bled, maj 2011. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 76-8.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2014. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije.



VODENJE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE PACIENTA Z MOTNJIAMI POŽIRANJA – VPLIV NA KAKOVOST

**Healthcare of a patient
with swallowing disorder –
Impact on quality**

pred. Bojana Hočevar Posavec, mag. vzg. in menedž. v zdr.
Dom Petra Uzarja Tržič

bojana.hopo@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Motnje požiranja (disfagija) so povezane s kroničnimi boleznimi, poškodbami in starostniki ter so velik zdravstveni problem. Neustrezno prepoznavanje znakov vpliva na pogostost zapletov, ki povzročajo slabšo kakovost življenja, podaljšanje hospitalizacije, višje stroške zdravljenja in višjo umrljivost. Namen raziskave je ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na kakovostno ter varno zdravstveno obravnavo pacienta z motnjami požiranja, odkriti največjo težavo medicinskih sester pri izvajanju zdravstvene nege in preveriti prisotnost timskega dela pri obravnavi. **Metode:** Uporabljena je kvantitativna tehnika in kavzalno neeksperimentalna metoda. Podatki so zbrani z delno strukturiranim in kombinirano sestavljenim anketnim vprašalnikom. Vzorec je neslučajnostni, namenski in priložnostni. Zajemal je triinpetdeset izvajalcev zdravstvene nege raziskovane inštitucije v obdobju med 30.10. 2014 in 10.11.2014. Opravljena je bila opisna statistika, T – test in parni T – test.

Rezultati: Eden glavnih ciljev je dobiti vpogled v postopke sprejema pacienta po postopku, ki ga priporočajo svetovne smernice. Diplomirana medicinska sestra v 79,2 % redno vpraša pacienta o motnjah požiranja (PV = 4,7; SO = 0,75) in zdravnik v 77,4 % opravi klinični pregled (PV = 4,47; SO = 1,14). Ugotovitve kažejo statistično značilno razliko med ocenjevanjem težav ($t = -4,49$; $p < 0,001$) zaradi pomanjkanja protokolov (M = 3,74; SD = 1,03) in ostalimi splošnimi težavami (M = 3,00; SD = 0,67). Z raziskavo smo ugotovili da v zdravstveno obravnavo pacientov z motnjami požiranja statistično značilno ($t = -7,499$; $p < 0,001$) niso vključeni vsi člani interdisciplinarnega tima (M = 3,25; SD = 0,73). **Diskusija in zaključek:** Skoraj 23 % ogroženih pacientov se hrani brez predhodnega pregleda. To dejstvo je v neskladju z vsemi svetovnimi smernicami, ki poudarjajo pomen zgodnje detekcije motenj požiranja s strani medicinskih sester z znanjem in izkušnjami. Medicinske sestre je potrebno izobraziti za izvajanje presejalnih testov in ocenjevanje požiranja.

Ključne besede: disfagija; zdravstvena nega; varnost; timsko delo.

ABSTRACT

Introduction: Swallowing disorders (dysphagia), which denote a difficult medical condition, are related to chronic diseases, injuries and old age. Lack of knowledge about symptoms increases the risk of complications that result in a poorer quality of life, lengthier hospital stays, higher medical costs and a higher mortality rate. The purpose of this research is to examine the factors influencing quality and safe health care of patients with swallowing disorders. Discover the major problem of nurses in the implementation of nursing care and examine the conditions for teamwork when working with this vulnerable group of patients.

Methods: The descriptive research method as well as a quantitative method of data collection were used alongside a semi-structured combination survey questionnaire. The causal non-experimental method was also used. The sampling technique involved random, purposive and convenience sampling. The sample consisted of 53 providers of nursing care in the researched institution in period between 30.10.2014 and 10.11.2014. Descriptive statistics, T - test and Student's T – test were used. **Results:** One of the main goals is to see if the acceptance procedures are according to the procedure recommended by the World guidelines. A graduate nurse in 79.2% regularly asks the patient about swallowing disorders (PV = 4.7, SO = 0.75) and the doctor performs a clinical examination in 77.4 % (PV = 4.47, SO = 1.14). The findings show a statistically significant difference between the assessment of problems ($t = -4.49$; $p < 0.001$) due to lack of clinical protocols (M = 3,74; SD = 1,03), then other general problems (M = 3,00; SD = 0,67). Research has shown that tenth care of patients with swallowing disorders statistically significant ($t = -7,499$; $p < 0.001$) does not include all members of the interdisciplinary team (M = 3.25; SD = 0.73). **Discussion and conclusion:** Quality and safe health care of patients suffering from swallowing disorders depends the most on the knowledge of nurses, professional leadership, teamwork, clinical guidelines and pathways, protocols and standards. As for the leadership of the institution, it should establish an interdisciplinary group that would develop clinical guidelines and pathways. Nurses should be trained to perform screening tests and assess swallowing. In addition, a working group tasked with standards should change the existing standards and devise new ones related to quality and treatment.

Key words: dysphagia; nursing; safety; teamwork.

UVOD

Potrebe po strokovni obravnavi pacientov z motnjami požiranja v zadnjem času naraščajo, predvsem med strokovnjaki različnih področij medicine, ki ta problem obravnavajo vsak iz svojega strokovnega vidika. Najučinkovitejši pristop h kakovostni in varni zdravstveni obravnavi pacienta z motnjami požiranja je neprekinjen interdisciplinarni pristop.

Pacienti si težko poiščejo pomoč. Pogosto nimajo dovolj informacij o tem, kateri viri podpore in posvetovanj so jim na voljo. Razširjeno vlogo ima tudi patronažna služba s preventivnimi obiski starostnikov glede na to, da imajo vpogled v stanje v družinah. Pomembno vlogo imajo tudi referenčne ambulante, saj naj bi omogočile pacientom dostopnost in enakost zdravstvene obravnave. Prizadeti pacienti si pomoč lahko poiščejo na Nevrološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (na Oddelku za nevrološke bolezni), na Oddelku za nevrokirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča (URI - Soča) in Oddelku za invalidno mladino Stara Gora. Seveda pa se morajo o tem predhodno pogovoriti z izbranim osebnim zdravnikom.

Vloga medicinske sestre je zelo pomembna pri zgodnjem odkrivanju motenj požiranja. Imeti mora znanje in klinične izkušnje pri prepoznavanju dejavnikov tveganja ter zgodnjih znakov in simptomov ter opazovanju navad hranjenja in pitja, uravnavanja telesne teže, hidracije in indeksa telesne mase. S tem pripomore k zdravljenju in preprečevanju zapletov, kar poveča tudi varnost pacientov in kakovost kliničnih izidov. Zapleti motenj požiranja vodijo v slabšo kakovost življenja, povečanje respiratornih obolenj, povečano število dni hospitalizacij in večjo umrljivost. Hranjenje ima tudi družabni vidik in prizadete vodi v socialno izolacijo ter pojav depresije. Še pomembnejša je vloga medicinske sestre pri kronično napredujočih stanjih in starostnikih, kjer se motnje razvijajo počasi, npr. v socialnovarstvenih zavodih.

OPREDELITEV MOTENJ POŽIRANJA – DISFAGIJE

Zdravi ljudje lahko brez napora pogoltnejo več kot 1000-krat na dan (College of Audiologists and Speech Language Pathologist of Ontario, v nadaljevanju CASLPO, 2014). Poleg tega da hranjenje zagotavlja vnos hranljivih snovi in hidracijo, ima tudi močan socialni vpliv. Po Millerju (2008) je to »najbolj kompleksen refleks živčnega sistema«, saj vključuje šest možganskih živcev in usklajeno delovanje 25 mišičnih skupin. Celotno dogajanje strogo nadzoruje tudi centralno živčevje (Hočevar Boltežar, 2012). Požiranje mora biti tudi usklajeno z dihanjem. Med požiranjem nastane kratkotrajna apneja, koncu požiranja pa vedno sledi izdih. To pomeni, da se mora ciklus dihanja ob vsakem požiranju na novo prilagoditi (Paydarfar, et al., 1995).

Motnje požiranja so naraščajoč zdravstveni problem v starajoči populaciji. V Združenih državah Amerike disfagija prizadene 300.000–600.000 ljudi letno (Sura, et al., 2012). Ocenjujejo, da prizadene 15 % starejše populacije (Barczi, et al., 2000). Po podatkih US Census Bureau v letu 2012 je bilo skoraj 61 milijonov ljudi, starih nad 60 let. To bi pomenilo, da je ogroženih dobrih 9 milijonov starejših Američanov. Raziskovalca Leder in Suiter (2009) sta na vzorcu 4.038 pacientov, dokazala 20-odstotni letni porast pacientov z disfagijo med letoma 2002 in 2007. Med njimi je 70 %, starih nad 60 let. Prevalenca v splošnih bolnišnicah je po raziskavah Morrisa (2006), Lee, et al. (1999) ter Steele in sodelavcev, 20–30 %, v domovih za ostarele 50–75 %, polovica teh pacientov aspirira in 1/3 le teh razvije pljučnico (Marik in Kaplan, 2003; Hinchey, et al., 2005). Na kliničnih nevroloških oddelkih ima tudi do 80 % pacientov disfagijo.

V Sloveniji je bilo po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije v prvem polletju 2018, 547.727 ljudi, starih nad 60 let, kar bi pomenilo, da jih je ogroženih 82.160. Žal v Sloveniji ni bila narejena nobena raziskava o prevalenci in incidenci motenj požiranja. Po osebno pridobljenih podatkih Statistične pisarne Nacionalnega inštituta za javno zdravje je imelo leta 2010 glavno diagnozo R 13 (disfagija) 130 pacientov ter 67 spremljevalno diagnozo. Leta 2013 so dodala v štetje še 19 spremljevalnih diagnoz. Število pacientov z glavno diagnozo se je povečalo na 192, pojavi pa se še 570 pacientov s spremljajočo diagnozo. V letu 2017 je število pacientov 209 in 720 s spremljajočo diagnozo.

Namen raziskave je proučiti, kateri dejavniki vplivajo na kakovostno ter varno zdravstveno obravnavo pacienta z motnjami požiranja. Odkriti največjo težavo medicinskih sester pri izvajanju zdravstvene nege in preveriti prisotnost timskega dela pri obravnavi pacientov.

Za dosego ciljev naše raziskave smo si zastavili dve raziskovalni hipotezi:

H 1. Medicinske sestre kot največjo težavo pri izvajanju zdravstvene nege pri pacientih z motnjami požiranja občutijo pomanjkanje protokola.

H 2. Medicinske sestre menijo, da v obravnavo pacientov z motnjami požiranja niso vključeni vsi člani tima.

METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo raziskovanja in kvantitativno tehniko zbiranja podatkov z delno strukturiranim in kombinirano sestavljenim anketnim vprašalnikom. Uporabili smo kavzalno neeksperimentalno metodo.

Opis instrumenta

Vprašalnik smo razvili na osnovi postavljenih hipotez in pregledane strokovne literature v domačem in tujem prostoru. V vprašalnik smo vključili tudi praktične izkušnje, pridobljene pri večletnem delu v zdravstveni negi. Tujih vprašalnikov nismo uporabili, saj je to dokaj neraziskano področje tako v Sloveniji kot v svetu. Vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega tipa s petstopenjsko lestvico stališč Likertovega tipa ter dve odprti vprašanji.

Opis vzorca

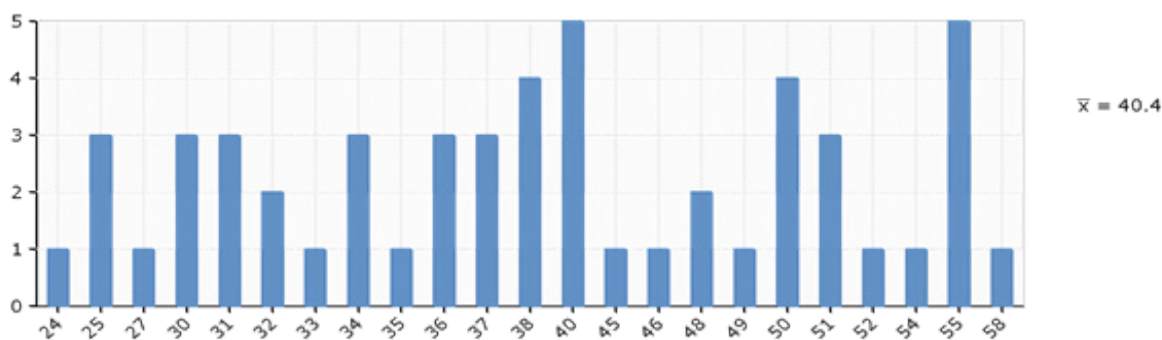
Vzorec je bil neslučajnostni, namenski in priložnostni. Razdelili smo 90 anket, vrnjenih pa je bilo 56, od tega 53 pravilno izpolnjenih, kar pomeni 58,9-odstotno realizacijo. Vzorec je dovolj velik za opazovano populacijo, saj zajema več kot polovico (54 %) vseh izvajalcev zdravstvene nege, zaposlenih v opazovani inštituciji.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave nismo potrebovali soglasja etične komisije. Vsak udeleženec je v raziskavi sodeloval prostovoljno z možnostjo odklonitve. Vsem anketirancem smo zagotovili anonimnost. Raziskava je potekala v času med 30. 10. 2014 in 10. 11. 2014. Podatki so bili analizirani s pomočjo računalniških programov Statistical Package for Social Science 23.0 (SPSS) in Microsoft Office Excel. Uporabili smo opisno statistiko, T – test in parni T – test.

REZULTATI

V anketi je sodelovalo 15,1 % (8) anketirancev moškega spola in 84,9 % (45) anketirank ženskega spola. Anketiranci so bili v povprečju stari 40,4 leta. Starost se je gibala med 24. in 58. leti (slika1).



Slika 1: Starost anketiranih

Večina anketiranih, 37,7 % (20), ima 5–14 let delovne dobe, 34 % (18) pa 25 let in več. 20,8 % (11) anketiranih ima 15–24 let delovne dobe in le 7,5 % (4) 1–4 leta delovne dobe. Nihče ni imel manj kot leto dni delovnih izkušenj.

Glede na stopnjo izobrazbe je imelo 67,9 % (36) anketiranih zaključeno srednjo šolo, višjo 1,9 % (1), visoko 28,3 % (15) in univerzitetno izobrazbo 1,9 % (1). Nihče ni imel zaključene specializacije, magistriraja ali doktorata.

Anketiranci so večinoma pogosto (47,2 % oz. 25 anketirancev), občasno (22,6 % oz. 12 anketirancev) ali redno (17 % oz. 9 anketirancev) vključeni v zdravstveno obravnavo pacienta z motnjami požiranja. Le 7,5 % (4) jih je bilo vključenih redko oz. 5,7 % (3) zelo redko.

Da smo lahko odgovorili na raziskovalno vprašanje, smo s faktorsko analizo, ki je ena izmed metod za redukcijo podatkov, tvorili nove spremenljivke oz. faktorje.

H 1. Medicinske sestre kot največjo težavo pri izvajanju zdravstvene nege pri pacientih z motnjami požiranja občutijo pomanjkanje protokola

Hipotezo preverimo s parnim t-testom. Zanimalo nas je, ali so medicinske sestre ocenile težave z zdravstveno nego zaradi pomanjkanja protokolov za nego pacienta z motnjami požiranja kot bolj pereče v primerjavi s splošnimi težavami, kot je pomanjkanje časa, opreme, znanja, timskega dela ali koordinirane zdravstvene obravnave. Rezultati so predstavljeni v tabeli 1.

Tabela 1: Parni t-test o zaznavanju težav pri izvajanju zdravstvene nege pacienta z motnjami požiranja (Vir: Anketni vprašalnik, 2015)

	Min	Max	M	SD	n	t	df	p-vrednost
Splošne težave pri zdravstveni negi	1,00	4,40	3,00	0,67	53	-4,49	52	< 0,001
Pomanjkanje protokolov	1,00	5,00	3,74	1,03	53			

* Min = najmanjša vrednost; Max = največja vrednost; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon; n = število odgovarjajočih; df = stopnje prostosti

Ugotovili smo, da obstaja statistično značilna razlika v oceni težav ($t = -4,49$; $p < 0,001$), in sicer ocenjujejo medicinske sestre težave zaradi pomanjkanja protokolov kot bolj pereče ($M = 3,74$; $SD = 1,03$) kot ostale splošne težave, na katere naletijo ($M = 3$; $SD = 0,67$). Hipotezo sprejmemo.

H 2. Medicinske sestre menijo, da v obravnavo pacientov z motnjami požiranja niso vključeni vsi člani tima

Hipotezo preverimo s t-testom za en vzorec, in sicer testiramo, ali je povprečna ocena na sestavljeni spremenljivki statistično značilno nižja od 4, torej ocene, ki označuje pogosto obravnavo pacienta z motnjami požiranja s strani vseh članov tima. Rezultati so predstavljeni v tabeli 2.

Tabela 2: T-test za en vzorec o pogostosti zdravstvene obravnave pacienta z motnjami požiranja s strani vseh članov tima

	Min	Max	M	SD	n	t	df	p-vrednost
Timska obravnava pacienta z motnjami požiranja	1,00	5,00	3,25	0,73	53	-7,499	52	< 0,001

Ugotovili smo, da je povprečna ocena na sestavljeni spremenljivki 3,25 ($SD = 0,73$) statistično značilno nižja od 4. Anketirane medicinske sestre menijo, da v zdravstveno obravnavo pacientov z motnjami požiranja statistično značilno niso vključeni vsi člani interdisciplinarnega tima. Hipotezo sprejmemo.

DISKUSIJA

Namen raziskave je bil dosežen, saj smo ugotovili dejavnike, ki vplivajo na kakovostno ter varno zdravstveno obravnavo pacienta z motnjami požiranja ugotoviti. To so učinkovit sistem vodenja, timsko delo, klinične smernice, klinične poti, protokoli in standardi zdravstvene ter znanje. Ravno pomanjkanje protokolov predstavlja največjo težavo medicinskim sestram pri izvajanju zdravstvene nege pri pacientih z motnjami požiranja. Ugotovili smo tudi pomanjkanje timskega dela pri sami obravnavi.

Povprečna starost anketiranih je 40,7 leta. Rezultat je spodbuden, saj smo v anketo zajeli zaposlene, ki že imajo tako življenjske kot delovne izkušnje. To se pokaže tudi pri razdelitvi po delovni dobi. Več kot polovica anketiranih ima delovno dobo daljšo od 15 let, zato lahko sklepamo, da imajo dober vpogled v samo organizacijo dela in se zavedajo pomena strokovne, varne ter kakovostne zdravstvene obravnave pacientov.

Pot do večje kakovosti in varnosti sta zbiranje kliničnih dokazov (Skela Savič, 2008) ter analiza dosedanjega dela. Le z odkrivanjem težav pri delu lahko uvajamo potrebne spremembe. Za kakovostno, varno, časovno in ekonomsko učinkovito zdravstveno nego potrebujemo smernice in protokole. Tega se zavedajo tudi anketirani. Obstaja statistično značilna razlika v oceni težav. Anketirane medicinske sestre ocenjujejo težave zaradi pomanjkanja protokolov kot bolj pereče kot ostale splošne težave, na katere naletijo. Hipotezo sprejmemo. V raziskavi se pokaže za pereče pomanjkanje smernic tako za obravnavo pacienta z motnjami požiranja kot tudi za oceno stanja požiranja. Anketirane medicinske sestre si želijo jasnih navodil za varno in kakovostno delo. Vodstvo mora upoštevati in izdelati prepotrebne smernice, ki jih priporočajo številni avtorji. Ti poudarjajo njihov vpliv na kakovost, varnost, boljše izide zdravljenja in večje zadovoljstvo pacientov ob čim boljšem izkoristku virov (De Allegri, et al., 2011; EPA, 2007; Marušič & Simčič, 2009; Maze, 2008).

Anketirane medicinske sestre menijo, da v zdravstveno obravnavo pacientov z motnjami požiranja statistično značilno niso vključeni vsi člani interdisciplinarnega tima. Hipotezo sprejmemo. Mogoče je vzrok tudi pomanjkanje timskega dela, kar se v naši raziskavi tudi pokaže, saj ima timska obravnava nizko povprečje, vendar lahko le s timsko obravnavo boljše preprečujemo zaplete in izboljšamo rehabilitacijo pacientov z motnjami požiranja, kar navajajo tudi Hočevar Boltežar (2008) in

Liantonio in sodelavci (2014). Raziskava, ki so jo opravili Kalisch in sodelavci (2010 citeted in Skinder Savič, 2013), je opredelila timsko delo kot enega izmed glavnih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost in varnost. Tudi Černoga in Bohinc (2009) sta ugotovili, da naj bi v timu držali skupaj in si pomagali, kljub temu pa vsak skrbi le zase, svoje dobro in lastne koristi ter se ne zmeni za druge.

ZAKLJUČEK

Za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo pacientov z motnjami požiranja je izjemnega pomena učinkovit sistem vodenja. Uspešni vodje ustvarjajo ugodno delovno klimo. Z zanosom spodbujajo zaposlene k strokovnemu izpopolnjevanju, napredovanju, raziskovanju in uvajanju izboljšav. Spodbujajo timsko delovanje, ki za izboljšanje kakovosti in varnosti s skupnimi močmi oblikuje klinične smernice in klinične poti.

Pacienti pogosto prikrivajo in zanikajo motnje požiranja, zato je pomembno znanje medicinskih sester pri prepoznavanju znakov, simptomov in zapletov. Medicinske sestre ob pojavu posebnosti pri hranjenju obvestijo sodelavce, diplomirano medicinsko sestro in zdravnika. V zdravstveno obravnavo pacienta z motnjami požiranja niso vključeni vsi člani interdisciplinarnega tima. Z organizacijo interdisciplinarnega izobraževanja bi spodbujali timsko delo, saj bi postala vidna vloga vsakega člana tima. Posledično bi se vzpostavila boljša komunikacija med različnimi profili.

Preko sprejetih standardov zdravstvene nege in izvajanja interdisciplinarnega izobraževanja bi vplivali na vodstvo klinike, da bi pripravilo klinične smernice ter poti. Skupaj z logopedi bi pripravili protokol ocenjevanja požiranja pri ogroženih pacientih in protokol za ocenjevanje požiranja, ki bi ga izvedle medicinske sestre. Ravno nedorečenost protokola predstavlja medicinskim sestram največjo težavo pri izvajanju zdravstvene obravnave. Protokol zdravstvene obravnave pacienta z motnjami požiranja bi medicinski sestri pomagal, da se lažje odloči, kako primerno ravnati. To bi bilo v skladu z mednarodnimi smernicami in priporočili. Imelo bi tudi velik vpliv na kakovost in varnost obravnave. Timski ciljni pristop bi omogočil pravočasno odkrivanje ogroženih pacientov. Preprečili bi lahko pojav neželenih dogodkov, kot sta aspiracija in razvoj pljučnice, ter skrajšali število dni hospitalizacije. Pacienti bi lažje sodelovali v programu rehabilitacije, s tem pa bi bila zdravstvena obravnavo bolj kakovostna, varna in tudi ekonomsko učinkovita.

Prizadeti posamezniki pogosto zaradi sramu in nemoči ne spregovorijo o težavah. Težko si sami poiščejo pomoč in niti ne vedo, kam se obrniti. V preteklosti se temu področju ni namenjalo veliko pozornosti, iz predstavljenega pa je razvidno, kako težke posledice lahko ima. Pri tem ima znanje medicinskih sester, zaposlenih na vseh nivojih zdravstvene dejavnosti, ogromen pomen.

LITERATURA

Barczy, S.R., Sullivan, P.A. & Robbins, J., 2000. How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns. *Seminars in Speech and Language*, 21(4), pp. 347–61.

College of Audiologists and Speech Language Pathologist of Ontario (CASLPO), 2014. *Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by speech – language pathologists*. Ontario: College of Audiologists and Speech Language Pathologist of Ontario (CASLPO). Available at: http://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PSG_EN_Dysphagia.pdf [11.9.2014].

Černoga, A. & Bohinc, M., 2009. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. In: S. Majcen Dvoršak, et al. eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 113B (1–6).

De Allegri, M., Schwarzbach, M., Loerboks, A. & Ronellenfitsch, U., 2011. Which factors are important for the successful development and implementation of clinical pathways? A qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), pp. 203–8.

European Pathway Association – E-P-A (Evropsko združenje za klinične poti), b. d. Available at: <http://www.e-p-a.org/clinical-care-pathways/index.html> [9.4.2015]

Hinchey, J.A., Smith, D., Wang, D. & Tonn, S., 2005. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*, 36(9), pp.1972–76.

Hočevar Boltežar, I., 2008. *Fiziologija in patologija glasu ter izbrana poglavja iz patologije govora*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Hočevar Boltežar, I., 2012. Fiziologija požiranja ter nevrološko pogojene motnje požiranja. In: R. Petkovšek – Gregorin, ed. *Motnje požiranja in načini hranjenja*. Laško: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp.1-5.

Leder, S.B. & Suiter, D. M., 2009. An epidemiologic study on aging and dysphagia in the acute care hospitalized population: 2000–2007. *Gerontology*, 55(6), pp.714–8.

- Lee, A., Sitoh, Y. Y., Lieu, P. K., Phua, S. Y. & Chin, J. J., 1999. Swallowing impairment and feeding dependency in the hospitalised elderly. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 28(3), pp.371–6.
- Liantonio, J., Salzman, B. & Snyderman, D., 2014. *Preventing Aspiration Pneumonia by Addressing Three Key Risk Factors: Dysphagia, Poor Oral Hygiene, and Medication Use*. Available at: <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/preventing-aspiration-pneumonia-addressing-three-key-risk-factors-dysphagia-poor-oral> [9.7.2015].
- Marik, P.E. & Kaplan, D., 2003. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, 124(1), pp.1066–78.
- Marušič, D. & Simčič, B. eds., 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 4–15.
- Maze, H., 2008. *Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 48–56.
- Miller, A.J., 2008. The neurobiology of swallowing and dysphagia. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), pp.77–86.
- Morris, H., 2006. Dysphagia in the elderly - a management challenge for nurses. *British Journal of Nursing*, 15(10), pp.558–62.
- Paydarfar, D., Gilbert, R.J., Poppel, C.S. & Nassab, P.F., 1995. Respiratory phase resetting and airflow changes induced by swallowing in humans. *The Journal of Physiology*, 483(1), pp.273–88.
- Skela Savič, B., 2008. Kako približati raziskovanje klinični praksi zdravstvene nege? In: S. Kadivec, ed. *Program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege: zbornik predavanj*. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp.23–6.
- Skinder Savič, S., 2013. *Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih na delovnem mestu: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 5–29.
- Statistični urad Republike Slovenije. Število prebivalcev Slovenija in kohezijski regiji. Available at: https://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/10_stevilo_preb/05_05C10_prebivalstvo_kohez/05_05C10_prebivalstvo_kohez.asp [12.9.2018].
- Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C. & Seidman Carlson, R. (1997). Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia*, 12(1), pp.43–50.
- Sura, A., Madhavan, A., Carnaby, G. & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 30(7), pp.287–98.
- United States Census Bureau Population Estimates Program, 2012. Available at: 17.6.2014, s <http://www.census.gov/popest/data/national/asrh/2012/index.html> [17.6.2014].



ALI DOBRE PRAKSE NA RADIOLOŠKEM ODDELKU SPLOŠNE BOLNIŠNICE JESENICE VPLIVAJO NA ZADOVOLJSTVO PACIENTOV

**Does good practices on
radiological departments of
the General Hospital Jesenice
influence on the patients
satisfaction**

Jošt Uršič, dipl. inž. rad. teh.

Janez Biček, dipl. inž. rad. teh

Renata Rabič, dipl. inž. rad. teh.

Splošna bolnišnica Jesenice, Oddelek za radiologijo

jost.ursic@sb-je.si

IZVLEČEK

Zadovoljstvo pacientov je pomemben kazalnik kakovosti, pokazatelj dobre komunikacije, medsebojnih odnosov zdravstvenega osebja in organiziranosti dela na radiološkem oddelku. Računalniška tomografija predstavlja pomemben delež radiološke diagnostike in je zanesljiva ter klinično sprejemljiva metoda.

Na Oddelku za radiologijo Splošne bolnišnice Jesenice smo na podlagi izkušenj v zadnjih letih uvedli nekaj sprememb v procesu obravnave pacientov. Izvajamo vrsto ukrepov za izboljšanje zadovoljstva ter zmanjševanje zapletov. Njihov namen je večja kakovost izvedbe preiskav ter doseganje večjega zadovoljstva pacientov, kar sistematično spremljamo od leta 2011. Predstavljamo nekaj primerov dobrih praks, za katere menimo, da pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Velik poudarek dajemo pripravi ter opazovanju pacientov v zato namenjenem prostoru - pripravljalnici. Po aplikaciji kontrastnega sredstva je pomembna hidracija, zato so v pripravljalnici ves čas na voljo sladek, grenek čaj ali malinovec.

Pacienti imajo svojo predstavbo o izvedbi preiskave ter različna pričakovanja o njenih rezultatih. Pomanjkanje informacij pred preiskavo lahko povzroči izkušnjo tesnobe, strahu ter negotovosti. Pacienti predhodno prejmejo na dom datum in uro preiskave ter informacije o pripravi in poteku. Prilagoditi se jim je potrebno tudi z načinom komunikacije. S primernim tonom in jakostjo pogovora varujemo pacientovo zasebnost in osebne podatke.

Na radiološkem oddelku smo novembra in decembra 2018 izvedli anketiranje pacientov o njihovem zadovoljstvu z obravnavo na računalniško tomografski diagnostiki. V anketi je sodelovalo 70 pacientov. Preverili smo kakovost obravnave, zadovoljstvo s čakalno dobo na preiskavo, delovnim časom ambulate, komunikacijo in upoštevanje zasebnosti pri radioloških preiskavah. Rezultati kažejo, da so pacienti zadovoljni z delom radioloških inženirjev, diplomirane medicinske sestre in administratorkami. Zadovoljstvo so izrazili tudi glede delovnega časa ambulate in o čakalni dobi na preiskavo.

Na oddelku poteka dobra komunikacija med vsemi udeleženci v procesu, kar pomembno vpliva na zadovoljstvo pacientov. Izkazalo se je, da so vse izboljšave, ki smo jih uvedli na oddelku, pripomogle, da so naši pacienti zadovoljni.

Ključne besede: radiologija, zadovoljstvo pacientov, komunikacija v zdravstvu, dobre prakse v radiologiji

ABSTRACT

The patient's satisfaction is an important indicator of quality, good communication, mutual relationship between medical personnel and organization of work process in the Department of Radiology. Computer tomography represents an important part of radiological diagnostics and is a reliable and clinically acceptable.

On the basis of experiences from recent years, we have introduced some changes in the management of patients at in the Department of Radiology of the General Hospital Jesenice. We carry out a series of measures to increase satisfaction and reduce complications. The purpose of those measures is to improve the quality of examinations, and to achieve greater patient satisfaction, which has been systematically monitored since 2011. Some examples of good practices are presented, which we consider to have a significant impact on patient satisfaction. We give a great emphasize to preparation and observation of patients in the special preparation & observation room. After application of contrast media, hydration of the patients is important; sweet or unsweetened tea or diluted fruit syrup are always available to our patients in the preparation & observation room. Patients also have their own ideas and pictures how investigation is conducted, and various expectations about its results. Lack of information given to the patients prior to the investigation can lead to experience of anxiety, fear and uncertainty. Information about date and hour of their appointment including information regarding preparation and description of investigation are sent to patient's home address well in advance prior investigation. Communication has to be adjusted to individual patient. We use the appropriate tone and the volume of conversation to protect patient's privacy and personal data.

At Department of Radiology we performed in November and December 2018 a survey on patient's satisfaction with treatment at computed tomography diagnostics. Survey included 70 patients. Quality of the treatment, a satisfaction with the waiting period for investigation, working hours of the clinic, communication and consideration of privacy during radiological investigations have been investigated. The results show that patients are satisfied with the work of engineers of radiology, graduate nurse and administrators. They also expressed satisfaction regarding the clinic working hours and the waiting period for the investigation.

Good communication between all stakeholders in the process is taking place in the department, which significantly influences the level of patient satisfaction. It has turned out that all of the improvements that were introduced in the department has contributed to satisfaction of our patients.

Keywords: radiology, patient satisfaction, communication in health care, good practices in radiology

UVOD

Zdravstveno osebje dela v specifičnih okoliščinah. Njihova naloga je pomagati bolnikom pri njihovih fizičnih in psihičnih potrebah na primeren in human način (Berry & Bendapudi, 2007, p. 114).

Preiskave z računalniško tomografijo imajo v bolnišnicah zelo pomembno vlogo. Predstavljajo pomemben delež radiološke diagnostike in so zanesljiv ter klinično sprejemljiv postopek (Kalender, 2005).

Naloga radioloških inženirjev je, da strokovno in odgovorno uporabljamo ionizirajoče sevanje v diagnostične in terapevtske namene v korist pacienta. Zagotavljati moramo varno okolje za paciente, osebje in obiskovalce radiološkega oddelka.

Kodeks etike radioloških inženirjev nas zavezuje k zagotavljanju zaupanja, spodbujanju dobrega mnenja in slovesa poklica ter delu po najvišjih standardih osebne integritete.

Pri svojem delu moramo upoštevati, ohranjati ter ščititi pacientovo dostojanstvo, zasebnost, samostojnost in varnost. Kot poklicno skrivnost moramo zase ohranjati in varovati vsako informacijo, ki jo pridobimo pri obravnavi pacienta. Skrb za zdravje, varnost ter zadovoljstvo pacienta je pred interesi znanosti in družbe (Društvo radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije, 2010).

Zadovoljstvo ima za paciente velik pomen (Haksik, et al., 2000, p. 226). Zadovoljni pacienti sledijo navodilom bolj natančno ter aktivno in učinkovito sodelujejo pri procesu preiskave (Hall, et al., 1993 cited in Braunsberger 2002, p. 577).

Velika večina pacientov nima znanja za ocenjevanje tehnične kakovosti, zato njihova kakovostna presoja temelji izključno na njihovih subjektivnih izkušnjah v celotnem procesu, kar zahteva merjenje (Ondategui-Parra et al., 2006).

Na oddelku za radiologijo smo izvedli anketo o zadovoljstvu pacientov, katere glavni namen je ugotoviti, kako določene spremembe pristopov in postopkov dela vplivajo na končno zadovoljstvo pacientov. Predstavili bomo tudi dejavnike, ki so na podlagi dosedanjih raziskav pomembni za kakovostno izvedbo zdravstvenih posegov in zadovoljstvo pacientov.

ZADOVOLJSTVO PACIENTOV

Zadovoljstvo je odziv posameznika na določeni izkušnji (Oliver, 1997 cited in Choi, et al. 2005 cited in Kovačič, 2008, p.33).

Zadovoljstvo pacientov je pomemben cilj zdravstvene oskrbe. Viri navajajo, da pacienti kakovost zdravstvene oskrbe najpogosteje povezujejo s človeškim faktorjem in z vedenjskimi lastnostmi, kot so dobra komunikacija in medsebojni odnos z zdravstvenim osebjem, prijaznost, obveščenost ter strokovnost zdravstvenega osebja (Gorenak & Goričan, 2011).

Medsebojni odnosi so najpomembnejši dejavnik pri obravnavi pacienta, vplivajo na njegovo zadovoljstvo.

Alturki in Khan (2012) navajata, da je težko določiti en dejavnik, ki je neposredno povezan s stopnjo zadovoljstva. Na zadovoljstvo lahko vplivajo različni dejavniki, med drugim tudi demografski podatki (starost) ter zdravstveno stanje pacienta. Večje zadovoljstvo pacientov poveča možnost za uspešno izvedbo preiskave. Pri oceni zadovoljstva igra pomembno vlogo obveščenost pacientov o čakalnem času (Muntlin et al 2006).

PRIPRAVLJALNI PROSTOR IN HIDRACIJA

Na Oddelku za radiologijo smo na podlagi izkušenj v zadnjih letih uvedli nekaj sprememb v procesu obravnave pacientov.

V preteklost smo se posluževali prakse, da so pacienti po opravljeni preiskavi počakali na hodniku, kjer pa niso bili pod nadzorom diplomirane medicinske sestre ter niso imeli primerne okolje za potrebo hidracije ter sprostitve. Sedaj je naša utečena praksa, da pacienti po končani preiskavi počakajo v pripravljalnici. To je prostor, namenjen pripravi pacientov na preiskave, ter opazovanje po koncu preiskave. Diplomirana medicinska sestra pacientu pred preiskavo vstavi intravensko kanilo, ga vpraša o njegovem

zdravstvenem stanju ter razloži potek aplikacije kontrastnega sredstva. Po končani preiskavi s kontrastnim sredstvom pacient tam počaka še najmanj 30min.

Zaradi aplikacije kontrastnega sredstva je zelo pomembna dobra hidracija pacientov. Kontrastno sredstvo obremeni ledvici, zato s takojšno hidracijo po preiskavi pospešimo njegovo izločanje iz telesa. V ta namen imamo v pripravljalnem prostoru vedno na razpolago sladke, grenke čaj ali malinovec. Posebno pozorni moramo biti pri pacientih s slabšo ledvično funkcijo. Za njih je potrebna višja stopnja hidracije pred in po slikanju. Ta se po navodilu zdravnika radiologa izvaja peroralno ali pa z intravenskim dodajanjem tekočine v telo.

Diplomirana medicinska sestra s pomočjo aromaterapije v pripravljalnici dodatno skrbi za še boljše počutje in ugodje pacientov.

Izkušnje iz preteklosti so pokazale, da je takšen pristop obravnave pacientov po preiskavi z računalniško tomografijo veliko bolj primeren ter prinaša vrsto koristi tako za paciente kot za osebje. Prav tako se prednosti pokažejo pri pacientih, ki so pripeljani z reševalnim vozilom. Običajno so starejši, slabotnejši ali nepokretni, zato jim čakanje povzroča dodatne težave. V pripravljalnem prostoru imajo možnost počitka ter so stalno pod nadzorom. Na ta način jim olajšamo čakanje na prevoz z reševalnim vozilom po opravljeni preiskavi.

KOMUNIKACIJA IN ZAGOTAVLJANJE ZASEBNOSTI PACIENTOV

Za paciente je zelo pomembno, da jim damo priložnost povedati svojo zgodbo, zakaj so prišli na preiskavo z računalniško tomografijo. Morajo vedeti, da resno obravnavamo njihovo zdravstveno stanje in jih poskušamo razumeti. Razložiti je potrebno informacije o preiskavi, ter hkrati upoštevati vse njihove predhodne izkušnje (Thiedke C C, 2007).

Ni pomembno le to, da pacientu povemo, temveč tudi to na kakšen način mu neko informacijo podamo. Pacientom se je potrebno prilagoditi tudi z načinom komunikacije. Pri komunikaciji velikokrat pozabljamo na pomen jakosti in tona glasu, hitrost govorjenja, očesni stik s pacientom ter mimiko našega telesa (Dermol, Hvala, 2001).

Primerna komunikacija pomeni tudi spoštovanje pacientove zasebnosti in osebnih podatkov.

Kadar govorimo s pacientom o njegovih osebnih podatkih, sta zelo pomembna jakost glasu in pravilna izbira prostora, kjer pogovor poteka. S primerno jakostjo varujemo pacientovo zasebnost in osebne podatke. Na oddelku so kabine za pripravo pacientov, ki mejijo neposredno na hodnik, zato ne nudijo dovolj zasebnosti. Zaradi tega pogovor s pacientom opravimo v diagnostičnem prostoru. Večjo stopnjo zasebnosti smo zagotovili tudi s pripravljalnico, kjer so pacienti ločeni od ostalih ljudi v čakalnici.

PISNA NAVODILA

Študije kažejo, da pomanjkanje informacij pred preiskavo lahko povzroči izkušnjo tesnobe, strahu ter negotovosti (Bolejko at all, 2008).

Zagotavljanje informacij je bistveno za doseganje zadovoljstva pacientov. Dober primer zagotavljanja so pisna navodila, ki jih pacient pred preiskavo prejme na dom (Thompson at all, 1995).

V Splošni bolnišnici Jesenice imamo pisna navodila o preiskavi, o njenem poteku in možnih zapletih. Pacienti navodila skupaj z datumom in uro preiskave prejmemo predhodno na dom. Navodila vsebujejo informacije o času in poteku preiskave z računalniško tomografijo, predhodni pripravi na preiskavo in možnih zapletih ob aplikaciji kontrastnega sredstva. Zelo pomembno je, da pacienti navodila upoštevajo, pridejo na slikanje tešči ter z laboratorijskimi izvidi ledvične funkcije, ki niso starejši od 7 dni. Za paciente, pri katerih je znano slabše delovanje ledvic in potrebujejo slikanje s kontrastnim sredstvom, je pomembno, da se predhodno pripravijo s premedikacijo, hidracijo ali intravenskim dodajanjem tekočine v telo na oddelku. Sladkornim bolnikom, ki jemljejo peroralni antidiabetik metmorfin ter imajo nizke vrednosti glomerularne filtracije, je naročeno, da z jemanjem terapije prenehajo 48 ur pred preiskavo. Navodila za preiskavo vključujejo tudi vprašalnik o morebitnih alergijah, boleznih (bolezni ščitnice, ledvic, astma, sladkorna bolezen) ter nosečnosti, ki je kontraindikacija za preiskavo, razen pri življenjsko ogrožajočih stanjih. Na navodilih so opisani tudi možni stranski učinki kontrastnega sredstva.

Eden od možnih zapletov, ki lahko nastanejo pri računalniški tomografiji s kontrastnim sredstvom, je ekstravazacija kontrastnega sredstva. Če pride do tega zapleta, imamo na oddelku pisno navodilo o znakih in ravnanju ob njegovem nastanku. Pacienti so tako seznanjeni, zakaj je do tega prišlo, ter kaj pričakovati in kako ravnati ob morebitnih spremembah ali poslabšanju.

Vsa navodila in pojasnila glede računalniške tomografije s kontrastnim sredstvom so opisana tudi v standardnih operativnih postopkih Splošne bolnišnice Jesenice.

METODE DELA

Na radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice smo novembra in decembra 2018 izvedli anketiranje pacientov o njihovem zadovoljstvu z obravnavo na računalniško tomografski diagnostiki. Anketirali smo 70 pacientov. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo anketnega vprašalnika, namenjenega ambulantnim pacientom, ki so prišli na računalniško tomografijo. Anketni vprašalnik je bil v tiskani obliki in je vseboval 10 vprašanj zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa, pri katerem so imeli pacienti možnost izraziti morebitne predloge o tem, kako bi v prihodnje izboljšali naše storitve. Demografska vprašanja, kot so spol, starost in izobrazba so bila zastavljena na koncu.

Anketa je vsebovala vprašanja o zadovoljstvu pacientov z delom in odnosom radioloških inženirjev, diplomirano medicinsko sestro in administratorkami na oddelku. Vprašanje je bilo tudi o čakalni dobi na preiskavo in zadovoljstvom z delovnim časom ambulate. Tokrat smo dali poudarek na zasebnosti pacienta, ker se je v preteklih letih izkazalo, da nam zagotavljanje zasebnosti povzroča največ težav.

REZULTATI

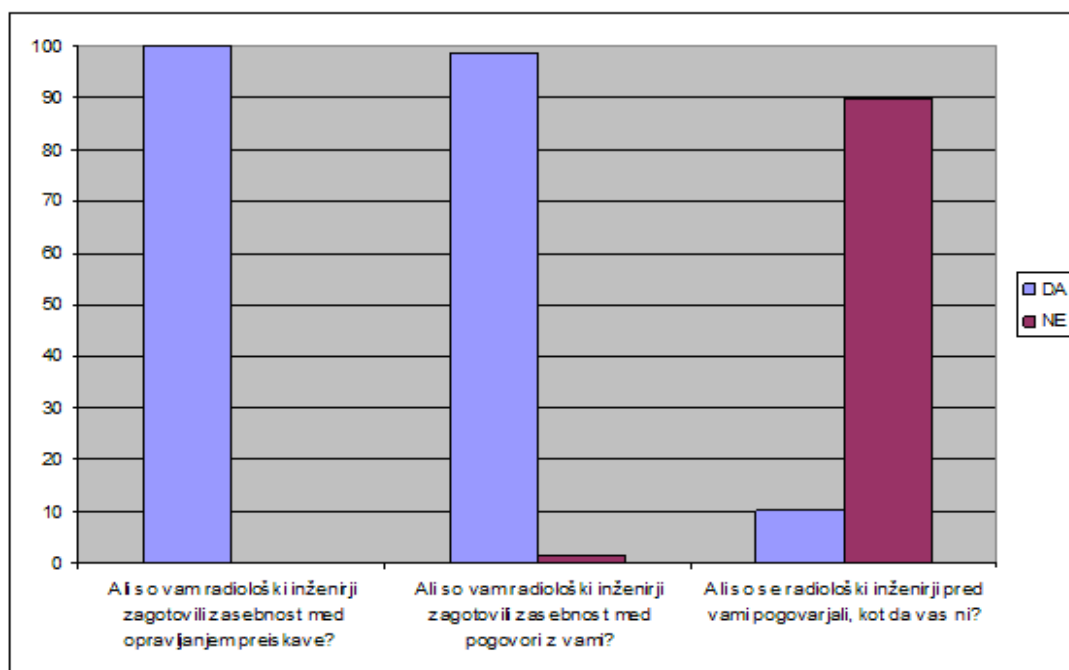
Na anketo je odgovorilo 69 pacientov, 1 je bila neveljavna. Povprečna starost anketirancev je bila nad 55 let, 59,4 % žensk in 40,6 % moških. Največ jih je imelo končano srednjo šolo, 40,6 %.

Glede na zdajšnje dolge čakalne dobe smo lahko zadovoljni, saj je 30,4 % pacientov odgovorilo, da so čakali manj kot 7 dni, največ 46,4 % je bilo tistih, ki so čakali več kot 7 dni, 23,2 % pa je odgovorilo drugo, kar pomeni, da so v večini čakali 1 mesec, v enem primeru pa 2 meseca. Pacienti so v 97,1 % zadovoljni z delovnim časom računalniško tomografske diagnostike. Rezultati pokažejo, da so pacienti zelo zadovoljni s prijaznim in spoštljivim odnosom radioloških inženirjev, diplomirane medicinske sestre in administratork, saj so v 100 % odgovorili, da so jih obravnavali prijazno in spoštljivo. Sklepamo lahko, da na oddelku poteka res dobra komunikacija od sprejema v administraciji do diplomirane medicinske sestre in nazadnje do radiološkega inženirja. Izkazalo se je, da so vse izboljšave, ki smo jih uvedli na oddelku, pripomogle, da so naši pacienti zadovoljni.

Med opravljanjem preiskave smo radiološki inženirji vedno zagotovili zasebnost pacientov. Za potrditev dobre prakse se je izkazala pripravljavnica, ker 98,6 % pacientov meni, da smo jim zagotovili zasebnost tudi pri pogovoru.

Edino manjše odstopanje je bilo pri vprašanju, ali so se radiološki inženirji pred vami pogovarjali, kot da vas ni? 10,1 % pacientov meni, da ja, 89,9 % da ne. Rezultat kaže, da se radiološki inženirji med pripravo pacientov na preiskavo občasno pogovarjamo med seboj in ne posvečamo pozornosti samo pacientu (Slika 1: Zasebnost na radiološkem oddelku).

Na zadnje vprašanje, kako bi lahko izboljšali naše storitve, so pacienti izrazili veliko zadovoljstvo nad našim delom.



Slika 1: Zasebnost na radiološkem oddelku (vir: radiološki oddelek SB Jesenice 2018)

DISKUSIJA

V raziskavi smo preverili stopnjo zadovoljstva pacienta s celotno obravnavo. Predvsem nas je zanimalo, ali naši pristopi ter postopki pri obravnavi pacientov vplivajo na zadovoljstvo. Način dela smo podkrepili s teoretičnimi osnovami. Skozi celoten prispevek smo predstavili tudi osnovna teoretična izhodišča pacientovega zadovoljstva.

Zadovoljstvo pacientov prispeva k večjemu ugledu radiološkega oddelka kot tudi zdravstvene ustanove. Pokaže nam naše prednosti in slabosti v delovnih procesih ter predloge za izboljšave.

Uspeh bolnišnice je v veliki meri odvisen od zadovoljstva pacientov (Mohan, Kumar, 2011).

Na zadovoljstvo vpliva tudi urejenost ter udobje čakalnih prostorov (Blomberg at all 2010). Menimo, da je pripravljavnica velika pridobitev radiološkega oddelka, saj omogoča kakovostnejšo obravnavo pacientov.

Dobra komunikacija ter prvi stik s pacientom pomembno vplivata na zadovoljstvo pacientov (Ramšak 2018).

V svojem prispevku smo prav tako ugotovili, da je komunikacija zelo pomemben dejavnik zadovoljstva. Menimo, da bo ocena zadovoljstva za bolnišnice v prihodnje imela vedno večji pomen. Raziskavo bi lahko razširili tudi na ves oddelek, ne zgolj računalniško tomografijo.

ZAKLJUČEK

Zadovoljstvo pacientov je pomemben pokazatelj kakovostne obravnave. Anketo o zadovoljstvu pacientov na radiološkem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice izvajamo že od leta 2011. V tem času smo uvedli kar nekaj novosti in izboljšav, kar kažejo rezultati ankete. Pacienti so zadovoljni z delom radioloških inženirjev, diplomirane medicinske sestre in administratorkami. Najpomembnejši dejavnik je dobra komunikacija med osebjem in pacienti. K boljšemu zadovoljstvu zagotovo pripomore tudi pripravljavnica in pisna dokumentacija, ki paciente že predhodno obvesti o času in poteku preiskave. Varstvu zasebnosti danes posvečamo veliko pozornosti, kar se kaže tudi v pozitivnih rezultatih ankete.

V praksi opažamo možnost izboljšav, predvsem pri načinu klicanja pacientov v diagnostiko, ter v boljši razporeditvi prostorov. Za dodatno dobro vzdušje na diagnostikah oddelka s pomočjo aromaterapije skrbi diplomirana medicinska sestra. Za doseganje zadovoljstva na radiološkem oddelku bo potrebno tudi v prihodnje nenehno uvajati novosti in izboljševati procese dela.

LITERATURA

Alturki, M. & Khan, T.M., 2012. A study investigating the level of satisfaction with the health services provided by the Pharmacist at ENT hospital, Eastern Region Alahsah, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 21(3), pp. 255-260.

Berry, L.L. & Bendapundi, N., 2007. A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10(2), pp. 111-122.

Braunsberger, K. & Gates, R.H., 2002. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing*, 19(7), pp. 575-590.

Bolejko, A., Sarvik, C., Hagell, P. & Brinck, A., 2008. Meeting patient information needs before magnetic resonance imaging: development and evaluation of an information booklet. *Journal of Radiology Nursing*, 27(3), 96-102.

Blomberg, F., Brulin, C., Andertun, R. & Rydh, A., 2010. Patients' Perception of Quality of Care in a Radiology Department. *A Medical-Physical Approach*, 29(3), pp. 10-17.

Dermol Hvala, H., 2001. Pomen govornice besede pri delu zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(1/2), pp. 45-49.

Društvo radioloških inženirjev Slovenije in Zbornica radioloških inženirjev Slovenije, 2010. Kodeks etike. Bilten: glasilo Društva radioloških inženirjev Slovenije in Zbornice radioloških inženirjev Slovenije. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-W9HPWDVI/cb-c36d19-81d2-43a3-8273-2415ef0d3512/PDF> [25. 1. 2018].

Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp 175-184.

Haksik, L., Yongki, L., & Dongkeum, Y., 2000. The determinants of perceived service quality and its relationship with satisfaction. *Journal of Service Marketing*, 14(3), pp. 217-231.

Kalender, W.A., 2005. *Computer Tomography: fundamentals, systemtehnology, image quality,application*. 2nd ed. Erlangen: Kommunikattions AgentureGmbh, p. 5.

- Kovačič, P., 2008. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami*: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 33
- Mohan, R. & Kumar, K. S., 2011. A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. *Zenith International Journal of Business Economics & Management Research*, 1(3), pp. 15–25.
- Muntlin, A., Gunningberg, L. & Carlsson, M., 2006. Patients' perception of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Neurology*, 15(8), pp. 1045–1056.
- Ondategui-Parra, S., Erturk, M.S. & Ros, P.R., 2006. Survey of the Use of Quality Indicators in Academic Radiology Departments. *American journal of roentgenology*, 187(5), pp. 451-455
- Ramšak, A., 2018. *Zadovoljstvo pacientov z delom radioloških inženirjev in storitvami radiološkega oddelka v splošni bolnišnici Slovenj Gradec*: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 65-66.
- Thiedke, C.C., 2007. What do we really know about patient satisfaction? *Family Practice Management*, 14(1), pp. 33-36
- Thompson, D.A., Yarnold, P.R., Williams, D.R. & Adams, S.L., 1995. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 28(6), pp. 657–65.



ETIČNI VIDIKI UPORABE SOCIALNIH OMREŽIJ IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE

Ethical issues of social media use by nurses and midwives

Helena Kristina Halbwachs, viš. pred., viš. med. ses., univ. dipl. org.
Sinnergy e.U., Avstrija

hk.halbwachs@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Uporaba socialnih omrežij je v današnjem času za marsikoga, tudi za izvajalce zdravstvene in babiške nege, postala del vsakdana. S seboj prinaša mnogo prednosti, obenem pa tudi mnogo pasti, vključno z etičnimi. Namen prispevka je ugotoviti, katere so najpogostejše kršitve etičnih načel pri uporabi socialnih omrežij s strani izvajalcev zdravstvene in babiške nege, oziroma ali se kršitve pojavljajo tudi v slovenskem prostoru. **Metodologija:** Uporabili smo kombinacijo metod, pregled literature ter analizo dokumentacije. V pregled literature smo vključili podatkovne baze Google Scholar, PubMed, CINAHL, Medline, Oxford reference Online, Scopus ter COBISS+. Z metodo analize dokumentacije smo pregledali nekaj javno odprtih skupin na socialnem omrežju Facebook, ter vsebinsko analizirali etično sporne komentarje. **Rezultati:** Identificirali smo 8 člankov, ki navajajo kršitve etičnih načel na socialnih omrežjih. Nekatere izmed navedenih kršitev je zaznati tudi med slovenskimi izvajalci zdravstvene in babiške nege- te se nanašajo predvsem na neprofesionalno obnašanje. **Diskusija in zaključek:** Etične kršitve se nanašajo na kršenje zaupnosti in dostojanstva pacientov ter na prekoračitev profesionalnih mej med izvajalci in pacienti, rušenje ugleda poklica, nasilnost in mobing do sodelavcev, neprimerne objave do delodajalcev, opolzkosti in širjenje nestrpnosti. Kvalitativna raziskava je našla dokaze predvsem o žaljenju, grožnjah in rušenju ugleda med zdravstvenimi delavci. Izvajalci zdravstvene in babiške nege se moramo zavedati, da smo zavezani kodeksu etike tudi izven delovnega mesta, ter da veljajo za obnašanje na socialnih omrežjih enake profesionalne norme kot sicer. Kljub temu, da je za obnašanje na socialnih medijih odgovoren vsak posameznik, bi bila dobrodošla priporočila delovnih organizacij in stanovskih združenj, kot jih imajo tudi v tujini.

Ključne besede: medicinske sestre, babice, socialna omrežja, etika

ABSTRACT

Introduction and theoretical background: Social media usage is in this day and age a popular activity for many people, including nurses and midwives. It brings many advantages for nursing and midwifery, but also many traps, including the ethical ones. The purpose of this article is to determine the most common breaches of ethics by nurses and midwives on the social media, as well as to investigate if those breaches are present among the Slovenian professionals. **Methodology:** The research was conducted by combination of two methods: the literature review and the analysis of documentation. The literature search was conducted in the Google Scholar, PubMed, CINAHL, Medline, Oxford reference Online, Scopus and COBISS+ databases. The analysis of documentation was performed on two publicly available healthcare professionals' Facebook groups. Ethically questionable comments were identified, and their content analyzed. **Results:** Literature search produced 8 articles identifying most common breaches of the ethical code of conduct. Some of these breaches could also be identified on the Slovenian social media, with prevailing categories of unprofessional behavior identified as insults, threats and uncritical reflection. **Discussion and conclusion:** Most common breaches of ethical code of conduct relate to data protection issues and unprofessional conduct: overstepping the boundaries between professionals and patients, damage to the professional reputation, violence and mobbing of colleagues, inappropriate postings towards employers, obscenities and hate speech. The qualitative analysis produced the evidence on ethical breaches by Slovenian nurses and midwives, especially by demotion, threats and damage to the professional reputation. Nurses and midwives must be aware that the code of conduct applies beyond place of work, and that same ethical standards apply for their activities on social media. Every individual is accountable for the responsible use of social media, however, guidelines by employers and professional association, similar as what already exist abroad, would be welcome.

Key words: nurses, midwives, social media, ethics

UVOD

Pred slabim letom smo v eni izmed slovenskih javno odprtih skupin, ki naj bi povezovala zdravstvene delavce, naleteli na provokativno objavo, na katero je podalo komentar na stotine zdravstvenih delavcev. Komentarjev, v kateri so se vsi povprek obkladali z žaljivkami, je kar mrgolelo, med njimi pa nam je padla v oči objava gospe, ki se je oglasila kot pacientka: „...ko berem vse te nestrpne komentarje, žalitve s strani vseh zaposlenih v zdravstvu, si želim, da ne bom več rabila vaše pomoči in nege, saj si ne želim, da bi ljudje, ki tako nestrpno in žaljivo razpravljajo o nekem komentarju na

Facebooku, čeprav so si izbrali poklic, ki zahteva največjo mero razumevanja, strpnosti in tolerance, skrbeli za mene in mi pomagali...". Ob tem dogodku smo se odločili, da opravimo raziskavo o uporabi socialnih omrežij v zdravstveni in babiški negi ter napišemo pričujoči prispevek.

Za sodobni svet je značilna masovna uporaba interneta in socialnih omrežij. Več kot polovica svetovnega prebivalstva uporablja internet, in le nekaj manj socialna omrežja (Kemp, 2019). Socialna omrežja označujejo širok pojem, ki ga lahko definiramo na različne načine (Peate, 2013; Casella, et al., 2014). Angleški slovar označuje socialna omrežja (social networks) kot spletne storitve ali strani, preko katerih se ljudje povezujejo in ohranjajo medsebojne odnose. So del socialnih medijev, oblika elektronske komunikacije, s pomočjo katere delimo informacije, slike, ideje, zasebna sporočila, in ostalo vsebino (Merriam-Webster, 2019). V slovenskem jeziku je pravilno poimenovanje teh omrežij nedorečeno - najpogosteje se uporabljajo izrazi socialna omrežja, družbena omrežja in družabna omrežja (Komac, 2017).

V tem prispevku uporabljamo izraz socialna omrežja kot oznako za priljubljene načine spletnega komuniciranja in povezovanja, ki se odvija na spletnih straneh, kot so Facebook, Instagram, Twitter, pa tudi s pomočjo drugih elektronskih komunikacijskih orodij, kot so blogi (pisni prispevki) ter vlogi (video prispevki) na spletnih straneh.

V lanskem letu je število uporabnikov socialnih omrežij naraslo za 1 milijon dnevno, kar pomeni 11 novih uporabnikov vsako sekundo. Med najbolj dominantna socialna omrežja spadajo Facebook, YouTube, Whatsapp, Instagram, Twitter in LinkedIn (Kemp, 2019).

Priljubljenost socialnih omrežij je opazna tudi med izvajalci zdravstvene in babiške nege, čeprav nekatere raziskave kažejo, da pri uporabi teh nekoliko bolj oklevajo kot zaposleni v drugih panogah (Barry & Hardiker, 2012; Stewart, et al., 2012). Kljub temu je pomembno, da gredo v korak s časom in da jih kot strokovnjaki uporabljajo (Casella, et al., 2014; Dalton, et al., 2014; Wylie, 2014). Dostopnost, dosegljivost in učinkovitost socialnih medijev ponuja zdravstveni in babiški negi možnost, da se sliši njihov glas (Wylie, 2014; Kress, et al., 2018).

Široka uporaba teh omrežij močno vpliva na zdravstvo z vsemi njenimi izvajalci, saj pomeni komunikacijsko revolucijo (Casella, et al., 2014). Sporočila so takojšnja in prodorna, vendar ne prinašajo le prednosti, temveč tudi pasti (Barry & Hardiker, 2012).

Dokazov in mnenj, da prinaša uporaba socialnih medijev veliko prednosti na različnih področjih zdravstvene in babiške nege, je mnogo. Uporaba omogoča široko multidisciplinarno povezovanje izvajalcev zdravstvene in babiške nege (Casella, et al., 2014; Power, 2015), kar lahko vodi v bolj celovito, bolj dostopno zdravstveno oskrbo in večjo družbeno prisotnost (Casella, et al., 2014). Omogoča medsebojno podporo, kar je v tako stresnih in čustveno obremenjenih poklicih zelo pomembno, ter v ta namen izkazuje enako pomembnost kot supervizija in podobna orodja (Spector & Kapell, 2012). Izboljša tudi dostop do informacij znotraj profesionalnih krogov (Barry & Hardiker, 2012). Na področju formalnega izobraževanja lahko uporaba pripomore k izboljšanju strokovnih, komunikacijskih in etičnih znanj in veščin (Schmitt, et al., 2012), k medsebojni podpori študentov ter k razvoju profesionalne identitete (Kress, et al., 2018). Tudi na področju neformalnega izobraževanja v zdravstveni in babiški negi pripomore k profesionalni rasti (Wylie, 2014) ter omogoča sledenje vrhov stroke (Carroll & Bruno, 2016). Izkazalo se je, da imajo socialni mediji tudi pomembno vlogo za sodobno vodenje v zdravstveni negi (Moorley & Chinn, 2016). Prav tako so pomembni za raziskovalce v zdravstveni negi, saj jim omogočajo razvoj lastnih strategij za promocijo in diseminacijo raziskovalnih del čim širši strokovni javnosti (Smith & Watson, 2016). Poleg tega socialna omrežja raziskovalcem ponujajo povsem nove možnosti raziskovanja, čeprav strokovnjaki opozarjajo, da je ob tem potrebna posebna previdnost, saj prinašajo nove in nepoznane pasti (Siegmond, 2018).

Poleg zdravstvenih delavcev pa spadajo med naraščajoče število uporabnikov tudi pacienti (Schmitt, et al., 2012). Med novimi uporabniki zelo hitro raste število starejših - samo na Facebooku je v zadnjih letih število starejših od 65 let naraslo za 20 %. Zato je uporaba socialnih omrežij pomembna tudi s stališča, da se zdravstveni delavci s pacienti srečujejo tudi na omrežjih (Schroeder, 2017). Na ta način je pacientom omogočena boljša dostopnost do informacij (Casella, et al., 2014), uporaba pa omogoča tudi promocijo zdravja, lajšanje trpljenja zaradi bolezni in podporo pacientov (Schroeder, 2017). Socialni mediji dajejo pacientom možnost, da delijo svoje zdravstvene skrbi in pridobijo takojšen odziv s strani zdravstvenih delavcev, pa tudi ostalih (Barry & Hardiker, 2012). Socialna omrežja dajejo pacientom tudi glas ter jim ponujajo možnost odprtega dialoga, v katerem lahko posredujejo povratno informacijo ter kritiko storitev

in izvajalcev (Ferguson, 2013), s čimer je možno izboljšanje storitev in bolj optimalno prilagajanje potrebam pacientov (Peate, 2013).

Ob vseh naštetih prednosti pa je pomembno, da se zdravstveni delavci zavedajo svojih profesionalnih obvez (Spector & Kapell, 2012), da ohranijo profesionalne standarde obnašanja ter da se zavedajo tveganj, ki jih prinaša komuniciranje preko socialnih omrežij (Schroeder, 2017). Posamezniki, zdravstvene ustanove, izobraževalne ter ostale institucije na področju zdravstva se vse bolj zavedajo, da je pri uporabi socialnih omrežij potrebna previdnost (Barry & Hardiker, 2012). Neprimerna uporaba socialnih omrežij lahko ima hude posledice za kariero in življenje izvajalcev zdravstvene in babiške nege, pa tudi za organizacije na področju zdravstva (Spector & Kapell, 2012; Dalton, et al., 2014; Balestra, 2018). Pomembno je, da se posamezniki in zdravstvene ustanove zavedajo profesionalnih, etičnih, pravnih in zakonodajnih vidikov uporabe socialnih omrežij (Barry & Hardiker, 2012).

S prispevkom želimo osvetliti in ozavestiti etične vidike uporabe socialnih omrežij med izvajalci zdravstvene in babiške nege ter s tem doprinesti k bolj odgovorni uporabi le-teh. V ta namen smo zastavili dve raziskovalni vprašanji:

R1: Katere so najpogostejše kršitve etičnih načel ob uporabi socialnih omrežij?

R2: Ali je kršitve etičnih načel na socialnih omrežjih možno zaslediti tudi med slovenskimi izvajalci zdravstvene in babiške nege?

METODOLOGIJA

Uporabili smo kombinacijo dveh metod- pregleda literature ter metode kvalitativne analize dokumentacije.

V pregled literature smo vključili spletni brskalnik Google Scholar, PubMed, CINAHL, Medline, Oxford reference Online, Scopus ter COBISS+. Pri iskanju smo uporabili različne kombinacije besed in Booleanovih operaterjev (AND, OR). V angleških podatkovnih bazah smo uporabili besede social media, social network*, ethic*, nurs*, midwife*, v slovenski podatkovni bazi pa besede etika, etičn*, zdravstven* neg*, babišk* neg*, babištv*, socialn* omrežj*, družben* omrežj*, socialni* medij*. Vključujoč kriterij je zahteval, da je članek vseboval etična vprašanja uporabe socialnih omrežij med izvajalci zdravstvene in babiške nege kot ključno temo ali eno izmed ključnih tem. Izključitveni kriteriji pa so bili nanašanje članka na specializirana področja (npr. le na urgentno dejavnost ali na študente), podvajanje člankov, krajša mnenja, diskusije in komentarji, nedostopnost člankov ter pozicijski in regulativni dokumenti združenj in organizacij v zdravstveni in babiški negi.

Z metodo analize dokumentacije pa smo pregledali nekaj javno odprtih skupin na socialnem omrežju Facebooku, ki se samoidentificirajo kot skupine za zdravstvene delavce. Izbrali smo dve sporni objavi ter vsebinsko analizirali komentarje, ki so spremljali ti dve objavi. Soglasja etične komisije za to raziskavo nismo iskali, saj smo po pregledu literature ugotovili, da lahko uvrstimo tovrstne sociološke raziskave med izjeme, ki ne potrebujejo etičnega soglasja. (Denscombe, 2014; De Gagne, et al., 2019).

REZULTATI

V angleških podatkovnih bazah smo našli 353 člankov, izmed katerih smo jih po pregledu naslovov 288 izločili, saj niso izkazali relevantnosti za raziskovalna vprašanja. Od preostalih 65 člankov je bilo na podlagi prebranih izvlečkov in izločitvenih kriterijev izločenih še 57 člankov. V slovenski podatkovni bazi smo našli 37 člankov, vendar na podlagi prebranih naslovov in izvlečkov nobeden izmed njih ni ustrezal vključitvenemu kriteriju. V pregled literature je bilo tako vključenih 8 člankov. Vključeni članki in izsledki - odgovori na raziskovalno vprašanje, so objavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Pregled literature in ključnih ugotovitev o kršitvah etičnih načel na socialnih omrežjih

Avtor in leto	Naslov članka	Metodologija	Izsledki: Najpogostejše kršitve etičnih načel
Cronquist & Spector, 2011	Nurses and Social Media: Regulatory Concerns and Guidelines	Študija primera in pregled literature	Študija primera se osredotoča na kršitev dostojanstva pacienta preko socialnega medija. Obenem opozarja na druge pogoste kršitve pri uporabi socialnih omrežij- neetično in neprofesionalno obnašanje, moralno oporečnost ter kršenje zaupnosti.
Spector & Kappel, 2012	Guidelines for using electronic and social media: the regulatory perspective	Študije primerov in pregled literature	Najpogostejše pritožbe v zvezi z uporabo socialnih omrežij so kršitve zaupnosti podatkov, neprijavljanje kršitev kolegov, nasilje do kolegov, neprimerna komunikacija do delodajalca, prekoračitev profesionalnih mej obnašanja. Vprašljiva je tudi praksa delodajalcev, da pregledujejo socialna omrežja zaposlenih ali potencialnih kandidatov za zaposlitev.
Barry & Hardiker, 2012	Advancing nursing practice through social media: a global perspective	Pregled literature	Etična tveganja pri uporabi socialnih omrežij vključujejo kršitve zaupnih podatkov ter neprofesionalno obnašanje. To zajema opolzkosti, izražanje nestrpnosti, širjenje sovraštva, žaljenje in mobing sodelavcev ter delodajalcev ter rušenje ugleda poklicev v zdravstvu.
Basevi, et al., 2014	Ethical guidelines and the use of social media and text messaging in health care: a review of literature	Pregled literature	V literaturi se na temo etične uporabe socialnih omrežij pojavljajo 4 ključne teme: kršenje zaupnosti podatkov in zasebnosti pacientov, uporaba socialnih omrežij s strani študentov in potreba po njihovem mentorstvu, integriteta in ugled profesij ter pomanjkanje institucionalnih in profesionalnih priporočil.
Levati, 2014	Professional conduct among registered nurses in the use of online social networking sites	Analiza dokumentacije, mednarodna primerjava	Pregled Facebook strani zajetih izvajalcev zdravstvene nege v Veliki Britaniji in Italiji kažejo, da so javnosti na voljo občutljivi podatki iz osebnega in profesionalnega življenja, da so meje med njima zamegljene, ter da med spornimi objavami prednjačijo objave povezane z alkoholom in opolzkostmi.
Ventola, 2014	Social Media and Health Care Professionals: Benefits, Risks, and Best Practices	Pregled literature	Tveganja pri uporabi socialnih omrežij se nanašajo predvsem na škodovanje profesionalnemu ugledu, kršenju zaupnosti podatkov ter prekoračitev profesionalnih mej med izvajalcem in pacientom.
Green, 2017	Nurses' online behaviour: lessons for the nursing profession	Pregled literature	Vse več izvajalcev zdravstvene nege se mora zagovarjati pred regulativnimi organi zaradi neprofesionalnega obnašanja na socialnih omrežjih. Kršitve zajemajo neprimerno vsebino in objave, prekoračitev profesionalnih mej obnašanja ter kršenje zasebnosti bolnikov in zaupljivosti podatkov.
De Gagne, et al., 2019	Uncovering cyberincivility among nurses and nursing students on Twitter: A data mining study	Odkrivanje zakonitosti v podatkih (data-mining)	Več kot polovica zajetih izvajalcev zdravstvene nege je vsaj enkrat v obdobju 6 tednov objavilo ali delilo neprimeren tweet. Skoraj 5% pregledanih twitov je bilo spornih, največ zaradi kletvic, opolzkosti, žaljivosti, diskriminacije do manjšin.

KVALITATIVNA ANALIZA DOKUMENTACIJE

S pregledom dveh različnih, javno odprtih skupin, ki se samoidentificirata kot skupini za zdravstvene delavce, smo najprej identificirali dve etično sporni objavi. Ena izmed objav je ponudila provokativno in napačno interpretirano izjavo medicinske sestre, povzeto iz medijskega članka, druga objava pa provokativno izjavo zdravnice, kot komentar na nek medijski članek. Pri obeh objavah so upravitelji strani, ki so anonimni, provokativno pozvali h komentiranju in diskusiji, pri eni izmed teh objav so aktivno pozivali tudi k anonimnim odzivom.

Obe objavi skupaj je spremljalo 369 osnovnih komentarjev (pod-odgovorov na same komentarje nisem zajela). 96 (26 %) komentarjev, ki so bili etično sporni, sem vsebinsko analizirala. Avtorji komentarjev so se sami opredelili za izvajalce zdravstvene ali babiške nege, kar je bilo mogoče sklepati po vsebini komentarjev ali po profilih avtorjev.

Etično sporne izjave sem opredelila s pomočjo vnaprej določenih kategorij (žalitve, grožnje, pomanjkanje lastne kritičnosti). Podobne pojme v kategorijah sem združila v skupine.

V kategoriji žalitev sem opredelila naslednje skupine:

- žalitve osebe: pojmi so se nanašali na žaljenje dostojanstva, inteligence, znanja, usposobljenosti, dosežkov, ženskosti, življenjskega stila, vrednot,
- žalitve celotne poklicne skupine: pojmi so se nanašali na žaljenje sposobnosti, znanja, empatije, dosežkov ter vrednot skupine.

V kategoriji groženj sem opredelila naslednje skupine:

- želje po poslabšanju zdravja osebe,
- grožnje, povezane z nudenjem pomoči in nege, ko bo oseba pacient,
- grožnje, povezane z maščevanjem v okviru timskega sodelovanja.

V kategoriji pomanjkanja lastne kritičnosti sem opredelila skupini:

- samopomilovanje: pojmi, ki predstavljajo lastno delo ali avtorja komentarja kot nemočno žrtev,
- precenjevanje: pojmi, ki predstavljajo lastno delo avtorja komentarja ali poklicne skupine kot večvredno.

DISKUSIJA

Kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, ki se nanaša na najpogostejše kršitve etičnih načel ob uporabi socialnih omrežij, je po pregledu literature možno zapisati, da se kršitve nanašajo na kršenje zaupnosti in dostojanstva pacientov ter na neprofesionalno obnašanje. Slednje lahko opredelimo večplastno, predvsem kot prekoračenje profesionalnih mej med izvajalci in pacienti, kot rušenje ugleda poklica, kot nasilnost in mobing do sodelavcev, kot neprimerne objave do delodajalca ter kot opolzkosti in širjenje nestrpnosti.

Analiza dokumentacije- izbranih objav slovenskih skupin zdravstvenih delavcev jasno kaže, da so kršitve etičnih načel prisotne tudi v Sloveniji. Kršitve se kažejo kot osebne žalitve ter grožnje, poleg tega pa kot rušenje ugleda poklica. Ta se ruši bodisi preko žalitev drugih poklicnih skupin, ali pa lastne poklicne skupine (s samopomilovanjem in precenjevanjem). Pri žalitvah in grožnjah smo izvajalci zdravstvene in babiške nege glede na rezultate žal zelo kreativni, saj so besede in pojmi obsegali široko paleto izrazov in mnenj, kar je omogočilo oblikovanje številnih podskupin. Zaradi neprimernosti in krutosti izrazov ter zaščite prizadetih smo se zavestno odločili, da konkretnih primerov- citatov etično spornih objav tu ne navajamo. Izsledki vsekakor kažejo pomanjkljive sposobnosti za spoštljivo izražanje nasprotnih mnenj.

Medtem ko tuja literatura med najpogostejšimi kršitvami obnašanja na socialnih omrežjih navaja kršenje zaupljivosti podatkov, je pričujoča analiza dokumentacije prikazala kršitve predvsem v smislu neprofesionalnega obnašanja znotraj zdravstvenih delavcev. Izsledki naj služijo kot opozorilo, da je nujno ukrepanje. Uporaba socialnih medijev za poniževanje kolegov je namreč zaradi izjemnih razsežnosti in uničujočega delovanja ena izmed njenih najbolj pretečih nevarnosti (Kelly, 2013).

Kvalitativni del raziskave je omejen z majhnim vzorcem - dotika se le dveh objav in spremljajočih komentarjev. Kršitve v smislu groženj, žaljenja in rušenja ugleda so verjetno prevalentne ravno zaradi narave teh dveh objav. Kljub majhnemu vzorcu, ali pa prav zaradi njega, pa je paleta identificiranih kršitev toliko bolj zaskrbljujoča.

Ne glede na to, da so socialna omrežja novejši pojav in da mnogo izvajalcev zdravstvene in babiške nege nima veliko izkušenj z njihovo uporabo, smo kot uporabniki dolžni razumeti njihovo delovanje, prednosti in vse posledice uporabe (ICN, 2015). Kot pomoč zdravstvenim delavcem so mnoga tuja združenja in delovne organizacije na področju zdravstva razvile priporočila za obnašanje na socialnih omrežjih. Med njimi je tudi International Council of Nurses (ICN), ki v svojem pozicijskem dokumentu iz leta 2015 priznava socialnim medijem veliko pozitivnih vlog, obenem pa poziva vse medicinske sestre, zdravstvene organizacije, izobraževalne ustanove, strokovna združenja ter zakonodajna telesa, da se zavedajo ter opredelijo do strokovnih, etičnih, regulativnih in pravnih vidikov uporabe socialnih medijev.

Navajajo, da se morajo izvajalci zdravstvene nege izobraževati o priložnosti in tveganjih, ki jih nudi uporaba socialnih medijev. Med drugim opozarjajo, da je potrebno skrbno varovanje zaupnih podatkov ter dostojanstva pacienta, ter da se je potrebno vzdržati žaljivih in ponižajočih komentarjev o kolegih, delodajalcih in drugih soudeleženi v zdravstvu. Tudi na so-

cialnih omrežjih se je potrebno držati vseh profesionalnih ter zakonskih standardov, ki tudi sicer veljajo v stroki (ICN, 2015). Podobna opozorila navajajo tudi drugi dokumenti strokovnih združenj, kot so na primer ANA (American Nurses Association) v ZDA, AHPRA (Australian Health Practitioner Regulation Agency) in RCNA (Royal College of Nurses) v Avstraliji ter NMC (Nursing and Midwifery Council) v Združenem Kraljestvu.

NMBI (Nursing and Midwifery Board of Ireland, 2013) v svojih navodilih o obnašanju na socialnih omrežjih, navaja pravilo 6P: Professional (vedno se obnašaj profesionalno), Positive (naj bodo objave pozitivne), Person-free & Patient-free (objave naj se ne nanašajo na osebe ali paciente), Protect yourself (zaščiti svojo profesionalnost, ugled in sebe), Privacy (loči osebno in profesionalno življenje, zavedaj se svojih varnostnih nastavitvev, spoštuj zasebnost ostalih) ter Pause before you post (ne prenašli se, premisli o posledicah svojih objav, ne objavljaj v naglici ali jezi).

Pravil za obnašanje na socialnih omrežjih naša stanovska organizacija še nima, kljub temu pa so mnoga določila že opredeljena v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, kot tudi v Kodeksu etike za babice (2014). Načela zajemajo spoštovanje človekovih pravic, dostojanstva, zaščite podatkov, medsebojno sodelovanje in asertivno komunikacijo. Kodeks v zdravstveni negi eksplicitno določa, da izvajalci »s pojavljanjem v medijih in/ali socialnih omrežjih ali na kakršen koli drug način ne zmanjšujejo ugleda lastnega poklica ter ugleda svojih poklicnih kolegov ter ostalih sodelavcev«. Zaradi aktualnosti problematike, ki bo verjetno v prihodnje brez ustreznega izobraževanja in ozaveščanja še bolj pereča, pa je potrebno razmišljati o bolj specifičnih ukrepih, ki bi doprinesli k bolj odgovorni uporabi socialnih omrežij.

ZAKLJUČEK

Socialna omrežja so postala del našega vsakdana. S seboj prinašajo vrsto prednosti, ki jih lahko zdravstvena in babiška nega izkoristi v dobrobit pacientov, za lastni osebnostni in profesionalni razvoj ter za razvoj stroke. Vendar se je potrebno zavedati tudi pasti socialnih omrežij, ter pristopiti k uporabi s polno odgovornostjo. Potrebno se je zavedati, da nas etični kodeks zavezuje tudi izven delovnega časa in prostora, in vključuje obnašanje na socialnih omrežjih. Zavedati se je potrebno, da nas na socialnih omrežjih opazujejo pacienti, kolegi, delodajalci in javnost, ter delovati tako, da ščitimo in ohranimo dostojanstvo vseh. Kršenje etičnih norm pri uporabi socialnih omrežij je pojav, s katerim se soočajo v vseh državah – žal tudi pri nas. Najbolj odgovoren za svoje obnašanje na socialnih omrežjih je vsak posameznik, kljub temu pa bi bila priporočila s strani delovnih organizacij in stanovskih združenj več kot dobrodošla.

LITERATURA

- Balestra, M., 2018. Social media missteps could put your nursing license at risk. *American Nurse Today*, 13(3), pp. 20-23.
- Barry, J. & Hardiker, N., 2012. Advancing nursing practice through social media: a global perspective. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3), Manuscript 5. Available at: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Advancing-Nursing-Through-Social-Media.html> [31. 1. 2019].
- Basevi, R., Reid, D. & Godbold, R., 2014. Ethical guidelines and the use of social media and text messaging in health care: a review of literature. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 42(2), pp. 23-35.
- Carroll, C.L. & Bruno, K., 2016. Social media and free open access medical education: the future of medical and nursing education?. *American Journal of Critical Care*, 25(1), pp. 93-96.
- Casella, E., Mills, J. & Usher, K., 2014. Social media and nursing practice: changing the balance between the social and technical aspects of work. *Collegian*, 21(2), pp. 121-126.
- Cronquist, R. & Spector, N., 2011. Nurses and social media: regulatory concerns and guidelines. *Journal of Nursing Regulation*, 2(3), pp. 37-40.
- Dalton, J.A., Rodger, D.L., Wilmore, M., Skuse, A.J., Humphreys, S., Flabouris, M. & Clifton, V.L., 2014. "Who's afraid?": attitudes of midwives to the use of information and communication technologies (ICTs) for delivery of pregnancy-related health information. *Women and Birth*, 27(3), pp. 168-173.
- De Gagne, J.C., Hall, K., Conklin, J.L., Yamane, S.S., Roth, N.W., Chang, J. et al., 2019. Uncovering cyberincivility among nurses and nursing students on Twitter: a data mining study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, pp. 24-31.
- Denscombe, M., 2014. *The good research guide: for small-scale social research projects*. Berkshire: McGraw-Hill Education, pp. 306-315.

- Ferguson, C., 2013. It's time for the nursing profession to leverage social media. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), pp. 745-747.
- Green, J., 2017. Nurses' online behavior: lessons for the nursing profession. *Contemporary Nurse*, 53(3), pp. 355-367.
- ICN (International Council of Nurses), 2015. *Nurses and Social Media*. Position Statement [Online]. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/E10a_Nurses_Social_Media.pdf [2. 2. 2019].
- Kemp, S., *Digital 2019: global internet use accelerates*. Special report, 2019 [Online]. Available at: <https://wearesocial.com/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates> [8.2.2019].
- Kelly, J., 2013. Commentary on Jones C and Hayter M (2013) Editorial: Social media use by nurses and midwives: 'a recipe for disaster' or 'a force for good?'. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 2689–2690.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* [Online], 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf [9. 2. 2019]
- Kodeks etike za babice Slovenije* [Online], 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf [20.3. 2019]
- Komac, N., 2017. Socialna, družbena in družabna omrežja. *Jezikovna svetovalnica* [Online]. Available at: <https://svetovalnica.zrc-sazu.si/topic/51/socialna-dru%C5%BEbena-in-dru%C5%BEabna-omre%C5%BEja> [30. 1. 2019].
- Kress, D., Godack, C.A., Berwanger, T.L. & Davidson, P.M., 2018. The new script of nursing: using social media and advances in communication—to create a contemporary image of nursing. *Contemporary Nurse*, 54(4-5), pp. 388-394.
- Levati, S., 2014. Professional conduct among registered nurses in the use of online social networking sites. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), pp. 2284-2292.
- Merriam- Webster Online Dictionary, 2019. *Social network*. [Online]. Available at: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/social%20network> [18.1.2019]
- Moorley, C. and Chinn, T., 2016. Developing nursing leadership in social media. *Journal of advanced nursing*, 72(3), pp.514-520.
- NMBI (Nursing and Midwifery Board of Ireland), 2013. *Guidance to nurses and midwives on social media and social networking* [Online]. Available at: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/303478/NMBI+Social+Media+and+Social+Networking+Guidance+to+Nurses+and+Midwives.pdf;jsessionid=759E055C6700FBAF858B787DE1705B2?sequence=1> [2. 2. 2019]
- Peate, I., 2013. The community nurse and the use of social media. *British Journal of Community Nursing*, 18(4), pp. 180-185.
- Power, A., 2015. Twitter's potential to enhance professional networking. *British Journal of Midwifery*, 23(1), pp.65-67.
- Schmitt, T., Sims-Giddens, S. & Booth, R., 2012. Social media use in nursing education. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3), Manuscript 2. Available at: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Social-Media-in-Nursing-Education.html> [31. 1. 2019]
- Schroeder, W., 2017. Leveraging social media in #FamilyNursingPractice. *Journal of Family Nursing*, 23(1), pp. 55-72.
- Siegmund, L.A., 2018. Social media: the next research frontier. *Clinical Nurse Specialist*, 32(2), pp. 62-66.
- Smith, D.R. & Watson, R., 2016. Career development tips for today's nursing academic: bibliometrics, altmetrics and social media. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), pp. 2654-2661.
- Spector, N. & Kappel, D.M., 2012. Guidelines for using electronic and social media: the regulatory perspective. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(3), Manuscript 1. Available at: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Guidelines-for-Electronic-and-Social-Media.html> [1. 2. 2019]
- Stewart, S., Sidebotham, M. & Davis, D., 2012. International networking: connecting midwives through social media. *International Nursing Review*, 59(3), pp. 431-434.
- Ventola, C.L., 2014. Social media and health care professionals: benefits, risks, and best practices. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(7), pp. 491- 499.
- Wylie, L., 2014. The social media revolution. *British Journal of Midwifery*, 22(7), pp. 502-506.



VPLIV VEBROVE ETIKE NA ETIČNO RAVNANJE NA PROFESIONALNI IN OSEBNI RAVNI POSAMEZNIKOVEGA DELOVANJA

The influence of veber's ethics
on the ethical functioning on
professional and personal level
within an individual's activity

Kleopatra Kodrič, prof. soc. in fil.

Kres d.o.o

Munira Pejić, mag. zdr. nege

Psihiatrična klinika Ljubljana

Nataša Piletič, dipl. m s.

Splošna bolnišnica Novo mesto

kleopatra.kodric@kres-psi.si

IZVLEČEK

Članek temelji na nadgradnji raziskav avtoric Pejić in Kodrič, ki so bile že objavljene leta 2018 ali prej. Omenjene raziskave so zajemale etični vidik pri posamezniku, kar smo v tem članku nadgradili z dodatkom Vebrovega pojmovanja in dojemanja etičnosti in etike kot filozofske discipline. Koncept etike se nanaša na pravično in dobro delovanje ljudi in za ljudi, zato poudarjamo pomembnost tega področja pri posamezniku. Raziskovalna metodologija zajema deskriptivno metodo dela, pregled strokovne literature po podatkovnih bazah: Pub med, Cinahl, Medline, Embase, Cancerli, The Cochrane Library, Isi in Google učenjak, ter zbiranje podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika (odprti tip), ki je potekalo prek spletne ankete 1ka. Zbrane podatke smo statistično obdelali v programu SPSS. Analiza podatkov je pokazala, da imajo zunanji dejavniki močan vpliv na etično ravnanje posameznika in da izobrazba ter družbeni status nista presodna pri tem, ali bo posameznik v okviru svojega ravnanja ravnal etično ali ne. Vebrov koncept etike je še vedno koristen za vse generacije v družbi, kajti etično ravnanje posameznika ima pozitivne učinke na vseh ravneh njegovega delovanja.

Ključne besede: Vebrova etika, profesionalizem, etično ravnanje

ABSTRACT

The article is based on an upgrade of the researches by the authors Pejić and Kodrič that were already published in 2018 or earlier. The aforementioned researches also included the individual's ethical aspect, which in this article has been supplemented by the Veber interpretation and penetration of ethic and ethics as a philosophical discipline. The concept of ethics relates to fair and good actions of people and for people, therefore we stress the importance of this area at the individual. The research methodology includes a descriptive working method, an overview of trade literature according to the databases: Pub med, Cinahl, Medline, Embase, Cancerli, The Cochrane Library, Isi and Google scholar as well as data gathering by means of a survey questionnaire (open type), which happened through the 1ka Web survey. The gathered data were statistically analysed in the SPSS programme. The data analysis indicated that external factors have a strong influence on an individual's ethical behaviour and that education and social status are not estimating here, whether an individual is ethical in his behaviour or not. The Veber concept of ethics is still beneficial for all generations in the society, as the ethical behaviour of an individual has positive effects on all levels of his actions.

Keywords: Veber's ethics, professionalism, ethical behaviour

UVOD

France Veber je slovenski filozof, ki je svojo strokovno in človeško širino oblikoval in prenesel v javnost že davnega leta 1923 s svojo disertacijo »*Die Natur des Sollens*«, ki jo je napisal v nemščini, pozneje pa je v slovenščini objavil knjigo *Etika – prvi poizkus eksaktne logike nagonske pameti*. V slednji je po svoje opredelil etiko ter moralno držo posameznika in družbe (Marini, 2011). Vebrova logika nagonske pameti je kritična obravnava imanentne logike nagonskega doživetja, ki je neposredno pomembna za izobraževanje posameznikov in družbe. Veber prestavlja strukturo in logiko nagonskega in čustvenega doživetja (Strahovnik, 2005).

Logika nagonskega doživetja, ki jo Veber obravnava v *Etiki*, ni nič drugega kot analog aristotelske formalne logike: sklop pravil, po katerih lahko pridemo do ustreznega čustvovanja in stremjenja in lahko presojava o pravilnosti in nepravilnosti lastnih ter tujih doživetij in delovanja. Kot je Aristotel oblikoval aksiome in načela logike misli in sodb, ne glede na posamezne primere, za katere se logika uporablja, tako namerava Veber prvič v zgodovini filozofije izgraditi »logiko srca«, kar pomeni podoben logični sistem za nagonsko doživetje. Načela, ki jih Veber izpelje, so torej neodvisna od posameznih izkušenj in se uporabljajo ne glede na empirične dejavnosti zgodovinskih družb, tako kot so tudi neodvisna od posameznih moralnih načel, ki veljajo v dani družbi v določenem zgodovinskem obdobju. Ob zaključku *Etike* Veber poskuša odgovoriti na vprašanje o ciljih človeškega življenja, ki je za etiko značilno že od samega začetka. Cilj ni in ne more biti niti blaginja niti korist, temveč je cilj, v skladu s formalnimi načeli, opisanimi v *Etiki*, vedno pravilno življenje z etičnega vidika. Ta pravilnost je v nekaterih primerih morda tudi v nasprotju z občutkom sreče ali s koristjo. Očitno takšne popolnosti nihče ne more doseči sam od sebe, se pa od vsakogar pričakuje, da k njej vsaj stremi. Velja namreč načelo, da formalna pravilnost doživetij pomaga doseči vsebinsko, materialno pravilnost, ki je dejanski cilj etične vzgoje. Nadalje mora imeti med pravilnostjo umskega in nagonskega doživetja prednost zadnje, prvič zato, ker vsi menijo, da je moralen subjekt, ki ni izobražen, vrednejši kot izobraženec, ki se ne

zna pravilno obnašati, drugič pa tudi zato, ker nepravilno etično življenje povzroča ali lahko povzroči uničenje človeka kljub njegovemu znanstvenemu prispevku za človeštvo. Vse, kar velja za posameznike, velja tudi za družbo in človeštvo: kultura in etika človeštva ne pomenita nič več in nič manj kot njegovo vsakokratno stopnjo orisane pravilnosti kakor njegovega predstavljanja in mišljenja kot tudi čustvovanja in delovanja (Marini, 2011). To morajo ustrezno upoštevati posamezniki in zaposleni, ki jim je Vebrovo delo posvečeno in katerim želi služiti kot vodilo. Ti morajo najprej poskušati spodbujati pravilnost čustvenega in nagonskega doživetja. Stahovnik (2005) navaja, da Veber izraža upanje, da je po stoletjih umskega izobraževanja na podlagi klasične Aristotelove logike morda prišel čas za tako izobraževanje, ki je namenjeno predvsem »kulturi srca« in skrbi za nagonsko pamet, kot je klasično izobraževanje skrbelo za intelektualne vsebine. Cilj je opozoriti, da primanjčevanje nagonske vzgoje na individualni ravni škodi intelektualnim sposobnostim, kar bi lahko povzročilo nevarno krizo celotnega človeštva (Ferrel et al., 2005).

UVOD

Etika in etično ravnanje

Etika je temeljna filozofska veda, ki govori o temeljni naravnosti, vrednotah in razliki med dobrim in slabim. Ime »etika« izhaja iz besede »ethos«, ki v grškem jeziku pomeni način življenja, značaj, nrav. Z etiko so se ukvarjali številni filozofi, kot so Aristotel, Platon, Konfucij in Sokrat; vsem je bila skupna težnja k dobremu (Kish Gephart, et al., 2010). Veda, ki na podlagi vrednostnih kriterijev človeka narekuje pravila obnašanja, dejanj in odločitev, kako doseči dobro, je eden od kriterijev za srečo. Ronald in Ricky (2003) navajata, da se dojemanje etike in etičnih norm skozi čas spreminja, saj se spreminjajo tudi dejavniki, ki vplivajo na naš odnos do etike in etičnih odločitev, ki so pravno in moralno sprejemljive.

Etika se v vsakdanjem življenju pojavlja na vsakem koraku posameznikovega življenja in delovanja. Je sodba med dobrim in slabim, sodba o tem, kaj je v določeni družbi dovoljeno in sprejemljivo in kaj ni (Tenbrunsel & Smith Crowe, 2008). Etika ima pomembno mesto v našem vsakdanjem življenju in delovanju. Glede na to, da je del našega življenja in delovanja, bi morala biti sestavni del učnih programov izobraževanja že od osnovne šole naprej skozi celoten sistem izobraževanja in delovanja. Večino neetičnih dejavnosti v organizacijah podpira organizacijska kultura, ki zaposlene spodbuja k upogibanju pravil (Farrell, G., et al., 2006). Najosnovnejša etična vprašanja so bila kodificirana z zakoni in uredbami.

Etične odločitve so vedno posledica lastne izbire v situacijah, ko odločitev predstavlja pravo, a hkrati težjo pot za dosego želenega cilja (Abiodun, et al., 2014), in ko se po lastni vesti ter brez formalnih predpisov odločimo, da bomo ravnali tako, kot je prav. Kajti etika temelji na individualnih prepričanjih in družbenih konceptih, ki se razlikujejo od osebe do osebe, od situacije do situacije in ne nazadnje tudi od kulture do kulture (Maxwell, 2007). Socialni standardi so na primer dovolj široki, da podpirajo določene razlike v prepričanju. Ne da bi kršili splošne standarde kulture, lahko posamezniki razvijejo osebne etične kodekse, ki odražajo precej širok razpon stališč in prepričanj (Schwartz, 2002). Torej je tisto, kar predstavlja etično in neetično vedenje, deloma odvisno od posameznika, delno pa od kulture (Sokefun, 2004).

Koncept »profesionalizma« se je prvič uveljavil že v letih fevdalizma, torej med letoma 1100 in 1500, kot odgovor na »organiziranje strokovnjakov«, ki so bili odgovorni za kakovost izdelkov, prijazne pogoje dela in pošten zaslužek. Že od takrat pa vse do začetka kapitalizma se koncept spreminja in prilagaja družbi ter zahtevam stroke (Sox, 2007). Čeprav je področje delovanja zelo različno, ga povezujejo osnovna načela, norme in vrednote. Z izrazom profesionalizem je podobno kot z etiko in dostojanstvom; vsi živimo in delamo v prepričanju, da vemo, kaj to je, in da svoje poklicno življenje vodimo v skladu z vrednotami, ki ga predstavljajo (Rabow, et al., 2010). Osnovne komponente profesionalizma so: altruizem, avtonomija delovanja, socialna pravičnost, poklicna odgovornost in poštenost (Lakhan, et al., 2009). Beseda »profesionalizem« se pogosto v različnih opredelitvah obravnava kot koncept, ki zajema široko področje strokovnega znanja in delovanja. Brennan in Monson (2014) navajata, da ga lahko razumemo kot pogodbo med stroko, družbo in posameznikom – je rezultat znanja, ki ga stroka obvlada. Vključuje standarde, metode in obnašanje, ki so jih opredelile strokovne organizacije. V dobesednem pomenu beseda »profesionalizem« zajema področje, ki zahteva specializirano znanje, ki vključuje visoke standarde in kompetence pri delu in vedenju. Clay - Williams in Colligan (2015) trdita, da so profesionalci privrženi neprekinjenemu izobraževanju in imajo cilj služiti javnosti. Njihovo znanje je kompleksno in ekskluzivno, opravljajo ga s posebnimi pooblastili. Osnovne komponente profesionalizma so: odgovornost, poslanstvo, zaupnost, avtonomija, nenehno strokovno izpopolnjevanje in nadgrajevanje, etičnost, prenos znanja v stroko in moralno ter pošteno ravnanje (Lakhan, et al., 2009). Cilj stroke kot celote je skrbeti, da so vsi člani kompetentni in usposobljeni za opravljanje profesionalno-kakovostnega dela (Harris, 2004).

Namen prispevka in hipoteze

Proučevane hipoteze v namen članka so sledeče:

Hipoteza 1: Zunanji dejavniki imajo različen vpliv glede na spol in starostno skupino anketirancev v delovnem okolju.

Hipoteza 2: Izobrazba zaposlenega (anketiranca) določa njegov družbeni status in hkrati vpliva na izvajanje etičnih načel pri njegovem poklicu.

Hipoteza 3: Javnozdravstveni sistem ne naredi dovolj za boljše zdravje zaposlenih.

METODE

Raziskovalna metodologija in opis instrumenta

Članek je nadgradnja že objavljenih raziskav, in sicer: Pejić in Kodrič, 2018. Mentalno zdravje in etično vedenje – temelja dobrega počutja. Celostna obravnava pacienta (Pejić & Kodrič, 2018), Družbeni status in vpliv etičnih načel zaposlenih v zdravstvu. Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU (Kodrič & Pejić, 2018) in Skrb za mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu. Anketni vprašalnik sestavljajo odprta vprašanja. Vprašalnik smo pripravili v slovenščini, in sicer s pomočjo spletnega portala <https://www.1ka.si/>. Ocenjevanje je potekalo na podlagi 5-stopenjske Likartove lestvice. Ciljna skupina so bili zdravstveni delavci.

Za analizo podatkov smo uporabili splošno deskriptivno opisno statistiko in frekvenčni prikaz podatkov. Pri testiranju postavljenih hipotez smo uporabili T-test, Analizo variance (ANOVA) in kontingenčne tabele. Analize smo izvedli v statističnem programu SPSS.

Opis vzorca

Raziskava je nadgradnja predhodnih raziskav, kjer smo obdržali prvotne demografske podatke. V raziskavi je sodelovalo 158 respondentov, od tega 89,2 % respondentk in 10,8 % respondentov, od tega je starostna razvrstitev sledeča: 58,2 % respondentov je bilo starih od 41 do 60 let. 37,3 % je bilo starih od 21 do 40 let, medtem ko je bilo 3,2 % starih 61 let in več. Le 1,3 % respondentov je bilo starih do 20 let. Glede zaključene izobrazbe je 49,4 % respondentov odgovorilo, da ima končano visoko šolo, 20,3 % ima srednjo šolo, 12,7 % jih je končalo bolonjski oz. univerzitetni program, 6,3 % specializacijo, 7 % višjo strokovno šolo, 2,5 % znanstveni magisterij in 1,9 % doktorat.

Opis poteka

Zbiranje podatkov je potekalo preko spletne ankete 1ka, na naslovu <https://www.1ka.si/>. Po končanem zbiranju podatkov, so se podatki prenesli v statistični program SPSS, kjer je potekala nadaljnja obdelava podatkov. Na postavljene hipoteze smo odgovarjali na podlagi statističnih analiz in jih nadalje podkrepili s tabelami in podali ustrezne zaključke.

REZULTATI

Tabela 1 prikazuje analizo variance (ANOVA) glede na to, ali je stopnja izobrazbe zaposlenega v zdravstvu povezana glede na etično naravnost pri opravljanju njegovega dela in določanju njegovega družbenega statusa.

Tabela 1: Analiza variance

ANOVA	Statistična značilnost (Sig.)
Osebna naravnost (optimizem/pesimizem) vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	,058
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembna samokontrola.	,668
Ali menite, da etično vedenje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?	,338
Ali menite, da mentalno zdravje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?	,422
Pomen etike v zdravstvu in družbi vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	,988
Osebna naravnost (optimizem/pesimizem) vpliva na etiko v zdravstvu.	,936
Status	,217

Iz rezultatov, pridobljenih s pomočjo analize variance (ANOVA)(Tabela 1), je razvidno, da je vrednost – statistična značilnost (Sig.) (2-stranski) manjša od 0,05 (Sig.) $\leq 0,05$ samo pri eni proučevani trditvi, in sicer v okviru vprašanja, ali se anketiranci strinjajo, da družbeni status kreira etično izvajanje in opravljanje dela zaposlenega v zdravstvu, kjer znaša (Sig.) 0,023. Na podlagi tega smo lahko zapisali, da obstajajo statistično pomembne razlike glede proučevane trditve glede na stopnjo izobrazbe. Med ostalimi proučevanimi trditvami ni statistično pomembnih razlik. Drugi del rezultatov se nanaša na odgovore anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi Družbeni status ter vpliv etičnih načel zaposlenih v zdravstvu (Kodrič & Pejić, 2018). Pri vprašanju o zaključeni izobrazbi je 49,4 % anketirancev odgovorilo, da ima končano visoko šolo, 20,3 % ima srednjo šolo, 12,7 % jih je končalo bolonjski oz. univerzitetni program, 6,3 % specializacijo, 7 % višjo strokovno šolo, 2,5 % znanstveni magistririj in 1,9 % doktorat. V nadaljevanju prikazujemo rezultate odgovorov anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi Družbeni status ter vpliv etičnih načel zaposlenih v zdravstvu (maj, 2018), in sicer v povezavi s trditvijo, da delovno mesto zaposlenega določa družbeni status in posledično vpliva na izvajanje etičnih načel pri njegovem poklicu. Vrednost za proučevano spremenljivko »izobrazba« (Sig.) (2-stranski) je pri vseh proučevanih postavljenih trditvah višja od Sig. $\geq 0,05$, zato lahko zaključimo, da proučevana spremenljivka statistično značilno ne vpliva na proučevane trditve. Iz raziskave Skrb za mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu (Kodrič, et al, 2017) prikazujemo izvleček, ki se nanaša na postavljeno hipotezo, da izobrazba anketiranca vpliva na izbiro nudenja pomoči. Postavljeno hipotezo smo v članku analizirali na podlagi dobljenih rezultatov z analizo variance (ANOVA) in jo zavrnil, saj je bila vrednost – statistična značilnost (Sig.) proučevanih spremenljivk večja od 0,05, na podlagi česar smo zaključili, da dejavnik »izobrazba« ne vpliva na trditev, ki se nanaša na izbiranje pomoči. V nadaljevanju poskušamo med vsemi tremi raziskavami z dodatnimi analizami poiskati določene etične analogije, ki jih imajo anketiranci iz omenjenih raziskav v povezavi z Vebrovimi tezami o etiki.

Hipoteza 1: Zunanji dejavniki imajo različen vpliv glede na spol in starostno skupino anketirancev v delovnem okolju.

Pri proučevanju postavljene hipoteze pridobljene rezultate interpretiramo na podlagi kontingenčne tabele, ki nam je prikazala analizo po spolu (moški in ženski) glede na vpliv zunanjih dejavnikov na dobro počutje v delovnem okolju. Iz rezultatov je bilo razvidno, da prihaja med anketiranci do razlik glede na spol in starostno skupino, kar pomeni, da zunanji dejavniki vplivajo na dobro počutje v samem delovnem okolju, in sicer v odvisnosti od spola in starostne skupine anketiranca. V nadaljevanju z namenom potrjevanja hipoteze prikazujemo rezultate analize variance (ANOVA) glede na spol in starostno skupino. Vrednosti za proučevani spremenljivki »spol« in »starostna skupina«, statistična značilnost (Sig.) (2-stranski), znašata za spol 0,408 in za starostno skupino 0,173, pri čemer je Sig. $\geq 0,05$, zato lahko zapišemo, da spremenljivki »spol« in »starostna skupina« statistično značilno ne vplivata na zunanje dejavnike, ki imajo vpliv na dobro počutje na delovnem mestu. Statistična značilnost za spremenljivko »spol« znaša 0,408 in za spremenljivko »starostna skupina« 0,173.

Hipoteza 2: Izobrazba zaposlenega (anketiranca) določa njegov družbeni status in hkrati vpliva na izvajanje etičnih načel pri njegovem poklicu.

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate, pridobljene na podlagi analize variance (ANOVA), iz katere je razvidna statistična značilnost (Sig.) za posamezne proučevane trditve. Za proučevano spremenljivko »izobrazba« je statistična značilnost (Sig.) (2-stranski) pri vseh proučevanih postavljenih trditvah višja od Sig. $\geq 0,05$, zato lahko zaključimo, da proučevana spremenljivka »izobrazba« statistično značilno ne vpliva na proučevane trditve. Za spremenljivko »izobrazba« je glede na družbeni status statistična značilnost (Sig.) (2-stranski) 0,217, pri čemer je Sig. $\geq 0,05$, zato lahko zapišemo, da izobrazba statistično značilno ne vpliva na status.

Tabela 2: Analiza variance (ANOVA) glede vpliva izobrazbe na izvajanje etičnih načel

ANOVA	Statistična značilnost (Sig.)
Ali menite, da etično vedenje vpliva na dobro počutje v delovnem okolju?	,338
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembno upoštevanje etičnih načel v zdravstvu.	,789
Za dobro počutje v delovnem okolju je pomembna izobrazba posameznika na področju etike.	,896
Pomen etike v zdravstvu in družbi vpliva na dobro počutje v delovnem okolju.	,988
Osebna naravnost (optimizem/pesimizem) vpliva na etiko v zdravstvu.	,936
Dobro počutje posameznika v delovnem okolju vpliva na etična načela.	,909
Dobro počutje v delovnem okolju mi omogoča, da izrazim svoje stališče o etiki v zdravstvu.	,710
Dobro počutje v delovnem okolju me spodbuja, da izvajam kakovostno etiko v zdravstvu.	,883
Dobro počutje mi omogoča visoko stopnjo etičnosti.	,994

Hipoteza 3: Javnozdravstveni sistem ne naredi dovolj za boljše zdravje zaposlenih.

Za proučevanje postavljene hipoteze smo uporabili frekvenčno analizo pridobljenih podatkov. Anketiranci so se v zvezi z zastavljenim vprašanjem, ali bi moral javnozdravstveni sistem nameniti več pozornosti za dobro počutje v delovnem okolju in razviti nove programe delovanja in izobraževanja na tem področju, opredelili po Likertovi lestvici in odgovorili, da postavljena trditev delno drži, za kar se je opredelilo 22,7 % anketirancev, za 70,5 % anketirancev trditev popolnoma drži in 6,8 % anketirancev na postavljeno trditev ni podalo odgovora. Na vprašanje, ali bi moral javnozdravstveni sistem nameniti več pozornosti dobremu počutju v delovnem okolju, saj to posledično vpliva na etiko v zdravstvu, in razviti nove programe delovanja in izobraževanja na tem področju, je 2,3 % anketirancev odgovorilo, da trditev popolnoma ne drži, 29,5 %, da trditev delno drži in 38,6 % pa je odgovorilo, da trditev popolnoma drži. 25 % anketirancev na postavljeno trditev ni odgovorilo, možnost odgovora niti drži niti ne drži pa je izbralo 4,5 % anketirancev.

DISKUSIJA

Za potrebe članka smo naredili nadgradnjo že prej opravljenih raziskav s področja etike v zdravstvu. V empiričnem delu smo tako obravnavali tri nove hipoteze, ki so podale dodatno razlago k raziskovalnim vprašanjem in vplivu Vebrove etike v posameznikovem delovnem okolju. Prva hipoteza se je nanašala na zunanje dejavnike, ki vplivajo na spol in starost anketiranca. Hipotezo smo potrdili in hkrati ugotovili, da prihaja do razlik med spoloma in starostno skupino, kar pomeni, da zunanji dejavniki vplivajo na dobro počutje glede na spol in starostno skupino anketirancev v delovnem okolju. Hipotezo 1 smo na podlagi rezultatov zavrnili. Drugo hipotezo smo postavili na podlagi izobrazbe, družbenega statusa in vpliva njune korelacije na izvajanje etičnih načel v zdravstvu. Hipotezo smo zavrnili. Tretja hipoteza se je nanašala na kakovost odnosov v zdravstvu, saj ta pripomore k boljšemu izvajanju načel. Hipotezo smo potrdili, saj se je večina anketirancev s trditvijo popolnoma strinjala. Vsi pridobljeni rezultati kažejo na to, kar Veber poudarja pri pravilnosti življenja in bivanja. Kot navaja Marini (2011), velja načelo, ki pravi, da formalna pravilnost doživetij pripomore pri dosegu vsebinske, kar pa naj bi bil dejanski cilj etične vzgoje. Neetičnost ne vodi k napredku, temveč nasprotno – k človekovi destruktiji.

ZAKLJUČEK

Namen raziskave je bil dosežen saj smo si postavili izhodiščne hipoteze ali etika posredno ali neposredno vpliva na posameznika v delovnem okolju. Iz pridobljenih rezultatov ugotavljamo, da spol, starost in izobrazba nimajo vpliva na etično ravnanje (vedenje) posameznika, da je to odločitev za katero se vsakdo odloča po lastni vesti. Nagoni so osnova, na katere se pozneje dograjujejo komponente osebnosti, ki določajo njeno naravnost. Raziskave s področja etike nakazujejo, da bi pomen etike in njenih vrednot bilo potrebno poudarjati že v osnovnošolskem sistemu izobraževanja in to znanje pozneje poudarjati skozi celoten sistem izobraževanja. Etično ravnanje je nekaj, kar naša družba potrebuje na vseh področjih.

LITERATURA

- Abiodun, A. J, Osibanjo, A. O, Adeniji, A. A. & Iyereokojie, E., 2014. Modelling the Relationship between Job Demands, Work Attitudes and Performance Among Nurses in a Transition Economy. *International Journal of Healthcare Management*, 7(4), pp. 257-264.
- Brennan, M. D. & Monson, V., 2014. Professionalism: Good for Patients and Health Care Organizations. *Mayo Clin Proc, US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 89(5), pp. 644-52.
- Clay-Williams, R. & Colligan, L., 2015. Back to basics: checklists in aviation and healthcare. *BMJ Qual Saf, US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 24(7), pp. 428-31.
- Ferrel, O. C., John, F. & Linda F., 2005. *Business Ethics: Ethical Decision Making and Cases*. 6th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Farrell, G., 2006. "Lay, Skilling Found Guilty", *USA Today, May 26*, pp. A1, 61.
- Harris, H. D., 2004. Professionalism: Part I – Introduction and Being a role model. *Family Medicine*, 36, pp. 314-5.
- Kish-Gephart, J. H. D. A. & Trevino L. K., 2010. Bad apples, bad cases, and bad barrels: Meta-analytic evidence about sources of unethical decisions at work. *Journal of applied psychology*, 95(1), pp. 1-31.
- Kodrič, K., Pejić, M. & Zupanc, A., 2017. *Skrb za mentalno zdravje zaposlenih v zdravstvu*. In: N. Kregar-Velikonja, eds. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca, 16. november 2017*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 230-239.
- Kodrič, K. & Pejić, M., 2018. *Družbeni status in vpliv etičnih načel zaposlenih v zdravstvu*. In: J. Starc, eds. *Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU: zbornik povzetkov. Mednarodna znanstvena konferenca, 17. Maj 2018*. Novo mesto: Fakulteta za ekonomijo in informatiko, Fakulteta za poslovne in upravne vede, pp. 51.
- Lakhan, S. E., Hamlet, E., McNamee, T. & Laird, C., 2009. Time for a unified approach to medical ethics. *Philos Ethics Humanit Medicine, US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 4, pp. 13.
- Marini, E., 2011. Pravna teorija in naravno pravo v Vebrovi etiki. *Revija za ustavno teorijo in filozofijo prava*, 109, pp. 112.
- Maxwell, J. C., 2007. *Ni takšne stvari kot »poslovna« etika. Obstaja samo eno pravilo za sprejemanje odločitev*. Velenje: IPAK, Inštitut za simbolno analizo in razvoj informacijskih tehnologij.
- Pejić, M. & Kodrič, K., 2018. *Mentalno zdravje in etično vedenje – temelja dobrega počutja*. Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov: mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Rabow, M. W., Remen, R. N., Parmelee, D. X. & Inui, T. S., 2010. Professional formation: Extending medicine lineage of service into the next century. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, US National Library of Medicine National Institutes of Health* 85, pp. 310-317.
- Ronald, J. E. & Ricky, W. G. (2003). *Business Essentials*. 4th ed. Prentice Hall: Upper Saddle River, pp. 61.
- Schwartz, M.S., 2002. A code of Ethics for Corporate Code of Ethics. *Journal of Business Ethics*, 41 (2/1), pp. 27-43.
- Sokefun, E. A., 2004. *Nigerian Workers and Work Ethic: The Need for Increase in Productivity*. Lagos: Tope Oguns Printers, pp. 267-273.
- Sox, H. C., 2007. *A Sociologic History – The Ethical Foundations of Professionalism* Chest, 131, pp. 532-1540.
- Strahovnik, V., 2005. Veber's ethics. *Anthropos* 37(1/4), pp. 105-116.
- Tenbrusnel, A. E. & Smith-Crowe, K., 2008. Ethical Decision Making: Where We've Been and Where We're Going. *The academy of management annals*, 2(1), pp. 545 – 607.



JAVNA PODOBA MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI: ANALIZA OBJAV NA SPLETNIH PORTALIH

**Public image of nurses
in Slovenia: analysis of
publications on web portals**

Liridon Avdylaj, dipl. zn.
Splošna bolnišnica Izola

liridon.avdylaj@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Virtualni prikaz podobe zdravstvene nege postaja vedno bolj pomemben, ker javnost (še posebej mladi) rastejo ob uporabi medijev (npr. interneta), preko katerih si pridobivajo informacije in spoznavajo svet. Namen prispevka je pregled in analiza besedil, objavljenih na štirih največjih spletnih portalih v Sloveniji. Cilj empiričnega dela prispevka je ugotoviti, kakšna je javna podoba medicinskih sester. **Metode:** Pregledali in analizirali smo besedila, objavljene na štirih največjih spletnih portalih v Sloveniji: 24ur, Žurnal, Slovenske novice in Delo, od januarja 2014 do oktobra 2018. Za iskanje besedil smo v iskalnik spletnega portala vtikali besedni zvezi »zdravstvena nega« in »medicinska sestra«. Po pregledu in analizi vseh besedil glede na področje našega interesa, smo izpeljali določene teme in podte-me, ki so bile najpogosteje objavljene. **Rezultati:** V našo analizo smo vključili in analizirali 111 besedil. Glavne teme, ki smo jih izpeljali, so bile: medicinske sestre in delovno okolje, javnost in medicinske sestre, medicinske sestre in zdravstvena nega. **Diskusija in zaključek:** Rezultati kažejo, da je javna podoba medicinskih sester sicer pozitivna, a prikazana kot marginalizirana poklicna skupina v zdravstvu. Največ besedil je bilo s področja medicinska sestra in delovno okolje, najmanj pa s področja izobraževanja in prispevka medicinskih sester v družbi. Vse kaže na to, da se ta poklicna skupina spopada z velikimi problemi na njihovem delovnem mestu. O njihovem profesionalnem razvoju se v medijih zelo malo poroča, zato je vedenje javnosti o tem, kaj medicinske sestre delajo, zelo nizko.

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinske sestre, spletni portali, javna podoba

ABSTRACT

Introduction: A visual presentation of a nursing image is becoming more and more prosperity, which is intended for the use of media (eg the Internet). Review of the articles published on the four largest online portals in Slovenia. The goal of the empirical work was to determine the public image of nurses. **Methods:** We reviewed articles published on the four largest online portals in Slovenia: 24ur, Žurnal, Slovenske novice v Delu, from January 2014 to October 2018. In order to search for articles, we searched the web portal for the word »nursing« in the »nurse«. After reviewing all the texts regarding the scope of our interest, we carried out new topics into the sub-themes, which are the most commonly published publication of the gall bladder. **Results:** 111 texts were included and analyzed in our analysis. The main topics we examined were: nurses and work environment, public image and nurses, nurses and nursing care. **Discussion and conclusion:** The results show that the public image of nurses, otherwise positive, is shown as a marginalized professional group in health care. All the articles about the nurse and the working environment. It all points to the fact that this professional group faces major problems at their workplace. There is very little information about their professional development in the media because the public's behavior about what nurses are doing is very low.

Key words: nursing, nurses, web portals, public image

UVOD

Tisto, kar širša javnost vidi, sliši in bere v medijih o zdravstveni negi, vpliva na razvoj njene podobe v javnosti. Virtualni prikaz podobe zdravstvene nege postaja bolj pomemben, kot je bil v preteklosti, ker javnost (še posebej mlada populacija) raste ob uporabi vseh vrst medijev (npr. interneta), prek katerih si pridobivajo informacije in spoznavajo svet (Kalisch, et al., 2007).

Izvajalci zdravstvene nege so največja in esencialna strokovna skupina znotraj zdravstvenega sistema, ki pacientom nudijo sodobno in ustrezno zdravstveno nego (Cabaniss, 2011). Kljub velikemu doprinosu k družbi medicinske sestre niso »vidne« v medijih oziroma je njihova vloga obstranska in popačena (Trepanier, 2014). Vsaka medicinska sestra dobro pozna svojo vlogo v kliničnem okolju, a se nobena ne more identificirati s podobami medicinskih sester, ki jih mediji prikazujejo javnosti, zaradi nerealne in popačene upodobitve s strani medijev. Heilemann (2012) navaja, da si medicinske sestre želijo, da bi javnost bolje poznala njihovo vlogo v zdravstvu, zato je naloga medijev pri upodobitvi »vloge« medicinske sestre ključnega pomena.

Javna podoba zdravstvene nege je ključnega pomena za razvoj in opolnomočenje stroke ter njene profesionalizacije, zato so se avtorji po svetu (Kelly, et al., 2011; Cabaniss, 2011; Hoeve, et al., 2013) posvetili raziskovanju tega področja. Kljub temu, da so v različnih mednarodnih javnomnenjskih raziskavah razvrstili zdravstveno nego in medicinske sestre kot nosilke te stroke kot najbolj pošten poklic ter poklic z najvišjimi etičnimi standardi, je podoba zdravstvene nege v medijih še vedno stigmatizirana in ne predstavlja doprinosa zdravstvene nege k družbi. To posledično privede do tega, da javnost ne pozna dela medicinske sestre in posledično dodeli zdravstveni negi nižji status v zdravstvenem sistemu (Hoeve, et al., 2013; Glerean, et al., 2014; Gallup, 2018). Cabaniss (2011) je poudaril, da v javnosti prevladuje stališče, da zdravstvena nega ni intelektualno zahtevna stroka kot posledica medijske upodobitve medicinskih sester. Kalisch & Kalisch (2005) navajata, da tudi v primeru visoke stopnje izobrazbe medicinskih sester (npr. podiplomski študij, specializacija ...) še naprej ostajajo dvomi o vrednosti izobrazbe medicinskih sester. Fletcher (2007) je ugotovil, da zato izvajalci stroke zdravstvene nege nimajo pozitivne samopodobe in tudi ne izražajo pozitivnih mnenj o sebi. Negativna in stigmatizirana podoba zdravstvene nege vplivata tudi na samopodobo medicinskih sester. Hoeve in sodelavci (2013) so ugotovili, da je najpomembnejši faktor, ki vpliva na samopodobo medicinskih sester, podoba le-teh v medijih.

Vloga medicinske sestre je tako na televiziji kot v pisnih medijih še naprej predstavljena prek različnih stereotipov. Najpogostejši stereotip o medicinski sestri, ki prevladuje v medijih, je »pomočnica zdravnika«, ki pridno izvaja naročila zdravnika, zato se je tudi med širšo javnostjo uveljavilo mišljenje, da so medicinske sestre sicer pomembne, vendar niso samostojne in ne sprejemajo pomembnih odločitev, kadar gre za oskrbo pacienta (Kalisch, et al., 2007; Cabaniss, 2011). Carroll & Rosa (2015) sta ugotovila, da je podoba medicinskih sester v otroških knjigah pozitivno upodobljena, vendar je njihovo delo prikazano kot preprosto, njihova vloga pa je minimizirana in podrejena.

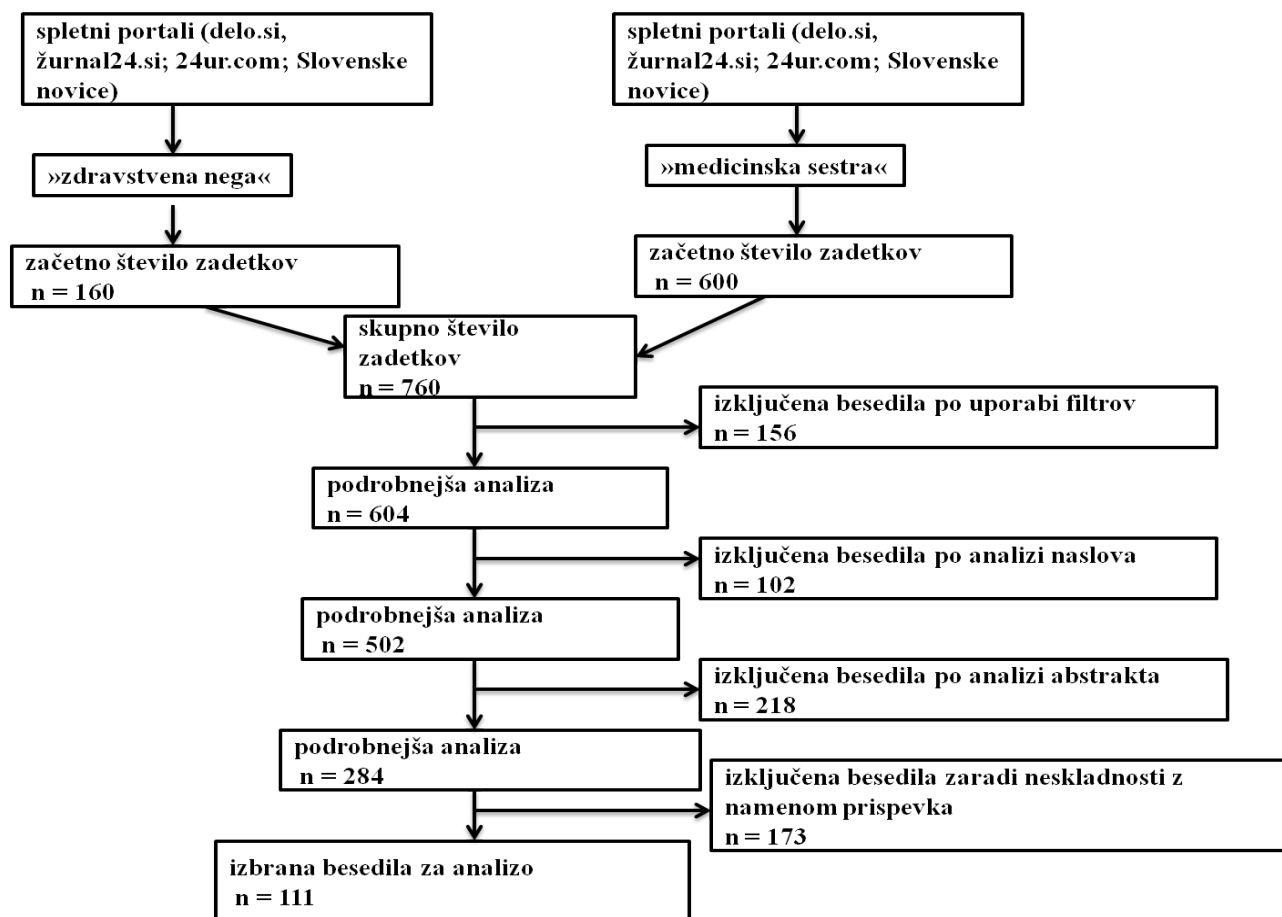
Mediji prav tako vplivajo na odločitev posameznika za opravljanje poklica medicinske sestre kot tudi na politične odločitve, ki posredno ali neposredno vplivajo na razvoj le-tega. Mooney in sodelavci (2007) navajajo, da podoba medicinskih sester v medijih se ni pokazala kot odločilni in ključni faktor za študente zdravstvene nege za izbor študije zdravstvene nege. Študenti moškega spola, ki so si izbrali študij zdravstvene nege, so navedli, da je percepcija/zaznavanje zdravstvene nege kot ženskega poklica povezano z medijsko predstavo zdravstvene nege, zato tudi velik odstotek moških ne bi izbral tega poklica oziroma poklica ne bi opravljali daljše časovno obdobje (Bartfay, et al., 2010). Podoba zdravstvene nege v javnosti vpliva tudi na politične odločitve o financiranju obsega storitev zdravstvene nege. Zmanjšanje kadra v zdravstveni negi je včasih tudi posledica nenatančne opredelitve prispevka zdravstvene nege v populaciji in posledično poročanje medijev o tem (Kalisch, et al., 2007).

Danes se od zdravstvene nege pričakuje veliko, saj mora biti zdravstvena obravnava kakovostna, opažen pa je tudi vpliv tehnologije ter staranje populacije. Vse pomembnejša je vloga zaposlenih z vidika znanj in doprinosa k rezultatom dela, izziv je izvajati zdravstveno obravnavo skladno s smernicami in standardi (Takase, et al., 2005; Tuckett, et al., 2017). Javna podoba ima pomemben vpliv na samopodobo izvajalcev poklica zdravstvene nege, na poklicno identiteto, stališča do dela in na samo izvedbo dela (Hoeve, et al., 2013).

Namen prispevka je pregled in analiza besedil, objavljenih na štirih največjih spletnih portalih v Sloveniji (24ur, Žurnal, Slovenske novice in Delo). Cilj empiričnega dela naloge je ugotoviti, kakšna je javna podoba medicinskih sester na teh slovenskih spletnih portalih.

METODE

Pregledali in analizirali smo besedila, objavljena na štirih največjih spletnih portalih v Sloveniji (24ur, Žurnal, Slovenske novice, Delo) od januarja 2014 do oktobra 2018. Za iskanje člankov smo v iskalnik spletnega portala vtipkali besedni zvezi »zdravstvena nega« in »medicinska sestra«. Analizirali smo samo članke, ki so v naslovu vsebovali besedno zvezo »zdravstvena nega« in/ali »medicinska sestra«.



Slika 1: Diagram poteka raziskave

Število rezultatov ob prvem zadetku iskanja na vseh spletnih portalih je bilo $n = 760$, od tega $n = 160$ po vnosu besedne zveze »zdravstvena nega« in $n = 600$ po vnosu besedne zveze »medicinska sestra«. Za izločitev neustreznih besedil smo uporabili filtre, ki so nam jih ponudili spletni portali (tj. leto objave (1. 1. 2014–31. 10. 2018) in država (samo za Slovenijo)), kar je število besedil zmanjšalo na $n = 156$. Nato smo iz analize izključili besedila, ki v naslovu niso vsebovala ene od ključnih besed (tj. zdravstvena nega in medicinska sestra), tako smo izločali še dodatnih $n = 126$ besedil. Sledila je izločitev po analizi izvlečkov besedil ($n = 102$). Po celotni analizi besedil smo izločali še dodatnih $n = 173$ zadetkov zaradi neskladnosti besedil z namenom našega prispevka. Neskladna besedila so bila izločena, ker so obravnavala določene aktualne probleme v določenem časovnem obdobju (npr. ebolo, ptičjo gripo), kjer so se posredno dotaknili tudi izvajalcev in stroke zdravstvene nege; besedila s posameznimi odmevnimi aferami in koruptivni primeri drugih zdravstvenih delavcev; besedila, v katerih je bila vloga izvajalcev zdravstvene nege predstavljena zelo skopo, in besedila oziroma zgodbe z erotičnim pomenom, v katerih je imela medicinska sestra glavno vlogo. V končno analizo smo vključili 112 besedil (Slika 1).

Po pregledu in analizi vseh člankov glede na naš interes, smo izpeljali določene teme in podteme, ki so bile najpogostejše objavljene na analiziranih spletnih portalih. Glavne teme, ki smo jih izpeljali, so bile: medicinske sestre in delovno okolje, javnost in medicinske sestre, medicinske sestre in zdravstvena nega (Tabela 1).

REZULTATI

V našo analizo smo vključili 112 besedil, objavljenih na štirih največjih slovenskih portalih. V preglednici 1 smo izpeljali teme in podteme ter jih nato razvrstili glede na pojavnost.

Tabela 1: Pregled tem, kategorij in podkategorij analize

Tema	Podtema	Število besedil na spletnih portalih
MEDICINSKE SESTRE IN DELOVNO OKOLJE	Nasilje nad medicinskimi sestrami	7
	Izgorelost medicinskih sester	25
	Strokovne napake medicinskih sester	4
	Medicinske sestre in plačilo	30
	Pomanjkanje kadra v zdravstveni negi	39
JAVNOST IN MEDICINSKE SESTRE	Mnenja javnosti o medicinskih sestrah	1
	Mnenja javnosti o reševalcih	1
MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENA NEGA	Izobraževanje medicinskih sester	3
	Zgodovina razvoja zdravstvene nege v Sloveniji	1

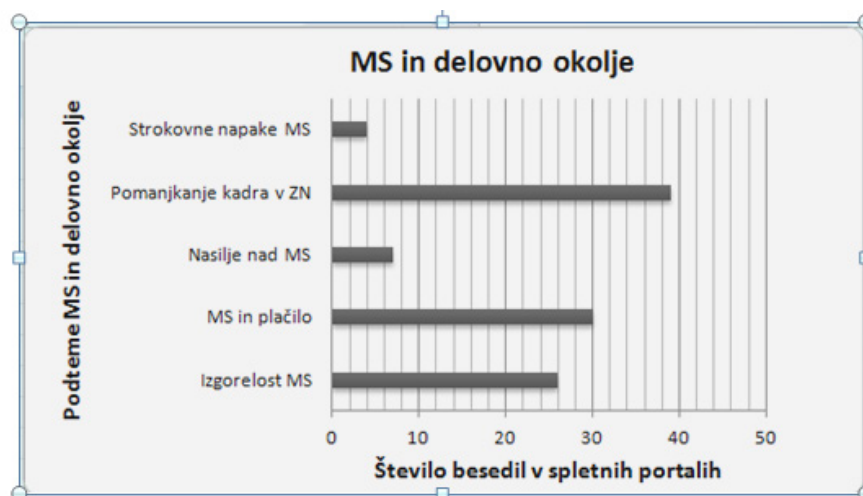
MEDICINSKE SESTRE IN DELOVNO OKOLJE

Kodirano temo medicinske sestre in delovno okolje sestavljajo podteme, ki opisujejo tiste komponente, ki vplivajo na uspešnost dela izvajalcev zdravstvene nege. Temu sestavljajo kodirane podteme, kot so: izgorelost medicinskih sester, nasilje nad medicinskimi sestrami, strokovne napake medicinskih sester, pomanjkanje kadra v zdravstveni negi, medicinske sestre in plačilo. Besedila v podtemi izgorelost medicinskih sester opisujejo dejavnike, ki vplivajo na izgorelost izvajalcev zdravstvene nege in pogostost tega pojava v tej poklicni skupini. Najpogostejši dejavniki, ki pripomorejo k razvoju sindroma izgorelosti med izvajalci so: pomanjkanje kadra, večizmensko delo in velika intenziteta dela.

Besedila v podtemi nasilje nad medicinskimi sestrami poročajo o tem, da so medicinske sestre največkrat žrtve verbalnega in fizičnega nasilja, saj so one tiste, ki pridejo prve in najpogosteje v stiku s pacienti. Daljše čakalne dobe in čas čakanja bolnikov so dejavniki, ki največkrat vplivajo na pojavnost nasilja nad medicinskimi sestrami.

Besedila v podtemi strokovne napake so povezana predvsem z domnevnim primerom zdravnika, ki je bil obtožen umora pacientov, pri čemer je sodelovala tudi medicinska sestra.

Besedila v podtemi medicinske sestre in plačilo poročajo, da so plače zelo nizke glede na delo, ki ga opravljajo medicinske sestre. Ker je to področje naše analize, kjer je bilo največ besedil, smo podteme postavili v grafični prikaz, da bi opozorili, kateri so tisti problemi, s katerimi se izvajalci zdravstvene nege spopadajo že vrsto let in s katerimi se bo treba spoprijeti, da dosežemo višjo kakovost in varnost zdravstvene nege ter večje zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi.



Slika 2: Grafični prikaz podtem medicinske sestre in delovno okolje

JAVNOST IN MEDICINSKE SESTRE

Tema javnost in medicinske sestre vključuje dve podtemi: mnenja javnosti o zdravstveni negi in mnenja javnosti o reševalcih. V podtemi mnenja javnosti o zdravstveni negi je besedilo poročalo o javnomnenjskih raziskavah na mednarodni in državni ravni, kjer sta zdravstvena nega in medicinska sestra kot predstavnica te stroke med poklici, ki jih javnost največ ceni. O podtemi mnenja javnosti o reševalcih je v besedilih pisalo o delu reševalcev, reševalcih na motorjih in o pozitivnem javnem mnenju do te poklicne skupine.

MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENA NEGA

Tema medicinske sestre in zdravstvena nega vključuje dve podtemi: izobraževanje medicinskih sester in zgodovina razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. V podtemi izobraževanje medicinskih sester so kode oz. besedila, iz katerih so bile kode izpeljane, govorila predvsem o možnosti dodatnega izobraževanja medicinskih sester zaradi odprtja doktorskega študija zdravstvene nege na dveh lokacijah, in sicer v Mariboru in na Jesenicah. Doktorski študij se je v Mariboru začel izvajati s študijskim letom 2016/2017, na Jesenicah pa s študijskim letom 2017/2018. Poudarjajo, da bodo doktorandi po zaključenem študiju sposobni za samostojno znanstvenoraziskovalno delo in kritično evalvacijo rezultatov raziskav, s katerimi bodo lahko vnašali spremembe v klinično prakso. Tako bodo delodajalcem v pomoč pri analitičnem ter kritičnem reševanju znanstvenih in strokovnih problemov ter pri oceni potreb po izvedbi raziskav v kliničnem okolju.

Podtema zgodovina razvoja zdravstvene nege v Sloveniji govori o prvi medicinski sestri Angeli Boškin, ki je svojo poklicno pot začela na Jesenicah, s svojim strokovnim delom in samim odnosom do dela, znanja in ljudi je dala trajen pečat poklicu medicinske sestre in razvoju stroke v Sloveniji. Januarja 2017 so Fakulteto za zdravstvo Jesenice preimenovali v Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin, s čimer bo ime fakultete ohranjal spomin na pionirsko delo prve šolane medicinske sestre pri nas.

DISKUSIJA

Na podlagi pregleda in analiza besedil na štirih največjih spletnih portalih v Sloveniji so medicinske sestre predstavljene pozitivno, vendar njihove samostojne vloge na različnih področjih, kot na primer promocija zdravja in preprečevanja bolezni kot ključne naloge medicinske sestre za zdravo populacijo, nismo zasledili. Prav tako je zelo malo besedil o akademskem razvoju medicinskih sester.

Po pričakovanjih, se je največ besedil nanašalo na temo medicinska sestra in delovno okolje. Tudi Ertem in sodelavci (2010) so pri analizi besedil, objavljenih na spletnih medijih v Turčiji, ugotovili, da je bilo največ objavljenih besedil o slabih delovnih pogojih, v katerih delajo izvajalci zdravstvene nege. Popović in Pahor (2011), ki sta leta 2011 analizirali besedila v časnikih Delo in Sobotni prilogi za leto 2007 sta ugotovili, da je bilo tudi takrat največ besedil o delovnih pogojih, v katerih delajo medicinske sestre.

Temo medicinska sestra in delovno okolje sestavljajo predvsem tiste komponente v delovnem okolju, ki slabo vplivajo na kakovost in varnost opravljenega dela izvajalcev zdravstvene nege in so povezane z zadovoljstvom na delovnem mestu. Slabi delovni pogoji, kot so nizko plačilo, verbalno in fizično nasilje, pomanjkanje kadra, večizmensko delo, pripeljejo do izgorelosti kadra zdravstvene nege. Avtorji besedil so pogosto obravnavali področje plače za izvajalce zdravstvene nege, predvsem za srednje medicinske sestre oz. tehnika zdravstvene nege, ki za opravljeno delo prejemajo minimalno plačilo. Področje pomanjkanja kadra v Sloveniji je kontradiktorno, saj so napovedi takšne, da je zdravstvena nega področje, kjer so in bodo potrebe za zaposlovanje največje, po drugi strani pa je pomanjkanje kadra na tem področju zelo izrazito. Tudi nasilje na delovnem mestu pri medicinskih sestrah je pogosta tema. Medicinske sestre so pogosteje deležne verbalnega nasilja, v posameznih primerih tudi fizičnega. Najpogosteje zaradi daljših čakalnih dob in ker so medicinske sestre najpogosteje v stiku s pacienti.

Področje izgorelosti je opisano kot zelo pogost pojav med izvajalci zdravstvene nege ne glede na stopnjo izobrazbe ter zaradi delovnih pogojev, ki so se v času delovne krize (od leta 2008 dalje) močno poslabšali. Posledice se čutijo še danes.

Tudi strokovne napake so opisane kot posledica težkih delovnih pogojev, v katerih delajo medicinske sestre. Iz besedil, ki so bila analizirana, ni bilo možno razbrati, za katere strokovne napake gre.

V kategoriji javnost in zdravstvena nega so predstavljeni rezultati javnomnenjskih raziskav, tako slovenskih kot mednarodnih, ki medicinske sestre uvrščajo med tri poklice, ki so najbolj poštene in imajo najvišje etične standarde ter so najbolj zaupanja vredni poklici. Za razliko od medicinske sestre so reševalci predstavljeni kot bolj samostojni pri svojem delu. Njihovo delo je predstavljeno kot bolj povezano z medicino. Predstavljeni so kot junaki, ki rešujejo človeška življenja.

V zadnji kategoriji medicinske sestre in zdravstvena nega je objavljenih najmanj besedil, čeprav je kategorija zelo pomembna za prepoznavnost stroke zdravstvene nege v javnosti kot znanstvena in akademska disciplina. Danes se lahko medicinske sestre v Sloveniji izobražujejo na različnih smereh in stopnjah, kot npr. dodiplomski, podiplomski in od leta 2017 tudi doktorski študijski programi zdravstvene nege. Na področju izobraževanja je objavljenih malo besedil, zato sklepamo, da je javnost prek medijev zelo slabo obveščena o izobraževanju medicinskih sester. Zato jih lahko javnost še naprej ocenjuje kot manjvredno v sistemu zdravstva, predvsem kadar gre za odločanje o nadaljnji obravnavi pacientov.

Nadaljnje raziskave se morajo osredotočiti predvsem na to, kako poročanje medijev vpliva na samopodobo medicinske sestre. Ali medicinske sestre želijo promovirati svoje delo v medijih in če ne, kakšni so vzroki za to. Prav tako menimo, da bi bilo zelo zanimivo in pomembno izvajati kvalitativno raziskavo kjer bi analizirali mnenja bralcev online člankov, ki so objavljeni v spletnih portalih, z namenom ugotoviti ali zares bralci (širša javnost) poznajo delo zaposlenih v zdravstveni negi in s tem bolj kvalitativno analiziramo podobo zaposlenih v zdravstveni negi v javnosti.

ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da je javna podoba sester v medijih – spletnih portalih v Sloveniji – predstavljena sicer pozitivno, a kot marginalizirana poklicna skupina v zdravstvu. Največ besedil je bilo objavljenih na temo medicinske sestre in delovno okolje, najmanj pa s področja izobraževanja in prispevka medicinskih sester v družbi. Vse kaže na to, da se poklicna skupina spopada z velikimi problemi na njihovem delovnem mestu. O njihovem profesionalnem razvoju se zelo malo poroča v medijih, zato je poznavanje javnosti o delu medicinskih sester, zelo nizko. Priporočamo, da naj medicinske sestre v medijih nastopajo večkrat in predstavijo svoj doprinos v družbi z vidika zdravja populacije, predstavijo naj tudi probleme, s katerimi se spopadajo, in kako jih rešujejo. S tem, bi javnost bolje prepoznala vlogo medicinske sestre in stroke zdravstvene nege tako pri krepitvi zdravja družbe kot tudi njihovo vlogo v kliničnem okolju.

ZAHVALA

Za idejo in pomoč pri pisanju prispevka se prisrčno zahvaljujem doc. dr. Katarini Babnik.

LITERATURA

- Bartfay, W. J., Bartfay, E., Clow, K. A., & Wu, T., 2010. Attitudes and perceptions towards men in nursing education. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 8(2), pp. 1540–1580.
- Carroll, S. M. & Rosa, K. C., 2015. Role and image of nursing in Children–s literature: a qualitative media analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), pp. 141–151.
- Ertem, G., Donmez, Y. C. & Oskel, E., 2011. An investigation of nursing news in Turkish dailz newspapers. *Social Behavior and Personality*, 38(5), pp. 577–582.
- Fletcher, K., 2007. Image: changing how women nurses think about themselves. Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), pp. 207–215.
- Gallup, 2018. *Honesty/ethics in professions*. Washington, D.C.: Gallup, p.3.
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E., 2014. *Young perceptions of the nursing profession: an integrative review*. *Nurse Education Today*, 57(2), pp. 95–102.
- Heilemann, M.V., 2012. Media image and screen representations of nurses. *Nursing Outlook*, 60(5), pp. pS1 –pS3.
- Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodble., 2013. The nursing profession: public image, self- concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 295–309.
- Kalisch, B., Begeny, S., & Neumann., S., 2010. The image of the nurse on the Internet. *Nursing Outlook*, 55(4), pp. 182–188.
- Kalisch, P. A., & Kalisch, B. J., 2005. Perspectives on improving nursing–s public image. *Nursing Education Perspectives*, 26 (1), pp. 10–17.
- Kelly, J., Fealy, G. M., & Waton, R., 2011. The image of you: constructing nursing identities in YouTube. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), pp. 1804–1813.
- Mooney, M., Glacken, M., & O–Brien, F. 2008. Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Education Today*. 28(3), pp. 385–392.
- Popović, P., & Pahor, M., 2011. Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav v časniku Delo. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 239–245.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E., 2005. Impact of the perceived public image of nursing on nurses– work behaviour. *Journal of Advance Nursing*. 53(3), pp. 333–343.
- Trepanier, S., 2014. Personal branding and nurse leader professional image. *Nurse Leader*, 12(3), pp. 51–57.
- Tuckett, A., Kim, H., & Huh, J., 2017. Image and message: Recruiting the right nurses for the profession. A qualitative study. *Nursing Education Today*, pp. 55(5), 77–81.



IZOBRAZBA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE VPLIVA NA PREPOZNAVANJE ETIČNIH DILEM V PALIATIVNI OSKRBI

**The education of nursing
care providers impacts to
identification of ethical
dilemmas in palliative care**

Melita Pollack, dipl. m. s. (VS)

Zdravstveni dom Ljubljana; Visoka zdravstvena šola v Celju

viš. pred. mag. Darja Plank, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Splošna bolnišnica Celje; Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

doc. dr. Boris Miha Kaučič, dipl. zn., univ. dipl. org.

Visoka zdravstvena šola v Celju, Katedra za zdravstveno nego

melita.pollack@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Etične dileme izvajalcev zdravstvene nege v paliativni oskrbi

IZVLEČEK

Uvod: Delo v zdravstveni negi že samo po sebi pomeni srečevanje z etičnimi dilemami, ki pa v paliativni oskrbi postanejo izrazitejše, pogostejše in globlje. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali izobrazba izvajalcev zdravstvene nege vpliva na soočanje z etičnimi dilemami v paliativni oskrbi. **Metode:** Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabili smo metodo deskripcije, kompilacije in sinteze. Za merski instrument smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec. Od skupno razdeljenih devetdeset (90) anketnih vprašalnikov je bila realizacija vzorca 90-odstotna. Pridobljeni podatki so bili analizirani s programom SPSS 23.0. **Rezultati:** Kot temelj svojega etičnega ravnanja 84 % anketiranih navaja potrebe in želje pacientov. Statistično značilno nižjo raven izobrazbe imajo anketiranci, ki na odprto vprašanje, katera etična načela v paliativni oskrbi poznajo, niso odgovorili (30,9 %). Pri oceni doživljanja stresa pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega pacienta so rezultati pokazali statistično značilno povezanost z izobrazbo ($\rho = -0,284$, $p = 0,010$). **Diskusija in zaključek:** Izvajalci zdravstvene nege potrebujejo dodatna znanja ter sistemsko urejeno pomoč ob soočanju z dilemami v paliativni oskrbi. Na etične dileme, s katerimi se izvajalci zdravstvene nege soočajo pri svojem delu v paliativni oskrbi, bolj kompleksno in lažje odgovarjajo tisti z višjo ravno izobrazbe. Na potrebo po znanju v paliativni oskrbi je potrebno odgovoriti s ponujenim znanjem in razumevanjem stisk izvajalcev zdravstvene nege.

Ključne besede: umiranje, znanje

ABSTRACT

Introduction: Professional work in nursing care means being faced with various ethical dilemmas which are more significant and more frequent in palliative care. Purpose of the research was to determine whether the level of education of nursing care providers impacts in dealing with ethical dilemmas in palliative care. **Method:** The research was based on quantitative research approach, method of description, compilation and synthesis. As the measurement instrument, we used a structured survey questionnaire, which was designed on the basis of an overview of the literature. We used a non-random, casual sample, which included nursing care providers in palliative care. From ninety (90) distributed survey questionnaires, eighty-one (81) were filled out correctly and sent back, which equals to 90-percent realization of the sample. The acquired data was processed with computer program SPSS 23.0. **Results:** As a basis of ethical conduct, 84 percent of the questioned list the needs and wishes of patients. Respondents with a statistically significantly lower level of education did not respond to an open question about the ethical principles in palliative care (30.9 %). In assessing the experience of stress in nursing seriously ill and dying patients, the results showed a statistically significant correlation with education ($\rho = -0.284$, $p = 0.010$). **Discussion and conclusion:** Nursing care providers need additional knowledge and help, and systematically regulated help when facing ethical dilemmas in palliative care. Nursing care providers with higher level of education respond more complex and easier to ethical dilemmas they are faced with in their work in palliative care, than those with lower level of education. We must recognize the necessity of education at all levels and offer the knowledge to nursing care providers with understanding of their distress at work.

Key words: dying, knowledge

UVOD

Etična dilema, s katero se prej ali slej sreča vsak izvajalec zdravstvene nege, je izbira med možnostmi, od katerih nobena ne ponuja rešitve. Vsaka možna rešitev ima tudi slabe (stranske) rezultate. Najpogosteje se etične dileme pojavljajo v odnosih izvajalca zdravstvene nege s sodelavci in/ali nadrejenimi, med izvajalcem in med pacientom ter med izvajalcem in pacientovimi bližnjimi (Cohen & Erickson, 2006).

Pripraviti in uspešno izpeljati pogovor o smrti za svojce in za pacienta je ena izmed osnov dobro načrtovane paliativne oskrbe (Lennher, et al., 2012 cited in Bandelj & Kaučič, 2014). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2015) je polovica umrlih ljudi svoj konec dočakala v zdravstvenih ali socialnih ustanovah. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 2018 prav pomanjkanje znanja označila kot bistveno oviro celovite in sistemsko urejene paliativne oskrbe. Po mnenju Montgomery Dosseyeve in Keeganove (2013) je potrebno prepoznati bližajoči se trenutek smrti. To je tudi čas, ko na ta način izkažemo osebno odkritost in profesionalnost. Peltari in sodelavci (2012) so preučevali tri magistrske študijske programe

paliativne oskrbe v Avstriji. Študijski programi so bili prilagojeni tako za izvajalce zdravstvene nege kot tudi za zdravnike in ostale pomembne strokovnjake v paliativnem timu. Porast zanimanja za tovrsten študij v zadnjih letih je predvsem med izvajalci zdravstvene nege, ki kot strokovnjaki preživijo največ časa ob pacientu in med teologi. Ta porast zanimanja kaže, da se z razvojem študijskih programov in znanj razvija tudi občutek za današnje potrebe in zahteve družbe po strokovni usposobljenosti vseh, ki se srečujejo s pacienti v paliativni oskrbi. Trenuten trend v Avstriji je razvoj posameznih modulov, usmerjenih na ožje populacije in njihove specifične potrebe (otroci, osebe z demenco, migranti, invalidi ipd.).

Naraščajoče število kroničnih obolenj (rak, KOPB, stanje po ICV ali AMI, demenca, HIV/AIDS, kronična ledvična odpoved, septična stanja, zapleti zaradi diabetesa ipd.) in vse daljša življenjska doba, zahtevata več usposobljenih strokovnjakov, s poglobljenimi znanji. Ne le, da so izobraženi izvajalci zdravstvene nege kompetentni, so za pacienta in njegove bližnje tisti, ki nudijo ustrezna navodila, obravnavo in organizacijo zdravstvene nege, hkrati pa zagotavljajo tudi stroškovno učinkovitost paliativne oskrbe na družbeni ravni (Balicas, 2018).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali izobrazba izvajalcev zdravstvene nege v paliativni oskrbi vpliva na njihovo soočanje z etičnimi dilemami. Postavili smo naslednjo hipotezo: Izobrazba izvajalcev zdravstvene nege v paliativni oskrbi vpliva na prepoznavanje etičnih dilem v paliativni oskrbi.

METODE

Raziskovalna metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije, kompilacije in sinteze.

Opis instrumenta

Uporabili smo merski instrument v obliki strukturiranega anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature (Gedrih & Prusnik, 2011; Hum Kacin, 2012; Dalisay, 2015; Plank, 2016). Anketni vprašalnik je bil zasnovan v tri vsebinske sklope.

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec, v katerega smo vključili izvajalce zdravstvene nege, ki se pri svojem delu redno srečujejo s pacienti, vključenimi v paliativno oskrbo ali umirajočimi. Od skupno razdeljenih devetdeset (90) anketnih vprašalnikov je bilo pravilno izpolnjenih in vrnjenih enainosemdeset (81), kar pomeni 90-odstotno realizacijo vzorca. Srednješolsko raven izobrazbe je imelo 37 udeležencev (45,7 %), višješolsko ali visokošolsko strokovno izobrazbo 38 (46,9 %) oseb, ki je izpolnilo anketni vprašalnik, po 3 (3,7 %) pa so bili univerzitetno izobraženi in 3 (3,7 %) s podiplomsko ravno izobrazbo.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobljenem pisnem soglasju institucij, katerih zaposleni so bili vključeni v raziskavo, smo anketne vprašalnike v fizični obliki predali ključnim osebam, ki so anketne vprašalnike posredovale neposredno anketirancem. Zagotovili in upoštevali smo vse etične vidike raziskovanja. Anketne vprašalnike smo dostavili in prevzeli osebno ali po pošti, odvisno od dogovora z odgovornimi osebami. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika je bilo anonimno, podatki pridobljeni v raziskavi, pa so bili uporabljeni izključno v raziskovalne namene. Raziskava je potekala med decembrom 2016 in februarjem 2017. Pridobljene podatke smo najprej opisali z ustreznimi opisnimi statistikami. Za preverjanje razlik na ravni pridobljene formalne izobrazbe smo uporabili neparametričen Mann-Whitneyev test. Statistično značilne razlike in povezanosti smo potrjevali pri 5-odstotni stopnji tveganja. Povezanost izobrazbe z ordinalnimi in intervalnimi spremenljivkami smo preverili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Podatke smo analizirali s programom SPSS 23.0.

REZULTATI

Rezultate smo razdelili v dve enoti. Prva enota se nanaša na poznavanje in uporabnost etičnih načel, ki so značilni za zdravstveno nego in za paliativno oskrbo. V drugi pa predstavljamo konkretne etične izzive s katerimi se izvajalci zdravstvene nege srečujejo v paliativni oskrbi.

Na vprašanje na čem temelji njihovo delo z neozdravljivo bolnimi in umirajočimi pacienti je največ anketirancev izbralo odgovore, da na potrebah in željah pacienta (84,0 %), na kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) (79,0 %)

ter na pravicah umirajočih pacientov. 64,2 % je odgovorilo, da temelji tudi na kompetencah v zdravstveni negi, anketiranci, ki so izbrali ta odgovor pa so statistično značilno bolj izobraženi kot tisti, ki tega odgovora niso izbrali ($Z = 2,030$, $p = 0,042$).

Statistično značilna razlika se pokaže pri vprašanih odprtega tipa, kjer smo anketirance prosili, naj napišejo katera etična načela poznajo. Njihove odgovore smo šifrirali v 13 kategorij. Največ navedenih odgovorov (37,0 %) smo lahko uvrstili pod šifro »kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (3 načela ali manj)«, anketiranci katerih odgovore smo lahko uvrstili pod navedeno šifro pa imajo v primerjavi s preostalimi anketiranci statistično značilno višjo izobrazbo ($Z = 2,283$, $p = 0,022$). Izkazalo se je, da ima 30,9 % anketirancev, ki niso odgovorili na odprto vprašanje katera etična načela v paliativni zdravstveni negi poznajo, statistično značilno nižjo raven izobrazbe kot anketiranci, ki so na vprašanje odgovorili ($Z = 3,712$, $p < 0,001$).

V naslednjem vprašanju odprtega tipa, smo anketirance prosili, da razložijo kako razumejo pojem »etična dilema«, odgovore pa smo ponovno šifrirali v 13 kategorij. Odgovore 13,6 % anketirancev smo uvrstili pod šifri »profesionalne vrednote zdravstvene nege so v konfliktu z vrednotami, pričakovanji, željami pacienta in individualna vpletenost - mnenje, kaj je prav in kaj ne«, odgovore 12,3 % anketirancev pa pod šifro »izbira med dvema ali več slabimi možnostmi; vsaka izbira ima težko posledico«. Osem (9,9 %) anketirancev je navedlo odgovore, ki smo jih uvrstili pod šifro »situacija, ki nas prisili v razmišljanje, ali ravnamo prav ali ne; problem, ki je težko rešljiv«, sedem (8,6 %) anketirancev je navedlo odgovore, ki smo jih uvrstili pod šifro »kdaj prenehati s postopki in aktivnostmi in dopustiti dostojno umiranje ter smrt; intenzivno zdravljenje ni več smiselno a ga medicina narekuje«. Na vprašanje ni odgovorilo kar 22,2 % vprašanih, anketiranci, ki niso odgovorili na vprašanje pa imajo tudi v tem primeru statistično značilno nižjo raven izobrazbe kot anketiranci, ki so na vprašanje navedli odgovor (Tabela 1).

Tabela 1: Razumevanje pojma »etična dilema«

VPRAŠANJE:			Mann-Whitney U test
Kako razumete pojem »etična dilema«?	N	N %	Izobrazba
Šifrirano			
profesionalne vrednote zdravstvene nege so v konfliktu z vrednotami, pričakovanji, željami pacienta	11	13,6 %	$Z=-1,255$, $p=0,209$
individualna vpletenost - mnenje, kaj je prav in kaj ne	11	13,6 %	$Z=-1,617$, $p=0,106$
izbira med dvema ali več slabimi možnostmi; vsaka izbira ima težko posledico	10	12,3 %	$Z=-0,738$, $p=0,461$
situacija, ki nas prisili v razmišljanje, ali ravnamo prav ali ne; problem, ki je težko rešljiv	8	9,9 %	$Z=-0,619$, $p=0,536$
kdaj prenehati s postopki in aktivnostmi in dopustiti dostojno umiranje ter smrt; intenzivno zdravljenje ni več smiselno a ga medicina narekuje	7	8,6 %	$Z=-0,779$, $p=0,436$
evtanazija; pacient si želi umreti s pomočjo	6	7,4 %	$Z=-0,020$, $p=0,984$
razkorak med načeli Kodeksa etike v ZN in oskrbi ter dejanskim stanjem	4	4,9 %	$Z=-0,597$, $p=0,551$
razkorak med željami svojcev in željami pacienta	4	4,9 %	$Z=-0,317$, $p=0,752$
občutki nemoči ob umirajočih	4	4,9 %	$Z=-0,317$, $p=0,752$
pacientu ne moremo zagotoviti paliativne oskrbe	2	2,5 %	$Z=-0,221$, $p=0,825$
premalo izkušenj	1	1,2 %	$Z=-1,051$, $p=0,293$
odgovor ni smiseln (dilema; potrebno jo je razrešiti; da se nanjo odzovemo; ali pac. povedati, da ima neozdravljivo bolezen)	7	8,6 %	$Z=-0,075$, $p=0,940$
brez odgovora	18	22,2 %	$Z=-2,170$, $p=0,030a$

Legenda: N – absolutne frekvence, N % – relativne frekvence v %

Anketiranci, ki niso odgovorili na vprašanje imajo statistično značilno nižjo izobrazbo kot ostali anketiranci.

Stres pri soočanju z etičnimi dilemami povzroča čustveno in fizično izčrpanost 65,4 % anketirancem, 61,7 % pa povzroča žalost. Sedem (8,6 %) anketiranih pa občuti krivdo, anketiranci, ki so izbrali slednji odgovor, imajo v primerjavi s preostalimi statistično značilno nižjo raven izobrazbe ($Z = 2,187$, $p = 0,029$).

Na lestvici od 1 do 10 smo anketirance prosili, da ocenijo stres, ki jim ga povzročajo etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega pacienta. Štirje (4,9 %) anketiranci so izbrali odgovor 3, ki smo ga uvrstili pod opis »Stres zaradi etičnih dilem mi ne predstavlja težav«. Velika večina (84,0 %) je izbralo odgovore od 4 do 7, ki se uvrščajo pod opis »Občutim stres, a imam znanje in orodje za obvladovanje stresa. Občasno mi vseeno povzroča čustvene napetosti.«. Odgovore od 8, 9 ali 10, ki spadajo pod opis »Stres težko obvladam. Stres me vidno izčrpava. Imam občutek, da izgorevam.« je izbralo devet (11,1 %) anketirancev. Aritmetična sredina je tako 5,68 (SO = 1,71) in izkazalo se je, da obstaja statistično značilna negativna povezanost med stresom, ki ga povzročajo etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega pacienta in izobrazbo ($p = 0,284$, $p = 0,010$), kar pomeni, da se z višanjem izobrazbe zmanjšuje ocena doživetega stresa.

Iz zadnjega sklopa trditev smo sestavili tudi kompozitno spremenljivko »Spoštovanje načel paliativne oskrbe«. Največjo stopnjo strinjanja so izkazali s trditvijo »Paliativna oskrba zagotavlja spoštovanje veljavnih etičnih norm kot sta dostojanstvo in spoštovanje.« (AS = 4,40, SO = 0,96), stopnja strinjanja z navedeno trditvijo pa je statistično značilno povezana z ravno izobrazbo ($p = 0,273$, $p = 0,014$) kar pomeni, da se z višanjem izobrazbe viša tudi stopnja strinjanja s trditvijo. Nekoliko manjše, a še vedno visoko stopnjo strinjanja so izkazali za strinjanje s trditvijo »Paliativna oskrba zagotavlja spoštovanje veljavnih pravnih norm kot so človekove pravice, pravice pacientov in umirajočih.« (AS = 4,25, SO = 0,96), od treh trditev v tem sklopu pa so najmanjšo stopnjo strinjanja izkazali s trditvijo »Potreboval(a) bi dodatna znanja s področja komunikacije v paliativni oskrbi.« (AS = 4,02, SO = 1,06). Slednja spremenljivka je tudi statistično značilno pozitivno povezana z izobrazbo ($p = 0,347$, $p = 0,002$) kar pomeni, da se bolj izobraženi tudi bolj strinjajo, da bi potrebovali še dodatna znanja s področja komunikacije v paliativni oskrbi.

DISKUSIJA

Za izvajalce zdravstvene nege z dodatnimi izobraževanji s področja paliativne oskrbe in za tiste s formalno pridobljeno izobrazbo, ki ima v sklopu kurikulumuma paliativno oskrbo, je značilno, da imajo veliko več znanja in pozitivne naravnosti do dela v paliativni oskrbi. To pomeni, da so z osvojenim znanjem pripravljeni na samorefleksijo, ko se pri svojem delu znajdejo v etični dilemi. Teži čustev navkljub, ki jih delo v paliativni oskrbi prinaša s seboj, so njihove odločitve bolj premišljene in umirjene. Še vedno pomembnost izobraženosti izvajalcev zdravstvene nege za dobrobit in kakovost paliativne oskrbe zaenkrat ni dovolj prepoznana in poudarjena (Balicas, 2018).

Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da so bolj samokritični in s sofisticiranim zaupanjem v lastne kompetence ravno izvajalci z višjo ravno izobrazbe. Tisti anketiranci, ki jim soočanje z etičnimi dilemami povzroča občutke krivde, so značilno izvajalci zdravstvene nege z nižjo izobrazbeno ravno. Kader z visokošolsko ali podiplomsko izobrazbo se tudi lažje spoprijema in sooča s stresom, ki ga doživljajo ob umirajočih pacientih, kar posledično pomeni tudi boljše, kakovostnejšo paliativno oskrbo. Prav tako višje izobraženi lažje prepoznavajo potrebo po dodatnih znanjih, predvsem s področja komunikacije.

Da gre v Sloveniji za trenutno zelo omejeno znanje o paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege, meni Plank (2016), saj izmed osmih visokošolskih zavodov, ki izvajajo dodiplomski študijski program prve stopnje Zdravstvena nega, le dve fakulteti izvajata vsebine paliativne oskrbe znotraj rednega predmeta, ena fakulteta in ena visoka šola pa kot izbirni predmet. Iz tega lahko zaključimo, da tisti izvajalci zdravstvene nege, ki so že danes ob pacientu, nimajo zadovoljivih znanj s tega področja. Kaučič in sodelavci (2016) so se konkretno odzvali na prepoznavanje nujnosti razvoja področja paliativne oskrbe v slovenskem prostoru. Na podlagi Državnega programa paliativne oskrbe Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, večletnega raziskovalnega dela in glede na potrebe družbe, so v sodelovanju z domačimi in mednarodnimi strokovnjaki razvili prvi podiplomski magistrski študijski program Paliativna oskrba. V okviru študijskega programa druge stopnje so izdelani tudi moduli za vseživljenjsko učenje.

Z raziskavo lahko pritrdimo ugotovitvam Plankove (2016), da gre na področju znanja o paliativni oskrbi in o etičnih dilemah, s katerimi se izvajalci na tem področju srečujejo za zelo veliko »luknjo v znanju« ravno med izvajalci z nižjo izobrazbeno ravno. Večinoma ne poznajo etičnih načel, ki so skupna celotni zdravstveni negi kot stroki, prav tako so ostali brez odgovora na vprašanje, kaj konkretno jim pomeni »etična dilema«. Gre za veliko pomanjkanje znanja pri tistih, ki se že danes srečujejo s pacienti, vključenimi v paliativno oskrbo.

Izobrazba na področju paliativne oskrbe je ključna za prepoznavanje etičnih dilem na področju paliativne oskrbe. Zastavljeno hipotezo smo potrdili. Opravljena raziskava je dodatno približala in osvetlila del dejanske problematike paliativne oskrbe v našem prostoru. V prihodnje je potrebno raziskovanje usmeriti v specifične potrebe izvajalcev zdravstvene nege na področju paliativne oskrbe, na njihovo dejansko pripravljenost za klinično delo z umirajočimi že med samim izobraževanjem. Zato je

implementacija znanja na vseh ravneh potrebna že v tem trenutku. Prav tako je potrebno ugotoviti, kakšno mnenje, stališča, morda celo predsodke, imajo ostali strokovnjaki, ki naj bi sodelovali v paliativnem timu (socialni delavci, zdravniki, fizioterapevti itd.) do (izobraženih) izvajalcev zdravstvene nege in jim ponuditi znanje na za njihovo delo ustrezen način. Opravljena raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in v zelo majhnem vzorcu, ki pa kljub izredni majhnosti že nakazuje smer in odraža trenutno stanje.

ZAKLJUČEK

Znanje, osebnostna širina, pogovori, podpora in s tem spreminjanje sveta na bolje so rezultati, ki jih prinaša dobro organizirana paliativna oskrba v klinični praksi. Verjetno je prihodnost paliativne oskrbe zaenkrat precej odvisna od zainteresiranosti posameznikov, institucij. Veliko izkušenj iz tujine lahko deloma prenesemo v naš specifičen družbeni prostor.

Trenutno se v Sloveniji izvaja en podiplomski študij paliativne oskrbe na Visoki zdravstveni šoli v Celju, ki poleg dvoletnega magistrskega programa ponuja tudi izobraževanje po posameznih modulih; lahko rečemo, da za slovensko družbo nasploh prihajajo boljši časi. Na žalost tudi med zdravniki, socialnimi delavci in drugimi strokovnjaki še ni ustrezno prepoznanih potreb po strokovnem znanju, ki ga potrebujemo za kakovostno, holistično obravnavo pacientov v paliativni oskrbi in njihovih svojcev. Ker je starajoča se družba dejstvo, je potrebno razmišljati korak dlje in danes ponuditi uporabna na dokazih temelječa znanja.

LITERATURA

- Bandelj, A. & Kaučič, B.M., 2014. Najpogostejše težave in stiske izvajalcev zdravstvene nege v paliativni oskrbi. In: B.M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko, & K. Esih, eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. stiki zdravstvene nege, Celje, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 137–146.
- Balicas, M.R., 2018. *The Effect of Palliative Care Nursing Education to Improve Knowledge in Palliative Care of Hospital Based Nurses Caring for Patients With Chronic, Serious Illnes*. Geroge Washington University. pp. 13-27. Available at: https://hsr.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1032&context=son_dnp [5.2.2019]
- Cohen, J.S. & Erickson, J.M., 2006. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practise. *Clinical Journal of Oncology Practice*; 10(6), pp. 775-780. Doi: 10.1188/06.CJON.775-780
- Dalisay, G.J., 2015. *Advance directives: Knowledge and Attitudes among skilled nursing facility staff: magistrsko delo*. California State University, Long Beach, School of Social Work. pp. 27-69.
- Gedrih, M. & Prusnik, M., 2011. Odnos do umiranja – med teorijo in prakso. In: M. Milčinski, & A. Bajželj Bevelacqua, eds. *Življenje, smrt in umiranje v medkulturni perspektivi*. Ljubljana, Znanstvena založba Filozofske fakultete, pp. 189–199.
- Hum Kacin, K., 2012. *Dostojanstvo bolnika ob koncu življenja: pravni vidiki in etične dileme: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13; 100 –105; 120–128.
- Kaučič, B.M., Esih, K., Plank, D., Fringer, A., Voga, G., Meža, J. et al., 2016. Prvi magistrski študij paliativne oskrbe v Sloveniji – temelj za razvoj kakovostne paliativne oskrbe. In: B.M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko, K. Esih, eds. *Celostna paliativna oskrba: primeri dobre prakse in možnosti razvoja.: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. VII. stiki zdravstvene nege, Celje, 14. april 2016*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 9–19.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list RS, št. 54/14.
- Montgomery Dossey, B., Keegan, L., 2013. *Holistic nursing: a handbook for practice*, 6th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, pp. 463–483.
- Plank, D., 2016. *Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 28–31; 74–88.
- Peltari, L., Pissarek, A.H., Dworschak Binder, K. Eisl, C., 2012. Master of Palliative Programme – Survey of Graduates. In: Abstracts of the 7th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC), 2012. *Palliative Medicine*, 26(4), pp. 384–674. Doi: 10.1177%2F0269216312446391
- Statistični urad Republike Slovenije, *Umrli, Slovenija, 2015*. [online]. Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/News/Index/6046> [18.1.2019]
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), 2018. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care*. [online]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1> [5.2.2019]



VIDIKI ODGOVORNOSTI MEDICINSKE SESTRE Z UPOŠTEVANJEM PRAVIC IN DOLŽNOSTI PACIENTA

**Aspects of nurse
responsibilities with
consideration of patient's
rights and obligations**

Marta Leskovar Firer, mag. zdr. neg.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kardiologijo in angiologijo

marta.firer@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: V raziskavi smo preučevali različne vrste odgovornosti medicinske sestre na delovnem mestu in pravne podlage za varstvo pacientovih pravic. Namen raziskave je bil proučiti, ali medicinske sestre poznajo vidike odgovornosti pri svojem delu, v kolikšni meri to upoštevajo in kako svoje znanje uporabljajo za izpolnjevanje pravic in dolžnosti pacienta. Ugotoviti smo želeli, katere so najpogostejše ovire, s katerimi se srečujejo pri zagotavljanju le-tega. Raziskali smo, kakšno stališče imajo medicinske sestre glede zagotavljanja pravic in dolžnosti pacientov, kako poznajo zakonodajo in ali se pri tem zavedajo svoje odgovornosti. **Metode:** Uporabili smo različne baze podatkov (Cobis, PubMed, Cinahl in Medline). Pred izvedbo raziskave, v kateri smo anketirali medicinske sestre, smo pridobili soglasje ustanove. Kot vodilo za izdelavo ankete nam je bila v pomoč preučena literatura in aktualna delovna problematika. Literaturo in vire za anketo smo črpali iz *ZZDej* in iz *ZPacP*. Uporabili smo anketo, sestavljeno iz 22 vprašanj zaprtega in delno odprtega tipa. Za pregled demografskih podatkov je bila uporabljena opisna statistika, s pomočjo ne parametričnih testov in analize variance smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami. Pridobljene podatke smo analizirali ter jih grafično in statistično obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel. Rezultati so bili obdelani s pomočjo programa SPSS 20.0 in Excel 2013. Za statistične namene smo uporabili binomski test, hi-kvadrat test in frekvenčno porazdelitev. Preverjali smo, pri katerih trditvah se pojavijo razlike, ki so statistično pomembne. **Rezultati:** Večina anketiranih medicinskih sester pozna vrste odgovornosti pri svojem delu, od tega najboljše poznajo osebno-moralno odgovornost, najmanj pa kazensko odgovornost. Anketirane medicinske sestre z več leti delovnih izkušenj imajo tudi več znanja iz področja odgovornosti. Medicinske sestre z višjo izobrazbo bolje poznajo vse vrste odgovornosti in le v manjšem odstotku si želijo več izobraževanj na tem področju. **Diskusija in zaključek:** Poznavanje odgovornosti je zelo pomemben vidik pri delu medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Zaradi poznavanja različnih vrst odgovornosti pri delu medicinske sestre zagotavljajo pravice pacientom do kakovostne zdravstvene nege in oskrbe. Ob morebitnih kršitvah pravic pacientov pa je vzpostavljena pot, ki vodi k reševanju le-teh.

Ključne besede: Zakon o pacientovih pravicah, raziskava, pravice, dolžnosti, medosebni odnos, medicinska sestra, odgovornost.

ABSTRACT

Introduction: The study examined the various types of nurses responsibilities at the workplace and the legal basis for the protection of patients' rights. The purpose of the study was to examine whether nurses know aspects of responsibility in their work, to what extent they take this into account and how they use their knowledge to fulfill the rights and duties of the patient. We wanted to find out which are the most common obstacles encountered in securing it. We examined the position of nurses regarding the rights and duties of patients, how they know the law and whether they are aware of their responsibilities. **Methods:** A descriptive method of work was used with the study of domestic and foreign literature. For the empirical part we used a quantitative methodology. We compared the obtained data with the relevant literature in the area of responsibility of the nurse and the provision of rights and duties of patients in Slovenia and abroad. The theoretical part is based primarily on the descriptive method and the compilation method, which helped us to summarize the findings, observations, conclusions and positions of other authors. We used different databases (Cobis, PubMed, Cinahl and Medline). The research was based on a quantitative methodology. Using the method of analysis and synthesis, the data obtained through the survey were analyzed and the final findings were presented. **Results:** Most nurses interviewed know the types of responsibility in their work, of which they best know personal-moral responsibility, and least of all the criminal responsibility. The results show that the majority of nurses know the type of responsibility in their work. Surveyed nurses with several years of work experience also have more knowledge in the area of responsibility. Nurses with a higher education have better knowledge of all types of responsibilities and only a small percentage want more education in this field. **Discussion and conclusion:** Knowledge of responsibility is a very important aspect in the work of nurses and other health professionals. Due to their knowledge of the various types of responsibilities in the work of the nurse, they provide patients with the right to quality nursing and care. In case of possible violations of patients' rights, a path is in place that leads to their resolution.

Key words: patients' rights law, research, rights, duties, interpersonal relations, nurse, responsibility.

UVOD

Pravica pacienta je etični in strokovni odnos zaposlenih, ki jo morajo spoštovati vsi zdravstveni delavci. Etika skrbi v zdravstveni negi okvirno etično opredeljuje odnos, ki predstavlja osnovo zdravstvene nege in medsebojnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Iz etike skrbi izhajajo odgovornost, pozornost, odzivnost in pristojnost (Šmitek, 2004). Spremembe v zdravstveni oskrbi prebivalstva narekujejo hiter razvoj stroke, znanosti, družbe in tehnologije ter demografske spremembe. Potrebno je uvajati sodobne pristope v organizacijo sistema zdravstvenega varstva, kjer se medicinske sestre pri svojem delu srečujejo z kompleksnimi problemi in situacijami, kjer se pojavi negotovost, nestabilnost in vrednostni konflikti (Mertelj, 2016). V dejavnosti zdravstvene nege potekajo različni procesi, ki niso odvisni samo od razmerij med pripadniki poklica in njihovimi organizacijami. Zdravstveno nego je nemogoče razumeti samo od znotraj; je namreč družbeni pojav, sloj v delitvi dela, katerega meje se neprestano prelivajo. Umeščena je med močno zdravniško profesijo, ki ljubosumno varuje svojo svobodo in ugled, ter družbeno prizadevanje za čim cenejše obvladovanje (legalne) deviance. Kot taka je zdravstvena nega zgodnji kazalec globokih družbenih sprememb, kjer je procesna struktura samo rekonstrukcija privatne prakse (Pahor, 2006). Vloga medicinske sestre je dvojna in specifična, je kot katalizator, ki deluje med dvema poloma, katerima mora biti popolnoma predana in do obeh ima svoje odgovornosti in dolžnosti. Na eni strani je to zdravnik, na drugi pa je pacient. V strokovni literaturi je malo prispevkov, ki se konkretno ukvarjajo z odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami (Kraljič, 2009). Koncept odgovornosti je v zdravstveni negi centralen in problematičen, kajti samo prepoznavanje potreb in sklepanje, da jih je treba zadovoljiti, še zdaleč ni dovolj. Šele, ko se odgovorno odzovemo na potrebo, ko se odločimo, da bomo nekaj storili, in uredimo vse potrebno za konkretno izvedbo zadovoljlitve te potrebe, to je, ko pozornosti dodamo odgovornost, se stvari premaknejo iz mrtve točke. Odgovornost je tista gonilna sila, ki naša opažanja in moralne stiske v zvezi z njimi prevede v kompetentne odzive, v konkretna dejanja, v dejanje skrbi. Iz tega zornega kota je koncept odgovornosti mesto preobrata od pasivnega k aktivnemu (Ferk, 2009). V primeru, ko posameznik krši lastno moralno normo, svojo vest in poklicno moralno, se razvije še očitek sodelavcev. Slednje je lahko v še večje breme kot pravna sankcija (Špoljarič, 2010). Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, do širše družbe, predvsem pa mora biti odgovorna sama sebi. Za svoje delo prevzema polno odgovornost (etično, strokovno, kazensko in materialno). Medicinska sestra je odgovorna, če odgovarja za svoja dejanja, za nudeno zdravstveno nego, osebju, višji avtoriteti, širši družbi, javnosti; če izpolniš dane obljube, si pošten, izpolniš dolžnosti do pacientov, do samega sebe, do kolegov in kolegic. Pojem odgovornosti lahko razdelimo na bolj osebni vidik – biti odgovoren – in na pravni vidik – imeti odgovornost (Tschudin, 2004). Imamo pravila, ki jih predpiše zakon in veljajo za vse. Imamo pa tudi osebnostne lastnosti, ki naj bi jih imela medicinska sestra, a jih ni mogoče predpisati z zakonom. To so predvsem moralne osebnostne značilnosti in kvalitete. Moralna odgovornost medicinskih sester je najširša, čeprav sta najbolj izpostavljeni kazenska in poklicna odgovornosti (Kraljič, 2006). V učinkovitem medsebojnem odnosu je delo medicinskih sester zavzeto, odgovorno in pacientu daje občutek, da je v svoji zdravstveni obravnavi najpomembnejši člen ter da se izvaja in zagotavlja izpolnjevanje njegovih pričakovanj (Rakovec-Felser, 2009). Strokovni sodelavci z veliko znanja, kompetenc in sposobnostjo delovanja v zdravstveno - negovalnih timih so tisto, kar potrebuje sodobna zdravstvena nega (Roj, 2009). Oseba, ki ima ustrezno izobrazbo v okviru posameznega poklica je kompetentna za opravljanje nalog za katere nosi polno odgovornost (Železnik, et al., 2008). Da je pri svojem delu medicinska sestra uspešna, potrebuje izobrazbo, inteligentnost, praktične spretnosti, zavedanje odgovornosti, sposobnost identifikacije različnim situacijam, sposobnost poslušanja in željo po pomoči drugim. Za pacienta poskrbi tako, da dobi kakovostno, primerno in varno zdravstveno oskrbo. Pacienta in svojce vključuje v proces načrtovanja, izvajanja in vrednotenja zdravstvene nege (Lokar, 2015).

Varovanje zdravja je ena največjih in najbolj temeljnih človekovih vrednot in pravic. Bolezen, poškodba in smrt vzbujajo v človeku nemoč in strah. Od zdravstvenih delavcev smo odvisni, ko potrebujemo pomoč pri varovanju zdravja. V zadnjem času se pojavljajo in razvijajo mnoge aktivnosti za promocijo pravic in odgovornosti pacientov. Spodbudam se je odzvala tudi Slovenija in zato leta 2008 sprejela ZPacP (Kokol, 2009). Osveščeni pacienti poznajo pravice, ki so navedene v ZPacP ter ostali zakonodaji, ki posega na področje zdravstva. ZpacP ureja tudi varstvo pacientov pred malomarnim zdravljenjem in je stopil v veljavo leta 2008. Sodobna medicina slovi po hitrem razvoju in svoji učinkovitosti, vendar so kot posledica strokovnih zmot lahko njeni neizogibni spremljevalci tudi napake (Dežman, 2010). Zakoni in predpisi, ki se nanašajo na pravice pacientov v slovenski zakonodaji, so Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ZPacP, ZZDej, Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD), Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. KZ-1 v svojem 179. členu določa kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in opravljanja zdravilske dejavnosti. Inkriminacija malomarnega

zdravljenja je bila s KZ-1 razširjena tudi na malomarno opravljanje zdravilske dejavnosti, ob tem pa tudi predpisana višja kazenska sankcija, če je posledica takega malomarnega ravnanja zdravilca, zdravnika oziroma drugega zdravstvenega delavca smrt pacienta. Te spremembe so vsekakor pozitivna novost, a vendarle je število pravnomočno obsojenih zdravstvenih delavcev v Sloveniji še vedno razmeroma majhno, sploh glede na vse pogostejše primere strokovnih napak v zdravstvenem sistemu (Korošec, 2016). V kliničnem okolju zagotavljamo odgovornost medicinskih sester z organizacijskim sistemom, ki vključuje zdravstveno nego z normativno ureditvijo, proces postopanja - ravnanja z zaposlenimi, organizacijsko ureditev v zdravstveni negi in strokovno ureditev procesa ZN (Brumen, 2010).

Ob veliki poplavi informacij je zelo pomembno, da medicinska sestra najde ravnovesje med obsegom dela in kakovostjo opravljenih storitev. Tudi na področju zdravstvene oskrbe postaja pravilna in kakovostna informacija vedno pomembnejša. Zato je še kako pomembno dobro sodelovanje med pacientom in medicinsko sestro, da skupaj iščeta rešitve h kakovostni zdravstveni oskrbi (Prebil, et al., 2010). Poudarek na humanosti poklica zdravstvenih delavcev zahteva tudi humanost pri presojanju njihove morebitne krivde za domnevno kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja in zdravstvene nege, se pravi ustrezen posluš za slabosti, ki izvirajo iz nepopolnosti človeške narave. Tej namreč ni vselej dano, da zadosti določenim željam, pričakovanjem in zahtevam. Napaka na tem področju je že sama po sebi tragična in to toliko bolj, kolikor večje je nesorazmerje med njeno subjektivno platjo in težo njenih posledic. Zato impresija o posledicah, nastalih ob zdravljenju, na racionalno presojno ne sme imeti vpliva. Zdravstvenih delavcev, glede na delikatnost njihovega poklica, seveda ni potrebno pretirano privilegirati, temveč od njih zahtevati le tisto previdnost in skrbnost, ki je bila glede na njihova strokovna merila v konkretnem primeru objektivno potrebna in subjektivno mogoča (Ferk, 2009). Potrebno je upoštevati predpisana etična načela, kot so dobronamernost, avtonomija, neškodovanje in pravičnost ter spoštovati pacientovo pravico do razumnega in samostojnega odločanja. Potrebno je delati dobro in v korist pacienta na način, da mu ne povzročamo škode. Predpisi v deontologiji vključujejo tudi odnos do sodelavcev in do družbe nasploh. Moralni, poklicni ter kazensko in civilnopravni okvir so trije okvirji medicinske deontologije. Pri svojem delu so vsi člani zdravstvenega tima osebno, moralno, poklicno-deontološko in pravno odgovorni (Prebil, et al., 2010).

RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN HIPOTEZE

Raziskovalna vprašanja

- R1: Ali anketirani poznajo vrste odgovornosti pri svojem delu?
- R2: Koliko anketiranih medicinskih sester je mnenja, da pacienti v veliki meri upoštevajo svoje pravice, manj dolžnosti?
- R3: Ali medicinske sestre menijo, da jim poznavanje različnih aspektov odgovornosti pri delu omogoča boljše sodelovanje s pacientom, s katerim naj bi imele partnerski odnos?

Hipoteze

- H1: Večina (60 %) medicinskih sester pozna vrste odgovornosti pri svojem delu.
- H2: Starejše medicinske sestre z več leti delovnih izkušenj imajo več znanja na področju odgovornosti in menimo, da se posledično odgovornosti pri delu bolj zavedajo.
- H3: Predpostavljamo, da polovica anketiranih medicinskih sester meni, da pacienti dobro poznajo in upoštevajo svoje pravice in manj dolžnosti.
- H4: Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe bolje poznajo vse vrste odgovornosti, kar jim koristi pri zagotavljanju pravic pacientov.

METODE

Opis instrumenta

Zbrali, preučili in analizirali smo slovensko ter tujo strokovno literaturo, posamezne članke, publikacije in internetne strokovne vire. V pomoč so nam bile dostopne podatkovne zbirke Pub Med, Cinal in Google scholar ter druge. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji dela. Pred izvedbo raziskave, v kateri smo anketirali medicinske sestre, smo pridobili soglasje ustanove. Kot vodilo za izdelavo ankete nam je bila v pomoč preučena literatura in aktualna delovna problematika. Literaturo

in vire za anketo smo črpali iz ZZDej in iz ZPacP. Uporabili smo anketo, sestavljeno iz 22 vprašanj zaprtega in delno odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je demografskega značaja (spol, starost, izobrazba, leta delovne dobe). V drugem sklopu se vprašanja nanašajo na odgovornost medicinskih sester, katere vrste odgovornosti poznajo, ali jo upoštevajo pri vsakdanjem delu in ali jim poznavanje pravne odgovornosti koristi pri delu s pacienti. V tretjem sklopu so vprašanja, ki se nanašajo na odgovornost pacientov do njihovega zdravlja, ter ali medicinske sestre menijo, da pacienti poznajo svoje dolžnosti in pravice. Zanimalo nas je, ali ob sprejemu v bolnišnico medicinske sestre poskrbijo, da je pacient seznanjen s pravicami in dolžnostmi in kje so morebitne ovire pri zagotavljanju le-tega. Ali bi si želele dodatnega izobraževanja na tem področju in kakšne ideje imajo za izboljšave na tem področju. Kako deluje zdravstveni tim v zagotavljanju pravic in dolžnosti pacienta in ali se v zdravstvenem in negovalnem timu medicinske sestre lahko pogovarjajo o vrstah odgovornosti pri profesionalnem delu in morebitnih kršitvah ter na koga se obrnejo v primeru kršitev pravic in dolžnosti pacienta.

Opis vzorca

V raziskovalni skupini so prevladovali medicinske sestre z visoko in magistrsko izobrazbo, in sicer v 55 %, sledile so medicinske sestre s srednješolsko izobrazbo v 40 %. Največ (63,6 %) anketiranih zdravstvenih delavcev dela na bolniških oddelkih, 17,4 % v enoti intenzivne terapije, 6,8 % anketiranih dela v ambulantah in na ostalih deloviščih v manjših odstotkih (pod 2 %). Raziskava je bila izvedena v večji hospitalni zdravstveni ustanovi v Sloveniji, zato je omejitev morda predvsem v velikosti raziskovalnega vzorca. Odgovori so odraz mnenj, izkušenj in stališč.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od začetka meseca oktobra do konca meseca novembra 2017. Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov zaposlenim v različnih negovalnih timih. Vrnjenih in pravilno izpolnjenih je bilo 132 anket. Vsak udeleženec je bil pisno informiran o vsebini in namenu raziskave ter vljudno povabljen k izpolnjevanju ankete. Sodelovanje je bilo prostovoljno in prav tako so kandidati imeli možnost odklonitve. Interpretirani so resnični podatki, ki so bili pridobljeni z raziskavo. Za pregled demografskih podatkov je bila uporabljena opisna statistika, ne parametrični testi in analiza variance. Rezultati so bili obdelani s pomočjo programa SPSS 20.0 in Excel 2013. Za statistične namene smo uporabili binomski test, hi-kvadrat test in frekvenčno porazdelitev. Preverjali smo, pri katerih trditvah se pojavijo razlike, ki so statistično pomembne.

REZULTATI

Večini, 70 % vprašanim, beseda odgovornost predstavlja korekten odnos do življenja, dela in soljudi, kjer je zelo pomembna odgovornost do lastnih dejanj in odločitev ter zdrav odnos do posledic le-teh. Anketirani v 55 % menijo, da zelo dobro poznajo osebno-moralno odgovornost. Poklicno-deontološko odgovornost anketirani poznajo zelo dobro v 48,8 %, sledi srednje poznavanje odškodninske odgovornosti z 38 % ter disciplinske v 36,9 %. Anketiranim je najpomembnejše poznavanje osebno-moralne odgovornosti v 78,8 % (ocena 5-najbolj pomembna), sledi poklicna-deontološka odgovornost z 48 % (ocena 4-bolj pomembna), disciplinska z 40 % (ocena 4-bolj pomembna), odškodninska z 34 % (ocena 4-bolj pomembna) in kazenska odgovornosti 32 % (4-bolj pomembna). Rezultati kažejo, da so v 79,5 % anketirani mnenja, da je poznavanje odgovornosti zelo pomembno pri delu s pacienti, 9,1 % jih je mnenja, da je to srednje pomembno in 8,3 % anketiranih ocenjuje to področje kot pomembno. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (zelo dobro pozna 46,6 % vprašanih), izrazili so poznavanje zakonodaje na področju zdravstvene nege (srednje poznajo v 44,3 %) in poznavanje ZPacP (srednje poznajo v 40 %). Iz raziskave je razvidno, da je 65,9 % vprašanih mnenja, da so dodatna izobraževanja na teh področjih manj pomembna in 23,5 % jih meni, da so pomembna. Pravice, ki so po mnenju anketiranih izmed vseh navedenih pravic pacientov med najpomembnejšimi, so pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v 18 %, pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi v 16,9 % in pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja v 14,1%. Anketiranim poznavanje odgovornosti v 61,4 % pogosto koristi pri zagotavljanju pravic in dolžnosti pacienta. 19 % jih meni, da je poznavanje le-tega v korist pri delu v skoraj 19 % in v 15,2 % zelo pogosto. Anketirani menijo, da pacienti v 47 % dobro poznajo svoje pravice v postopku zdravljenja in slabo v 36,4 %. Svoje dolžnosti v postopku zdravljenja glede na oceno anketiranih pacienti slabo poznajo v 65 %, sledi zelo slabo poznavanje v 16,7 %. ZPacP v 7. členu pravi, »da ima pacient pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.« Anketirani v 33 % menijo, da je pacient ob sprejemu v bolnišnico seznanjen s pravicami in dolžnostmi in prav takšen je odstotek tudi tistih anketiranih, ki za to bolj redko poskrbijo. 20 % je tistih, ki vedno poskrbijo za seznanitev pacienta in 10 % anketiranih, ki jim tega čas ne dopušča. Skoraj 39 % vprašanih pacienta z njegovimi pravicami in dolžnostmi seznanijo z

zloženko, 33 % z ustno razlago in 15 % z zloženko in ustno razlago. Zdravstveni tim anketiranih medicinskih sester v procesu zdravstvene nege izpolnjuje odgovornost v odnosu do pravic in dolžnosti pacienta s strokovnim znanjem (najbolj pomembno – skoraj 50 %), z dobro komunikacijo (bolj pomembno – 48,5 %), z racionalno uporabo zdravil (bolj pomembno – 46,6 %), in vzpostavljanjem zaupanja (bolj pomembno – 45 %). Anketirani v 66,9 % menijo, da je najpogostejša ovira pri zagotavljanju kakovostne in odgovorne zdravstvene nege v odnosu do pravic in dolžnosti pacienta kadrovski deficit (66,9 %, ocena 5 – najbolj pomembno,) sledi preobremenjenost (61 %, ocena 5 – najbolj pomembno) in nato materialni deficit (47,2 %, ocena 4 – bolj pomembno). Manj pogoste ovire sta nesodelovanje pacienta (32,8 %, ocena 5 – najbolj pomembno) in premalo znanja (29,5 %, ocena 4 – bolj pomembno). Anketirani se v 47 % v zdravstvenem timu lahko pogosto pogovorijo o vrstah odgovornosti pri profesionalnem delu in morebitnih kršitvah. V 31 % se o navedeni problematiki lahko vedno pogovorijo v zdravstvenem timu in le redko govorijo o tem v 21 %. V primeru kršitev pravic pacientov in neupoštevanju njihovih dolžnosti se anketirani v 75 % obrnejo na glavno medicinsko sestro in v 10 % na glavno medicinsko sestro in predstojnika oddelka. V naši raziskavi anketirani v 46,6 % zelo dobro poznajo kodeks etike. Izrazili so srednje poznavanje zakonodaje iz področja zdravstvene nege (v 44,3 %) in srednje poznavanje ZPacP (40 %). Statistično značilne razlike glede na starost in delovno dobo so pri poznavanju odškodninske odgovornosti in kazenske odgovornosti. S hi-kvadratom (Fisher's exact test) smo ugotavljali razlike med poznavanjem odgovornosti glede na spol, vendar nismo zaznali statistično značilnih razlik.

DISKUSIJA

Odgovori na raziskovalna vprašanja in hipoteze

R1: Ali anketirani poznajo vrste odgovornosti pri svojem delu?

Najbolj poznajo osebno, najmanj pa kazensko odgovornost.

R2: Koliko anketiranih medicinskih sester je mnenja, da pacienti v veliki meri upoštevajo svoje pravice, manj dolžnosti?

Anketirane medicinske sestre so v 47 % mnenja, da pacienti dobro poznajo svoje pravice v postopku zdravljenja in 65 % anketiranih meni, da pacienti svoje dolžnosti slabo poznajo.

R3: Ali medicinske sestre menijo, da jim poznavanje različnih aspektov odgovornosti pri delu omogoča boljše sodelovanje s pacientom, s katerim bi naj imele partnerski odnos?

V 65 % so anketirane medicinske sestre mnenja, da jim poznavanje odgovornosti pri delu omogoča boljše sodelovanje s pacientom.

H1: Večina medicinskih sester pozna vrste odgovornosti pri svojem delu.

Z binomskim testom smo preverjali ali večina (60%) medicinskih sester pozna vrste odgovornosti pri svojem delu. Pri prvih treh se opazovane vrednosti statistično razlikujejo od testirane. Opazovana vrednost pri odškodninski je večja kot testirana, vendar binomski test ni pokazal statističnih razlik. Delež medicinskih sester, ki poznajo kazensko odgovornost je 58,2% in binomski test pokaže, da ni statistično značilne razlike ($p = 0,364$, kar je več kot $p = 0,05$) med temi 58,2% in predpostavljene 60% poznavanja odgovornosti, torej v tem primeru ne moremo potrditi večinskega poznavanja kazenske odgovornosti medicinskih sester. Hipotezo delno sprejmemo.

H2: Starejše medicinske sestre imajo več znanja iz tega področja in menimo, da se posledično odgovornosti pri delu bolj zavedajo.

S hi-kvadratom smo dokazali, da so statistično značilne razlike med starostnimi skupinami in poznavanjem odškodninske odgovornosti ($p=0,003$) ter starostnimi skupinami in poznavanjem kazenske odgovornosti ($p=0,016$). Hipotezo delno potrdimo.

H3: Predpostavljamo, da polovica anketiranih medicinskih sester meni, da pacienti dobro poznajo in upoštevajo svoje pravice in manj dolžnosti.

Delež medicinskih sester, ki menijo, da pacienti poznajo pravice je 57 %, binomski test pokaže, da ni statistično pomembnih razlik ($p = 0,139$, kar je več kot $p > 0,05$) med 57 % opazovane in predpostavljene 50% poznavanja pravic.

Delež medicinskih sester, ki menijo, da pacienti poznajo dolžnosti je 82 %, binomski test pokaže, da so statistično pomembne razlike ($p < 0,001$, kar je manj kot $p < 0,05$) med 82 % opazovane in predpostavljene 50% poznavanja dolžnosti. Hipotezo 3 delno potrdimo.

H4: Medicinske sestre z višjo izobrazbo bolje poznajo vse vrste odgovornosti, kar jim koristi pri zagotavljanju pravic pacientov.

Na podlagi statističnih testov ugotavljamo, da anketirani z višjo stopnjo izobrazbe (dipl.m.s., mag. zdr. nege) malo bolje poznajo vse vrste odgovornosti kot anketirani s srednješolsko izobrazbo. Hi-hvadrat test nam pokaže, ali obstaja statistično pomembna soodvisnost med dvema spremenljivkama. Zanimalo nas je, ali obstaja statistična značilnost med stopnjo izobrazbe in poznavanjem vrst odgovornosti. S hi-kvadratom smo dokazali, da ni statistično značilnih razlik med stopnjo izobrazbe in poznavanjem vrst odgovornosti. Hipotezo 4 ovržemo.

Zanimiva je primerjava z drugimi avtorji, ki so v svojih delih raziskovali podobno tematiko. Lešnik (2010) navaja, da si 69 % pacientov, ki so bili anketirani, želi pri zdravljenju sodelovati in za to tudi prevzeti odgovornost. V 18 % imajo anketirani pacienti željo po sodelovanju in sooblikovanju zdravstvene nege ter so posledično pripravljene prevzeti polno odgovornost za sprejete odločitve v zdravstveni obravnavi. 13 % anketiranih pacientov je izrazilo željo, da zdravstveni delavci prevzamejo odgovornost. Anketirani zdravstveni delavci so se pri tem vprašanju opredelili precej drugače kot pacienti. 42 % zdravstvenih delavcev namreč meni, da imajo pacienti željo po sodelovanju pri zdravljenju in po prevzetju odgovornost za lastno zdravlje. 14 % anketiranih zdravstvenih delavcev meni, da imajo pacienti željo po sodelovanju in sooblikovanju zdravstvene nege in so posledično tudi pripravljene prevzeti odgovornost za svoje odločitve. 39 % anketiranih zdravstvenih delavcev je mnenja, da imajo pacienti željo, da odločitve o njihovem zdravljenju prevzamejo zdravstveni delavci (Lešnik, 2010). Odgovornost pacientov do njihovega zdravja je bila iz strani anketiranih ocenjena v 53 % kot slabo in v 37 % kot dobro. Iz teh podatkov je razvidno, da je na tem področju še kar precej prostora za izboljšave in ozaveščanje pacientov (Lešnik, 2010).

Potrebno je spoštovati vsakogar kot človeka ter spoštovati njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja. ZPacP v 21. členu pravi: »Pacient ima pravico, da po pojasnitvi dejavno sodeluje pri izbiri načina zdravljenja.« Iz naše raziskave je razvidno, da je stanje na tem področju sicer solidno, bi pa bilo potrebno v prihodnosti temu nameniti več poudarka. Korelacija z glavno medicinsko sestro je še vedno najpomembnejša pot k reševanju aktualne problematike tudi na področju kršitev pravic pacientov in neupoštevanju njihovih dolžnosti. Rezultati Irske raziskave (Sabzevari, et al., 2016) prikazujejo stališče zdravstvenih delavcev o oceni spoštovanja pravic pacientov v skladu s pravnimi normami v izobraževalnih bolnišnicah. Rezultati te študije kažejo, da je spoštovanje pacientovih pravic optimalno glede na mnenje anketiranih medicinskih sester in drugih zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Želimo si še več raziskav na tem področju in primerjav izkušenj zaposlenih in uporabnikov z namenom, da se ustvari jasna slika o zagotavljanju pacientovih pravic in večanje politične zavesti o nadzoru nad pravicami pacientov.

ZAKLJUČEK

Izvedena raziskava je odlično izhodišče za nadaljnja raziskovanja na področju poznavanja odgovornosti medicinskih sester v povezavi z zagotavljanjem pravic in dolžnosti pacientov. Pacienti postajajo vse bolj ozaveščeni glede svojih pravic v zdravstveni obravnavi in tudi vse bolj zahtevni kot uporabniki zdravstvenih storitev. Medicinska sestra je tista oseba, ki jih s svojim strokovnim znanjem v primeru potrebe pravilno usmerja. Potrebno je skrbeti za permanentno izobraževanje iz področja odgovornosti medicinske sestre pri delu, tako da kakovost storitev raste skupaj s potrebami uporabnikov zdravstvenih storitev. Zelo dobro bi bilo organizirati še več izobraževanj iz področja zakonodaje in odgovornosti zdravstvenih delavcev, z večjim poudarkom tudi na ZPacP. Izobraženi in dobro usposobljeni zdravstveni delavci so največje bogastvo ustanove, kjer se zdravijo pacienti, in ki želi svojim uporabnikom zagotavljati kakovostne in varne zdravstvene storitve. Potrebno je skupno prizadevanje k temu, da je za paciente poskrbljeno na način, kot bi to hoteli mi sami, če bi se znašli na njihovem mestu. Na tem področju nas čaka še precej dela in pomembno je, da smo odprti za nove ideje in da ustvarjamo pri vsakdanjem delu s pacientom prostor tudi za izboljšave in napredek. Potrebno je dobro sodelovanje z nadrejenimi, ki morajo biti z svojo strokovnostjo, znanjem in spodbujanjem k zdravim delovnim navadam vodilo razvoja posameznih organizacijskih enot. Pomembna je kvalitetna komunikacija, ki daje priložnost vsem v zdravstveno negovalnih timih, da se izrazijo in predlagajo nove ideje in tudi, da se ovržejo stara zakoreninjena prepričanja. Le na ta način bomo v koraku s časom in bo za novodobnega pacienta poskrbljeno v skladu s smernicami, ki zagotavljajo izpolnjevanje pravic in dolžnosti pacienta v povezavi z odgovornostjo medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev.

LITERATURA

- Brumen, M., 2010. *Organizacijski sistem vzpostavljanja pravne odgovornosti medicinskih sester. Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege obvezne vsebine "Zakonodaja s področja zdravstva"*. [CD-ROM] Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.
- Dežman, Z., 2010. Zakon o pacientovih pravicah in njegov kazensko pravni vidik. In: V. Rijavec, et al. eds. *Medicina in pravo: sodobne dileme II*. Maribor: Pravna fakulteta, Zdravniško društvo, pp. 375–388.
- Ferk, J., 2009. Primeri iz zdravniške prakse v luči zakona o pacientovih pravicah in kazenskega zakonika. In: J. Reberšek Gorišek & S. Kraljič, eds. *Zbornik izvlečkov. 18. posvetovanje Medicina in pravo na temo Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi, Maribor, 27. in 28. marec 2009*. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo v Mariboru, p. 146.
- Kokol, P., 2009. Nagovor. In: P. Kokol, V. Rijavec, L. Kolenc & H. K. Reberšek Gorišek, eds. *Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj z recenzijo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 4–5.
- Korošec, D., 2016. *Medicinsko kazensko pravo*. 2. rev. ed. Ljubljana: IUS Software, GV založba.
- Kraljič S., 2006. Pravice pacientov v luči bodoče ureditve. *Zbornik Pravne fakultete Univerze v Mariboru*, 2, pp. 260–284.
- Kraljič S., 2009. Predstavitev nove zakonodajne ureditve pacientovih pravic. In: K. Pirš, et al. eds. *Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege: obvezne vsebine »Zakonodaja s področja zdravstva«. Strokovni seminar s področja zdravstvene zakonodaje, februar 2009*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp. 40–57.
- Lešnik, A., 2010. *Pacientove pravice in njihova aplikacija v prakso: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Lokar, M., 2015. Znanje - pot do sprememb. In: L. Leskovec, ed. *Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev: zbornik prispevkov. 7. Dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 22. in 23. januar 2015*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 60-65.
- Mertelj, O., 2016. *Odgovornost medicinske sestre za nastanek razjede zaradi pritiska: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Prebil, A., Mohar, P. & Fink A., 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v program Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.
- Roj, I. R., 2009. Kompetence v zdravstveni negi. In: M. Brumen, D. Železnik & K. Pirš, eds. *Kakovost v zdravstveni in babiški negi - odgovorni, kompetentni in inovativni zaposleni: zbornik predavanj in posterjev 2. Znanstvenega simpozija z mednarodno udeležbo. 2. Znanstveni simpozij Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp.163–172.
- Sabzevari A., et al., 2016. Evaluation of patients rights observance according to patients rights charter in educational hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences: medical staffs views. *Electronic Physician*, 8(10), pp. 3102–3109.
- Špoljarič, M., 2010. Odgovornost zdravstvenih delavcev. In: J. Slak, ed. *Zakonodaja v dejavnosti zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj, Kranj, 27. maj 2010*. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, pp. 29-32.
- Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 48(4), pp. 310–322.
- Zalar, A., 2009. *Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi*. In: J. Reberšek Gorišek & S. Kraljič, eds. *Zbornik izvlečkov. 18. posvetovanje Medicina in pravo na temo Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi, Maribor, 27. in 28. marec 2009*. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo v Mariboru, p. 11.
- Završnik, J., 2009. Implementacija varstva pravic pacientov glede na novo zakonodajo na primarni ravni. In: P. Kokol, V. Rijavec, L. Kolenc & H. K. Reberšek Gorišek, eds. *Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj z recenzijo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 53-65.
- Železnik, D. et al., 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.



MODEL SOCIALNEGA PODJETNIŠTVA ZA ZDRAVSTVENO SOCIALNO OBRAVNAVO STAREJŠIH V DOMAČEM OKOLJU

**Social business model for the
nursing and social care of the
elderly at home**

izred. prof. dr. Boštjan Žvanut

doc. dr. Patrik Pucer

Nives Pinter, mag. zdr. nege

doc. dr. Majda Šavle

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

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

Ministrstvo za zdravje RS

tamara.stemberger@gmail.com

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Za izvajanje CONSENSO modela zdravstvene in socialne oskrbe starejših v praksi je smiselno upoštevati pristop usmerjen v socialno podjetništvo. Predstavitev se osredotoča na oblikovanje in potrjevanje socialno podjetniške ideje v Sloveniji in podaja smernice za njeno praktično izvajanje. **Metode:** Kot referenca za razvoj socialnega poslovnega modela je bila uporabljena prilagojena različica okvirja Canvas strategije. Zahtevani podatki so bili zbrani v občini Piran med junijem in decembrom 2017, ko so štiri medicinske sestre opravile obiske pri starejših osebah in njihovih sorodnikih / skrbnikih. **Rezultati:** Razviti model socialnega poslovnega modela obravnava področje dela neprofitne organizacije s storitvami na področju zdravstvene vzgoje, podpore pri krepitvi zdravja ter storitve v času večjih zdravstvenih odstopanj. Temelji na solidarnostnem načelu, kjer medicinske sestre s posebnimi veščinami in kompetencami za zdravstveno nego in socialno oskrbo starejših na domu usklajujejo skupino zdravstvenih in socialnih strokovnjakov, prostovoljcev ter sodelavcev neprofitnega inštituta. **Razprava in zaključki:** Udeleženci v raziskavi niso pripravljene plačati za ponujene storitve, saj so v Sloveniji zdravstvene in socialne storitve dostopne brezplačno. Smiselno je le usmeriti pogled v širitev mreže pomoči in organizacijo služb za koordinacijo različnih aktivnosti (v praksi že prisotnih) za starejše v domačem okolju.

Ključne besede: starejši, družinska medicinska sestra, domača oskrba, zdravstvena in socialna oskrba

ABSTRACT

Introduction: In order to implement the CONSENSO model of health and social care of for the elderly in practice, a special approach to social business should be considered. This presentation focuses on the design and validation of a social business idea in Slovenia and provides the guidelines for its practical implementation. **Methods:** The adapted version of Canvas framework was used as a reference for developing the social business model. The required data were collected in the Municipality of Piran between June and December 2017, where four nurses performed interviews with the elderly and their relatives/supervisors. **Results:** The developed social business model considers the implementation of a non-profit institute with services in the field of health education, health promotion and other services during major medical disparities. It is based on the solidarity principle, where nurses with special skills and competencies for nursing and social care for the elderly at home, coordinate the group of health and social professional caregivers, volunteers, and collaborators of the non-profit institute. **Discussion and conclusions:** Currently, the population under consideration are is not willing to pay for these services as in Slovenian health and social care benefits are on an adequate level comparing to other EU countries. It is only reasonable to focus on the expansion of the support network and the organization of services to coordinate various activities in the already existent practice for the elderly in Slovenia.

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

UVOD

Podaljšanje pričakovane življenjske dobe je pomemben dejavnik, ki predstavlja za človeštvo velik izziv na področju politike, gospodarstva, ekonomije z usmeritvijo v zdravstveni in socialni sistem, ki bosta lahko zagotavljala storitve usmerjene v kakovost življenja starostnika v domačem okolju povezano z institucionalnim varstvom (Borowiak, et al., 2015). Kot ugotavlja Schlauer (2005) se z navedeno problematiko danes ukvarjajo večina razvitih držav, predvsem tam kjer so opazne očitne spremembe v starostni strukturi populacije. Po podatkih, ki jih Ministrstvo za zdravje republike Slovenije navaja v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 » Skupaj za družbo zdravja« je bilo v Sloveniji leta 2010 že 17,5 odstotkov prebivalcev starejših od 65 let, kar je še vedno pod Evropskim povprečjem. Leta 2020 pa naj bi bilo v populaciji starejših od 65 let več kot 20 odstotkov, leta 2050 pa 30 odstotkov prebivalcev (Ministrstvo za zdravje, 2015).

Rogmans (2001) predstavlja različne raziskave, usmerjene v strategijo oskrbe starostnika znotraj Evropske unije, ki kažejo, da se pri populaciji starejši od 65 let vse pogosteje pojavljajo zdravstveni in socialni problemi. Ti pogosto vodijo v zmanjšano zmožnost samooskrbe na področju dnevnih aktivnosti, sodelovanja v družinskem življenju ter participacije v družbenem življenju, kar se izkazuje s slabšo kakovostjo življenja (Rogmans, 2001). Poleg tega populacije starejših ne moremo označiti kot homogene, saj vsak posameznik nosi svoje značilnosti, pridobljene tokom življenja, zato jih lahko obravnavamo le individualno. Na navade starejših vplivajo tako socialno-ekonomski status, kot tudi etična in kulturna pravila in norme

(Zheleva, 2013), ki ga spremljajo celotno življenjsko dobo. Löfqvist in sodelavci (2017) ugotavljajo, da starostnikov ne spreminjajo zgolj zdravstveni in socialni vidiki temveč tudi starostnikovo doživljanje preživljanja starosti v lastnem domu, kjer pomembno vlogo odigra prav občutek varnosti v lastnem domu, ki daje starostniku moč za krepitev in ohranjanje fizične kondicije ter ohranjanje kognitivnih sposobnosti. Borowiak in sodelavci (2015) so poglede starostnikov usmerili v pričakovanja glede oskrbe in ugotovili, da starostniki, predvsem tisti, ki živijo v institucijah in tisti v krogu družine, pričakujejo, da jim pomoč pri dnevni aktivnosti in aktivnosti zdravstvene nege ponudijo družinski člani ali sosedi. Starostniki, ki živijo sami in so bolj osamljeni, pričakujejo pomoč zdravstvenega osebja. Potrebe starostnikov in stroški, ki so povezani z obravnavo starostnika so v svetu in v Sloveniji sprožili težnjo po uveljavljanju dolgotrajne oskrbe na domu, ki vključuje javne zdravstvene socialne službe ter zasebne, profitne in ne profitne organizacije. Tako bi se zagotovilo učinkovito pomoč pri opravljanju temeljnih dnevni aktivnosti posameznika, kot tudi podporne dejavnosti kot so na primer: pomoč pri opravljanju vsakodnevnih hišnih opravil in vzdrževanju socialnih stikov (Low, et al., 2011). Zegreanu in Costin (2010) in tudi Genet s sodelavci (2011) ugotavljajo, da se v zadnjem desetletju oblikujejo različni pristopi in načini oskrbe starostnikov na domu. Razlikujejo se predvsem na področju organizacije zdravstveno socialnih storitev ter v sistemu financiranja, zato jih težko med seboj primerjamo. V vsaki državi, kjer so oblikovali strategije so upoštevali na populacijsko problematiko usmerjene pristope ter razpoložljivost, v sistemu že obstoječih storitev in možnosti financiranja oskrbe starostnika na domu. Kanadski model oskrbe starostnika v primarnem zdravstvenem varstvu je vključil integrirane sisteme oskrbe, skupnostne modele oskrbe, modele oskrbe na domu in specialne klinike za družinsko medicino. Delovanje modelov je usmerjeno v potrebe posameznih pacientov in skupnosti (Frank & Wilson, 2015). Modeli zajemajo podporo starostniku s strani strokovno usposobljenega zdravstvenega kadra, predvsem so modeli zanimivi, ker v tim za oskrbo starostnika vključujejo obiske zdravnika (Frank & Wilson, 2015). V modelih so kot podporne dejavnosti opisani sistemi pomoči na daljavo ter pomoč z osebnim stikom. Pogosto so sistemi med seboj nepovezani in stroškovno dragi. Simonse in sodelavci (2011) so v raziskavi ugotovili, da bo možno znižanje stroškov oskrbe starostnikov na domu šele ko bodo sistemi za podporo in boljšo kakovost življenja doma povezani in vodeni s strani ene zdravstvene inštitucije. Poleg finančne učinkovitosti, pa je pomembno spremljanje populacije, pravočasno odkrivanje ranljivih skupin in usmerjanje aktivnosti v smeri dviga kakovosti življenja starostnika v domačem okolju. Najhitreje se za institucionalno varstvo odločijo starostniki, ki živijo sami, manj pogosto pa tisti, ki zanje skrbijo svojci ali partner (Kim, et al., 2019).

V prispevku želimo prikazati kako na pomoč s strani institucij gledajo starostniki in njihovi svojci. Koliko uporabljajo ponujene storitve in kolikšna je ponudba na proučevanem področju.

METODE DELA

V Sloveniji je v letih 2017 in 2018 potekal mednarodni projekt s katerim smo na območju ene od Slovenskih občin uvedli model oskrbe starostnika v domačem okolju. Diplomirana medicinka sestra je delovala z namenom prepoznavanja različnih potreb starostnika ter usmerjanja posameznikov v spreminjanje življenjskih navad. Z zdravstveno vzgojnimi navodili in ustvarjanjem socialne mreže je skrbela za ohranjanje večje avtonomnosti starostnika v domačem okolju. Eden od projektnih ciljev je bil oblikovanje poslovne priložnosti za medicinske sestre, ki bi morebiti omogočala nadaljnjo zaposlitev za medicinske sestre vključene v projekt. Za razvoj poslovnega modela smo izbrali prilagojeno različico okvirja Canvas strategije za oblikovanje poslovne ideje (Stritar, 2015). Strategija zahteva postopek identifikacije problema, oblikovanje predvidene rešitve, ključnih kazalnikov, edinstvene ponujene vrednosti, družbenih učinkov, kanalov po katerih delujejo, segmentov ter strukturo stroškov in prihodkov. V prispevku bomo predstavili le del celotnega postopka. V prvem delu smo naredili analizo predvidenega trga, ki smo jo izvedli s pomočjo pregleda, na svetovnem spletu dostopnih ponudnikov zdravstveno socialnih storitev za starostnika v domačem okolju. V drugem delu smo s pomočjo vprašalnika, s katerim smo ugotavljali, koliko se starostniku in njihovim svojcem (neformalnim negovalcem), zdijo uporabna in potrebna ponudba storitev, ki smo jih testirali v projektu. Vprašalnik je vseboval vprašanja zaprtega in odprtega tipa.

V vzorec smo zajeli naključno izbrane starostnike, ki so sodelovali v projektu CoNSENS in so dali soglasje k izvedbi raziskave. Drugi del vzorca so predstavljali svojci intervjuvancev-starostnikov, ki so bili kakor koli vključeni v skrb za starostnika. Sodelovalo je 68 starostnikov in 19 svojcev. Intervjuvanje je potekalo na domu starostnikov v letu 2017. Izvedli smo deskriptivno statistiko. Za izvedbo raziskave smo si pridobili soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko.

REZULTATI

V prvem delu smo identificirali 16 ponudnikov tako plačljivih kot brezplačnih zdravstveno socialnih storitev za starostnike. Ponujali so širok spekter storitev, tj. od logističnih storitev (8 ponudnikov), zdravstvenih storitev (9 ponudnikov), storitve gospodinjске pomoči (7 ponudnikov) in družabništvo (3 ponudniki).

V drugem delu raziskave je sodelovalo 68 starostnikov, od tega 19 moških in 49 žensk, starih od 65 let do 95 let. Dvaintrideset intervjuvancev-starostnikov je poročenih in živijo s partnerjem, 33 je ovdovelih, eden je samski in dva sta ločena. Zanimalo nas je, kateri medijski kanali so za starostnika najbolj uporabni. Internet uporablja le sedem anketiranih, 42 anketiranih bere dnevni časopis ter 44 anketiranih dnevno posluša radijski oddajnik. Deset anketiranih ne uporablja nobenega od navedenih medijev. Anketirance smo spraševali o uporabi storitev, ki so jim na voljo v njihovem okolju (preglednica 1).

Tabela 1: Prikaz storitev skozi percepcijo starostnika

	število intervjuvancev (starostnikov)		Vir informacije o storitvi	Najpogosteje uporabljene storitve
	uporabnikov storitev	pripravljenih plačati storitev		
logistične storitve	20	12	svojec, sosedi, taksi	prevoz na klic
socialne storitve	14	8	patronaža, sosedi, prijatelji	likanje, pospravljanje
zdravstvene storitve	4	4	fizioterapevt, svojci, prijatelji	limfna drenaža, fizioterapija, rehabilitacija po poškodbi
družabništvo	3	1	društvo upokojencev, prijatelji	druženje

V nadaljevanju smo izvedli intervjuje tudi s 19 svojci starostnikov (trije moški in 16 žensk), ki so bili s starostniki v večini primerov sorodstveno povezani (npr. vnuki, otroci, nevesta, stric in drugo). Neformalni oskrbovalci so bili stari od 27 do 77 let. V preglednici 2 so prikazani pogledi svojcev na potrebe (uporabnost) storitev, ki so na voljo v proučevanem okolju. V omenjeni študiji je sodelovalo samo 19 svojcev, saj smo naleteli na nezainteresiranost za sodelovanje z njihove strani.

Tabela 2: Prikaz storitev skozi percepcijo svojcev

	število intervjuvancev (svojcev)		Vir informacije o storitvi	Najpogosteje uporabljene storitve
	uporabnikov storitev	pripravljenih plačati storitev		
zdravstvene storitve	2	1	patronaža, svojci	oskrba kronične rane, anogenitalna nega
socialne storitve	4	4	patronaža, sosedi, prijatelji	pomoč pri domačih opravilih
logistične storitve	/	/	/	/
družabništvo	/	/	/	/

DISKUSIJA

Rezultati študije kažejo na razmeroma visoko potrebo po logističnih storitvah s strani starostnikov (Preglednica 1). Verjetno je potreba po logističnih storitvah povezana z upadom kognitivnih sposobnosti starejših (Boyle, et al., 2013), lahko pa tudi z znižano samozavestjo, ki jo Filej in sodelavci (2018) povezujejo s pojavom kroničnih bolezni. Starostnika poleg zdravstvenih in socialnih težav spremlja tudi dojemanje preživljanja starosti v lastnem domu (Löfqvist, et al, 2017), glede na pridobljene rezultate bi lahko rekli, da se starostnik počuti varnega v domačem okolju, pogreša pa pogostejše stike s socialnim okoljem, ki so mu onemogočeni zaradi težav z gibanjem. Ključnega pomena v skrbi za starostnika se torej kaže v spodbujanju in ohranjanju sposobnosti gibanja, ki starostniku omogočajo varnost v domačem okolju ter vzdrževanje aktivnosti zunaj domačega okolja (Löfqvist, et al, 2017). Da so starostniki motivirani za tovrstne aktivnosti lahko sklepamo na podlagi podatka, da so za storitev prevozov pripravljene tudi plačati. Prav tako so rezultati pokazali, da so intervjuvani pripravljene plačati socialne storitve v katere sodijo storitve hišnih opravil, v vzorcu svojcev pa storitve osebne higiene. Zdravstvene storitve so uporabljali v manjši meri, usmerjene so bolj na specifične storitve fizioterapevtov in te so pripravljene plačati vsi intervjuvani,

ki so jih uporabili. Intervjuvani pretežno živijo v partnerski zvezi, kar je lahko odraz rezultata, da ne izkazujejo potrebe po storitvah družabništva, ki spodbujajo ohranjanje kognitivnih sposobnosti starostnika (Friebe & Schmidt Herta, 2013). Slika potreb svojcev starostnikov po omenjenih storitvah pa kaže na razmeroma nizko stopnjo izraženih potreb po aktivaciji institucij, ki nudijo storitve v podporo starostniku pri bolj kakovostnem življenju v domačem okolju (Preglednica 2). Slednje so se predvsem izrazile pri svojcih, ki živijo oddaljeno od starostnikov. Zanimivo je, da se logistične potrebe niso izrazile enako kot pri odgovorih starostnikov, kar nakazuje na potencialno nerazumevanje potreb omenjene populacije s strani svojcev. Prav tako svojci pogosteje izražajo potrebo po zdravstvenih storitvah, kot so potreba po oskrbi kronične rane in pomoči pri nezmožnosti zadostne samonege starostnika, pri tem so v večini za te storitve pripravljeni tudi doplačati storitev. S staranjem populacije se vedno pogosteje v družinah pojavlja potreba po nujenju pomoči na različne načine, za zadovoljevanje logističnih, socialnih, z družabništvom povezanih ter kompleksnih zdravstvenih storitev, ki jih v prvi vrsti morajo prepoznati ter nuditi najprej svojci. Danes jih v literaturi imenujejo neformalni oskrbovalci, ki pa potrebujejo veliko podpore in pridobivanje znanja, da bodo zmogli breme podpore starostniku v domačem okolju. Postali so nepogrešljiva veja celovitega nacionalnega sistema skrbi za starostnika, ki se povezujejo tako s socialno kot zdravstveno državno ali zasebno strukturo organizacij (Ramovš, 2015). V Sloveniji lahko govorimo o dobro razviti mreži patronažnih medicinski sester, ki starostnike zajamejo v obravnavo ob različnih zdravstvenih težavah, ko na podlagi delovnega naloga starostnika obiščejo v domačem okolju. Malo maj so starostniki obravnavani z vidika preventive, kar bi doprineslo tudi stik s svojci ter podporo le tem pri skrbi za starostnika v domačem okolju. Tako svojci kot starostniki potrebujejo preventivne aktivnosti saj le tako lahko predvidimo in z učinkovito samooskrbo preprečimo hiter spust v življenje odvisno od drugih. Patronažne medicinke sestre namreč imajo kompetence, širino znanja ter dobro poznavanje okolja ter organizacij tako vladnih kot ne vladnih za podporo starostniku in svojcem. Preventivne aktivnosti temeljijo na spodbujanju pridobivanja znanja za starejše in njihove svojce. Aktivni starostniki s pozitivnim dojemanjem sebe in staranja ohranijo stopnjo mentalne sposobnosti in dobro raven telesne pripravljenosti, se aktivno vključujejo v lokalna združenja in sodelujejo v medgeneracijskem dialogu (Friebe & Schmidt Herta, 2013). Tako si ustvarjajo široko socialno mrežo, ki je ključna za podporo v času, ko bodo to potrebovali. Danes pa je ob tem še ključnega pomena usmerjanje in financiranje potrebnih organizacij, ki bodo s pomočjo strokovno usposobljenih strokovnjakov promovirale in izvajale storitve v korist starostnika in svojcev. Nujno je določiti merila, ki bodo omogočila prepoznavanje razlik med dostopnostjo in kakovostjo storitev (Genet, 2011). Genet (2011) še poudarja, da je potrebna usklajenost in integracija storitev, ki so na voljo za starostnika v domačem okolju. Nujno je razmišljati o preventivnih storitvah, ki bodo usmerjene v pravočasno prepoznavanje potreb starostnika v domačem okolju ter koordiniranje storitev, ki so ponujene na trgu da starostniku in njihovi svojcem omogočimo bolj kakovostno sobivanje v domačem okolju. Medicinske sestre imajo znanje in kompetence za oblikovanje tovrstne aktivnosti ali v organizirani obliki znotraj patronažne službe ali pa kot samostojne podjetnice v obliki socialnega podjetništva.

ZAKLJUČEK

Pridobljeni podatki so predstavljali osnovo za oblikovanje poslovnega načrta za podjetje, ki bi nudilo storitve za starostnike s katerimi bi omogočili daljše in bolj kakovostno življenje v domačem okolju. Razviti model socialnega poslovnega modela, obravnava področje dela neprofitne organizacije s storitvami na področju zdravstvene vzgoje, podpore pri krepitvi zdravja ter storitve v času večjih zdravstvenih odstopanj. Temelji na solidarnostnem načelu, kjer medicinske sestre s posebnimi veščinami in kompetencami za zdravstveno nego in socialno oskrbo starejših na domu usklajujejo skupino zdravstvenih in socialnih strokovnjakov, prostovoljcev ter sodelavcev neprofitnega inštituta. V Sloveniji število starostnikov iz leta v leto narašča, kar predstavlja velik izziv tako za zdravstveni kot za socialni resor. V prihodnje bo potrebno na vseh ravneh sile usmeriti v aktivnosti za podporo starostniku v domačem okolju, saj si vsak želi čim dlje ostati samostojen pri izvedbi osnovnih življenjskih aktivnosti.

LITERATURA

Borowiak, E., Kostka, J. & Kostka, T. 2015. Comparative analysis of the expected demands for nursing care services among older people from urban, rural, and institutional environments. *Clinical Interventions in Aging*, 10, pp. 405–412.

Boyle, P. A., Lei, Y., 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. *Psychology and Aging*, 28(3), pp. 614-624.

- Filej, B., Žvanut, B., Kaučič, B. M. 2018. The connection between chronic diseases and self-image and self-esteem. *Journal of health science*, 8(1), pp. 54-61. doi: 10.17532/jhsci.2018.483.
- Frank, C. & Wilson, R. 2015. Models of primary care for frail patients. *Canadian Family Physician*, 61(7), pp. 601–606.
- Friebe, J. & Smidt Hertha, B., 2013. Activities and barriers to education for elderly people. *Journal of contemporary education studies*, 1, pp. 10-26.
- Genet, N., Boerma, W.G.W., Kringos, D.S., Bouman, A., Francke, A.L., Fagerström, C., Melchiorre, M.G., Greco, C. & Devillé, W. 2011. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, pp. 207-221.
- Kim, W., Chun, S.Y., Lee, J.E., Lee, T.H. & Park, E.C. 2019. Factors Related to the Institutionalization of Older Aged Individuals Using Home- and Community-Based Care Services: Data from the South Korea Long-Term Care Insurance Program, 2008-2013. *Journal of Aging & Social Policy*. 21: pp.1-17. doi: 10.1080/08959420.2019.1589890.
- Löfqvist, C., Tomsone, S., Horstmann, V. & Haak, M. 2017. Changes in Home and Health over Nine Years among very Old People in Latvia – Results from the ENABLE-AGE Project. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 32(1), pp. 17–29. doi: 10.1007/s10823-016-9311-3.
- Low, L.F., Yap, M. & Brodaty, H. 2011. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11, pp. 93-108.
- Ministrstvo za zdravje RS. 2015. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015 – 2025 "skupaj za družbo zdravja". Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. Available at: 12.2.2019].
- Ramovš, J., 2015. Neformalni oskrbovalci. *Kakovostna starost*. 18(1), pp. 68-71.
- Rogmans, W. (2001). Prevention of fall injuries among senior citizens in the European Union. *Injury Control and Safety Promotion*, 8, pp.99-106.
- Schlauer, M. 2005. Institucionalno varstvo in priprava na sprejem v dom. In: M. Muršek, ur. *Ali smo pripravljeni na starost jutrišnjega dne? 1. Več disciplinarno psiho geriatrično srečanje: Zbornik referatov*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, pp. 37–39.
- Simonse, L.W.L., Zonneland, J., Liu, K.Q., Govers, F., Vincent, R., Laban, V. et al. 2011. Design Research on Business models in Home Health-care. *Service Design and Business Model Design*, Available at: <https://www.researchgate.net/publication/262223435>. [12.2.2019].
- Stritar, T., 2015. Podjetniški priročnik z delovnim zvezkom za socialne podjetnike. Od ideje do socialnega podjetja z družbenim učinkom. Available at: <https://www.program-podezelja.si/sl/knjiznica/32-podjetniski-prirocnik-z-delovnim-zvezkom-za-socialne-podjetnike-od-ideje-do-socialnega-podjetja-z-druzbenim-ucinkom-avtor-stritar-tomaz/file>. [12.2.2019].
- Zegreanu, I., Costin, D. 2010. Politicile sociale de sanatate in uniunea europeana. *Clujul Medical*, 83(1), pp. 35-49.
- Zheleva, E. 2013. Psycho-social adaptation of the elderly. *Trakia Journal of Sciences*, 11(3), pp. 234-236.



CoNSENSo MODEL ZDRAVSTVENO SOCIALNE OBRAVNAVE STAREJŠIH: DESKRIPTIVNA ANALIZA ZDRAVSTVENIH TEŽAV IN NEKATERIH TVEGANJ, S KATERIMI SE NAJPOGOSTEJE SOOČAJO STAREJŠI, ŽIVEČI V DOMAČEM OKOLJU

**CoNSENSo model health care treatment of the
elderly: A descriptive analysis of health problems
and some of the risks factors most commonly
faced by older people living in the home
environment**

mag. Tamara Štemberger Kolnik
Ministrstvo za zdravje RS

izr. prof. dr. Boštjan Žvanut
doc. dr. Patrik Pucer
doc. dr. Majda Šavle
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Nataša Kocjan, dipl. m. s.
Zdravstveni dom Piran

Suzana Zupan, mag. zdr. neg.
Srednja šola Izola, program zdravstvena nega in kozmetični tehnik

doc. dr. Katarina Babnik
Univerza v Ljubljani, Filozofska Fakulteta

tamara.stemberger@gmail.com

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Naraščajoče število starejših ljudi prinaša večje število zdravstveno socialnih potreb, predvsem pri populaciji starejših v domačem okolju. Zmogljivosti institucionalne oskrbe so premajhne za potrebe današnjega starejšega prebivalstva. Namen prispevka je prikazati nekatere zdravstvene in socialne težave, s katerimi se soočajo starostniki.

Metode: Model je bil testiran v štirih državah Alpske regije v Evropski uniji: Italija, Avstrija, Francija in Slovenija. Poskusna implementacija modela se je v Sloveniji izvajala 18 mesecev (od septembra 2016 do marca 2018). Podatki o zdravstvenem in socialnem stanju starejših, živečih v domačem okolju, so bili zbrani z izbranimi presejalnimi in drugimi instrumenti, oblikovani v sklopu projekta CoSENSO. **Rezultati:** V Sloveniji je bil model testiran na skupini 800 starejših, ki so projekt ocenili kot koristen. Najpogostejši identificirani zdravstveni problemi so bili povezani s težavami s spominom, motnjami gibanja ter dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni. **Razprava in zaključki:** Rezultati kažejo, da se starostniki soočajo z različnimi dejavniki tveganja, kroničnimi nenalezljivimi boleznimi in socialno ekonomskimi problemi. Pravočasno prepoznavanje potreb starostnika omogoča hitro ukrepanje in organizacijo aktivnosti, ki starostniku omogočajo kakovostno življenje v domačem okolju.

Ključne besede: starejši, patronažna medicinska sestra, skupnostna skrb, zdravstvena in socialna oskrba

ABSTRACT

Theoretical starting points: The growing number of older people brings a lot of new problems. The older population has more health and social needs that the existing structures can no longer cover and coordinate. The capacities of institutional care are too small for the needs of today's elderly population. The purpose of this paper is to present the most common health and social problems faced by the elderly. **Methods:** The model had been tested in four countries of the European Alpine region: Italy, Austria, France and Slovenia. Based on a review of existing sources and forms of care for older people in the community, a model was developed and then tested in each of these communities. The test was conducted for 18 months (from September 2016 to March 2018). Data were collected using selected screening and other tests. **Results:** In Slovenia the model was tested on a group of 800 older people who estimated the project as useful. The needs of the elderly are predominantly reflected in the promotion and orientation of healthy lifestyles. The most common nursing problems that have been exposed are related to memory loss, movement disorders and risk factors of chronic disease. **Discussion and conclusions:** The results show that the elderly was confronted with various risk factors and chronic non-communicable diseases and socio-economic problems. Timely recognition of the needs of the elder enables quick action and organization of activities that enable the elderly to enjoy quality living in the home environment.

Key words: elderly, family nurse, domestic care, health and social treatment

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (2011) opozarja, da bomo na svetu imeli kmalu več starejših od otrok, predvsem pa več ekstremno starih kot kdaj koli prej. Slovenija sodi med države z vedno večjim številom starejšega prebivalstva. V letu 2018 je bilo starejših od 65 let v Sloveniji že 19 odstotkov celotne populacije (SURS, 2018). Staranje populacije pomeni tudi vedno pogostejše obiske v zdravstvenih ustanovah, poslabšanje splošnega zdravstvenega stanja populacije, povečanje invalidnosti v času staranja, posledično večjo potrebo po institucionalnem varstvu ali povečanje potreb po zdravstvenih in socialnih storitvah (Zupančič, 2012). Po podatkih SURS (2018) je bilo v letu 2016 porabljenih 56 % sredstev, namenjenih tekočim izdatkom za zdravstveno varstvo, porabljenih za financiranje storitev kurativnega zdravljenja, za zdravila in drugo medicinsko blago pa 22 %. Za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe je bilo porabljenih 10 % omenjenih sredstev, od tega pa 41,9 odstotkov za zagotavljanje socialne zaščite v starosti. Potrebno se je vprašati, kako bomo zagotovili kakovostno oskrbo starostnikov v domačem okolju, če bo število starostnikov strmo naraščalo, s tem pa tudi število morebitnih zdravstveno socialnih težav, ki zmanjšajo kakovost življenja v domačem okolju in povečajo odvisnost starostnikov od tuje pomoči (Moe & Hellzen, 2013). Evropska socialna listina (Uradni list RS, 1999) narekuje uresničevanja pravic sprejemanje in spodbujanje ukrepov, ki omogoča 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 zdravstveno stanje«. Kumer in Černič (2011) poudarjata, da bo potrebno razviti

nove oblike pomoči starejšim v domačem okolju, ki bodo cenovno primerne in bodo omogočale kakovostno zdravstveno in socialno podporo starostniku v domačem okolju. Za kakovostno zdravstveno socialno obravnavo starostnika ni dovolj skrb svojcev ali vključevanje prostovoljcev, prav tako ne le socialna obravnava, potreben je kompleksen pristop, ki zajame starostnika kot celoto z vsemi zdravstvenimi in socialnimi potrebami hkrati (Zugan, 2017). Zdravje je ena najpomembnejših in najbolj cenjenih vrednot starejših, danes. Cybulski in sodelavci (2016) ocenjujejo, da med ljudmi, starejšimi od 65 let, jih 80 % trpi za vsaj eno fizično boleznijo. Poleg fizičnih bolezni pa v starosti predstavljajo pogoste težave duševne bolezni, ki združijo zdravstvene in socialne probleme ter pahnejo starostnika v socialno izključenost in stigmatizacijo (Department of Health, 2009). Pogosta duševna motnja, za katero lahko rečemo, da je danes v velikem porastu, je demenca. S pojavom demence se združijo fizične, duševne, čustvene in socialne težave starostnikov, njihovih družin ter tesnega socialnega omrežja, ki se jim pridružijo še strah, nevednost in občutek krivde ter sramote (Lee, 2006). Pri uresničevanju različnih strategij, usmerjenih v dolgoživo družbo in kakovost življenja starostnika, je nujno potrebno vključiti vse prepoznane ovire in probleme, s katerimi se soočajo starostniki in njihovi svojci v domačem okolju, torej je potrebno snovanje strategij z na dokazih podprtimi dejstvi, ki lahko z interdisciplinarnim pristopom pripomorejo k zagotavljanju kakovosti življenja starostnika v domačem okolju (Kaučič in sod., 2016). V strategiji je ključnega pomena upoštevanje dveh vidikov: i) ranljivosti že obolelih in odvisnih od tuje pomoči ter uvedba presejalnih instrumentov za pravočasno odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek zdravstveno socialnih problemov ter ii) planiranje učinkovite podpore pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem z usmerjanjem posameznika v samoučinkovito delovanje za večjo kakovost življenja (AAFP, 2014).

V okviru Projekta CoNSENSo, ki se je izvajal v Sloveniji v letih od 2015 do 2018, se je oblikoval model zdravstveno socialne obravnave starostnika v domačem okolju, ki je starejše postavil v središče zdravstvenega in socialnega varstva, pri čemer so se aktivnosti gradile na ključni vlogi medicinske sestre, usmerjene v posameznika, njegovo družino in skupnost, v kateri starostnik živi. Medicinska sestra v projektu postane ključna oseba, ki predstavlja most med starostnikom, njegovo družino in institucijami, ki lahko nudijo strokovne storitve v podporo pri dvigu kakovosti življenja v domačem okolju. S tem omogočimo in podpremo sodelovanje zdravstvenega in socialnega resorja z uporabnikom in njegovo družino.

METODE DELA

Namen raziskave je bil ugotoviti potrebe starostnikov, starih 65 in več let, v domačem okolju. Izvedena je bila eksperimentalno kvantitativna metoda zbiranja podatkov. Oblikovani so bili različni instrumenti za zbiranje podatkov, ki so bili umeščeni v širok nabor anamnestičnih podatkov za oblikovanje temeljev nadaljnje obravnave starostnika v domačem okolju. Raziskava je trajala 18 mesecev. Izvedenih je bilo 844 patronažnih obiskov starostnikov, starih 65 in več let, ki so za sodelovanje v raziskavi podali soglasje. S strani Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko smo pridobili dovoljenje za izvedbo raziskave. Podatke so zbirale patronažne medicinske sestre z izvedbo intervjujev in meritev vitalnih znakov ter testov, ki so omogočali oblikovanje poglobljenih anamnez, na podlagi katerih so lahko patronažne medicinske sestre oblikovale individualne načrte obravnave. Raziskava je bila izvedena v okviru Evropskega projekta CoNSENSo (COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing SOciety), financiranega s strani Interreg Alpine Space 2014-2020. Projekt CoNSENSo sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj preko programa Območje Alp. Hkrati je potekala v petih Evropskih regijah na območju Alp. V Sloveniji se je raziskava izvajala v Občini Piran.

Instrument za zbiranje podatkov

Obsežen vprašalnik je zajemal v prvem delu anamnestične podatke, vključenega v raziskavo. V nadaljevanju so bila vprašanja, osredotočena na življenjske aktivnosti po Henderson in zmožnost posameznika, da aktivnosti izvede samostojno. Vključeni so bili instrumenti za merjenje starostne krhkosti ter vprašalniki, usmerjeni v socialne potrebe uporabnika ter širino socialne mreže, ki jo ima starostnik zgrajeno okoli sebe. Vprašalniki so bili umeščeni v računalniško aplikacijo, ki smo jo oblikovali v času poteka evropskega projekta.

Vzorec v Sloveniji

V vzorec smo zajeli 844 starostnikov, od tega 65 odstotkov žensk. Povprečna starost sodelujočih v raziskavi je bila 76,7 let. Zanimalo nas je, kako živijo vključeni v raziskavo: 64, 7 odstotka jih živi v hišah, 35,1 odstotek v blokih in le en odstotek jih uporablja varovana stanovanja. Več kot polovica sodelujočih (61, 4 odstotka) še vedno živi s partnerjem, 32, 8 odstotka jih je ovdovelih. Skoraj polovica vključenih v raziskavo je imela višjo ali visoko izobrazbo (49,4 odstotka) in 9,2 odstotka je imelo višjo izobrazbo kot univerzitetno. Povprečno so imeli 1,7 otroka, v razponu od nič do 12 otrok na sodelujočega.

REZULTATI

Izvedenih je bilo 844 obiskov od tega 86 odstotkov obiskov izključno preventivne narave. Pri ostalih obiskih so medicinske sestre morale posredovati z različnimi intervencijami, kot sta izvedba diagnostično terapevtskega postopka ali povezovanje z drugimi inštitucijami v smislu ustvarjanja socialne mreže, s katero ustvarjamo podporo pri boljšem in lažjem bivanju v domačem okolju. Zanimalo nas je, katere zdravstvene težave so že prisotne pri anketiranih. Najpogosteje prisotne so bile težave z vidom, nato arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, diabetes, stanje po srčnem infarktu, osteoporozna in druge. Vzporedno s tem so vključeni v raziskavo kot najpogosteje uporabljen pripomoček navajali očala. Zaznane resne zdravstvene težave je v Sloveniji navajalo le 5,5 odstotka, vključenih v raziskavo.

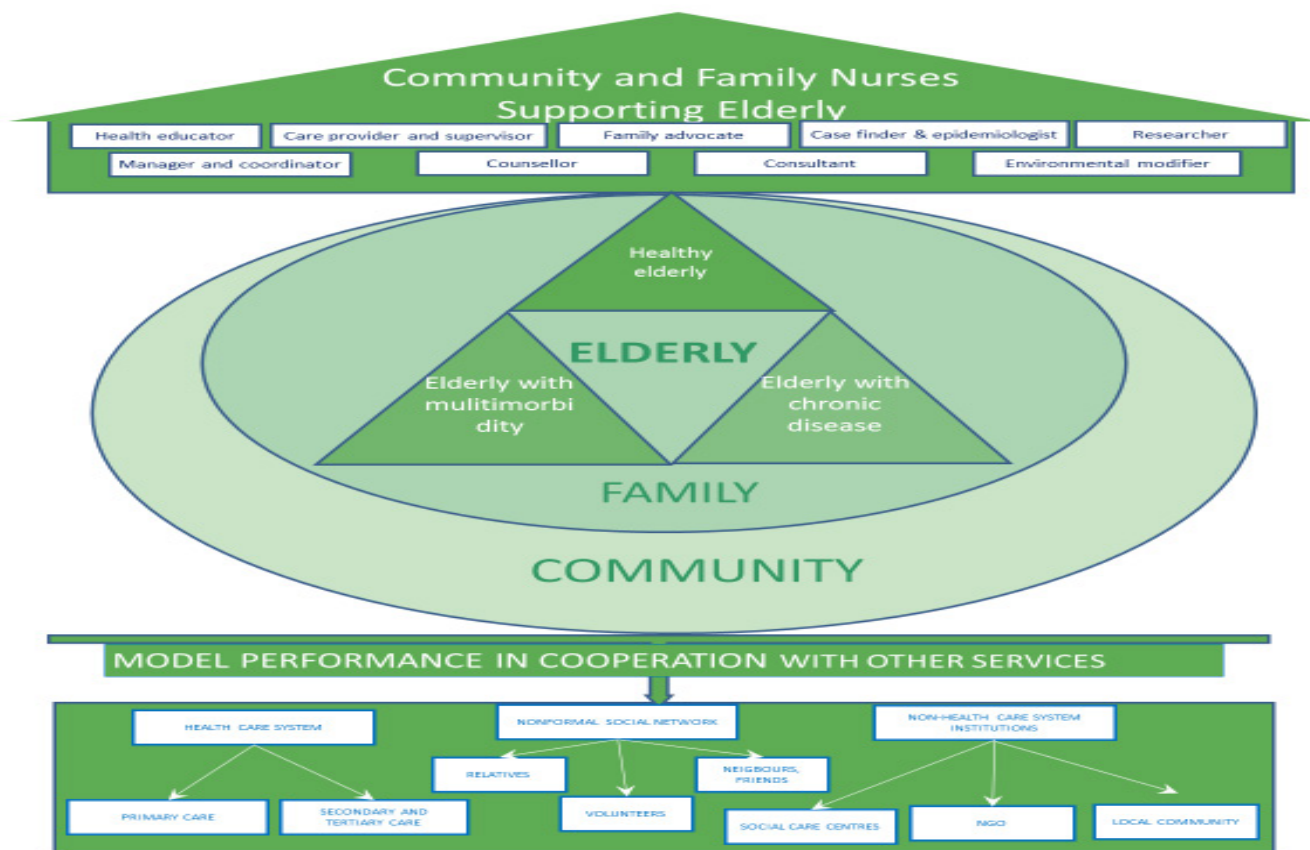
Le 3,3 odstotka, vključenih v raziskavo, je bilo odvisnih od tuje pomoči, najpogosteje pa so vprašani navajali, da potrebujejo pomoč pri nakupovanju. Ko smo jih vprašali, kakšno pomoč najpogosteje potrebujejo, so navajali, da si občasno izposodijo kakšen pripomoček ali prosijo za pomoč pri manjših hišnih opravilih ali pri opravilih v okolici hiše. Če bi resno zboleli ali bi bili tako slabotni, da ne bi mogli od doma, bi anketirani najpogosteje prosili za pomoč partnerja ali otroke. Ob vprašanju, s kom se pogovarjajo o svojih problemih, so anketirani navedli, da se najpogosteje pogovarjajo s partnerjem ali otroci, pogosto pa tudi s prijatelji.

S pomočjo lestvice Sunfrail scale (Barbolini, et al., 2017) smo merili starostno krhkost udeleženi. Rezultati so pokazali, da so starejši v vzorcu ranljivi na socialno ekonomskem področju, saj so v 31,1 odstotka navajali težave s plačevanjem osnovnih življenjskih stroškov. Z zdravstvenega vidika, pa se pogosto pojavljajo težave v gibanju (37,9 %), opažene epizode izgube spomina (34,2 %) ter pogosti padci (19 %). Le v 2,6 odstotka jemljejo več kot pet različnih zdravil. Z lestvico za mejenje starostne krhkosti smo tako izmerili nizko tveganje za starostno krhkost, v vzorcu starejših v piranski občini.

DISKUSIJA

Projekt CoNSENSo je bil za Občino Piran zelo koristen v smislu krepitve dejavnosti preventivne zdravstvene oskrbe starejših. Občina Piran je najstarejša občina v Sloveniji (Statistični urad RS, 2018), kar pomeni, da so aktivnosti usmerjene v preventivo in pravočasno odkrivanje potreb starostnikov nujno potrebne. Aktivno preživljanje starosti je smiselno za starostnike in prav tako za oblikovalce politike, ki skrbijo za dobrobit občanov. Medicinske sestre v projektu so opravile 844 obiskov, kar pa ne pomeni, da so obiskale celotno populacijo starih 65 let in več v občini. Problematika, ki jo predstavljamo v rezultatih, odraža potrebe oseb, ki so podale soglasje k sodelovanju v raziskavi. Verjetno velik delež oseb, ki so odvisni od tuje pomoči, zato niso sodelovali v raziskavi. Pogosto sodelujoči omenjajo, da bi za morebitno pomoč povprašali oziroma bi jo pričakovali od svojcev (partner in otroci), redko so navajali, da bi pomoč poiskali kje drugje. Kar potrjuje, da za starejše v domačem okolju najpogosteje skrbijo neformalni oskrbovalci - svojci (Ramovš, et al, 2018). Ramovš in sodelavci (2018) opozarjajo tudi, da je sicer motivacija svojcev usmerjena v pomoč in skrb za starostnika etična in psihosocialna, vendar ne smemo pozabiti, da svojcem pogosto primanjkuje znanja in oskrbovalnih veščin, ker povzroča hitrejšo preobremenjenost in izgorevanje neformalni oskrbovalcev, ki ne zmorejo bremena. Zato je nujno povezovanje vseh deležnikov, ki v okolju lahko priskočijo na pomoč in podporo tako starostniku kot svojcem. Medicinske sestre so usposobljene za prepoznavanje tako zdravstvenih kot socialnih problemov starostnika. Na podlagi le teh oblikovati individualni načrt, ki zajema tako preventivne ukrepe kot koordinativne in povezovalne v iskanju rešitev z ustvarjanjem socialne mreže podpornih služb, kot kurativne, ko je potrebno vključevanje v diagnostično terapevtski proces z zdravnikom (Krajnc, 2016). V okviru projekta CoNSENSo je nastal model obravnave starejših v domačem okolju (Štemberger Kolnik, et al., 2017) ki zajema obravnavo zdravega starostnika, starostnika s prisotnimi dejavniki tveganja ali kroničnim obolenjem ter starostnika, ki potrebuje pomoč druge osebe in že sodi v okvir dolgotrajne oskrbe (prikazujemo v sliki 1). Večina obiskov, ki so jih izvedle medicinske sestre v okviru projekta, je bilo izvedenih kot preventivni obiski. Obiskani starostniki so bili samostojni pri opravljanju vseh življenjskih aktivnosti. Pri večini udeleženi v raziskavi pa so bili odkriti dejavniki tveganja ali že prisotne kronične bolezni. Najpogosteje so bili prisotni povišan pritisk, povišane maščobe in sladkor v krvi, najpogosteje prisotna kronična obolenja pa obolenja srca in ožilja. S pomočjo lestvice Sunfrail scale smo kot pogoste zaznali težave z gibanjem ter epizode z izgubo spomina. Navedeno sicer prikazuje starostnike, zajete v raziskavo kot samostojne, vendar ne smemo pozabiti, da v starosti lahko nastopi hitra, nepričakovana sprememba v zdravstvenem stanju, ki pripelje do popolne odvisnosti starostnika od tuje pomoči. Medicinske sestre z izvedbo preventivnih obiskov spremljajo zdravstveno stanje starostnika (Krajnc, 2016), mu dajejo občutek varnosti in pravočasno ukrepajo ob nastalih spremembah zdravstvenega stanja, ki prinese tudi spremembe v socialnem stanju starostnika. S takim

delovanjem medicinske sestre hitro in učinkovito ustvarjajo zdravstveno socialno mrežo, ki omogoča starostniku kakovostno življenje v domačem okolju, ker si to želi ali ker mora počakati na prosto mesto v institucionalnem varstvu. V projektu so medicinske sestre uvedle še en vidik obravnave, ki je tesno povezan s skupnostnim pristopom, saj so vzpostavljale povezavo z vladnimi in nevladnimi organizacijami v lokalnem okolju ter se povezovala s predstavniki občine z namenom načrtne obravnave starostnikov na ravni lokalne zdravstvene politike.



Slika 1: Model zdravstveno socialne obravnave starejšega v domačem okolju (Štemberger Kolnik, et al., 2017).

ZAKLJUČEK

Daljša življenjska doba in vedno večja pojavnost kroničnih nenalezljivih bolezni, povezanih z drugimi obolenji (multimorbidnost), so danes velik problem starajoče populacije, ki se odraža na snovanju politike vsake posamezne države. Ključno je poskrbeti za preventivne aktivnosti, hkrati pa uskladiti možnosti, ki so na razpolago, da se starostniku omogoči čim bolj kakovostno življenje doma. Medicinske sestre imajo znanje in veščine, s katerimi pripomorejo k pravočasnemu odkrivanju potreb starostnikov ter na podlagi teh oblikujejo načrt za podporo pri spreminjanju vedenja, povezanega z zdravjem, ali ukrepov za lajšanje in pomoč pri izvedbi osnovnih življenjskih aktivnosti. Pogosto je potrebno v obravnavo starostnika vključiti interdisciplinarni pristop, ki predvsem vključuje zdravstvene in socialne strukture ter svojece ali starostniku najbližje druge, ki mu lahko nudijo pomoč. Tako medicinska sestra v patronažnem zdravstvenem varstvu postane koordinator strokovnjakov, ki nudijo starostniku potrebno oskrbo.

LITERATURA

- American Academy of Family Physicians (AAFP). 2014. *Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents Health Promotion and Disease Prevention*. Available at: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint267_Health.pdf. [12.2.2019].
- Barbolini, M., Morsillo, F., Moro, M. L., Papini, D., Nicoli, A., Maggio, M., Cacciapuoti, I. & Brambilla, A. 2017. *Sunfrail model of care on frailty and multimorbidity*. Available at: http://www.sunfrail.eu/wp-content/uploads/2015/09/D6.3-Sunfrail-Model-of-Care-on-Frailty-and-Multimorbidity_07.07.2018_FINAL.pdf. [12.2.2019].
- Cybulski, M., Krajewska-Kułak, E., Sowa, P., Shpakau, A., Theodosopoulou, E. & Chadzopulu A. 2016. Most common health problems of elderly in the opinion of health sciences students in Poland, Belarus and Greece. *Progress in Health Sciences*, 6(2), pp. 39-45.
- Department of Health. 2009. *Mental Health Division. New horizons: towards a shared vision for mental health*. Available at: http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_103144. [12.2.2019].
- Kaučič, B.M., Filej, B., & Ovsenik, M., 2016. Ageing – a problem or a challenge for modern society. In: B. M. Kaučič, et al. eds., *Multicultural society and Aging – challenges for Nursing in Europe* Celje: College of Nursing in Celje, pp. 58-65.
- Kumer, P. & Černič, B., 2011. *Na pragu novih demografskih sprememb*. Geografski obzornik, 58(3), pp. 4–12
- Krajnc, A. 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. V: J. Ramšak Pajk et al. (eds). *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 22-26.
- Lee, M. 2006. *Promoting mental health and well-being in later life. A first report the UK Inquiry into Mental Health and Well-Being in Later Life*. London: Mental health foundation. Available at: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/promoting_mh_wb_later_life.pdf. [12.2.2019].
- Moe, A. & Hellzen, O. 2013. The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics*, 20(7), pp. 737-47. <https://doi.org/10.1177/0969733013478959>.
- Pravica starejših oseb do socialnega varstva, 1999. Uradni list Republike Slovenije št. 24.
- Ramovš, J., Rant, M., Ramovš, M., Grebenšek, T. & Ramovš, A. 2018. Družinski in drugi neformalni oskrbovalci v Sloveniji. *Kakovostna Starost*, 21 (2), pp. 3-34.
- Statistični urad Republike Slovenije (SURS). 2018. STATOPIS. Statistični pregled Slovenije 2018. Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/10178>. [12.2.2019].
- Štemberger Kolnik, T., Babnik, K., Žvanut, B., Pucer, P. & Šavle, M. 2017. V domačem okolju je staranje bolj kakovostno in lepše - Evropski projekt CoNSENSo. V: S. Majcen Dvoršak, et al.eds. *Medicinske sestre in babice, ključne za zdravstveni sistem*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 49-56.
- World health organization. 2011. *Global Health and Aging*. Available at: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. [12.2.2019].
- Zugan, S., 2017. Uporaba NANDA negovalnih diagnoz pri obravnavi starejših oseb v domačem okolju. In: S. Majcen Dvoršak, et al. eds. *Medicinske sestre in babice ključne za zdravstveni sistem*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 264-272.
- 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.



PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE O UČINKOVITOSTI FUNKCIONALNE MAGNETNE STIMULACIJE PRI MOTNJAH URINIRANJA PRI OSEBAH Z MULTIPLO SKLEROZO

**Presentation of results of the
research on the efficiency of
functional magnetic stimulation
on urinal disfunction disease with
persons with multiple sclerosis**

Mirjam Salobir

Naravno zdravilišče Topolšica

Katarina Lahovnik, dr. med., spec. druž. med.

KALAMED d.o.o. Velenje

mirjam.salobir.mirjam@gmail.com

IZVLEČEK

Funkcionalna magnetna stimulacija (FMS) je terapija za zdravljenje različnih vrst inkontinence z jakostjo magnetnega polja do 2 tesla. Terapija se izvaja na stolu, ki ima v sedišču sondo, ki ustvarja magnetno polje.

Z osebami z multiplo sklerozo (MS) je bil pred začetkom terapije opravljen intervju s pomočjo validiranega vprašalnika za mikcijske motnje (IPSS). Za ta vprašalnik smo se odločili kljub temu, da je narejen za detekcijo simptomov povečane prostate, saj vsebuje vsa pomembna vprašanja v zvezi s težavami pri uriniranju.

Terapija s funkcionalno magnetno stimulacijo se je izkazala za najbolj učinkovito pri zdravljenju občutka nepopolnega praznjenja mehurja, nuje (urgence), nočnega uriniranja in pogostosti potrebe po uriniranju manj kot dve uri po prejšnjem uriniranju. V vseh teh primerih se je stanje izboljšalo za več kot eno stopnjo skale.

Ključne besede: motnje uriniranja, inkontinenca, funkcionalna magnetna stimulacija, stol z magnetnim poljem

ABSTRACT

Functional magnetic stimulation (FMS) is a therapy for treatment of various types of incontinence, with a magnetic field strength of up to 2 tesla. The therapy is carried out on a chair with probe installed in chair's seat, which creates magnetic field.

Before the start of the treatment, we interviewed patients with multiple sclerosis with validated questionnaire for micical disorders (IPSS/IQPS International Questionnaire on Prostate Symptoms). We decided for this questionnaire despite being made for the detection of prostate symptoms, because it contains all important issues related to urinating problems.

Therapy with functional magnetic stimulation has proved to be the most effective in treatment of a feeling of incomplete bladder emptying, emergency (urgency), night urination and frequency. In all these cases, the situation has improved by more than one degree of scale.

Keywords: urinating disorders, incontinence, functional magnetic stimulation, chair with magnetic field

UVOD

Nenadzorovano uhajanje urina oziroma inkontinenca je pogosta težava ljudi, zaradi česar se jim bistveno zmanjša kvaliteta življenja. Uhajanje urina lahko nastane zaradi različnih vzrokov: stanja po operaciji prostate, različne patologije v sečnem mehurju, raznih vnetij, nevrogenih motenj. Z nenadzorovanim uhajanjem urina se v velikem številu soočajo tudi bolniki z multiplo sklerozo, zato smo se v Naravnem zdravilišču Topolšica odločili opraviti interno raziskavo o učinkovitosti FMS (Štucin, 2018) pri motnjah uriniranja pri osebah z MS.

Za raziskavo smo se odločili zaradi ugodnih odzivov pacientov, ki so bili deležni protiinkontinentne terapije. Terapija se izvaja 20 minut na Magneto-STIM stolu (Iskra Medical d.o.o., 2014), ki ima v sedišču vgrajeno sondo, s katero ustvarja magnetno polje.

Glede na vrsto inkontinence (urgentna, mešana ali stresna), ki jo določi zdravnik na podlagi anamneze, se določi ustrezní program stimulacije, ki je že sprogramiran na aparatu. Terapija se lahko izvaja samo vsak drugi dan (2 do 3 obiski terapije na teden), v sklopu meseca ali dveh. Bolnik je med terapijo oblečen (Kotnik, 2016).

VRSTE INKONTINENCE

Glede na pretekle raziskave kar 70 % ljudi s težavami uhajanja urina (ali blata ter vetrov) nikoli ne poišče zdravniške pomoči, zaradi neustreznega zdravljenja oziroma bolnikove neozaveščenosti o možnostih zdravljenja pa bolezen pogosto povzroči bolnikovo socialno izključenost.

Inkontinenca se pojavi pri obeh spolih, najpogosteje pa pri ženskah v menopavzi. Bolezen se pogosteje pojavi tudi po nosečnosti in porodu, večinoma v obliki urinske inkontinence, ki jo delimo na več oblik, odvisnih od načina pojava inkontinence.

Značilnost pri stresni urinski inkontinenci je ta, da ob kihanju, kašljanju, dvigovanju težjih bremen, hoji po stopnicah pride do nenadzorovanega uhajanja urina. Vzrok pa je slabo mišičje medeničnega dna ali slaba mišica zapiralka oz. nepravilen položaj vratu sečnega mehurja. Stresna inkontinenca je pogostejša pri ženskah in s starostjo narašča (Koman Mežek, 2014).

O urgentni inkontinenci govorimo takrat, ko pride do nenadne potrebe po uriniranju, in če oseba ne more priti takoj do stranišča, urina ne more zadržati. Vzrok je največkrat prekomerna dejavnost sečnega mehurja zaradi raznih vnetij, draženja sečnega mehurja od zunaj, pri povečani prostati pri moških, nevrogene motnje. Tudi urgentne inkontinence je več pri ženskah ter tudi ta s starostjo narašča (Koman Mežek, 2014).

Mešana inkontinenca je kombinacija stresne in urgentne, lahko prevladuje ena ali druga. Pretočne inkontinence je več pri moških. To pa je posledica kronične zapore odtekanja urina ali retence urina. Mehur je ves čas poln, uhaja pa urin, ki presega kapaciteto sečnega mehurja.

Stalna inkontinenca nastane pri raznih prirojelih ali pridobljenih anatomskih ali funkcionalnih anomalijah (fistule) (Koman Mežek, 2014).

NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Funkcionalna magnetna stimulacija (FMS) je terapija za zdravljenje različnih vrst inkontinence z jakostjo magnetnega polja do 2 T (Tesla – enota za jakost magnetnega polja). To polje povzroči kontrakcijo mišic medeničnega dna za 6 sekund, ki ji sledi faza relaksacije 6 sekund. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali šest ponovitev terapije mikcijskih motenj s funkcionalno magnetno stimulacijo v 14 dneh že pomembno ublaži težave z uriniranjem pri osebah z MS. Cilj raziskave je podati kvalitativno in kvantitativno oceno učinka izvajane terapije.

Vzorec

V vzorec smo zajeli 56 oseb z multiplo sklerozo, ki so se strinjale s terapijo mikcijskih motenj s funkcionalno magnetno stimulacijo in niso imele kontraindikacij. Z raziskavo smo pričeli 26.1.2015 in jo zaključili 18.04.2015. Vzorec predstavlja 43 žensk in 13 moških. Najmlajša oseba je bila stara 22 let, najstarejša 73 let. Povprečna starost znaša 52,89 let. Diagnozo MS so imeli postavljeno od 1 leta do 40 let. V povprečju pa je bilo trajanje MS pri udeležencih 13,88 let.

METODA RAZISKAVE

Ob prihodu na obnovitveno rehabilitacijo je vsako osebo z MS zdravnica natančno povprašala po motnjah uriniranja. Na podlagi tega je določila vrsto inkontinence in če ni bilo kontraindikacij in se je oseba strinjala s terapijo, določila program stimulacije mišic medeničnega dna s FMS.

Z osebami z MS smo pred začetkom terapije naredili anketo z *validiranim vprašalnikom za mikcijske motnje oz. t. i. mednarodnim vprašalnikom o simptomih prostate* (International Prostate Symptom Score - IPSS), ki ga je leta 1980 uvedla Ameriška urološka zveza (American Urological Association – AUA). Za ta vprašalnik smo se odločili kljub temu, da je v prvi vrsti zasnovan za detekcijo simptomov povečane prostate, saj vsebuje vsa pomembna vprašanja v zvezi s težavami z uriniranjem.

Vprašalnik je sestavljen iz osmih vprašanj. Prvih sedem je usmerjenih v težave z nepopolnim praznjenjem mehurja, pogostostjo uriniranja, prekinitvami med uriniranjem, nujo (urgenco), jakostjo curka, naporom med uriniranjem, nočnim uriniranjem (nokturijo). Vsako vprašanje ima 6 stopenj (od 0 do 5). Manjša kot je obkrožena številka, manj težav imajo osebe z multiplo sklerozo z določeno vrsto težav pri uriniranju. Zadnje oz. osmo vprašanje je usmerjeno v kakovost življenja z motnjo uriniranja. Oseba lahko izbira med 7 stopnjami (od 0 do 6). Nižja kot je številka, boljša je pacientova kakovost življenja.

Intervju z vprašalnikom smo ponovno izvedli po izvedenih šestih terapijah s funkcionalno magnetno stimulacijo (po 14 dneh) ter ga nato ponovili še po enem mesecu. Prva dva intervjuja smo izvedli v živo, zadnjega pa telefonsko. Raziskava je bila usmerjena v pridobitev subjektivne kvalitativne ocene posameznih anketirancev, ki smo jo nato za lažjo interpretacijo rezultatov tudi kvantificirali.

REZULTATI RAZISKAVE

Rezultati raziskave, ki je bila izvedena s strani idejne vodje raziskave Katarine Lahovnik ter avtorice prispevka Mirjam Salobir, so podani s pomočjo odgovorov, pridobljenih s pomočjo vprašalnika, rešenega pred izvajanjem terapije, po šestih ponovitvah terapije ter mesec dni po koncu izvajanja terapije na Magneto-STIM stolu. Tako v nadaljevanju prikazujemo učinke izvedene terapije.

Pri prvih šestih vprašanjih so udeleženci ocenjevali stopnjo simptomov (od 0 – 5) po izboru odgovorov, navedenih spodaj:

- 0 - nikoli,
- 1 - manj kot 1 x na 5 uriniranj,
- 2 - manj kot pri polovici uriniranj,
- 3 - pri polovici uriniranj,
- 4- pri več kot polovici uriniranj,
- 5- skoraj vedno.

Rezultate učinkov terapije v obdobju izvajanja raziskave za prvih šest vprašanj numerično prikazujemo v tabeli 1, podrobneje pa so razloženi v nadaljevanju:

Tabela 1: Prikaz povprečne ocene stopenj udeležencev v obdobju izvajanja raziskave

	1 Nepopolno praznjenje mehurja	2 Pogostost uriniranja	3 Prekinitve uriniranja:	4 Nuja (urgenca):	5 Šibek curek:	6 Napor
Pred terapijo	2,482	3,036	2,143	3,232	1,929	0,982
Po terapiji	1,768	2,375	1,625	2,464	1,214	0,464
Mesec dni od izvajanja terapije	1,250	2,018	1,411	2,054	1,000	0,393
Povprečna razlika	1,232	1,018	0,732	1,178	0,929	0,589

1 Nepopolno praznjenje mehurja:

Pogostost simptoma nepopolnega praznjenja mehurja so udeleženci pred pričetkom terapije ocenili s stopnjo 2 - pri polovici uriniranj (povprečna ocena stopnje je znašala 2,482), po opravljeni terapiji je bil v povprečju izbran odgovor 1 – manj kot 1x na 5 uriniranj (s povprečno oceno stopnje 1,768). Enak odgovor je bil prav tako izbran po mesecu zaključene terapije, vendar z oceno 1,250, kar nakazuje na nadaljnje izboljšanje simptoma po koncu izvajane terapije. To pomeni, da se je občutek nepopolnega praznjenja mehurja v obdobju izvajanja raziskave pri udeležencih v povprečju zmanjšal za 1,232 stopnje.

2 Pogostost uriniranja:

Udeleženci so pred pričetkom terapije v povprečju odgovorili, da so morali v zadnjem mesecu ponovno urinirati manj kot dve uri po prejšnjem uriniranju pri polovici uriniranj (povprečna ocena je bila 3,036). Po izvajani terapiji je povprečna ocena stopnje znašala 2,375 (manj kot pri polovici uriniranj), prav tako en mesec po terapiji, vendar z oceno 2,018, kar nakazuje na nadaljnje izboljšanje simptoma po koncu izvajane terapije. To pomeni, da se je v povprečju zmanjšalo število uriniranj z ocenjene stopnje 3 - pri polovici uriniranj na stopnjo 2 - manj kot pri polovici uriniranj. V povprečju se je znižalo število uriniranj za 1,018 stopnje v celotnem obdobju izvajanja raziskave.

3 Prekinitve uriniranja:

Udeleženci so ocenjevali, kolikokrat v zadnjem mesecu so ugotovili prekinitve curka urina, potem pa so večkrat pričeli ponovno urinirati. Pred pričetkom izvajanja terapije so prekinitve v povprečju ocenili s stopnjo 2 – manj kot pri polovici uriniranj (povprečna ocena stopnje je znašala 2,143). Po izvajani terapiji je povprečna ocena stopnje udeležencev znašala 1,625, kar pomeni, da so prekinitve ugotovili manj kot 1x na 5 uriniranj. Ista stopnja je bila v povprečju izbrana tudi mesec dni po zaključku terapije s povprečno oceno stopnje 1,411, kar nakazuje na nadaljnje izboljšanje simptoma. V povprečju se je subjektivna ocena udeležencev znižala za 0,732 stopnje v obdobju izvajanja raziskave.

4 Nuja (urgenca):

Nuja oziroma nenadna potreba po uriniranju udeležencev je bila pred pričetkom terapije v povprečju ocenjena s stopnjo 3 (povprečna ocena stopnje je znašala 3,232). Udeleženci so pred izvajanjem terapije pri polovici uriniranj s težavo zadržali

vali urin, potem ko so začutili potrebo po uriniranju. Po terapiji se je pogostost zadrževanja urina ob potrebi po uriniranju zmanjšala na manj kot polovico uriniranj (povprečna ocena stopnje je znašala 2,464). Po mesecu dni zaključene terapije se je pogostost simptoma po mnenju udeležencev v povprečju še zmanjšala in znašala 2,054 stopnje ter se tako v povprečju znižala za 1,178 v obdobju izvajanja raziskave.

5 Šibek curek:

Udeleženci so na vprašanje, kolikokrat v zadnjem mesecu so imeli šibek curek urina, stanje simptoma v povprečju ocenili s povprečno oceno stopnje 1,929, ki jo je možno interpretirati na način, da so udeleženci šibek curek doživeli od manj kot 1x na 5 uriniranj (stopnja 1) do manj kot pri polovici uriniranj (stopnja 2). Po terapiji se je povprečna ocena stopnje znižala na 1,214, telefonski intervju mesec dni po zaključku terapije pa je podal povprečno oceno stopnje 1,000. V povprečju se je pogostost šibkega curka zmanjšala za 0,929 stopnje v obdobju izvajanja raziskave.

6 Napor:

Pogostost napora pri uriniranju (pogostost naprezanja oziroma pritiskanja ob pričetku uriniranja) je bila pred začetkom terapije v povprečju ocenjena s stopnjo 0 – 1 (povprečna ocena stopnje je znašala 0,982), kar pomeni, da udeleženci napora niso čutili oziroma so ga čutili manj kot 1x na 5 uriniranj. Povprečna ocena udeležencev je po končani terapiji znašala 0,464, mesec dni od zaključka terapije pa 0,393. V povprečju se je napor znižal za 0,589 stopnje v obdobju izvajanja raziskave.

Pri sedmem vprašanju (nočno uriniranje – nokturija) so udeleženci ocenjevali pogostost zburjanja v eni noči zaradi potrebe po uriniranju po izboru odgovorov, navedenih spodaj: 0 – nikoli, 1 – 1 x, 2 – 2 x, 3 – 3 x, 4 – 4 x in 5 – 5 x ali več.

Pred pričetkom terapije so udeleženci v povprečju pogostost zburjanja ocenili s stopnjo 2 - zburjanje 2x v eni noči (povprečna ocena stopnje je znašala 2,196). Po terapiji je povprečna ocena znašala 1,518, en mesec po zaključeni terapiji pa 1.036. V povprečju se je pogostost zburjanja znižala za 1,160 v obdobju opravljene raziskave.

Zadnje vprašanje se nanaša na kakovost življenja. Udeleženci so ocenjevali, kako bi se počutili, če bi morali preostanek življenja preživeti s sedanjim stanjem uriniranja, po naslednjem izboru odgovorov: 0 – srečno, 1 – zadovoljno, 2 – zmerno zadovoljno, 3 – mešani občutki, 4 – večinoma nezadovoljno, 5 – nesrečno, 6 – grozno.

Pred pričetkom terapije so v povprečju izbrali odgovor 2 – zmerno zadovoljno (povprečna ocena izbranega odgovora glede na rešene vprašalnike je znašala 2,536), po terapiji je bil povprečni občutek udeležencev zadovoljstvo (s povprečno oceno 1,929), mesec dni po zaključeni terapiji se je v povprečju zadovoljstvo povečalo (povprečna ocena je znašala 1,554). V povprečju se je zadovoljstvo povečalo za 0,982 stopnje v obdobju izvajane raziskave.

RAZPRAVA

Rezultati opravljene interne raziskave o učinkovitosti terapije s funkcionalno magnetno stimulacijo kažejo, da je bil učinek stimulacije največji pri zdravljenju občutka nepopolnega praznjenja mehurja, nuje (urgence), nočnega uriniranja in pogostosti. V vseh teh primerih se je stanje izboljšalo za več kot za eno stopnjo skale. Terapija s šestimi ponovitvami se je izvajala po natančnih navodilih zdravnika, vsak drugi dan.

Poleg zmanjšanja težav z uriniranjem so bolniki opazili po terapiji še boljše prebavo, manj bolečin v križu in kolkih. Eden od bolnikov je izpostavil ponovne nočne erekcije. Kar nekaj jih je navedlo, da pri plavanju v termalni vodi ni prišlo do potrebe po uriniranju, saj so brez težav zadržali urin ves čas plavanja. Predvsem ženske so navajale večjo sproščenost na sprehodih, saj jim ni bilo več potrebno razmišljati, kje bodo šle na stranišče.

Namen raziskave je bil dosežen, saj se je pokazalo, da terapija s FMS pomembno ublaži težave z uriniranjem pri osebah z MS.

Raziskave učinkov zdravljenja s FMS smo zasledili tudi v drugih neodvisnih centrih (terapije so bile npr. izvedene v Zasebnem zdravstvenem zavodu ZZZ-Štrumbelj (Tadeja Štrumbelj, dr. med.), Medicinskem centru Podnar (Polona Podnar, dr. med.) in Zasebnem zdravstvenem zavodu ginekologije in porodništva Zdravka Koman Mežek (Zdravka Koman Mežek, dr. med.). Rezultate (Iskra Medical, b.l.) je mogoče primerjati le na ravni izboljšanja oz. poslabšanja simptomov motenj uriniranja ob izvajanju terapije. Iz tega vidika rezultati interne raziskave Naravnega zdravilišča terme Topolšica ter raziskave zgoraj omenjenih zdravstvenih centrov potrjujejo pozitivne učinke uporabe terapije s FMC, vendar zaradi različne metodološke zasnove raziskave (tipa vzorca, časovnega obdobja in frekvence izvajanih terapij) rezultatov podrobneje ni mogoče primerjati.

Opravljen raziskava s strani Zdravilišča Topolšica je tako lahko vodilo za nadaljnje raziskovanje učinkov izvajanja terapije na bolnikih z MS.

ZAKLJUČEK

Na podlagi te raziskave in pri skupini, ki je sodelovala, lahko zaključimo, da imajo osebe z MS največ težav s pogostostjo uriniranja, z občutkom nepopolnega praznjenja mehurja, nujno pri uriniranju (urgenco) in nočnim uriniranjem.

Funkcionalna magnetna stimulacija se je na podlagi opravljenih raziskav izkazala za uspešno terapijo pri zdravljenju različnih vrst inkontinence pri osebah z MS. Za spremljanje stopnje učinkovitosti zdravljenja ter posledično razvijanje rešitev za nadgradnjo obstoječih metod zdravljenja pa bi potrebovali poglobljeno empirično raziskavo, ki bi prispevala k še učinkovitejšemu zdravljenju bolnikov z motnjami uriniranja v kombinaciji z MS.

LITERATURA IN VIRI

Iskra Medical d.o.o. 2014. Navodila za uporabo in tehnični podatki magneto-STYM prestige stola za inkontinenco. Ljubljana: Iskra Medical d.o.o.

Iskra Medical (b.l.). REHABILITACIJA UROLOGIJA NEVROFIZIOTERAPIJA ŠPORTNA MEDICINA. Available at: "[https://www.iskramedical.eu/images/brochures/tesla-care/TESLA%20Care%20-%20SLO%20\(Slovenian\).pdf](https://www.iskramedical.eu/images/brochures/tesla-care/TESLA%20Care%20-%20SLO%20(Slovenian).pdf)" [https://www.iskramedical.eu/images/brochures/tesla-care/TESLA%20Care%20-%20SLO%20\(Slovenian\).pdf](https://www.iskramedical.eu/images/brochures/tesla-care/TESLA%20Care%20-%20SLO%20(Slovenian).pdf) [22.1.2019].

Iskra Medical (b.l.) Ukrotimo težave z nehotenim uhajanjem urina. Available at: "[http://www.iskramedical.eu/images/brochures/magneto-stym/Magneto%20Stym%20flayer%20-%20SLO%20\(Slovenian\).pdf](http://www.iskramedical.eu/images/brochures/magneto-stym/Magneto%20Stym%20flayer%20-%20SLO%20(Slovenian).pdf)" [http://www.iskramedical.eu/images/brochures/magneto-stym/Magneto%20Stym%20flayer%20-%20SLO%20\(Slovenian\).pdf](http://www.iskramedical.eu/images/brochures/magneto-stym/Magneto%20Stym%20flayer%20-%20SLO%20(Slovenian).pdf) [22.1.2019].

Kotnik, B. 2016. Popotnica za življenje. Available at: http://www.mc-podnar.si/images/pdfji/Polona_26.2.2016.pdf http://www.mc-podnar.si/images/pdfji/Polona_26.2.2016.pdf [22.1.2019].

Lahovnik, K. 2015. Predstavitev rezultatov raziskave o učinkovitosti funkcionalne magnetne stimulacije pri motnjah uriniranja pri osebah z MS. Analiza ankete. (interno gradivo). Topolšica: Naravno Zdravilišče Topolšica.

Salobir, M. 2015. Anketa na podlagi IPSS - mednarodnega vprašalnika o simptomih prostate - validiran vprašalnik za mikcijske motnje. (interno gradivo). Topolšica: Naravno Zdravilišče Topolšica.

Štucin, K. 2018. Ko ne moremo več zadrževati, intervju z mag. Dejanom Bratušem, dr. med. spec. urolog. *ABC Zdravja*, pp. 25-26.



VPLIV NAČRTOVANE ZDRAVSTVENE VZGOJE NA PACIENTOVO OBVLADOVANJE ASTME

The impact of planned health education on patient's asthma control

Anja Zakovšek, dipl. m. s.

pred. Bernarda Djekić, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; Oddelek za zdravstveno nego

doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

zakovsek.anja@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Vpliv načrtovane zdravstvene vzgoje na pacientovo obvladovanje astme

IZVLEČEK

Uvod: Astma je ena izmed pogostih kroničnih boleznih dihal. Na svetu je prek 300 milijonov ljudi, ki so zboleli za to boleznijo. Število obolelih se z leti še povečuje. Spoprijemanje z boleznijo je v veliki meri povezano z ukrepi samonadzora astme. Neučinkovit samonadzor se kaže s pogostimi simptomi poslabšanja bolezni, nižjo ravno psihološkega zdravja, povečano uporabo zdravstvenih storitev in znatnimi finančnimi stroški zdravljenja. Namen prispevka je predstaviti vpliv načrtovane zdravstvene vzgoje na pacientovo obvladovanje astme. **Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, ki je temeljila na pregledu in analizi tuje in domače strokovne ter znanstvene literature. Iskanje literature je potekalo prek spletnega portala digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKul) v mednarodnih podatkovnih bazah ter s pomočjo vzajemne kataloške baze podatkov COBISS.SI. Iskanje literature je bilo omejeno na članke, ki so nastali v obdobju od leta 2008 do leta 2018 in so obravnavali odraslo populacijo, v domačem okolju, v kronični fazi bolezni. Kakovost uporabljene literature je bila vrednotena po 4-stopenjski lestvici, po zgledu Eccles in Mason. **Rezultati:** V analizo je bilo vključenih 15 člankov. Pokazale so se opazne razlike v kakovosti obvladovanja astme pri pacientih, ki so imeli vključene dodatne zdravstvenovzgojne intervencije. Po raziskavah sodeč upoštevanje navodil z meseci upada. Slaba motivacija ter slabo razumevanje navodil zmanjša kakovost samonadzora. Rezultati raziskav nakazujejo, da uporaba sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije, kot so spletna mesta, mobilne aplikacije, opomniki, telefonski klici, kratka mobilna sporočila, e-pošta, omogočajo individualno prilagojene povratne informacije in pozitivno vplivajo na pacientovo samokontrolo astme. **Diskusija in zaključek:** Zdravljenje astme je največkrat doživljenjsko, zato je pomembno, da ima pacient usvojeno znanje in veščine samonadzora. K temu pripomoreta tudi uporaba sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije v procesu zdravstvene vzgoje. Najprej je potrebno ugotoviti pacientove potrebe po znanju, jasno opredeliti cilje, izdelati načrt, sprotno in končno vrednotiti izvedbo ter dokumentirati zdravstveno vzgojo. Pri pacientu in njegovih svojcih pa je potrebno spremljanje, preverjanje in prilagajanje usvojenih veščin in znanja.

Ključne besede: medicinska sestra, informacijsko-komunikacijska tehnologija, nefarmakološka obravnava kronične bolezni, zdravstvenovzgojne intervencije

ABSTRACT

Background: Asthma is one of the most common chronic respiratory diseases. There are over 300 million people who suffer from this disease. The number of affected has been increasing over the years. Tackling the disease is to a large extent associated with self-control measures of asthma. The problems are associated with poor asthma control, which is reflected in the frequent symptoms of worsening of the disease, lower levels of psychological health, increased use of health services and sizeable financial costs of treatment. **Methods:** A descriptive research method was used, based on the review and analysis of foreign and domestic professional and scientific literature. The literature search was carried out through the web portal of the Digital Library of the University of Ljubljana (DiKul), international databases and COBISS.SI database. The search for literature was limited to literature over the last ten years. Included just adult patients with chronic asthma disease, in the home environment. The quality of the literature used, was evaluated on a 4-point scale, following the example of Eccles and Mason. **Results:** It included adults in domestic environment and in the chronic stage of the disease. 15 articles were included in the analysis. There are differences in the quality of asthma management in patients with additional health education treatments. According to research, subjects cooperation with new treatment declines in the following months. Poor motivation and poor understanding of the instructions reduce the quality of self-control. Research results suggest that the use of modern information communication technologies, such as websites, mobile applications, reminders, telephone calls, short message service, e-mail, provide tailor-made feedback and positively affect patient's self-control of asthma. **Discussion and conclusion:** Asthma treatment is often lifelong, so it is important that the patient has acquired knowledge and skills of self-control. Those are influenced by the use of modern information communication technology in the process of health education. Firstly it is necessary to identify the knowledge that the patient needs, clearly define goals, develop a plan, and regularly evaluate implementation and document patient's health education. The patient and his relatives need to monitor, verify and adapt the acquired skills and knowledge.

Keywords: nurse, information and communication technology, non-pharmacological treatment of chronic disease, health education interventions

UVOD

Astma zaradi svoje pogostosti postaja problem v svetovnem merilu. Posebej pogosta je pri otrocih, kjer znaša prevalenca do 30 %. Pri odraslih je pogostost manjša in znaša v posameznem starostnem obdobju do 5 % (Šorli, 2000). Zdi se, da je veliko breme astme povezano s slabim nadzorom, kar se kaže s pogostimi simptomi poslabšanja, slabšim delovanjem pljuč, povečano uporabo zdravstvenih storitev in povečano funkcionalno invalidnostjo (Morrison, et al., 2015). Zdravljenje astme je dolgotrajno, pogosto je do življenjsko. Farmakološko zdravljenje obsega bronhodilatatorje ali olajševalce in protivnetna zdravila ali preprečevalce oz. kombinacije obeh (Trontelj, 2014). Načrtovan proces zdravstvene vzgoje je ena od možnosti zmanjšanja stroškov pri zdravljenju astme (Pinnock, et al., 2017).

Naloga zdravstvene vzgoje je zagotavljanje pacientovega kakovostnega samonadzora nad boleznijo, vendar številne raziskave o astmi še vedno navajajo opazen primanjkljaj le-tega (Armstrong, et al., 2012). Pool in sodelavci (2017) na podlagi raziskave z anketiranjem 429 pacientov z astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB) navajajo, da samo 55 % odraslih z astmo prepozna zgodnje simptome bolezni. Cano-De La Cuerda in sodelavci (2010) so ugotovili, da le 6 % pacientov opravlja vaje za rehabilitacijo dihal. Young in sodelavci (2017) dodajajo, da je problem neupoštevanja navodil izraziteje prisoten v posameznih marginalnih rasno-etničnih in socialno-ekonomskih skupinah, kar lahko prispeva k razlikam v zdravju. Astma je v primeru ustreznega spremljanja večinoma nadzorovana in obvladljiva (Olivera, et al., 2016).

Zdravstvena vzgoja ni enkratno dejanje, potrebno jo je vnaprej načrtovati. Le tako bo pacient pridobil znanje in spretnosti za samonadzor bolezni (Kvas, 2011). Načrtovanje mora biti kontinuiran proces (Madi & Abdelaziz, 2012), ki se izvaja po korakih. Dokončanje vseh korakov zagotavlja temelj za načrtovanje, izvajanje in vrednotenje intervencij, ki temeljijo na teoretičnih, empiričnih in praktičnih informacijah (Bartholomew, et al., 2016). Pomembno je vključevanje posameznika, kot tudi njegove okolice. Po raziskavi Crossa in sodelavcev (2014), je le od 10 % do 45 % pacientov poročalo, da imajo napisan načrt vodenja bolezni za astmo. To je zahtevna naloga in zahteva ustrezno usposobljene zdravstvene delavce (Cano-De La Cuerda, et al., 2010). Pri načrtovanju zdravstvene vzgoje je lahko v pomoč program, katerega opisujejo Bartholomew in sodelavci (2016). Program zdravstvene vzgoje je sestavljen iz šestih korakov: ocena potreb, opredelitev ciljev, izbor teoretičnih in praktičnih metod intervencij, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje uspešnosti zastavljenega programa.

Pacienti običajno poročajo o želji, da bi imeli več informacij, obstajajo individualne razlike glede potreb po informacijah in znanju ter razlike glede na resnost astme (Sillence, et al., 2013). Pool in sodelavci (2017) ter Ambrosino in sodelavci (2017) vidijo priložnost za širjenje potrebnih informacij in znanja v sodobni informacijsko-komunikacijski tehnologiji (IKT). Pod to uvrščajo: telefonske klice, kratka telefonska sporočila, elektronsko pošto, video klice, spletne strani, video konference, namenska internetna spletna orodja, ipd.

S sodobno IKT želijo zdravstveni delavci spodbuditi pacientovo zanimanje za lastno zdravje, podporo in krepitev zdravega vedenja ali zmanjšanje tveganja (Fitzgerald & McClelland, 2016), vendar kako to najbolje izpeljati, še ni jasno (Morrison, et al., 2015). Veliko oviro predstavlja velika heterogenost skupine pacientov z astmo. Na uporabo ter razumevanje obolenja vpliva starost, socialno-kulturno ozadje in motivacija za učenje, kar je lahko v veliki meri odvisno od stopnje sprejetja bolezni (Cano-De La Cuerda et al., 2010). Vplivajo pa tudi težave z nezmožnostjo dostopanja do sodobne IKT (Maureen, 2012).

Namen prispevka je predstaviti vpliv načrtovane zdravstvene vzgoje na pacientovo obvladovanje astme ter odgovoriti na raziskovalni vprašanja:

- Kakšen je vpliv različnih načinov načrtovane zdravstvene vzgoje na obvladovanja astme?
- Ali uporaba sodobne IKT vpliva na kakovost samonadzora astme?

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna metode dela s pregledom in analizo tuje ter domače strokovne in znanstvene literature iz obdobja od leta 2007 do leta 2018. Iskanje literature je potekalo prek spletnega portala digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani (DiKul), v mednarodnih podatkovnih bazah: CINAHL, Medline in Scopus, s pomočjo ključnih besed v slovenskem jeziku: astma, odrasli, medicinska sestra, zdravstvena vzgoja, zdravstveno varstvo, informacijsko-komunikacijska tehnologija in samonadzor ter v angleškem jeziku: asthma, adults, nurse, health education OR patient education, health care, information technology and self management OR asthma self monitoring. Uporabljena je literatura, ki je bila dostopna v polnem besedilu in je obravnavala odrasle osebe v domačem okolju z boleznijo v mirovanju. Izključene so druge starostne skupine pacientov, bolnišnično okolje in akutno obdobje bolezni. Moč dokazov je bila vrednotena po štiri-stopenjski lestvici, ki jo navajata Eccles in Mason (2001).

REZULTATI

Pregledane in analizirane so bile raziskave o vplivu različnih načinov načrtovane zdravstvene vzgoje na kakovost obvladovanja astme s strani pacienta. To področje je raziskovalo več raziskovalcev v okviru 13-ih raziskav. Vrste raziskav, njihovi nameni ter ugotovitve so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Raziskave o vplivu različnih načinov načrtovane zdravstvene vzgoje na obvladovanja astme

Avtor, leto izdaje, država	Vrsta študije; raven/moč dokazov; Vzorec	Namen raziskave	Ugotovitve
Ngamvitroj & Kang, 2007; ZDA	Opazovalna študija; III. raven; 68 pacientov.	Ugotoviti upoštevanje navodil za samonadzor astme po enem in treh mesecih po zdravstveno vzgojni intervenciji.	Navodila je upoštevalo po enem mesecu 93,5 % pacientov, po treh mesecih 74,9 % pacientov.
Melani, et al., 2011; Italija	Opazovalna študija; III. raven; 1664 pacientov.	Raziskati pogostost napak pri uporabi inhalatorjev in ugotoviti vpliv načrtovane zdravstvene vzgoje na pojavnost napak.	Prepočasno vdihavanje in nezadostno pretresanje zdravil: 24 % pacientov. Pacienti, ki so prejeli navodila, so imeli manj napak pri uporabi inhalatorja. Zapleteni in kompleksni inhalatorji povečajo število napak pri njihovi uporabi.
Pinnock, et al., 2015; Velika Britanija	Sistematični pregled literature; I. raven; 18 člankov.	Ugotoviti učinkovit pristop za samonadzor astme v vsakdanji praksi.	Učinkovit je sistemski in multidisciplinarni pristop k zdravstveni vzgoji, katero izvajajo dobro motivirani in usposobljeni zdravstveni delavci.
Distler, 2011 ZDA	Opazovalna študija; III. raven; 20 pacientov.	Ugotoviti učinke zdravstvenovzgojne intervencije in brezplačnih pripomočkov za samonadzor astme pri pacientih brez zdravstvenega zavarovanja.	V program vključeni pacienti so izboljšali samonadzor astme. Število obiskov v urgentni ambulanti se je zmanjšalo.
Jain, et al., 2014 ZDA	Opazovalna študija; III. raven; 104 pacienti.	Ugotoviti elemente celovite zdravstvene vzgoje, ki vplivajo na pogostost poslabšanja bolezni.	Potreben je namenski, multidisciplinarni model in pravočasna uvedba akcijskega načrta. Možnost telefonskega pogovora izboljša razumevanje in doslednost pri jemanju zdravil.
Rootmensen, et al., 2008; Nizozemska	Kontrolirana randomizirana študija; I. raven; 191 pacientov.	Ugotoviti učinke dodatnih, individualnih, zdravstvenovzgojnih intervencij.	9 % manj akutnih poslabšanj bolezni; nepravilno vdihavanje zdravil se je zmanjšalo iz 50 % na 25 %.
Young, et al., 2017; USA	Presečna opazovalna študija; III. raven; 452 pacientov.	Raziskati vpliv različnih komunikacijskih strategij izvajalcev zdravstvene nege na upoštevanje navodil za uporabo zdravil.	Učinkovite so tiste strategije, ki pacienta motivirajo in krepijo zaupanje za reševanje kompleksnih problemov in razvijejo medsebojni partnerski odnos, kjer se pacient počuti varnega.
Andrews, et al., 2014; Avstralija	Pregled literature; II. raven; 63 člankov.	Raziskati učinkovitost programov za samonadzor astme pri odraslih. Ugotoviti dejavnike učinkovitega samonadzora.	Načrt aktivnosti za izboljšanje astme prispeva k dosledni uporabi zdravil zanj. 70 % zmanjšano tveganje za smrt pri pacientih z napisanim načrtom. Ugotovljeni podporni dejavniki: družina, prijatelji, mediji, vzpostavitev reda, krepitev sposobnosti samonadzora in preverjanje znanj in veščin samonadzora.
Hoskins, et al., 2016; Škotska	Kontrolirana randomizirana študija; I. raven; 48 pacientov.	Raziskati dejavnike, ki vplivajo na kakovost samonadzora astme.	Uspeh je odvisen od aktivnega vključevanja pacienta. Pomembno je postavljanje jasnih ciljev z osredotočenjem na manjše korake.
Lavoie, et al., 2014; Kanada	Kontrolirana randomizirana študija; I. raven; 54 pacientov.	Ugotoviti učinke kratkega motivacijskega intervjuja na upoštevanje navodil pri inhalaciji kortikosteroidov.	Povečano zaupanje pacientov v njihove sposobnosti; izboljšanje upoštevanja navodil: 6 % izboljšanje po pol leta in 3 % izboljšanje po enem letu.

Avtor, leto izdaje, država	Vrsta študije; raven/moč dokazov; Vzorec	Namen raziskave	Ugotovitve
Kuijer, et al., 2007; Nizozemska	Kontrolirana randomizirana študija; I. raven 70 pacientov.	Ugotoviti učinke zdravstvenovzgojne intervencije na izboljšanje kakovosti življenja.	Ugotovljene zakonitosti: pomembna je motivacija s strani zdravstvenih delavcev; optimistični pacienti s proaktivnim reagiranjem so dosegli boljše telesno zdravje; dnevno spremljanje simptomov bolezni zmanjša število poslabšanja bolezni.
Hajja, et al., 2011 Kuvait	Presečna študija; III. raven; 516 medicinskih sester.	Ugotoviti znanje medicinskih sester o uporabi merilnikov pretoka zraka.	Merilnik pretoka zraka zna uporabljati le 13,8 % medicinskih sester.
Cano-De La Cuerda, et. al, 2010; Španija	Pregled literature; II. raven; 81 člankov.	Ugotoviti učinkovitost različnih programov zdravstvene vzgoje.	Ugotovljene značilnosti učinkovitih programov zdravstvene vzgoje: individualno izdelan akcijski načrt za vsakega posameznega pacienta in njihovo družino; neprekinjena in dinamična zdravstvena vzgoja; vključevanje telesne vadbe v življenje pacienta z astmo.

Uporabo sodobne IKT in njen vpliv na kakovost obvladovanja astme je raziskovalo malo raziskovalcev. V Tabeli 2 so prikazane pridobljene raziskave (3), njihovi nameni ter ugotovitve.

Tabela 2: Vpliv sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije na kakovost obvladovanja astme

Avtor, leto izdaje, država	Vrsta študije; nivo/moč dokazov; vzorec	Namen raziskave	Ugotovitve
Andrews, et al., 2014; Avstralija	Pregled literature; 2. raven; 63 člankov.	Raziskati učinkovitost programov za samonadzor astme.	Uporaba spletnih orodij pozitivno vpliva na izboljšanje kakovosti samonadzora.
Pool, et al., 2017; ZDA	Kontrolirana randomizirana študija; I. raven; 408 pacientov.	Raziskati uporabo spletnega orodja za izboljšanje samonadzora astme.	Preprosti in kratki spletni opomniki so izboljšali kakovost obvladovanja astme za 1,1 %. Spletna orodja so sorazmerno stroškovno učinkovita za uporabo.
Sillence, et al., 2013; Velika Britanija	Opazovalna študija; 3. raven; 29 pacientov.	Raziskati uporabo spletnih strani o samonadzoru astme.	Izkušnje drugih prispevajo k razumevanju pomena samonadzora bolezni. Spletna mesta morajo biti enostavna za uporabo, pregledna ter privlačna. Zdravstveni delavci morajo poznati kakovostne spletne strani.

DISKUSIJA

Na vprašanje, kakšen je vpliv različnih načinov načrtovane zdravstvene vzgoje na kakovost obvladovanja astme, smo našli veliko literature. Ugotovitve se z leti spreminjajo. V raziskavah iz leta 2007 in 2008 (Ngamvitoj & Kang, 2007; Kuijer, et al., 2007; Rootmensen, et al., 2008) niso ugotovili statistično pomembnih razlik v kakovosti obvladovanja astme pri pacientih, ki so imeli vključene dodatne zdravstvenovzgojne intervencije, kar se razlikuje od ugotovitev iz novejših raziskav. Številni avtorji so v novejših raziskavah namreč ugotovili pozitivne učinke načrtovane zdravstvene vzgoje na kakovost samonadzora astme (Andrews, et al., 2014; Lavoie, et al., 2014; Jain, et al., 2014; Pinnock, et al., 2015).

Pri dobrem in učinkovitem samonadzoru bolezni imajo pomembno vlogo strokovno usposobljeni in motivirani zdravstveni delavci in multidisciplinarni model obravnave (Jain, et al., 2014; Pinnock, et al., 2015). Pomemben dejavnik je vzpostavitev dobre komunikacije oz. partnerskega odnosa med pacientom in zdravstvenim delavcem (Kuijer, et al., 2007). Tukaj ima pomembno vlogo medicinska sestra, ki predstavlja pomemben člen v procesu zdravstvene vzgoje pacienta (Doberšek, 2012) saj prav ona preživi največ časa z njim.

V zadnjem času, ko je uporaba sodobne IKT v porastu in jo lahko zasledimo na vsakem koraku, tudi pacienti poskušajo pridobiti informacije na raznih spletnih mestih. Pojavi se vprašanje, ali uporaba sodobne IKT vpliva na kakovost samonadzora astme. Andrews in sodelavci (2014), Sillence in sodelavci (2013) ter Pool in sodelavci (2017) so ugotovili, da uporaba spletnih strani pripomore k boljšemu razumevanju bolezni in posledično k izboljšanju kakovosti samonadzora. Za uporabo morajo biti spletna mesta enostavna, saj so namenjena veliki heterogeni skupini obolelih pacientov. Sillence in sodelavci (2013) trdijo, da morajo zdravstveni delavci poznati kakovostne strokovne spletne strani, da jih lahko priporočijo pacientom. Pool in sodelavci (2017) dodajajo, da je uporaba spletnih orodij tudi stroškovno učinkovita metoda zdravstvene vzgoje.

Kako motivirati in okrepiti dolgoročno skrb pacientov, da spremenijo svoje vedenje ali se bolje vključijo v samonadzor, ostaja še delno neraziskano področje. To je stalni izziv, ki potrebuje vedno dodatne in sprotne raziskave. Dodatne raziskave so potrebne tudi za oceno trenutno izvajanih programov zdravstvene vzgoje za pacientovo obvladovanje astme v slovenskem prostoru.

ZAKLJUČEK

Astma je nepredvidljiva in dinamična bolezen, ki tudi pri dveh pacientih ne poteka na enak način. Zato je potrebno paciente motivirati, da usvojijo ustrezno znanje za obvladovanje bolezni, saj so pacienti tisti, ki lahko največ naredijo za svoje zdravje in kakovost življenja. Načrtovana in individualno prilagojena zdravstvena vzgoja pacientu in njegovim svojcem, s souporabo IKT pomembno prispeva h kakovostnemu samonadzoru in zmanjšanju pogostosti poslabšanj astme.

LITERATURA

- Ambrosino, N., Makhbah, D.N. & Sutanto, Y.S., 2017. Tele-medicine in respiratory diseases. *Respiratory Medicine*, 12(1), pp. 1–5. doi: 10.1186/s40248-017-0090-7.
- Andrews, K.L., Jones, S.C. & Mullan, J., 2014. Asthma self management in adults: A review of current literature. *Collegian* 21(1), pp. 33–41. doi: 10.1016/j.colegn.2012.12.005
- Armstrong, G., Headrick, L., Madigosky, W. & Ogrinc, G., 2012. Designing education to improve care. *Joint Commission journal on Quality and Patient Safety* 38(1), pp. 5–14. doi: 10.1016/S1553-7250(12)38002-1
- Bartholomew, E.L.K., Markham, C.M., Ruitar, R.A.C., Fernandez, M.E., Kok, G. & Pacel, G.S., 2016. *Planning health promotion programs an intervention mapping approach*. Fourth edition. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 10–22.
- Cano-De La Cuerda, R., Isabel, U.O.A. & Munoz-Hellin, E., 2010. Effectiveness of therapeutic education and respiratory rehabilitation programs for the patient with asthma. *Archivos de Bronconeumologia* 46(11), pp. 600–606. doi: 10.1016/S1579-2129(10)70128-2.
- Cross, E., Roel, C.V., Majumdar, S.R., et al., 2014. Action plans in patients presenting to emergency departments with asthma exacerbations: Frequency of use and description of contents. *Canadian Respiratory Journal* 21(6), pp. 351–356. doi: 10.1155/2014/498946.cros
- Distler, J.W., 2011. Access Carroll: Community asthma education initiative. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 23(7), pp. 357–360. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00630.x.
- Doberšek, D., 2012. Zdravstvena vzgoja pacienta z astmo. In: Prestor L, Bratkovič M, eds. Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo, Maribor, Slovenija 30.–31. 3. 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije–Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji. pp. 17–24.
- Eccles, M. & Mason, J., 2001. How to develop cost-conscious guidelines. Basingstoke: Core Research.
- Fitzgerald, M. & McClelland, T., 2016. What makes a mobile app successful in supporting health behaviour change. *Health Education Journal* 76(3), pp. 373–381. doi: 10.1177/0017896916681179
- Hajja, A.M., Mohammed, F.A.K., Al-Saqer, M.A., Kamel, M. & El-Shazly, M.K.K., 2011. Knowledge, attitude and practice of nurses toward peak expiratory flow meter in primary health care centers in Kuwait. *Alexandria Journal of Medicine* 47(3), pp. 255–260. doi: 10.1016/j.ajme.2011.08.005.
- Hoskins, G., Williams, B. & Abhyankar, P., et al., 2016. Achieving good outcomes for asthma living (GOAL): mixed methods feasibility and pilot cluster randomised controlled trial of a practical intervention for eliciting, setting and achieving goals for adults with asthma. *Trials* 17, pp. 1–17. doi: 10.1186/s13063-016-1684-7.
- Jain, V.V., Allison, R., Beck, S.J., et al., 2014. Impact of an integrated disease management program in reducing exacerbations in patients with severe asthma and COPD. *Respiratory Medicine* 108(12), pp. 1794–1800. doi: 10.1016/j.rmed.2014.09.010.

- Kuijjer, R.G., De Ridder, D.T.D., Colland, T.V., Schreurs, K.M.G. & Sprangers, M.A.G., 2007. Effects of a short self-management intervention for patients with asthma and diabetes: evaluating health-related quality of life using then-test methodology. *Psychology & Health* 22(4), pp. 387–411. doi: 10.1080/14768320600843226.
- Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: Kvas A, ed. Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33–45.
- Lavoie, K., Moullec, G. & Lemiere, C., et al., 2014. Efficacy of brief motivational interviewing to improve adherence to inhaled corticosteroids among adult asthmatics: results from a randomized controlled pilot feasibility trial. *Patient Preference Adherence* 8, pp. 1555–1569. doi: 10.2147/PPA.S66966.
- Madi, H. & Abdelaziz, F.B., 2012. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Cairo: Eastern Mediterranean. World Health Organization.
- Maureen, G., 2012. Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse black communities. *Patient Education and Counseling* 89(3), pp. 489–500. doi: 10.1016/j.pec.2012.05.003.
- Melani, A.S., Bonavia, M. & Cilenti, V., et al., 2011. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respiratory Medicine* 105(6), pp. 930–938. doi:10.1016/j.rmed.2011.01.005.
- Morrison, D., Mair, F.S. & Chaudhuri, R. et al., 2015. Details of development of the resource for adults with asthma in the RAISIN (randomized trial of an asthma internet self-management intervention) study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 15(57), pp. 1–16. doi: 10.1186/s12911-015-0177-z.
- Ngamvitroj, A. & Kang, D.G., 2007. Effects of self-efficacy, social support and knowledge on adherence to PEFR self-monitoring among adults with asthma: A prospective repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies* 44(6), pp. 882–892. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.001.
- Olivera, C.M.X., DeFreitaz, O. & Vianna, E.O., 2016. Asthma self-management model: randomized controlled trial. *Health Education Research* 31(5), pp. 639–652. doi: 10.1093/her/cyw035.
- Pool, A.C., Kraschnewski, J.L. & Poger, J.M., et al., 2017. Impact of online patient reminders to improve asthma care: A randomized controlled trial. *PLOS One* 12(2), pp. 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0170447.
- Pinnock, H., Epiphaniou, E. & Pearce, G., et al., 2015. Implementing supported self-management for asthma: a systematic review and suggested hierarchy of evidence of implementation studies. *BMC Medical* 13(1), pp. 1–17. doi: 10.1186/s12916-015-0361-0.
- Rootmensen, G.N., van Keimpema, A.R., Looysen, E.E., van der Schaaf, L., de Haan, R.J. & Jansen, H.M., 2008. The effects of additional care by a pulmonary nurse for asthma and COPD patients at a respiratory outpatient clinic: Results from a double blind, randomized clinical trial. *Patient education and counseling* 70(2), pp. 179–186. doi:10.1016/j.pec.2007.09.021.
- Sillence, E., Hardy, C., Briggs, P. & Harris, P.R., 2013. How do people with asthma use Internet sites containing patient experiences. *Patient Education and Counseling* 93(3), pp 439–443. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.009.
- Šorli, J., 2000. Astma kot epidemiološki problem. In: S. Šuškovič, M. Košnik, J. Šorli, eds. Astma. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 9–10.
- Trontelj, J., 2014. Pregled najpomembnejših interakcij zdravil za astmo in KOPB z drugimi zdravili. In: L. Prestor, eds. Timski pristopi k obravnavi pulmološkega pacienta, Mala Nedelja, Slovenija 28.–29. 3. 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, pp. 85–96.
- Young, H.N., Len-Rios, M.E., Brown, R., Moreno, M.M. & Cox, E., 2017. How does patient-provider communication influence adherence to asthma medications. *Patient Education and Counseling* 100(4), pp. 696–702. doi: 10.1016/j.pec.2016.11.022.



ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV IN SPREMLJANJE KAKOVOSTI V PATRONAŽNEM VARSTVU

**Users satisfaction
and follow up the quality in
the community health care**

mag. Jožica Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., viš. pred.
Zdravstveni dom Ljubljana Bežigrad

jozicaramsakp@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Zadovoljstvo je subjektivni občutek, ki nastane na podlagi primerjav med pričakovanim in dejanskim stanjem. Raziskave o zadovoljstvu uporabnikov so pomembno sredstvo, s katerim v sistemu zdravstvenega varstva zbiramo mnenja uporabnikov o kakovosti izidov oskrbe. Predstaviti želimo rezultate o zadovoljstvu uporabnikov storitev patronažnega varstva, ki je pomemben kazalnik kakovosti. **Metode:** Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop z anketiranjem. Za ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov, je bil razvit vprašalni, sestavljen iz dela za zbiranje demografskih podatkov in dela z 22 trditvami. (Cronbach alfa je $\alpha = 0,94$). Za oceno trditev je uporabljena pet stopenjska lestvica strinjanja 1 do 5. Raziskava je bila izvedena leta 2017, sodelovalo je 327 uporabnikov. Analiza podatkov je bila narejena s pomočjo programskega orodja GNU PSPP z uporabo metode opisne statistike, t-testa, analiza variance ter faktorsko analizo. **Rezultati:** Identificirali smo tri faktorje s katerimi smo pojasnili 73% variance in sicer: zadovoljstvo z obravnavo; strokovnost in etični vidik delovanja medicinske sestre v patronažnem varstvu ter faktor poznavanje in informiranost o patronažnem varstvu. Mlajši uporabniki - mlade družine so se manj strinjali, da patronažni medicinski sestri popolnoma zaupajo ($F = 25.74$; $p = 0,000$) in da slednja upošteva njihove potrebe in želje glede zdravstvene obravnave ($F = 21.22$; $p = 0,000$) kot skupina uporabnikov s kontrolo zdravstvenega stanja in zdravstveno vzgojnimi deli. Uporabniki, pri katerih so se izvajale preveze akutnih in kroničnih ran so se manj strinjali, da so zadovoljni z obravnavo ($F = 17.67$; $p = 0,000$) in sta jim pogovor ter podpora manj pomenila ($F = 14.34$; $p = 0,000$) kot v skupini mlajših uporabnikov. **Diskusija in zaključek:** Ugotovili smo, da so uporabniki na splošno zelo zadovoljni s storitvami medicinskih sester v patronažnem varstvu. Na oceno oziroma izraženo mnenje lahko vpliva več dejavnikov, kar zahteva še posebej kritičen pogled na vsa odstopanja. Prepoznati je mogoče, da še vedno uporabniki ne poznajo delovanja patronažnega varstva. Na področju raziskovanja zadovoljstva bi bilo potrebno več strokovnih aktivnosti in nadaljnega raziskovanja.

Ključne besede: patronažno varstvo, vprašalnik, zadovoljstvo pacientov, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: Satisfaction is a subjective feeling that arises from the comparison between the expected and the actual state. User satisfaction survey is an important means by which in the health care system the users' opinions on the quality of the outcome of nursing care is collected. We want to present the research results of the satisfaction by the users of community health care services, which is an important quality indicator. **Method:** Quantitative research approach was used with the questionnaire. The questionnaire is composed of demographic part and 22 statements (Cronbach alpha is $\alpha = 0,94$). A five-level scale was used to evaluate claims. Research was performed in year 2017, the $n = 327$ users participated. Data analysis was performed using GNU PSPP T- Test, F test and factor analysis were used. **Result:** By analysing the statements 73% of the variance with the overall impact of three factors could be explained, namely, satisfaction with the treatment; professional and ethical aspect of the nurse's activity in community health care; and knowledge and information of community health care. Younger users - younger families are less likely to agree with trusting to the nurses ($F = 25.74$; $p = 0.000$) and that they take into account their needs and preferences regarding health care treatment ($F = 21.22$; $p = 0.000$) as a group of users with a health check condition and health education work. The group where acute and chronic wounds were carried out is less likely to be satisfied with the treatment ($F = 17.67$; $p = 0,000$) and less with the support and conversation ($F = 14.34$; $p = 0,000$) as a group of younger users. **Discussion and conclusion:** In general, users are very satisfied with the services of nurses in community health care. We are aware that a number of factors can influence the assessment or opinion, which requires a particularly critical view of all deviations. It is possible to recognise that users are still unaware how the community health care is organised. In the field of research of patients satisfaction, more professional activities and further research will be required.

Key words: community health care, questionnaire, patients satisfaction, nursing care

UVOD

Hitro spreminjajoča se demografska struktura prebivalstva v Sloveniji in zdravstvena problematika (umrljivost, obolenost) zahtevajo odziv različnih služb, med drugim tudi patronažnega zdravstvenega varstva, da se prilagodijo sedanjim in prihodnjim izzivom tudi preko spremljanja povratnih informacij uporabnikov. Ker vedno več ljudi doživi visoko starost, moramo razvijati storitve, ki bodo zagotovile podporo ljudem, da ostanejo čim dlje zdravi, dokler je le mogoče, ter v svojih domovih in skupnostih. Zaključki konference Evropske Unije javnega zdravja (2014) so med drugim naslednja, čim bolj opolnomočiti paciente, družine, da bodo v vsaki fazi bolezni živeli čim bolj kakovostno. Vloga zdravstvenih delavcev je pri preprečevanju in

vodenju kronične bolezni ključna. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je izvajalka različnih zdravstveno vzgojnih – preventivnih storitev kot tudi mnogih kurativnih storitev na domu uporabnikov vseh starostnih skupin. Zadovoljstvo pacienta je pomemben element kakovosti zdravstvene storitve in ravno zato želimo, da bo naša raziskava osvetlila vidik izkušenj in pričakovanj pacienta do službe patronažnega zdravstvenega varstva.

Spremljanje zadovoljstva pacientov z zdravstveno oskrbo, ki so je deležni in poznavanje njihovih izkušenj z oskrbo, je eden izmed sestavnih delov zagotavljanja kakovosti (Horrocks, et al., 2011; Bennett, Nicholson, 2013). Raziskava (Bowers, Pellett, 2013) je potrdila, da je zadovoljstvo povezano s komunikacijo, obveščenostjo in s kliničnimi izidi. Povratne informacije pacientov vplivajo na izboljšanje kakovosti storitev in dajejo možnosti razvoja organizaciji (Carter, 2009). Merjenje izkušenj prinese vpogled v izvajanje zdravstvene oskrbe, izvajalcem poda povratno informacijo, je kazalec kakovosti in sprememb ter posredno vpliva na politiko (Quinten, 2011; Abusalem, 2012).

Pričakovanje pacientov se spreminja v skladu z mnogimi spremembami v družbi (Haggerty, 2010). Dejstvo, da so starejši bolj zadovoljni in manj zahtevni, ne drži. Njihova pričakovanja so večja in za slednje menijo, da so tudi realizirana (Bowling, 2013). Kersnik (2010), opredeljuje zadovoljstvo kot enega izmed kazalnikov kakovosti v zdravstvu, in sicer kot izraženo posameznikovo lastno izkušnjo z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom. Tudi (Abusalem, 2012) navaja, da je zadovoljstvo pacientov večdimenzionalni koncept in ima elemente subjektivnosti, pričakovanja in dojemanja situacije.

Uveljavljeno je dejstvo, da je zadovoljstvo pacientov pomemben napovedovalec in kazalnik kakovosti zdravstvenega varstva (Wagner, Bear, 2009). Tudi Šuklar (2018) navaja, da samoocenjevanje, strokovna presoja, merjenje kazalnikov kakovosti in javna objava le-teh vodi v izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe. V Zdravstvenem domu Ljubljana, ki postavlja spremljanje in razvijanje kakovosti na najvišjo raven, je za področje patronažnega zdravstvenega varstva med drugim kazalnik kakovosti zadovoljstvo pacientov. Področje patronažnega zdravstvenega varstva je specifično področje s širokim spektrom delovnih nalog in raznolikimi značilnostmi uporabnikov. Standardiziranega vprašalnika, ki bi ga lahko uporabili nismo našli, zato smo razvili svoj vprašalnik, ki smo ga nekajkrat testirali, pridobili mnenja strokovnjakov. Zavedamo se pomena povratnih informacij, zato slednje skrbno analiziramo in se trudimo izvajati čim bolj kakovostno in varno patronažno zdravstveno nego.

METODA DELA

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop.

Merski instrument

Uporabljen je bil vprašalnik razvit na osnovi pregleda literature, izkušenj, pilotne študije ter posvetovanja s strokovnjaki področja. Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov – 22 trditvev, kjer so sodelujoči izrazili svoje strinjanje na pet stopenjski lestvici (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti strinjam/niti ne strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se zelo strinjam). V tem delu je bila zanesljivost zelo dobra (Chronbach = 0,94). V drugem delu so se zbirali demografski podatki in podatki kot so namen in vrsta patronažnega obiska, predvidena pogostost obiskov ter lastna subjektivna ocena zdravlja.

Vzorec

Uporabljen je bil namenski vzorec in sicer so bili vključeni uporabniki storitev patronažnega varstva Zdravstvenega doma Ljubljana. Medicinske sestre v patronažnem varstvu (n =100) so razdelile vsaka po 5 vprašalnikov pacientom/družinam, katere so v dogovorjenem obdobju (3 tedne) obravnavale in obiskovale. Vprašalniki so bili v kuverti opremljeni z naslovom. Nekaj vprašalnikov smo dobile vrnjene po pošti, nekaj jih je bilo vročenih direktno medicinski sestri v patronažnem varstvu. Vseh razdeljenih vprašalnikov je bilo 500, vrnjenih je bilo 365 vprašalnikov (73 %).

Sodelujoči so bili v 60% ženskega spola in 39% moškega spola. Največji delež predstavljajo starejši stari 70 let in več, razlog obravnave so v največji meri rane, ulkusi, razjede, nato je kontrola zdravstvenega stanja, sledijo mlade družine (novorojenček, otročnica). Po pogostosti izvajanja obiskov je bilo označenih v največji meri 2x tedensko, sledijo 3x tedensko in 2x mesečno.

Potek raziskave

Raziskava je potekala v mesecu septembru 2017 v Ljubljani. Sodelujoči so bili k raziskavi povabljeni s strani medicinske sestre v patronažnem varstvu, katera jim je vročila vprašalnik in razložila namen raziskave in če je bilo potrebno, še kako izpolniti vprašalnik. Sodelujoči so bili od mladih družin do starejših uporabnikov, kjer so nekateri bolj ali manj odvisni od tuje pomoči. Posamezniki so bili vsaj 2x pozvani glede sodelovanja in vrnitve vprašalnika. Podana jim je bila možnost zavrnitve

sodelovanja v raziskavi ali da odstopijo od sodelovanja med samo raziskavo. Sledili smo Kodeksu etike MS in ZT, še posebej so bila upoštevana načelna avtonomnosti, spoštovanja in anonimnosti.

Uporabljena je bila osnovna statistika, t-test, ANOVA, korelacija in faktorska analiza ter za statistično analizo programsko orodje GNU PSPP.

REZULTATI

Najprej predstavljamo rezultate, kako so sodelujoči izrazili svoje strinjanje s trditvami. Najbolj se strinjajo, da so bili obravnani dostojno in s spoštovanjem ($\bar{x} = 4,88$, $\sigma = ,33$), v prihodnje si želijo podobne obravnave patronažne službe ($\bar{x} = 4,86$, $\sigma = ,95$) in bili so zadovoljni s strokovnim pristopom medicinske sestre, ki jih je obiskovala na domu ($\bar{x} = 4,85$, $\sigma = ,38$). Najmanj se sodelujoči strinjajo s trditvami, da poznajo delovanje službe patronažnega varstva ($\bar{x} = 4,38$, $\sigma = ,68$), da so zadovoljni s količino časa namenjenega obisku ($\bar{x} = 4,64$, $\sigma = ,76$), da vedo kam poklicati ($\bar{x} = 4,66$, $\sigma = ,55$) in da medicinska sestra v patronažnem varstvu vključuje družinske člane ($\bar{x} = 4,66$, $\sigma = ,94$).

Zanimalo nas je ali se pojavljajo kakšne razlike glede na subjektivno oceno lastnega zdravja. V ta namen smo združili skupini Zelo zdrav in zdrav v »Zdrav (n = 82)« ter zelo bolan in bolan v »Boln (n = 120)«. Za namen izračuna statistično pomembnih razlik v povprečjih med skupinama Zdrav in Bolan, smo uporabili F test primerjave varianc. Sodelujoči, ki se počutijo bolj zdravega, se statistično bolj strinjajo s trditvami, da jim medicinska sestra v patronažnem varstvu razloži potek obravnave, jih spodbuja k samostojnosti, so zadovoljni z obravnavo ter jim pogovor ter podpora pomenita več kot sodelujočim, ki so se označili kot bolnega. Podrobnejši rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Prikaz statistično značilnih rezultatov analize variance med skupinama glede na oceno lastnega občutenja zdravja.

TRDITEV	Skupina	n	\bar{x}	σ	F	p
Patronažna medicinska sestra mi razloži potek obravnave in obiska.	Zdrav	82	4,83	,38	11,19	,001
	Bolan	120	4,73	,44		
Pogovor in podpora patronažne medicinske sestre mi veliko pomenita.	Zdrav	82	4,80	,46	10,61	,001
	Bolan	120	4,67	,54		
Zadovoljen sem z obravnavo patronažne medicinske sestre.	Zdrav	82	4,89	,31	20,43	,000
	Bolan	120	4,78	,42		
Patronažna medicinska sestra me spodbuja k samostojnosti.	Zdrav	82	4,77	,48	12,98	,000
	Bolan	120	4,60	,61		

Legenda: n- število, \bar{x} - povprečna vrednost, σ - standardni odklon, F - F test, p - statistična verjetnost

Ugotovili smo tudi značilne razlike glede na spol in sicer so sodelujoče ženskega spola statistično značilno svoje počutje ocenile z bolj zdravim kot moški (Pearson Hi kvadrata = 346,36; p=,000).

Pri primerjavi, glede na pogostost obiskov, so rezultati izračuna F testa pokazali, da tisti, ki so imeli obiske do 2x mesečno, se bolj strinjajo s trditvami kot tisti, ki so imeli obiske 3x tedensko ali več. Kot je prikazano v tabeli 2, so se sodelujoči bolj strinjali s trditvami, da se lahko pogovorijo z medicinsko sestro v patronažnem varstvu, da le ta spoštuje njihovo zasebnost in jim podpora ter pogovor veliko pomenita.

Tabela 2: Prikaz statistično značilnih rezultatov analize variance med skupinama glede na pogostost obiskov na domu.

TRDITEV	Skupina	n	\bar{x}	σ	F	p
Pogovor in podpora patronažne medicinske sestre mi veliko pomenita.	1 do 2x mesečno	53	4,79	,41	10,81	,001
	3x teden ali več	97	4,66	,54		
Brez zadržkov se lahko pogovorim s patronažno medicinsko sestro.	1 do 2x mesečno	53	4,87	,34	12,57	,001
	3x teden ali več	97	4,74	,48		
Patronažna medicinska sestra spoštuje mojo zasebnost.	1 do 2x mesečno	53	4,89	,38	10,37	,002
	3x teden ali več	97	4,73	,59		

Legenda: n- število, \bar{x} - povprečna vrednost, σ - standardni odklon, F - F test, p - statistična verjetnost

Primerjava glede na izraženo strinjanje po skupinah obravnave in sicer med skupino, ki je označena z rane, preveze, razjede zaradi pritiska; kontrola zdravstvenega stanja ter mlade družine. Povprečne vrednosti skupine mlade družine smo primerjali s skupino, kjer je obisk namenjen obravnavi akutne ali kronične rane ter skupino označeno kot kontrola zdravstvenega stanja. Mlade družine se manj strinjajo, da patronažni medicinski sestri popolnoma zaupajo ($F = 25.74$; $p = 0,000$) in da slednja upošteva njihove potrebe in želje glede zdravstvene obravnave ($F = 21.22$; $p = 0,000$) kot skupina s kontrolo zdravstvenega stanja.

Mlade družine se bolj strinjajo da so zadovoljni z obravnavo patronažne medicinske sestre ($F = 17.67$; $p = 0,000$) in jim pogovor ter podpora veliko pomenita ($F = 14.34$; $p = 0,000$) kot skupina z ranami.

S faktorško analizo smo ugotovili, da lahko s tremi skupnimi faktorji pojasnimo 72,92 % variabilnosti skupnih dejavnikov zadovoljstva. S pomočjo faktorške analize smo prepoznali dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov storitev patronažne zdravstvene nege. Prvi faktor smo poimenovali »Zadovoljstvo z obravnavo, namenjenim časom, podporo in zdravstveno vzgojnimi nasveti«. Drugi faktor je »Strokovno delovanje diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, spoštovanje in zaupanje ter varna obravnava« ter tretji faktor »Poznavanje in informiranost o delovanju patronažnega zdravstvenega varstva«

RAZPRAVA

Rezultati anketiranja so pokazali, da so uporabniki s storitvami in delom diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu na splošno zadovoljni. Ugotovili smo tri pomembne dejavnike zadovoljstva in ti so: organizacijski vidik, strokovnost obravnave in etični vidik ter pristop dela medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Merjenje zadovoljstva uporabnikov storitev patronažne zdravstvene nege je tesno povezana s spremljanjem kakovosti in hkrati pomeni skrb za zadovoljstvo naših uporabnikov. Povratna informacija, ki smo jo pridobili z vprašalnikom, je v prvi vrsti potrditev našega dobrega in kakovostnega dela ter hkrati obveza, da vsak podatek in odstopanja temeljito analiziramo in nanj učinkovito odreagiramo. Kot navaja Robida (2009) je potrebno usklajevanje različnih pogledov, da bo sistem kakovosti uspešen in čim bolj prilagojen potrebam in pričakovanjem vseh zainteresiranih. Sprejeta načela kakovosti v zdravstvu so osnova za izvajanje ustreznih zdravstvenih storitev ter temeljijo na vrednotah in različnih standardih. Razvoj načel se največkrat meri z anketami, ki jih izpolnjujejo uporabniki in izvajalci storitev (Vukšinič, 2016). Tudi v ZD Ljubljana za namen spremljanja kazalnika kakovosti zadovoljstva uporabnikov storitev patronažne zdravstvene nege izvajamo letno anketiranje po naprej dogovorjenem protokolu. Zavedamo se, da je to le eden vidik povratne informacije, na katero vpliva več pomembnih dejavnikov. Avtorji (Abusalem, 2012) navajajo, da so to zdravje oziroma bolezni, pričakovanja posameznika, časovni vidik (možnost usklajevanja). Slednje smo poskušali upoštevati tudi v naši raziskavi in rezultati kažejo, da subjektivna ocena zdravja vsekakor vpliva na zadovoljstvo uporabnikov kot tudi možnost usklajevanja časa obiska na domu. Menimo, da je spremljanje izkušenj in zadovoljstva uporabnikov storitev pomembno in da s tem vplivamo na nadaljnji razvoj kakovosti našega dela. Zanimiva se zdi ugotovitev avtoric (Kramar Zupan, Vukšinič, 2018), da pomen in vloga standarda ISO ni vplivala na zadovoljstvo uporabnikov in ravno tako ni pokazala vpliva na višje zadovoljstvo zaposlenih.

Eden izmed načel kakovosti v zdravstvu iz priročnika »Nacionalne usmeritve in nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu« (2010) navajajo med drugim tudi načelo varne obravnave pacienta in osredotočenost na pacienta ter nudenje najboljše možne zdravstvene oskrbe. V naši raziskavi so sodelujoči v visoki meri izrazili strinjanje, da se počutijo varne pri obravnavi medicinske sestre v patronažnem varstvu in so zadovoljni s strokovnim pristopom. V prihodnjih letih lahko pričakujemo vedno več uporabnikov tudi zaradi demografskih sprememb, ki bodo potrebovali vedno več in bolj kompleksno patronažno zdravstveno oskrbo. Podobno ugotavljajo tudi avtorji raziskave (Maybin, 2016). Omeniti je potrebno potrebo po aktivni vlogi uporabnikov. V našem vprašalniku smo merili stališča o trditvah glede možnosti pogovora, izražanju mnenja, možnosti dogovarjanja, zdravstveno vzgojnem delu. Sodelujoči v raziskavi cenijo, da so slišani in da so upoštevana njihova mnenja. Tudi raziskovalci ugotavljajo (Papastavrou, et al., 2014), da komunikacijske veščine medicinskih sester v patronažnem varstvu ter odnos do dela, pri izvajanju zdravstvene oskrbe pomembno vplivajo na raven zadovoljstva pacientov glede kakovosti storitev.

Raziskava je imela nekaj omejitev. V zbiranje podatkov so bili vključeni tisti uporabniki, ki so bili v časovnem okviru raziskave obravnavani in bi mogoče mnenje drugih vplivalo na različnost rezultatov. Zavedamo se, da je lahko objektivnost podatkov v nekaterih primerih vprašljiva. Kajti nekaj vprašalnikov je bilo vrnjenih v roke medicinski sestri in obravnava oziroma obiski se zaradi narave bolezni nadaljujejo s strani iste osebe. Vprašalnik je za nekatere, še posebej starejše naporen in potrebuje več motivacije in spodbude tako z naše strani kot s strani svojcev. Prednosti raziskave so, da smo pristopili k razvoju vprašalnika, značilnega prav za področje patronažnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Testiramo ga že nekaj let in merimo parametre, ki so primerljivi s tujimi raziskavami, hkrati pa so nam pomembna informacija pri razvijanju in zagotavljanju kakovostne in varne obravnave.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je primorana iskati nove inovativne modele delovanja, da bi uspešno nudila kakovostno zdravstveno oskrbo vedno kompleksnejšim potrebam na terenu in tudi učinkovito organiziranje dela. Zadovoljstvo pacientov je v veliki meri povezano z občutkom varnosti, podpore, informiranostjo, občutkom, da niso ostali sami, zaupnim medosebnim odnosom. Na tem področju lahko naredi služba patronažnega zdravstvenega varstva veliko. Sodelovanje medicinske sestre v patronažnem varstvu z osebnim zdravnikom, pediatrom ali specialistom, lahko vodi v odkrivanje ogroženih ali ne obravnavanih primerov, obravnavo kronično obolelih in posledično vodi k povečanemu zadovoljstvu z zdravstvenimi storitvami. Upoštevanje mnenja in izkušenj uporabnika je pomemben kazalec kakovosti v razvoju učinkovite in varne zdravstvene oskrbe. Pridobili smo uvid v izkušnje pacientov ob stiku s službo patronažnega varstva, nekaj koristnih podatkov kakšna so pričakovanja in kateri so dejavniki, ki najbolj vplivajo na zadovoljstvo pacientov.

ZAHVALA

Vsem, ki so sodelovali ali kako drugače pripomogli pri izvedbi raziskave, se najlepše zahvaljujemo.

LITERATURA

- Abusalem, S., Myers, J. & Aljeesh, Y. 2012. Patient satisfaction in home health care. *Journal of clinical nursing*. 22 pp.17-18.
- Berkowitz, B. 2016 The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic *The Online Journal of Issues in Nursing* 21(1).
- Bennett, V., Nicholson, W. 2013. Care in local communities: a vision and service model for district nursing. *British journal of community nursing*, 18(2) pp.74-6.
- Bowers, B., Pellett, C. 2013. Measuring the clinical effectiveness of district nurses. *British journal of community nursing*, 18(7) pp. 332-7.
- Bowling, A., Rowe, G., McKee, M. 2013. Patients experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *J R Soc Med*, 106: pp. 143-147. Dostopno na <http://jrs.sagepub.com/content/106/4/143.full.pdf+html> 15.2.2019
- Cornwell, J., Goodrich, J. 2009. Exploring how to measure patients' experience of care in hospital to improve services. *Nurs Times*, 105(29): pp. 12-5.
- Carter, M.A. 2009. Trust, power and vulnerability: a discourse on helping in nursing. *Nursing Clinics of North America*, 44(4): pp. 393-405.
- Horrocks, S., Cook, J., Ashton, N., Wye, L. 2012. Made to measure? Assessing feasibility of quality indicators for district nursing. *British journal of community nursing*, 17(1): pp. 28-34.
- Haggerty, J. 2010. Are measures of patient satisfaction hopelessly flawed? No, but they need further refinement. *BMJ*, 341: pp.790-1.
- Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. (Elektronski vir – 2.natis) Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine 2010. Dostopno na <http://www.drmed.org/index.php?k=14&n=723>
- Kramar Zupan, M., Vukšinič, D. 2018. Vpliv ISO standardov na delovanje zdravstvenih zavodov na Dolenjskem. *Revija za zdravstvene vede*, 5(1): pp. 84-101.
- Maybin, J., Charles, A., Honeyman, M. 2016. Understanding quality in district nursing services. London, The King's Fund.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., et al. 2014. Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC Nursing*, 13(1): pp. 26.
- Quinten, C. A. 2011. Process for developing a principle – centred district nursing service philosophy. *British journal of community nursing*, 16(11): pp. 554-557.
- Robida, A. 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: Planet GV.
- The summit on chronic diseases. Conference conclusions Brussels 3 and 4 April 2014. Dostopno na http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20140403_mi_en.pdf 14.02.2019.
- Vukšinič, D. 2016. Vloga in pomen standardov ISO v javnih zavodih na Dolenjskem Magistrska naloga. Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede Novo mesto.
- Wagner, D., Bear, M. 2009. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advance Nursing* 65: pp. 692–701.



PATRONAŽNO VARSTVO IN POMEN PREVENTIVNIH OBISKOV

**Community health care
and importance of preventive
home visits**

Maja Tontić, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

mag. Jožica Ramšak Pajk, prof. zdr. vzg., viš. pred.

Zdravstveni dom Ljubljana Bežigrad; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice

jozicaramsakup@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu svetuje o zdravem načinu življenja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje. Posameznikom in družinam pomaga pri spopadanju z boleznijo in ohranjanju kakovosti življenja kljub bolezni. Namen prispevka je predstaviti vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na osnovi posameznikovih izkušenj. **Metoda:** Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom. Sodelovalo je 90 posameznikov, ki so bili na domu deležni obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu z zdravstveno vzgojno vsebino in svetovanjem. Uporabljeno je bilo programsko orodje SPSS Statistic 22.0. Za ugotavljanje statistično značilnih razlik smo uporabili t-test, korelacijo, ANOVO. **Rezultati:** Analiza kaže, da posamezniki zdravje postavljajo na prvo mesto (PV = 3,98, SO = 0,95) in so motivirani za spremembo življenjskega sloga, saj so izrazili željo po novem znanju ($r = 0,74$, $p < 0,001$). Po zdravstveno-vzgojnem obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so anketiranci največje spremembe naredili na področju gibanja (PV = 3,50, SO = 1,06) in prehranjevanja (PV = 3,46, SO = 1,18). Moški anketiranci so statistično pomembno večje spremembe naredili na področju kajenja ($t = 2,326$, $p = 0,022$) in pitja alkoholnih pijač ($t = 2,677$, $p = 0,009$). **Diskusija in zaključek:** Rezultati raziskave kažejo na pomembnost preventivnega delovanja saj anketirancem ponovni obisk z zdravstveno-vzgojnimi nasveti o načinu življenja za zdrav življenjski slog, ohranjanju zdravja in obvladanju bolezni predstavlja pomembno motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Podobne raziskave bi bile potrebne na širšem področju Slovenije.

Ključne besede: življenjski slog, diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu, zdravstvena vzgoja.

ABSTRACT

Introduction: Community health nurses advise people about healthy lifestyle and warn about the risk factors that may endanger health. They also help individuals as well as their families in facing and coping with chronic illness and help them to maintain the quality of life despite chronic disease. **Methods:** The study is based on the causal-nonexperimental quantitative method of empirical research. A structured questionnaire was used. 90 individuals (60 % sample response rate) participated, based on their "education for health" at-home experience with a registered nurse in community health care. Data analysis was performed using SPSS 22.0. T-Test and ANOVA were used to determine statistically significant differences. **Results:** We found out that individuals rank health as their top priority (PV=3.98, SO=0.95) and are motivated to change their lifestyle by expressing desire for new knowledge ($r=0.74$, $p<0.001$). After a health education-related home visit by a registered nurse, the participants made the biggest changes in the fields of physical activity (PV=3.50, SO=1.06) and eating (PV=3.46, SO=1.18), additionally, men achieved statistically significant differences in smoking cessation ($t=2.326$, $p=0.022$) and reducing the consumption of alcoholic beverages ($t=2.677$, $p=0.009$). The participants were the least satisfied with the time available for the home visit (PV=4.00, SO=1.13). **Discussion and conclusion:** The results of the study show the importance of preventative action by the community health nurse. The participants appreciated the follow-up visit of a nurse with health education tips on healthy lifestyle, health preservation and disease management. These tips are also an important motivation for a lifestyle change. Further research in this field is needed Slovenia-wide.

Keywords: lifestyle, community health nurse, motivation, education for health

UVOD

Življenjski slog je značilen način življenja, ki je opredeljen s skupino prevladujočih vedenj, ki se pojavljajo v nekem časovnem obdobju. Obsega najrazličnejša področja življenja, z njimi povezana stališča, vedenje in vrednote vsakega posameznika. Vsebuje lahko zdravju škodljiva in zdravju blagodejno usmerjena vedenja. Neškodljiva vedenja pomagajo človeku ohraniti in krepiti zdravje ter kakovostnejše življenje (Novak, 2010). Z dobrim poznavanjem dejavnikov tveganja lahko ciljno usmerimo zdravstveno-vzgojno delovanje in tako preprečimo njihov nastanek ali pa začetek bolezni odložimo v kasnejše življenjsko obdobje (Tomšič & Orožen, 2012). Zorc in sodelavci (2010,) zdravstveno vzgojo opredeljujejo kot strokovno in znanstveno disciplino, ki predstavlja »proces učenja o zdravju z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad in vedenj zdravega življenjskega sloga«. Z zdravstveno vzgojo spodbujamo posameznika, da skrbi za lastno zdravje, razvije vedenjske vzorce za zdrav način življenja in spremeni zdravju škodljiv življenjski slog.

Z zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja posameznik pridobi znanje o zdravem načinu življenja in škodljivosti razvad za zdravje. Na osnovi pridobljenega znanja lahko razmišlja o spremembi tveganega vedenja. Naidoo in Wills (2009 cited in Bahun, 2011) navajata, »da ima diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu ključno vlogo pri izvajanju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje v družini in skupnosti, saj je dlje časa v stiku z njimi in vzpostavi globlji stik,« najpogosteje v trenutkih, ko so posamezniki najbolj dovzetni in motivirani za spremembo vedenja in življenjskega sloga. Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu in deluje na vseh področjih dela (domače okolje, teren, lokalna skupnost). Preventivno dejavnost izvaja samostojno in je njena pomembna naloga, saj z izvajanjem preventive prispeva k varovanju zdravja in preprečevanju bolezni celotne populacije, pri tem sledi Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2015).

Anderluh (2015) navaja, da z motivacijskim intervjujem pacienta lahko usmerimo v spremembo njegovega vedenja na vseh področjih, kot je skrb za zdravje ali izboljšanje vodenja bolezni. S pogovorom in empatičnim ter razumevačim odnosom zdravstveni delavec usmerja pacienta do odločitve, da spremeni svoje vedenje. Yamada in sodelavci (2010) so v svoji raziskavi prišli do spoznanja, da na pozitivne spremembe vedenja posameznikov, ki so bili deležni preventivnih obiskov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, vplivajo medsebojni odnos in sodelovanje ter motivacijski pogovori.

Kronično nenalezljive bolezni so resna grožnja našemu zdravju. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2014) v Sloveniji letno beležimo 19.000 smrtnih primerov, od tega jih 88 % umre zaradi kronično nenalezljivih bolezni. Največ ljudi umre zaradi srčno žilnih bolezni, kar 38 %, sledijo jim rakava obolenja s 33 %, zaradi ostalih kronično nenalezljivih bolezni umre 13 % ljudi, zaradi kronično respiratornih bolezni 3 % in 1 % zaradi sladkorne bolezni.

Namen prispevka je predstaviti vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na osnovi posameznikovih izkušenj. Katere so spremembe vedenja posameznikov po zdravstveno-vzgojnem delu ter kako so posamezniki doživljali obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

METODA DELA

Raziskava je temeljila na kavzalno-neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatke smo zbrali s strukturiranim vprašalnikom s tehniko anketiranja.

Opis instrumenta

Za pridobivanje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, ki smo ga oblikovali sami, glede na pregled literature. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vprašanj je zajemal demografske podatke. Nato so sledila vprašanja zaprtega tipa o prisotnosti kronično nenalezljive bolezni in kajenju. Drugi sklop vprašanj je zajemal stališča o zdravju in življenjskem slogu, doživljanju obiska, oceni koristnosti zdravstveno-vzgojnih nasvetov z možnostjo pripisa lastnega mnenja, spremembi vedenja po zdravstveni vzgoji in motiviranosti po obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Tretji sklop je zajemal trditve o zadovoljstvu z zdravstveno-vzgojnim delom. Anketiranci so trditve ocenjevali po petstopenjski Likertovi lestvici stališč. Posamezne vrednosti te lestvice so bile definirane z ocenami od 1 do 5, kjer je 1 pomenila, da se z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, 2 – se ne strinjajo, 3 – so neopredeljeni, 4 – se strinjajo in 5 – se zelo strinjajo. Zanesljivost merkega instrumenta je preverjen s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je ($\alpha = 0,874$).

Opis vzorca

Statistično populacijo so predstavljali posamezniki, ki so bili v preteklosti deležni obiska diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu na domu, pri čemer je bila vsebina obiska v celoti ali delno namenjena zdravstveno-vzgojnemu delovanju. Vzorec je neslučajnostni in namenski. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu so posameznikom v okviru svojega obiska na domu razdelile 150 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 60 %.

Med anketiranci je več žensk, 66 (73,30 %), kot moških, 24 (26,70 %). Največ anketirancev je med najstarejšimi (76 let in več), 42 (46,70 %), manj v srednji starostni skupini (66 do 75 let), 26 (28,90 %), najmanj pa je mlajših od 65 let, 22 (24,40 %). Zaključeno srednješolsko izobrazbo je dosegla skoraj polovica anketirancev, 44 (48,90 %), najmanj pa je takih z magisterijem ali doktoratom, 2 (2,20 %). Med kroničnimi obolenji so najbolj pogoste kardiovaskularne bolezni, ki jih ima 60 anketirancev (66,70 %). Najmanj pogosta sta depresija in stres, o katerih poroča 9 anketirancev (10,00 %). Med anketiranci je bistveno manj kadilcev, 17 (18,90 %), kot nekadilcev, 73 (81,10 %).

Opis poteka raziskave

Anketiranje je potekalo v mesecu marcu 2017, po predhodni pridobitvi soglasja Zdravstvenega doma Ljubljana, številka: 820-1-9/2016, in soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, številka: 0120-576/2016-3. Vsem vodjem enot patronažnega varstva Zdravstvenega doma Ljubljana smo osebno razdelili ankete. Te so jih razdelile diplomiranim medicinskim sestram v patronažnem varstvu, ki so v okviru svojega obiska pacientom razdelile anketo. Anketa je bila opremljena s kuverto in pošto znamko ter naslovom. Rešeno anketo so anketiranci oddali na pošto ali pa je po potrebi to opravila medicinska sestra. Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS Statistic 22.0. Uporabili smo metode opisne statistike, t-test, ANOVA.

REZULTATI

Tabela 1: Stališča o zdravju in življenjskem slogu glede na starost anketirancev

Trditve	Celotna populacija	Starost v letih			ANOVA	
		do 65	66 do 75	76 in več	p	F
		n = 22	n = 26	n = 42		
PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)	PV (SO)			
Zdravje postavljam na prvo mesto.	3,98 (0,95)	3,68 (0,99)	3,85 (0,83)	4,21 (0,95)	0,071	2,733
Svoje zdravje ocenjujem kot dobro.	3,08 (0,99)	3,64 (0,58)	2,92 (1,06)	2,88 (1,02)	0,008*	5,126
Za zdravje sem odgovoren sam.	4,07 (0,87)	4,18 (0,85)	4,23 (0,51)	3,91 (1,03)	0,255	1,390
Menim, da sem sposoben samooskrbe.	3,64 (1,22)	4,32 (0,95)	3,77 (0,86)	3,21 (1,37)	0,002*	6,903
Živim zdrav način življenja.	3,46 (0,93)	3,23 (0,97)	3,42 (0,86)	3,60 (0,94)	0,316	1,167
Želim spremeniti svoj življenjski slog.	3,20 (1,12)	3,45 (0,91)	3,50 (0,99)	2,88 (1,23)	0,040*	3,352
Želim si pridobiti novo znanje o zdravem življenjskem slogu.	3,47 (1,06)	3,64 (0,95)	3,69 (0,79)	3,24 (1,23)	0,159	1,876
Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja.	2,98 (1,24)	3,18 (1,37)	3,35 (1,13)	2,64 (1,17)	0,048*	3,141
Nimam občutkov tesnobe oz. potrtosti.	3,21 (1,22)	3,41 (1,14)	3,27 (1,25)	3,07 (1,22)	0,558	0,587

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; ANOVA = enosmerna analiza variance; p = statistično značilna razlika pri vrednosti 0,05 ali manj; F = razmerje povprečij varianc.

Najmlajša skupina anketirancev svoje zdravje v največji meri ocenjuje kot dobro (PV = 3,64, SO = 0,58). Povprečna vrednost ocene te trditve s starostjo upada (druga starostna skupina: PV = 2,92, SO = 1,06; tretja starostna skupina: PV = 2,88, SO = 1,02). Podoben trend vidimo pri trditvah »Menim, da sem sposoben samooskrbe (F = 6,903, $p \leq 0,002$)« in »Želim spremeniti svoj življenjski slog (F = 3,352, $p \leq 0,040$)«. Drugače je pri trditvi »Ne čutim bolečin oz. nimam občutka neugodja.« Tu kaj se skupina najstarejših anketirancev statistično pomembno razlikuje od obeh mlajših skupin, kjer pa povprečna vrednost odgovorov ne upada s starostjo. Glede na spol pri zgornjih trditvah, se je statistično pomembna razlika ($t = -2,505$, $p \leq 0,014$) pokazala pri trditvi »Menim, da sem sposoben samooskrbe,« kjer so ocene žensk (PV = 3,83, SO = 1,13) pomembno višje od ocen moških (PV = 3,13, SO = 1,33). Pri preostalih trditvah razlike med spoloma niso statistično pomembne.

Rezultati, ki opisujejo razlike med starostnimi skupinami v oceni koristnosti nasvetov diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Statistično pomembne razlike so se pokazale na štirih področjih nasvetov. S starostjo narašča ocena pomembnosti na področjih »Odnosi v družini ($F = 3,273, p \leq 0,001$)«, »Obvladanje bolezni ($F = 4,481, p \leq 0,014$)« in »Ohranjanje zdravja ($F = 8,449, p \leq 0,043$)«. Drugače je pri nasvetu »Možnost padca v domačem okolju ($F = 11,746, p \leq 0,001$)«. Tukaj sta povprečni vrednosti prvih dveh starostnih skupin zelo podobni ($PV = 3,09, SO = 1,44; PV = 3,00, SO = 0,98$), statistično pomembno pa se od obeh razlikuje ocena najstarejše starostne skupine ($PV = 4,14, SO = 0,90$), ki te nasvete ocenjuje kot bistveno bolj koristne.

Rezultati kažejo, da se moški in ženske pomembno razlikujejo v spremembah na nekaterih področjih zdravega življenjskega sloga. Moški so naredili statistično pomembno večje spremembe ($PV = 2,92, SO = 1,56$) kot ženske ($P = 2,11, SO = 1,43$) na področju opustitve oz. zmanjšanja kajenja ($t=2,33; p \leq 0,02$). Podobno velja za področje pitja alkoholnih pijač, kjer so moški ($PV = 3,00, SO = 1,56$) izrazili višje upoštevanje znanj, pridobljenih z zdravstveno vzgojo, kot ženske, ki so se v manjši meri ($PV = 2,08, SO = 1,41$) odločale za opustitev oz. zmanjšanje pitja alkoholnih pijač ($t=2,67; p < 0,001$). Pri preverjanju razlik med starostnimi skupinami, med njimi ni statistično pomembnih razlik na področju sprememb vedenj.

Anketirance bi za spremembo življenjskega sloga v največji meri dodatno motivirala podpora oz. sodelovanje družine ($PV = 3,86, SO = 1,15$). Pomemben dodatni motiv bi bil tudi ponovni obisk diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu ($PV = 3,80, SO = 1,24$). Najmanj so se strinjali s trditvijo, da jih ne bi nič motiviralo ($PV = 2,20, SO = 1,26$). Razlika med spoloma se je pokazala pri zadovoljstvu z vključevanjem družine v obravnavo ($t=2,99; p < 0,001$). Moški so izrazili višje zadovoljstvo ($PV = 4,42, SO = 0,58$) kot ženske ($PV = 3,86, SO = 1,15$).

Najpomembnejše statistično pomembne povezave so se pokazale pri željah anketirancev po spremembi življenjskega sloga z željo po pridobivanju znanja o zdravem življenjskem slogu ($r = 0,74, p < 0,01$). Želja po spremembi življenjskega sloga se prav tako pomembno povezuje z nekaterimi vidiki spremembe vedenj po zdravstveni vzgoji. Zmerni sta korelaciji s spremembo prehrane ($r = 0,41, p < 0,01$) ter gibanjem in telesno dejavnostjo ($r = 0,38, p < 0,01$).

DISKUSIJA

Rezultati naše raziskave kažejo, da je zdravstveno-vzgojna vloga delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu pomembna in jo tudi anketiranci ocenjujejo kot koristno. Pri vedenju posameznikov po zdravstveno-vzgojnem delu je prišlo do nekaterih sprememb še posebej pri opuščanju kajenja in pitju alkohola.

Da so naši anketiranci motivirani za spremembo življenjskega sloga, lahko potrdimo z visoko statistično pomembno povezavo med željo po spremembi življenjskega sloga in željo po pridobivanju novega znanja za spremembo življenjskega sloga. Prav tukaj vidimo pomembno vlogo zdravstveno-vzgojnega delovanja diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, ki z zdravstveno-vzgojnimi nasveti spodbuja posameznike k zdravemu življenjskemu slogu in ohranjanju kakovosti življenja s kronično boleznijo (Ramšak Pajk & Poplas Susič, 2017). Dodatno motivacijo za spremembo življenjskega sloga po obisku diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu anketiranci vidijo v udeležbi na zdravstveno-vzgojnih delavnicah, obisku referenčne ambulante in obisku pri osebnem zdravniku. To ocenjujemo kot pozitivno, saj je ena od nalog diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, da na osnovi ugotovljenih potreb pacienta napoti v nadaljnjo obravnavo. Tesno sodelovanje diplomirane medicinske sestre z vsemi zdravstvenimi timi in službami pripomore k reševanju težav pacienta, družine in lokalne skupnosti.

Za človeka je pomembno, da lahko poskrbi sam zase. Sposobnost samooskrbe pomeni poskrbeti za svoja osnovna vsakodnevna in instrumentalna opravila. Rant (2012) v raziskavi Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji, starih od 50 do 90 let navaja, da so anketiranci med 50. in 79. letom večinoma sposobni samooskrbe, nato začne njihova sposobnost samooskrbe upadati. Ženske so skoraj dvakrat pogosteje samostojne pri izvajanju instrumentalnih vsakodnevnih opravil. To statistično pomembno razliko glede na spol anketirancev je pokazala tudi naša raziskava in tudi da s starostjo anketirancev pada ocena sposobnosti samooskrbe.

Anketiranci so najvišjo oceno namenili zdravstveno vzgojnemu nasvetu za ohranjanje zdravja, obvladanje bolezni in način življenja za zdrav življenjski slog. Avstralska raziskava je pokazala, da so bile zdravstveno-vzgojne intervencije diplomiranih medicinskih sester glede dejavnikov tveganja za kronične bolezni pozitivno povezane s povečanjem pripravljenosti za spremembo v fizični aktivnosti in prehrani (Harris, et al., 2013). Podobne rezultate smo dobili tudi mi, saj smo statistično

pomembno povezavo dobili med željo po spremembi življenjskega sloga in spremembo vedenja na področju prehrane in gibanja anketirancev. V naši raziskavi so moški anketiranci naredili pomembno večje spremembe na področju opustitve ali zmanjšanja kajenja in pitja alkohola kot ženske, ne moremo pa trditi, da so te spremembe pomembno vplivale na spremembo življenjskega sloga in vedenja. Bolezen pa ni nikoli samo stvar pacienta, ampak tudi njegove družine. To potrjuje tudi naša raziskava. Anketirancem je, ne glede na starost in spol, najbolj pomembna motivacija za spremembo življenjskega sloga podpora in sodelovanje družine. To strinjanje izražajo tri četrtine anketirancev. Ravno tako v raziskavi Maček in sodelavci (2011) ugotavljajo, da je polovica sodelujočih kot najpomembnejši vir socialne opore navedla prav družinske člane.

Zdravstveno-vzgojni nasvet o možnosti padca v domačem okolju kot najbolj koristen ocenjuje najstarejša skupina anketirancev. To oceno pripisujemo dejstvu, da so padci ena izmed najpogostejših težav v starosti in da se tveganje za padce s starostjo veča. Kukovec in Vičar (2012) navajata, da je verjetnost padca za posameznika nad 65 let starosti 30 %, nad 75 let 40 % in nad 85 let 50 %. Padci imajo za posledice izgubo samostojnosti posameznika, odvisnost od drugih in socialno osamitev (Voljč, 2010).

Rezultatov raziskave ne moremo posploševati zaradi majhnega vzorca anketirancev in omejenega vzorca, ki se nanaša na Ljubljano. Glede na dobljene rezultate raziskave in pomanjkanje raziskav na tem področju menimo, da bi morala stroka temu področju nameniti več pozornosti in ga v prihodnosti tudi raziskovati. Rezultati so pomemben prispevek, ker predstavljajo subjektivno oceno posameznikov o zdravstveno-vzgojnem in preventivnem delovanju diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Tako vprašalnik kot rezultati so lahko izziv nadaljnjim raziskavam.

ZAKLJUČEK

V raziskavi smo ugotovili, da posamezniki zdravje postavljajo na prvo mesto, so motivirani za spremembo življenjskega sloga in so izrazili željo po novem znanju. Anketirancem največjo motivacijo za spremembo življenjskega sloga predstavlja družina. Slednji izražajo tudi visoko zadovoljstvo z obravnavo in preventivnim obiskom na domu. Obisk doživljajo kot spodbuden in motivacijski ter koristen. Zelo pomemben je podatek, da si slaba večina želi ponovnega obiska diplomirane medicinske sestre in da si želijo, da bi jim posvetila več časa. Iz rezultatov raziskave je razvidno, kako pomembna je vloga diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. Anketirancem ponovni obisk diplomirane medicinske sestre z zdravstveno-vzgojnimi nasveti o načinu življenja za zdrav življenjski slog, ohranjanje zdravja in obvladanje bolezni predstavlja drugo pomembno motivacijo za spremembo življenjskega sloga. Po zdravstveno-vzgojnem obisku s svetovanjem so anketiranci naredili spremembe na področju gibanja in prehranjevanja, moški anketiranci pa na tudi področju opustitve kajenja in pitja alkohola

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu je nosilka patronažne zdravstvene nege na domu. Ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja ter opozarja na dejavnike tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje. Posameznikom in družinam na njihovih domovih pomaga, svetuje, motivira, da se soočijo z boleznijo, kronično nezmožnostjo in ohranijo kakovost življenja kljub bolezni. Je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom ter njegovim osebnim zdravnikom. Zgoraj napisano kaže na široko in pomembno vlogo, ki jo ima znotraj primarne ravni zdravstvenega varstva.

Zahvala Avtorici se zahvaljujema vodstvu Zdravstvenega doma Ljubljana za dovoljenje za izvedbo raziskave. Prav tako se iskreno zahvaljujema medicinskim sestram v patronažnem varstvu ZD Ljubljana ter vsem ostalim sodelujočim v raziskavi.

LITERATURA

Anderluh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska pediatrija*, 22(1-2), pp. 38-43.

Bahun, M., 2011. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savić, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnost za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Ljubljana, 9.–10. junij 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 361-367.

Harris, M.F., Chan, B.C., Laws, R.A., Williams, A.M., Davies, G.P., Jayasinghe, U.W., Fanaian, M., Orr, N. & Milat, A., 2013. The impact of a brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BioMed Central Public Health*, 22(13), pp. 1-11.

Kukovec, T. & Vičar, N., 2012. Najpogostejši vzroki padcev. In: E. Kavaš, ed. *Zdravstvena nega – z dokazi v prakso: zbornik strokovnega seminarja 2012*. Murska Sobota, 15. maj 2012. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 26-31.

- Maček, B., Skela Savič, B. & Zorc, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 181-187.
- Novak, E., 2010. Zdravje in z zdravjem povezan življenjski slog v povezavi z zadovoljstvom z življenjem. *Psihološka obzorja*, 19(2), pp. 19-30.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 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.
- Rant, M., 2012. Samostojnost in pomoč starim ljudem pri vsakodnevnih opravilih. *Kakovostna starost*, 15(3), pp. 33-42.
- Tomšič, S. & Orožen, K., 2012. Uvod. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije-Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 3-8.
- Voljč, B., 2010. Padci v starosti. *Kakovostna starost*, 13(3), pp. 26-30.
- Zorc, J., Torkar, T., Bahun, M. & Ramšak Pajk, J., 2010. Metodika zdravstvene vzgoje in promocija zdravja. In: B. Skela Savič, B. M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savič, M. Mežik Veber, K. Romih, S. Pivač, J. Zorc, A. Prebil & M. Bahun, eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege – izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 52-71.
- World health organization. 2014. Noncommunicable diseases country profiles 2014. [pdf] World health organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf [Accessed 26 Januar 2019].
- Yamada, Y., Vass, M., Hvas, L., Hendriksen C. & Avlund, K., 2010. Collaborative relationships in preventive home visits to older people. *International journal of Older People Nursing*, (6), pp. 33-40.



MEDSEBOJNI ODNOSI IN POMEN PODPORE V DELOVNEM OKOLJU

**Mutual attitudes and
meaning of support in
working environment**

Romana Čolić, mag.zdš, zakonska in družinska terapevtka

Psihoterapija Pot

romana.colic@gmail.com

IZVLEČEK

Stres in neusmiljen tempo sta vsakodnevno prisotna v življenju ljudi. Tako na službenem kot osebnem področju. Ljudje v službah naredijo več kot zmorejo. Služba je prioriteta. Čas in energijo se pogosto vlaga v delo tudi izven delovnega časa. To še posebej velja za zaposlene, ki se vsakodnevno skozi delo srečujejo z ljudmi. Sem spadajo tudi zaposleni v zdravstveni in babiški negi, katerih delo je zasnovano na odnosu. Od njih se pričakuje kakovostna in rahločutna skrb za paciente. In ne le to, vedno morajo biti na razpolago, pacientom, svojcem in zdravnikom. Iz vseh strani pričakovanja in pritiski. Ta požrtvovalnost in trud večkrat nista opažena. Prav tako se na zaposlenega ne gleda kot na osebo. Posameznik je v tempu in dinamiki pričakovanja spregledan. Vsa ta dinamika vodi v izgorelost, izčrpanost, nemoč in vdanost. Nihče se ne vpraša kako so, kaj potrebujejo? Ne glede na njihovo čustveno in zdravstveno stanje, morajo biti vedno nasmejani, dobro razpoloženi, ustrezljivi in polni energije. Dinamika takšnega dela lahko pri posamezniku povzroči veliko stresa, negotovosti in nemoči, sploh kadar so medosebni odnosi na delovnem mestu nezadovoljivi. Tako ljudje, ki so deležni nezadovoljnih odnosov in tudi sami zaradi različnih razlogov niso zmožni ustvarjati le-teh, pogosto doživljajo več odtujenosti, osamljenosti, tesnobe in depresije.

Ključne besede: zdravstvena nega, čustva odzivnost, empatija, navezanost, izgorelost

ABSTRACT

Stress and relentless pace are present everyday in people's lives. Both in the service and the personal field. People in services do more than they can. Service is a priority. Time and energy are often invested in work even outside working hours. This is especially true for employees who are working everyday with people on their workplace. These include employees in health care and midwives, whose work is based on relationships. From them is expected to provide quality and careful care for patients. And not only this, they must always be available, to patients, to loved ones and to doctors. From all sides and pressures. This sacrifice and effort has not been observed many times. It is also not perceived as a person per employee. The individual is overlooked in the pace and dynamics of expectations. All this dynamic leads to burnout, exhaustion, powerlessness and devotion. Nobody asked herself how they are or what they need? No matter how they feel and how is their health condition, they must always be smiling, well-mannered, helpful and full of energy. The dynamics of such work can cause a lot of stress, uncertainty and helplessness in the individual, especially when interpersonal relationships in the workplace are unsatisfactory. So, people who have dissatisfied relationships and because of various personal reasons are not able to create them and they are often experiencing more alienation, isolation, anxiety, and depression.

Keywords: Health care, emotional responsiveness, empathy, attachment, burnout

UVOD

Ljudje smo socialna bitja in delujemo v odnosih. Odnosi nas oblikujejo, zaznamujejo, poskrbijo da se v njih razvijamo in brez njih ne preživimo. Posamezniki tako ustvarjamo odnose, ki so lahko vir podpore in razumevanja ali pa polje bolečine in razočaranja. V delovnem okolju je to še toliko bolj pomembno, saj je pomembno kako se posameznik počuti in deluje in koliko se lahko zanese ali upre na sodelavce. Zdravstveni tim, sestavljajo posamezniki, ki prihajajo iz različnih okolij in družin. To pomeni, da vsak prinaša v vsakdanje delo svoje življenjske izkušnje in ima svoj koncept spoprijemanja s stresnimi situacijami in reševanjem konfliktov. Naše izkušnje iz preteklosti oblikujejo prepričanja do vrste dogodkov in situacij v katerih se znajdemo. Tako se ljudje med seboj tudi razlikujemo in smo različno opremljeni za soočanje in spoprijemanje s težkimi situacijami, ki se pri delu pojavijo (Gostečnik, 1999).

Empatija je ena od naravnih sposobnosti človeka, ki posamezniku omogoča razumeti drugo osebo, ne da bi pri tem vdiral v njeno neodvisnost in svobodo. V življenju smo vedno v odnosu, tudi kadar ne želimo komunicirati komuniciramo ali kot pravi Watzlawich (2007) ni mogoče ne komunicirati. V odnosih neprestano poteka komunikacija. Komuniciramo lahko z besedami ali nezavedno – brez besed, s telesno govorico ali afektivnim stanjem. Tako izmenjujemo podatke, izražamo svoja prepričanja, menja, občutja in skušamo vplivati na drugega. V medsebojne odnose vstopamo, ne le z vsebino ampak tudi z načinom kako se izražamo, na kakšen način sporočimo kaj želimo in kaj ne želimo. Ali je naša komunikacija jasna ali vedno znova iščemo načine kako stvari povedati olepšano. Izbiramo kaj lahko povemo in česa ne. To nas oddaljuje od iskrenosti in vodi v disociacijo, kjer postopoma postajamo roboti brez čustev in opravljamo delo, ki nam je dano. Ta neiskrenost postopoma postane problem, saj posameznik izgubi stik s seboj, izgubi želje, motivacijo in postane nezadovoljen in potr. Toliko

težje je ko vir takšne dinamike postane delovno okolje. Naučiti bi se morali komunicirati in biti iskreni do sebe ter drugega. Kot vidimo je komunikacija temeljni steber odnosov in je v delovnih okoljih ključna za dobro počutje in ohranjanje duševnega zdravja (Rakovec Felser, 2009). Najmočnejši vir zadovoljstva, čustvene uravnovešenosti, osebne rasti in najučinkovitejša zaščita pred doživljanjem stresa so ravno zaupni in varni medčloveški odnosi. Medčloveški odnosi, kjer prevladuje iskrenost, zaupanje in varnost posamezniku omogočajo visoko odzivnost, razvijanje palete čustev in zaupanje vase ter druge. Odnosi, ki temeljijo na iskrenosti, zaupanju in čustveni povezanosti umirijo strah in krepijo občutek sposobnosti, učinkovitosti in sprejetosti. Take odnose potrebuje vsak za uspešen razvoj in dobro opravljanje delovnih nalog. Brez tega odnosi postanejo vir bolečine, kar vodi v čustveno izoliranost in travmatično osamljenost (Erzar & Erzar Kompan, 2011).

Namen prispevka: Zavedanje dinamike medsebojnih odnosov in pomen le-teh pri podpori v delovnem okolju.

Cilji prispevka: Ozaveščanje medsebojnih odnosov in dinamike, ki odnose oblikujejo. Prepoznati kako sami soustvarjamo odnose.

ZAČETEK ODNOSA IN KOMUNIKACIJA

Prvo izkušnjo odnosa posameznik dobi v primarni družini že ob rojstvu. Tam se med materjo in otrokom vzpostavi prva čustvena povezanost in prva komunikacija. Ta komunikacija je med njima v telesni povezanosti v dotiku in v odgovarjanju na otrokove potrebe. Dialog se med njima odvija na neverbalni ravni, kjer otrok preko projekcijsko introjekcijske identifikacije pri materi prebudi občutek na katerega mati odgovori. Torej mati na osnovi vznemirjenosti prepozna otrokove potrebe po hranjenju, nežnosti, tolažbi in toplini. Če mati ne zmore prepoznati njegovih potreb in ostane neodzivna za otroka to pomeni, da ostane zaznamovan z občutki zanemarjenosti, zavrženosti, nezaupanja in neželenosti. Na podlagi tega, se otrok nauči prvih vzorcev obnašanja, odzivanja, dojemanja sebe in prilagajanja na odzivnost (Gostečnik, 2017). V primarnih odnosih do tretjega leta starosti otrok izoblikuje relativno trajen vzorec navezanosti na starše. Prepoznavati začne kaj je varno in kaj ne-varno okolje, komu pripada in se nauči, na kakšen način lahko v odnos priključite odraslega, ko ga potrebuje. Če sta starša čustveno zasedena s svojimi konflikti in travmami, bosta težko prepoznala otrokove potrebe in jih ločila od svojih. Za otroka to pomeni, da je starš vir stresa in hkrati tolažbe, saj starša ne prepoznata od kod prihaja določena emocija ali je to iz njunega notranjega sveta ali od otroka (ne prepoznata ali je to strah ali se je otrok ustrašil). Na podlagi tega, se krogotoki, ki uravnavajo raven stresa in vzbujenja ter simpatični in parasimpatični živčni sistem, ne vzpostavijo. S tem povzročijo pretirano vzbujenje obeh sistemov, kar je za otroka izjemno nevarno, saj lahko taka kombinacija nevrotansmitorjev in hormonov fizično poškoduje nevrnska vlakna (Schore, 2003). Ko se ta poškodujejo in ne delujejo pravilno ni mogoče regulirati telesnih senzacij hkrati pa je omejena tudi sposobnost regulacije in zmanjšanja stresa. To je pomembno zaradi tega, ker so emocionalni procesi tisti, ki omogočajo in določajo percepcijo, dojemanje sebe, drugih in sveta, ter način procesiranja senzornih informacij in dražljajev, ki jih zaznava človeško telo (Siegel, 1999). Emocije so nezavedni mentalni procesi, ki niso omejeni le na področje limbičnega sistema, ampak vplivajo na delovanje celotnih možganov in telesa. Zato je za otroka v zgodnjem obdobju pomembno kako se odrasli odzivajo nanj, saj se v možgane otroka zarišejo temelji regulacije emocij, oblika navezanosti in obseg sposobnosti za regulacijo stresa. To je temeljni mehanizem povezave med telesom, afekti in višjimi funkcijami. Sposobnost zavedanja telesnih znakov je tudi kasneje v odraslosti ključna za prepoznavanje čutenj. Telesni odziv je namreč dostikrat tisti prvi signal, ki nam pove kaj čutimo ne da bi se sploh zavedali določenega afekta (Siegel, 1999). Ta vzorec je tudi podlaga za kasnejše vstopanje v odnose, razumevanje in regulacijo afektov ter stresa (Žvelc & Žvelc, 2006).

Drugo pomembno obdobje, ki močno oblikuje posameznika je obdobje adolescence. In vprašanje, ki ga odpira je kdaj lahko rečemo, da je navezanost tvoja in ne zrcalo starševskih strategij? Funkcija navezanosti je vedno ista in sicer sposobnost regulacije emocij s pomočjo drugega ter s pomočjo prepoznavanja, razumevanja in predelave emocionalnega stresa. Ravno na področju regulacije afekta se oblika navezanosti prenaša in hkrati na novo oblikuje z novimi odnosi in razvojem. Adolescenca je namreč odprta za nove odnose s starši, vrstniki in zunanjim svetom (Cassidy & Shaver, 2016). Z vsemi izkušnjami, ki jih posameznik pridobi skozi odraščanje kasneje vstopa v druge medosebne odnose tudi v službi. Le-ti postanejo polje ponovnega prebujanja starih nepredelanih ran in čutenj ter ponovni poskus razreševanja nepredelanih vsebin. Tako vsi novi odnosi vnovično uprizarjajo stare vzorce na podlagi projekcijsko introjekcijske identifikacije (Cvetek, 2009). Stare rane se lahko zacelijo in preoblikujejo le z novim interpersonalnim odnosom, ki posamezniku omogoča novo drugačno izkušnjo. Na podlagi tega lahko posameznik stare obrambne mehanizme, ki so sedaj v odnosu motnja preoblikuje v bolj funkcionalne ali jih celo zamenja.

KOMUNIKACIJA NA DELOVNEM MESTU

Komunikacija je umetnost pri izmenjavi informacij, racionalne in čustvene energije. S pomočjo komunikacije se usposabljammo za medsebojne odnose. Za sporazumevanje zgolj komunikacija ni dovolj, pomembno je tudi sprejemanje in razumevanje sporočil drugega. Na podlagi tega pa tudi odzivnost na drugega (Žmuc Tomori, 1994). Za zdrave odnose je pomembna jasna, konkretna in razumljiva komunikacija. Medicinske sestre se pri svojem delu nenehno srečujejo z različnimi situacijami, življenjskimi dogodki, ki jih v njihovem notranjem spominu lahko odnesejo tudi v situacije iz lastnega življenja. Podoživijo lahko lastno travmo ali prijeten občutek. Njihovo delovanje je razpeto med lastnim doživljanjem situacij, do občutkov pacienta in vplivom nadrejenih. Velikokrat rečemo, da je medicinska sestra v »sredini« dogajanja. Je kot nekakšen moderator v komunikaciji med pacientom in zdravnikom ali v drugi navezi: pacient – svojec.

Komuniciramo torej že od samega rojstva. Ampak zakaj je komunicirati tako težko? Zakaj prihaja do nesporazumov v komunikaciji? Najpogosteje zaradi tega, ker pogosto poteka enosmerno, kar pomeni, da se sicer pogovarjata obe strani, vendar se med seboj ne slišita. V družinskem sistemu bi to bil primer, ko starši otroku pridigajo in ukazujejo, ter se pri tem ne zmenijo za otrokovo počutje, mnenje in potrebe. Na delovnem mestu pa to pomeni, da s strani nadrejenih ni posluha za potrebe, želje in opažanja drugih zaposlenih. Tako v družini, kot na delovnem mestu je ključno, da je posameznik v pogovoru slišan in da sliši drugega. Torej tako kot si želi biti slišan zdravnik, si želi biti slišana in upoštevana tudi medicinska sestra in tudi pacient. Biti slišan pomeni za posameznika, da je sprejet ter dovolj dober takšen kakršen je. Čustvena sporočila v komunikaciji pomenijo, da npr. medicinska sestra v odnosu s pacientom začuti kako se on počuti. To lahko začuti preko izraznih vidikov vedenja posameznika (Rundgapadiachy & Mesner, 2003). Uspešen delovni tim mora dobro komunicirati. Saj je komunikacija temeljni vir za uspeh ali neuspeh. Uspešna komunikacija omogoči dobro sodelovanje v razširjenem zdravstvenem timu. To pa je za delo vseh članov zdravstvenega tima ključno za uspeh. Medicinske sestre morajo biti pri komunikaciji še posebno podkovane saj imajo pacienti pogosto visoka pričakovanja. Pomembno je, da so zmožne hitre presoje, dobre koordinacije, usmerjene pozornosti in hitre izmenjave mnenj. Pacienta morajo spoznati v kratkem času, to pa je možno le z dobrim sodelovanjem zdravstvenega tima, ki deluje skladno (Borak, 2009).

ODNOSI NA DELOVNEM MESTU

Težave iz osebnega življenja in družine se prenesejo v službo. Nemogoče se je v službi vesti nefunkcionalno doma pa biti funkcionalen in obratno. Na podlagi systemske teorije in kibernetike v relacijsko družinskem modelu posameznika razumemo kot sistem in zato tudi njegove čustvene in vedenjske motnje razumemo v kontekstu družinskih interakcij (Gostečnik, 2010). Posameznik torej v službi regulira svoja nerazrešena čutenja in travme kar se dogaja na nezavedni ravni. V praksi to pomeni, da osebo preplavijo občutki tesnobe, panike in strahu, ko je postavljena pred izziv ali ko bi morala prevzeti pobudo in odgovornost. Zaradi tega odlaša s soočanjem z nalogo, pogosto zamuja oziroma je v zaostanku z delom, kljub temu, da jo sodelavci doživljajo kot sposobno. Dinamika te osebe je, da se je v domačem okolju počutila nesposobno in ne dovolj dobro zato kot odrasla oseba na kognitivni ravni razmišlja, da ni dovolj kompetentna. Na vedenjski ravni odlaša in naredi vse, da si to dokaže. Na čustveni ravni pa doživlja strah, tesnobo in paniko. S svojim vedenjem naredi vse, da ji postopoma drugi ne zaupajo več in tako se ji njen vzorec potrdi. Z ozaveščanjem vzorcev, regulacijo bolečih čutenj in novimi drugačnimi izkušnjami je možno takšno dinamiko predrugačiti (Gostečnik, 2011).

Na delovnem mestu, se posameznikova notranja zgodba in izkušnje ponavljajo. Kadar govorimo o ne-varno navezanih ljudeh je potrebno poudariti, da se ti ljudje težje podajajo v nove in neznane situacije. Podajanje v nove situacije prebudi določeno mero negotovosti in tesnobe za kar so varno navezani posamezniki bolj opremljeni kot nevarno navezane osebe. To ne pomeni, da nevarno navezani ne bodo upali iti v nepoznane situacije. Bodo se podali a na veliko bolj tvegano in nesproščen način kot ljudje, ki imajo izkušnje varne navezanosti. Varna navezanost in čustvena odzivnost privedeta do stabilnejšega odnosa do dela in iniciativnosti (Johnson, 2011). Če izhajamo iz tega je zanimanje za drugega pomembno. Najprej v primarni družini, da se odrasli zanimajo za svojega otroka, kasneje na delovnem mestu, da se nadrejeni zanima za svojega podrejenega. Poleg zanimanja je pomembna tudi podpora in potrditev oz. pohvala saj so to varovalni dejavniki pred izgorelostjo. Dobri medsebojni odnosi na delovnem mestu igrajo pomembno vlogo pri dobrem psihičnem počutju posameznika, osebnem in kariernem razvoju. Različne raziskave dokazujejo, da dobri medsebojni odnosi med posamezniki nudijo socialno podporo in izboljšujejo delovno uspešnost ter generirajo zadovoljstvo v življenju (Dutton & Heaphy, 2003).

V medčloveških odnosih tako v družinskem kot tudi službenem okolju je pomembno, da se drug za drugega zanimamo se poslušamo in slišimo ter smo iskreni. V delovnem okolju se pozablja na skrb za čustva zaposlenih kar pa zaposlenim povzroči dodaten stres, ki lahko vpliva tako na njegovo poklicno delo kakor tudi na zasebno področje življenja (Mazhindu, 2009). Zaposleni, ki se na delovnem mestu počuti dobro, sprejeto, slišano in opaženo bo bolj produktiven, pripaden in samoiniciativen (Illuz, 2010). V poklicih, kjer je emocionalno delo sestavni del poklica, profesionalen odnos že dolgo ne zajema več le strokovnega znanja in kakovostno opravljene storitve, ampak vključuje tudi empatijo. Empatija je pomembna na vseh ravneh zdravnik-medicinska sestra-pacient-svojci. Kadar ni sočutja in se vedno znova zahteva le dobra volja, to pomeni, da se težka čutenja ne smejo izraziti, le-to vodi v nezadovoljstvo, izgorelost in disociacijo.

KAJ JE EMPATIJA?

Empatija je sposobnost posameznika, da zazna in razume drugo osebo oziroma se vživi v občutja in misli drugega ter razume njegov položaj. Temelji na zavesti o sebi, kajti če ne razumeš sebe in svojih čustev težko razumeš čustva drugih. Prava empatija vključuje rahločutnost do sebe in hkrati v interakciji z drugo osebo. Z rahločutno interakcijo, zanimanjem za drugega je tako mogoče prepoznati (zlasti čustveno) ozračje tega odnosa. Lažje je razumeti osebo, predvideti njeno vedenje in se tako z njo povezati. Omogoča pozitivne odnose in ohranja socialne vezi, ki človeka izpolnjujejo in so vir potrditve ter samouresničitve. Pomembna je na vseh ravneh, tako na medsebojnih intimnih, družinskih, prijateljskih, službenih odnosih kot tudi širše na družbeni ravni (Simonič, 2014).

RAZVOJ EMPATIJE

Ob rojstvu otroka lahko opazimo temeljne oblike empatije, ko sta otrok in mati v afektivni/čustveni uglašenosti. Njuna prva komunikacija poteka ravno na podlagi te uglašenosti. V komunikaciji z mamo otrok doživlja sprejetost in potrditev svojega bivanja. Ta predverbalna čustvena povezanost je podlaga za nadaljnje oblikovanje komunikacije pri otroku. Ta model mati-otrok postane temeljni model komunikacije tudi kasneje v odraslosti (Juhant, 2006). Čeprav se zdi, da je empatija prirojena je ta vendar le v določeni meri tudi priučena, saj je rezultat učenja, vzgoje ter socializacijskih izkušenj oziroma socialnih interakcij. Na otroka in razvoj njegove sposobnosti empatije najbolj močno vplivajo primarni empatični odnosi in okolja, ki zadovoljujejo otrokove čustvene potrebe ter mu omogočajo, da izraža svoja čutenja in ga spodbujajo k čustveni odzivnosti na druge (Ganer, 2003). Otroci imajo ob rojstvu zelo neegocentričen pogled na drugega, njihove občutke in razpoloženja. Razvijanje čustvenega razumevanja je počasen proces in temelj empatije. Začne se s prepoznavanjem in odzivanjem dojenčka na čustvene izraze drugega. Tako otroci od prvih pojavov zgodnjih oblik empatije razvijajo vedno nove oblike preko izkušenj v odnosih in deljenja doživljanja drugega. To poteka od avtomatične čustvene preplavljenosti do vzajemnih izmenjav, afektivne uglašenosti in poistovetenja. S tem prihaja do različnih oblik empatične odzivnosti. Ključen za razvoj empatije je kontekst odnosa starši/skrbniki-otrok, kjer je pomembno kako so se starši odzivali na otrokove potrebe (Simonič, 2014).

ZAKLJUČEK

Odnosi so utemeljeni na psihobiološki uglašenosti in sočutju. So prostor v katerem se izoblikujemo in razvijamo. Prvinski odnosi nas zaznamujejo ter določajo smernice razvoja temeljnih organskih struktur, ki jih tudi kasneje iščemo v ostalih odnosih v življenju. Po svoji moči so edini prostor, ki lahko korenito spreminjajo človeško življenje in sposobnosti za ustvarjanje potencialno novega prostora varnosti, pristnosti in vzajemnosti. Za dobre medsebojne odnose moramo poznati sebe in svoje doživljanje ter razvijati sočutje.

LITERATURA

Borak, L., 2009. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*. [Elektronski] Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/kongresu-na-pot.html [Poskus dostopa 7 februar 2019].

Cassidy, J. & Shaver, R.P., 2016. *Handbook of attachment*. New York: Guilford.

Cvetek, R., 2009. *Bolečina preteklosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Dutton, J.E. & Heaphy, E.D., 2003. The power of high quality connections. In: K.S. Cameron, J.E. Dutton & R.E. Quinn. *Positive Organizational Scholarship*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, pp. 263-278.

- Erzar, T. & Erzar Kompan, K., 2011. *Teorija navezanosti*. Maribor : Dravska tiskarna ured. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Ganer, P.W., 2003. Child and family correlates of toddlers' emotional and behavioral responses to a mishap. *Infant Mental Health Journal*, 24(6), pp. 580-596.
- Gostečnik, C., 1999. *Srečal sem svojo družino*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C., 2001. *Poskusiva znova*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C., 2010. *Sistemska teorija in praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek; Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C., 2011. *Inovativna relacijska družinska terapija: inovativni psiho-biološki model*. Ljubljana: Brat Frančišek; Teološka fakulteta; Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C., 2017. *Družinske terapije in klinična praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek; Teološka fakulteta; Frančiškanski družinski inštitut.
- Illuz, E., 2010. *Hladne intimnosti. Oblikovanje čustvenega kapitalizma*. Ljubljana: Krtina.
- Johnson, S.M., 2011. *Hold me tight: your guide to the most successful approach to building loving relationship*. London: Piatkus.
- Juhant, J., 2006. *Človek v iskanju svoje podobe: Filozofska antropologija*. Ljubljana: Študentska založba.
- Mazhindu, D., 2009. Ideal nurses and the emotional labour of nursing. *Nursing Research*, 16(2), pp. 4–91.
- Rakovec Felser, Z., 2009. Zloraba moči in nasilje v medsebojnih razmerjih. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(1), pp. 37–43.
- Rundgapadiachy, D.M. & Mesner, N., 2003. *Medsebojna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa*. Ljubljana: Educy.
- Schore, N.A., 2003. *Affect dysregulation and the repair of self*. New York: Norton.
- Siegel, J.D., 1999. *The developing mind*. New York: Guilford.
- Simonič, B., 2014. Psihoterapija kot možnost razvoja empatije v odraslosti. *Andragoška spoznanja*, 20(4), pp. 63-76.
- Watzlawick, P., 2007. *Menschliche Kommunikation*. Bern: Hans Huber.
- Žmuc Tomori, M., 1994. *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO.
- Žvelc, M. & Žvelc, G., 2006. Stili navezanosti v odraslosti. *Psihološka obzorja*, 15(3), pp. 51–64.



CELOSTNA OBRAVNAVA OTROK Z MOTNJO V DUŠEVNEM IN TELESNEM RAZVOJU - PRIKAZ PRIMERA

**Holistic treatment of
children with development
mental and physical
disorders - case study**

Ivanka Limonšek, dipl.m.s., univ. dipl. org.
Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja

ivanka.limonsek@zavod-dornava.si

IZVLEČEK

Uvod: Obravnava otrok z duševno in telesno motnjo je zelo zahtevna. Da so lahko prepoznane in zagotovljene otrokove potrebe mora biti izdelana integrativna diagnoza z načrtovanimi obravnavami, ki so individualno prilagojene otroku. Prepoznavanje potreb je oteženo zaradi osnovne motnje ter dodatnih motenj. Veliko otrok z motnjo v duševnem in telesnem razvoju ni sposobnih zadovoljivo izpolnjevati svojih življenjskih potreb. V kolikšni meri te osebe potrebujejo pomoč, sklepamo na podlagi informacij o stopnji duševne motnje in glede na pridružene telesne motnje. Kazalnika, ki nakazujeta potrebo po zdravstveni negi, sta tudi pogostost akutnih obolenj in kombinirane motnje. Za kakovostno obravnavo je nujen celosten pristop. **Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna metoda z opravljeno študijo primera v katero je bila vključena deklica z motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Uporabili smo kombinirano vrsto gradiva (razpoložljivo medicinsko, zdravstveno in negovalno dokumentacijo, integrativno diagnostiko ter pedagoška poročila). Pridobljeno gradivo smo analizirali besedno, pridobljene podatke pa uredili v kode in kategorije. Študija primera je bila izvedena jeseni 2018. **Rezultati:** Vzorec raziskave je bila deklica (14 let) z zmerno motnjo v duševnem in telesnem razvoju, slepoto in spektroavtistično motnjo. Ugotovili smo, da potrebuje primerno obliko komunikacije in strukturirano okolje. Zaradi osnovne motnje ni sposobna verbalno komunicirati, brez vzpodbude ne vzpostavi kontakta, ne vzpostavi očesnega kontakta, ne zmore sodelovati v zunanjih aktivnostih brez pomoči druge osebe, ne prepoznava nevarnosti v okolju ter potrebuje veliko pomoči pri dnevnih aktivnostih. Glede na sposobnosti na različnih področjih njen razvoj dosega razvoj otroka starega od 10 mesecev do 3 let. **Diskusija in zaključek:** Ker gre za trajno motnjo ter pridružene težave (SAM, slepota) je izdelava individualnega načrta in izvedba obravnav zelo zahtevna. Za zagotavljanje ugotovljenih potreb je potreben celosten, individualen ter interdisciplinaren pristop. Interdisciplinaren tim izdelava integrativno diagnozo, ki omogoča prepoznavanje otrokovih potreb, s tem pa postavitve realnih ciljev v obravnavi.

Ključne besede: otrok z zmerno duševno motnjo, individualni pristop, interdisciplinarni pristop

ABSTRACT

Introduction: The treatment of children with development mental and physical disorders is very difficult. For identify and ensure the needs of the child, an integrative diagnosis must be made with planned treatments that are individually for the child. **Identification of needs are difficult because of disorder.** Many children with mental or physical disorders are unable to satisfy their living needs. What they need, we conclude on the basis of information of degree mental disorder and physical disorders. Indicators indicating the need for nursing are also the frequency of acute illnesses and combined disorders. A holistic approach is needed for quality treatment. **Methods:** Our research was based on qualitative research method and use a case study of girl with moderate mental disorder. We used a combination of materials (available medical, health and nursing documentation, integrative diagnosis and pedagogical report). The data were collected, analyzed, arranged in the codes and the categories. The case study was made in the autumn of 2018. **Results:** A sample of the study was a girl (14 years old) with moderate mental and physical disorders, blindness and spectroavtistic disorder. We found that it needs a proper form of communication and a structured environment. Due to the basic disturbance, she is not able to communicate verbally, without establishing a contact, establishing an eye contact, unable to participate in external activities without the help of another person, not recognizing the danger in the environment and needs a lot of help in daily activities. Depending on the abilities in various fields, the development of the child is from 10 months to 3 years. **Discussion and conclusion:** Because it is a permanent disorder and associated problems (SAM, blindness), the preparation of an individual plan and the implementation of treatments is very demanding. A holistic, individual and interdisciplinary approach is needed to ensure identified needs. An interdisciplinary team creates an integrative diagnosis that enables the identification of children's needs, and thus the setting of realistic objectives under consideration.

Key words: child with moderate mental disorder, individual approach, interdisciplinary approach

UVOD

Motnja v duševnem in telesnem razvoju (MDTR) je nevrološko pogojena razvojna motnja, ki nastopi pred dopolnjenim osemnajstim letom starosti in se kaže v pomembno nižjih intelektualnih sposobnostih ter pomembnih odstopanjih prilagoditvenih spretnosti. Glede na stopnjo motnje v duševnem razvoju ločimo otroke z lažjo, zmerno, težjo in težko motnjo v duševnem razvoju (MMDSZ, 2004). Glede na motnjo imajo otroci različne potrebe ter potrebujejo različne stopnje pomoči (Drobne, et al., 2009). V kolikšni meri te osebe potrebujejo pomoč, lahko sklepamo na podlagi informacij o stopnji motnje in informacij o pridruženih motnjah v telesnem razvoju (lažji motorični izpad, zmerna, težja ali težka motorična telesna motnja). Kazalnika, ki nakazujeta potrebo po zdravstveni negi, sta tudi pogostost akutnih obolenj in kombinirane motnje, kar pomeni, da imajo lahko osebe hkrati kronično bolezen, prirojene sistemske anomalije, epilepsijo, motnje senzoričnih organov ipd. (MMDSZ, 2004). Pogosto imajo tudi težave pri razvoju komunikacije ter potrebujejo primerne, posebej prilagojene spodbude. Če jim ne pomagamo razvijati učinkovitejše komunikacije, obstaja velika verjetnost, da prevzamejo pasivno vlogo ali razvijejo neprilagojeno vedenje, s katerim vzbujajo pozornost (Korošec & Ogrin, 2013). Poleg motenj govora se težave kažejo na področju percepcije, učenja, spomina, koncentracije, organizacije, koordinacije, senzomotorične integracije in drugo (Levc, 2014). Največ težav pri komunikaciji imajo osebe z motnjami avtističnega spektra (SAM). Nekateri se izogibajo očesnem kontaktu, so zelo aktivni, mirni ali zatopljeni vase. Ne kažejo s prstom na stvari, da bi opozorili nanje, in ne delijo svojih zanimanj z drugimi (Hannah, 2009). Kobolt in sodelavci (2015) navajajo, da obstaja cel spekter čustvenih in vedenjskih motenj, ki se praviloma pojavljajo skupaj s primanjkljaji na drugih področjih, npr. z motnjami pozornosti ali hiperaktivnostjo, z govorno-jezikovnimi motnjami, z motnjami avtističnega spektra ipd.

Pri opredelitvi posebnih potreb pri otrocih z MDTR upoštevamo biološke, socialne, psihološke in okoljske dejavnike, saj tudi vzroki za te motnje izhajajo iz različnih področij, kar lahko posamezno ali v kombinaciji sproži in vzdržuje otrokove neprimerne čustvene in vedenjske odzive (Kobolt, et al., 2015). Vedenjske in čustvene motnje so tako lahko zunanje ali notranje pogojene in se odražajo v različnih oblikah, kot so avtoagresivno in agresivno vedenje, čustvene motnje ipd. (Žerovnik, 2004). Obravnava otrok in mladostnikov z duševno in telesno motnjo je zelo zahtevna. Zagotovljene morajo biti vse osnovne življenjske potrebe ob upoštevanju vseh posebnosti posameznika z individualno načrtovano diagnostiko ter obravnavami, ki so prilagojene vsakemu otroku posebej (Timby & Smith, 2005). Celosten pristop in interdisciplinarna obravnava otrok s posebnimi potrebami je temelj za njihovo dobro psihofizično počutje in zdravje. V interdisciplinarnem timu sodelujejo defektolog, psiholog, socialna delavka, fizioterapevt, logoped, delovni terapevt in diplomirana medicinska sestra. Le ti tudi sestavljajo habilitacijski tim (Limonšek, 2008). Pri individualni obravnavi se upošteva, da se posamezni otroci zaradi svojega stanja ne zmorejo ali ne znajo sami identificirati. Intelektualne sposobnosti dojemanja oseb z motnjami so tako omejene, da ne razumejo, zakaj je določen postopek potreben, zadovoljevanje dnevnih in drugih aktivnosti pa lahko razumejo kot grobo poseganje v njihov osebni prostor. Nekateri reagirajo z nemirom zaradi strahu, ki ga povzročajo negativni občutki zaradi nezmožnosti razumevanja, drugi ne zmorejo izraziti svojega počutja. Zaradi naštetega je opazovanje in ocenjevanje uspešnosti obravnave proces, ki zahteva od izvajalca veliko strokovnega znanja in dobro poznavanje posameznika (Brenčič, 2008).

Kakovostna zdravstvena nega otrok s telesnimi in z duševnimi motnjami zahteva celosten pristop strokovnjakov s posebnimi znanji in izkušnjami ter sodelovanje s starši ali skrbniki. Čeprav imajo otroci z MDTR mnogo skupnih značilnosti, so njihove osebnosti in potrebe posebne, zato mora biti pristop načrten, individualen ter usmerjen v ohranjanje in pridobivanje njihovih sposobnosti.

METODE

Uporabljena je bila kvalitativna metoda z opravljeno študijo posameznega primera družbenih entitet v katero je bila vključena deklica z motnjo v duševnem in telesnem razvoju.

Opis instrumenta

V teoretičnem delu so bili podatki zbrani s pomočjo domače in tuje strokovne in znanstvene literature z iskanjem ključnih besed. Uporabili smo kombinirano vrsto gradiva, ki po Mesecu (2009) vključuje tako primarno kot sekundarno gradivo (razpoložljivo medicinsko, zdravstveno in negovalno dokumentacijo, integrativno diagnostiko ter pedagoška poročila).

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni priložnostni vzorec. Vzorec raziskave je bila deklica z zmerno motnjo v duševnem in telesnem razvoju, spektroatistično motnjo in slepoto. V raziskavi niso nikjer omenjeni osebni podatki otroka, iz katerih bi lahko sklepali na njegovo identiteto. Zagotovljene so bile pravice do neškodovanja, do polne pojasnitve, do samoodločbe, do zasebnosti, do anonimnosti in zaupnosti. Izvajalki zdravstvene nege je bila pojasnjena vsebina, cilji in namen raziskave, način zbiranja in obdelave podatkov, način poročanja o rezultatih ter trajanje hranjenja podatkov.

Opis poteka raziskave

Raziskava je trajala od novembra do decembra 2018. Izvedena je bila v dveh fazah. Prva faza je bil pregled razpoložljive dokumentacije in zbiranje pomembnih podatkov. V drugi fazi je bila izvedena analiza, transkripcija ter odprto kodiranje. Iz pridobljenih podatkov so bile določene vsebinsko določene kode in definirane kategorije.

REZULTATI

Iz zdravstvene dokumentacije oz. zdravniške evidence bolezni (Zdravstveni karton učenca, obrazec 8,8, odpustnice, izvidi) je razvidno, da gre pri otroku za zmerno motnjo v duševnem razvoju, SAM in slepoto. Podatkov o nosečnosti ni. Rojena je bila v 34-35 tednu nosečnosti. Porodna teža 1460 g.

Iz individualnega načrta zdravstvene nege, za obdobje od 01. 11. do 30. 11. 2018 je razvidno, da ima deklica naslednje primanjkljaje (LOSS lestvica):

- ni sposobna vzpostaviti kontakta z drugo osebo, odziva se pozitivno na prijetne in negativno na neprijetne izkušnje,
- je nesposobna upoštevati pravila in zakonitosti,
- ne zmore se naučiti določenih spretnosti in jih obdržati,
- ne zmore sodelovati v rekreacijskih aktivnostih izven domačega okolja, zmore pa pasivno uživati v stvareh, ki jo osrečujejo,
- ni samostojna v načrtovanju dnevnih aktivnosti,
- ne zna verbalno izraziti svojih potreb in čustev, neverbalno pa jih izraža poznanim,
- ni sposobna prepoznati nevarnosti v okolju in se jim izogniti,
- je popolnoma odvisna pri izvajanju osebne higiene in skrbi za urejenost,
- ne zmore se sama obleči in sleči,
- je nesposobna zadovoljiti potrebo po spanju in počitku in ne ločuje med dnevnim in nočnim ritmom.

Na podlagi ugotovitev v negovalni anamnezi medicinska sestra pri otroku načrtuje ZN, katere širši cilji so:

- deklica bo urejena in čista,
- ne bo obstipirana,
- ne bo vznemirjena,
- ne bo poškodovana,
- počutila se bo varno.

Negovalne diagnoze:

- Popolna nezmožnost samonege,
- Npopolna verbalna komunikacija,
- Npopolna ali popolna inkontinenca,
- Nesposobnost prilagajanja,
- Spremenjeni miselni procesi (Gordon, 2003).

Analiza pridobljenih podatkov:

Tabela 1: Analiza pridobljenih podatkov

IZJAVE IZ INTERVJUJA, PODATKI IZ NEGOVALNE IN ZDRAVSTVENE DOKUMENTACIJE	KODE	KATEGORIJE
Zaletavajoča hoja, teče, po stopnicah hodi samostojno, vendar ob varovanju druge osebe. Pomoč potrebuje pri hoji navzgor, na neravnem terenu, na ledenih površinah. Roke drži narazen, kot, da bi tipala. Hoja je široka.	Groba motorika	Razvoj otroka
Pincetni prijem je razvit. Med prsti vrti drobne predmete. Drobne stvari si približa do oči. Prijema in otipava predmete, gnete glino, čečka, pisalo drži v celi pesti.	Fina motorika	
Moti jo svetloba. Oči ima ves čas priprte. Ugotovi smer zvoka, prepozna osebe po govoru, loči jok in smeh. Loči moko-suho, mrzlo-vroče, trdo-mehko. Prepozna smrad in prijeten vonj.	Perceptivno motorične spretnosti (vid, sluh, tip, vonj, okus)	
Je prehitro, žveči hrano. Potrebuje vodenje. Sedi pri mizi in sama drži žlico.	Hranjenje	Sposobnosti
Ne pove o potrebi, temveč enostavno vstane in gre na stranišče. Ne prižge si luči, ne zna opraviti opravil po uporabi WC-ja. Občasno obstipacija.	Izločanje, odvajanje	
Pri oblačenju in slačenju potrebuje pomoč. Zapeti ji je potrebno gumbe, zavezati vezalke, pravilno obrniti oblačila.	Oblačenje in slačenje	
Umije se sama. Ne zna si nastaviti primerne temperature. Ne zna se sama obrisati in umiti zob. Potrebuje pomoč in vodenje.	Vzdrževanje telesne čistoče in urejenosti	
Potrebuje pomoč v okolju, ki ga ne pozna. Ne zna se izogniti nevarnostim v zunanjem okolju.	Izogibanje nevarnostim v okolju	
Rada posluša glasbo, vendar ne sme biti preglasna. Po eno taktnem ritmu pleše z enostavnimi gibi.	Glasbene spretnosti	
Sporazumeva se neverbalno. Z jezo odreagira na njej neljube dogodke. Spora-zumeva se z glasovnimi vzorci in obrazno ekspresijo (se nasmehne). Se hihita, oglašča se z glasovi, delno zlogi (pu-pa, pa-pa ...).	Komunikacijske spretnosti	
Zaveda se dražljajev okolja, odzove se na fizične kontakte. Pusti se potolažiti, Sledi osnovnim navodilom. Koncentracija je majhna, do 10 minut. Občasno vzpostavi očesni kontakt, ki pa je bežen.	Socialno emotivne spretnosti	

Tabela 2: Integrativna diagnostika

1a. Psihiatrična diagnoza (DSM IV) 1b. Razvojna psihiatrična diagnoza	OS -1: stereotipno vedenje, pasivnost, agresija (jeza) OS 2: Zmerna duševna motnja OS 3: SAM, amaurosis SRPD: suspektno na patologijo (47%)
2. Psihopatološki mehanizem a) izvor vedenja – zgodnji razvoj b) vzrok pojavljanja, od kdaj	Agresija v obliki izražene jeze se je pojavljala že v zg. otroškem obdobju. Enako tudi stereotipija (zibanje zg. dela telesa, predvsem glave). Razlog je lahko SAM.
3. Biološki faktorji	Praematurus, nevrološka motnja
4. Nevrofiziološki faktorji	Nerazvit govor, abnormna nevrološka simptomatika, slepota
5. Kognitivni aspekti in učenje (rezultati uporabljenih psihodiagnostičnih sredstev)	Vinelandska lestvica vedenjske prilagojenosti: področje vsakdanjih spretnosti: MS = 2-3 leta področje motorike: MS = 18 mes področje komunikacije: MS = 10 mes področje socializacije: MS = 18 mes
6. Nevropsihološki faktor	
7. Razvoj osebnosti	Faza adaptacije
8. Osebnostne lastnosti	Je zadržana, občasno se glasno brez razloga nasmeji, z jezo odreagira na neljube dogodke.
9. Potrebe	Svojih potreb ne zna izraziti, telesni kontakt jo pri njej znanih oseb pomiri, ob ugodnih senzornih dražljajih dovoli objem.
10. Interakcijski vzorci	Očesni stik vzpostavi za kratek čas. Ne izraža svojih potreb. Ne komunicira z ostalimi. Včasih se vznemiri ob določenih zvokih.
11. Eksistenčni problemi	Potrebuje individualni pristop in mirno okolje, prilagojeno in strukturirano.
12. Okolje	Živi v institucionalnem varstvu. Biva v skupini 7 oseb.
13. Tretma (obravnav)	vzpostaviti psihofiziološko homeostazo, ki bi ugodno vplivala na razvoj bazalne sigurnosti, individualna obravnava, relaksacija, integracija senzornih dražljajev, struktura prostora, časa in aktivnosti

DISKUSIJA

Deklica ima zmerno motnjo v duševnem razvoju (tabela 2). Gre za trajno stanje, ki zahteva veliko prilagajanja v okolju in prepoznavanja njenih potreb. Kot navaja Drobne s sodelavci (2009) je to stanje, ki kaže na znižane intelektualne sposobnosti ter zahteva različno veliko pomoči in podpore. Do nevrološke poškodbe je prišlo zaradi nedonošenosti. Pri deklici se kaže motnja vedenja kot spekter avtističnih motenj (tabela 2). Vključena je v tim za obravnavo oseb z avtizmom, kjer delajo po metodi Vedenjske analize (Applied behavioral analysis - ABA), uporablja se intenzivna vedenjska terapija in metoda Učenja in izobraževanja otrok z avtizmom (Teaching and Education of Children with Autism-TEACCH). Otrok s SAM sebe ne doživlja kot člana skupine. Takšen otrok ne sledi interesom drugih otrok, temveč le svojim lastnim (Hannah, 2009). To je tudi značilnost otrok, ki slabo vidijo. Dobro se počuti v znanem okolju. Na področju grobe motorike ni večjih težav. Potrebuje pomoč pri zahtevnejših aktivnostih, kot je hoja po stopnicah. Predmete si približa očem, moti jo svetloba. Deklica se v neznanem okolju ne znajde, kar pokaže z jezo in strahom (tabela 1). Vse navedeno se pojavlja pri otrocih, ki zelo slabo vidijo oz. pri slepoti. V okolju potrebuje oznake in prilagoditve. Brenčič (2008) pravi, da nekateri otroci z MDTR ne razumejo kaj želimo z izvajanjem aktivnosti doseči, zato lahko naše aktivnosti razumejo kot poseganje v njihov osebni prostor. Pri deklici se pojavlja problem nepoznavanja okolja ter slepote (tabela 1). Za boljše sporazumevanje je potrebno uporabljati takšno obliko komunikacije, ki jo bo otrok razumel (Prebil in sod., 2009). Nepoznavanje mladostnice lahko vodi v situacije, ki so neprijetne za vključene posameznike, posebej za otroka. Žerovnik (2004) pravi, da so lahko vedenjske in čustvene motnje, s tem pa neželene oblike vedenja zunanje pogojene ter se odražajo z vedenjskimi izpadi. Medicinska sestra si mora pri delu vzeti dovolj časa in se mu posvetiti, da pridobi zaupanje otroka. To je zelo pomembno, ker s tem otroka pomiri ter tako prepreči neprijetne situacije. Otroku z MDTR je medicinska sestra dolžna posredovati informacije na tak način, da jih bo razumel in bo lahko aktivno sodeloval v procesu obravnave. Enako ugotavljajo Peterka Novak (2009) in Brenčič (2008), ki pravita, da za ustrezno ravnanje izvajalci potrebujejo veliko strokovnega znanja, delovnih izkušenj, sposobnost vživljanja v pacienta, sposobnost poslušanja in sposobnosti za spremljanje nebesedne komunikacije. Korošec in Ogrin (2013) pravita, da je neučinkovita komunikacija lahko razlog za pasivnost. Pri deklici opažamo, da se kaže pasivnost predvsem v neznanem okolju ter v okolju, kjer ni njej ugodnih dražljajev (tabela 1). Josipović (2007) poudarja, da ni najpomembneje ugotoviti negovalno diagnozo, ampak optimalni način za njeno razrešitev. Na podlagi ugotovljenih potreb in zbranih podatkov smo ugotovili, da je izdelava individualnega načrta za otroka z MDTR zelo kompleksni proces, ki zahteva veliko strokovnega znanja, izkušenj in sposobnosti vzpostavitve primerne komunikacije. Za opredelitev potreb otroka in izdelavo individualnega načrta je pri otroku z MDTR potrebno upoštevati biološke, socialne, psihološke in okoljske dejavnike (Kobolt et al., 2015), kar nam omogoča v zdravstveni negi procesna oblika dela ter integrativna diagnostika. Interdisciplinarnost nam omogoča celosten pristop, s tem pa višjo kakovost v izvajanih pristopih.

ZAKLJUČEK

Za izvedbo aktivnosti in obravnav je potrebno dobro sodelovanje vseh članov tima. Pri otroku je potrebno pridobiti zaupanje, da se zmanjša strah, ki se lahko kaže kot jeza in agresija, aktivnosti pa morajo biti zastavljene tako, da izhajajo iz otrokovih lastnih potreb. Za prepoznavanje potreb je potrebno strokovno znanje, izkušnje ter primerna oblika komunikacije. Posameznika je treba sprejeti takšnega kot je ter sprejeti drugačnost. Dobro strokovno znanje, izkušnje in timsko delo so podlaga za izvedbo načrtovanih aktivnosti. Osnovni princip dela je prepoznavanje vedenja, ki je otroku lastno ter znakov, ki kažejo, da je lahko otrok v stiski, ker niso prepoznane njegove potrebe. Načelo celostnega in individualnega pristopa je, da ne iščemo načinov kako odpraviti simptome, temveč iščemo vzroke, ki so te simptome povzročili. Dobro strokovno znanje, izkušnje in timsko delo so podlaga za izvedbo aktivnosti, ki omogočajo kakovostno življenje otrok s posebnimi potrebami. Osnovni princip dela na tem področju je prepoznavanje znakov in vedenja, ki so otroku lastni ter znakov, ki kažejo na to, da je otrok v stiski, ker niso prepoznane njegove potrebe. Iz vsakdanjega življenja vemo, da je ugotavljanje čustvenih potreb pri otrocih (tudi pri tistih, ki nam opišejo svoje občutke in doživljanje) zelo zapleteno, prav gotovo pa je še težje takrat, kadar moramo o njihovem čustvovanju sklepati zgolj na podlagi njihovega vedenja. Da bi pri osebi, ki jo negujemo, dosegli zaupanje, ji moramo jasno izkazati, da imamo zanjo dovolj časa in da nam je mar za njeno počutje.

LITERATURA

- Brenčič, J., 2008. Sodoben pristop v pediatrični zdravstveni negi pri otrocih in mladostnikih s posebnimi potrebami. In: A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek, B. Žabkar, eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju: zbornik predavanj*. Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Dornava, 09. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 12–9.
- Drobne, J., Mohar, P. & Prebil, A., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
- Gordon, M., 2003. *Negovalne diagnoze - priročnik*. Maribor: Rogina d. o. o.
- Hannah, L., 2009. Učenje mlajših otrok z motnjami avtističnega spektra. Maribor: Center društvo za avtizem, pp. 11–3.
- Josipović, S., 2007. *Rettov sindrom – priročnik*. Celje: Tihi angeli, društvo za pomoč osebam z Rettovim sindromom.
- Kobolt, A., Rajniš Pinterič, M., Rogelj, F., 2015. *Otroci s čustvenimi in vedenjskimi motnjami*. In: Vovk-Ornik, N. ed. *Kriterij za opredelitev vrste in stopnje primanjkljajev, ovir oziroma motenj otrok s posebnimi potrebami*, pp. 32–4.
- Korošec, B. & Ogrin, M., 2013. Podporna tehnologija: Nadomestna in dopolnilna komunikacija. *Rehabilitacija*, 12(2), pp. 91–9.
- Kos, H., 2013. *Zdravstvene težave, povezane s cerebralno paralizo, predvsem bolečina*. Zveza sožitje. Available at: <http://www.soncek.org/cerebralna-paraliza/cerebralna-paraliza/definicije-vzroki-pogostost-oblike> [10. 1. 2019].
- Levc, S., 2014. Liba laca lak: kako pomagamo otroku do boljšega govora. Ljubljana: samozal., pp. 129–142.
- Limonšek, I., 2008. Vloga medicinske sestre v multidisciplinarnem timu v ZUDV Dornava. In: A. Černetič, D. Dobrinja, M. Kelbič, I. Limonšek, B. Žabkar, eds. *Pediatrična zdravstvena nega otroka in mladostnika z motnjami v telesnem in duševnem razvoju: zbornik predavanj*. Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Dornava, 09. maj 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 7–10.
- Macedoni Lukšič, M., Jurišič, B., Rovšek, M., et al., 2009. *Smernice za celostno obravnavo oseb s spektroatističnimi motnjami*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2004. *Vizija razvoja socialno-varstvenih zavodov za usposabljanje*. [online] Available at: http://www.mdds.gov.si/fileadmin/mdds.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/zavodi_usposabljanje_vizija_kocno.pdf [9.1. 2019].
- Peterka Novak, J., 2009. Zdravstvena obravnavo otrok z duševnimi motnjami. In: P. Pregelj & R. Kobentar. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: 2009. Založba Rokus Klett, pp. 312-19.
- Prebil, A., Mohar, P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Timby, B. & Smith, N. E., 2005. Pediatric nursing. In: Timby, B., Smith, N. E. eds. *Essentials of Nursing: Care of Adults and Children*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkons, pp. 109–24.
- Žerovnik, A., 2004. *Otroci s posebnimi potrebami*. Ljubljana: Družina.



POSEBNOSTI PRI ZDRAVSTVENI NEGI NEDONOŠENČKA PO PREMESTITVI IZ TERCIARNE USTANOVE V PORODNIŠNICO

**Special features in the health
care of premature infants
after transfer from tertiary
deparment to maternity
hospital**

Diana Zadnikar, dipl. m. s.

Javni zavod Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Neonatalni in porodniški oddelek

prim. Inka Lazar, dr.med., spec. pediatrije

Javni zavod Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

diana.zadnikar@bgp-kranj.si

IZVLEČEK

V prispevku je predstavljena vloga medicinske sestre pri oskrbi nedonošenčka, gestacijske starosti od 30.-35. tedna, po premestitvi iz terciarne ustanove v regionalno bolnišnico ali porodnišnic. Predstavljene so morfološke in fiziološke značilnosti nedonošenčka, ki zahtevajo posebnosti v zdravstveni negi. Zdravstvena nega zahteva poleg znanja zdravstvene nege otrok in pediatrije tudi specifična znanja za pravilen holističen pristop, natančnost, strokovnost, toplino in empatijo do staršev, ki so bili prikrajšani za normalen poporodni potek zaradi prezgodaj rojenega otroka. Medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo staršev do te mere, da pri skrbi postanejo samostojni in jih lahko odpustimo v domačo oskrbo. Ob odpustu je pomembno tudi vključevanje in sodelovanje z drugimi zdravstvenimi službami (patronažna medicinska sestra, izbrani pediater).

Ključne besede: prezgodaj rojen otrok; zdravstvena vzgoja; intenzivna nega; medicinske sestre

ABSTRACT

This paper presents the role of a nurse in the intensive care unit for premature infants, gestational age from 30 to 35 weeks after relocation from a tertiary regional hospital or maternity ward, until the release home. We also touch the subject of morphological and physiological characteristics of premature babies, which require: specialties in nursing care. In addition to the basic knowledge of paediatrics and nursing care, children also need health care and specific knowledge for the correct holistic approach, accuracy, professionalism, warmth and empathy to parents who were deprived of a normal post-natal birth experience due to premature birth. In addition to work with premature babies, nurses are the one who perform health education to parents, to the extent that they become independent when they go home. When discharging, it is also important to involve and cooperate with other health care providers (community nurse, selected paediatrician...).

Keywords: prematurely born children; special care; health education; intensive care; nurses

UVOD

Nedonošenčki so novorojenčki rojeni pred 37 tednom nosečnosti. Glede na gestacijsko starost so zmerno nedonošeni novorojenčki rojeni med 34 in 37 tednov gestacije; zelo nedonošeni pa so rojeni med 29 in 33 tednom gestacije. Nedonošenčki rojeni pred 29 tednom gestacije so izjemno (ekstremno) nedonošeni (Bregan, 2014). Glede na porodno težo razdelimo na nedonošenčke z ekstremno nizko porodno težo (pod 1000g); nedonošenčke z zelo nizko porodno težo (pod 1500g) in nedonošenčke z nizko porodno težo (pod 2500g) (Bratanič & Paro Panjan, 2014).

Poleg somatskih znakov nezrelosti imajo nedonošenčki tudi nezrelo delovanje organskih sistemov, kar jih lahko življenjsko ogroža. Zaradi nezrelih dihal pogosto potrebujejo pomoč pri dihanju (dodatek kisika, različni načini invazivne ali neinvazivne umetne ventilacije). Tudi cirkulatorna nestabilnost ni redka, zlasti ob še morebitnem odprtem Botallovem vodu ali spremeljajoči prirojeni napaki srca. Zaradi nezrelosti prebavil sprva potrebujejo popolno parenteralno prehrano ob čim hitrejšem uvajanju enteralnega, vsaj trofičnega prehranjevanja, po stabilizaciji dihal in obtočil. Zaradi nezrelega žilja možganov so nagnjeni k krvavitvam v možganovino ali v možganske ventrikle. Pogosto se razvije indirektna hiperbilirubinemija. Zaradi nezrelega imunskega sistema so pri nedonošenčkih pogoste sistemske okužbe (sepsa). Preživetje nedonošenčkov, zlasti tistih z zelo nizko in ekstremno nizko porodno težo, je možno samo z zdravljenjem v enotah za intenzivno terapijo novorojenčkov. Zdravljenje lahko traja več tednov ali celo mesecev. Po vzpostavitvi samostojnega dihanja, cirkulatorne stabilnosti, enteralnega prehranjevanja in ko se ne pričakuje več pomembnih zapletov, je možna premestitev nedonošenčka v regionalno porodnišnico ali otroški oddelek regionalne bolnišnice. V našo porodnišnico so najpogosteje premeščeni v 30 do 35 tednu korigirane starosti. Še vedno pa se ti novorojenčki močno ločijo od donošenih in potrebujejo posebno skrbno obravnavo in pripravo na odpust, kar je tema tega prispevka.

SPREJEM NEDONOŠENČKA

V regionalno porodnišnico ali bolnišnico je novorojenček premeščen v transportnem inkubatorju v spremstvu medicinske sestre in lahko tudi zdravnika. Ob prihodu nedonošenčka prevzmeta zdravnik in medicinska sestra. Medicinska sestra od spremljajočega osebja pridobi osebne podatke otroka, osnovne informacije o dosedanjem zdravljenju. Natančno se mora seznaniti z načinom, vrsto in ritmom prehrane ter časom zadnjega obroka. Pomembno je tudi, da pridobi podatke o odvajanja

nju blata in izločanju urina. Če ima vstavljen hranilno sondo, mora zabeležiti datum vstavitve sonde in datum predvidene menjave. Preverimo lego in prehodnost sonde. Natančno mora zabeležiti morebitna zdravila, čas zadnje aplikacije. Če ima otrok žilni pristop, je potrebno zabeležiti tudi datum vstavitve žilnega pristopa; preveriti njegovo prehodnost in pregledati mesto vstopa. Medicinska sestra tako lahko pridobi tudi vse ostale informacije v zvezi z zdravstveno nego, stanjem otroka in morebitnimi drugimi posebnostmi. V zdravstveno nego vključujemo tudi starše. Pogosto je ob otroku premeščena tudi njegova mamica, kateri se predstavimo in ji razložimo načrt našega dela. Tukaj nastopi prva pomembna vloga medicinske sestre pri vzpostavitvi profesionalnega odnosa s starši in obenem odnosa, ki temelji na zaupanju, ki si ga lahko pridobimo s strokovnim in natančnim delom in je ključnega pomena pri nadaljnji oskrbi otroka.

NAMESTITEV NEDONOŠENČKA

Tudi še po 30. tednu gestacijske starosti nedonošenčki slabo uravnavajo telesno temperaturo. Lahko se hitro podhladijo ali pregrejejo. Telesno toploto še vedno izgubljajo s konvekcijo (oddajanje toplote s telesne površine v zrak v okolici); z radiacijo (oddajanje toplote s telesne površine na bližnje hladne predmete) in s kondukcijo (oddajanje toplote proti hladni podlagi) (Sedin, 2011).

Po sprejemu nedonošenčka namestimo v že ogreto odprto ležišče z žarčnim grelcem v ogretem prostoru brez prepaha. Večkrat dnevno kontroliramo telesno temperaturo pod pazduho z elektronskim termometrom. Tudi zdravstvena nega in pregledi otroka se opravljajo pod žarčnim grelcem. Če je nedonošenček vitalno stabilen, ga lahko namestimo v ogrevano vodno posteljico.

NADZOR VITALNIH FUNKCIJ

Po sprejemu, zlasti še pri zelo nezrelih nedonošenčkih, nadzorujemo vitalne funkcije s pomočjo monitorja, ki beleži frekvenco srčnega utripa, frekvenco dihanja in nasičenost krvi s kisikom. Pri oceni dihalne funkcije opazujemo še dihalno delo in dihalni volumen. Pozorni smo na obliko dihanja (periodično dihanje, neredno dihanje, dihalni premori). Nadzorujemo obtočila (frekvenca srca, ocena periferne perfuzije). Beležimo odvajanje blata in seča. Ocenjujemo ritem budnosti in spanja, aktivnost in spontano gibanje ter otrokove odzive na dražljaje. Ko je otrok vitalno stabilen, nadzor z monitorjem ni več potreben, še vedno pa smo pozorni na morebitni razvoj kliničnih znakov poslabšanja zdravstvenega stanja. Pogosto otroka po tem, ko je vitalno stabilen, premestimo v posteljico z apnea blazino. Mami pojasnimo pomen in način delovanja blaznice in ukrepanje ob morebitnem nastopu dihalnega premora.

HRANJENJE

Prehrana otroku zagotavlja normalno rast in razvoj. Pri novorojenčku ima prehrana tudi pomemben vpliv na razvoj možganov. Zaradi nezrele funkcije in motilitete črevesja, manjšega izločanja prebavnih encimov in hormonov ter razvojne nevrološke nezrelosti, je pri nedonošenčkih pogosto sprva potrebna popolna parenteralna prehrana. Ob stabilnih vitalnih funkcijah se čim prej uvede vsaj minimalno, trofično enteralno hranjenje (Lozar Krivec, 2018).

Za hranjenje preko ust mora imeti novorojenček razvito sesanje, oblikovanje požirka, požiranje in usklajeno sesanje, požiranje in dihanje. Za prehransko sesanje je potrebno usklajeno gibanje mišic ustnic, lic, jezika, neba. Nепrehransko sesanje so pri plodu opazili v 10 tednu gestacije, v 11 tednu gestacije pa že prvo požiranje plodovnice. Nепrehransko sesanje je prisotno vse do 32 tedna gestacije. Sesanje je še neredno, ima manjšo amplitudo. V 34 tednom gestacije je razvito že prehransko sesanje, ki služi prenosu požirka mleka preko ust, še vedno pa ni popolnoma usklajeno požiranje z dihanjem (Lekan, 2010).

Za dobro požiranje morajo usklajeno delovati mišice jezika, mehkega neba, orofaringealne mišice, mišice žrela, grla in požiralnika. Usklajenost teh funkcij je odvisna od zrelosti živčevja oziroma nevrološkega stanja novorojenčka. Tudi mišična hipotonija, ki je normalna za nedonošenčke, vpliva na težave pri hranjenju preko ust. Nedonošenčki imajo tudi kratka obdobja budnosti. Dobro usklajenost sesanja, požiranja in dihanja nedonošenčki dosežejo pri 36 tednu gestacije (Lozar Krivec, 2018). Donošeni novorojenčki požirajo najpogosteje ob koncu vdih, nedonošenčki pa med koncem izdih in naslednjim vdihom ali med vdihom, kar privede do dihalnih premorov ob požiranju (Lekan, 2010).

Razvoj vseh teh funkcij poteka individualno in se lahko sposobnost hranjenja preko ust vzpostavi že pred 36 tednom gestacije. Večina nedonošenčkov, ki je bila po zdravljenju v intenzivni enoti premeščena v našo porodnišnico, je bila še delno ali

popolno hranjena enteralno, običajno preko gastrične sonde. Možno je še hranjenje po sondi vstavljeni v jejunum (transpilorično hranjenje). Sonda je vstavljena preko ust ali preko nosnice.

Po sprejemu v porodnišnico nadaljujemo sprva z enakim načinom hranjenja kot ob premestitvi. Skrbimo za lego in prehodnost hranilne sonde in jo menjavamo ob znakih zapore ali redno po priporočilih proizvajalca. Pozorni smo na morebitni razvoj znakov slabega prenašanja enteralnega hranjenja: slabost, bruhanje, napet trebušček, ki pa so lahko tudi znaki sistemskega obolenja ali nekrotizantnega enterokolitisa novorojenčka.

Naš naslednji cilj je postopen prehod na hranjenje preko ust. Pri doseganju tega cilja ima medicinska sestra ključno vlogo. Boljše sesanje skušamo doseči z oralno stimulacijo – senzorična stimulacija ustnic, jezika, čeljusti, mehkega neba, žrela, grla. Najbolj razširjena je stimulacija z dudo ali mezinem. Po podatkih iz literature oromotorična stimulacija skrajša prehod do popolnega oralnega hranjenja (Hočevnar, 2018).

Oceniti moramo tudi sposobnost novorojenčka za oralno hranjenje, kar ni enostavno. Za ocenjevanje oromotorične funkcije obstaja več lestvic. V svetu se veliko uporabljata dve lestvici. Lestvica NOMAS (angl. Neonatal Oral-Motor Assessment Scale) sloni na opazovanju gibov in oblike jezika, prisotnost ali odsotnost gibov čeljusti, hitrost sesanja. (Lekan 2010, Hočevnar 2018).

Lestvica The Early Feeding Skills Assessment for Preterm Infants ocenjuje pripravljenost nedonošenčka na začetek hranjenja, oromotorične sposobnosti in vedenjsko organizacijo nedonošenčka pet minut po hranjenju. Med hranjenjem opazujemo usklajenost sesanja, požiranja in dihanja (Lekan 2010, Hočevnar 2018). Med hranjenjem nadzorujemo frekvenco dihanja, obliko dihanja, frekvenco srčnega utripa in saturacijo. Prvo hranjenje po cuclju vedno opravi medicinska sestra. Količina mleka je ob prvem hranjenju po steklenički majhna. Če otrok tako hranjenje dobro sprejema, počasi večamo količino mleka, do tiste mere, da je otrok hranjen izključno s stekleničko.

Mame postajajo ob hranjenju svojega otroka po cuclju vse bolj samostojne. Če otrok lepo napreduje v razvoju, mati prične z dojenjem. Nedonošenček za hranjenje porabi veliko energije. Zato z dojenjem pričnemo postopoma, sprva le z enim do dvema obrokom na dan, nato z vsakim drugim obrokom in ko je otrok dovolj pri moči, mamina laktacija pa se je vzpostavila, lahko začnemo z izključnim dojenjem.

KOMUNIKACIJA S STARŠI

Medicinska sestra mora pri obravnavi otroka upoštevati sprejeto doktrino zdravstvene nege otroka, pacientove in otrokove pravice. Od uspešne komunikacije je odvisen na zaupanju temelječ odnos med zdravstvenim osebjem in starši, ki je ključ do uspeha pri zdravstveni obravnavi. Potek in izboljšanje negovalnega procesa je odvisen od komunikacije in informacij tako s strani osebja, kot tudi staršev (Janičijević & Kuralt, 2012).

Namen učinkovite komunikacije med zdravstvenimi delavci in starši ni le informiranje in podajanje informacij, ampak je tudi aktivno sodelovanje in soodločanje staršev. Starši so zaradi bolnišničnega okolja, aparatur in stanja otroka velikokrat prestrašeni, negotovi, kritični in informacij ne razumejo. Zaradi skrbi do svojega otroka so lahko tudi nerealni in obtožujoči do zdravstvenih delavcev. V procesu komunikacije so zdravstveni delavci lahko nejasni, površni, nestrokovni, v komunikacijo lahko vključujejo svoje lastno mnenje in prenašajo svoje lastne konfliktna situacije. Prvi korak pri vzpostavitvi odnosa je, da se medicinska sestra in zdravnik predstavita z imenom in priimkom in ne samo s funkcijo, ki jo opravljata (Milanović, 2014).

S starši otrok komuniciramo s posebno pozornostjo, saj so v trenutkih, ko se gre za njihovega otroka zelo ranljivi in občutljivi. Kontakt z njimi imajo vsi zdravstveni delavci, ki so vključeni v obravnavo nedonošenčka, najbolj sta izpostavljena medicinska sestra in zdravnik. Pri podajanju informacij sta vključena tako verbalna, kot neverbalna komunikacija. Pri vzpostavitvi komunikacije in podajanju informacij je pomembnih več dejavnikov: mirno okolje očesni kontakt, razumljivost in relevantnost informacij, ton glasu, profesionalnost, kretnje, spoštljivost.

Starši pridobivajo različne informacije o zdravstvenem stanju otroka, zato moramo biti pri podajanju informacij čim bolj enotni, jasni in kratki. Omogočimo jim čas za premislek in po potrebi informacije večkrat ponovimo (Milanović, 2014).

Otrokovi starši si naše informacije interpretirajo vsak na svoj način in so v dojemaju različni, zato se temu primerno tudi odzivajo. Zato morajo zdravstveni delavci način komunikacije prilagoditi posameznim staršem. Reševanje morebitnih nesporazumov sproti, pravočasno zaznavanje in izogibanje oviram komunikacije pripomorejo k boljšemu odnosu med starši in zdravstvenimi delavci, večjemu zadovoljstvu staršev in zdravstvenega osebja (Milanović, 2014).

Potek hospitalizacije, počutje staršev in posledično otroka je v veliki meri odvisen od pristopa in odnosa zdravstvenih delavcev, do staršev in otroka. V izražanju empatije in spoštovanja zdravstvenega osebja do staršev in njihovega nedonošenčka ter v ohranjanju dobrih odnosov s starši, je lahko tudi težka izkušnja in soočanje z nedonošenčkom za starše lažje. Cilj zdravstvene obravnave nedonošenčka je med drugim tudi zadovoljstvo staršev.

PODPORA STARŠEV IN ZDRAVSTVENOVZGOJNODELO

Pri vzpostavitvi dobrega odnosa med osebjem in starši moramo najprej poskrbeti za njihovo zaupanje. To dosežemo tako, da smo natančni, skrbni, empatični in profesionalni. Pri obravnavi otrok in njihovih staršev se ravnamo po načelih kodeksa etike, zato med pacienti ne delamo razlik, jih ne obsojamo, ne glede na versko izpoved, raso, politična prepričanja, narodnost.

Starše poslušamo in, če je možno upoštevamo tudi njihove želje. Že od samega začetka jih vključujemo v skrb za otroka, bodisi tako, da jim omogočimo dotikanje, ljubkovanje, pestovanje. Postopno mamica prične z nego otroka, sprva še pod nadzorom medicinske sestre. Zdravstvena vzgoja vključuje navodila o pravilnem ravnanju z nedonošenčkom, rokovanje in higienska načela, kot so umivanje in razkuževanje rok, uporaba zaščitnih sredstev.

S pričetkom hranjenja po cuclju ali dojenja se bistveno spremeni tudi vloga mame. Preden je otrok sposoben dojenja, je pomembno, da medicinska sestra mamo nauči pravilnega črpanja mleka, masaže dojk v primeru zastojnih dojk, pouči jo o pravilnem shranjevanju mleka in ko je otrok sposoben tudi hranjenja po steklenički. Medicinska sestra mami nudi psihično podporo, jo vzpodbuja in poudarja razliko o pričakovanem počasnejšem napredovanju nedonošenčka v primerjavi z donošenim novorojenčkom. Mamice nedonošenčkov seznanimo s pripomočki, ki jih bo potrebovala za oskrbo in nego nedonošenčka. Nedonošenčki pogosto pijejo iz stekleničke z manjšim cucljem in manjšo odprtino na cuclju, saj mora mleko teči počasi. Doječo mati se spodbuja k rednemu pristavljanju in se ji prestavi načine za povečanje laktacije. Razložimo ji, da za vzpostavitev dojenja lahko traja dalj časa. Če se mama zaradi osebnih razlogov ne odloči za dojenje jo pri tem ne obsojamo.

Pravilno rokovanje z otrokom (handling) mamico uči fizioterapevtka

Rojstvo nedonošenčka je za mamico zagotovo dogodek na katerega ni bila pripravljena. Med zdravljenjem v enoti za intenzivno terapijo je bilo pogosto še vprašljivo preživetje novorojenčka. Po premestitvi v regionalno bolnišnico je še vedno nejasen izid psihomotoričnega razvoja. Razumljivo je, da so starši, še posebno mamice, pod hudim psihičnim pritiskom. O svojem strahu nekatere odkrito spregovorijo, spet druge molčijo, vendar njihovo vedenje odraža tesnobo ali celo depresijo. Pogosto se čuti tudi nezaupanje staršev do zdravstvenega osebja. Zato je pomembno, da si vzamemo čas in se z mamicami pogosto umirjeno in potrpežljivo pogovarjamo. Medicinska sestra je zdravstveni delavec, ki ima največ stika s starši, je vedno na voljo za pomoč. Mamo podpira, ji svetuje in jo v težkih trenutkih vzpodbuja. Pomembna je vzpostavitev zaupnega odnosa, kar vsekakor pripomore tudi k izboljšanju psihičnega stanja mame. Šele tedaj mamica postane samostojna in neodvisna pri negi svojega nedonošenčka.

Ob odpustu nedonošenčka obvestimo pristojno patronažno službo, ki nato doma prav tako s posebno pozornostjo spremlja novorojenčka in mamico.

ZAKLJUČEK

Nedonošenčki so skupina otrok, ki potrebujejo posebno oskrbo, specialna znanja in poseben pristop pri zdravstveni obravnavi. Medicinske sestre morajo biti pri svojem delu z nedonošenčki strokovne, odgovorne, izobražene ter večje opazovanja, spremljanja, vrednotenja in ukrepanja. V dobrem sodelovanju z zdravnikom in drugimi zdravstvenimi profili lahko prispevamo h kakovostni, holistični obravnavi nedonošenčkov. Poudarek je na uspešni komunikaciji s starši, ki je bistvenega pomena za nemoten potek obravnave ter za zadovoljstvo tako staršev, kot zdravstvenih delavcev. Pri nedonošenčkih moramo zaradi nezrelosti prilagoditi vse zdravstveno negovalne postopke, potrebno se je zavedati, da je napredek počasnejši in postopen, v primerjavi z donošenimi novorojenci. Zdravstvena nega nedonošenčkov zahteva specialna znanja. Vključevanje mame v proces dela lahko izboljša potek hospitalizacije ter pozitivno vpliva na psihično stanje mame ob že tako prisotnem strahu, negotovosti in skrbi, do svojega nedonošenčka. Vloga medicinske sestre je tudi podpora, vzpodbuda, učenje in pomoč staršem.

Literatura

- Bratanič, B. & Paro Panjan, D., 2013. Neonatologija. In Kržišnik C. et al., eds. *Pediatrija. 1.izd.* Ljubljana: DZS, pp. 203–237.
- Bregant, L., 2014. Značilnosti nedonošenčkov. In L. Kornhauser Cerar, ed. *Vaš nedonošenček. Priručnik za starše in zdravstvene delavce.* Ljubljana: Dušstvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom. pp. 19–29.
- Hočevar, A., 2018. *Vloga medicinske sestre pri procesu prehoda z enteralnega na oralno hranjenje pri nedonošenčku: diplomsko delo.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. Available at: <http://repositorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=102950>. pdf [1. 2. 2019].
- Janičijević, Z. & Kuralt, N., 2012. Kako bi se zdravstveni delavci bolje razumeli s starši bolnih otrok. In: M. Pavčnik Arnol, et al. eds. *Kritično bolan in poškodovan otrok: razpoznavna, zdravljenje in prevoz. XVI. Izobraževalni seminar, november 2012.* Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana, pp. 182–185.
- Lekan, M. 2010. *Prepoznavna motenj hranjenja pri novorojenčku.* Slovenska Pediatrija, 17(2), pp. 52–58.
- Lozar Krivec, J., 2018. Enteralna prehrana pri nedonošenčkih. In Paro-Panjan, D. & Fister, P. eds. *Prehrana in prebavila pri novorojenčku.* Ljubljana: Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, katedra za pediatrijo, pp. 49–64.
- Milovanović, 2014. Pomen pravšnje komunikacije s starši bolnih otrok. In: Š. Grosek, et al. eds. *Kritično bolan in poškodovan otrok: razpoznavna, zdravljenje in prevoz. XVIII. izobraževalni seminar, november 2014.* Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center: Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo. pp. 145–147.
- Sedin, G., 2011. Physical Environment. In A. A. Fanaroff,, R.J..Martin, & M.C. Walsh, Neonatal Perinatal Medicine. *Diseases of the Fetus and Infant.* 9th ed. St Louis: Mosby, pp 555–570.



PRISOTNOST STARŠEV Z OTROKI V BOLNIŠNICI

Presence of parents with children in a hospital

Sabina Kaplan, dipl. m.s.

Minja Petrovič, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Oddelek za otroško kirurgijo,
Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo

sabina.kaplan@kclj.si

IZVLEČEK

Sprejem otroka na zdravljenje v bolnišnico ima za otroka velik pomen. Mlajši kot je otrok, težje dojema, da mora priti in ostati v bolnišnici. Večji otroci sicer lažje razumejo, se hitreje spoprijemajo z neznanim okoljem in novimi ljudmi, vendar tudi oni neradi ostanejo sami v neznanem okolju. Sprejem v bolnišnico na zdravljenje, ki je lahko načrtovan ali nenačrtovan, predstavlja stres tako za otroka kot za starše. Danes so starši lahko prisotni ob otroku ne glede na njihovo starost. Prisotnost staršev z otrokom v bolnišnici, pomeni hitrejše in lažje spoprijemanje s stresnim zdravljenjem. V načrt zdravstvene nege medicinske sestre vključujejo tudi starše. S svojo prisotnostjo, komunikacijo in vodenjem zdravstvene nege, medicinske sestre starše in otroka spodbujajo k aktivnemu sodelovanju in vključevanju v aktivnosti zdravstvene nege. Tako se otrokom omogoči manj stresno okrevanje, starši dobijo občutek nadzora in koristnosti v sami zdravstveni negi in pridobijo pomembna znanja za nego otroka, ko je le ta odpuščen iz bolnišnice v domače okolje.

Ključne besede: otrok, starši, medosebni odnosi, medicinska sestra.

ABSTRACT

Accepting a child for treatment in a hospital has a great significance for the child. The younger the child is, the harder it perceives that he must come and stay in the hospital. Larger children understand it easier, they deal with the unknown environment and new people quicker, but they also do not like to remain alone in an unknown environment.

Hospital admission to treatment, which may be planned or unplanned, presents stress for both the child and the parents. Today, parents can be present with the child regardless of their age. The presence of parents with a child in a hospital means faster and easier coping with stressful treatment. Parents are also included in the nursing plan. With their presence, communication and care, nurses encourage parents and children to participate actively and participate in nursing activities. This allows children to receive less stressful recovery, parents gain a sense of control and usefulness in their own nursing care and gain important knowledge for caring for the child when he is released from the hospital to his home environment.

Key words: child, parent, interpersonal relations, medical nurse.

UVOD

Nekoč so starši otroka pripeljali v bolnišnico na zdravljenje, ga po končanem zdravljenju prišli iskat. Med samim zdravljenjem so nemočni opazovali in čakali na svojega otroka pred zastekljenimi zaprtimi vrati zapiše Kornhauser (2010). V štiridesetih letih prejšnjega stoletja v razvitih državah začeli nameščati novorojenčke v sobe z materami, kar so poimenovali »rooming-in« zapiše Bratanič (2004). V Sloveniji se je za danes odprte, a nekoč zaprte bolnišnice v Sloveniji, zavzemal Pavle Kornhauser, ki je bil tudi med ustanovitelji Evropske zveze za pravice otroka v bolnišnici. Vse ukrepe za boljše počutje otrok v bolnišnici je imenoval »humanizacija hospitalizacije«. Ti ukrepi vključujejo odpiranje bolnišničnih šol in otroških vrtcev v vseh slovenskih bolnišnicah, uvedejo se celodnevni obiski za starše in obiskovalce bolnih otrok. V aktivnosti zdravstvene nege se prične vključevati starše otrok in prične se učenje staršev kronično bolnih otrok potrebnih posebne nege za čim hitrejšo vrnitev otroka v domače okolje (Kornhauser, 2010).

Pojem humanizacija hospitalizacije po Hoyer (1991) tako vključuje:

- odprto bolnišnico, ki omogoča sožitje otroka s starši v času bivanja v bolnišnici,
- racionalno diagnostiko, terapijo in nego,
- pravilno indikacijo za napotitev otroka v bolnišnično zdravljenje,
- ustrezno kratko ležalno dobo,
- ustrezen pediatrični režim na otroškem bolnišničnem oddelku,
- zdravstveno vzgojno delo s starši.

Pomembno vlogo v razvoju prisotnosti staršev ob bolnem otroku je imel Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo (KOOKIT) in po tem modelu so se zgledovale tudi druge bolnišnice (Kornhauser, 2010).

Hospitalizacija dojenčka, predšolskega ali šolskega otroka je stresni dogodek, na katerega se posamezniki bolj ali manj burno odzovejo. Danes je za duševno otrokovo zdravje zelo pomembno, da je ob hospitaliziranem otroku prisoten starš. S

tem se zmanjša stres pri otroku, skrajša se okrevanje otroka in posledično so krajše ležalne dobe (Bratanič, 2004), starše se lahko nauči tudi osnov rehabilitacije (Kornhauser, 2010) in omogoča sožitje tudi v času bolezni. Prisotnost staršev z otrokom v bolnišnici in otrokove pravice so danes zapisane in določene tudi zakonsko.

ZAKONODAJA

Leta 1991 je bila sprejeta pravica otrok, ki je zapisana v Ustavi Republike Slovenije. *Človekove pravice in temeljne svoboščine* pod 56. členom navajajo pravice otrok:

»Otroci uživajo posebno varstvo in skrb. Človekove pravice in temeljne svoboščine uživajo otroci v skladu s svojo starostjo in zrelostjo.

Otrokom se zagotavlja posebno varstvo pred gospodarskim, socialnim, telesnim, duševnim ali drugim izkoriščanjem in zlorabljanjem. Takšno varstvo ureja zakon.

Otroci in mladoletniki, za katere starši ne skrbijo, ki nimajo staršev ali so brez ustrezne družinske oskrbe, uživajo posebno varstvo države. Njihov položaj ureja zakon. « (URL, 2016)

S tem je Slovenija uresničila eno temeljnih načel Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah, da mora biti pri vseh dejavnostih v povezavi z otroki njihove koristi glavno vodilo. Konvencija o otrokovih pravicah je obvezujoča listina v zdravstvu in kot dopolnilo z zakonodajo Republike Slovenije otroka vzame pod zaščito. Opozarja, da otrok ni pomanjšan odrasel človek in ima pravico do najvišje ravni zdravstvene obravnave in rehabilitacije (Kaplan, 2012).

Leta 1986 je Britansko združenje za dobrobit otroka v bolnišnicah (ang. NAWCH) prvič zapisalo in sprejelo Listino o pravicah otrok v bolnišnici. Ta izhaja iz Splošne deklaracije o človekovih pravicah. Družina je naravna in temeljna enota družbe, s pravico do družbenega in pravnega varstva ter poudarja tiste posebnosti, ki jih je potrebno zagotoviti otroku. Besedilo je bilo potrjeno kot Velika listina »MAGNA CHARTA« maja 1988 na 1. Evropski konferenci o otrokovih pravicah v bolnišnici v Leydnu na Nizozemskem. 8. marca 1996 je tudi Pediatrična sekcija Slovenskega zdravniškega društva sprejela več sklepov in priporočil, s katerimi predlaga, da se otrokom, ki se zdravijo v bolnišničnih oddelkih v Sloveniji zagotovijo pravice po merilih, ki jih je sprejelo Evropski združenje za pravice otrok v bolnišnici (EACH) z Leydno »Magna charto« (Varuh človekovih pravic, 2004; Prebil, et al 2010).

Otrokove pravice vključujejo tudi:

Prisotnost staršev z otrokom v bolnišnici, za kar Jenkole (2009) meni, da se vse premalo izhaja iz resnične koristi za pomoč otroku, saj se v reševanje problema redko vključuje otroka. Ob tem bi bilo potrebno upoštevati drugačnost njegovega čutenja, dojetanja stvarnosti, upoštevati njegov pogled in mnenje, seveda v skladu z njegovo zrelostjo in sposobnostjo. Otroku se mora omogočiti izraziti svoje mnenje, lahko pa to možnost tudi odkloni. Starši se morajo zavedati, da je prisotnost starša ali skrbnika pravica otroka in ne njihova pravica.

Pravica do stalnega spremstva, ki jo Brulc (2010) navaja kot dva sestavna dela. Prvo opiše kot splošno pravico do navzočnosti starša pri obravnavi svojega otroka, ko je le ta v obravnavi pri izvajalcih zdravstvenih storitev. To je na primer prisotnost pri ambulantnem posegu pri pediatru, cepljenju, zobozdravstvenem posegu, specialističnem pregledu, diagnostičnem postopku, fizioterapiji. V drugem primeru pa gre za posebno upravičenje, kadar gre za otroka sprejetega v bolnišnico. Tu se pravica zagotavlja v obliki nastanitve (bivanja) enega od staršev/skrbnika/rejnika, v zdravstveni ustanovi. Pravica do nastanitve je posebna oblika pravice do stalnega spremstva in obsega zagotovitev prenočevanja in prehrane ter zadovoljevanje higienskih potreb. Seveda lahko vključuje tudi materialne stroške nastanitve (prehrana, ležišče).

Roditeljske pravice so zakonske pravice staršev, kar pomeni, da roditeljska pravica obstaja predvsem iz zakonske dolžnosti staršev, z namenom, da otroku zagotovijo zdravo rast, skladen osebnostni razvoj, ga usposobijo za samostojno življenje in delo, hkrati pa skrbijo tudi za življenje, osebnostni razvoj, pravice in koristi svojih mladoletnih otrok. Ob tem morajo znati prepoznati in zadovoljiti otrokove potrebe, hkrati pa je s tem povezano tudi določeno odpovedovanje staršev, uskladitev, prilagoditev njihovega obnašanja potrebam otroka. Za korist otroka ne moremo šteti le njihovih želja in pričakovanj navaja Šalinger (2009). Marčič Maruško (2009) meni, da so starši prvi, ki so in imajo, tako pravico kot dolžnost, pomagati svojemu otroku v stiski in ga ustrezno zastopati.

PRISOTNOST STARŠEV Z OTROKOM V BOLNIŠNICI

Bolnišnično okolje in hospitalizacija ni prijetna ne za otroka in ne za starše. Že misel, da mora otrok od doma zaradi bolezni ali poškodbe in da zanj skrbijo ljudje, ki niso njegovi starši, je vedno travmatična. Vendar pa je bivanje v bolnišnici lahko tudi

pozitivna izkušnja, s katero si otrok krepi samozavest, se nauči obvladovati strahove in tesnobo vloga staršev in osebja v bolnišnici pa je, da mu pri tem nudijo oporo ter mu pomagajo, da se iz te izkušnje uči in jo obvlada (Vrba, 2009).

Starši želijo sodelovati in zato vključevanje staršev temelji na partnerskem odnosu z medicinsko sestro, katera jih aktivno vključuje v aktivnosti zdravstvene nege, ki so povezane z njihovim otrokom in njegovo boleznijo. Aktivnosti načrtuje in izvaja s prilagajanjem posameznikom in njihovim svojcem. Ob tem medicinska sestra budno spremljanja dogajanja z otrokom, usmerja, vodi in vzgaja starše za izvajanje nege v domačem okolju. Spodbuja in seznanja starše, da je njihova dolžnost, da nadzirajo svoje občutke in vedenje, saj lahko s svojim vedenjem močno vplivajo na zaznavanje otroka (zvišuje prag bolečine, povečuje otrokovo stisko bivanja v bolnišnici, ovirajo komunikacijo z/med otroki, medicinsko sestro, zdravnikom, vzgojiteljico) (Kaplan, 2012).

PREDNOSTI IN SLABOSTI PRISOTNOSTI STARŠEV

Novak (2004) opisuje, da je kljub razumevanju starševske in otroške stiske potrebo upoštevati, da ima prisotnost starša oziroma skrbnika ob otroku v bolnišnici zaradi zdravljenja svoje prednosti in slabosti:

Prednosti:

- Večji nadzor: fizična varnost otroka.
- Zmanjšan je stres. Otrok ima občutek varnosti, če ve, da so ob njem starši. Priprave na poseg je potrebno razložiti staršem in otroku na način primeren njegovi starosti, kar lahko če imajo starši željo, tudi sami razložijo na način, ki je primeren za njihovega otroka. Ob tem starši otroku ne smejo lagati o bolečini, temveč morajo povedati otroku, da bo poseg boleč, vendar mu bodo stali ob strani in da ni nič narobe, če joče, ali kako drugače izraža bolečino in strah.
- Prisotnost ob posegu samem. Nekaterim otrokom je lažje, če ga starši ob posegu držijo za roko, jim nežno prigovarjajo ali pa so samo prisotni v prostoru.
- Pomagajo otroku pri premagovanju bolečine – predvsem psihične bolečine. Pri manjših otrocih s pestovanjem, pri večjih otrocih pa z odkritim pogovorom in izkazovanjem ljubezni.
- Pomoč osebju. Starši najbolje poznajo svojega otroka, tako lahko ob stalni prisotnosti otroka opazujejo, beležijo zaužito ter izločeno tekočino.

Slabosti:

- Možnost prezreti spremembo na otrokovem telesu ali otrokovem počutju, predvsem zaradi nepoznavanja otroka s strani zdravstvenega stanja. Tu ne gre za malomarnost staršev ampak za ne prepoznavanje sprememb, ki so zdravstvenemu osebju pomembne.
- Prevelika posesivnost nad otrokom. Zaradi prevelike skrbi in zaščitniškega obnašanja staršev lahko predvsem najstnikom onemogočijo normalen socialen razvoj.
- Izgorelost staršev. Spopad z otrokovo boleznijo in zdravljenje izčrpa tudi starše. Tako jim začne primanjkovati energije, pojavi se utrujenost, potrtnost, nespečnost, občutki praznine, občutek krivde, razburjenost, razdražljivost in pasivnost. Starše je potrebno opozoriti, da si vzamejo tudi čas zase in otroka pustijo v oskrbi zdravstvenemu osebju.
- Raziskava ki so jo leta 2017 opravili Regan, Curtin in sodelavci navaja, da si starši želijo dobrih medosebnih odnosov, dobre komunikacije in čustvene podpore, ter potrditev da je hospitalizacija otroka za družino stresen dogodek. Na to lahko vplivajo medicinske sestre na več načinov. Starše in družinske člane spodbujajo podpirajo in jim pomagajo pri obvladovanju bolezni (fizično in čustveno). S tem, ko medicinske sestre starše aktivno vključujejo v aktivnosti po Gibson in sodelavcih (2018) zmanjšujejo breme in stres staršem ter otroku.

Zato je še vedno aktualna raziskava, ki je bila leta 2012 izvedena na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapij (KOOKIT). Želeli smo raziskati v kolikšni meri so prisotni in vključeni starši v zdravstveno nego pri hospitaliziranem otroku, katere aktivnosti v zdravstveni negi otroku opravijo starši; in kakšni so medosebni odnosi med starši in medicinskimi sestrami. V raziskavo so bili vključeni zdravstveni tehniki, srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju medicinske sestre), zaposlene na KOOKIT ter starši, ki so bili prisotni ob otrocih, ki so bili hospitalizirani po manjšem operativnem posegu. Podatke so pridobili s pomočjo anonimnega vprašalnika. Razdelili smo 35 anketnih vprašalnikov za medicinske sestre in je vseboval 22 vprašanj ter 45 anketnih vprašalnikov za starše, ki je vseboval 16 vprašanj (Kaplan, 2012).

Kaplan (2012) v raziskavi zapiše, da medicinske sestre z leti vedno bolj sprejemajo starše kot enakovredne partnerje v aktivnostih zdravstvene nege. Skušajo jih vključevati v diagnostično-terapevtske postopke, saj nemalokrat medicinskim sestram to olajša delo z otrokom, ob tem pa se starši počutijo koristni, zaželeni in sprejeti, kar pozitivno vpliva na otroka, se bolje počuti, je bolj umirjen, je pripravljen sodelovati in se počuti varnega. Kasneje, ko otrok odide v domače okolje, starši niso prestrašeni in vedo, kako naj otroka negujejo.

Zavedanje, da je 24-urna prisotnost staršev ob otroku, ki je sprejet danes že nekaj čisto vsakdanjega in ni več obravnavana le kot pravica otroka. Vključevanje staršev v zdravstveno nego otroka pa postaja vsakdanja za medicinske sestre in to »do-datno« delo sprejemajo, kot del vsakodnevnih opravil, ki jih izvajajo pri bolnem otroku.

Starši so danes prisotni ob hospitaliziranem otroku, s tem, da je stalno prisotnih in hkrati vključenih v aktivnosti zdravstvene nege 36 oz. 80 % staršev in delno, le 9 oz. 20 %. Najmanj staršev je prisotnih pri otrocih nad dvanajst let. Po vzrokih odsotnosti staršev v anketi nismo spraševali, vendar so starši sami navedli kot razlog starost in samostojnost otroka. Raziskava pokaže, da je ob otroku vedno večkrat sprejet tudi oče (14 od 35). Kaže se želja po vključenosti v vse aktivnosti zdravstvene nege, ki vključujejo njihovega otroka. Posebno aktivni so starši pri hranjenju, umivanju in previjanju, kar jim je poznano že iz domačega okolja, le da je sedaj tudi pri teh aktivnostih pomembna pazljivost in strokovni nadzor. Starši želijo biti vključeni in seznanjeni s terapijo otroka, želijo spremljati otroka na preglede in posege, opremljeni želijo biti z znanjem, kako pomagati otroku pri gibanju in nameščanju otroka v ustrezno lego ter ustvarjanju ugodne klime za spanje in počitek. Raziskava tudi pokaže, da je vključevanje staršev v zdravstveno nego medicinskim sestram predstavlja občasno obremenitev in ne razbremenitev, saj morajo staršem večkrat razložiti, kako naj se starši pravilno vključujejo v aktivnosti zdravstvene nege, na kaj naj bodo pozorni in na način dela na oddelku.

Zelo pomembna je bila tudi ugotovitev, da so bili starši zadovoljni s pojasnitvijo medicinskih sester s pomenom njihovega vključevanja v zdravstveno nego. Starši so bili zadovoljni, da so jih medicinske sestre vključevale, vodile in spremljale v aktivnostih zdravstvene nege.

Medosebni odnosi med starši in medicinskimi sestrami so največkrat odvisni od načina obravnave v bolnišnico sprejetega otroka. Predvsem gre za dobro komunikacijsko veščino medicinskih sester z otrokom in njegovimi starši. Pomemben je tudi razumen, pozitiven in korekten odnos medicinskih sester predvsem do staršev, ki se zaradi stiske in nemoči včasih obnašajo nekorektno in posesivno, saj so pri bolezni svojega otroka nemočni. Zato medicinska sestra otroka in njegove starše obravnava individualno in celovito. S tem poleg skrbi in sočustvovanja vzpostavi zaupanje, ohranja dostojanstvo in spoštovanje do otroka in staršev.

ZAKLJUČEK

Danes imajo mediji velik vpliv na naše življenje. Tako vplivajo tudi na delo v zdravstvu in na nastajajoče odnose, višajo se zahteve. Starši zato v zdravstveni sistem vstopajo z nezaupanjem, strahom, s predsodki. Starši se tako že pred sprejemom otroka v bolnišnico pozanimajo o možnosti bivanja ob otroku v bolnišnici, o načinu zdravljenja in aktivnostih, ki naj bi se izvajale pri otroku, ki je sprejet na zdravljenje. S sobivanjem starša z otrokom v bolnišnici se omogoči lažje in hitrejše prilagajanje otroka na sprejemanje bolezni in novo okolje. Seveda je za to pomembno obojestransko spoštovanje, čeprav so starši zaradi sprejema otroka v bolnišnico, še posebej, če le ta ni bil v naprej predviden, zaskrbljeni, prizadeti in želijo svojega otroka zaščititi. S pomočjo medicinske sestre lahko starši tudi aktivno sodelujejo pri zdravstveni negi svojega otroka, kar jim omogoča, da se po končani hospitalizaciji znajdejo v domačem okolju. Zato je potrebno krepiti zaupanje in navezati pristen odnos med medicinsko sestro, otrokom in starši. Medicinske sestre potrebujejo vedno več znanja psihologije in komunikacijskih veščin za celostno obravnavo otrok in njihovih svojcev.

LITERATURA

Bratanič, B., 2004. Pomen sobivanja mater in otrok v bolnišnici. In: Marolt Meden, B., et al. eds. *Bivanje otrok in mladostnikov v bolnišnici, Zbornik 2004, ob 50. letnici delovanja Pediatrične klinike v Ljubljani in 10. letnici organiziranih prizadevanj za gradnjo pediatrične klinike v Ljubljani*, Ljubljana: Ustanova za novo pediatrično kliniko, pp. 8-9.

Bruhc, U., 2010. Kaj zakon o pacientovih pravicah prinaša otrokom. *Slovenska pediatrija*, **17**(3), pp. 167-177.

Gibson, F., Kumpunen, S., Bryan, G., Forbat, L., 2018. Insights from parents of a child with leukaemia and healthcare professionals about sharing illness and treatment information: A qualitative research study. *International Journal of Nursing Studies*, **83**, pp. 91-102.

- Hoyer, S., 1991. *Zdravstvena nega pediatričnega varovanca, Zdravstvena nega II*. Ljubljana: Univerzitetna tiskarna.
- Jenkole, M., 2009. Otrokov pravic s poudarkom na koristi otroka in njegovi pravici, da je slišan, ter vloga zagovornika pravic ob tem. In: Jenkole, M., et al. eds. *Zagovornik - glas otroka*, Ljubljana: Varuh človekovih pravic RS, pp. 21-30.
- Kaplan, S., 2012, *Prisotnost staršev z otroki v bolnišnici: diplomsko delo*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Regan, KM., Curtin, C., et al., 2017. Paradigm shifts in inpatient psychiatric care of children: *Approaching child- and family-centered care*. *Journal Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 30, pp. 186–194.
- Kornhauser, P., 2010. Humanizacija hospitalizacije otroka - Pomemben prispevek k razvoju sodobne pediatrije. *Slovenska pediatrija, letnik 17(1)*, pp.36-47.
- Marčič Maruško, J., 2009. Zagovornik - glas otroka. In: Jenkole, M., et al. eds, *Zagovornik - glas otroka: zbornik prispevkov za izobraževanje zagovornikov*. Ljubljana: Varuh človekovih pravic RS, pp.7.
- Novak, T., 2004. Prisotnost staršev: da ali ne. In: Mikec, J., *Sodobni vidiki zdravstvene nege in zdravljenje otrok s hematološkimi obolenji, Zbornik predavanj, Moravske Toplice 18. in 19. marec 2004*. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Pediatrična sekcija, pp. 42-43.
- Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A., 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.
- Šalinger, L., 2009. Izvajanje roditeljske pravice in otrokove pravice. In: Jenkole, M., et al. eds. *Zagovornik - glas otroka*. Ljubljana: Varuh človekovih pravic RS, pp. 31-38.
- Človekove pravice in temeljne svoboščine (14. do 65. člen)*, 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 75/16.
- Varuh človekovih pravic Republike Slovenije, 2004. *Otrokove pravice*. Dostopno na <http://www.pravice-otrok.si/?id=22>.
- Vrba, L., 2009. Otrok in mladostnik v bolnišnici. In: Pleterski Rigler, D., *Moj otrok mora ostati v bolnišnici*. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenija, pp. 17-30.



DOŽIVLJANJE SPOLNOSTI PARA V ČASU NOSEČNOSTI

**The experience
of sexuality of the couple
during pregnancy**

Tamara Košec, dipl. bab.
Univerzitetni klinični center Maribor

tamara.kosec@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: V nosečnosti nastopijo čustvene in fiziološke spremembe, ki vplivajo na nosečnico, moškega in njun partnerski odnos. Glede na obdobje pred nosečnostjo se v nosečnosti spolnost para spremeni. Natančneje, spremeni se pogostost spolnih odnosov, zadovoljstvo para s spolnostjo v času nosečnosti, pride tudi do sprememb v spolnem poželenju nosečnice. Namen je raziskati spremembe v spolnem življenju parov med nosečnostjo. **Metode:** Pri metodah dela je bila uporabljena deskriptivna kavzalna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Za tehniko zbiranja podatkov je bila uporabljena anketa, ki je temeljila na strukturiranem anketnem vprašalniku, razvitem na podlagi kritičnega pregleda tujih študij. **Rezultati:** Pogostost spolnih odnosov se v primerjavi s pred nosečniškim obdobjem zmanjša. Stopnja zadovoljstva žensk s spolnim življenjem je tekom nosečnosti padala, hkrati pa je naraščalo nezadovoljstvo s spolnimi aktivnostmi v nosečnosti. **Diskusija in zaključek:** Ugotovili smo, da se v nosečnosti spolnost para spremeni. Med nosečnostjo pride do zmanjšane interesa nosečnic za spolni odnos zaradi psihofizičnih sprememb, kot sta utrujenost in občutek okornosti nosečnice. Predlagamo, da bi morala biti spolna vzgoja obvezno vključena v pogovore o zdravju nosečnice v klinikah za nosečnice. Individualen pristop ustrezne zdravstvenega osebja in kontinuirana oskrba nosečnice lahko nudi medsebojno zaupanje, podporo nosečnici in ji daje zasebnost, v okviru katere lahko brez zadržkov govori o težavah, s katerimi se sooča med nosečnostjo.

Ključne besede: nosečnost, spolnost, spolni odnosi, spremembe, partnerstvo

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy brings emotional and physiological changes that affect the pregnant woman, her partner and their relationship. Sexuality of the couple changes with the onset of pregnancy compared to pre-pregnancy. Specifically, the frequency of sexual intercourse and satisfaction with sex during pregnancy alter as well as the pregnant woman's sexual drive. The aim of the thesis is to research the changes in sex life of couples during pregnancy. **Methods:** A descriptive and causal non-experimental method of empirical research was used. A structured survey questionnaire developed on the basis of similar foreign studies was the chosen research technique. **Results:** Frequency of sexual intercourse during pregnancy diminishes compared to pre-pregnancy. The degree of women's satisfaction with their sex life dropped with the progression of pregnancy, and at the same time the dissatisfaction with sexual activities grew. **Discussion:** Psychophysical changes of the pregnant woman interfere with the sexuality of the couple. During pregnancy, women are less interested in sexual intercourse due to tiredness and a feeling of clumsiness. Women are generally satisfied with sex life and enjoy in sexual activities during pregnancy, although they do not rate sexuality as highly as they did before becoming pregnant. Individualised care by health care providers and continuity of care during pregnancy can offer mutual trust, support and privacy to the pregnant woman so that she can address the problems she confronts without restraint.

Keywords: pregnancy, sexuality, sexual relations, changes, partnership

UVOD

Makara - Studzińska in sodelavci (2015) so raziskali, da vprašanja o spolnih aktivnostih med nosečnostjo v različnih trimesečjih še vedno veliko ženskam predstavljajo neprijetno temo za pogovor. Sacomori in Cardoso (2010) pa pojasnujeta, da sta neugodje in negotovost pri spolnem odnosu, v času nosečnosti, še vedno prisotna pri nekaterih pari.

Gokyildiz in Beji (2005) poudarjata, da tekom nosečnosti upada zadovoljstvo s spolnostjo. Ugotovila sta, da je bilo 65 % nosečnic, ki so bile zadovoljne s spolnim življenjem v prvem trimesečju. V drugem trimesečju se je zadovoljstvo žensk znižalo na 42,7 % in v tretjem trimesečju na 20 %. Med drugim je raziskava Bella in sodelavci (2011) pokazala, da je velik odklon nastopil v spolnem zadovoljstvu obeh parov; pri ženski se je spolno zadovoljstvo zmanjšalo tekom nosečnosti, pri moškem pa je bilo zaslediti največji upad spolnega zadovoljstva v tretjem trimesečju nosečnosti partnerice. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Silveira et al. (2013); pri 40 % moških sta se spolna želja in zadovoljstvo s spolnim življenjem zmanjšala.

POGOSTOST SPOLNIH ODNOSOV V NOSEČNOSTI

Makara - Studzińska in sodelavci (2015) sta ugotovili, da kljub temu, da spolni odnosi niso nevarni za nosečnico ali plod, se je pogostost spolnih odnosov in preostalih spolnih aktivnosti v času nosečnosti zmanjšala. Ženske so bile najbolj aktivne v

času prvega trimesečja, proti koncu tretjega trimesečja pa se je njihova spolna aktivnost zmanjšala. Olusegun in Ireti (2011), sta raziskala, da v času nosečnosti 17,4 % parov ni imelo spolnega odnosa, 12,9 % jih je imelo enkrat na teden, 17,3 % enkrat na mesec, 16,6 % enkrat na dva meseca, 33,9 % parov pa je imelo spolne odnose več kot enkrat na teden v nosečnosti. Do podobnih spoznanj je v svoji študiji med drugim prišla tudi Sossah (2014), kjer je 18 % anketirank je odgovorilo, da sta s partnerjem v nosečnosti prenehala z vaginalnimi spolnimi odnosi. Glede na proučevanja avtorjev Olusegun in Iretija (2011) so se ženske vzdržale spolnih odnosov, ker je bil spolni odnos neprijeten (35 %) ali jim ni ugajal (17 %), zaradi svetovanja ginekologa (12 %), zaradi bolečin med spolnim odnosom (8 %), bolezni (9 %), partnerjeve nezainteresiranosti (6 %) in strahu pred zapleti (6 %). V študiji avtorjev Sacomori in Cardoso (2010) ter Pauleta in sodelavci (2010) je med dejavniki, ki zmanjšujejo pogostost spolnih odnosov, bil vključen tudi strah pred poškodbo otroka.

VPLIV NOSEČNOSTI NA PAR IN NJUNO PARTNERSTVO

Zaradi psiholoških in fizioloških sprememb telesa lahko ženska doživlja nosečnost kot stres (Inanir, et al., 2015). Silveira in sodelavci (2013) in Davies in Kitschke (2015) razložijo, da so psihološke spremembe v nosečnosti, denimo emocionalna labilnost z nagnjenostjo k depresiji, slabša samopodoba in občutek neprivačnosti, skupna stanja vsem nosečnicam, in vplivajo tudi na spolni odziv.

Med drugim so Silveira in sodelavci (2013) ugotovili, da se je spolnim odnosom izogibalo 26 % moških zaradi strahu ali zmanjšane privlačnosti partnerke. Po proučevanjih avtorjev Gokyildiz in Beji (2005) so ženske poročale, da so bili moški videti manj zadovoljni s spolnostjo v času njihove nosečnosti, kot razlog so moški navedli, da je njihovo nezadovoljstvo izhajalo iz slabše spolne zadovoljitve tekom nosečnosti.

Sagiv - Reiss in sodelavci (2012) so ugotovili, da so nosečnice imele spolne odnose, čeprav želje niso občutile – zaradi strahu pred poslabšanjem partnerskega razmerja. Bello in sodelavci (2011) še dodajo, da so ženske privolile v spolni odnos z namenom, da bi izpolnile zakonsko obveznost, zadovoljile partnerja, ga obdržale ob sebi in preprečile zakonsko disharmonijo. Zaradi tega je zelo pomemben partnerjev pristop do nosečnosti in kakšno je njegovo zanimanje za osebne probleme nosečnice (Makara - Studzińska in sodelavci, 2015). Davies in Kitschke (2015) poudarjata pomembnost odkrite komunikacije v paru in da je občutenje širokega nabora čustev v nosečnosti normalno.

Orji in sodelavci (2002) v raziskavi o spolnosti, navajajo, da se je par skupno strinjal, da so spolni odnosi pomembni za ohranjanje dobrega partnerskega odnosa in harmonije.

V raziskavi želimo dobiti vpogled v spolno življenje para med nosečnostjo in raziskati spremembe v spolnem življenju parov med nosečnostjo. V raziskavi je podrobneje zajeto, kako pogosto imajo pari spolne odnose v nosečnosti in kakšno je zadovoljstvo para s spolnostjo v času nosečnosti.

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja so bile zastavljene sledeči hipotezi:

H₁: Pogostost spolnih odnosov v nosečnosti se je zmanjšalo v primerjavi z obdobjem pred nosečnostjo.

H₂: Ženska je bila v času nosečnosti manj zadovoljna s spolnim življenjem.

METODE

Uporabljena je bila deskriptivna kavzalna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Raziskovalni pristop temelji na kvantitativni raziskavi, za tehniko raziskovanja je bila uporabljena pisna, anonimna anketa. Instrument raziskovanja je bil anketni vprašalnik, ki je imel večino vprašanj zaprtega tipa.

Opis instrumenta

V raziskavi uporabljen strukturiran anketni vprašalnik je bil razvit na podlagi kritičnega pregleda treh tujih sorodnih vprašalnikov. Avtorji, ki so privolili k uporabi njihovih vprašalnikov za potrebe naše raziskave so bili Gokyildiz & Beji, Nakić Radoš et al. in Sacomori & Cardoso, Anketni vprašalnik je zajemal dvajset vprašanj, večina zaprtega tipa.

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen neslučajnostni, namenski vzorec, kar pomeni, da so bile anketiranke izbrane priložnostno, po principu snežne kepe. Enostavni slučajni vzorec je predstavljal ženske, ki so že vsaj enkrat rodile, in nosečnice, ki so bile ob

izpolnitvi anketnega vprašalnika v zadnjem trimesečju nosečnosti. Ženske so bile povabljene k sodelovanju preko družbenega omrežja Facebook. Poveza do spletnega anketnega vprašalnika je bila dostopna v Facebook skupini Dojiva se. Spletni anketni vprašalnik je ustrezno izpolnilo 686 žensk. Povprečna starost anketirank je bila 27, 21 let.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Sodelovanje je bilo prostovoljno. Upoštevali smo splošna načela anonimnosti in zaupnosti.

Podatki so se zbirali s spletno aplikacijo 1KA od 1. 8. 2016 do 10. 8. 2016. Rezultati so bili obdelani kvantitativno; prikazani v tabelah. Za opis podatkov je bila uporabljena deskriptivna opisna statistika, ki vključuje izračun frekvenc, odstotkov in mer srednjih vrednosti (aritmetična sredina, standardni odklon).

REZULTATI

Izvedeti smo želeli, kako pomembna je spolnost žensk v nosečnosti v primerjavi s pred nosečniškim obdobjem. Največji pomen spolnosti so pripisale času pred nosečnostjo, kar razlaga Tabela 1. Tekom nosečnosti je pomembnost spolnosti padala in je bila v tretjem trimesečju najnižja.

Tabela 1: Pomen spolnosti glede na različna obdobja v življenju

	Povprečje	Std. odklon	N
Pred nosečnostjo	8,9	1,9	568
V 1. trimesečju	7,1	3,0	557
V 2. trimesečju	7,0	2,8	556
V 3. trimesečju	6,2	3,3	558

Legenda: 0 – nepomemben

10 – zelo pomemben

Kakor je razvidno iz Tabele 2, je največ žensk (38 %) odgovorilo, da so imele pred nosečnostjo spolne odnose od tri- do štirikrat na teden. V prvem trimesečju je največ žensk (23 %) imelo spolne odnose dvakrat na teden. Enako je v drugem trimesečju največ parov (26 %) imelo spolne odnose dvakrat na teden, v tretjem trimesečju pa so pari (17 %) najpogosteje imeli spolne odnose enkrat na teden. Razvidno je tudi, da se odstotek žensk, ki niso imele spolnih odnosov v nosečnosti, viša. Groba ocena je, da v primerjavi s časom pred nosečnostjo in v nosečniškem obdobju pogostost spolnih odnosov pada. Zanimivo je, da je delež žensk (26 %), ki so imele spolni odnos v drugem trimesečju dvakrat na teden, nekoliko narastel v primerjavi s prvim trimesečjem.

Tabela 2: Pogostost spolnih odnosov v različnih obdobjih

	Več kot enkrat na dan	Enkrat na dan	Od trido štirikrat na teden	Dva-krat na teden	Enkrat na teden	Enkrat na vsaka dva tedna	Enkrat na mesec	Manj kot enkrat na mesec	Nisem imela spolnih odnosov	n
Pred nosečnostjo	5 %	8 %	38 %	29 %	10 %	7 %	2 %	1 %	1 %	564
V 1. trimesečju	2 %	5 %	19 %	23 %	19 %	12 %	7 %	4 %	9 %	549
V 2. trimesečju	1 %	3 %	15 %	26 %	17 %	16 %	7 %	5 %	10 %	550
V 3. trimesečju	2 %	1 %	10 %	17 %	17 %	15 %	8 %	8 %	21 %	554

Ženske so ocenile, da so jim naslednji dejavniki, razvidni iz Tabele 3, pogostokrat otežkočili sodelovanje v spolnih odnosih. Dejavniki so razporejeni po alinejah, stopenjsko, in sicer v smeri od tistih, ki so po mnenju žensk pogosteje otežkočili njihovo sodelovanje v spolnih odnosih, do tistih, ki so manj:

- utrujenost (28 %);
- občutek okornosti (21 %);
- nezmožnost najti ustrezen položaj (16 %);
- slabost (16 %);
- suhost nožnice (11 %);
- strah, da bi spolni odnos povzročil prezgodnji porod (11 %);
- odsotnost partnerjeve želje (9 %);
- strah, da bi spolni odnos poškodoval plod (7 %);
- strah, da bi spolni odnos povzročil okužbo ploda (7 %);
- bolečina med spolnim odnosom (7 %).

Tabela 3: Pogostost nekaterih dejavnikov, ki so preprečili sodelovanje v spolnih odnosih

	Nikoli	Včasih	Pogosto	Skoraj vedno	N
Strah, da bi spolni odnos poškodoval plod	58 %	32 %	7 %	4 %	538
Strah, da bi spolni odnos povzročil prezgodnji porod	54 %	30 %	11 %	5 %	530
Strah, da bi spolni odnos povzročil okužbo ploda	67 %	23 %	7 %	3 %	529
Odsotnost partnerjeve želje	64 %	22 %	9 %	4 %	528
Nezmožnost najti ustrezen položaj	34 %	47 %	16 %	3 %	526
Utrujenost	21 %	45 %	28 %	6 %	529
Slabost	54 %	27 %	16 %	3 %	529
Občutek okornosti	34 %	41 %	21 %	4 %	529
Bolečina med spolnim odnosom	58 %	32 %	7 %	4 %	529
Suhost nožnice	51 %	32 %	11 %	5 %	530

Iz izsledkov v Tabeli 4 je opaziti, da s potekom nosečnosti zadovoljstvo s spolnim življenjem upada. Odstotek žensk, ki so navedle, da so bile s spolnim življenjem *nezadovoljne* in *zelo nezadovoljne*, po trimesečjih narašča, temu sorazmerno pada odstotek žensk, ki so bile zelo zadovoljne. V Tabeli 4 je še ponazorjeno, da so bile ženske pred nosečnostjo bolj zadovoljne s spolnim življenjem kot v nosečnosti.

Tabela 4: Zadovoljstvo žensk anketirank s spolnim življenjem s svojim partnerjem

	Zelo nezadovoljna	Nezadovoljna	Zadovoljna	Zelo zadovoljna	n
Pred nosečnostjo	2 %	2 %	41 %	56 %	534
V 1. trimesečju	6 %	12 %	48 %	34 %	527
V 2. trimesečju	7 %	14 %	48 %	30 %	523
V 3. trimesečju	13 %	20 %	42 %	26 %	525

DISKUSIJA

H₁ Pogostost spolnih odnosov v nosečnosti se je zmanjšalo v primerjavi z obdobjem pred nosečnostjo.

Prva hipoteza se potrди, saj je v skladu z rezultati prikazano, da se pogostost spolnih odnosov v primerjavi s prednosečnim obdobjem zmanjša. Pred nosečnostjo je največ parov (38 %) imelo v povprečju spolne odnose od tri- do štirikrat na teden, v času nosečnosti pa imajo pari spolne odnose v povprečju dvakrat na teden v prvem in drugem trimesečju ter enkrat na teden v tretjem trimesečju. Dobili smo enake rezultate kot Makara - Studzińska in sodelavci (2015); večji delež žensk je imelo spolne odnose pred nosečnostjo (od tri- do štirikrat na teden) kakor v nosečnosti. Kar je zanimivo je, da je odstotek žensk, ki so imele spolne odnose v drugem trimesečju, bil nekoliko višji kot v prvem. Leite in sodelavci (2009) pravijo da je temu tako, ker je nekaterim ženskam spolni odnosi v drugem trimesečju bolj prijeten, saj prenehajo oziroma pojemajo simptomi, kot so slabost, bruhanje, strah pred krvavenjem iz prvega trimesečja.

Ugotovili smo še, da je z višino nosečnosti vedno več žensk prenehalo s spolnimi odnosi, kar je ugotovila tudi Makara - Studzińska in sodelavci (2015). V zadnjem trimesečju spolnih odnosov ni imelo 21 % žensk. Odstotek je primerljiv z raziskavama avtorjev Sossah (2014) ter Oluseguna in Iretija (2011). Eryilmaz in sodelavci(2004) so podali razloge, zakaj ženske odklanjajo spolne odnose v nosečnosti: utrujenost, izčrpanost in zmanjšano poželenje. Z naraščanjem nosečnosti se stopnjujejo bolečina med spolnim odnosom, nezmožnost doseganja orgazma (Gokyildiz & Beji, 2005), pomanjkanje interesa, fizične omejitve, neugodje, strah pred poškodbo otroka in krvavenje po spolnem odnosu (Sacomori & Cardoso, 2010). Rezultati naše raziskave so pokazali, da sta bila najpogostejša dejavnika, ki sta preprečevala oziroma oteževala spolni akt, utrujenost in občutek okornosti.

H₂ Ženska je bila v času nosečnosti manj zadovoljna s spolnim življenjem.

Rezultati so pokazali, da stopnja zadovoljstva žensk tekom nosečnosti pada, hkrati pa narašča stopnja nezadovoljstva. To pomeni, da se hipoteza lahko potrdi.

Po pregledu raziskav smo ugotovili, da spolno zadovoljstvo upade z višino gestacijske starosti ploda (Gokyildiz & Beji, 2005; Bella, et al., 2011, Silveira et al., 2013), kar so potrdili tudi naši rezultati. Osredinili smo se tudi na to, kako ženske dojemajo zadovoljstvo moških s spolnim življenjem tekom nosečnosti. Ženske v tujih študijah so po lastnih opažanjih poročale, da so bili moški manj zadovoljni s samo spolnostjo v času partnerkine nosečnosti (Gokyildiz & Beji, 2005). Na osnovi tega nas je zanimalo, kako slovenske ženske ocenjujejo zadovoljstvo partnerjev s spolnim življenjem med nosečnostjo. Ugotovili smo podobno kot Gokyildiz in Beji (2005); po mnenju slovenskih žensk je stopnja zadovoljstva partnerjev v zvezi s spolnim življenjem v nosečnosti upadala po trimesečjih, naraščalo pa je nezadovoljstvo.

Izsledki raziskave so pokazali, da je ocena žensk glede zadovoljstva s spolnim življenjem in uživanja v spolnih aktivnostih padala tekom nosečnosti, četudi so ženske odgovarjale, da so bile na splošno zadovoljne in da so uživale v spolnih aktivnostih med nosečnostjo. Zavedati se je treba, da ženska v nosečnem obdobju doživlja različne metabolične in hormonske spremembe. Te psihofizične spremembe lahko posežejo v spolnost para med nosečnostjo (Araújo, et al., 2012). Kerदारunusksri in Manusirivithaya (2010) utemeljujeta, da se je pomembno zavedati, da pozitiven odnos do spolnosti v času nosečnosti vodi v spolno srečo in zadovoljstvo tekom nosečnosti. Za uživanje ženske v spolnosti in spolnih aktivnostih, je potrebno prepričanje, da je spolni odnos naraven in normalen del nosečnega obdobja.

S svojo raziskavo smo spoznali, da je spolnost obširna tema in da jo je nemogoče obdelati v eni raziskavi; treba bi se bilo osredotočiti na en vidik. Pri temi, kot je spolnost, je treba poleg anonimnosti nuditi dovolj odprta vprašanja. Spoznali smo, da so ženske anketiranke želele še natančneje pojasniti in razložiti svoje odgovore. Predlagamo, da bi bilo dobro kvantitativen raziskovalni pristop nadgraditi s kvalitativnim.

Koristno bi bilo izvedeti, ali so moški partnerji dovolj razumevajoči, razumni med nosečnostjo, in ali se zavedajo telesnih in psiholoških sprememb svoje partnerke med nosečnostjo.

ZAKLJUČEK

Strnemo lahko, da pomen spolnosti upade tekom nosečnosti. Pogostost spolnih odnosov se zniža, še posebej v tretjem trimesečju, ko veliko žensk zavrta spolne odnose ali pa par prekine s spolnimi odnosi.

Zadovoljstvo žensk s spolnimi aktivnostmi je skozi trimesečja padalo, vendar so bile ženske kljub temu v večini zadovoljne s spolnim življenjem v nosečnosti. Povzamemo lahko, da je najbolj ugoden čas za spolnost in spolne aktivnosti v nosečnosti drugo trimesečje.

Zavedati se je treba, da nosečnost vpliva na spolnost para, spolnost para pa lahko v nosečnosti posega v partnerski odnos. Predlagamo, da bi morala biti spolna vzgoja obvezno vključena v pogovore o zdravju nosečnice v klinikah za nosečnice. Vsebina pogovorov bi morala vključevati smernice za spolne odnose v nosečnosti, priporočitve za spolne položaje, možne komplikacije nekonvencionalnih spolnih aktivnosti in razglabljanje o napačnih javnih prepričanjih – da spolni akt ni dovoljen v nosečnosti ali da lahko spolni akt poseže v dogajanje prezgodnjega poroda. Medikalizacija v zdravstvu in hiter tempo zdravstvenega osebja sta preprečila individualen odnos med zdravstvenim delavcem in žensko. Vzpostavitev takšnega odnosa je temelj pri dobri kakovostni obravnavi nosečnice, saj spolnost marsikateri ženski še vedno predstavlja temo, o kateri težko spregovori in se ob pogovoru počuti nelagodno.

LITERATURA

- Araújo, N.M., Salim, N.R., Gualda, D.M. & Pereira da Silva, L.C., 2012. Body and sexuality during pregnancy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(Suppl 3), pp. 552–558.
- Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O. & Adekule, A.O., 2011. Effect of Pregnancy and Childbirth on Sexuality of Women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics Gynecology*, 856586, pp. 1–6.
- Davies, R. & Kitschke, J., 2015. Completing the midwife–woman partnership. In: S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood & S.K. Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*. 3rd ed. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 847.
- Eryilmaz, G., Ege, E. & Zincir, H., 2004. Factors Affecting Sexual Life during Pregnancy in Eastern Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 57(Suppl 2), pp. 103–108.
- Gokyildiz, S. & Beji, N.K., 2005. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(Suppl 3), pp. 201–215.
- Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M.C., Guler, A.E. & Inanir, A., 2015. Body image perception and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 3(Suppl 4), pp. 196–200.
- Kerdarunksri, A. & Manusirivithaya, S., 2010. Attitudes and sexual function in Thai pregnant women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93 (Suppl 3), pp. 265–271.
- Khamis, M.A., Mustafa, M.F., Mohamed, S.N. & Toson, N.M., 2007. Influence of Gestational Period on Sexual Behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(Suppl 1–2), pp. 65–90.
- Leite, A.P., Campos, A.A., Dias, A.R., Amed, A.M., De Sousa, E. & Camano, L., 2009. Prevalence of Sexual Dysfunction during Pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(Suppl 5), pp. 563–568.
- Makara-Studzińska, M., Plewik, I. & Kryś, K.M., 2015. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. *European Journal of Medical Technologies*, 2(Suppl 7), pp. 1–9.
- Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M., 2015. Sexuality during pregnancy: What is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(Suppl 3), pp. 282–293.
- Olusegun, F.A. & Irete, A.O., 2011. Sexuality and sexual experience among women with uncomplicated pregnancies in Ikeja, Lagos. *Journal of Medicine and Medical Science*, 2(Suppl 6), pp. 894–899.
- Orji, E.O., Ogunlola, I.O. & Fasubaa, O.B., 2002. Sexuality among Pregnant Women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(Suppl 2), pp. 166–168.
- Pauleta, J.R., Pereira, N.M. & Graca, L.M., 2010. Sexuality during Pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(Suppl 1), pp. 136–142.
- Sacomori, C. & Cardoso, F.L., 2010. Sexual Initiative and Intercourse Behavior during Pregnancy among Brazilian Women: A Retrospective Study. *Journal of Sex Marital Therapy*, 36(Suppl 2), pp. 124–136.
- Sagiv–Reiss, D.M., Birnbaum, G.E. & Safir, M.P., 2012. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 42(Suppl 5), pp. 1241–1251.
- Silveira, S.L., Silva, L.L., Salata, R.A., Mata, T.M. & Rosa e Silva, A., 2013. Impact of Pregnancy on the Sex Life of Women: State of the Art. *International Journal of Clinical Medicine*, 4(Suppl 5), pp. 257–264.
- Sossah, L., 2014. Sexual behaviour during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 2(Suppl 1), pp. 16–27.



ALI BI PLAČLJIVOST ORALNE HORMONSKE KONTRACEPCIJE VPLIVALA NA NJENO UPORABO MED MLADOSTNICAMI?

**Would it affect on the use of
oral hormonal contraception
among adolescent girls if it
becomes payable?**

Tjaša Počeha Glavan, dipl. m. s.

pred. Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana

tjasa.pg@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Vpliv plačljivosti oralne hormonske kontracepcije na pogostost njene uporabe pri mladostnicah

IZVLEČEK

Uvod: Mladi so spolno aktivna populacija, zato je pomembno, da so primerno zaščiteni tako pred spolno prenosljivimi okužbami kot pred neželjeno nosečnostjo. **Namen:** Želeli smo odgovoriti na raziskovalna vprašanja: koliko mladostnic uporablja kontracepcijo, katero vrsto uporabljajo najpogosteje, kakšna so njihova stališča do plačljive oralne hormonske kontracepcije in če se razlikuje poznavanje kontracepcije med srednješolkami skupine A (srednje šole za področje zdravstvene nege) in skupine B (druge srednje šole). **Metode:** V raziskavo, ki temelji na deskriptivnem raziskovalnem pristopu in namenskem vzorcu, je bilo vključenih 174 mladostnic, ki so obiskovale 4. letnik srednjih šol in ter so anonimno in prostovoljno izpolnile anketne vprašalnike. Podatke smo obdelali z deskriptivno statistiko, s pomočjo programske opreme Microsoft Excel (različica 2016) in SPSS različica 22.0.0.0. Za statistično primerjavo med skupinama A in B je bil izračunan Levenov test za enakost varianc. **Rezultati:** Kontracepcijo uporablja 64,8 % anketirank, oralna hormonska kontracepcija je pri njih najpogosteje uporabljena (46,6%). Po plačljivi oralni hormonski kontracepciji bi poseglo 43,9 % spolno aktivnih anketirank. Nekatere so poudarile, da bi v tem primeru uporabile drugo, cenejšo ali brezplačno kontracepcijo. Med skupinama A in B ni večjih odstopanj glede znanja o kontracepciji. **Diskusija in zaključek:** Za nasvet o kontracepciji anketiranke raje vprašajo svoje bližnje, iz česar lahko sklepamo, da je njihovo zaupanje v zdravstveno osebje pomanjkljivo. Zaradi tega je ključnega pomena, da medicinske sestre izboljšajo komunikacijo z mladimi in se jim bolj približajo, saj so njihovi nasveti strokovni in korektni.

Ključne besede: srednja šola, reproduktivno zdravje, spolno vedenje, kontracepcija

ABSTRACT

Introduction: Youth are the most sexual active part of the population and it is important for them to be protected from unexpected pregnancy and sexual transmitted diseases. **Aims:** The aim of this article was to answer on the question: how many young girls uses contraception, which one, what do they think about payable oral hormonal contraception and if there are any differences between group A (nursing high schools) and group B (other high schools). **Methods:** This research is based on descriptive method and purposive pattern and includes 174 girls that are in 4th grade of high school. They anonymously and voluntarily filled up questionnaires. We analysed deviation, average, percents and equality of variation. For analysis we used SPSS programme, version 22.0.0.0. and Microsoft Excel (version 2016). **Results:** We found out that oral hormonal contraception is the most used form of contraception among young girls (46,6 %) in this research. The use of hormonal contraception wouldn't drastically change if it would become payable. The knowledge of contraception is satisfactorily, there aren't a lot of differences between group A and B. **Discussion and conclusion:** Girls more likely take advices from people close to them, they don't have so much trust in medical staff. It is crucial for nurses to improve communication with young girls and get closer to them because they can give more professional and correct advices. The most female adolescents use oral hormonal contraception and their source of knowledge is the web.

Keywords: high school, reproductive health, sexual behaviour, contraception

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje reproduktivno zdravje kot stanje fizičnega, mentalnega in socialnega dobrega počutja, brez prisotnosti bolezni na področju reproduktivnega zdravja, zdravja reproduktivnega procesa in njegovih funkcij in procesov. Ljudje bi morali imeti odgovorno, varno in zadovoljivo spolnost ter pravico do tega, da bi se sami odločili, kdaj si želijo otroke, in si prostovoljno načrtovati družino, brez omejitev (World health organization, 2015). V svetovni populaciji je 40 % vseh nosečnosti neželenih, 50 % pa se jih konča s splavom. Neuporaba kontracepcije oziroma uporaba konzervativnih metod poveča tveganje žensk za neželene nosečnosti (Grindlay et al., 2018).

Mijatović in sodelavci (2014) pojasnjujejo, da se največ neželenih nosečnosti primarno pojavi pri mladih ženskah, starih med 18 in 24 let. Zaradi tega je pomembno raziskati uporabo sodobnih kontracepcijskih metod pri mladostnicah, saj so običajno predstavnice obeh kategorij – izobraženih in mladih, kjer se neželena nosečnost pojavlja najpogosteje.

Najstniki dobijo informacije o spolnosti od staršev, učiteljev, prijateljev, tudi medijev. Zaskrbljujoče je, da samo majhen odstotek najstnikov dobi informacije od zdravstvenih delavcev. Zato kot vrste kontracepcije v večini poznajo samo kondome in oralno hormonsko kontracepcijo (OHK). Naravnega načrtovanja družine in intrauterinih vsadkov ne poznajo, prav tako jih malo pozna urgentno kontracepcijo (Reina, et al., 2010).

Naš namen je ugotoviti uporabnost OHK med mladostnicami v srednješolskem obdobju. Cilji pa so odgovoriti na vprašanja:

- Koliko mladostnic v srednji šoli uporablja kontracepcijo?
- Katero vrsto kontracepcije mladostnice najpogosteje uporabljajo?
- Kakšna so stališča srednješolk do plačljive OHK?
- Kakšna je razlika v znanju o kontracepciji med dekleti, ki obiskujejo šole, ki izobražujejo o zdravstveni negi, in dekleti drugih srednjih šol?

METODE

Za utemeljitev teoretičnih izhodišč je bil narejen pregled specifične literature na obravnavano temo. Literaturo smo poiskali v podatkovnih bazah CINAHL, COBIB.SI in Medline, pri iskanju smo si pomagali z naslednjimi ključnimi besedami: student/študent, high school/srednja šola, reproductive health/reproduktivno zdravje, sexual behaviour/spolno vedenje, contraception/kontracepcija v kombinaciji z logičnim operaterjem AND/IN. Uporabili smo literaturo, objavljeno v obdobju od 2008 do 2018.

V raziskavi smo uporabili deskriptivni pristop, podatke smo zbirali s pomočjo ankete, povzete po literaturi Mijatović in sodelavcev (2014), Branković in sodelavcev (2013), Manski in Kottke (2015). Anketi smo glede na potrebe naše raziskave dodali vprašanja o splošnem poznavanju kontracepcije in menstrualnega cikla ter o tem, kakšno bi bilo stališče mladih do plačljive oralne hormonske kontracepcije.

Pred pričetkom raziskave smo izvedli pilotno študijo. K raziskavi smo povabili dijakinje 4. letnikov 3 srednjih šol, ki se izobražujejo za področje zdravstvene nege (skupina A), ter 2 drugih šol, in sicer dijakinje farmacije, kozmetike in vzgojiteljske srednje šole (skupina B). Razdelili smo 200 anket, od tega 100 v skupini A in 100 v skupini B. Anketiranje je v obeh skupinah potekalo aprila 2018. Od skupno 200 oddanih vprašalnikov smo dobili 174 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov, ki smo jih nato analizirali (96 vprašalnikov skupine A in 78 vprašalnikov skupine B). Sodelovanje v anketi je bilo anonimno in prostovoljno, predhodno smo od ravnateljev srednjih šol pridobili soglasje, da lahko na njihovi šoli izvajamo raziskavo. Etični vidik raziskovanja smo zagotovili s prostovoljnim sodelovanjem, anonimnostjo, upoštevali smo tudi Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Podatke smo analizirali s programom Microsoft Excel, različica 2016, in SPSS, različica 22.0.0.0. Izračunali smo \bar{x} , %, SD, za primerjavo pa smo uporabili Levenov test za enakost varianc ter t-test za neodvisne vzorce.

REZULTATI

Na vprašanje o tem, koliko mladostnic uporablja kontracepcijo, smo dobili skupno 159 odgovorov (mladostnice, ki odgovora niso podale, v veliki večini spolnih odnosov še niso imele). Kontracepcijo uporablja skupno 64,8 % mladostnic, 35,2 % pa ne.

Najpogosteje uporabljena vrsta kontracepcije pri mladostnicah je OHK, in sicer jo uporablja 46,6 % celotne anketirane populacije. Na drugem mestu so kondomi, ki jih uporablja 42,7 % mladostnic. Veliko manj pogosti so vaginalni obroči, ki jih uporablja 5,8 % mladostnic, 4,9 % mladostnic pa uporablja kondome in OHK skupaj.

Če bi bila OHK plačljiva bi jo 78,6 % mladostnic kupilo z lastnim denarjem, 7,7 % bi jih za denar prosilo starše, 6,0 % mladostnic bi kupovalo samostojno in s pomočjo staršev, 7,7 % mladostnic pa odgovora ni poznalo. Rezultati odgovorov o kupovanju plačljive OHK so zbrani v Tabeli 1.

Tabela 1: Kupovanje plačljive oralne hormonske kontracepcije

Nakup OHK	A (%)	B (%)	A in B (%)
Da	47,3	39,7	43,9
Ne	47,3	35,9	42,1
Ne vem	1,1	17,9	8,8
Mogoče	4,3	6,5	5,2
Skupaj	100	100	100

Legenda: % - odstotek anketirancev

Rezultati stališč mladostnic skupine A in skupine B do trditev o OHK so prikazani v Tabeli 2, Tabela 3 pa prikazuje stališča do pridobivanja znanja o varni spolnosti v času šolanja v skupinah A in B. Za merjenje stališč je uporabljena štiristopenjska Likertovi lestvici.

Tabela 2: Stališča mladostnic o oralni hormonski kontracepciji

Trditev	Skupina	n	\bar{x}	SD	Napaka \bar{x}
OHK štiti pred neželeno nosečnostjo.	A	96	3,42	0,691	0,071
	B	78	3,42	0,675	0,076
OHK štiti pred okužbo s spolno prenosljivimi boleznimi.	A	96	1,48	0,821	0,084
	B	78	1,35	0,803	0,091
Redna in pravilna uporaba OHK zavira ovulacijo.	A	96	2,50	1,046	0,107
	B	78	2,47	1,066	0,121
Pri uporabi OHK so menstruacije manj boleče in manj intenzivne.	A	96	2,76	1,054	0,108
	B	78	2,65	1,079	0,122
Večletna neprekinjena uporaba OHK lahko povzroči neplodnost.	A	96	2,43	0,937	0,096
	B	78	2,91	0,983	0,111
Namesto OHK so na voljo tudi kontracepcijski obliži.	A	96	2,85	1,056	0,108
	B	78	3,08	0,990	0,112
Predpisana je starostna omejitev, kdaj lahko ženska začne uporabljati OHK.	A	96	2,52	0,962	0,098
	B	78	2,68	1,000	0,113
Vsaki ženski ustreza vsaka vrsta kontracepcije.	A	96	1,40	0,774	0,079
	B	78	1,41	0,844	0,096
Imam osebne izkušnje z uporabo UK – sem jo že uporabila.	A	96	1,70	1,189	0,121
	B	78	1,60	1,231	0,139

Legenda: n – število anketirancev, \bar{x} – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, napaka \bar{x} – napaka povprečja.

Glede na Levenov test za enakost varianc smo ugotovili, da je p – vrednost nižja od 0,05 samo pri vprašanju o povezavi med OHK in neplodnostjo in je edina, ki kaže na statistično značilno razliko med skupinama. Skupina B ima višje povprečje.

Tabela 3: Stališča mladostnic do pridobljenega znanja o varni spolnosti tekom šolanja

Trditev	Skupina	n	\bar{x}	SD	Napaka \bar{x}
V šoli (osnovni in/ali srednji) so nas seznanili z zdravo spolnostjo.	A	96	3,40	0,788	0,080
	B	78	3,47	0,785	0,089
V šoli (osnovni in/ali srednji) so nas seznanili o pravilni uporabi kontracepcije.	A	96	3,26	0,885	0,090
	B	78	3,14	0,833	0,094
Predavanja v šoli o zdravi spolnosti in pravilni uporabi kontracepcije so bila zanimiva in poučna.	A	96	3,15	0,882	0,090
	B	78	3,04	0,889	0,101
Na sistematskih pregledih so nas seznanili z zdravo spolnostjo.	A	96	2,79	1,075	0,110
	B	78	2,87	0,998	0,113
Na sistematskih pregledih so nas seznanili o pravilni uporabi kontracepcije.	A	96	2,55	1,104	0,113
	B	78	2,69	0,971	0,110
Predavanja na sistematskih pregledih o pravilni uporabi kontracepcije so bila zanimiva in poučna.	A	96	2,64	1,017	0,104
	B	78	2,68	1,013	0,115

Legenda: n – število anketirancev, \bar{x} – povprečna vrednost, SD – standardni odklon, napaka \bar{x} – napaka povprečja.

Glede na Levenov test za enakost varianc so vse p -vrednosti višje od 0,05, niso statistično značilne, zato ne moremo govoriti, da so med skupinama razlike v povprečjih.

V obeh skupinah je na izbor kontracepcije najbolj vplivalo mnenje prijateljic (skupina A – 40,4 %, skupina B – 50,7 %), na drugo mesto se je uvrstilo mnenje ginekologa (skupina A – 27,7 %, skupina B – 26,7 %), na izbor kontracepcije pa so vplivale

še sestre in matere, nekatere mladostnice so se odločile same, nekaterim pa so pri odločitvi pomagale medicinske sestre (v skupini B – 1,3 %) in farmacevti (v skupini A – 2,1 %).

Nato smo mladostnicam postavili vprašanje, ki zahteva poznavanje menstrualnega cikla. Odgovor na vprašanje je v skupini A podalo 79 dijakinj, v skupini B pa 67 (Tabela 4).

Tabela 4: Povprečje odgovorov na vprašanje, kaj je ovulacija

Ovulacija	Skupina A (%)	Skupina B (%)
Ko je jajčece pripravljeno na oploditev.	3,8	6,0
Dnevi, ko ima ženska največ možnosti za oploditev.	49,3	65,7
Potovanje zrelega jajčeca po jajcevodu.	20,3	19,4
Dozorevanje jajčeca.	12,7	3,0
Jajčece v jajcevodu.	7,6	1,4
Čas med menstruacijama.	6,3	4,5
Skupaj	100	100

Legenda: % - odstotek anketirancev

Sedaj kontracepcijo uporablja 59,8 % mladostnic v skupini A (43,6 % jih uporablja kondom, 47,3 % jih uporablja OHK, 3,6 % jih uporablja vaginalni obroč, kombinacijo kondoma in OHK pa jih uporablja 5,5 %). V skupini B uporablja kontracepcijo 71,6 % mladostnic (41,7 % jih uporablja kondom, 45,8 % jih uporablja OHK, 8,3 % jih uporablja vaginalni obroč in kombinacijo kondoma ter OHK uporablja 4,2 % mladostnic). Kljub temu da so spolno aktivne, pa kontracepcije ne uporablja 40,2 % mladostnic v skupini A in 28,4 % v skupini B.

Zanimalo nas je tudi, če so se pred začetkom uporabe kontracepcije s kom pogovorile o tem. Tudi pri tem vprašanju so se odgovori razlikovali glede na skupine. V skupini A se je pogovorilo 68,3 % mladostnic. Največ, kar 75,0 % se jih je pogovorilo z ginekologom, 23,2 % mladostnic se jih je pogovorilo z bližnjo žensko v njihovem življenju (mamo, sestro, prijateljico), 1,8 % pa se jih je o izbrani kontracepciji pogovorilo s fantom. V skupini B pa se je z ginekologom pogovorilo 56,4 % mladostnic, 5,1 % s farmacevtom, 33,3 % z mamo, sestro in prijateljico, 5,1 % pa se jih je pogovorilo s fantom. Pred začetkom uporabe kontracepcije se je v skupini B z nekom pogovorilo 67,9 % mladostnic.

DISKUSIJA

Manj zadovoljstva z izobraževanjem o varni spolnosti v času šolanja so mladostnice izrazile za tista predavanja, ki potekajo na sistematskih pregledih pod vodstvom medicinskih sester. Pri teh izobraževanjih so manj aktivno vključena, posledično so se jim zato predavanja zdela bolj nezanimiva in monotona.

Mladostnice iz skupine B, pri izbiri vrste kontracepcije bolj upoštevajo mnenje bližnjih sorodnikov in prijateljev, ki pa ni nujno tako strokovno, kot če bi ga prejele od zdravstvenega osebja. Pomembno bi bilo, da bi vsem mladostnicam približali zdravstvene delavce do te mere, da bi za nasvete o kontracepciji lažje prosile njih kot bližnje osebe. To bi lahko storili tako, da bi bila izobraževanja bolj dostopna, zanimiva za mlade, vključevala bi lahko tudi individualne pogovore z dekleti, ki bi potekali v zasebnem in varnem okolju. Zagotavljanje dostopa in promocija uporabe učinkovite kontracepcije sta pomembni strategiji za preprečevanje neželenih nosečnosti (Pazol, et al., 2018). Zdravstveni delavci bi lahko vplivali na ženske in njihovo spolno zdravje z izobraževanjem in posvetovanjem (Fataneh, et al., 2013).

Razlika v poznavanju kontracepcije med mladostnicami iz skupine A in B, je majhna, odstopanje se pojavi samo pri vprašanju, ali dolgotrajna uporaba OHK povzroča neplodnost. Mladostnice iz skupine B se s trditvijo bolj strinjajo.

Poleg izobraževanja o kontracepciji bi bilo treba v šolski program na vseh šolah, ne samo zdravstvenih, vključiti tudi učenje o menstrualnem ciklu. Tako bi zmanjšali frekvenco neželenih nosečnosti ter posledično splavov in uporabo urgentne kontracepcije.

Kar nekaj odstotkov mladostnic je tudi odgovorilo, da si plodne dneve računajo s pomočjo aplikacije na mobilnem telefonu. Sledenje zdravstvenemu vedenju s pomočjo mobilnih aplikacij ponuja pravočasno in ustrezno pomoč uporabnikom za samospoznavanje in spremembo vedenja s pomočjo opomnikov. Samosledenje zdravju je postalo zelo priljubljeno med ljudmi. Uporabljanje aplikacij za spremljanje menstrualnega cikla je četrta najbolj uporabljena aplikacija za pomoč pri sledenju zdravstvenega stanja. Sodeč po dosedanjih raziskavah, samo 30 % trenutno obstoječih aplikacij pravilno predvideva uporabničine plodne dni, od tega jih samo 6 točno določi obdobje, ko je zanositev najbolj verjetna (Starling et al., 2018). Aplikacije pa vplivajo na učinkovitost pri kontracepcijski metodi računanja plodnih dni, z njihovo pomočjo se lahko prepreči neželena nosečnost, če jo partnerja dosledno uporabljata in se ob plodnih dneh dodatno zaščitita oziroma sta bolj previdna (Berglund Scherwitzl, et al., 2016).

Če bi OHK postala plačljiva, bi jo kljub temu kupovalo 43,9 % mladostnic. 42,1 % mladostnic pa OHK ne bi kupovalo. Težava nastane, ker so mladostnice v večini napisale, da bi kontracepcijo kupovale s svojim denarjem, vprašanje pa je, kje bi ta denar dobile. Med šolskim letom jih namreč malo opravlja študentsko delo, nekatere bi si jih lahko kupovale s pomočjo štipendije, vendar je odvisno tudi, kakšna bi bila cena OHK. Nekaj deklet je dopisalo, da uporabljajo OHK predvsem iz tega razloga, ker so brezplačne in tako ni treba denarja zapravljati za kondome. Nekateri so poudarile, da bi, če bi OHK postala plačljiva, posegle po drugi, cenejši ali brezplačni kontracepcijski metodi, katerakoli bi to bila.

Popolna vrsta kontracepcije ne obstaja, zato je izbira neke vrste kompromis. Varnost in učinkovitost naj bosta pri izbiri najpomembnejša dejavnika, pa tudi prikladnost, dostopnost in cena so pri izbiri pomembni (Branković, et al., 2013).

Pomanjkljivosti raziskave je velikost in namenskost vzorca. Izpostaviti je potrebno da je bil vzorec izbran na podlagi pripravlenosti srednjih šol za sodelovanje. Če bi izbrali srednje šole, ki se bolj razlikujejo v curriculumu glede zdravstvenih učnih vsebin, bi bile razlike med skupinama mogoče večje. Tretja pomanjkljivost pa je bila sestava vprašalnika, saj je oblika vprašanj otežila primerjalno statistiko med skupinama v pri določenih vprašanjih, zato je bila ta lahko izvedena pri dveh sklopih vprašanj (trditve o OHK ter stališča o pridobivanju znanja o zdravi spolnosti v času šolanja). Zaradi namenskosti vzorca in njegove velikosti, dobljene rezultate lahko interpretiramo le na ravni vzorca.

ZAKLJUČEK

V raziskavi smo ugotovili, da je splošno znanje o kontracepciji med mladostnicami zadovoljivo, med šolami vključenih v raziskavo ni razlik. Presenetljivo je, da spolno aktivne mladostnice iz skupine B v večjem številu redno uporabljajo kontracepcijo. OHK je najbolj razširjena vrsta kontracepcije med mladimi, njena uporaba se ne glede na plačljivost ne bi drastično zmanjšala, vendar pa bi nekaj odstotkov mladostnic vseeno iskalo druge, cenovno ugodnejše rešitve. Čeprav imajo mladostnice ob koncu srednje šole že dokaj redne in urejene menstrualne cikle, si plodnih dni zaradi napačne predstave o tem, kaj je ovulacija, ne znajo izračunati, zato kontracepcijska metoda izračuna plodnih dni trenutno za njih ni najbolj primerna. Potrebno bi bilo mladostnice dodatno izobraziti, kar bi lahko izvajale medicinske sestre na sistematskih pregledih. Ugotovili smo, da mladostnice iz skupine B pri izbiri kontracepcije bolj zaupajo svojim bližnjim kot zdravstvenim delavcem, zato bi morali zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre, z mladimi vzpostaviti bolj zaupen odnos, mogoče bi lahko temu primerno posvetili posvetovalnice za mlade, kamor bi lahko prihajali po različne individualne nasvete, tudi o kontracepciji.

LITERATURA

- Berglund Scherwitzl, E., Gemzell Danielsson, K., Sellberg, J.A. & Scherwitzl, R., 2016. Fertility awareness-based mobile application for contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(3), pp. 234–241. <https://doi.org/10.3109/13625187.2016.1154143>
- Branković, S., Pilav, A., Rama, A., Šegalo, M., Hadžiomerović, A.M. & Gojak, R., 2013. Practice and knowledge of contraception in the student population. *Macedonian Medical Journals*, 19(2), pp. 114–120.
- Fataneh, G., Marjan, M.H., Nasrin, R. & Taraneh, T., 2013. Sexual function in Iranian women using different methods of contraception. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1), pp. 3016–3023. <https://doi.org/10.1111/jocn.12289>
- Grindlay, K., Dako-Gyeke, P., Ngo, T.D., Gillian, E., Gobah, L., Reiger, S.T., et al. 2018. Contraceptive use and unintended pregnancy among young women and men in Accra, Ghana. *PLoS One*, 13(8), pp.1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201663>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije 24(52): 5924–7.

- Manski, R. & Kottke, M., 2015. A survey of teenagers' attitudes toward moving oral contraceptives over the counter. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 47(3), pp. 123 –129. <https://doi.org/10.1363/47e3215>
- Mijatović, V., Samojlik, I., Petković, S., Horvat, O., Tomić, Z. & Sabo, A. 2014. Hormonal contraception – habits and awareness female students of the university of Novi Sad, Vojvodina, Serbia. *Medicinski Pregled*, 67(9–10), pp. 290–296. <https://doi.org/10.2298/MPNS1410290M>
- Pazol, K., Ellington, S.R., Fulton, A.C. Zapata, L.B., Boulet, S.L., Rice, M.E., et al., 2018. Contraceptive use among women at risk for unintended pregnancy in the context of public health emergencies-United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(32), pp. 898–902. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a6>
- Reina, M.F., Ciaravino, H., Llovera, N. & Castelo-Branco, C., 2010. Contraception knowledge and sexual behaviour in secondary school students. *Gynecological Endocrinology*, 26(7), pp. 479–483. <https://doi.org/10.3109/09513591003649856>
- Starling, M.S., Kandel, Z., Haile, L. & Simmons, R.G., 2018. User profile and preferences in fertility apps for preventing pregnancy: an exploratory pilot study. *mHealth*, 4(21), pp, 1 – 14. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.06.02>
- World health organization, 2015. *Sexual health, human rights ab the law*. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9789241564984_eng.pdf;jsessionid=D197DD4B19F71EEC7162A6414DB569B3?sequence=1 <17. 10. 2018>.



KAKOVOST ŽIVLJENJA PARA, KI SE SOOČA Z NEPLODNOSTJO

Quality of life of a couple facing infertility

Rebeka Potočnik, dipl. m. s.
Fakulteta za vede o zdravju Izola

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.
Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego

rebbit.123@gmail.com

Prispevek temelji na diplomskem delu z naslovom Vpliv neplodnosti na kakovost partnerske zveze: pregled literature

IZVLEČEK

Uvod: Neplodnost prizadene med 10 in 15 % parov po svetu. Predstavlja bio-psiho-socialni zdravstveni problem. Namen raziskave je bil ugotoviti telesne, duševne in socialne spremembe, ki jih prinaša neplodnost tako za moške kot ženske ter ugotoviti kako te spremembe vplivajo na partnersko zvezo v primerih soočanja s problematiko neplodnosti enega ali obeh. Raziskovalni vprašanji sta bili naslednji: »Kakšne so razsežnosti neplodnosti na kakovost življenja para« in »Kako neplodnost vpliva na partnersko razmerje in medosebni odnos para?« **Metode:** Uporabljena je bila opisna metoda dela s sistematičnim pregledom literature po metodologiji PRISMA. Iskanje je potekalo s pomočjo spletnih baz podatkov Pubmed, EBSCO host, Ebook Central, Science Direct in Sage Journals . Pri iskanju sta bili uporabljeni ključni besedi *infertility impact* in *couple*, časovno je bila literatura omejena od leta 2006 do leta 2018, iskani so bili članki s polnim dostopom do besedila. S pomočjo PRISMA sistema je bilo iz 1031 zadetkov zbranih 41 člankov, ki so bili vključeni v pregled literature. **Rezultati:** Ob primerjavi zdrave populacije in parov, ki se soočajo z neplodnostjo prihaja do opaznih razlik v kakovosti življenja, partnerskem zadovoljstvu, duševnem zdravju, spolnem zadovoljstvu in socialnem statusu. Dvig partnerskega zadovoljstva pomeni tudi dvig kakovosti življenja. Zdravstvena nega lahko dokazano pripomore k izboljšanju kakovosti življenja, spolnega zadovoljstva in partnerskega zadovoljstva. **Diskusija in zaključek:** Neplodnost vpliva na slabšanje duševnega zdravja, spolnega zadovoljstva, kakovosti življenja, partnerskega zadovoljstva in socialnega statusa. Potrebna je celovita obravnava, multidisciplinaren in empatičen pristop.

Ključne besede: partnerska zveza, duševno zdravje, stigmatizacija, zdravstvena nega, medicinske sestre

ABSTRACT

Introduction: Infertility affects between 10 to 15 % of couples worldwide. It represents a biological, psychological and social health care problem. The aim of the research was to acknowledge the physical, mental and social differences that infertility itself brings to men and women and also to better understand the changes in life of the couple facing infertility. Two following research questions were used to conduct the research. The first: "How does the infertility affect couples marital and interpersonal relationship?" and the second one was "What are the main dimensions of the quality of life of infertile couple?". **Methods:** A systematic review was conducted using the PRISMA system methodology. The databases Pubmed, EBSCO host, Ebook Central, Science Direct and Sage Journals were searched using keywords *infertility impact* and *couples*. The English literature with full text accessibility from included years 2006 to 2018 was considered for the research. A total of 1031 articles were found and later reduced by using the PRISMA system, to 41 articles that were used in the systematic literature review. **Results:** There are important differences in the quality of life, marital satisfaction, mental health, sexual satisfaction and social status when comparing a healthy fertile couple to a couple facing infertility. Marital satisfaction is strongly connected to the quality of life, therefore the higher the marital satisfaction the higher the quality of life. Nursing can bring positive changes to improvement of sexual and marital satisfaction and quality of couple's life. **Discussion:** Infertility brings negative changes to couple's mental health, sexual satisfaction, quality of life, marital satisfaction and social status. In conclusion a comprehensive treatment and a multidisciplinary approach is needed.

Keywords: relationship, mental health, stigma, health care, nursing

UVOD

Reproduktivne motnje, kot je neplodnost, prizadenejo med 10 in 15 % parov (Cozaru, et al., 2012). Neplodnost je opredeljena kot nezmožnost spočetja spolno aktivnih parov, ki ne uporabljajo kontracepcije, v obdobju enega leta (Alhassan, et al., 2014). Veliko pozornosti je usmerjene na uspešne medicinske posege in intervencije v okviru zdravljenja neplodnosti pri parih, premalo pa na pare, pri katerih umetna oploditev ni uspešna (manj kot 50 % žensk mlajših od 35 let) (Ferland & Caron, 2013). Tudi pozna reproduktivna starost prinaša večjo možnost komplikacij in pojava neplodnosti (Aghajanova, et al., 2016). Zanositev s pomočjo in-vitro fertilizacijo (IVF) je zadnja možnost za paciente, ki ne morejo spočeti po naravni poti ali s spodbujanjem ovulacije in intrauterino inseminacijo (Kim, et al., 2014). Posledice neplodnosti so nizka samopodoba, jeza, žalost, nestrpnost do parov, ki imajo otroke, anksioznost in depresija (Wiweko, et al., 2017). Pojavljajo se spremembe pri zadovoljstvu v zakonu, pričakovanih znotraj zveze in pogosti so konflikti (Samadaee Gelehkolae, et al., 2015). Ženske občutijo nezadovoljstvo v zakonu bolj pogosto od njihovih partnerjev (Tao, et al., 2012).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so telesne, duševne in socialne spremembe, ki jih prinaša neplodnost ter kako te spremembe vplivajo na partnersko zvezo v primerih soočanja s problematiko neplodnosti enega ali obeh. Cilj raziskave je bil skozi sistematični pregled literature izpostaviti vplive neplodnosti na kakovost življenja para, ki se sooča z neplodnostjo, vključno z vplivom na medsebojne odnose in partnersko zvezo. Raziskovalni vprašanji sta bili naslednji: »Kakšne so razsežnosti neplodnosti na kakovost življenja para?« in »Kako neplodnost vpliva na partnersko razmerje in medosebni odnos para?«

METODE

Uporabljena je bila opisna metoda dela s pregledom literature po PRISMA sistemu (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) (Moher, et al., 2009). Iskanje je potekalo na spletnih bazah podatkov, ki so dostopne na Univerzi na Primorskem Fakulteti za vede o zdravju (Pubmed, EBSCO host, Ebook Central, Science direct in Sage Journals). Upoštevani so bili naslednji kriteriji: vsebinski (angleški ključni besedi infertility impact, couple (vpliv neplodnosti, zakonca)), časovni (literatura omejena na starost 12 let, od 2006 do 2018 leta), jezikovni (angleški jezik), drugi (članki s polnim dostopom do besedila). Pri iskanju in razvrščanju virov je bil uporabljen PRISMA sistem (Moher, et al., 2009): Identifikacija: Z uporabo iskalnih pojmov v angleškem jeziku (infertility impact in couple), z Boovlovimi operaterji AND, časovno omejitvijo (2006–2018), jezikovno omejitvijo (angleščina) in zahtevo po polnem dostopu do literature je bilo pridobljeno naslednje število člankov: PubMed (n = 115), EBSCO host (n = 22), Science Direct (n = 506) in Sage Journals (n = 388). Skupno je bilo na začetku pridobljenih 1031 člankov oz. 1017 po odstranitvi dvojnikov. Presejane: Zbrane raziskave se je izključevalo glede na pomensko ustreznost. Izključenih je bilo 923 člankov zaradi neustreznosti povzetkov in naslovov. Ustreznost: Članki s polnim dostopom do besedila (n = 94) so bili ocenjeni glede na smiselnost besedila. Izključenih je bilo 53 člankov, zaradi vsebinske nepovezanosti. Vključenost: Po temeljitem pregledu je bilo 41 člankov ustreznih in vključenih v pregled literature.

REZULTATI

Ob pregledu literature smo ugotovili, da se pari srečujejo z vplivi neplodnosti na več različnih področjih.

Psihopatologija: Pari zelo pogosto opisujejo neplodnost kot najbolj stresen življenjski dogodek, katerega že samo zdravljenje pomeni veliko fizično, psihično in ekonomsko breme (Kissi, et al., 2013). Isti avtorji ugotovijo, da ženske, ki se zdravijo za neplodnostjo, bolj pogosto obolevajo za duševnimi motnjami in imajo nižjo samopodobo kot moški. Depresija in anksioznost imata pri parih skoraj dvakrat večjo pojavnost (Maroufizadeh, et al., 2018). Pari, ki se zdravijo za neplodnostjo, pogosto navajajo utrujenost kot posledico stresa (Rodino, et al., 2018). Alhassan in sodelavci (2014) so dokazali visoke vrednosti obolenja za depresijo žensk v Gani in to povezali s kulturnimi zahtevami po rojstvu otrok in stigmo. Večje spremembe v čustvenem doživljanju se pojavljajo tudi pri parih, ki živijo na podeželju, kar je povezano z tradicionalnim življenjem na podeželju in s tem povezanimi željami ter pričakovanji družbe (Moura-Ramos, et al. 2012). Nezmožnost spočetja prinaša velike psihološke spremembe pri obeh partnerjih, kljub temu pa imajo ženske običajno več težav (Yuit Wah Wong & Ser Hua Tan, 2012). Moški, ki se srečujejo z neplodnostjo so pogosto jezni in ljubosumni in pogosto ne zmorejo izvajati rutinskih aktivnosti (Hanna & Gough, 2016). Stres pri moških v kontekstu neplodnosti je izražen podobno, kot travma ob izgubi partnerja ali otroka (Hanna & Gough, 2015). Uspešnost same IVF je povezana z dobrim psihološkim stanjem para (Yakupova & Zakharova, 2014). Kljub temu pa sta stres in tesnoba običajno prisotna tudi ob spočetju in se zmanjšata šele po rojstvu otroka (Moreno-Rosset, et al., 2016).

Spolno zadovoljstvo: Spolnost je pomemben faktor za zdravje in indikator življenjskega zadovoljstva (Shakerian, et al., 2014). Shakerian in sodelavci (2014) trdijo, da imajo pogosti spolni odnosi pozitiven vpliv na zakonsko zadovoljstvo in kakovost življenja. Kronične bolezni, depresija, visoke ravni stresa, uživanje antidepresivov in poškodbe hrbtenice znižujejo spolno zadovoljstvo (Sánchez-Fuentes, et al., 2014). Pari, ki se soočajo z neplodnostjo imajo zmanjšano željo po spolnih odnosih in bolj pogoste motnje v spolnosti (Khademi, et al., 2008).

Soočanje z neplodnostjo in socialna podpora: Soočanje je kognitivni trud namenjen doseganju kontrole in zmanjšanju stresa v kritičnih trenutkih (Peterson, et al., 2008). Naučiti se, kako upravljati z neplodnostjo in zdravljenjem ter to prenesti v medosebni, družinski koncept je pogost izziv parov (Schmidt, 2009). Ljudje prilagajajo načine soočanja, da bi ustrezali zahtevam situacije (Bolvin & Lancaster, 2010). Schmidt (2009) opredeli, da je izogibanje, kot način soočanja, povezano z visokim nezadovoljstvom v zakonu, nasprotno pa konfrontacijsko soočanje, ki pripomore k ohranjanju srečnega zakona. Pari, ki se poslužujejo tehnik asistiranega reprodukcije (v nadaljevanju TAR) se soočajo na tri skupne načine: nadaljevanje z zdravljenjem, izogibanje čustvenim bremenom in zaposlitev z drugimi hobiji (Phillips, et al., 2014). Bolj kot uporablja mehanizme sooča-

nja en partner, bolj jih uporablja tudi drugi (Peterson, et al., 2008). Dobra socialna podpora je povezana z boljšim duševnim zdravjem in izboljšanjem kakovosti življenja (Richard, et al., 2016). Ženske v povprečju prejmejo več socialne podpore, le-ta posredno pozitivno deluje tudi na njihove partnerje (Martins, et al., 2014). Isti avtorji ugotovijo, da je podpora partnerja in ožjih članov družine najbolj učinkovita.

Zdravstvena nega: Podporo, terapijo in svetovanje je smiselno podati na individualni, družinski ali skupinski ravni, odvisno od potrebe posameznika (Perkins, 2006). Pari pogosto izpovedujejo nezadovoljstvo v smislu tesnobe in nerveze, ki jo doživljajo že ob samem obisku ginekologa (Moreno-Rosset, et al. 2016). Osebe, ki se soočajo z neplodnostjo, želijo poleg uspešnosti zdravljenja tudi obravnavo, ki bo individualna in temeljila na empatičnem pristopu (Dancet, et al., 2011). Romeiro in sodelavci (2017) ugotavljajo oddaljenost medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, pomanjkanje občutljivosti, empatije in razčlovečenje parov, ki se soočajo z neplodnostjo. Pogled na pare, ki se soočajo z neplodnostjo, enostranski, osredotoča se zgolj na fizične ovire, ki povzročajo neplodnost in zanemara psihološko doživljanje para, zaradi česar pacienti izgubljajo zaupanje do zdravstvenih delavcev (Romeiro, et al., 2017). Greil in sodelavci (2010) opozorijo na problematiko nedostopnosti v zdravstvenem sistemu povezane z rasnimi razlikovanji in slabo razvitostjo zdravstvenih storitev.

Kulturna pričakovanja: Prepričanje, da je imeti potomca dokaz uspešne faze razvoja srečnega zakona, ustvarja velik socialni pritisk na pare (Smeeton & Ward, 2017). Nezmožnost spočetja potomcev je v sistemih patriarhata in strogih Islamskih državah poraz za družino, zaradi pričakovanj povezanih z družbenimi vlogami moških in žensk (Mumtaz, et al., 2013). V Indiji je materinstvo vtisnjeno že v zgodnje otroštvo deklic do te meje, da so pogosto deklice izključene iz številnih športnih aktivnosti in imajo prilagojeno prehrano z namenom varovanja svojih reproduktivnih organov (Mehta & Kapadia, 2008).

Zakonsko zadovoljstvo in kakovost življenja: Zakonsko zadovoljstvo pogojeno s številnimi dejavniki (demografski faktorji, vključenost v TAR, psihološko zdravje, kakovost življenja, socialna podpora in spolna funkcija) (Samadaee Gelekholaee, et al., 2015). Ženske so na splošno bolj nezadovoljne v zakonu in imajo več izpovedi o spolnem nezadovoljstvu (Vizheh, et al., 2015). Ferreira in sodelavci (2015) trdijo, da je dobro prilagajanje na neplodnost in sprejemanje življenjskega sloga brez otrok povezano z visokim zakonskim zadovoljstvom. Bolj, kot posameznik doživlja neplodnost kot stresno, večje je tudi zakonsko nezadovoljstvo in nižja je kakovost življenja (Gana & Jakubowska, 2014). Kakovost življenja je percepcija posameznika o njegovi poziciji v življenju (Jahromi, et al., 2018). Pogojena je s posameznikovim fizičnim in duševnim zdravjem, stopnjo samostojnosti, socialnimi razmerami, prepričanji in odnosom do okolja (Kitchen, et al., 2017). Chachamovich in sodelavci (2009) ugotovijo, da imajo moški višjo kakovost življenja v psihološkem področju, ker so načeloma bolj duševno zdravi, ženske pa v sociološkem področju, ker običajno prejmejo več socialne podpore. Partnerji imajo slab vpogled na kakovost življenja in čustveno stanje njihovega partnerja in jo, ne glede na spol, vrednotijo slabše, kot jo dejansko ocenjevani vrednoti sam (Chachamovich, et al., 2010). Kakovost življenja je višja pri parih, kjer je manj neuspešnih zdravljenj, manj časa prisotna neplodnost, višja izobrazba in moška, mešana ali neznana etiologija neplodnosti (Jahromi, et al., 2018). Onat in Kizilkaya Beji (2012) pa v raziskavi sploh ne ugotovita razlik v kakovosti življenja med zdravo populacijo in pari vključenimi v TAR, ob primerjavi z drugimi avtorji pa opozorita na razhode v literaturi.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Neplodnost prizadene človeka v celoti. Pregled literature potrjuje, da so psihične spremembe, ki jih doživljajo pari, resne in povezane z neplodnostjo ter vplivajo na kakovost življenja para. Stres je eden izmed dejavnikov, ki je stalno prisoten (Khademi, et al., 2008). Dovolj pogosti spolni odnosi naj bi imeli pozitivne vplive na zakon (Shakerian, et al., 2014), kljub temu pa pari pogosto izpovedujejo nezadovoljstvo v povezavi s spolnostjo v smislu zmanjšane želje po spolnosti in drugih spolnih disfunkcijah (Khademi et al., 2008). Dobra socialna podpora partnerja in družine ter boljši socialno ekonomski status pripomorejo k izboljšanju spolnega zadovoljstva znotraj nekega para (Sánchez-Fuentes, et al., 2014). Dobra socialna podpora vpliva tudi na zmanjšanje stresa, dviguje samopodobo in povečuje zakonsko zadovoljstvo (Martins, et al., 2014). Soočanje z neplodnostjo je v nekaterih kulturah težje, zaradi pričakovanj do mladega para (Mumtaz, et al., 2013).

V pregledu literature smo ugotovili slabo kakovost življenja pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo. Nizka kakovost življenja je povezana s telesnimi izgubami, psihološkimi težavami, stigmo, socialno izoliranostjo in finančno izčrpanostjo parov. Ugotovili smo tudi slabše partnersko zadovoljstvo, ki je povezano s slabšim psihološkim zdravjem, nižjo kakovostjo življenja, socialno podporo, slabšo spolno funkcijo in nekaterimi demografskimi faktorji. Ugotovili smo tudi, da ženske v večji meri trpijo za posledicami neplodnosti.

Ker neplodnost prizadene veliko število ljudi, se strinjamo, da je to velik javnozdravstveni problem. Vključenost zdravstvene nege je velikega pomena za doseganje boljših rezultatov zdravljenja in zadovoljstva parov. Da bi izboljšali kakovost življenja in zakonsko zadovoljstvo parov, bi morali bolj pogosto prisluhniti paru in jim nuditi sočutno podporo v smislu informacij ter izvajati celovito obravnavo. Priložnosti za prihodnje raziskovanje področja so zlasti na našem območju nujne, saj tovrstnih raziskav v Sloveniji ni.

LITERATURA

- Aghajanova, L., Hoffman, J., Mok-Lin, E. & Herndon, C.N., 2016. Obstetrics and Gynecology Residency and Fertility Needs: National Survey Results. *Reprod Sci* 24(3), 428–434. <https://doi.org/10.1177/1933719116657193>
- Alhassan, A., Ziblim, A.R. & Muntaka, S., 2014. A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Women's Health* 14(1), pp. 42. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-42>
- Bolvin, J. & Lancaster, D., 2010. Medical Waiting Periods: Imminence, Emotions and Coping. *Womens Health* 6(1), pp. 59–69. <https://doi.org/10.2217/WHE.09.79>
- Chachamovich, J.R., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M.P., Knauth, D.R. & Passos, E.P., 2010. Agreement on perceptions of quality of life in couples dealing with infertility. *Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(5), pp. 557–565. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01168.x>
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Fleck, M.P., Cordova, F.P., Knauth, D. & Passos, E., 2009. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. *Human Reproduction* 24(9), pp. 2151–2157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep177>
- Cozaru, G.C., Butnariu, L.I. & Gorduza, E.V., 2012. Genetic counselling in reproductive disorders. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 33(1), pp. 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.114>
- Dancet, E. a. F., Van Empel, I.W.H., Rober, P., Nelen, W.L.D.M., Kremer, J. a. M. & D'Hooghe, T.M., 2011. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*. 26(4), pp. 827–833. <https://doi.org/10.1093/humrep/der022>
- Ferland, P. & Caron, S.L., 2013. Exploring the long-term impact of female infertility: A qualitative analysis of interviews with postmenopausal women who remained childless. *The Family Journal* 21(2), pp. 180–188. <https://doi.org/10.1177/1066480712466813>
- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J. & Chaves, C., 2015. Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 171(1), pp. 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.094>
- Gana, K. & Jakubowska, S., 2014. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction: *Journal of Health Psychology* 21(6), pp. 1043–1054. <https://doi.org/10.1177/1359105314544990>
- Greil, A.L., Slauson-Blevins, K. & McQuillan, J., 2010. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health & Illness* 32(1), pp. 140–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01213.x>
- Hanna, E. & Gough, B., 2015. Experiencing male infertility: A review of the qualitative research literature. *SAGE Open* 5, 5(4), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1177/2158244015610319>
- Hanna, E. & Gough, B., 2016. Emoting infertility online: A qualitative analysis of men's forum posts. *Health* 20(4), pp. 363–382. <https://doi.org/10.1177/1363459316649765>
- Jahromi, B., Mansouri, M., Forouhari, S., Poordast, T. & Salehi, A., 2018. Quality of life and its influencing factors of couples referred to an infertility center in Shiraz, Iran. *International Journal of Fertility and Sterility* 11(4), pp. 293–297. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5123>
- Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M. & Ghaemi, M., 2008. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine* 5(6), pp. 1402–1410. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00687.x>
- Kim, M., Kim, S., Chang, S., Yoo, J.S., Kim, H.K. & Cho, J.H., 2014. Effect of a mind-body therapeutic program for infertile women repeating in vitro fertilization treatment on uncertainty, anxiety, and implantation rate. *Asian Nursing Research* 8(1), pp. 49–56. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.002>
- Kissi, Y., Romdhane, A.B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H. & Ali, B., 2013. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 167(2), pp. 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.014>
- Kitchen, H., Aldhouse, N., Trigg, A., Palencia, R. & Mitchell, S., 2017. A review of patient-reported outcome measures to assess female infertility-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 15(1), pp. 86. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0666-0>
- Maroufizadeh, S., Ghaheeri, A., Almasi-Hashiani, A., Mohammadi, M., Navid, B., Ezabadi, Z. & Samani, R.O., 2018. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal* 23, pp. 103–106. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.09.003>

- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J. & Costa, M.E., 2014. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction* 29(1), pp. 83–89. <https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Mehta, B. & Kapadia, S., 2008. Experiences of childlessness in an Indian context: a gender perspective. *Indian Journal of Gender Studies* 15(3), pp. 437–460. <https://doi.org/10.1177/097152150801500301>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & Group, T.P., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine* 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moreno-Rosset, C., Arnal-Remón, B., Antequera-Jurado, R. & Ramírez-Uclés, I., 2016. Anxiety and psychological wellbeing in couples in transition to parenthood. *Clínica y Salud* 27(1), pp. 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.01.004>
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M.C., Soares, I. & Santos, T.A., 2012. The indirect effect of contextual factors on the emotional distress of infertile couples. *Psychology & Health* 27(5), pp. 533–549. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.598231>
- Mumtaz, Z., Shahid, U. & Levay, A., 2013. Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health* 10(1), pp. 3. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-3>
- Onat, G. & Kizilkaya Beji, N., 2012. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 165(2), pp. 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033>
- Perkins J, 2006. The psychological impact of infertility. *Therapy Today* 17(8), 17–19.
- Peterson, B.D., Pirritano, M., Christensen, U. & Schmidt, L., 2008. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction* 23(5), pp. 1128–1137. <https://doi.org/10.1093/humrep/den067>
- Phillips, E., Elander, J. & Montague, J., 2014. An interpretative phenomenological analysis of men's and women's coping strategy selection during early IVF treatment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 32(4), pp. 366–376. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.915391>
- Richard, J., Badillo-Amberg, I. & Zekowitz, P., 2016. "So much of this story could be me": Men's use of support in online infertility discussion boards. *American Journal of Men's Health* 11(3), pp. 663–673. <https://doi.org/10.1177/1557988316671460>
- Rodino, I.S., Gignac, G.E. & Sanders, K.A., 2018. Stress has a direct and indirect effect on eating pathology in infertile women: avoidant coping style as a mediator. *Reproductive Biomedicine & Society Online* 5(1), pp. 110–118. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.03.002>
- Romeiro, J., Caldeira, S., Brady, V., Hall, J. & Timmins, F., 2017. The spiritual journey of infertile couples: discussing the opportunity for spiritual care. *Religions* 8(4), pp. 76. <https://doi.org/10.3390/rel8040076>
- Samadaee Gelekholaee, K., Mccarthy, B.W., Khalilian, A., Hamzehgardeshi, Z., Peyvandi, S., Elyasi, F. & Shahidi, M., 2015. Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: a comprehensive literature review. *Global Journal of Health Science* 8(5), pp. 96. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p96>
- Sánchez-Fuentes, M. del M., Santos-Iglesias, P. & Sierra, J.C., 2014. A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 14(1), pp. 67–75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
- Schmidt L, 2009. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Human Fertility* 12(1), pp. 14–20. <https://doi.org/10.1080/14647270802331487>
- Shakerian, A., Nazari, A.-M., Masoomi, M., Ebrahimi, P. & Danai, S., 2014. Inspecting the relationship between sexual satisfaction and marital problems of divorce-asking women in Sanandaj city family courts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 114(1), pp. 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.706>
- Smeeton, J. & Ward, J., 2017. 'It's a big deal, being given a person': why people who experience infertility may choose not to adopt. *Adoption & Fostering* 41(3), pp. 215–227. <https://doi.org/10.1177/0308575917705819>
- Tao, P., Coates, R. & Maycock, B., 2012. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility* 13(2), pp. 71–80.
- Vizheh, M., Pakgozar, M., Rouhi, M. & Veisy, A., 2015. Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple based study. *Sexuality & Disability* 33(4), pp. 457–468. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9417-5>
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S.D. & Lubis, H.P., 2017. Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal* 22(2), pp. 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2017.01.005>
- Yakupova, V.A. & Zakharova, E.I., 2014. Psychological conditions of parenthood formation in IVF. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 146(1), pp. 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.096>
- Yuit Wah Wong, C. & Ser Hua Tan, G., 2012. The impact of infertility on women's psychological health: A literature review. *Singapore Nursing Journal* 39(3), pp. 11–17.



VAGINALNI PREGLEDI IN SPOLNA ZLORABA

Vaginal exams and sexual abuse

Klavdija Slapar, dipl. bab.
Ataleya - priprava na porod in starševstvo

klavdijac18g@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Spolno nasilje vpliva na raznorazna področja življenja žrtve, zato je ni čudno, da vpliva tudi na različne vidike doživljanja nosečnosti, poroda in materinstva. Ravno zaradi tega je izredno pomembno, da se diplomirane babice izobražujejo in odprto soočajo tudi s problematiko spolnega nasilja v babiški obravnavi žensk, predvsem pa pri pregledih, ki kot npr. vaginalni pregled, vstopajo v intimo ženske. Izvajanje vaginalnih pregledov je v času nosečnosti in poroda lahko razlog za pojav »flashbackov« pri ženski, ki je doživela spolno nasilje. Zato je izrednega pomena, da se diplomirana babica poslužuje nasvetov za primerno izvedbo vaginalnih pregledov. Namen prispevka je prikazati posledice spolnih zlorab v povezavi s pregledi in postopki v babištvu ter predstaviti primerne metode opravljanja vaginalnih pregledov. **Diskusija in zaključek:** Čeprav smo se osredotočali predvsem na ženske, ki so bile žrtve spolne zlorabe, je pomembno, da se omenjeni predlogi za izvedbo vaginalnega pregleda upoštevajo pri vseh ženskah s katerimi pridemo v stik. Primerna komunikacija, opozarjanje pred dotiki in predvsem spoštovanje žensk ter njihovih teles bi morale biti osnove dobre babiške obravnave.

Ključne besede: spolna zloraba, nosečnost, porod, vaginalni pregled, kontinuirana obravnava.

ABSTRACT

Introduction: Sexual abuse impacts many aspects of the victims life, therefore it is not surprising that it impacts various aspects of pregnancy, birth and motherhood. That is the main reason why midwives should be properly educated and open to the problematics of sexual abuse when it comes to the midwives care of victims. Especially during examinations such as vaginal examinations, between which they enter the womans intimacy directly. Performing vaginal examinations during pregnancy and childbirth can be a reason for the occurrence of „flashbacks“ in the victim of sexual violence. Therefore, it is of utmost importance that a midwives properly carry out the vaginal examinations. The main purpose of this article is that midwives learn about the consequences of sexual abuse in relation to procedures and to present an appropriate method of performing vaginal examinations. **Discussion and conclusion:** Although we focused mainly on women who have been victims of sexual abuse, it is important that these proposals for carrying out a vaginal examination are taken into account for all women with whom we come in contact. Appropriate communication, alerting when and how we are going to touch them and, above all, respect for women and their bodies should be the basic of midwifery treatment.

Key words: sexual abuse, pregnancy, labor, vaginal exams, continuous care.

UVOD

Vaginalni pregled je pregled, katerega vsaj nekajkrat v življenju doživi vsaka ženska. Zato je pomembno, da si pri izvedbi pregleda, ki direktno posega v intimo in lahko sproži nepričakovane ali negativne odzive, izvajalec deluje preventivno. Pri vaginalnem pregledu ali kakršnem koli drugemu pregledu žensk, za katere smo pri odvzemu anamneze izvedeli, da so bile žrtve spolnega nasilja, pa je sam način izvedbe pregledov še toliko bolj pomemben (Bass & Davis 1998). Zatorej je namen prispevka v prvi vrsti ta, da se predstavi problematika posledic spolnega nasilja v povezavi z babiško obravnavo, ki je lahko diplomiranim babicam v pomoč pri (verjetno, glede na statistiko) vsakodnevnem soočanju z žrtvami spolnih zlorab.

SPOLNO NASILJE

Spolno nasilje je bilo nekoč tabuizirano, v nekaterih primerih celo normalizirano. Sedaj pa je to kaznivo dejanje za katerega je mogoče najti ogromno različnih definicij. Ameriško psihološko združenje (APA, 2016) opisuje spolno zlorabo kot vsako nezaželeno spolno aktivnost, pri kateri izvajalec uporablja silo, grozi ali izkorišča dejstvo, da žrtev nima možnosti odločanja. Zakon o preprečevanju nasilja v družini v tretjem odstavku 3. člena spolno nasilje opisuje kot ravnanje s spolno vsebino, kateremu družinski član nasprotuje, je vanj prisiljen ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njegovega pomena (ZPND, 2008). Spolno nasilje se praviloma ponovi, ni enkratno dejanje (Frei, 1996).

Poznavanje spolnega nasilja ter njegovih posledic je za diplomirano babico izjemno pomembno saj je po statističnih podatkih vsaka tretja ženska žrtev spolnega nasilja (SZO, 2016).

Posledice spolnega nasilja

Posledice spolnega nasilja delimo na kratkotrajne in dolgotrajne (Repič Slavič & Gostečnik, 2015). Ker se v večini primerov diplomirana babica sreča z žrtvami spolnega nasilja nekaj let po dejanju se bomo osredotočili na dolgotrajne posledice spolnega nasilja. To so med drugim tudi:

- travmofobija (Frank & Štirn, 2013), t.i. močan strah pred različnimi stvarmi, ki so povezane s spolnim napadom;
- brezvoljnost, vrtoglavica, nespečnost, slaba koncentracija, bruhanje, depresija (Leskovšek, et al., 2010);
- nepojasnjene zdravstvene težave, npr. težave z želodcem, visok krvni tlak, boleznih dihal, kronične bolečine (Drglin, 2011) ter neplodnost (Smrkolj & Štolfa Guntar, 2015);
- pojav »flashbackov« (Repič Slavič 2015), ki se pojavijo zaradi različnih sprožilcev (vonja, dotika, besed, mimike, telesne lastnosti posameznika, pogled, ipd.);
- pogostejši prezgodnji porodi, najstniške nosečnosti (Trickett, et al., 2011);
- ginekološke težave (vnetje spolovil in rodil, boleče menstruacije) (Repič Slavič & Gostečnik, 2015);
- bruhanje v nosečnosti, večkrat se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti, nepojasnjene krvavitve (Simkin & Klaus, 2004); itd.

BABIŠKA OBRAVNAVA

Pri babiški obravnavi žensk z izkušnjo spolne zlorabe moramo biti pozorni na več stvari, pomembno pa je predvsem, da:

- vzpostavimo primeren način komunikacije (odprta, spoštljiva, sočutna, ipd.);
- oblikujemo zaupljiv odnos (Kragelj, 2015);
- se babica in ženska spoznata že pred porodom (Montgomery, et al., 2015);
- ženska si sama izbere babico in mesto poroda ter o poteku poroda in njenih občutkih med njim se lahko z diplomirano babico pogovori (Sperlich & Seng, 2008);
- ima ženska občutek nadzora (Simkin & Klaus, 2004);
- se zdravstveno osebje izogiba stavkom kot so »Sprosti se«, »Zaupaj svojemu telesu«, ipd. (Simkin & Klaus, 2004), ipd.

Po nekaterih podatkih kar 69 % žrtev zdravstvenemu delavcu zaupa o pretekli spolni zlorabi (McGregory, et al., 2010). Zaupanje žrtev pa temelji predvsem na njihovem mnenju, da imajo diplomirane babice in ginekologi/porodničarji dovolj specifičnega znanja s področja spolnosti in se zaradi tega počutijo varne in se jim ni nelagodno pogovarjati z njimi o spolnosti in pretekli spolni zlorabi (Wendt, et al., 2011). Zdravstveni delavci (v nadaljevanju diplomirane babice) pa naštevajo več različnih razlogov za izogibanje pogovora z ženskami o spolnosti in/ali spolnih zlorabah (Nelson & Hampson, 2008). Čeprav je iskrena, odprta komunikacija v nekem varnem, mirnem, zasebnem prostoru izredno pomembna, pa bi morale diplomirane babice za opravljanje takih pogovorov imeti na voljo tudi primeren prostor, možnost supervizije, dodatnih usposabljanj ter pomoč in podporo pri vsem, kar bi jim omogočalo izvajanje kvalitetnejše babiške obravnave (Plaz, 2014).

Bass in Davis (1998) v svojem priročniku omenjata tudi napotke (sicer namenjene svetovalcem, lahko so v pomoč tudi diplomiranim babicam) za komunikacijo in vzpostavitev odnosa z žensko, ki je preživele spolno nasilje v otroštvu. Omenjata slednje:

- Diplomirana babica mora verjeti, da je okrevanje mogoče ter da žensko obravnava kot sposobno osebo, ki lahko okreva in svobodno zaživi.
- Diplomirana babica naj ženski verjame, tudi če se ji zgodba zdi nemogoča.
- Diplomirana babica mora tudi preveriti svoj odnos v povezavi s problematiko spolnih zlorab, predvsem naj se sooči s svojimi predsodki, da bo ob stiku z žensko lahko deloval sočutno in nevsiljivo.
- Diplomirana babica naj tudi razišče tudi lastne izkušnje ter strahove v povezavi s spolnimi zlorabami in naj si poišče ustrezno strokovno pomoč, preko katere bo ne le pozdravila svoje rane, temveč se tudi pri svojem delu kasneje lažje soočala z ženskami z isto izkušnjo.
- Diplomirana babica naj spoštuje potrebe ženske, brez obsojanja in omaloževanja.
- Če ženska kdaj izrazi željo, da jo obravnava diplomirana babica ali babičar, je pomembno, da se njeno željo upošteva.

Ženske, ki so bile žrtve spolne zlorabe, so v večini v zelo slabem stiku s svojim telesom in ne prepoznajo, kaj jim sporoča telo (Repič Slavič, 2015). Ker je za njih značilna tudi izrazitejša potreba po nadzoru (Simkin & Klaus, 2004) so lahko v odnosu do diplomirane babice in vseh zdravstvenih storitev »zahtevne«, prestrašene in negotove (Repič Slavič & Gostečnik, 2015; Wilson, 2011), kar le nakazuje na njihovo stisko. Wilson (2011) zato svetuje, da se diplomirana babica vpraša *“Ali bi mi bilo njeno obnašanje bolj smiselno, če bi vedela/vedel, da je žrtev spolne zlorabe?”*. Če tudi se diplomirana babica ne čuti kompetentno za pogovor o spolnem nasilju, naj vseeno poskrbi za varno okolje (Nelson & Hampson, 2008) ter da je ženska slišana (Wilson, 2011).

VAGINALNI PREGLEDI

Za žrtve spolnega nasilja je značilno, da so pogosteje hospitalizirane v času nosečnosti (Henriksen, et al., 2013) ter da imajo v času nosečnosti več pregledov (Gisladottir, et al., 2014). Ravno pregledi pa lahko postanejo problematični, predvsem vaginalni pregledi, odvzemi brisa ali krvi, saj lahko pri ženski sprožijo »flashbacke« ali pa pride do retravmatizacije - občutek imajo kot da so bile ponovno zlorabljene (Simkin & Klaus, 2004). Med samim vaginalnim pregledom lahko ženske občutijo bolečino ali druge telesne občutke, zaradi katerih lahko same sebe obtožujejo (Repič Slavič, 2015). Poleg tega je potrebno dodati, da je sam vaginalni pregled lahko problematičen že zaradi tega, ker ima ženska v položaju »nosečnice/porodnice/bolnice« manj moči, medtem ko se nekdo z avtoriteto dotika njenega telesa (Wilson 2011). Prav tako je lahko problematičen sam položaj v katerem se izvede vaginalni pregled. Najpogostejši sprožilci »flashbackov« so ravno porodni položaji na vseh štirih in litotomni položaj (Wilson, 2011; Repič Slavič & Gostečnik, 2015), v katerem se izvede večina vaginalnih pregledov.

Na vaginalni pregled se ženske lahko odzovejo različno. Repič Slavič (2015) omenja dve različni skupini:

- tiste, ki med pregledom otrpnejo, zamrznejo, čutijo le grozo in strah ter čakajo, da čim prej mine,
- tiste, ki doživljajo ambivalentnost – na eni strani jih dotiki med pregledom vzbujajo, po drugi strani pa prebujajo odpor in gnus.

Simkin in Klaus (2004) predlagata slednja priporočila za izvedbo vaginalnega pregleda:

Pred vaginalnim pregledom:

- V čakalnici naj bo na voljo literatura, kjer bo opisan poseg, njegov namen, prevalenca in značilnosti spolnih zlorab.
- Pri jemanju anamneze naj se žensko z neposrednimi in posrednimi vprašanji povpraša o tem, ali je doživela spolno zlorabo v preteklosti. Diplomirana babica naj bo z vsemi čuti pozoren na odziv ženske, saj mu lahko z neverbalno komunikacijo odgovori na vprašanje drugače kot z besedo.
- Na pregled naj se žensko pripravi, ko je še oblečena. Ženski naj se temeljito razloži namen in potek pregleda ter da bo le-ta opravljen s spoštovanjem do nje in njenega telesa. Vpraša naj se jo o njenem počutju ter pridobi soglasje za izvedbo pregleda.
- Diplomirana babica naj žensko vpraša o izkušnjah s preteklimi vaginalnimi pregledi.

Tik pred pregledom:

- Ženska naj ve, da pri pregledu sodeluje z diplomirano babico.
- Ženska naj ve, da lahko ne le izrazi svoje občutke, ampak da je to pomemben del pri procesu okrevanja.
- Ženski naj se razloži, da bolj kot bo sproščena, manj neprijeten bo pregled ter da bo na koncu izvedela več o svojem stanju. Med pregledom naj uporablja tehnike sproščanja, katere so ji že znane in jih uporablja v kriznih situacijah.
- Diplomirana babica naj ji pove, pri čem vse ima možnost odločanja. Kot na primer čas izvedbe pregleda; lahko izrazi željo, da se pregled opravi zelo hitro ali pa počasi; položaj telesa med pregledom; prisotnost drugih ljudi med pregledom; uporaba ogledala med pregledom, da lahko vidi notranjost svoje vagine; možnost, da prime in pregleda spekulum; če želi, lahko sproti izve o tem, kakšno je njeno zdravstveno stanje; da lahko izrazi željo po prenehanju pregleda, ko ima dovolj.
- Sproti naj se jo obvešča, kateri je naslednji korak ter zakaj je le-ta potreben.
- Pred pregledom naj izprazni mehur.

Izvajanje pregleda:

- Diplomirana babica naj ženski pomaga, da na pregledovalni mizi zavzame položaj, ki si ga želi. Pomaga ji lahko tudi z uporabo vzglavnikov; naj ji bo udobno.
- Ženska naj bo pokrita z rjuho.
- Med pregledom naj bo v položaju, kjer diplomirano babico lahko vidi v obraz.
- Diplomirana babica naj si umije roke ter nadane rokavice.
- Žensko naj prosi, da razširi noge; nikoli naj jih ne odpira sama na silo!
- Preden vstavite prste/spekulum v vagino, ji razložite, da bo sedaj čutila pritisk. Šele nato naj diplomirana babica nadaljuje s pregledom.
- Sproti jo obveščajte, kaj ste ugotovili, kaj počnete ter napredek pregleda.
- Med pregledom naj diplomirana babica pove ženski, da je v redu, kar počne (npr. ima sproščene noge, ko opiše kakšne občutke ima med pregledom ipd.).

Zaključevanje s pregledom:

- Izločki, izcedki ali ostanek pregledovalnega lubrikanta naj se obrišejo z zunanjega spolovila. Ženska naj bo obveščena o tem, kar diplomirana babica počne.
- Diplomirana babica naj ji pomaga nazaj v sedeči položaj. Če je bil pregled zanjo zelo čustveno naporen, naj še malo posesti, preden se obleče.
- Ženski naj se pove in razloži, zakaj bo po pregledu lahko malo krvavela. Ponudi naj se ji vložek.

Po pregledu:

- Žensko naj se vzpodbudi, da pove kako se je počutila med pregledom. Od tega, ali je diplomirani babici zaupala o spolni zlorabi, je odvisno, kaj vse točno bo povedala tik po pregledu.
- Pregledu naj sledi še eno srečanje z žensko, da se spremljajo njeni občutki in možen pojav neprijetnih spominov na spolno zlorabo.

DISKUSIJA

Glede na razsežnosti že omenjenih posledic spolnih zlorab in same pogostosti te oblike nasilja nad ženskami tudi v Sloveniji, je dobro poznavanje problematike spolnih zlorab v korelaciji z babiško obravnavo izrednega pomena, saj pri svojem delu diplomirana babica velikokrat posega v osebni prostor in intimo ženske. Pri soočanju z izzivi pri svojem delu lahko torej diplomirana babica uporabi, tako kot to predlagajo oziroma omenjajo različni avtorji (Simkin & Klaus, 2004; Montgomery, et al., 2015), sočutno babiško obravnavo, z žensko vzpostavi kvaliteten odnos ter da se diplomirana babica zaveda tudi, da je za dobro obravnavo ključno tudi, da diplomirana babica ve za preteklo zlorabo pri ženski (Repič Slavič, 2015).

Večina zdravstvenih delavcev se izogiba odprti komunikaciji o spolnih zlorabah (Nelson & Hampson, 2008), ki pa je ključnega pomena tudi za primerno izvedbo določenih postopkov in posegov v času babiške obravnave. Vaginalni pregledi pa so eni bolj »problematičnih« pregledov, saj direktno posegajo v intimo ženske in se ob pregledu lahko sprožijo »flashbacki«, ki lahko vodijo tudi v občutek ponovne viktimizacije (reviktimizacija) (Repič Slavič, 2015).

ZAKLJUČEK

Spolno nasilje je še vedno ena pogostejših oblik nasilja nad ženskami, ki pa ne sme ostati prezrto s strani različnih zdravstvenih delavcev. Predvsem pomembno vlogo v življenju vsake ženske v rodni dobi pa ima tudi diplomirana babica, ki se lahko z njo sreča v ambulanti ali pa na različnih kliničnih oddelkih. Ob svoji obravnavi velikokrat z vprašanji ali pa posegi/postopki posega tudi v intimno ženske, ki jo obravnava. Predvsem pa je ta meja intimne prestopljena, ko diplomirana babica opravlja vaginalni pregled. Če diplomirana babica v ginekološko ambulanto ali porodno sobo vstopi z odprtostjo, sočutjem, empatijo ter razumevanjem, se ob dobro vzpostavljenem odnosu lahko izogne ponovni reviktimizaciji žensk. Največji problem, ki ga je mogoče zaslediti, je predvsem to, da diplomirane babice nimajo ustreznega časa niti prostora, da bi izvedle ustrezno pripravo na pregled kot tudi pregled sam. Zato je ključnega pomena, da se diplomirane babice izobražujejo in usposablajo na področju prepoznavanja nasilja, saj s tem pridobivajo tudi veščine ter znanja o tem, kako določene preglede/posege, kakor je vaginalni pregled, izvesti v okolju, ki je na razpolago, brez da bi kakorkoli s svojim delovanjem škodovala ženski.

LITERATURA

- APA, 2016. *Sexual abuse*. Available at: <http://www.apa.org/topics/sexual-abuse/> [1. 3. 2019].
- Bass, E., Davis, L., 1998. *Pogum za okrevanje: Priročnik za ženske, ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu*. Ljubljana: Liberalna akademija in Visoka šola za socialno delo.
- Drglin, Z., 2011. *Spolna zloraba v otroštvu in materinstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Frei, K., 1996. *Spolna zloraba: z odkrito besedo do varnosti*. Ljubljana: Založba Kres.
- Gisladdottir, A., Harlow, B.L., Gudmundsdottir, B., Bjarnadottir, R.I., Jonsdottir, E., Aspelund, T., Cnattingus, S., Vladimarsdottir, U.A., 2014. Risk factors and health during pregnancy among women previously exposed to sexual violence. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93, pp. 351–358.
- Henriksen, L., Vagen, S., Schei, B., Lukasse, M., 2013. Sexual violence and antenatal hospitalization. *BIRTH*, 40 (4), pp. 281–288.
- Kragelj, S., 2015. *Komunikacija z otroki in odraslimi žrtvami nasilja v družini*. V: Šimenc J ured. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 72–80. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [13.02.2019].
- Leskovšek, V., Urek, M., Zaviršek, D., 2010. Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi in v partnerskih odnosih: končno poročilo 1. faze raziskovalnega projekta. Inštitut za kriminologijo. Available at: <http://www.arhiv.uem.gov.si/fileadmin/uem.gov.si/pageuploads/NasiljeRaziskava2010.pdf> [22. 2. 2019].
- McGregor, K., Jülich, S., Glover, M., Gautam, J., 2010. Health professionals' responses to disclosure of child sexual abuse history: female child sexual abuse survivors' experience. *J Child Sex Abuse*, 19, pp. 239–254.
- Montgomery, E., Pope, C., Rogers, J., 2015. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 194 (15), pp. 1–7. Available at: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0626-9> [2. 2. 2019].
- Nelson, S., Hapmson, S., 2008. *Yes you can! Working with survivors of childhood sexual abuse*. 2nd ed. Edinburgh: The Scottish Government, pp. 12–48.
- Plaz, M., 2014. *Kako doseči čim večjo učinkovitost pri svetovanju in psihosocialni podpori pri iskanju poti iz nasilja skupaj z uporabnico?* V: Veselič, Š., Horvat, D., Plaz, M., ured. Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja – izdaja ob 25. obletnici delovanja Društva SOS telefon. Ljubljana: Društvo SOS telefon, pp. 123–137.
- Repič Slavič, Tanja, 2015. *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*, 2. izd. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 10-165.
- Repič Slavič, T., Gostečnik, C., 2015. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with a history of sexual abuse. V: Mivšek A, ed. *Sexology in midwifery*. Available at: <http://www.intechopen.com/books/sexology-in-midwifery/the-experience-of-pregnancy-childbirth-and-motherhood-in-women-with-a-history-of-sexual-abuse> [22. 2. 2019].
- Simkin, Penny, Klaus P., 2004. *When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Washington: Classic day publishing.
- Smrkolj, Š., Štolfa Guntar, A., 2015. Ginekologija in porodništvo. V: Šimenc, J., ured. Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 106–12. Available at: <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [13. 2. 2019].
- Sperlich Mickey, Seng J.S., 2008. *Survivor moms: Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse*. Eugene: Motherbaby Press, pp. 55-107.
- SZO, 2016. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> [13. 2. 2019].
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Putman, F.W., 2011. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 23(2), pp. 453–476. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693773/> [24. 2. 2019].
- Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.
- Wendt, E.K., Marklund, B.R.G., Lidell, E.A.S., Hildingh, C.I., Westerståhl, A.K.E., 2011. Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse – midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27, pp. 539–546.
- Wilson, D.R., 2011. Preparing adult survivors of childhood sexual abuse for pregnancy, labor, and delivery. *Int J Childbirth Educ*, 26(2), pp. 7–8.



**INTERDISCIPLINARNI
PRISTOP PRI OBRAVNAVI
RAZJEDE ZARADI PRITISKA
KOT POKAZATELJ
KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE
OSKRBE**

**An interdisciplinary approach
to treating pressure ulcer as an
indicator of the quality
of health care**

Ivanka Limonšek dipl.m.s., univ. dipl. org.

Domen Šerdoner dipl. fiziot.

Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava

ivanka.limonsek@zavod-dornava.si

IZVLEČEK

Uvod: Razjeda zaradi pritiska nastane zaradi direktnega pritiska na tkivo in je omejena lokalno. Lokacije nastanka so zatilje, ramena, lopatice, ledveni del hrbtenice, trtica, podplati, prsti na nogah, komolci. Najpogosteje se pojavlja pri osebah, ki so hospitalizirani, priklenjeni na voziček ali posteljo, torej nezmožni gibanja. Pojavlja se tudi pri osebah z zmanjšano senzibiliteto. Kadar pride do razjede zaradi pritiska je potrebno le to obravnavati po predpisanih smernicah. Večjo učinkovitost obravnave dosežemo z interdisciplinarnim pristopom. **Metode:** V prvem delu članka smo pregledali znanstveno literaturo z uporabo deskriptivne raziskovalne metode. Literaturo smo iskali po elektronskih virih podatkov, PubMed. Raziskava je potekala septembra 2018. V drugem delu članka smo uporabili aplikativno nerandomizirano klinično študijo primera, kjer smo smernice iz deskriptivne analize besedil implementirali v klinično okolje ter poskusili potrditi oziroma zavrniti ugotovitve iz prvega dela članka. Nerandomizirana klinična študija primera je potekala v Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava. Z raziskavo smo želeli poudariti pomen in vpliv interdisciplinarnega pristopa, ki se je pokazal kot ključni dejavnik za hitrejšo in učinkovitejšo celjenje razjede zaradi pritiska. **Rezultati:** Naše glavne ugotovitve kažejo prepričljive dokaze o učinkovitosti interdisciplinarnega pristopa in uporabi strokovnih smernic. Sledeče dokaze iz deskriptivnega dela smo implementirali v klinično okolje s študijo primera in vključili interdisciplinarni tim s čimer smo izboljšali čas celjenja ter dosegli večjo učinkovitost pri obravnavi. **Diskusija in zaključek:** Pregled literature podprt s klinično študijo primera kaže, da kontinuirano izobraževanje, opozarjanje na problem razjede zaradi pritiska, spremljanje aktualnih strokovnih smernic in vključevanje interdisciplinarnega tima v obravnavo le te, znatno vpliva na učinkovitost celjenja ter poveča kakovost obravnave. Zaradi nereprezentativnega vzorca priporočamo obsežnejšo raziskavo, ki bi potrdila naše dokaze.

Ključne besede: rana, interdisciplinarna obravnava, z dokazi podprta zdravstvena nega, dobra praksa

ABSTRACT

Introduction: Pressure ulcer is due to direct tissue pressure and is restricted locally. Locations of the formation are the external occipital protuberance, shoulders, scapula, lumbar spine, tailbone, soles, leg toes, elbows. It most often occurs in people who are hospitalized, locked to a wheelchair or bed, therefore incapable of movements. It also occurs in people with reduced sensitivity. When pressure ulcer occurs, it is necessary to treat this according to the prescribed guidelines. A more efficient treatment is achieved through an interdisciplinary approach. **Methods:** In the first part of the article, we reviewed scientific literature using a descriptive research method. The literature search was conducted in September 2018 with the help of electronic database PubMed. In the second part of the article, we applied an application non-randomized clinical case study where the guidelines from the descriptive text analysis were implemented in the clinical environment and tried to confirm or reject the findings from the first part of the article. The non-randomized clinical case study was conducted at the Institute of dr. Marijana Borštnarja Slovenija. We wanted to emphasize the importance and impact of the interdisciplinary approach, which proved to be a key factor in the faster and more effective healing of pressure ulcer. **Results:** Our main findings show convincing evidence of the effectiveness of an interdisciplinary approach and the use of professional guidelines. The following evidence from the descriptive work was implemented in the clinical environment with a case study and included an interdisciplinary team, which improved the time of healing and achieved greater efficiency in treating pressure ulcer. **Discussion and conclusion:** A literature review, supported by a clinical case study, shows that continuous education, alerting to the problem of pressure ulcer, monitoring the current professional guidelines and involving the interdisciplinary team in the treatment of pressure ulcer significantly affects the healing efficiency and increases the quality of treatment. Due to a non-representative sample, we recommend a more comprehensive study to confirm our evidence.

Keywords: wound, interdisciplinary treatment, evidence-based nurse care, good practice

UVOD

Razjeda zaradi pritiska (RZP) že stoletja predstavlja socialni, ekonomski in zdravstveni problem (Ousey, 2005). Medved in Planinšek (2008) jo opisujeta kot omejeno poškodbo kože in/ali spodaj ležečih tkiv. Z vsemi preven-

tivnimi ukrepi kot opisuje Mertelj (2016) lahko večino RZP preprečimo. Martelj (2016) navaja, da je kakovostna in varna zdravstvena oskrba pravica vsakega pacienta v zdravstveni obravnavi. Poznamo več stopenj RZP, ki jih ločimo po stopnji okvare prizadetega tkiva, ki se določi po temeljitem kliničnem pregledu (Pivec, 2014).

Za preprečevanje RZP poznamo več vrst statičnih preventivnih blazin. Kot opisuje Vilar s sodelavci (2013), so lahko samostojne ali kot oblika nadvložka. Poznamo pa tudi ostale preventivne metode, kot so podlaganje telesa, obračanje telesa (na 2 uri), uporaba različnih razbremenilnih položajev, itd. V primerih, ko pride do nastanka RZP je potrebno zdravljenje ter strokovna obravnava RZP. Šavrin in Ščavničar (2010), ki opisujeta metode zdravljenja RZP navajata, da ob vseh že znanih metodah, znanstveniki še vedno preučujejo in iščejo učinkovitejše rešitve zdravljenja, kot so: zdravljenje RZP s terapevtskim ultrazvokom, s hiperbaričnim kisikom, z elektromagnetno terapijo, s terapijo z negativnim pritiskom (TNP), s svetlobo (laser, fluorescenčne žarnice, dikromatske luči...), z oblogami za rane, s čiščenjem ran, z električno stimulacijo, z ličinkami, z obračanjem ter zdravljenjem s kirurško obravnavo.

K dvigu kakovosti zdravstvene nege in oskrbe za obravnavo RZP vplivajo tudi preventivni pregledi in ocena ogroženosti za nastanek RZP. Po Hajdinjak in Meglič (2001) za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi lahko uporabljamo zunanje in notranje metode.

Zagotavljanje kakovosti pri obravnavi RZP temelji na sodelovanju multidisciplinarnih znanj, spodbujanju timskega dela in povezovanju zdravstvenih delavcev s pacienti ter njihovimi težavami. Tako lažje dosežemo strokovno preverljivo in učinkovito obravnavo ob dokazljivih izhodih ter izidih zdravljenja (Kiauta, et al., 2010, p. 3).

Interdisciplinarni pristop je opredeljen kot partnerstvo med pacientom in zdravstvenimi delavci. Timsko delo in učinkovitost sta višja v interdisciplinarnih timih. Sodelovanje različnih poklicnih strok lažje obravnava kompleksne potrebe ter vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, stroškov in dostopa (Orchard, et al., 2005; Jansen, 2008; Körner, 2010; Klopčič, 2011). Za preprečevanje RZP je potreben individualni pristop, pri katerem mora biti strokovno izbran terapevtski položaj pacienta. Terapevtsko nameščanje je pomembno tudi za izogibanje neželenih učinkov kot so povišanje mišičnega tonusa, kardiovaskularnih motenj, poškodb mišično skeletnega sistema. K temu moramo vključiti izvajanje terapevtskih vaj, respiratorno fizioterapijo za preprečevanje pljuč, v kolikor je možno čimprejšnjo vertikalizacijo. Nameščanje in položaji, ki jih izvajajo fizioterapevti in izvajalci v negovalnem timu ne bi smeli biti različni. Za zagotavljanje dobrega sodelovanja v timu mora fizioterapevt poskrbeti za prenos informacij o zmožnostih pacienta na člane negovalnega tima in ostale, ki sodelujejo v procesu.

V raziskavi pregleda literature smo želeli ugotoviti učinkovitost interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi nastanka RZP kot pokazatelj kakovosti zdravstvene oskrbe. Cilj raziskave je opozoriti na pomembnost kakovostne zdravstvene oskrbe pri pojavu RZP kot velik zdravstveni, socialen in ekonomski problem.

METODE

V raziskavi smo pregledali znanstveno literaturo pri kateri smo uporabili deskriptivno raziskovalno metodo. Zbiranje znanstvene literature je potekalo po elektronskih virih PubMed. Ključne besede v slovenskem jeziku: rana, interdisciplinarna obravnava, z dokazi podprta zdravstvena nega, dobra praksa in v angleškem jeziku: wound, interdisciplinary treatment, evidence-based nurse care, good practice. Iskanje nam je prineslo 119 rezultatov, uporabnih je bilo 16 člankov. Vključitveni kriteriji pri pregledu znanstvene literature so bili članki v angleškem jeziku, časovno obdobje 2012 do 2017, vsebinska ustreznost in dostopnost besedila. V drugem delu članka smo uporabili aplikativno nerandomizirano klinično študijo primera, kjer smo smernice iz deskriptivne analize besedil implementirali v klinično okolje ter poskusili potrditi oziroma zavrniti ugotovitve iz prvega dela članka. Nerandomizirana klinična študija primera je potekala v Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo Dornava. Nikjer niso omenjeni osebni podatki pacientke, iz katerih bi lahko skleпали na njeno identiteto. Ob raziskavi so bile zagotovljene pravice do neškodovanja, do polne pojasnitve, do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Pojasnjena je bila vsebina, cilji in namen raziskave, način zbiranja in obdelave podatkov, način poročanja o rezultatih ter način hranjenja podatkov.

REZULTATI

Tabela 1: Pregled literature

Leto	Avtor	Naslov	Vir	Tip dokumenta	Ugotovitve
2012	Still, et al.	The Turn Team: A Novel Strategy for Reducing Pressure Ulcers in the Surgical Intensive Care Unit	Journal of the American College of Surgeons.	Članek Nerandomizirana študija	Implementacija informiranega in strokovnega multi/interdisciplinarnega tima za preprečevanje RZP in obračanje pacientov vsaki 2 uri dramatično zmanjša pojavnost RZP. Tudi faze 1 in faze 2 je mogoče sanirati in preprečiti z agresivno intervencijo.
2013	Bergquist, et al.	Pressure ulcers and prevention among acute care hospitals in the United States.	Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources.	Članek Prospektivna študija	Raziskava je pokazala, da so tisti pacienti, ki so bili ob sprejemu ocenjeni z lestvico ogroženosti nastanka RZP ter posledično vključeni v preventivne ukrepi, imeli manjšo možnost za nastanek RZP.
2013	Moore, et al.	An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers.	Journal of clinical nursing.	Članek Randomizirana študija	Premeščanje pacientov na vsake 3 ure in uporabo 30° naklona, zmanjša čas obravnave, stroške ter preprečuje možnost nastanka RZP.
2013	Siddiqui, et al.	A Continuous Bedside Pressure Mapping System for Prevention of Pressure Ulcer Development in the Medical ICU	Wounds : a compendium of clinical research and practice.	Članek Retrospektivna študija	Elektronsko merjenje pritiska na ležišču s pomočjo tehnologije, izboljša pravočasno obračanje kot tudi pravilno obračanje ter s tem kakovostnejšo obravnavo in zmanjševanje RZP.
2014	Ackroyd-Stolarz S.	Improving the prevention of pressure ulcers as a way to reduce health care expenditures	Canadian Medical Association journal	Članek Sistematski pregled literature	Preventivne strategije za RZP kot so več komponentne strategije, multidisciplinarni timi, zagotavljanje povratnih informacij povzročijo manj RZP. Prizadevanja za izboljšanje kakovosti oskrbe in varnosti pacientov, izboljšamo s kritičnim obravnavanjem lokalnih praks in plačilom za uspešnost.
2015	Gill Cullen E.	Reducing hospital acquired pressure ulcers in intensive care	BMJ quality improvement reports.	Članek Prospektivna študija	Preventivno obračanje in nameščanje na dve uri, izobraževanje in vključevanje multi/interdisciplinarnega tima občutno zmanjša število novo nastalih RZP in s tem izboljša kakovost zdravstvene oskrbe.
2015	Padula, et al.	Comparative Effectiveness of Quality Improvement Interventions for Pressure Ulcer Prevention in Academic Medical Centers in the US	Joint commission journal of Quality and patient Safety.	Članek kvazi-eksperimentalna študija	Preventivne metode, nega kože, ocenjevanje pacienta za nastanek RZP izboljša kakovost zdravstvene oskrbe in pojavnost nastanka RZP.

Leto	Avtor	Naslov	Vir	Tip dokumenta	Ugotovitve
2015	Padula, et al.	Increased Adoption of Quality Improvement Interventions to Implement Evidence-Based Practices for Pressure Ulcer Prevention	Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing.	Članek Retrospektivna študija	Protokoli za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe na področju RZP vključujejo nameščanje, oceno tveganja, upravljanje vlage in skrb za prehrano ter zmanjšajo pojavnost RZP.
2015	Anderson, et al.	Universal Pressure Ulcer Prevention Bundle With WOC Nurse Support.	Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN.	Članek Kvazi eksperimentalna študija	Pozicioniranje pacientov, elevacija pet in uporaba drsnih materialov vpliva na kakovost oskrbe in s tem zmanjšuje pojavnost RZP.
2015	Källman, et al.	The effects of different lying positions on interface pressure, skin temperature, and tissue blood flow in nursing home residents.	Biological research for nursing.	Članek Randomizirana študija	Za izboljšanje kakovosti in preprečevanje RZP je najboljši položaj za pacienta 30° fleksije trupa in 30° lateralnega nagiba, kateri omogoča boljšo perfuzijo tkiva obremenjenega tkiva.
2016	Nam Ho, et al.	Effects of a continuous lateral turning device on pressure relief.	Journal of physical therapy science.	Članek Multipla študija primera	Stransko obračanje učinkovito blaži pritisk ter vpliva na kakovost obravnave in oskrbo zdravstvene nege.
2017	Richardson, et al.	Reducing the incidence of pressure ulcers in critical care units: a 4-year quality improvement.	International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care	Članek Multipla študija primera	Implementacija preventivnih ukrepov za izboljšanje kakovosti obravnave in preprečevanje RZP kot je menjava ležišča, ocena ogroženosti, izobraževanje kadra ter obračanje na vsaki dve uri pripomore k zmanjšanju in preprečevanju RZP
2017	Park & Park	The Efficacy of a Viscoelastic Foam Overlay on Prevention of Pressure Injury in Acutely Ill Patients: A Prospective Randomized Controlled Trial.	Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN.	Članek Prospektivna randomizirana študija	Raziskava je pokazala, da uporaba visoko elastične blazine zmanjša incidenco pojavnosti RZP.

Iz zdravstvene dokumentacije oz. zdravniške evidence bolezni (Zdravstveni karton, odpustnice, izvidi) je razvidno, da gre pri pacientki (starost 45 let) za težko motnjo v duševnem razvoju. Med hospitalizacijo zaradi aspiracijske pljučnice je zaradi posteljne imobilizacije prišlo do RZP 3. stopnje na obeh petah. 31.8.2018 smo prejeli Obvestilo o oskrbi kronične rane (preveze RZP s sodobnimi oblogami). Ob vrnitvi v institucijo smo zaradi RZP-ja na obeh petah pričeli z aktivnostmi, ki je vključeval interdisciplinarni pristop.

Tabela 2: Pregled aktivnosti zdravljenja RZP

Datum mes/leto	Ocena RZP	aktivnosti	izvajalci
8/ 2018	Desna peta 6x6 cm 3.st Leva peta 8x9 cm 3. st.	<ul style="list-style-type: none"> ocena rane, ocena bolečine, namestitiv 	Medicinske sestre, Tehniki zdravstvene nege, Fizioterapevt
10/2018	Desna peta 4x3cm 3.st Leva peta 4x4 cm 3. st.	<ul style="list-style-type: none"> blazine z izmeničnim pritiskom, razbremenilni položaji, podlaganje, preveze obeh RZP-jev uporaba oblog, uvredba prehranskih dopolnil (z večjo vsebnostjo beljakovin), fototerapija (laser), prenos informacij, evalvacija dokumentiranje 	
11/2018	Desna peta 2x2 cm 3.st Leva peta 3x2 cm 3. st.		
12/2018	Desna peta 1x2 cm 3.st Leva peta 1x2 cm 3. st.		
1/2019	zacelitev	izvajanje preventivnih ukrepov (uporaba blazine, razbremenilni položaji, ocenjevanje stanja kože, evalvacija, dokumentiranje)	Medicinske sestre, Tehniki zdravstvene nege,
		vertikalizacija, posedanje, nameščanje na voziček, aktivno asistiranje vaje	Fizioterapevt

DISKUSIJA

RZP je v današnjem času velik zdravstveno, socialni, ekonomski problem. Nastala RZP močno vpliva na kvaliteto življenja pacienta. V naš pregled literature (Tabela 1) smo vključili članke z dokazi podprto prakso o izboljšanju kakovosti in preventivnimi ukrepi za nastanek RZP. Kljub temu, da je to področje dobro raziskano, z uveljavljenimi smernicami za preprečevanje RZP, se še vedno pojavlja problem pomanjkanja odgovornosti, slabo vodena oz. pomanjkljiva dokumentacija, omejeno izobraževanje in pomanjkljivo znanje (Tabela 1). Pomembna je individualna obravnava pacienta. Naše glavne ugotovitve pregleda literature kažejo, da kontinuirano izobraževanje, opozarjanje na problem razjede zaradi pritiska, spremljanje aktualnih preventivnih protokolov in vključevanje interdisciplinarnega tima v preventivo in obravnavo RZP znatno poveča kakovost zdravstvene oskrbe ter posledično zmanjša pojavnost RZP (Tabela 1). RZP močno vpliva na delo medicinske sestre in ostale strokovnjake s povečanjem dela, spreminjanjem rehabilitacijskega plana in obravnave ter podaljšanjem zdravljenja. S pregledom znanstvene literature (Tabela 1) smo prišli do ugotovitev, da izobraževanje, uporaba preventivnih pripomočkov in instrumentov ter premeščanje pacientov pripomore k obvladovanju ter preprečitvi nastanka RZP. Moore s sodelavci (2013), je v raziskavi prišel do zaključka, da premeščanje pacientov na vsake 3 ure in uporabo 30° naklona, namesto standardne oskrbe zmanjša čas obravnave, stroške ter pri 96,6 % pacientov preprečuje nastanek RZP. Čeprav je v literaturi zaznani veliko preventivnih ukrepov za oskrbo RZP, si vendarle raziskovalci niso enotni glede frekvence obračanja pacienta (Tabela 1). Povprečna vrednost obračanja pacientov v različne položaje je na vsake 3,5 ure vendar je frekvenca odvisna od ogroženosti pacienta, kvalitete posteljnih vložkov, blazin in ostalih tehničnih pripomočkov. Vilar s sodelavci (2013) opisuje pomen uporabe blazin za preprečevanje RZP. Tudi v našem primeru se je pokazalo, da je nameščena blazina pripomogla pri saniranju RZP. Pri pacientki so bile izdelane sprotne ocene ob vsaki spremembi, kar navaja tudi Knavsova (2013), ki pravi, da ocenjujemo paciente glede na stopnjo njihove ogroženosti ter oceno v primeru sprememb ponavljajmo. Interdisciplinarni pristop omogoča višjo učinkovitost ter opisuje, da je obravnava kompleksnih problemov uspešnejša (Tabela 1). Takšen način dela vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, stroškov in dostopa (Jansen, 2008; Klopčič, 2011; Körner, 2010; Orchard, et al., 2005). V naši raziskavi sta se RZP na obeh petah pri pacientki s strokovnim, interdisciplinarnim pristopom in z upoštevanjem strokovnih smernic ter uporabo sodobnih in kakovostnih pripomočkov sanirali v obdobju 4 mesecev, kar kaže na učinkovito obravnavo RZP (Tabela 2). Klopčičeva (2011) opisuje pomembnost pravilne namestitve pacienta v terapevtske in fiziološke položaje, kar smo tudi upoštevali. Dobro sodelovanje zdravnika, fizioterapevta in izvajalcev zdravstvene nege povečuje možnost za dobre izide zdravljenja in rehabilitacije (Tabela 2).

Zacelitev obeh RZP-jev je skupen rezultat interdisciplinarnega pristopa, za pacientko pa to pomeni izboljšano kakovost življenja. Raziskava je pokazala, da se obstoječe znanstvene ugotovitve lahko uspešno implementirajo v prakso ter vplivajo na kakovostno zdravstveno oskrbo (Tabela 2).

ZAKLJUČEK

RZP je že več stoletij ena izmed problematik obolelih, s katerimi se srečujemo v bolnišnicah, domovih starejših občanov, zavodih in tudi v domačem okolju. Najbolj rizična skupina za nastanek RZP so starostniki, dolgo časa ležeči, sedeči oboleli ter oboleli, ki imajo težave na področju sensorike in motorike. Prav iz razloga, da tovrstna povrhnja poškodba kože lahko vodi v poškodbo globljih tkiv in predstavlja zelo dolgotrajno, boleče zdravljenje, je potrebno vse ukrepe usmerjati v preprečevanje nastanka le teh, za to pa je potreben dobro načrtovan in sistematičen pristop, kateri vključuje interdisciplinarno obravnavo. Glede na ogroženost za pojav RZP je potrebno redno in dosledno izvajanje preventivnih aktivnosti in ocenjevanje ogroženosti s pomočjo ocenjevalnih lestvic in shem. Ob upoštevanju teh priporočil tudi literatura potrjuje, da pride do obvladovanja in preprečitve RZP, kar vpliva na kakovost življenja obolelega, zmanjšanja stroškov zdravljenja, olajša delo v zdravstveni negi ter zmanjša čas hospitalizacije. Naša raziskava kaže na to, da je RZP dobro raziskano področje, interdisciplinarna obravnavo pa se je pokazala kot učinkovita. S tovrstnim načinom raziskovanja in spremljanja te teme je potrebno še naprej nadaljevati in delovati na dobri ozaveščenosti vseh zdravstvenih delavcev o pomenu interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi RZP.

LITERATURA

- Hajdinjak, A. & Meglič, R., 2001. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 35 (1/2), pp. 29-35. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2001.35.1.29> [10.12.2018].
- Jansen, L., 2008. Collaborative and Interdisciplinary Health Care Teams: Ready or Not?. *Journal of Professional Nursing*, 24 (4), pp. 218-227.
- Kiauta, M., Poldrugovac, M., Miran, R., Robida A. & Simčič B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Klopčič, M., 2011. Spreminjanje lege pacienta in preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska. In: J. Vilar. *Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska: International guideline Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline, marec 2011*. Portorož, Portorož, pp. 54-67.
- Knavs, N. 2013. Prednosti in slabosti ocenjevanja ogroženosti pacienta za nastanek razjede zaradi pritiska. In: A. Podhostnik. *Napake v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 5. dnevi Marije Tomšič, 24. in 25. januar 2013*. Novo Mesto: Visoka šola za zdravstvo, pp. 63-64.
- Körner, M., 2010. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*. 24 (8), pp. 745-755.
- Martelj, O., 2016. *Odgovornost medicinske sestre za nastanek razjede zaradi pritiska: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, 3-112.
- Medved, N. & Planinšek, F., 2008. Razjeda zaradi pritiska – patofiziologija in kirurško zdravljenje. In: D. M. Smrke, et al., eds. *3. konferenca o ranah z mednarodno udeležbo, zbornik sej*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika Klinični oddelek za kirurške okužbe, pp.57-64.
- Moore, Z., Cowman, S. & Posnett, J., 2013. An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers. *JCN Journal of clinical nursing*. Boston: Blackwell Scientific Publications. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23829408> [15.12.2018].
- Orchard, C.A., Curran, V., Kabene, S., 2005. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online*, 10:1.
- Ousey, K., 2005. *Pressure Area Care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Pivec, K., 2014. *Oskrba razjede zaradi pritiska: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 1-22.
- Šavrin, R., & Ščavničar, A., 2010. Zdravljenje preležanin. *Rehabilitacija*, 9(Suppl 1), pp. 151-159.
- Vilar, V., Martelj, O., Vrankar, K., Seničar, Z., Jelen, A., Lipovšek, B., et al., 2013. *Preprečevanje razjed zaradi pritiska*. Mednarodne smernice preprečevanja razjede zaradi pritiska – RZP kratka referenčna smernica. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS: pp. 55-61.



**DEJAVNIKI TVEGANJA,
PERIFERNA ARTERIJSKA
BOLEZEN IN VARICE PRI
BOLNIKIHZ DIABETESOM
IN PREISKOVANCIH BREZ
DIABETESA**

**Risk factors, peripheral
arterial disease and varicose
veins in diabetic patients and
subjects without diabetes
mellitus**

Mira Brodarič, mag. ekon. in posl. ved
Zdravstveni dom Metlika

mira.brodaric@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Sladkorna bolezen je samostojen dejavnik tveganja za aterosklerozo, ki za 1,5-3 krat povečuje incidenco srčno-žilnih zapletov. Namen naše raziskave je bil ugotoviti razliko v pogostosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo, periferne arterijske bolezni in krčnih žil med bolniki z diabetesom in zdravimi preiskovanci. **Metode:** Kvantitativna raziskava je zajela dve skupini preiskovancev. V testni skupini, namenski vzorec 1, je bilo 195 bolnikov z diabetesom med 43. in 82. letom starosti, od tega 84 moških in 111 žensk. Kontrolna skupina, namenski vzorec 2, ki je imela tudi 195 preiskovancev brez diabetesa, je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in kraju bivanja. Periferno arterijsko bolezen na spodnjih udih smo diagnosticirali s pomočjo aparata za ugotavljanje gleženjskega indeksa. Varice ali krčne žile na spodnjih udih smo ugotavljali s kliničnim pregledom. **Rezultati:** Pri preiskovancih z diabetesom so bili pomembno pogosteje zastopani kot pri kontrolni skupini naslednji dejavniki tveganja: hipertenzija, 62 %: 42 % ($p < 0,001$), hiperholesterolemija, 75,4 %: 55,4 % ($p < 0,001$), zvišana telesna teža, 79,5 %: 68,2 % ($p < 0,05$) in pozitivna družinska anamneza, dednost, 44,1 %: 27,2 % ($p < 0,001$). Periferno arterijsko bolezen smo diagnosticirali pri 25,1 % bolnikov z diabetesom in pri 8,2 % preiskovanca kontrolne skupine. Razlika je statistično pomembna ($p < 0,001$). 73,8 % bolnikov z diabetesom in 70,8 % preiskovancev kontrolne skupine je imelo krčne žile na spodnjih udih. Razlika v prevalenci krčnih žil med testno in kontrolno skupino ni bila statistično pomembna. **Diskusija in zaključek:** Raziskava je pokazala, da so dejavniki tveganja za aterosklerozo, kot so hipertenzija, hiperholesterolemija in zvišana telesna teža ter periferna arterijska bolezen značilno pogosteje zastopani pri sladkornih bolnikih kot pri preiskovancih kontrolne skupine. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo in zgodnja diagnoza periferne arterijske bolezni pri bolnikih z diabetesom sta opravičena s ciljem preprečevanja zapletov, kot sta možganska kap in miokardni infarkt. Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti odkriva dejavnike tveganja za aterosklerozo, ugotavlja koronarno ogroženost in diagnosticira periferno arterijsko bolezen.

Ključne besede: diabetes melitus, ateroskleroz, kronično vensko popuščanje, diplomirana medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is an independent risk factor which increase cardiovascular morbidity and mortality by 1.5-3 times. The aim of this study was to determine the difference in the frequency of risk factors, peripheral arterial disease of the lower limbs and varicose veins between diabetic patients and healthy subjects. **Methods:** Quantitative study included two groups, diabetic patients and subjects without diabetes mellitus. The test group included 195 diabetic patients, 84 males and 111 females, aged between 43 and 82 years. The control group consisted of 195 subjects without diabetes who were comparable to the test group by age, gender and place of residence. Peripheral arterial disease was diagnosed in the lower extremities by means of «ME-SSI» apparatus ($ABI < / = 0.9$). Varicose veins were diagnosed clinically. **Results:** In the diabetic group a significantly greater number of subjects with hypertension ($p < 0.001$), hypercholesterolemia ($p < 0.001$), increased body weight ($p < 0.05$) and positive family history ($p < 0.001$) was found. The peripheral arterial disease was diagnosed in 25.1 % of diabetic patients and in 8.2 % of the control group ($p < 0.001$). 73.8 % patients in the diabetic group and 70.8 % subjects in the control group had varicose veins of the lower limbs. This difference is not statistically significant. **Discussion and conclusion:** Our study has demonstrated that risk factors and peripheral arterial disease are frequently in diabetes mellitus. We are certainly justified in determining the presence of other risk factors in diabetes with the aim of early prevention and therapy. The preventive nurse such the most competent prevention expert takes the most important decision about prevention of cardiovascular diseases.

Key words: diabetes mellitus, atherosclerosis, chronic venous insufficiency, registered nurse

UVOD

Sladkorna bolezen je najpogostejša endokrina bolezen, ki nastane zaradi pomanjkljivega izločanja inzulina, njegovega pomanjkljivega delovanja ali obojega. S kronično hiperglikemijo povzročena motnja presnove ima za posledico kronično okvaro ali odpoved delovanja različnih organov, posebno oči, ledvic, živcev, srca in ožilja. Sladkorna bolezen je samostojen dejavnik tveganja za aterosklerozo, ki za 1,5-3 krat povečuje incidenco srčno-žilnih zapletov (Mlačak, 1995). Večjo obolevnost in umrljivost za srčno-žilnimi vzroki pri bolnikih z diabetesom razlagamo z večjim številom dejavnikov tveganja za aterosklerozo in zmanjšano gostoto heparansulfatproteoglikana v arterijskem zidu, ki je vzrok za proteinurijo in obširno okvaro v področju mi-

kro in makro cirkulacije (Currie & Delles, 2014). Ateroskleroza, kronična vnetno-degenerativna bolezen, se začne s poškodbo notranje plasti arterije z različnimi dejavniki, kot so holesterol v lipoproteinih nizke gostote, sestavine cigaretnega dima, mikroorganizmi in zvišani krvni tlak (Herder, et al., 2012; Choi & Park, 2015). Nastaja aterosklerotična leha, ki postopoma oži svetlino arterije in zmanjšuje krvni pretok. Ob raztrganju leh lahko novonastali krvni strdek nenadoma zapre žilno svetlino in povzroči hudo poslabšanje bolezni. Če se zapre koronarna arterija, pogosto pride do srčnega infarkta, če se zamaši možganska arterija, nastane možganska kap in pri zožitvi oziroma zapori periferne arterije pride do periferne arterijske bolezni (PAB) ali akutne ishemije udov (Mrak & Bunc, 2014). Kronične bolezni ven spodnjih udov, varice ali krčne žile so pogosta bolezenska stanja med odraslimi prebivalci v splošni populaciji. Prevalenca varic pri odraslih moških in ženskah starejših od 50 let znaša 50 % ali več. Dednost, starost in ženski spolni hormoni v nosečnosti so potrjeni dejavniki tveganja za nastanek varic, medtem pa dokazi glede škodljivosti debelosti in stoječega dela niso zanesljivi (Nicolades, 2000; Mlačak, et al., 2011).

Prevladuje mnenje, da je vnetno dogajanje začetni vzrok strukturnih sprememb v venskih zaklopkah, ki pelje do insuficience, venske hipertenzije in nastanka varic (Nicolades, 2000; Raffetto & Mannello, 2014).

Namen raziskave je bil ugotoviti pogostost dejavnikov tveganja za aterosklerozo, ter prevalenco periferne arterijske bolezni in varic pri bolnikih z diabetesom. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo omogoča določanje koronarne ogroženosti in oblikovanje celovitega načrta zdravljenja oziroma obravnave bolnika z diabetesom.

METODE

Kvantitativna raziskava je zajela dve skupini preiskovancev. V testni skupini je bilo 195 bolnikov z diabetesom med 43. in 82. letom starosti, od tega 84 moških in 111 žensk. Namenski vzorec je zajel vse bolnike z diabetesom, ki so registrirani v naši referenčni ambulanti. Od povabljenih 2017 bolnikov z diabetesom je bilo v raziskavo vključeno 195 preiskovancev.

V kontrolno skupino je bilo vključenih tudi 195 preiskovancev brez diabetesa in je bila primerljiva s testno po starosti, spolu in kraju bivanja. Vsakemu bolniku z diabetesom smo našli njegov par, najbližjega soseda po mestu bivanja, približno iste starosti (+/- 2 leti) in spola. V kontrolno skupino je bila oseba uvrščena, če so bile vrednosti glukoze v krvi na tešče 5,6 mmol/L ali nižje. Vsi preiskovanci so bili seznanjeni s potekom raziskave in so podali pisno privolitev za sodelovanje. Vsi preiskovanci so s področja občine Metlika, v kateri živi 8300 prebivalcev. V Metliki, ki je kulturno in ekonomsko središče občine, živi 3500 prebivalcev, medtem ko ostali živijo v ruralnem področju.

Presečna raziskava je potekala od 01. 10. 2018 do 25. 12. 2018. Za vsakega preiskovanca smo imeli za našo raziskavo pripravljen anonimni obrazec, v katerega smo vnašali vrednosti posameznih dejavnikov tveganja, vrednosti gleženjskega indeksa ter podatke o ugotovljenih varicah na venah spodnjih okončin. Podatke smo uporabili za statistično analizo in prikaz podatkov, ki smo jo opravili s pomočjo SPSS programa.

PAB smo diagnosticirali s pomočjo aparata za ugotavljanje gleženjskega indeksa (GI), firme MESSI. Gleženjski indeks predstavlja razmerje med sistoličnim tlakom v višini gležnja in sistoličnim tlakom na nadlahti (Mlačak, 1995). Za patološko vrednost pri PAB smo določili vrednost GI 0,9 ali manj. Merila za dejavnike tveganja za aterosklerozo so bila, kakor sledi. Kot povišani krvni tlak smo opredelili, če je sistolični krvni tlak znašal 140 mm Hg ali več, za povišani diastolični tlak pa tlak, ki je znašal 90 mm Hg ali več. Med kadilce smo uvrstili vse osebe, ki kadijo, ne oziraje se na število pokajenih cigaret na dan. Debelost smo določili s pomočjo indeksa telesne mase (ITM) tako, da se v skupino z zvečano telesno težo uvrščajo osebe z vrednostjo indeksa, večjo od 24 kg/m^2 . Kot hiperholesterolemijo smo opredelili raven skupnega holesterola, večjo od 5,2 mmol/L. Osebe, ki so z zdravili znižale raven holesterola v krvi in so imele v času meritve vrednosti holesterola pod 5 mmol/L, smo tudi uvrstili v skupino preiskovancev s hiperholesterolemijo. Za dedno obremenjeno osebo smo imeli, če je ožji družinski član (oče, mati, stari oče, stara mama, stric, teta) preiskovanca v preteklosti utrpel miokardni infarkt ali možgansko kap ali gangreno in amputacijo uda pred 65. letom starosti. Za varice ali krčne žile smo imeli okroglaste ali valjaste razširitve ven v povirju vene safene magne in parve (trunkusne varice), njunih številnih stranskih vej (retikularne varice) ter zbirnih ven in venul kože in podkožja (metličaste varice ali teleangiektazije).

V statistični analizi so podatki za opisane spremenljivke prikazani kot absolutne frekvence (%). S pomočjo testa hi-kvadrat smo določili značilnost razlike v pogostosti dejavnikov tveganja za aterosklerozo, prevalenci PAB in varic med skupino bolnikov z diabetesom (testna skupina) in preiskovancev brez diabetesa (kontrolna skupina). Vrednosti p, ki je bila manjša od 0,05, smo upoštevali kot statistično pomembno.

REZULTATI

Pogostost dejavnikov tveganja za aterosklerozo pri testni in kontrolni skupini je prikazana na tabeli 1.

Tabela 1: Vrednosti Hi-kvadrata

Dejavniki tveganja	Diabetiki (N = 195)	Kontrola (N = 195)	Vrednost (Hi-kvadrat)
Kajenje	34	37	0,14
Hipertenzija	121	82	15,64
Holesterol	147	108	17,22
Debelost	155	133	6,42
Dednost	86	53	12,18

Pri preiskovancih z diabetesom so bili pomembno pogosteje zastopani kot pri kontrolni skupini naslednji dejavniki tveganja: hipertenzija, 62 %: 42 % ($p < 0,001$), hiperholesterolemija, 75,4 %: 55,4 % ($p < 0,001$), zvišana telesna teža, 79,5 %: 68,2 % ($p < 0,05$) in pozitivna družinska anamneza, dednost, 44,1 %: 27,2 % ($p < 0,001$). PAB, gleženjski indeks 0,9 in manj smo diagnosticirali pri 49 (25,1 %) bolnikov z diabetesom in 16 (8,2 %) preiskovancih kontrolne skupine. Razlika je statistično pomembna ($p < 0,001$). 144 (73,8 %) bolnikov z diabetesom in 138 (70,8 %) preiskovancev kontrolne skupine je imelo varice (krčne žile) na spodnjih udih. Razlika v prevalenci krčnih žil med testno in kontrolno skupino ni bila statistično pomembna.

DISKUSIJA

Z raziskavo smo potrdili zastopanost velikega števila dejavnikov tveganja za aterosklerozo pri bolnikih z diabetesom in pri preiskovancih kontrolne skupine. Pri sladkornih bolnikih smo ugotovili pomembno večje število oseb z visokim krvnim tlakom, hiperholesterolemijo in zvečano telesno težo. Istočasno ni bilo pomembne razlike v deležu kadičev med obema skupinama. Kajenje cigaret je neodvisen dejavnik tveganja za razvoj ateroskleroze, vendar kot življenjska razvada ni povezan z diabetesom. Rezultati raziskave kažejo pomembno večjo prevalenco PAB pri bolnikih z diabetesom v primerjavi s kontrolno skupino. To razlagamo z dejstvom, da je diabetes melitus pomemben, neodvisen dejavnik tveganja, ki, združen z drugimi dejavniki, pospešuje razvoj aterosklerotičnih zapletov, med katere sodi tudi PAB (Mlačak, 1995; London, 2008). V testni, bolniki z diabetesom in v kontrolni skupini smo ugotovili veliko prevalenco varic na spodnjih udih pri moških in ženskah. Poglavitni razlog velike prevalence varic v testni in kontrolni skupini je velik odstotek oseb, starejših od 60 let. Starost pa je dejavnik tveganja za vse kronične bolezni, tako tudi za nastanek varic. Hkrati nismo ugotovili večje pogostosti varic pri bolnikih z diabetesom in PAB. Posamezni avtorji so ugotovili večjo prevalenco varic pri bolnikih z diabetesom in PAB. Ti nastanek varic zaradi aterosklerotične stenoze arterije utemeljujejo z zmanjšano oskrbo sosednjih ven s kisikom in hranljivimi snovmi, kar pripelje do venske tromboze, poškodbe venskega zida in venskih zaklopk. V končni fazi omenjene strukturne spremembe v venski steni omogočajo nastanek okroglastih in valjastih razširitev ven, tj., varic. V resnici je aterosklerotična venopatija, tj. varica, povzročena z aterosklerotično stenozo arterije, relativno redka (Makivaara, et al., 2008).

Drugi dejavniki tveganja za nastanek varic, kot so dednost, starost, spol, ortostaza in morda plosko stopalo, ki so veliko pogostejši, imajo ključno vlogo v patogenezi oziroma pri nastanku varic (Empter, et al., 1990; Nicolades, 2000).

Trajna dobra urejenost glikemije učinkovito preprečuje, mikroangiopatične in makro-

angiopatične zaplete, kot sta miokardni infarkt in možganska kap. Diabetes je tipična kronična bolezen, ki zahteva sistematično, trajno zdravljenje in spremljanje bolezni ter pravočasno odkrivanje in zdravljenje kroničnih zapletov. Poglavitni pogoji za učinkovito zdravstveno oskrbo diabetikov so ozaveščen, opolnomočen in sodelujoč bolnik, ustrezno strokovno usposobljen zdravstveni tim in organizacija urejene zdravstvene oskrbe, ki omogoča klinično obravnavo v skladu s strokovnimi smernicami (Grembowski, et al., 2005; Medvešček & Mrevlje, 2008). V celostni obravnavi bolnikov z diabetesom ima pomembno vlogo diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti. Celosten pristop v obravnavi bolnikov z diabetesom obsega poleg urejanja glikemije tudi nadzor nad vsemi dejavniki tveganja, ki so del metaboličnega sindroma, značilnega za sladkorno, značilnega za sladkorno bolezen tipa 2, ter odkrivanje in zdravljenje kroničnih okvar (Piette, 2006). Bolniki z diabetesom

potrebujejo ambulantno oskrbo, ki obsega načrtovane obiske po sistemu naročanja, in izredne obiske ob pojavu nenadnih zapletov. Obiske načrtujemo odvisno od urejenosti sladkorne bolezni enkrat do nekajkrat letno in so namenjeni vzdrževanju dolgoročne dobre urejenosti presnove in nadzoru nad kroničnimi zapleti. Zaradi kronične narave bolezni je pri obravnavi diabetesa potreben partnerski odnos med diabetologom, izbranim zdravnikom, diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti in bolnikom, ker brez dejavnega sodelovanja pri zdravljenju ni mogoče pričakovati dolgoročnih uspehov. Sestavni del oskrbe bolnikov z diabetesom je zdravstvena vzgoja, ki ima za cilj seznaniti bolnika z naravo diabetesa in ga usposobiti za dejavno sodelovanje pri zdravljenju lastne bolezni. Bolnika je treba naučiti in spodbujati, da poleg pridobljenega znanja oblikuje pozitivna stališča, navade in način obnašanja, ki mu omogočajo nadzor nad lastnim življenjem ter ga usposablja, opolnomočijo za ukrepanje in samokontrolo lastne bolezni (Funell & Anderson, 2004).

Zdravstvena vzgoja je pri nas dostopna vsem bolnikom z diabetesom ves čas zdravljenja, obvezno pa ob postavitvi diagnoze, pozneje pa vsaj letno.

V bolnišnico se napoti bolnika z življenje ogrožajočim akutnim zapletom sladkorne bolezni, kot so diabetična ketoacidoza, hiperglikemično hiperosmolarno stanje, huda nihanja vrednosti glukoze v krvi, posebej ob hkratni prisotnosti resnega bolezenskega stanja kot so okužba, operacija ali bolezensko stanje s kemoterapijo (Medvešek & Mrevlje, 2008).

V celostni obravnavi bolnikov z diabetesom je delo diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti usmerjeno v odkrivanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo, njihovo odpravljanje z nefarmakološkimi ukrepi in zgodnje odkrivanje zapletov. Ob pregledu diplomirana medicinska sestra oceni dejavnike tveganja in preiskovancu na podlagi tabeliranih vrednosti posameznih dejavnikov tveganja določi absolutno skupno ogroženost za srčno bolezen. Če ta presega 20 % v prihodnjih 10-ih letih, preiskovanca vključi v register ogroženih. V zdravstvenih ustanovah že delujejo svetovalne dejavnosti z ustreznim strokovnim kadrom, ki ogroženim posameznikom in skupinam pomagajo pri spreminjanju življenjskega sloga, tj. nefarmakološkem načinu odpravljanja dejavnikov tveganja. Če zdrava prehrana, hujšanje in telesna dejavnost niso učinkoviti, se diplomirana medicinska sestra v dogovoru z zdravnikom odloči, v skladu s smernicami, za zdravljenje dejavnikov tveganja z zdravili. Ukrepi za zmanjšanje srčno-žilne ogroženosti so usmerjeni na ugotavljanje oziroma odkrivanje oseb z visokim rizikom. Poleg ocene koronarne ogroženosti, tj. izračunavanje tveganja za srčni infarkt na podlagi dejavnikov tveganja za razvoj ateroskleroze, poudarjamo pomen ugotavljanja gleženjskega indeksa (GI), diagnostičnega testa visoke specifičnosti in občutljivosti (Mlačak, 1995; London, 2008). GI manjši od 0,9, je kazalnik generalizirane ateroskleroze in dejavnik tveganja za nastanek aterotrombotičnih zapletov, kot so miokardni infarkt, ishemična možganska kap ter srčnožilna smrt. Z določanjem GI pri osebah brez simptomov, prvi stadij PAB po Fontainu, lahko odkrijemo posameznike, ki že imajo aterosklerotično bolezen s hemodinamsko pomembno zožitvijo žilne svetline nad 70 %, pri katerih je preživetje dolgoročno močno ogroženo (Blinc & Poredoš, 2007; Donnelly & Yeung, 2002). Opravljene raziskave so pokazale, da je GI, manjši od 0,9, eden od najpomembnejših in od drugih dejavnikov tveganja neodvisen napovednik srčno-žilnih dogodkov. Lahko zaključimo, da enostavna meritev sistoličnih tlakov z aparatom MESSI in iz izmerjenih vrednosti določanje GI daje pomembne podatke o stanju splošne srčnožilne ogroženosti.

Pri bolnikih z diabetesom nismo ugotovili večje prevalence varic oziroma kroničnega venskega popuščanja. Z oziroma na potrjene dejavnike tveganja za nastanek varic, kot so dednost, starost in ženski spolni hormoni v rodnem obdobju žensk v primarni preventivi ne moremo pomembno vplivati na nastanek varic. Naši ukrepi so usmerjeni na priporočila za razgibano delo in telesne dejavnosti, ki krepijo učinek mišične črpalke golen in nošenje preventivnih kompresijskih nogavic in podobnih pripomočkov pri dedno obremenjenih osebah in ženskah v času nosečnosti (Mlačak, et al., 2011).

Naša raziskava ima določene pomanjkljivosti. Raziskava je presečna in ne omogoča ugotavljanja incidence aterosklerotičnih zapletov pri posameznih skupinah preiskovancev kot tudi ne ugotavljanja napovedne vrednosti posameznega dejavnika tveganja za pojavljanje PAB in drugih zapletov. Vzorec je namenski, neslučajnostni in ne odraža spolne in starostne strukture prebivalstva širšega geografskega področja. Namreč, vsi preiskovanci testne in kontrolne skupine, vzorec 1 in vzorec 2, so z ozkega geografskega področja s podobnimi socialno-ekonomskimi značilnostmi in življenjskim slogom, kar izključuje etični vpliv na vrednosti in pojavljanje dejavnikov tveganja za aterosklerozo.

ZAKLJUČEK

Sladkorna bolezen je samostojen dejavnik tveganja za aterosklerozo, ki pomembno zvečuje pogostost pojavljanja srčnožilnih zapletov. Celosten pristop v obravnavi sladkornih bolnikov obsega poleg trajne dobre urejenosti glikemije (redne samo-

kontrole krvnega sladkorja, kontrole glikiranega hemoglobina), nadzor nad vsemi dejavniki tveganja značilnih za sladkorno bolezen tipa 2, ter zgodnje odkrivanje in zdravljenje zapletov kot tudi sočasnih bolezni. Ugotavljanje dejavnikov tveganja v konkretni populaciji in zgodnja diagnoza PAB v predklinični asimptomatični fazi z merjenjem sistoličnih tlakov omogočata pravočasno uvajanje preventivnih in farmakoloških postopkov zdravljenja. To je pomembno, upoštevajoč dejstvo, da so aterosklerotične spremembe na arterijah spodnjih udov povezane z enakimi spremembami na koronarnih arterijah glede na starost in pogostost dejavnikov tveganj.

Zaradi kronične narave bolezni in sočasnega pojavljanja drugih bolezenskih stanj je potreben v trajni oskrbi sladkornih bolnikov partnerski odnos med diabetologom, osebnim zdravnikom, diplomirano medicinsko sestro v referenčni ambulanti in bolnikom, ker samo dejavno sodelovanje bolnika pri načrtovanju in izvajanju zdravljenja omogoča dolgoročne uspehe. Diplomirana medicinska sestra ima pri celostni obravnavi bolnikov z diabetesom določene prednosti, ker lahko spremlja rezultate aktivnih ukrepov za spreminjanje dejavnikov tveganja v svoji populaciji, resnično povezuje dejavnosti posameznih specialistov ter vrednoti uspešnost in pomen različnih dopolnilnih metod zdravljenja.

ZAHVALA

Zahvaljujem se prof. dr. Blažu Mlačku za strokovno pomoč in spodbude pri pisanju prispevka.

LITERATURA

- Blinic, A. & Poredoš, P., 2007. Pharmacological prevention of atherothrombotic events in patients with peripheral arterial disease. *European Journal of Clinical Investigation*, 37(3), pp. 157–164.
- Choi, S. Y. & Park, J. S., 2015. The comparison of carotid artery intima media thickness and plaque characteristics between patients with ST-elevation myocardial infarction and coronary artery chronic total occlusion. *Biomedical Science Letters*, 21 (4), pp. 198–207.
- Currie, G. & Delles, C., 2014. Proteinuria and its relation to cardiovascular disease. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 7(13), pp. 13–24.
- Donnelly, R. & Yeung, J., 2002. Management of intermittent claudication: The importance of secondary prevention. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 23(3), pp. 100–107.
- Empter, M., Schaper, C. & Alexander, K., 1990. Koinzidenz von arterieller Ver-schlusskrankheit und chronischer Veneninsuffizienz. *Phlebol Proctol*, 19(3), pp. 215–222.
- Funell, M. M. & Anderson, R. M., 2004. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), pp. 123-127.
- Grembowski, D., Paschane, D., Diehr, P., Katon, W., Martin, D., Patrick, D. L., 2005. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), pp. 271–277.
- Herder, M., Johnsen, S. H., Arntzen, K. A. & Mathiesen, E. B., 2012. Risk factors for progression of carotid intima-media thickness and total plaque area: A 13-year follow-up study: The Tromso study. *Stroke*, 43(7), pp. 1818–1823.
- London, M., 2008. Brachial arterial pressure to assess cardiovascular structural damage: an overview and lessons from clinical trials. *Journal of Nephrology*, 21(4), pp. 23–31.
- Makivara, L. A., Ahti, T. M., Luukaala, T., Hakama, M & Laurikka, J. O., 2008. Arterial disease but not hypertension predispose to varicose veins. *Phlebol*, 23(3), pp. 142–146.
- Medvešček, M. & Mrevlje, F. (ur), 2008. *Slovenske smernice za zdravstveno oskrbo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2*. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije.
- Mlačak, B., 1995. *Angiologija za prakso*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za splošno medicino.
- Mlačak, B., Ivka, B. & Ladika, R., 2011. Kronične bolezni povrhnjih ven in kronično vensko popuščanje. *Zdravstveni Vestnik*, 80 (8), pp. 917–932.
- Mrak, M. & Bunc, M., 2014. Kronične popolne zapore koronarnih arterij: klinični pomen in perkutano zdravljenje. *Medicinski Razgledi*, 53(3), pp. 319–334.
- Nicolades, A. N., 2000. Investigation of chronic venous insufficiency. *Circulation*, 102(1), pp. 1–49.
- Piette, J.D. & Kerr, E.A., 2006. The impact of comorbid chronic conditions on diabetic care. *Diabetes Care*. The impact of comorbid chronic conditions on diabetic care, *Diabetes Care*, 29(3), pp. 725–731.



**POMEN
PREDOPERATIVNEGA
PODAJANJA INFORMACIJ
PACIENTOM ZA
UČINKOVITEJŠO
POOPERATIVNO
ZDRAVSTVENO NEGO**

**The importance of preoperative
information for an effective
postoperative nursing care**

Pina Tratar, dipl. m. s.

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

pina.tratar@gmail.com

IZVLEČEK

Operativni poseg je za paciente in njihove bližnje stresni dogodek. Pri pripravi na operativni poseg sodeluje interdisciplinarni tim, ki s pacientom sodeluje pri predoperativnih telesnih in psiholoških pripravah, predoperativnih pacientu prilagojenih zdravstveno vzgojnih intervencijah in pacientu podaja primerne informacije. Zagotavljanje primernih in točnih informacij je za kirurške paciente pomembno za njihovo aktivno sodelovanje s timom pred operativnim posegom. Predvsem pa podajanje informacij vpliva za zmanjševanje simptomov stresa, zaskrbljenosti in strahu pri pacientu in njihovih bližnjih, ki lahko negativno vplivajo na potek zdravljenja. Predoperativno in pooperativno stresno in nepoznano dogajanje lahko prispeva k akutnim telesnim in psihološkim zapletom pri pacientih v enotah intenzivne terapije in nege, kar zahteva tudi večji obseg dela, porabljenega časa in stresa za medicinske sestre. S strani zdravstvenih delavcev usklajeno podajanje informacij in poučevanje pacientov in njihovih bližnjih o dogajanju pred, med in po operativnem posegu sta v klinični praksi marsikdaj zapostavljena dela zdravstvene nege, ki sta potrebna izboljšav. Možne izboljšave poleg pogovora s pacienti in njihovimi bližnjimi vključujejo uporabo demonstracij, multimedijskih pripomočkov, predznanju in razumevanju primernih tiskanih zloženek ter zdravstvenih informacij na internetnih straneh. Časovne, kadrovske, organizacijske in finančne omejitve vplivajo na sodelovanje medicinskih sester z vseh delovišč obravnave kirurškega pacienta pri razvoju in vzpostavitvi prilagojenih učnih vsebin za kirurške paciente. Vzpostavitev učinkovitih intervencij predoperativne zdravstvene vzgoje paciente informira in motivira za aktivno sodelovanje v času zdravljenja in pacientom omogoči dobro kakovost življenja po operativnem posegu v domačem okolju.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, zdravstvene informacije, kakovost življenja

ABSTRACT

The surgical procedure is a stressful event for the patients and their loved ones. Preparations for the procedure demand an interdisciplinary approach in making preoperative physical and psychological preparations, preoperative education interventions and provision of appropriate information. It is necessary to provide appropriate and accurate information to surgical patients ensuring their active collaboration with the team before the surgery. Provision of information reduces symptoms of stress, anxiety and fear of the patients' and their loved ones, all of which may have a negative impact on the treatment. Preoperative and postoperative stress and unknown events can contribute to acute physical and psychological patient complications in intensive care units and increases nurses' workload, time spent and stress. Provision of information for the patients and their loved ones and patient education are often neglected in nursing. In addition to effective communication with the patient and their loved ones possible improvements include visual presentations, use of multimedia, prior knowledge and suitable leaflets and health information websites. Time, resources, organization and financial constraints affect nurses' development and provision of patient education interventions in all parts of the surgical process. Establishing effective preoperative education interventions that inform and motivate patients for active participation during treatment enhances their quality of life after surgery.

Keywords: health education, health information, quality of life

UVOD

Operativni poseg je za pacienta stresni dogodek, ki vpliva na njegovo telesno in psihično počutje ter na življenjski slog pacienta in njegovih bližnjih (Santos, et al., 2014 cited in Goncalves, et al., 2017). V obdobju pred, med in po operativnem posegu je pomembno ocenjevanje kirurškega pacienta na telesnem, psihološkem, duhovnem in socialnem področju (Cheever & Hinkle, 2015 cited in Goncalves et al, 2017). Tudi za večje operativne posege je zdaj značilno krajše bivanje v bolnišnici. Tako je časovno obdobje, ki ga zdravstveni delavci preživijo s pacienti pred in po operativnem posegu, zelo omejeno in negativno vpliva na učinkovito izvajanje predoperativnih zdravstveno vzgojnih intervencij in podajanje pacientu primernih informacij (Norlyk & Martinsen, 2013; Mitchell, 2017; Van der Meij, et al., 2018). Medicinske sestre s svojimi avtonomnimi zdravstveno vzgojnimi intervencijami na področju telesne in psihične priprave pomembno vlogo pri ocenjevanju, pripravo in vodenju pacienta skozi njemu neznano perioperativno obdobje (Santos, et al., 2014 cited in Goncalves, et al., 2017)

Namen prispevka je predstaviti pomen podajanja informacij pacientu v predoperativnem obdobju z namenom izboljšanja njegovega znanja o bolezni, zdravljenju, okrevanju in sodelovanju v zdravstveni oskrbi. Cilji prispevka so osvetliti, kako po-

membni so za učinkovito sodelovanje pri svoji zdravstveni oskrbi v bolnišničnem okolju dobro informirani kirurški bolniki ter kako je v klinični praksi v zdravstveni negi podajanje pomembnih informacij pred, med in po operativnem posegu zapostavljeno zaradi kratkih in omejenih interakcij med pacientom in medicinsko sestro.

PREDOPERATIVNA ZDRAVSTVENA VZGOJA

Medicinska sestra izvaja velik del vsakdanje zdravstvene oskrbe, koordinira pacientovo oskrbo pred in po operativnem posegu in je ključna edukatorica v perioperativni oskrbi pacienta (Selimen & Andsoy, 2011). Eden najpomembnejših vidikov dolžnosti zdravstvenega delavca je podajanje informacij pacientu. Medicinske sestre preživijo največ časa s pacienti in imajo ključno vlogo pri zagotavljanju informacij (Goncalves, et al., 2017). Medicinske sestre morajo učinkovito in natančno prepoznati potrebe pacientov in biti pripravljeni ponuditi informacije v različnih oblikah (Pritchard, 2011). Medicinska sestra s primernim načinom komunikacije pacientom zagotavlja ustrezno predoperativno zdravstveno vzgojo in usmerjene ter primerne informacije (Pritchard, 2011; Lai, et al., 2016). V proces zdravljenja je pomembno vključiti pacienta, da le-ta aktivno sodeluje v odločanju in prevzame odgovornost za svojo oskrbo, kar vodi v večjo samoučinkovitost pacienta, zmanjša njegovo anksioznost, bolečino, vpliva na pooperativne komplikacije, čas okrevanja in izboljša zadovoljstvo pacienta in njegovih bližnjih z zdravljenjem (Kruzik, 2009; Aasa, et al., 2013; Goncalves, et al., 2017).

Pomen ustreznega podajanja informacij

Sprejem v bolnišnico je za pacienta stresna izkušnja, ki mu povzroča anksioznost, strah, zmedenost, in lahko vodi tudi v depresijo, delirij ali akutno psihozo. Pacient je pred operativnim posegom v stresu zaradi čakanja na operativni poseg, pričakovanja bolečih posegov, vpliva rezultatov oziroma zapletov kirurškega posega na družinsko in družbeno življenje, izgube neodvisnosti in strahu pred smrtjo (Yilmaz, et al., 2011; Pritchard, 2011; Lee & Lee, 2012; Pandey, et al., 2018). Anksioznost je v predoperativnem obdobju običajni občutek in je povezana z mnogimi neželenimi psihološkimi in telesnimi dogodki (Berhe, et al., 2017; Hernandez Palazon et al, 2018). Predoperativna anksioznost je neprijetno stanje nelagodja ali napetosti, in je povezana z boleznijo (npr. bolečina, nelagodje, negotovost) in hospitalizacijo (npr. neznano okolje, neznani obrazi, izguba neodvisnosti, izguba zasebnosti) (Scott, 2004). Po ocenah je prevalenca predoperativne anksioznosti pri bolnikih med 11% in 80 % (Stamenkovic, et al., 2018); odvisna pa je tudi od vrste operativnega posega (Erkilic, et al., 2017; Hernandez Palazon, et al., 2018). Po določenih operativnih posegih so pacienti za krajše obdobje sprejeti v enoto intenzivne terapije ali nege z namenom stalnega nadzora in intenzivne oskrbe. Pacientom je to okolje tuje, neznano in še poslabša že obstoječe predoperativne strahove in anksioznost. Ustrezno vrednotenje predoperativne anksioznosti je ključnega pomena za pooperativno kakovost oskrbe pacienta, a je v praksi ocenjevanje pacienta običajno narejeno prehitro med telesno pripravo pacienta na operativni poseg (Timmins & McCabe 2009 cited in Mitchell, 2017; Stamenkovic, et al., 2018). Predoperativno in pooperativno ocenjevanje in intervencije so pomembne za ugotovitev in zmanjšanje anksioznosti in izboljšanje kliničnih izidov po operativnem posegu (Zhang, et al., 2012). Povečana predoperativna anksioznost poveča pojavnost zapletov v neposrednem pooperativnem obdobju, npr. s potrebo po podaljšanji mehanski ventilaciji, večjo pooperativno bolečino, slabšimi izidi, daljšim okrevanjem in manjšim zadovoljstvom pacientov (Berhe, et al., 2017; Wongkietkachorn, et al., 2017; Pandey, et al., 2018; Hernandez Palazon, et al., 2018; Stamenkovic, et al., 2018).

Na pacienta osredotočen pristop za zmanjšanje predoperativne anksioznosti pacientov obsega vključevanje pacienta v skupno odločanje o terapevtskih odločitvah, obveščanje pacienta o njegovem zdravstvenem stanju, kirurškem posegu, izvajanih postopkih in nadaljnjem poteku zdravljenja in okrevanja s prilagojenimi vsebinami (Doñate, et al., 2015; Goncalves, et al., 2017). Vključene bi morale biti tudi strategije za obvladovanje negativnih čustev ob pričakovanju posega, saj anksioznost vpliva na pacientovo dožemanje in priklic informacij ob kasnejšem času (Kruzik, 2009; Nahm, et al., 2012; Mitchell, 2017).

Pacientu prilagojene pomembne informacije

Pred podajanjem informacij je potrebno oceniti pacientove informacijske potrebe in nato informacije prilagoditi na podlagi individualnih potreb in predhodnega znanja pacienta, skupaj z ustreznimi pojasnili (Rankinen, et al., 2007; Aasa, et al., 2013; Andersson, et al., 2015; Wongkietkachorn, et al., 2017). Za zadoščanje informacijskih potreb in lajšanja predoperativne anksioznosti pacientov ne zadostuje uporaba enakih informativnih zložen, letakov ali izročkov za vse paciente in njihove bližnje (Pritchard, 2011).

Pri podajanju informacij je pomembna vrsta in količina informacij, njihova kompleksnost ter način posredovanja (Boateng, 2016). Informacije morajo biti jasne, točne, razumljive, zanesljive in prilagojene, saj vplivajo na sprejemanje odločitev pacientov in njihovih bližnjih o nadaljnjem zdravljenju (Varadhan, et al., 2010; Aasa, et al., 2013; Mojadam, et al., 2018). Velik pomen ima količina informacij, saj je lahko pacient ob preobsežnih in podrobnih informacijah preobremenjen in zmeden, kar mu oteži odločanje in sodelovanje pri zdravljenju (Liu, et al., 2016). Uporaba medicinskega žargona, pacientova zdravstvena pismenost, slabo pomnjenje informacij in pacientova čustvena stiska vodijo v pacientovo napačno razumevanje informacij in izvajanje aktivnosti (Doñate, et al., 2015; Mojadam, et al., 2018; Villanueva, et al., 2018).

Primerni načini podajanja informacij

Predoperativno podajanje informacij in zdravstvena vzgoja pacientov sta pred sprejemom v bolnišnico učinkovitejši kot po sprejemu in pacient bi moral dobiti predoperativne informacije pred sprejemom za boljše razumevanje informacij (Kruzik, 2009; Aasa, et al., 2013). Dajanje informacije bi moralo biti razumljivo, se večkrat ponoviti in biti prilagojeno potrebam pacienta in bližnjih, a je zaradi časovnih omejitev medicinskih sester to običajno omejeno na ustno podajanje kratkih in jedrnatih informacij na dan pred operativnim posegom ali na dan posega (Jlala, et al., 2010; Uldry, et al., 2013; Villanueva, et al., 2018). Ustno podajanje informacij je lahko oteženo zaradi uporabljenega jezika, učnih težav ali omejenega spomina pacienta, starosti in izobrazbe pacienta (Louw, et al., 2012). Priporoča se ustno in pisno podajanje informacij, saj pisne informacije dopolnjujejo ustne informacije in so izhodišče in referenca za paciente tudi na dolgi rok (Varadhan, et al., 2010; Aasa, et al., 2013; Andersson, et al., 2015). Za izboljšanje predoperativnega izobraževanja pacientov se vedno pogosteje uporabljajo interaktivni multimedijски pripomočki (Villanueva, et al., 2018).

Vedno pogosteje pacienti in njihovih bližnji iščejo dodatne zdravstvene informacije na internetu, saj imajo tako dostop do informacij o kirurških postopkih (npr. o anesteziji, okrevanju) ob njim ustreznem času in v bolj primerni obliki (Nahm, et al., 2012; Mora, et al., 2012; Jørgensen, et al., 2016). Na internetu lahko pacienti najdejo interaktivne zdravstvene aplikacije, izobraževalne in podporne internetne strani (Villanueva, et al., 2018). Vedno pogosteje sta po svetu dostopni telemedicina, ki v obliki pametnih aplikacij in internetnih programov, omogoča sodobno predoperativno in postoperativno izmenjavo informacij (Park, et al., 2014 cited in Mitchell, 2017) in e-zdravje, ki pacientom omogoča dostop do njemu prilagojenih zdravstvenih informacij (Van der Meij, et al., 2016; Van der Meij, et al., 2018).

Zadovoljstvo pacienta z informacijami

Na zadovoljstvo kirurških bolnikov vplivajo zadostne in kakovostne informacije, saj se dobro informiran pacient v obdobju oskrbe bolje sooča z izzivi v bolnišničnem okolju in hitreje okreva (Alkharafi, et al., 2014; Aasa, et al., 2013). Mnogi pacienti in družinski člani želijo natančne in podrobne informacije o svojem zdravstvenem stanju, alternativah zdravljenja, tveganjih, izidih zdravljenja, najpogostejših zapletih, pooperacijskem poteku zdravljenja (npr. bivanju pacienta v enoti intenzivne terapije), poteku okrevanja in kakovosti življenja po operativnem posegu (Beaumont, et al., 2009; Uldry, et al., 2013). Želijo izboljšati svoje razumevanje dogajanja in razjasniti svoja pričakovanja o posegu, bivanju v bolnišnici in okrevanju, saj bodo pred, med in po operativnim posegom v neznanem okolju, obkroženi z neznanimi napravami in pripomočki (Poland, et al., 2017).

Predoperativno podajanje informacij obsega potrebne in zaupanja vredne, razumljive informacije o kirurškem procesu in posegu, pričakovanih vedenjih, pričakovanih občutkih in verjetnih izidih (Kruzik, 2009; O'Brien, et al., 2013). Medicinske sestre kot pomembne informacije za kirurškega pacienta ocenjujejo podrobnosti anestezije, predoperativne priprave, pooperacijska pričakovanja in podrobnosti o operativnem posegu (Tse & So, 2008).

DISKUSIJA

Obdobje pred načrtovanim kirurškim posegom in hospitalizacijo je za pacienta in njegove bližnje stresno obdobje večme-sečnega čakanja, ki jim povzroča skrbi in strah pred bližajočim posegom (Du, et al., 2018). Pri načrtovanih operativnih posegih imajo pacient in njegovi bližnji na voljo dalj časa za pripravo na poseg. Zaradi pomanjkanja dostopa do primernih in prilagojenih virov informacij iz kliničnega okolja pacienti in njihovi bližnji vedno pogosteje iščejo informacije o svoji bolezni in zdravljenju na internetu, ki pa so lahko zavajajoče, netočne in nejasne. Medicinske sestre bi morale imeti osnovno znanje o ocenjevanju kakovosti zdravstvenih informacij na internet in pacientom znati priporočiti kakovostne internetne strani z

zanesljivimi informacijami s svojega delovnega področja in jih usmeriti na primerne internetne strani z dodatnimi informacijami o poteku zdravljenja (Pritchard, 2011).

V klinični praksi na mnogih področjih oziroma oddelkih ni enotnih priporočil oziroma smernic o najboljšem načinu predoperativnega podajanja informacij pacientom (Veronovici, et al., 2013). Zdravstveni delavci želijo, da pacienti sodelujejo v svoji oskrbi, a le-tim v začetnem pooperativnem obdobju primanjkuje želje, moči, znanja ali spretnosti za sodelovanje (Andersson, et al., 2015). Razlogi naj bi bili pomanjkanje predoperativnih navodil za nadaljevanje aktivnosti po posegu, nasprotujoče informacije od različnih zdravstvenih delavcev in negotovost pacientov o simptomih po posegu. V preoperativnem obdobju bi morali večjo odgovornost za iskanje informacij prevzeti pacienti, saj se izkaže, da so psihično in informacijsko nepripravljeni tako na operativni poseg kot tudi na zdravljenje in okrevanje po posegu. Medicinske sestre morajo tako v pooperativnem obdobju v enoti intenzivne terapije ali nege izvajati zdravstveno vzgojo in podajati informacije ob vsaki ponujeni priložnosti z vsemi danimi sredstvi (Liu, et al., 2016; Van der Meij, et al., 2017).

Na področju perioperativne zdravstvene nege so potrebne organizacijske spremembe z namenom jasne konceptualizacije predoperativnega izobraževanja in vzgoje in oblikovanje izobraževalnih programov, ki so osredotočeni na pacienta. Priporočajo se redna usposabljanja o predoperativnem izobraževanju za multidisciplinarne zdravstvene time (Al Qalah, et al., 2015). Pri medicinskih sestrah na primerno izvajanje predoperativnega izobraževanja vpliva pomanjkanje formalnega znanja o kirurškem področju in o zdravstveni vzgoji, povečan obseg dela, nezadostni viri in veliko število pacientov (Lee & Lee, 2012; Blackman, et al., 2015 cited in Mitchell, 2017). Razvoj in vzpostavitev prilagojenih učnih vsebin za kirurške paciente je v klinični praksi v času kadrovske, organizacijske in finančne omejitve zelo omejen oziroma otežen.

ZAKLJUČEK

Vzpostavitev učinkovitih intervencij predoperativne zdravstvene vzgoje paciente informira in motivira za aktivno sodelovanje v času zdravljenja. A predoperativna priprava se pogosto osredotoča na telesne priprave pacienta brez poudarka na psihosocialnem področju, komunikaciji in izobraževanju. Predoperativno podajanje informacij je v veliki meri odvisno od posamezne medicinske sestre, kar pa le-ta v veliki meri izvaja neformalno, brez teoretičnih osnov poučevanja in učenja ter pacientu prilagojenih zdravstvenih vsebin.

LITERATURA

- Aasa, A., Hovback, M., Berterö, C., 2013. The importance of preoperative information for patients participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), pp. 1604-1612.
- Al-Qalah, T.A.H.S., Salam, W.I.S., Hassanein, A.A., 2015. Effectiveness of planned preoperative teaching on self-care activities for patients undergoing cardiac surgery. *International Journal of Healthcare Sciences*, 3(1), 210-227. <http://www.researchpublish.com/download.php?file=Effectiveness%20of%20Planned%20Preoperative%20Teaching-1819.pdf&act=book>
- Andersson, V., Otterstrom-Rydberg, E., Karlsson, A. K., 2015. The importance of written and verbal information on pain treatment for patients undergoing surgical interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), pp. 634-641.
- Beaumont, B.M., Beischer, A.D., Brodsky, J.W., Leslie, H., 2009. Improvement in surgical consent with a preoperative multimedia patient education tool: a pilot study. *Foot & Ankle international*, 30(7), pp. 619-626.
- Berhe, Y. S., Lenka, G. F., Tawye, H. S., Gebregzi, A. H., 2017. Prevalence and associated factors of preoperative anxiety among elective surgical patients at university of Gondar hospital. Gondar, Northwest Ethiopia. A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 10, pp. 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.001>
- Boateng, W., 2016. Social determinants of self-care subsequent to major medical surgery at the central regional teaching hospital in Ghana. *GJDS*, 13(2), pp. 140-153.
- Doñate, M.M., Litago Cortes, A., Monge Sanz, Y., Martinez Serrano, R., 2015. Preoperative aspects of information related to patient anxiety scheduled for surgery. *Revista electronica a trimestral de Enfermeria*. Available at: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/en_docencia3.pdf
- Du, H., Wang, N., Yan, F., 2017. Effects of preoperative nursing visit on stresses and satisfaction of patients for selective surgery. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*, 11(3), pp. 2495-2500. Available at: <http://www.ijcem.com/files/ijcem0069611.pdf>

- Erkilic, E., Kesimci, E., Soykut, C., Doger, C., Gumus, T., Kanbak, O., 2017. Factors associated with preoperative anxiety levels of Turkish surgical patients: from a single center in Ankara. *Patient preference and adherence*. 11, pp. 291-6. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338979/pdf/ppa-11-291.pdf>
- Gonçalves, M., Martins, J.C., 2017. The influence of the information provided by nurses on preoperative anxiety. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(14), pp. 17-26.
- Hernandez-Palazon, J., Fuentes-Garcia, D., Falcon-Araña, L., Roca-Calvo, M.J., Burguillos-Lopez, S., Domench-Asensi, P., et al., 2018. Assessment of preoperative state anxiety in cardiac surgery patients lacking a history of anxiety: contributing factors and postoperative morbidity. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(1), pp. 236-244.
- Jlala, H.A., French, J.L., Foxall, G.L., Hardman, J.G., Bedforth, N.M., 2010. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104 (3), pp. 369 – 374. Available at: [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)33686-3/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)33686-3/pdf)
- Jørgensen, L.B., Mikkelsen, L.R., Noe, B.B., Vesterby, M., Uhd, M., Fridlund, B., 2016. The psychosocial effect of web-based information in fast-track surgery. *Health Informatics Journal*, 23(4), pp.304-318.
- Kruzik, N., 2009. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), pp. 381-387.
- Lee, C.-K., Lee, I. F.-K., 2012. Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22 17-18), pp. 2551-2561.
- Liu, C-F., Kuo, K.-M., 2016. Does information overload prevent chronic patients from reading self-management educational materials. *International Journal of Medical Informatics*, 89(2016), pp. 1-8.
- Louw, A., Butler, D.S., Diener, I., Puenteadura, E.J., 2012. Preoperative education for lumbar radiculopathy: a survey of US spine surgeons. *International Journal of Spine Surgery*, 6, pp. 130-139.
- Mitchell, M., 2017. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), pp. 225-237.
- Mojadam, A.N., Nadeem, N., Beydoun, H., Abidi, S.R., Rizvi, A., Abidi, S.R., 2018. Personalized preoperative education system to assist patients undergoing TAVI surgery: a digital health solution. *Journal of Health & Medical Informatics*, 9(2), pp. 2-6.
- Mora, M., Shell, J.E., Thomas, C.S., Ortiguerra, C.J., O'Connor, M.I., 2012. Gender differences in questions asked in an online preoperative patient education program. *Gender Medicine*, 9(6), pp. 457-462.
- Nahm, E.-S., Stevens, L., Scott, P., Gorman, K., 2012. Effects of a web-based preoperative education program for patients undergoing ambulatory surgery: a preliminary study. *Journal of Hospital Administration*, 1(1), pp. 21-29.
- Norlyk, A., Martinsen, B., 2013. The extended hand of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (8), pp. 1737-1746.
- O'Brien, L., McKeough, C., Abbasi, R., 2013. Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: a survey from the patient's perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(6), pp. 404-409.
- Pandey, A., Chopra, G., Singh Payal, Y., 2018. Effect of multimedia information on preoperative anxiety levels of patients posted for surgery under subarachnoid block. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(4), pp. 1-3.
- Poland, F., Spalding, N., Gregory, S., McCulloch, J., Sargen, K., Vicary, P., 2017. Developing patient education to enhance recovery after colorectal surgery through action research: a qualitative study. *BMJ Open*, 7(6). Available at: doi: 10.1136/bmjopen-2016-013498.
- Pritchard, M.J., 2011. Using targeted information to the needs of surgical patients. *Nursing Standard*, 25(51), pp. 35-39.
- Rankinen, S., Salamtera, S., Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H., et al., 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), pp. 113-119.
- Scott, A., 2004. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care*, 9(2), pp. 72-79.
- Selimen, D., Andsoy, I.I., 2011. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *The Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 93 (4), pp. 482-490. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.029>
- Stamenkovic, D.M., Rancic, N.K., Latas, M.B., Neskovic, V., Rondovic, G.M., Wu, J.D., et al., 2018. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: what can we do to change our history. *Minerva Anestesiologica*, 84(11), pp. 1307-17.
- Tse, K.Y., So, W.K., 2008. Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), pp. 619-625.
- Uldry, E., Schäfer, M., Saadi, A., Rousson, V., Demartines, N., 2013. Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World Journal of Surgery*, 37(9), pp. 2162-2171.

- Van der Meij, E., Anema, J.R., Leclercq, W.K.G., Bongers, M.Y., Consten, E.C.J., Schraffordt Koops, S.E., et al., 2018. Personalised perioperative care by e-health after intermediate-grade abdominal surgery: a multicentre, single-blind, randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, Available at: https://www.researchgate.net/profile/Caroline_Terwee/publication/325911716_Personalised_perioperative_care_by_e-health_after_intermediate-grade_abdominal_surgery_a_multicentre_single-blind_randomised_placebo-controlled_trial/links/5b43a9f4aca2728a0d688ea4/Personalised-perioperative-care-by-e-health-after-intermediate-grade-abdominal-surgery-a-multicentre-single-blind-randomised-placebo-controlled-trial.pdf?origin=publication_detail
- Van der Meij, E., Anema, J.R., Otten, R.H.J., Huirne, J.A.F., Schaafsma, F.G., 2016. The effect of perioperative E-Health interventions on the postoperative course: a systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PLoS ONE*, 11(7), pp. 1-24.
- Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H., Fearin, K.C., et al., 2010. The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition*, 29(4), pp. 434-440.
- Veronovici, N.R., Lasiuk, G.C., Rempel, G.R., Norris, C.N., 2013. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: an integrative review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, doi:10.1177/1474515113504863
- Villanueva, V., Talwar, A., Doyle, M., 2018. Improving informed consent in cardiac surgery by enhancing preoperative education. *Patient Education and Counseling*, 101(12), pp. 2047-2053. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.008>
- Yilmaz, M., Sezer, H., Gürlür, H., Bekar, M., 2011. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 956-964.
- Zhang, C.-Y., Jiang, Y., Yin, Q.Y., Chen, F.J., Ma, L.L., Wang, L.X., 2012. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(1), pp. 84-88.

Poljudni prispevki



EMOCIONALNA INTELIGENCIJA I NJEN ZNAČAJ U RADU MEDICINSKE SESTRE

Dinić Tatjana, strukovna medicinska sestra

Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti G.Toponica, Niš, Srbija

tatjanadinic@yahoo.com

EMOCIONALNA INTELIGENCIJA

Sposobnost prepoznavanja osećanja, njihovog jasnog identifikovanja, razumevanja, sposobnosti kontrolisanja i korišćenja za izražavanje misli. Saosećanje je sposobnost da prepoznamo ono što oseća neko drugi. To je na neki način i sama srž emocionalne inteligencije. Ona ima ključnu ulogu u našem životu jer utiče na raspoloženje, donošenje ispravnih životnih odluka, motivaciju, stabilnost, uravnoteženost, snalažljivost, prilagodljivost i na odnos vrlina i mana u našem karakteru. EI predstavlja skup veština koji doprinosi upravljanju i izražavanju vlastitih i prepoznavanju tuđih emocija. Bitna je za motivaciju, planiranje i postizanje ciljeva u životu.

POJAM EMOCIONALNA INTELIGENCIJA

Godine 1983. Psiholog s Harvarda, Howard Gardner jedan od najuticajnijih teoretičara inteligencije istakao je razliku između intelektualnih i emocionalnih sposobnosti predloživši široko razmatrani model "višestruke inteligencije".

EI prvi put se javlja u literaturi 1990. u radovima Petera Saloveya, psihologa sa Harvarda i njegovog kolege Johna D. Mayera. koji su EI definisali kao sposobnost praćenja i upravljanja vlastitim i tuđim osećanjima i usmeravanje mišljenja i delovanje uz pomoć osećanja.

Knjiga Emocionalna inteligencija, svetski hit autora Danijela Golemana, psihologa i doktora Harvardskog univerziteta, stavlja emocionalnu inteligenciju (EQ) iznad racionalne (IQ) u analizi preduslova za uspeh i sreću čoveka u savremenom društvu.

Bazirajući svoje istraživanje na brojnim primerima dece i odraslih, Goleman predstavlja potpun i sveobuhvatan pristup sve prisutnijoj temi emocionalne inteligencije koja podrazumeva sposobnost saosećanja sa drugima, procenjivanja, kontrole sopstvenih emocija, stvaranje dobrih odnosa.

Naveo je 5 osnovnih emocionalnih i društvenih komponenti:

- upoznavanje vlastitih emocija-samosvest,
- upravljanje emocijama tako da odgovaraju situaciji-samokontrola,
- motivisanje samog sebe i posedovanje sposobnosti emocionalne samokontrole,
- prepoznavanje emocije u drugima-empatija,
- snalaženje u društvenim interakcijama što je temelj u interpersonalne efikasnosti.

Sposobnosti koje su neophodne za profesionalni uspeh

- slušanje i usmena komunikacija,
- prilagodljivost,
- lična kontrola i sposobnost kontrole eksplozije besa,
- samopouzdanje,
- sposobnost prepoznavanja vlastitih emocija i istraživanja tih emocija u odnosu s drugima,
- motivisanost,
- razumevanje osećanja onih sa kojima saraduju,
- vešto razrešavanje nesuglasica,
- timski rad, razumevanje drugih ljudi i efikasnos u upravljanju.

EMOCIONALANA INTELIGENCIJA MEDICINSKIH SESTARA

Medicinska sestra se na svom radnom mestu svakodnevno susreće sa mnogobrojnim pacijentima kojima je potrebna njena pomoć. Zdravstvena nega ne uključuje samo medicinsku negu već i poštovanje ciljeva, želja, odluka pacijenta i ispunjavanje njegovih emocionalnih, socijalnih i duševnih potreba. Glavni posao medicinske sestre je briga o pacijentu, pa je zato bitno da je u stanju da razume šta pacijent oseća kako bi bila u stanju da učini sve što je u njenoj moći da mu pomogne. Medicinske sestre bi trebale razviti sposobnost koja uključuje visoku samosvest, procenu događaja, sposobnost nošenja s vlastitim emocijama. Osoba koja zna što treba preduzeti da bi postigla priyatnost i izbegla nelagodnost u prednosti je pred onom koja nema tu sposobnost. Razvoj empatije je jedan od aspekta emocionalne inteligencije.

METODE

Anketa je rađena na uzorku od 30 ispitanika, od toga 15 zdravstvenih radnika ,ostali su osobe različitih zanimanja,polova,različitih starosnih doba od 29 do 60 god.različitog nivoa stručnog obrazovanja.

CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

Medicinskim sestrama je bitno da imaju dobro razvijenu emocionalnu inteligenciju kako bi mogle da prepoznaju pacijentovo trenutno osećanje i tako dobile bolji uvid u njegovo sveukupno stanje, i to kako zbog komunikacije s pacijentima i njihovim porodicama, tako i u odnosima sa kolegama.

Da usklade metode rada i pokažu efikasnost timskog rada.

Svrha rada je utvrditi razlike u emocionalnoj inteligenciji medicinskih sestara u odnosu na ispitanike koji su različitih zanimanja i različitog stepena stručnog obrazovanja (dipl.inženjer elektronike,pravnik menadžer,grafički dizajner,dipl.ekonomista,dipl.hemičar,prehrambeni tehničar).

ANALIZA REZULTATA

Obradom anketnih upitnika došlo se do sledećih rezultata :

- Medicinske sestre umeju da prepoznaju osećanja i emocije drugih ljudi,odvoje privatni od profesionalnog života,na kvalitet obavljenog posla im ne utiče raspoloženje, pokazuju veću emocionalnu inteligenciju u odnosu na nezdravstveni uzorak ispitanika,
- Radno iskustvo med.sestrama pomaže **da prema pacijentu** pokazuju i imaju: empatiju,saosećanje,asertivnost,samopouzdanje,zadovoljstvo životom,optimizam
- Anketirane med.sestre su starosti od 40-60(mladi su otišli u inostranstvo) anketom je utvršeno da dužina radnog staža utiče da medicinske sestre imaju manje optimizma, samopouzdanja, zadovoljstva u radu i životu,ambicioznosti,lošije međuljudse odnose,teže prilagođavanje promenama i čestu pojavu burnout sindroma što nije pokazalo istrazivanje van zdravstvenih ispitanika.

ZAKLJUČAK I DISKUSIJA

EI se povezuje s manjom učestalošću burnout sindroma,većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem medicinskih sestara. Odnos medicinska sestra - pacijent, kao ključna komponenta sestričkog rada, podrazumeva sestričku percepciju, razumevanje pacijentovih emocija i korišćenje tih emocija kako bi nega pacijenta bila što efikasnija.

Razvoj empatije, kao jednog od aspekata emocionalne inteligencije, središnji faktor mnogih teorija sestričstva i da emocionalna inteligencija omogućava sestrama razvijanje terapijskog odnosa sa pacijentima i njihovim porodicama, i bolje nošenje sa stresom.

Poboljšanjem EI medicinskih sestara/tehničara može pomoći kako bi se lakše nosili sa emocijama na radnom mestu i kako bi se smanjila pojava stresa,to bi bilo od koristi ne samo med.sestrama nego i pacijentima i poslodavcima.

Možda bi procenu emocionalne inteligencije trebalo raditi čak pri prijavi kandidata za sestričku profesiju.

Potrebno je uključivanje elemenata emocionalne inteligencije u nastavne programe,edukacije, simpozijume,radionice medicinskih sestara kako bi se kompetentnim profesionalcima omogućilo razumevanje i upravljanje emocionalnim stanjima.

Učenje o vlastitim osećanjima i razvijanje emocionalne inteligencije ključno je za dalji razvoj profesije.

Osim toga, emocionalna se inteligencija povezuje sa manjom učestalošću burnout sindroma, i većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem medicinskih sestara.

LITERATURA

Goleman, D. 2000. Emocionalna inteligencija u poslu. , Zagreb: Mozaik knjiga.

Mayer, J. D. & Salovey, P. 1999. Što je emocionalna inteligencija?. U: P. Salovey i D. Sluyter (eds.).

Emocionalni razvoj i emocionalna inteligencija: Pedagoške implikacije. Zagreb: EDUCA.

Šverko, D. 2009. Pametni jesmo – a jesmo li emocionalno inteligentni? Emocionalna inteligencija i ponašanje, u: D. Čorkalo Biruški (ed.), Primijenjena psihologija, pitanja i odgovori.

Takšić, V., Jurin, Ž.& Cvenić, S. 2001. Operacionalizacija i faktorsko-analitička studija konstrukta emocionalne inteligencije. Psihologijske teme

Krech, D. & Richard S. 1969. Crutchfeld: Element psihologije, Naučna knjiga,

Simmons, S. & Simmons J. C. 2000. Emocionalna inteligencija procjene i vrste. Izvori,pp.



**STRUČNOST I
PROFESIONALNOST
OSOBLJA LABORATORIJA
SU GARANCIJA ZA
PRUŽANJE KVALITETNE
USLUGE**

Amra Felić, bachelor zdravstva, smjer sestrinstvo
glavna medicinska sestra ZU DZ Bihać

UVOD

Razvoj nauke i tehnologije utiče na kvalitet života pa tako i razvoj medicinsko laboratorijske dijagnostike različitih specijalnosti i profila u zdravstvenim institucijama. Omogućavaju zdravstvenim profesionalcima razumijevanje fizioloških i patoloških stanja čovjeka, razvitka-toka- bolesti i utjecaj bolesti na funkciju organizma u cjelini. Standardne operativne procedure kojima nadgledamo izvore grešaka, prema ISO standardu pogreška se definira kao - nedostatak koji se zbiva u bilo kojem djelu lab. ciklusa, od traženja pretrage, izvještavanja o rezultatima, do njihovog primjerenog tumačenja i reakcije na njih.

Poštivanjem tih procedura, te interpretacijom i ovjerom dobijenog rezultata dobićemo laboratorijski nalaz-informacija o zdravstvenom stanju pacijenta.

Potrebe pacijenata svakodnevno rastu, a zadatak laboratorija je što brže i efikasnije odgovoriti na njihove zahtjeve uvođenjem standarda kvalitete u cilju poboljšanja i unaprjeđenja, brže i preciznije dijagnostike pacijentova stanja. Sigurnost našim korisnicima usluga u radu daje obavezna primjena internih i eksternih kontrola kvalitete kao i kalibracija aparata. Vrijednosti kao što su povjerenje i razumijevanje potreba naših pacijenata temeljne su u našem radu jer naša laboratorija nudi usluge kućnih posjeta vulnerabilnim skupinama uzimajući uzorke u kući bolesnika, koji su direktni indikatori kvalitete u laboratoriju. Ističemo edukativnu ulogu koja ima za cilj standardizaciju svih faza lab.rada do najvišeg nivoa kvalitete lab. dijagnostike.

IFCC (Internacionalna Federacija za kliničku hemiju) definisala je 3 faze laboratorijskog procesa: preanalitička, analitička, postanalitička faza. Danas cjelokupan proces rada, počevši od pripreme i uzimanja uzorka pa do izdavanja rezultata treba da bude definisan, standardizovan i kontrolisan. Razvoj tehnologija i kvalitete zdravstvenog sistema nameću nužno potrebu laboratorijskog informacijskog sistema (LIS) integriranog u zdravstveni informacijski sistem. Usvajanjem kapitacionog sistema finansiranja primarne zdravstvene zaštite i želje doktora da po svaku cijenu ima što veći broj upisanih pacijenata, dolazi do narušavanja ravnoteže između stvarnih potreba doktora kliničara za tražnjom laboratorijskih nalaza. Ciljano korištenje dijagnostičkih parametara uz dvosmjernu komunikaciju i multidisciplinarn pristup praćenja pacijenta uz savremena dostignuća doprinose racionalizaciji potrošnje unutar hematološko-biohemijskog laboratorija.

CILJ

Cilj ovog rada je prikazati rad i opseg pretraga u laboratoriji Doma zdravlja Bihać. Odabrana su dva perioda za poređenje i to: prvo polugodište 2017 i I polugodište 2018.g. Statističkom analizom utvrditi da li postoje razlike u broju pruženih zdravstvenih usluga u navedena dva perioda, te da li je ta razlika statistički značajna. Izvršena je analiza i poređenje broja pacijenata kod koji su uzeti uzorci te broja laboratorijskih usluga koje su se obavile za te pacijente, i utvrđen je prosječan broj usluga i uzoraka po pacijentima. Istraživanje je poređeno među osobama oba spola koji su od strane svog Porodične/obiteljskog liječnika bili upućeni u laboratorij Dom zdravlja grada Bihaća.

MATERIJALI I METODE

U okviru ovog rada ispitivanje je vršeno na nivou Hematološko biohemijskog laboratorija Bihać, tj obrađujemo rezultate laboratorijskih pretraga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. U laboratoriju Doma Zdravlja Bihać radi slijedeći stručni kadar: 1 specijalista medicinske biohemije, 2 inž. laboratorijske dijagnostike i 11 laboratorijskih tehničara. Rezultati koji se obrađuju su dobijeni na slijedećim aparatima: Biohemijski analizator BT 3500, Hematološki analizator Sysmex KX-21, Imunohemijski aparat AFIAS. Koristili smo podatke iz evidencije Doma zdravlja kojim su utvrđeni osnovni sociodemografski i anamnestički podatci (preventivni, kurativni, socio - ekonomski status). U istraživanju su sudjelovali muškarci i žene, stanovnici sela i grada, te akutni i kronični bolesnici odnosno bolesnici koji boluju i od akutne i od kronične bolesti. Unutrašnja kontrola kvaliteta na svim aparatima unutar Hematološko biohemijskog laboratorija provodi se svakodnevno. Laboratorij sudjeluje u sistemu vanjske kontrole kvaliteta, koja redovno daje zadovoljavajuće rezultate prema kriterijima za to ovlaštene institucije.

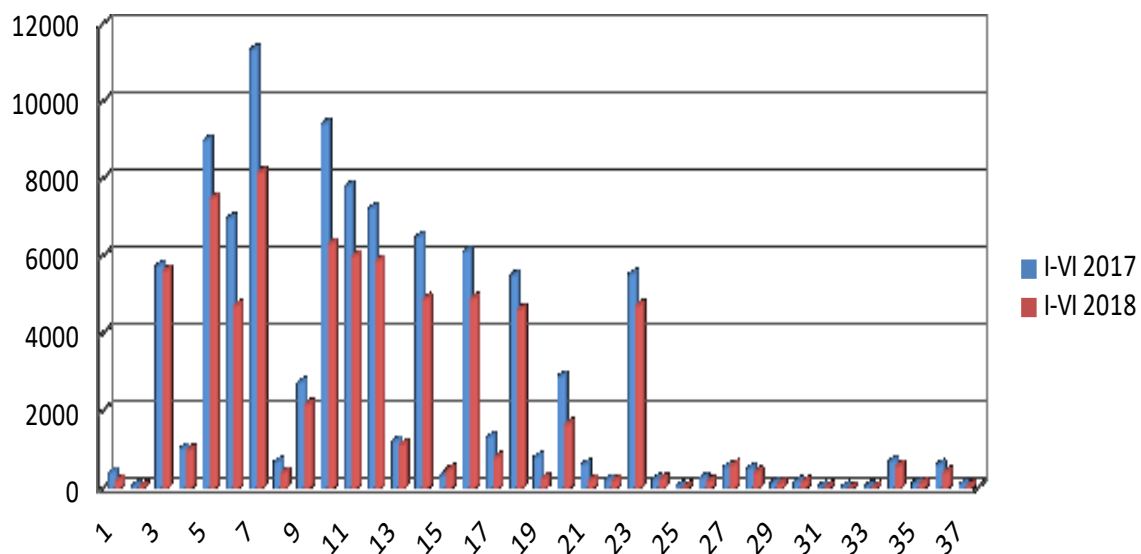
REZULTATI

Tabela br.1: Analitika i usporedba usluga obavljene u laboratoriju ZU DOM zdravlja Bihać prvo polugodište 2017 i prvo polugodište 2018

R,b,	NAZIV USLUGE	I -VI 2017	I -VI 2018	2018/2017
1	UZIMANJE KAPILARNE KRVI ODRASLI	398	210	-47,24%
2	UZIMANJE KAPILARNE KRVI DJECA	66	47	-28,79%
3	UZIMANJE KRVI IZ VENE ODRASLI	5735	5626	-1,90%
4	UZIMANJE KRVI IZ VENE DJECA	1013	982	-3,06%
5	OPŠTI PREGLED URINA SA SEDIMENTOM	8980	7501	-16,47%
7	SEDIMENTACIJA ERITROCITA	6960	4723	-32,14%
8	KKS Er,L,Trc,Hb,Htc,MCV	11327	8161	-27,95%
9	BROJ leukocita pojedinačno	666	400	-39,94%
10	DKS	2726	2163	-20,65%
11	GLUKOZA U KRVI	9404	6321	-32,78%
12	UREA U KRVI	7798	6011	-22,92%
13	KREATININ	7227	5880	-18,64%
14	ACIDUM URICUM	1209	1125	-6,95%
15	HOLESTEROL	6489	4893	-24,60%
16	HDL LDL	308	477	54,87%
17	TRIGLICERIDI	6111	4902	-19,78%
18	BILIRUBIN	1311	783	-40,27%
19	AST ALT	5493	4619	-15,91%
20	GGT	796	253	-68,22%
21	ŽELJEZO Fe serum	2878	1650	-42,67%
22	željezo UIBC	603	212	-64,84%
23	AST o	215	204	-5,12%
24	CRP	5519	4723	-14,42%
25	RF	222	234	5,41%
26	ALKALNA FOSFATAZA	42	32	-23,81%
27	HELICOBACTER PYLORI	256	180	-29,69%
28	HbA1C	533	593	11,26%
29	ULTRA TSH	500	409	-18,20%
30	T3	130	127	-2,31%
31	T4	166	164	-1,20%
32	IgE	33	32	-3,03%
33	PSA	32	6	-81,25%
34	STOLICA NA BENZIDIN okultno krvarenje	50	31	-38,00%
35	PROTROMBINSKO VRIJEME PV	691	575	-16,79%
36	FIBRINOGEN	120	135	12,50%
37	VRIJEME KRVARENJA I KOAGULACIJE	593	406	-31,53%
38	OGTT	99	64	-35,35%
	UKUPAN BROJ USLUGA	109714	74854	-31,77

U Tabeli broj 1 je prikazana analitika i usporedba usluga obavljenih u laboratoriju ZU DOM zdravlja Bihać prvom polugodištu 2017 i prvom polugodištu 2018. Evidentan je manji broj ukupnih usluga (za oko 32 % manji) u 2018.g. što je rezultat smanjenja gotovo svi vrsta laboratorijskih usluga jedan od razloga je sigurno i iseljavanje stanovništva u EU.

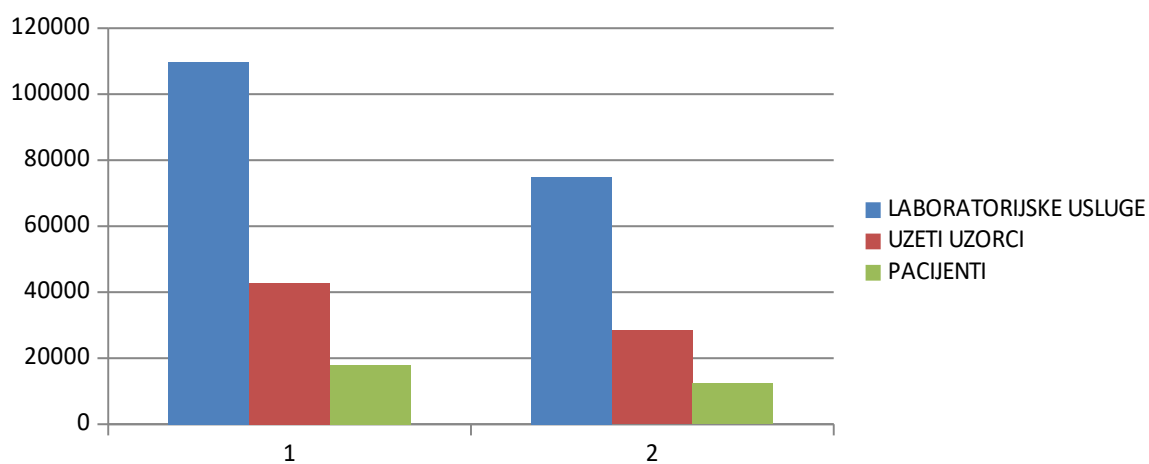
Podaci iz tabele su prikazani u na slici 1 gdje se vidi oscilacija broja pojedinih usluga.



Slika br. 1: Oscilacija broja pojedinih usluga

Tabela br.2: Poređenje usluga, uzoraka i pacijenata u laboratoriju ZU DOM zdravlja Bihać prvo polugodište 2017 i prvo polugodište 2018

R.b.	OPIS	I-VI 2017	I-VI 2018	2018/2017
1	UKUPAN BROJ LABORATORIJSKIH USLUGA	109714	74854	0,68
2	UKUPAN BROJ UZETIH UZORAKA	42844	28358	0,66
3	UKUPAN BROJ PACIJENATA	17892	12323	0,69
4	PROSJEČAN BROJ USLUGA PO PACIJENTU	6,13	6,07	
5	PROSJEČAN BROJ UZORAKA PO PACIJENTU	2,39	2,30	



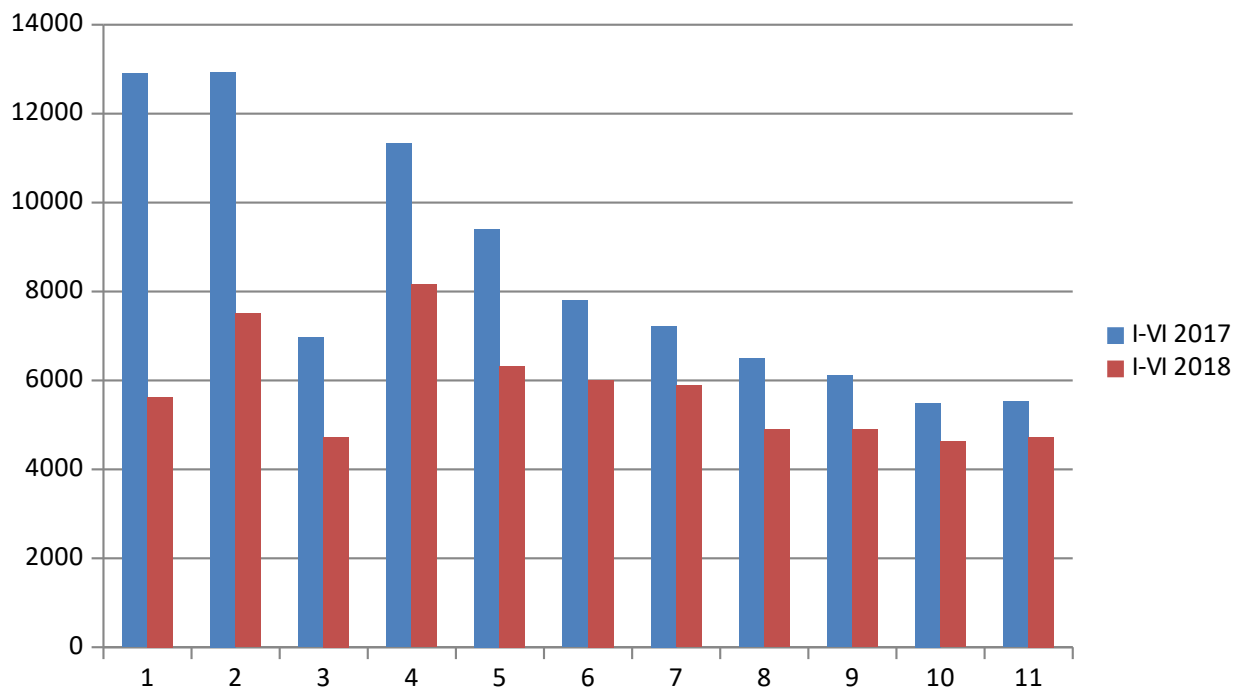
Slika br. 2: Graf poređenje usluga, uzoraka i pacijenata u laboratoriju ZU DOM zdravlja Bihać prvo polugodište 2017 i prvo polugodište 2018

U Tabeli broj 2 prikazani su podaci o ukupnom broju usluga, uzoraka i pacijenata u laboratoriju ZU DOM zdravlja Bihać i poređenje u dva posmatrana perioda. Možemo zaključiti da je dinamika kretanja broja pacijenta, uzeti uzoraka i izvršenih laboratorijskih usluga u proporcijalnom odnosu u posmatranim periodima. Potvrda navedene teze su podaci da prosječan

broj usluga po pacijentu u oba posmatrana perioda nešto malo veći od šest, kao i to da je prosječan broj uzoraka po pacijentu u laboratoriji veći od dva. Podaci su prikazani u grafu na slici broj 2.

Tabela 3. Najčešće usluge koje su izvršene u laboratoriju ZU DOM ZDRAVLJA Bihać u prvom polugodišti 2017 i 2018

R.B.	najčešće usluge u laboratorija	I-VI 2017	I-VI 2018	procentualno učešće u 2017	procentualno učešće u 2018
1	UZIMANJE KRVI IZ VENE ODRASLI	12904	5626	10,20%	7,52%
2	OPŠTI PREGLED URINA SA SEDIMENTOM	12935	7501	10,23%	10,02%
3	SEDIMENTACIJA ERITROCITA	6960	4723	5,50%	6,31%
4	KKS Er,L,Trc,Hb,Htc,MCV	11327	8161	8,96%	10,90%
5	GLUKOZA U KRVI	9404	6321	7,44%	8,44%
6	UREA U KRVI	7798	6011	6,17%	8,03%
7	KREATININ	7227	5880	5,71%	7,86%
8	HOLESTEROL	6489	4893	5,13%	6,54%
9	TRIGLICERIDI	6111	4902	4,83%	6,55%
10	AST ALT	5493	4619	4,34%	6,17%
11	CRP	5519	4723	4,36%	6,31%
	UKUPNO	92167	63360	72,87%	50,10%

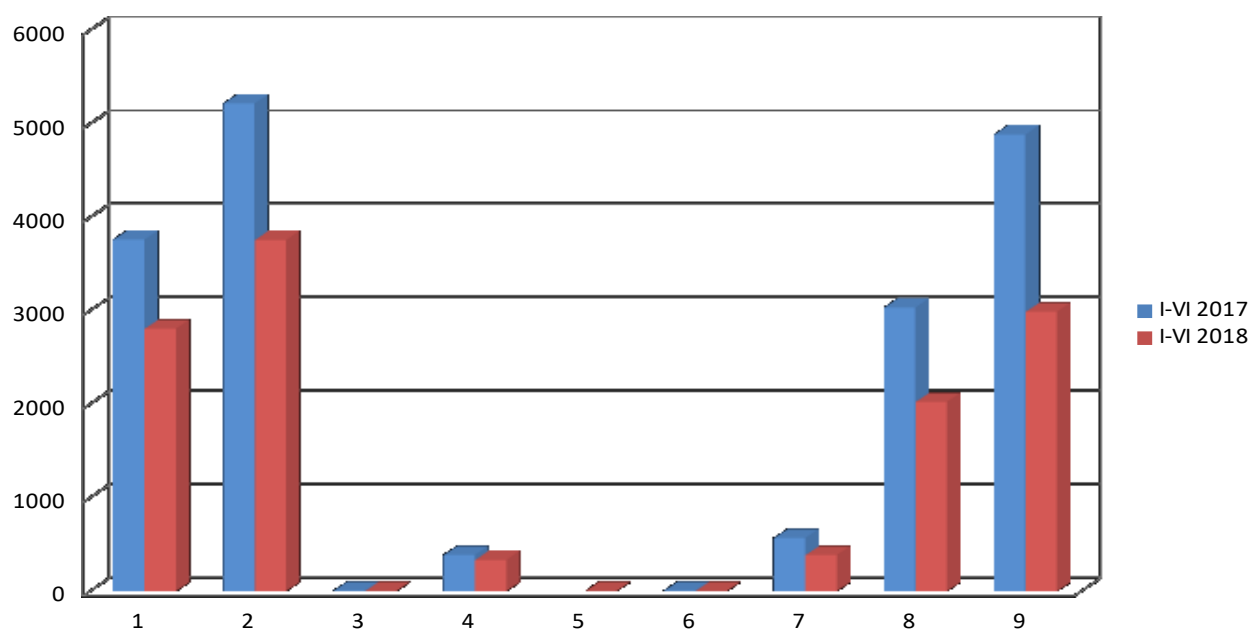


Slika br. 3: Graf najčešćih usluga koje su izvršene u laboratoriju ZU DOM ZDRAVLJA Bihać u prvom polugodišti 2017 i 2018

U Tabela broj 3 su prikazane najčešće usluge koje su izvršene u laboratoriju ZU DOM ZDRAVLJA Bihać u prvom polugodišti 2017 i 2018. Imamo činjenicu da samo 11 vrsta usluga u 2017 je izvršeno 92167 puta što procentualno u odnosu na ukupan broj usluga iznosi 72,87%, a u prvom polugodištu 2018 godine 11 vrsta isti usluga je izvršeno 63360 puta što procentualno u odnosu na ukupan broj usluga iznosi 50,10%. Podaci su grafički prikazani na slici broj 3.

Tabela br.4 : *Analitika i usporedba vrste osiguranja koji su pokrili usluga obavljene u laboratoriju ZU DOM Zdravlja Bihać prvo polugodište 2017 i prvo polugodište 2018*

R.B	Podaci o osiguranju	I – VI 2017	I – VI 2018	2018/2017
1	Radničko osiguranje	3765	2810	74,63
2	Penzioneri	5223	3760	71,99
3	Vojno osiguranje	6	2	33,33
4	RVI	389	338	86,89
5	Izbjeglice	0	2	-
6	Neosigurana lica	6	4	66,67
7	PIO INO	572	388	67,83
8	BIRO	3040	2027	66,68
9	OSTALO	4891	2994	61,21
	UKUPNO	17892	12323	68,87



Slika br. 4: *Grafički prikaz analitike i usporedbe vrste osiguranja koji su pokrili usluga obavljene u laboratoriju ZU DOM Zdravlja Bihać prvo polugodište 2017 i prvo polugodište 2018*

U Tabeli broj 4 prikazana je analitički podaci socijalnoekonomsku kartu pacijenata sa aspekta na koji način su pacijenti osigurani. Evidentna je činjenica da imamo smanjenje broj pacijenta svih populacija, koji su grafički prikazani na slici broj 4.

DISKUSIJA

Ciljano upućivanje u laboratoriju i precizno definisanje svih faza procesa laboratorijskog rada ključni su faktori racionalizacije!

Odgovornost: ordinirajućih doktora i rukovodioca laboratorija

Rešenje: Vodiči dobre kliničke prakse sertifikacija i akreditacija.

ZAKLJUČAK

Promatrani period 2017 i I pol. 2018-evidentan je pad ukupnog broja laboratorijskih usluga u 2018 u odnosu na 2017 godinu za 32%. Broja uzetih uzoraka i izvršenih usluga u laboratoriju za oba posmatrana perioda u proporcijalnom su odnosu - povezanost između broja pacijenata. U oba posmatrana perioda prosječan broj usluga po pacijentu je šest, a prosječan broj uzoraka po pacijentu u laboratoriji je oko dva. Za kvalitetnu laboratorijsku dijagnozu je jako važno da se provodi sistem kvaliteta (unutrašnja i spoljašnja kontrola). Laboratorija zahtijeva konstantno ulaganje u edukaciju kadra i opreme uz primjenu novih metoda i tehnika.

LITERATURA

Zilva, J., Pannal, P.& Mayne P. 1992. Klinička kemija u dijagnostici i terapiji, 3.prerađeno izdanje. Školska knjiga, Zagreb,pp. 211.

Štraus, B. 1992. Medicinska biokemija. Drugo, obnovljeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, pp. 307

Topić, E., Pimorac, D. & sur. 2018. Medicinska biokemija i laboratorijska medicina u kliničkoj praksi. Drugo dopunjeno i izmijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada, p. 22

Stavljenić Rukavina, A. 2005. Organizacija i upravljanje u medicinsko biokemijskom laboratoriju. Zagreb: Medicinska naklada,p. 12.

Liebermann M. i sur. 2008. Marksove osnove medicinske bohemije. Beograd: Data status,p. 85

Čorić, J. 2008. Kontrola kvaliteta rada u laboratorijskoj medicini. Sarajevo: Univerzitet u Sarajevu.p. 34.

Hammer-Plečaš, A., Čvorišćec, D. & Stavljenić-Rukavina, A. 1995. Analitička kontrola medicinsko biokemijskom laboratoriju. Biochemiamedica,.



NJEGA KOMATOZNOG BOLESNIKA

Indira Alibegović

JZU UKC Tuzla -Interna klinika- Odjeljenje intenzivne terapije i njege

Koma je klinički sindrom karakteriziran patološkim poremećajem svijesti iz kojeg se pacijent ne može probuditi. Medicinske sestre u svakodnevnom radu dolaze u kontakt sa pacijentima sa blažim i težim kvantitativnim poremećajima svijesti. Vrlo je važno da mogu objektivno prepoznati stepen poremećaja svijesti kako bi obezbjedili adekvatnu i hitnu zdravstvenu njegu. Glasgow Coma Scale [GSC] validirana je skala u uporabi za praćenje stepen stanja svijesti u jedinicama intenzivnog liječenja.

Cilj rada je ukazati na bitnu ulogu medicinske sestre pri liječenju komatoznog bolesnika te važnosti same educiranosti medicinskog osoblja. U radu se upoznajemo sa protokolom koji se koristi u Jedinici intenzivne njege na Univerzitetском kliničkom centru Tuzla. Sama uloga medicinske sestre se ogleda u fizičkim poslovima: centralna i periferna kateterizacija, intravenska terapija , ventilatorna potpora , aspiracija dišnog puta, toaleta stome, njega usne šupljine, kupanje nepokretnog pacijenta, masaža, presvlačenje, preventivne mjere dekubitusa kao i psihički dio posla odnosno komunikacija sa porodicom.

U radu je korištena meta analiza kao metod prikupljanja podataka.

Zaključak je da njega komatoznog bolesnik ovisi od vještine, brzine, predanosti zdravstvenih radnika u izboru metoda poduzetih u zdravstvenoj njezi i liječenju. Ne treba podcjenjivati ulogu medicinske sestre u ovom procesu jer je ona svakodnevno prisutna uz pacijenta te ima bitnu ulogu u njegovom oporavku. Samo uz educiranje medicinskog osoblja možemo poboljšati rezultate i pružiti adekvatnu njegu pacijentu.

Izvečki poster



**POMEN GEOGRAFSKE
OPREDELJENOSTI
TERENSKEGA OBMOČJA
NOSILCEV PATRONAŽNEGA
VARSTVA – ANALIZA
TERENSKEGA OBMOČJA**

**The significance of the
geographical definition of the
terrain area of the holders
of patronage care - field site
analysis**

Martina Horvat, dipl. m. s., spec., pred.
Nacionalni inštitut za javno zdravje

mag. Andreja Krajnc, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v
patronažni dejavnosti pri Zbornici – Zvezi

Martina.Horvat@nijz.si

RAZŠIRJENI IZVLEČEK (POSTER)

Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva (Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) [ZZDej-UPB2], 2005). Za patronažno varstvo je temeljni terenski koncept dela na geografsko opredeljenem območju z družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih, v njihovem domačem okolju in lokalni skupnosti (Vuga, 1994; World Health Organization, 2000; Šušteršič, et al., 2006; Saucier & Janes, 2016). Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu, v okolju, kjer posamezniki in družine bivajo, se učijo, preživljajo prosti čas in delajo (Vuga, 1994; Šušteršič, et al., 2006; Železnik, et al., 2011). Delo medicinskih sester v patronažnem varstvu je usmerjeno predvsem v obravnavo območja kot celote, s tem pa tudi v obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju (World Health Organization, 2000; Šušteršič, et al., 2006). 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) (World Health Organization, 2000; Vuga, 2017 cited in Horvat, 2017). Zagotoviti mora povezavo med institucionalnimi varstvi (zdravstvo, šolstvo, otroško varstvo, socialno skrbstvo itd.) in posamezniki oziroma družinami ter skupnostmi na terenu (Vuga, 1994; Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list Republike Slovenije št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18; Šušteršič, et al., 2006).

Medicinske sestre v patronažnem varstvu lahko svoje delo učinkovito načrtujejo le, če pri obravnavi posameznikov in družin upoštevajo celotno sliko lokalne skupnosti v kateri delujejo (Krajnc, 2016; Horvat, 2016; Horvat, 2017). Zdravstveno nego v patronažnem varstvu lahko na posameznem terenskem območju načrtujejo na osnovi natančno izdelane analize posameznega terenskega območja (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list Republike Slovenije št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18; Železnik, et al., 2011).

Pri izdelavi analize je potrebno, za posamezno terensko območje, natančno proučiti vitalno, zdravstveno in demografsko statistiko, število bioloških oziroma rizičnih skupin prebivalcev (nosečnice, otroci, kronični bolniki, starejše osebe..itd) (Rajkovič & Šušteršič, 2000; Šušteršič, et al., 2006; Zaletel Kragelj et al., 2007), kazalnike zdravja (Portal Zdravje v občini) (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2019), higiensko-epidemiološke posebnosti okolja in druge pomembne značilnosti krajevnih območij (urbane, geografske, gospodarske, kulturne...) (Rajkovič & Šušteršič, 2000; Šušteršič, et al., 2006; Zaletel Kragelj et al., 2007; Železnik, et al., 2011) ter lokalne in nacionalne prioritete na področju zdravja (Zaletel Kragelj, et al, 2007; NIJZ, 2019).

V okviru projekta »Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih« (Ministrstvo za zdravje, 2017; NIJZ, 2017) se, kot ena od aktivnosti na področju patronažnega varstva, izvaja tudi Analiza terenskega območja. Sestavljena je iz opisa terenskega območja, analize opravljenega dela, predlogov ukrepov in načrta izvajanja zdravstvene nege v patronažnem varstvu (NIJZ, 2017). Vsaka medicinska sestra v patronažnem varstvu pripravi analizo svojega terenskega območja in podatke vnese v predpisan obrazec (NIJZ, 2017).

Na podlagi analiz terenskih območij in letnih načrtov, ki jih pripravijo posamezne diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu, vodja patronažne službe zdravstvenega zavoda, pripravi za določeno zdravstveno območje skupen dokument, t. i. letni načrt programiranega preventivnega patronažnega varstva, ki združuje ključne ugotovitve in predloge ukrepov, ter pripravi načrt sodelovanja ter povezovanja s preostalimi deležniki (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list Republike Slovenije št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18; NIJZ, 2017). Temeljna značilnost zdravstvenega doma naj bi bila njegova skrb za zdravje lokalne, geografsko opredeljene populacije (Klančar, et al., 2010) zato je smiselno v letni načrt vključiti tudi ugotovitve analiz terenskega območja zasebnikov s koncesijo za izvajanje patronažnega varstva. Dokument se ustrezno vključi v dokumente zdravstvenega zavoda (NIJZ, 2017).

Za učinkovito načrtovanje in izvajanje patronažnega varstva je nujno potrebno natančno analizirati posebnosti vsakega terenskega območja (Krajnc, 2016; Horvat, 2017; Krajnc, 2018). Natančno izdelana analiza nam bo v pomoč pri načrtovanju in določanju kadrovskega materialnih virov za izvajanje patronažnega varstva v skladu s potrebami posameznega terenskega območja (Krajnc, 2016). Potrebe po patronažnem varstvu se namreč med posameznimi terenskimi območji razlikujejo in so odvisne tudi od podatkov o kazalnikih zdravja, indeksa razvitosti posameznih območij in demografskih posebnosti terena (Krajnc, 2016).

Ključne besede: zdravstvena nega v patronažnem varstvu, terensko območje, načrt dela

Key words: community nursing, field area, work plan

VIRI

- Horvat, M., 2016. *Analiza vsebin izobraževalnih programov v Sloveniji in tujini za izvajanje zdravstvene nege na domu in v lokalni skupnosti: specialistično delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Horvat, M., 2017. Krepitev vloge patronažnega varstva v javnem zdravju. In Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T. & Kvas, A., eds., *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. 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. 253–263.
- Klančar, D., Švab, I. & Kersnik, J., 2010. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 49, pp. 37–43.
- Krajnc, A. 2016. *Obremenjenost kadra v patronažni zdravstveni negi: magistrsko delo*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Krajnc, A., 2018. Izzivi staranja v domačem okolju – pogled medicinske sestre v patronažnem varstvu. In Sima, Đ., Lokajner, G. & Kobentar, R., eds., *Staranje – Izziv prihodnosti*: Zbornik prispevkov 19. simpozija z mednarodno udeležbo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 59–72.
- 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/nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov_ter_njihovo_izvajanje_v_primarnem_zdravstvenem_varstvu_in_lokalnih_skupnostih/ [27. 03. 2019].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). *Nadgradnja in razvoj preventivnih programov ter njihovo izvajanje v primarnem zdravstvenem varstvu in lokalnih skupnostih, Vsebinska izhodišča za izvajanje projektnih aktivnosti*. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/vsebinska_izhodišča_za_izvajanje_op_nadgradnja_in_razvoj_preventivnih_programov.pdf [27. 03. 2019].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). *Portal Zdravje v občini*. Available at: <http://obcine.nijz.si/Default.aspx?leto=2019>
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*. Uradni list Republike Slovenije št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18.
- Rajkovič, V., & Šušteršič, O., 2000. *Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege*. Kranj: Moderna organizacija.
- Saucier Lundy, K., & Janes, S., 2016. *Community Health Nursing Caring for the Public's Health*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Šušteršič, O., Horvat, M., Cibic, D., Peternelj, 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., 1994. Dolgoročni program splošnega razvoja zdravstvene nege, Načrt razvoja patronažne zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 28(1), pp. 6–7.
- World Health Organization, 2000. *The Family Health Nurse Context, Conceptual Framework and Curriculum*. World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo) (ZZDej-UPB2)*. Uradni list Republike Slovenije št.23/05.
- Zaletel Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- 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.



ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

