



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

# IU4

KONGRES  
ZDRAVSTVENE IN  
BABIŠKE NEGE  
SLOVENIJE

MEDICINSKE SESTRE  
IN BABICE SKUPAJ ZA  
ZDRAVJE LJUDI

11. IN 12. MAJ 2023, KONGRESNI CENTER BRDO, BRDO PRI KRANJU

ZBORNIK RECENZIRANIH PRISPEVKOV IN POVZETKOV

# ZBORNIK RECENZIRANIH PRISPEVKOV IN POVZETKOV

**Uredniki:** doc. dr. Boris Miha Kaučič, doc. dr. Andreja Kvas, Suzana Majcen Dvoršak, Anita Prelec

**Organizacijski odbor:** Jože Prestor, doc. dr. Branko Bregar, Dejan Doberšek, Monika Ažman, mag. Janez Kramar, Nataša Piletič, Metka Plesničar, Gordana Njenjić, Irena Potočar, Alenka Bijol, Anita Prelec

**Programski odbor:** doc. dr. Boris Miha Kaučič, doc. dr. Andreja Kvas, Suzana Majcen Dvoršak, dr. Manca Pajnič, Gordana Lokajner, Renata Batas, Tita Stanek Zidarič, Anita Prelec

**Recenzenti prispevkov in povzetkov:**

mag. Marija Zrim, dr. Helena Kristina Halbwachs, Tina Kamenšek, Andreja Ljubič, doc. dr. Brane Bregar, doc. dr. Igor Karnjuš, Rosemarie Franc, dr. Andreja Hrovat Bukovšek, Andrej Fink, izr. prof. dr. Mateja Lorber, Renata Vettorazzi, mag. Jožica Ramšak Pajk, doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik, dr. Marija Milavec Kapun, mag. Barbara Donik

**Grafično oblikovanje:** Dijana Stević, 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 je lektoriran.*

*Za vsebino prispevkov odgovarjajo avtorji.*

---

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

COBISS.SI-ID 151535875  
ISBN 978-961-273-259-2 (PDF)

---

*maj, 2023*

<https://doi.org/10.14528/ASAE9754>

# PLENARNI PREDAVATELJI



## PROF. DR. KRISTINA MIKKONEN

Research Unit of Health Sciences and Technology,  
Faculty of Medicine, University of Oulu, Finland

Kot profesorica želi v sodelovanju z znanstveno skupnostjo v zdravstveni negi na Univerzi v Oulu ter z nacionalnimi in mednarodnimi sodelavci ustvarjati visokokakovostne znanstvene raziskave in izobraževati nove ustvarjalne strokovnjake, izobraževalce in voditelje za spreminjajoče se področje socialnega in zdravstvenega varstva. Vodi raziskovalno skupino za izobraževanje in kompetence v zdravstvu (HealthEducom). Njeno poglobljeno strokovno znanje je na raziskovalnem področju izobraževanja in kompetenc strokovnjakov s področja socialnega in zdravstvenega varstva, z delom povezanih učnih okolij in mentorstva, delovne sile priseljencev ter izobraževanja na področju digitalnih tehnologij.

Kot glavna raziskovalka vodi mednarodne in nacionalne raziskovalne projekte z aktivnim izvajanjem rezultatov raziskav v izobraževalnem kontekstu s študenti, izobraževalci, raziskovalci in vodji organizacij. Študente vključuje v raziskovalne projekte ter jih usmerja pri razvoju in uvajanju novih dokazov v izobraževalno in/ali klinično prakso.

Njeni raziskovalni interesi so: izobraževanje na področju digitalne tehnologije in njeni učinki na uporabnike; na kompetencah temelječe izobraževanje v poklicnem in visokošolskem izobraževanju ter kontinuiranem izobraževanju na področju sociale in zdravstva; z delom povezana učna okolja in mentorstvo; delovna sila priseljencev – modeli vključevanja priseljenih (tujih) medicinskih sester v zdravstveno organizacijo.

*As a professor, her purpose is to produce high-quality scientific research and educate new creative experts, educators, and leaders for the changing field of social and health care in partnership with the scientific community of nursing science at the University of Oulu, and with national and international collaborators. She lead a research group of health care education and competence (HealthEducom). her in-depth expertise is within the research area of education and competence of social and health care experts, work-related learning environments and mentoring, immigrant workforce, and digital technology education.*

*As a principal investigator, she lead international and national research projects by actively implementing research outcomes in an educational context with students, educators, researchers, and organizational leaders. She integrate students into research projects and guide them in the development and implementation of new evidence into educational and/or clinical practice.*

*Her research interests is: digital technology education and its effects on the users; competence-based education of vocational, higher degree, and continuous social- and healthcare education; work-related learning environments and mentoring; immigrant workforce - models on the integration of immigrant nurses into healthcare organizations.*



## PROF. DR. JAYNE E. MARSHALL

FRCM, PFHEA, PHD, MA, PGCEA, ADM, RM, RGN,  
University of Leicester

Jayne Marshall je bila leta 2017 imenovana za prvo profesorico babištva na Univerzi v Leicesteru (Združeno kraljestvo) in vodilno babico poučevanja babištva. Njeno poslanstvo je izoblikovati kritično maso babiških talentov in opraviti pionirsko delo uvajanja inovativnega štiriletnega dodiplomskega predmagistrskega programa babištva (MSci) ter program vodenja za ambiciozne vodje babiškega poklica. Prva generacija je program zaključila poleti 2022, za kar je profesorica Jayne slovesno prejela zlato nagrado za odličnost v babištvu. Trenutno je Jayne E. Marshall namestnica vodje šole za zdravstveno varstvo in direktorica šole za izobraževanje.

Januarja 2018 je bila izvoljena za predsednico Nottinghamske podružnice Kraljevega združenja babic.

Jayne E. Marshall je v svojem doktorskem delu raziskovala informirano soglasje o porodu, nato pa se usmerila v pedagoško raziskovanje v babištvu ter nadzor in preverjanje znanja študentov na višji stopnji in doktorskem študiju.

Pogosto jo vabijo, da sodeluje pri oblikovanju izobraževanja in prakse za babice in je članica strateškega odbora zdravstvene vzgoje za medicinske sestre in babice pri Health Education England. V zadnjem času so jo kot članico izobraževalne skupine imenovali v regionalni strokovni odbor International Confederation of Midwives evropske regije.

Uredila je številna besedila, med drugim Mylesove strokovne študije za izobraževanje in prakso v babištvu (Myles Professional Studies for Midwifery Education and Practise) **Koncepti in izzivi** ter je sourednica temeljnega učbenika Myles textbook for Midwives.

*Jayne Marshall was appointed as the foundation professor of midwifery at the University of Leicester (United Kingdom) and lead midwife for education in 2017. Her mission is to build a critical mass of midwifery talent and pioneering an innovative four-year undergraduate pre-registration Master in Science (MSci) midwifery with leadership programme for aspiring leaders of the midwifery profession. The first cohort graduated from the programme in the summer of 2022, for which Jayne was ceremonially awarded the Chief Midwifery Officer for England's Gold Award for Excellence in Midwifery. Currently, Jayne is the Deputy Head of the School of Healthcare and the School's Director of Education.*

*In January 2018, she was elected President of the Nottingham Branch of the Royal University College of Midwives.*

*Jayne explored intrapartum informed consent in her doctoral research and subsequently focused her research interests on pedagogical research in midwifery and the supervision and examination of examining students undertaking higher degrees and doctoral studies.*

*A nationally and internationally recognised academic leader, she is frequently asked for her expert advice on shaping midwifery education and practise – she is a member of Health Education England's future nurse future midwife strategic assurance board.*

*Jayne was appointed to the International Confederation of Midwives Europe regional professional committee as an educational educationalist member.*

*She has edited a number of texts, including Myles Professional Studies for Midwifery Education and Practise: Concepts and Challenges, and has co-edited the seminal textbook, Myles textbook for Midwives.*



## PROF. DR. JANA JAVORNIK

*Work And Employment Relations Department,  
Centre For Employment Relations, Innovation And Change,  
University Of Leeds*

Jana Javornik je mednarodna raziskovalka, oblikovalka javnih politik in predavateljica na univerzah v Leedsu v Združenem kraljestvu, v Stockholmu in Utrechtu ter na Inštitutu za novejšo zgodovino v Ljubljani. Med 2019 in 2021 je bila generalna direktorica za visoko šolstvo na Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport. Je članica številnih interdisciplinarnih raziskovalnih in strokovnih skupin, strateškega sveta MGRT, sledilnika covid-19 in Podnebnika ter dolgoletna aktivna članica družbeno-civilnih organizacij v Sloveniji in v tujini. Preučuje javne politike in delovna razmerja, reorganizacijo delovnega časa, enakost in raznolikost, ter se uči živeti z dolgim covidom in vsemi njegovimi posledicami.

*Jana Javornik is an international researcher, public policy designer and lecturer at the University of Leeds in the United Kingdom, Stockholm and Utrecht, and at the Institute for contemporary history in Ljubljana. Between 2019 and 2021 she was director-general for higher education at the Ministry of education, science and sport. She is a member of numerous interdisciplinary research and expert groups, the MGRT strategic council, covid-19 Tracker and Podnebnik, and a long-standing active member of socio-civil organizations in Slovenia and abroad. as a researcher, her topics are public policies and employment relationships, reorganisation of working time, equality and diversity, and learns to live with a long covid and all its consequences.*



## IZR. PROF. DR. STEFANIA DI MAURO

*izredna profesorica splošne, klinične in pediatrične zdravstvene nege na Univerzi Bicocca v Milanu*

Leta 1993 je diplomirala na Visoki šoli za zdravstveno nego Univerze v Milanu, leta 2006 pa na isti univerzi magistrirala s področja zdravstvene/babiške nege.

Poklicno je delovala kot medicinska sestra od decembra 1983 do aprila 1986 v pediatrični hematološki operacijski enoti v bolnišnici S. Gerardo Hospital Monza, od maja 1986 pa v centru za transplantacijo kostnega mozga v bolnišnici Niguarda-Ca' Granda v Milanu, kjer je delal do leta 1990.

Od septembra 1993 dela na triletnem študijskem programu zdravstvene nege na Univerzi Bicocca v Milanu, najprej bila tutorica in predavateljica, pozneje pa koordinatorica študijskega programa. Trenutno je predsednica Didaktičnega koordinacijskega sveta dodiplomskih študijskih programov zdravstvene nege, babištvu in magistrskega študijskega programa zdravstvene nege in babištvu.

Vodila je več magistrskih študijskih programov, med katerimi velja omeniti magisterij iz oskrbe ran, magisterij iz paliativne oskrbe, magisterij iz družinske in skupnostne zdravstvene nege in magisterij iz vodenja primerov/koordinatorstva v zdravstveni negi – vse na Univerzi Bicocca v Milanu.

*She graduated as a registered nurse from the School of Nursing of the University of Milan in 1993 and obtained a Master's degree in nursing/ midwifery from the University of Milan in 2006.*

*Professionally, she worked as a nurse from December 1983 to April 1986 in the paediatric haematology operating unit at the "S. Gerardo Hospital" of Monza, and from May 1986 in the Bone Marrow Transplant Centre at the Niguarda-Ca' Granda Hospital in Milan, where she worked until 1990.*

*Since September 1993, she has been working in the three-year nursing programme at the Bicocca University in Milan, first as a tutor and lecturer, and later as the general coordinator of the programme. She is currently President of the Didactic Coordinating Council of the Bachelor's Degree Programmes in Nursing, Midwifery and the Master's Degree Programme in Nursing and Midwifery at the University of Milan Bicocca.*

*She has been the director of several Master's Degree programmes, among which we would like to mention the following: the Master's Degree in Wound Care, the Master's Degree in Palliative Care, the Master's Degree in Family and Community Nursing, and the Master's Degree in Case Management in Nursing, all at the University of Milano Bicocca.*



## DR. WOLFGANG KUTTNER

*Lecturer, Nurse-Researcher, ICU Nurse & Travel Nurse  
(RN, ICU)*

Wolfgang Kuttner je leta 2001 na Visoki šoli za zdravstveno nego v Wiener Neustadtu pridobil diplomu iz zdravstvene nege, leta 2010 pa še naziv diplomirani zdravstvenik. Leta 2012 se je začel specializacijo s področja intenzivne nege na Danskem. Leta 2020 je prijavil doktorski študij s temo: medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in splošnimi zdravniki v primarnem zdravstvenem varstvu. Je izkušen predavatelj, raziskovalec, z bogatimi delovnimi izkušnjami v zdravstvenem sistemu v Avstriji in Skandinaviji (intenzivne enote, patronažno varstvo). Usposobljen je za raziskovanje v zdravstveni negi, izobraževanje medicinskih sester in zdravstveno nego v intenzivni terapiji. Kot diplomirani zdravstvenik je registriran v Avstriji, na Danskem in Norveškem. Wolfgang je avstrijski državljan, poročen in oče dveh hčera.

Opisuje se kot odprt, zvest in prilagodljiv. Usmerjen in na dokazih temelječ pristop je zanj ključ do uspešnega dela.

Od leta 2021 je regionalni predsednik za Zgornjo Avstrijo v Avstrijskem združenju medicinskih sester (ÖGKV), od leta 2022 pa je član upravnega odbora EFN.

*In 2001, Wolfgang earned a diploma in nursing from the Wiener Neustadt School of Nursing and a Bachelor of Science in Nursing in 2010. In 2012, he began specialised training as an intensive care nurse in Denmark. In 2020 he started PhD study with the topic : interprofessional collaboration between nurses and general practitioners in primary healthcare. He is experienced Lecturer, Nurse-Researcher, ICU Nurse (RN), Travel Nurse (RN, ICU), with a extensive work experience in the healthcare system in Austria and Scandinavia. Skilled in Nursing Research, Nursing Education and Critical Care Nursing (ICU/NICU). Registered as a nurse (RN) in Austria, Denmark and Norway.*

*Wolfgang is an Austrian citizen, married and father of 2 daughters. He describes himself as open, loyal and flexible. A focused and evidence-based approach is for him the key to successful work.*

*Since 2021 he is the regional chairman for Upper Austria in the Austrian Nurses Association (ÖGKV) and since 2022 he is a board member of EFN.*



## PROF. DR. SAMO ZVER

Samo Zver je končal medicino na Medicinski fakulteti v Ljubljani (MF) in se zaposlil na Kliničnem oddelku za hematologijo (KOH) UKCLJ. Specialistični izpit iz interne medicine je opravil leta 1998. Je tudi specialist hematologije in klinične farmakologije. Leta 2003 je na UL MF magistriral, maja 2007 pa uspešno zagovarjal doktorsko tezo. Je nosilec učne baze hematologija v sklopu katedre za interno medicino in nosilec pouka predmeta **Kri** v 5. letniku ter nosilec podiplomskega pouka smer hematologija. Je glavni mentor specializacij iz hematologije in interne medicine in za področje klinične farmakologije. V največji meri se ukvarja z rakavimi krvnimi boleznimi in presaditvijo krvotvornih matičnih celic.

Od začetka 2013 do 2018 je bil vodja enote za presaditev krvotvornih matičnih celic na KOH UKC LJ, od leta 2018 pa vse do danes je vodja umestitve projekta CAR-T zdravljenja v Sloveniji oziroma UKC Ljubljana. Od februarja 2018 je predstojnik Kliničnega oddelka za hematologijo UKC Ljubljana. Je zunanji član sveta za razvoj pri SAZU, član Komisije za razvrščanje zdravil na listo pri ZZS in član Razširjenega strokovnega kolegija (RSK) za interno medicino. V zbirki COBISS ima zabeleženih več kot 360 enot. V zbirki PUBMED ima zabeleženih 47 enot. Bil je urednik Zdravniškega vestnika.

V letu 2021 je prejel nagrado evropskega parlamenta **državljan Evrope** za prizadevanje na področju zdravljenja rakavih bolezni. Istega leta je bil nominiran tudi za Delovo osebnost leta. Prejel je priznanje UKC LJ za izjemen strokovni dosežek na področju zdravljenja s presaditvijo krvotvornih matičnih celic prvih 30 let.

*Samo Zver graduated in medicine from the Faculty of Medicine in Ljubljana (MF) and joined the Clinical Department of Haematology (KOH) at the UKCLJ. He passed his specialist exam in internal medicine in 1998. He is also a specialist in haematology and clinical pharmacology. He obtained his MSc degree from UL MF in 2003 and successfully defended his PhD thesis in May 2007. He is the teacher of haematology at the Department of Internal Medicine and the teacher of the subject "Blood" in the 5th year and the teacher of the postgraduate course in haematology. He is the main tutor for specialisations in haematology and internal medicine and for clinical pharmacology. His main research interests are in the field of cancerous blood diseases and haematopoietic stem cell transplantation.*

*From the beginning of 2013 until 2018 he was the Head of the Haematopoietic Stem Cell Transplantation Unit at the KOH UKC LJ, and from 2018 until today he is the Head of the CAR-T Therapy Project Placement in Slovenia and UKC Ljubljana. Since February 2018, he has been the Head of the Clinical Department of Haematology at UKC Ljubljana. He is an external member of the Development Council at SAZU, a member of the Commission for Listing of Medicines at the ZZS, a member of the Extended Expert College (RSK) for Internal Medicine, for Internal Medicine. He has more than 360 items recorded in the COBISS database. He has 47 units recorded in the PUBMED database... He was editor of Zdravniški Vestnik.*

*In 2021, he received the European Parliament's "Citizen of Europe" award for his efforts in the field of cancer treatment. In the same year, he was nominated for the Del Personality of the Year Award. He received the UKC LJ award for outstanding professional achievement in the field of haematopoietic stem cell transplantation/hematopoietic stem cell transplantation for the first 30 years.*



# "DISEMINACIJA ZNANJA SPODBUJA NAPREDEK ZDRAVSTVENE NEGE IN KREPI STANOVSKO ORGANIZACIJO": BIBLIOMETRIČNA ANALIZA OBZORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE (2015-2020)

"DISSEMINATION OF KNOWLEDGE PROMOTES ADVANCES  
IN NURSING AND STRENGTHENS PROFESSIONAL  
ORGANISATION": A BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THE  
SLOVENIAN NURSING REVIEW (2015-2020)

izr. prof. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

*Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju; izvršni urednik Obzornika zdravstvene nege*

izr. prof. dr. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.

*Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; glavna in odgovorna urednica Obzornika zdravstvene nege*

Martina Kocbek Gajšt, univ. dipl. bibl., mag. menedž. vseživ. izobr.

*Karlova univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka republika; spletna urednica Obzornika zdravstvene nege*

izr. prof. dr. Sabina Ličen, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

*Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju; članica uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege*

[mirko.prosen@fvz.upr.si](mailto:mirko.prosen@fvz.upr.si)

**Ključne besede:** znanstvena revija; publicistika; periodika; scientometrija; bibliometrija

## IZVLEČEK

**Uvod:** Obzornik zdravstvene nege je osrednja slovenska znanstvena revija s področja zdravstvene nege in babištva. Skozi leta pomembno prispeva k diseminaciji znanja na tem področju ter znatno vpliva na profesionalizacijo obeh poklicev. Revija ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja in je z leti vpeta v vse več mednarodnih baz. Namen raziskave, ki je del večje analitične raziskave revije, je bil preučiti značilnosti objav v obdobju med 2015-2020.

**Metode:** Narejena je bila bibliometrična analiza objav v reviji med leti 2015-2020. Podatki so bili zbrani deloma ročno, deloma pridobljeni iz platforme *Open Journal Systems*, ki jo uporablja revija. Analiza je bila narejena z računalniškim programom SPSS ver. 26 in programom VOSviewer.

**Rezultati:** Raziskava kaže ustaljen trend pri številu prispevkov, kjer je bil najnižji leta 2018 ( $n = 24$ ). Izmed 157 prispevkov jih je bilo največ izvirnih znanstvenih ( $n = 99$ ). Tematski pregled je pokazal, da teme člankov ustrezajo osnovnim ciljem revije, se je pa najpogostejša tema dotikala izobraževanja v zdravstveni negi. Med najbolj pogostimi ključnimi besedami so bile »zdravstvena nega«, »zdravje«, »oskrba« in »izobraževanje«. Izmed vseh avtorjev jih je bilo največ iz Slovenije ( $n = 146$ ), prvi avtor pa je najpogosteje bil ženskega spola ( $n = 123$ ).



**Diskusija in zaključek:** Raziskovanje v zdravstveni negi in babištvu je ključno za razvoj prakse, ki temelji na dokazih. Ob tem pa je izrednega pomena tudi to, da so znanstveni dokazi dostopni v materinem jeziku. Obzornik zdravstvene nege zagotavlja medicinskim sestram in bobicam kakovostne dokaze, ki nastajajo v lastnem kulturnem kontekstu in prispevajo k bolj informiranemu odločanju in usmerjanju prakse zdravstvene in babiške nege.

**Key words:** scientific journal; journalism; periodicals; scientometrics; bibliometrics

## ABSTRACT

**Introduction:** The Slovenian Nursing review is the main Slovenian scientific journal in the field of nursing and midwifery. Over the years, it has made a significant contribution to the dissemination of knowledge in this field and has had a significant impact on the professionalization of both professions. The journal has established international standards in the field of publishing and has been included in several international databases over the years. The aim of this study, which is part of a large-scale study, was to examine the characteristics of the journal in the period 2015-2020.

**Methods:** A bibliometric analysis of the journal's publications between 2015-2020 was performed. Data were collected partly manually and partly obtained from the Open Journal Systems platform used by the journal. The analysis was done using SPSS version 26 and VOSviewer.

**Results:** The study showed a steady trend in the number of papers, with the lowest number in 2018 ( $n = 24$ ). Of the 157 papers, 99 were original scientific papers. The thematic analysis showed that the topics corresponded to the basic objectives of the journal, but the most frequent topic was related to nursing education. The most frequent keywords were 'nursing', 'health', 'care' and 'education'. Of all the authors, most were from Slovenia ( $n = 146$ ) and the first author was most often female ( $n = 123$ ).

**Discussion and conclusion:** Research in nursing and midwifery is crucial for the development of evidence-based practice. At the same time, it is of paramount importance that scientific evidence is accessible in the mother tongue. The Slovenian Nursing Review provides nurses and midwives with high quality evidence that is generated in their own cultural context and contributes to more informed decision-making and guides nursing and midwifery practice.

## Uvod

Znanost v zdravstveni negi je pogoj za prakso zdravstvene nege, ki temelji na dokazih. To hkrati tudi pomeni zagotavljanje stroškovno učinkovite zdravstvene nege, boljše izide za pacienta in njihovo zadovoljstvo z zdravstveno nego in dobrega počutja zaposlenih v zdravstveni negi (Kahwa et al., 2022). Razvijanje dokazov v zdravstveni negi, podobno tudi v babištvu, je dandanes v mednarodnem okolju prepoznano kot eden izmed ključnih temeljev transformacije, ali pogosteje omenjeno, reforme zdravstvenega sistema. Po drugi strani pa gre v tem smislu tudi za zavezo samih izvajalcev zdravstvene nege, da aktivno ustvarjajo novo znanje in ga tudi aplicirajo v prakso zdravstvene nege (Kahwa et al., 2022). V tem kontekstu je znanstvena periodika izjemno pomembno sredstvo prenosa znanja, spodbujanje samokritičnosti in ustvarjanje novih znanj.

V primerjavi z nekaterimi drugimi državami in drugimi sorodnimi poklici ima Slovenija na področju zdravstvene nege in babištva bogato tradicijo strokovnega in znanstvenega publiciranja že več kot pet desetletij (Dornik, 2007). Obzornik zdravstvene nege je osrednja znanstvena revija Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki danes objavlja izvirne znanstvene članke in pregledne članke s področja zdravstvene in babiške nege ter interdisciplinarnih tem v zdravstvenih vedah. Cilj revije je, da recenzirani članki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih kot eksperimentalne, neeksperimentalne in kvalitativne raziskave ter pregledi literature prispevajo k razvoju znanstvene discipline, ustvarjanju novega znanja ter redefiniciji obstoječega znanja. Revija sprejema članke, ki so usmerjeni v ključne dimenzije razvoja, kot so teoretični koncepti in modeli, etika, filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in zahtevnejših oblik dela, izobraževanje, raziskovanje, na dokazih podprto delo, medpoklicno sodelovanje, menedžment, kakovost in varnost v zdravstvu, zdravstvena politika idr. (Obzornik zdravstvene nege, 2022).

Z leti se je revija razvijala in postala del velikih mednarodnih baz ter znanje, ki je bilo ustvarjeno v slovenski praksi zdravstvene nege z objavami v angleščini, prenaša v mednarodna okolja. Obzornik zdravstvene nege pomembno prispeva k profesionalizaciji zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji in mednarodnem okviru, zlasti v državah

Balkana ter širše centralne in vzhodnoevropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene in babiške nege v postsocialističnih državah (Obzornik zdravstvene nege, 2022). Revija, ki redno izhaja štirikrat letno, ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja, mednarodni uredniški odbor, širok nabor recenzentov in je prosto dostopna v e-obliki. Članki v Obzorniku zdravstvene nege so recenzirani z dvema zunanjsima anonimnima recenzijama in pregledani s strani treh urednikov. Revija objavlja članke prvenstveno v slovenščini, a je z odprtim dostopom postala zanimiva tudi za objave v angleščini (Obzornik zdravstvene nege, 2022).

## Namen in cilji

Namen raziskave, ki je del večje bibliometrične analize revije, je bil preučiti značilnosti objav v obdobju med 2015-2020. Gre namreč za obdobje v katerem je med drugim, popolnoma zaživel odprt dostop do člankov revije. Razvoj revije v smeri digitalizacije in odprte znanosti je zato vredno raziskovati, saj usmerja bodoči razvoj politike revije.

## Metode

Bibliometrija je analiza objavljenih informacij (npr. knjig, člankov v revijah, zbirk podatkov, blogov ipd.) in njenih povezanih metapodatkov (npr. povzetkov, ključnih besed, citatov) z rabo statističnih podatkov za opis ali prikaz razmerij med objavljenimi deli (Ninkov, Frank, & Maggio, 2022). Gre torej za aplikacijo kvantitativnih tehnik za analizo publiciranja, značilnosti objav in odziva strokovne javnosti nanje ipd., kar pripomore k merjenju in razumevanju vzorcev podatkov, ki nastanejo z objavo nekega besedila (Khanna, Bansal, Sood, & Tiwari, 2018). Bibliometrija temelji na predpostavki, da je znanstvena produkcija nekega področja zajeta v objavljeni literaturi (ali drugače povedano – je za znanstvene članke tisto kar je za javno zdravje epidemiologija) (Ninkov et al., 2022).

Podatki so bili zbrani deloma ročno, deloma pridobljeni iz platforme Open Journal Systems, ki jo uporablja revija. Za opisno bibliometrično analizo (tipologija člankov, tematika članka, jezik članka, ključne besede, spol avtorjev ter število avtorjev na članek) smo podatke iz platforme Open Journal Systems najprej uredili v excelov dokument in ga nato uvozili v računalniški program SPSS ver. 26 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za vizualizacijo bibliometričnih omrežij smo uporabili programsko orodje VOSviewer® (Centre for Science and Technology Studies, Leiden University, Nizozemska). Vključili smo izraze, ki so se pojavljali v naslovih in povzetkih člankov (pojavnost > 100). Izpustili smo nekatere splošne izraze (npr. uvod, metode, diskusija, avtor) ter izraze raziskovalnega dizajna (npr. opisna raziskava), statistične analize (npr. Cronbach alfa) in časovne izraze (npr. leto).

## Rezultati

Od leta 2015 do leta 2020 so letno izšle štiri številke Obzornik zdravstvene nege, v katerih je bilo od 5 do 8 prispevkov v vsaki, in sicer v številki 2 leta 2016 je bilo objavljenih 5 prispevkov in v številkah 2 in 3 leta 2015 po 8 prispevkov.

Raziskava je pokazala, da je bilo objavljenih največ izvirnih znanstvenih člankov ( $n = 99$ , 63,1 %), sledili so pregledni znanstveni članki ( $n = 27$ , 17,2 %), uvodniki ( $n = 23$ , 14,6 %) in strokovni članki ( $n = 8$ , 5,1 %). Po letu 2015, ko je revija objavila 30 prispevkov, se je trend objavljenih prispevkov manjšal do leta 2018, ko je bilo objavljenih 24 prispevkov. Od leta 2018 pa je opaziti povečan trend prispevkov in tako je bilo leta 2020 skupaj objavljenih 27 prispevkov (Tabela 1).

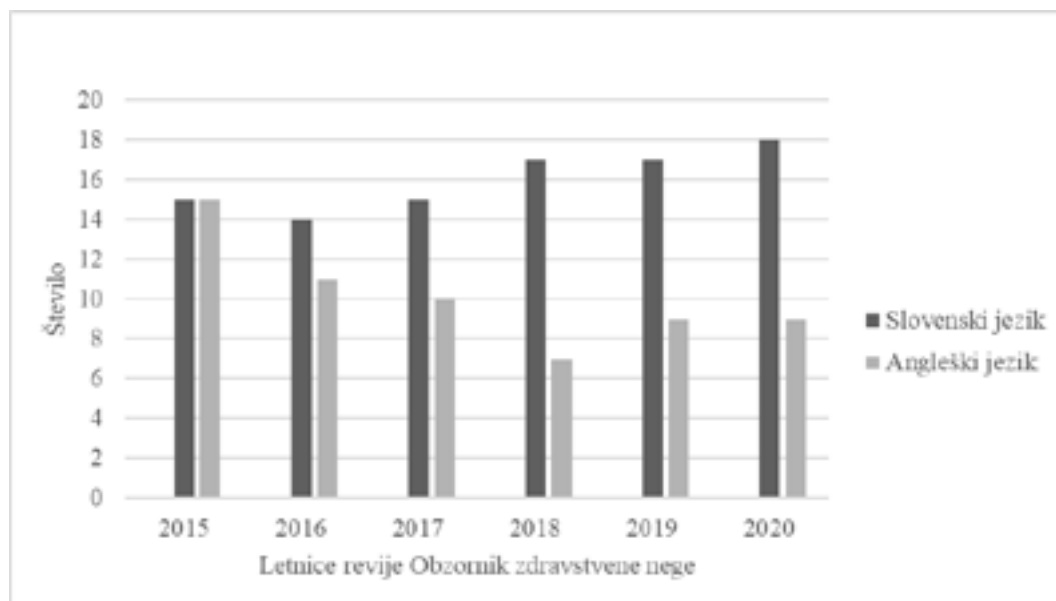
**Tabela 1:** Objavljeni prispevki v Obzorniku zdravstvene nege od 2015 do 2020

Letnik revije	<i>n</i>	%
2015	30	19,1
2016	25	15,9
2017	25	15,9
2018	24	15,3
2019	26	16,6
2020	27	17,2

Legenda: *n* – število; % – odstotek

Od leta 2015 do leta 2020 je prispevke pripravilo od enega pa do skupaj šest avtorjev. Največ prispevkov je bilo narejenih v sodelovanju dveh avtorjev ( $n = 61$ ), ki jim sledi en avtor ( $n = 39$ ), trije avtorji ( $n = 36$ ) ter štirje avtorji ( $n = 14$ ) in najmanj v sodelovanju petih ( $n = 5$ ) in šestih avtorjev ( $n = 2$ ), v povprečju 2,31 avtorjev na članek.

Prispevki so bili napisani v slovenskem jeziku ( $n = 96$ ) in angleškem jeziku ( $n = 61$ ). Največ angleških prispevkov je bilo objavljenih v letu 2015 (Slika 1) vendar največ 4 prispevki v angleškem jeziku na številko. Le po en prispevek v angleškem jeziku je bil objavljen v številkah 2 (2016), 3 (2017), 1 (2018), 2 (2019) in 1 (2020). Sicer pa je največ prvih avtorjev prihajalo iz Slovenije ( $n = 144$ ), sledili so avtorji iz Združenega kraljestva ( $n = 4$ ), Hrvaške ( $n = 3$ ), ter po en avtor iz Švice, Švedske, Avstralije, Združenih držav Amerike, Kanade in Belgije.



**Slika 1:** Jezik člankov v reviji *Obzornik zdravstvene nege* od 2015 do 2020

Prispevki so obravnavali 22 različnih tematik, od izobraževanja v zdravstveni negi ( $n = 22$ ) do zobozdravstva ( $n = 1$ ). Rezultate prikazujemo v Tabeli 2.

**Tabela 2:** Tematika prispevkov v *Obzorniku zdravstvene nege* od 2015 do 2020

Tematika prispevkov	<i>n</i>	%
Izobraževanje v zdravstveni negi	22	14,0
Kakovost zdravstvene nege	17	10,8
Profesionalni razvoj medicinskih sester in poklicne kompetence	16	10,2
Zdravstvena nega za zdravje žensk	14	8,9
Management v zdravstveni negi	12	7,6
Starejši odrasli	11	7,0
Zdravstvena nega in pacienti s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi	10	6,4
Promocija zdravja in zdravstvena vzgoja	10	6,4
Zdravstvena nega in duševno zdravje	9	5,7
Babištvo	6	3,8
Zdravstvena nega v skupnosti	5	3,2
Zdravstvena nega v pediatriji	4	2,5
Zgodovina zdravstvene nege	4	2,5
Raziskovanje v zdravstveni negi	3	1,9
Dietetika	3	1,9
Nujna medicinska pomoč	2	1,3
Teorije zdravstvene nege	2	1,3
Duhovna oskrba	2	1,3
Kirurška zdravstvena nega	1	0,6
Paliativna zdravstvena nega	1	0,6
Etika v zdravstveni negi	1	0,6
Rehabilitacija	1	0,6
Zobozdravstvo	1	0,6

Legenda/Legend: *n* – število; % – odstotek



Pet člankov v slovenskem jeziku, ki so imeli med leti 2015 in 2020 največ ogledov in 5 člankov v angleškem jeziku z največ ogledi prikazujemo v Tabeli 3 in 4.

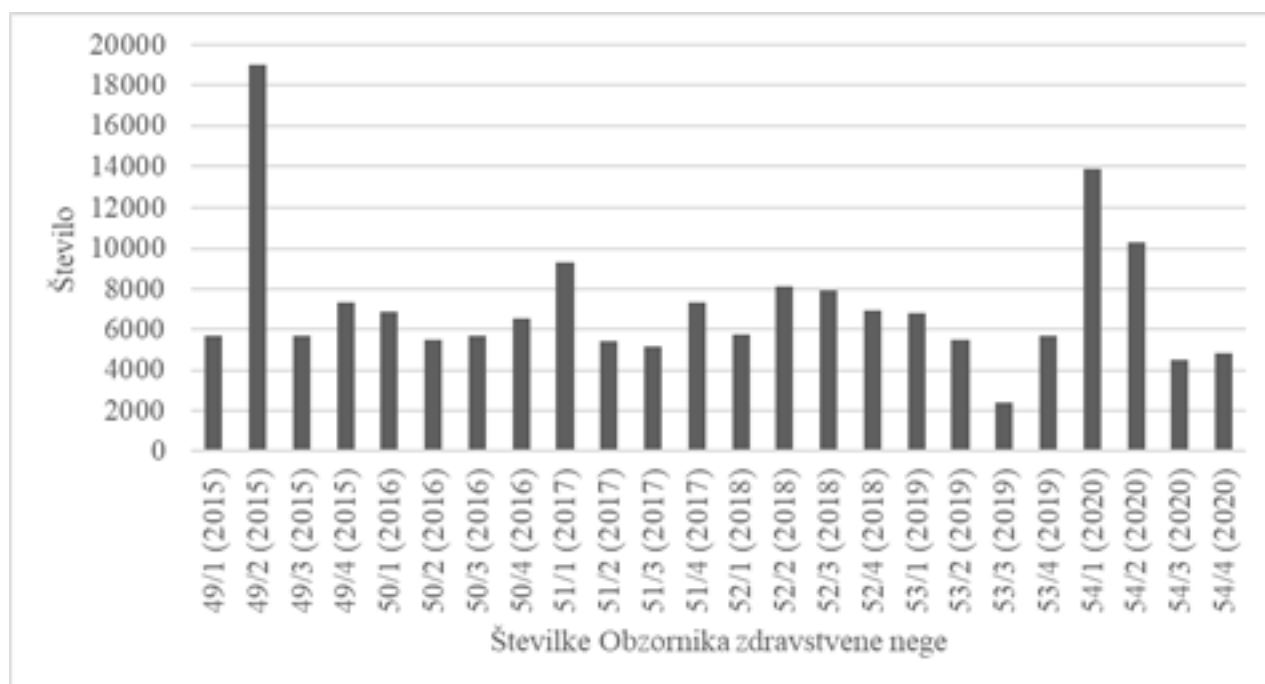
**Tabela 3:** Pet najpogosteje pregledanih člankov v slovenskem jeziku v Obzorniku zdravstvene nege od 2015 do 2020

Podrobnosti članka v slovenskem jeziku	Število ogledov celotnega članka
Šmitek, J. (2005). Parenteralno dajanje zdravil – intramuskularna injekcija. Obzornik zdravstvene nege, 39(1), 63–71.	4834
Lorber, M., & Savič, B. S. (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. Obzornik zdravstvene nege, 45(4), 247–252.	3202
Šmitek, J. (2006). Izbiranje najprimernejših mest za intramuskularno injekcijo. Obzornik zdravstvene nege, 40(2), 79–85.	3006
Kralj, M., Djekić, B., & Kvas, A. (2008). Zdravstvena nega bolnika ob koronarografiji ter primarni perkutani koronarni intervenciji. Obzornik zdravstvene nege, 42(3), 189–197.	2675
Kalender Smajlovič, S. (2018). Prednosti in slabosti različnih protokolov vodenja vrednosti glukoze v krvi pri kritično bolnih pacientih: Pregled literature. Obzornik zdravstvene nege, 52(1), 45–56.	2530

**Tabela 4:** Pet najpogosteje pogledanih člankov v angleškem jeziku v Obzorniku zdravstvene nege od 2015 do 2020

Podrobnosti članka v angleškem jeziku	Število ogledov celotnega članka
Petkovšek-Gregorin, R., & Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. Slovenian Nursing Review, 49(2), 106–125.	1719
Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences: For ensuring health and healthcare equality and equity. Slovenian Nursing Review, 52(2), 76–80.	870
Nemec, U., & Trifkovič, K. Č. (2017). Stress among employees in psychiatric nursing. Slovenian Nursing Review, 51(1), 9–23.	793
Menhart, L., & Prosen, M. (2017). Women's satisfaction with the childbirth experience: A descriptive research. Slovenian Nursing Review, 51(4), 298–311.	742
Kvas, A., & Seljak, J. (2016). A competency-based performance appraisal for nurse leaders. Slovenian Nursing Review, 50(1), 10–19.	690

Rezultati kažejo, da je največ vpogledov v povzetke v številki 2 leta 2015 ( $n = 19,019$ ), v številki 1 leta 2020 ( $n = 13,887$ ), v številki 2 leta 2020 ( $n = 10,332$ ) in v številki 1 leta 2017 ( $n = 9330$ ) (Slika 4).



**Slika 4:** Vpogled v povzetke posamezne številke Obzornika zdravstvene nege od 2015 do 2020

## Diskusija

Namen bibliometrične analize je bil preliminarni pregled izdajanja revije *Obzornik zdravstvene nege*, ki je sicer del večje in še trajajoče raziskave o značilnostih objav osrednje slovenske znanstvene revije s področja zdravstvene nege in babištva. Obdobje 2015-2020 je bilo posebej izbrano zlasti zaradi uvedbe odprtega dostopa do člankov revije. S prvim tovrstnim pregledom revije je resneje začela leta 2007 tedanja urednica Ema Dornik, ki je preučila značilnosti objav med leti 1976 in 2006 ter ugotovila, da je bil narejen velik napredek na področju publicistike, tudi zaradi vse večjega deleža akademsko izobraženih medicinskih sester (Dornik, 2007). Če je na primer med leti 1976 in 2006 še bilo objavljenih 70 % strokovnih člankov, je bilo v obdobju med 2015 do 2020 objavljenih 63,1 % izvernih znanstvenih člankov in 17,2 % preglednih člankov. Čeprav revija zadnjih nekaj let ne objavlja več strokovnih člankov, produkcija izvernih znanstvenih ali preglednih člankov ni upadla, k čemur so verjetno prispevali številni dejavniki. Med drugim sprememba v izobraževanju v zdravstveni negi v zadnjem desetletju, spodbude za razvijanje profesije s strani stanovske organizacije in v povezavi s tem vidnemu napredku v profesionalizaciji poklica, h kateremu je pomembno prispeval tudi *Obzornik zdravstvene nege*. Začetke tega procesa je zaznala že Dornik (2007), ki je ugotovila, da medicinske sestre raziskujejo lastno profesijo, medtem ko danes opažamo večji trend raziskovanja izobraževanja v zdravstveni negi. Avtorji člankov povečini prihajajo iz izobraževalnih institucij, a je v tem kontekstu zaznati tudi počasno, a vztrajno povečevanje člankov, katerih avtorji prihajajo neposredno iz prakse zdravstvene nege. Slednji pogosto potrebujejo vodenje zaradi nepoznavanja rabe znanstvenega aparata, zato so kombinacije teh dveh skupin avtorjev po izkušnjah uredništva pozitivne. Slednje je še posebej pomembna spodbuda za prihodnji razvoj kliničnega raziskovanja v zdravstveni negi, ki ga danes primanjkuje (Hernon, Dalton, & Dowling, 2020) in istočasno spodbuda k znanstvenemu publiciranju.

Stanovska organizacija in izdajatelj revije – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, si že več kot pet desetletij prizadeva ohranjati znanstveno publiciranje na področju zdravstvene nege ter s tem spodbujati raziskovanje in razvoj profesije. Sočasno s tem se razvija tudi revija in poskuša v čim večji meri slediti trendom razvoja izdajanja znanstvene periodike ter standardom pisanja znanstvenih besedil, a bo hkrati potrebno v prihodnje razmisliti tudi o drugih, nekoliko drznih vidikih razvoja, da bo lahko postala konkurenčna tudi v širšem mednarodnem prostoru. Dornik in Mihelič Zajec (2016) sta poudarili, da kadar poskušamo izmeriti ugled revije, je neizogibno, da upoštevamo veljavna merila v širši publicistični javnosti, saj se moramo truditi, da dosežemo raven uglednih znanstvenih revij. Spodbudno je tudi to, da je revija danes postala privlačna za mlade avtorje in da spodbuja interdisciplinarnost.

Z izvedbo bibliometrične analize so se pokazali številni vidiki, ki jih je potrebno v bodoče še osvetliti, npr. analiza procesa recenzije in recenzentov, analiza skupine bralcev ter združitve kvantitativne analize bibliometrije s kvalitativno analizo, kar bi pomembno prispevalo k bolj celoviti sliki znanstvenega publiciranja v zdravstveni negi.

## Zaključek

Bibliometrični kazalniki v izbranem obdobju nakazujejo hiter razvoj znanstvene revije, kar posredno nakazuje tudi na pomemben premik v razvijanju stroke, tj. zdravstvene nege. Spodbudni so trendi diverzifikacije tematik objav in interdisciplinarnosti ter vstopanja avtorjev mlajših generacij na področje znanstvenega publiciranja, kar pozitivno vpliva na kontinuiteto oddajanja rokopisov v prihodnje. Trendi priprave in izdajanja znanstvene periodike se danes selijo v odprti dostop, zlasti pa na socialna omrežja in v druge oblike oblikovanja znanstvenih informacij (npr. podkasti) s čimer postavlja revijo *Obzornik zdravstvene nege* pred pomembne izzive.

## Literatura

- Dornik, E. (2007). Bibliometrični pregled obzornika zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(Suppl. 1), 83-92.
- Dornik, E., & Mihelič Zajec, A. (2016). Obzornik zdravstvene nege pred novodobnimi izzivi publiciranja. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4).
- Hernon, O., Dalton, R., & Dowling, M. (2020). Clinical research nurses' expectations and realities of their role: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 667-683.
- Kahwa, E., Dodd, A., Conklin, J. L., Woods Giscombe, C., Leak Bryant, A., Munroe, D., . . . Bolton, A. (2022). A bibliometric analysis of nursing and midwifery research in the Caribbean. *J Nurs Scholarsh*, 54(2), 226-233.
- Khanna, S., Bansal, J., Sood, S., & Tiwari, D. (2018). Journal of Academic Librarianship: A Bibliometric Analysis. *International Journal of Library Information Network and Knowledge*, 3(2), 123-133.
- Ninkov, A., Frank, J. R., & Maggio, L. A. (2022). Bibliometrics: Methods for studying academic publishing. *Perspect Med Educ*, 11(3), 173-176.
- Obzornik zdravstvene nege. (2022). Obzornik zdravstvene nege: Namen in cilji. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4), 238.

# VLOGA VODITELJSTVA PRI IZGRADNJI IN OBLIKOVANJU USPEŠNE ORGANIZACIJE

## THE ROLE OF LEADERSHIP IN DESIGNING AND CONSTRUCTING A SUCCESSFUL ORGANIZATION

**Katja LUŽAR, dipl. m. s. (VS),**

*Splošna bolnišnica Celje, Oddelek za bolezni ledvic in dializo*

**Andreja ŠINCEK, dipl. m. s.,**

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo, Center za akutno in komplicirano dializo*

**luzarkatja4@gmail.com**

**Ključne besede:** vodja, vpliv vodenja, vodenje v zdravstveni negi, uspešnost organizacije

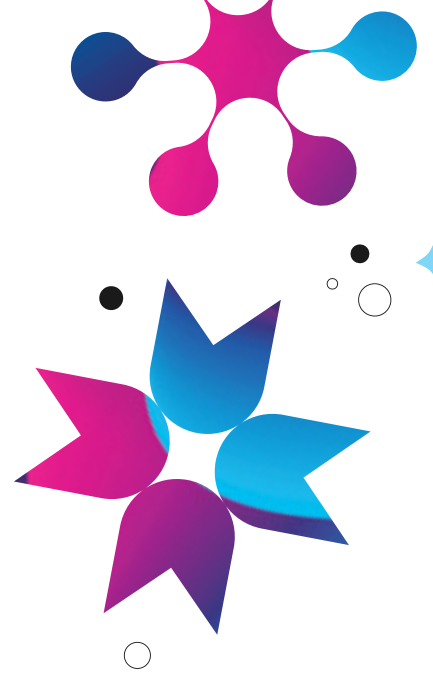
### IZVLEČEK

Vodenje v zdravstveni negi je danes vsakodnevni pojem. Le malokdo pa ob tem pomisli, kaj to sploh pomeni. Je to le beseda, le neko pravilo? Ali pa je to proces, ki zahteva ne samo celega človeka, ampak tudi vsakodnevno učenje, prilagajanje in določene sposobnosti? V zdravstveni negi so tako postale zelo pomemben člen medicinske sestre-vodje, na katere je padla velika teža odgovornosti. Nenazadnje so medicinske sestre-vodje tiste, ki organizirajo samo delo na določenem področju. To morda še ne predstavlja takšnega izziva, a ob pregledu literature postane kaj hitro jasno, da vodenje ni le organizirati delo v smislu razdeljevanja nalog ostalim. Vodenje ni samostojna tema, saj sestoji iz veliko veččin. Vse prvine vodenja, korektna komunikacija in obenem uspešnost delovnega tima, je potrebno praktično implementirati. Tukaj dobi velik pomen tudi evalvacija. Potrebno je tesno sodelovanje z roko v roki do samega vrha organizacije. V tem krogu mora vsak člen ustrezno delovati, saj se v nasprotnem primeru veriga prekine in cilj sodelovanja ni dosežen. Glavni namen članka je s pregledom literature ugotoviti, kako se prepletajo segmenti vodenja, osebnostnih značilnosti vodje, timskega dela in komunikacije ter obenem njihov skupni vpliv na oblikovanje uspešne organizacije.

### ABSTRACT

**Key words:** leader, leadership impact, leadership in nursing, success of organization

Leadership in nursing is a commonplace concept today. Yet few think about what it even means. Is it just a word, just an unwritten rule? Or is it a process that requires not only the whole person, but also daily learning and the ability to adapt in terms of specific skills? The role of the lead nurse has become a very important element in the nursing process, upon which a great deal of responsibility has fallen over time. Ultimately, senior nurses are the ones responsible for organizing the work in a particular area. This may not yet be a major challenge, but in the literature review, it quickly becomes clear that leadership is not just about organizing work in the sense of distributing certain tasks to others. Leadership is not a stand-alone issue, but is composed of many skills. All elements of leadership, the right communication and at the same time the success of the work team must be put into practice. In this process, their evaluation is also of great importance. It requires close hand-in-hand cooperation, all the way to the top of the organization. Within this circle, each link must function properly, otherwise the chain flow will be broken, and the goal of cooperation will not be achieved.





The main purpose of the article is to find out, with the help of a literature review, how the segments of leadership, the personality traits of the leader himself, teamwork and communication are intertwined in the whole process and what influence they consequently have on the formation of a successful organization.

## Uvod

V zdravstveni negi so postale zelo pomemben člen diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki-vodje, na katere je padla velika teža odgovornosti. Nenazadnje so diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki-vodje tisti, ki organizirajo samo delo na določenem področju. To morda še ne predstavlja takšnega izziva, a ob pregledu literature postane kaj hitro jasno, da vodenje ni le organiziranje dela v smislu razdeljevanja nalog. V prispevku zato povzamemo ključne elemente pregleda literature o tem, kaj je vodenje v zdravstveni negi, kakšne so lastnosti dobre vodje, lastnosti uspešnega tima, organizacijska kultura, organizacijska klima ter komunikacija v timu.

V prispevku smo s pregledom literature želeli ugotoviti, kakšne načine vodenja poznamo, kakšne lastnosti naj bi imel dober vodja, katere stile vodenja v zdravstveni negi poznamo, kakšne so lastnosti uspešnega tima, kako to vpliva na organizacijsko kulturo in organizacijsko klimo ter kakšen pomen ima pri tem komunikacija.

## Vodenje v zdravstveni negi

Vodja je oseba, ki vodi z glavo, pri tem pa posluša svoje srce. Voditelj je človek, ki ima sledilce, dosega rezultate, je viden in daje zgled, se zaveda svoje odgovornosti in vodenja ne vidi le kot privilegij (Maze & Majcen Dvoršak, 2011). V praksi si sam vodja izoblikuje svoj stil vodenja, ki je odraz njegovih osebnostnih lastnosti, kot so življenjske vrednote, etika, morala in odraz preteklih življenjskih ter delovnih izkušenj, kot so raven znanja, sposobnosti, vizije z različnih delovnih področij (Paladin, 2019).

Chavez & Yoder (2014) navajata, da so medicinske sestre-vodje tiste, ki imajo pomemben vpliv na ostale člane zdravstvenega tima in si prizadevajo dosežati skupne klinične cilje, čeprav jim formalno niso dodeljene nobene pristojnosti. Parpart Williams (2017) opredeljuje koncept medicinske sestre-vodje kot ključno komponento za uspešno zdravstveno nego pacientov.

Vsi avtorji, ki opisujejo vodenje, imajo skupno misel - en vodja in skupina, ki mu sledi. Sliši se zelo preprosto, a v praksi se velikokrat pokaže, da temu ni tako. Voditi skupino ljudi, da bo delovala enotno, dobro in v korist uporabnika, ni ravno majhen zalogaj. Kaj torej mora imeti oseba, ki skupino vodi, da mu bo le ta sledila?

## Lastnosti dobrega vodje

Uspešen vodja mora v veliki meri razviti medosebne, tehnične in komunikacijske spretnosti, pomembne pa so tudi ostale sposobnosti, kot so delitev moči, intuicija, sposobnost načina dela in drugo. Zaposleni je tisti, ki podjetju prinese največjo korist, seveda ob pravilnem vodenju. Tako mora dober vodja ne več samo kontrolirati sredstva, čas, denar, material, ampak mora predvsem, kot že omenjeno, najprej neprestano razvijati sebe, postajati vedno boljši, v smislu duhovne in čustvene inteligence, saj bo le tako lahko pozitivno vplival na osebni razvoj zaposlenih, ker je njihovo splošno dobro počutje pogoj za napredek podjetja (Bec, 2014).

Ključnega pomena je predvsem integriteta vodje. Sem spadajo zanesljivost, pravičnost in poštenost. Vodji s to lastnostjo zaposleni zaupajo in mu tako lažje izkazujejo spoštovanje in hvaležnost. Dober vodja se zaveda, da brez zaposlenih ne bi bilo enakega uspeha. Druga lastnost je vizionarstvo, saj mora dokazati, da zna voditi svojo organizacijo v prihodnost. Z vizijami načrtuje bodoči napredek organizacije in zaposlenim prikazuje želene cilje. Tretja lastnost je sposobnost navduševanja in motiviranja. To lastnost običajno najbolj spoštujejo zaposleni. Ekipno delovanje je danes v organizacijah vse večja ovira. Zaposleni se v organizacijah pogosto ne razumejo med seboj in tega niti ne poskušajo. Tudi tu je naloga vodje, da vzpostavi pravi ekipni duh, saj tako doseže dobro počutje in sproščenost, kar pa privede do bolj usklajenega delovanja (Hočevvar et al., 2003).

Na uspešnost delovanja zdravstvenega tima vplivajo odnosi, zadovoljstvo sodelavcev in vzdušje v timu zdravstvene nege, na katerega ima vodja velik vpliv (Laznik, 2017).

Vodenja se nikjer ne naučiš. Vsakdo, ki stopi v vlogo voditelja, ima pred sabo dolgo in trnovo pot. Naučiti se, kako biti pošten v odnosu do vsakega, je težko. A če nekdo stopi na mesto vodje z jasno vizijo in ciljem, če stremi k temu, da vsi člani tima delajo dobro, če se zaveda, da šteje vsak posameznik in če zna voditi z vzgledom, pot do dobrega vodje ni tako težka.

Že Deming je leta 1982 v svoji knjigi zadovoljstvo in veselje do dela obravnaval kot temeljni pravici. Izkušen vodja je torej odgovoren za razvoj kulture, ki spodbuja zaupanje, izboljšanje in veselje do samega dela. Vodje so prav tako odgovorni za zagotavljanje ustreznega delovnega okolja, kjer je mogoče izpolniti to temeljno pravico (Balik, 2018).

Vrhunski managerji, ki vplivajo na uspešnost podjetja, vidijo poslanstvo v nalogah ter pomagajo zaposlenim doseči višji nivo delovne uspešnosti. So izjemno učinkoviti pri selekciji ljudi in imajo jasno vizijo do ciljev in pričakovanj. Svojim zaposlenim zaupajo ter delegirajo visoko stopnjo odgovornosti in pristojnosti. Takšne vodje imajo čut za pohvale, saj te močno vplivajo na posameznika in skupino. Kažejo iskreno skrb za ljudi ter jim dajejo občutek pomembnosti (Ljubeljšek, 2011).

## Stili vodenja v zdravstveni negi in lastnosti uspešnega tima

Stil vodenja zelo vpliva na organizacijsko klimo v podjetju. Ker so za dobre rezultate pomembni tudi dobri odnosi med zaposlenimi in vodstvom, je pri oblikovanju organizacij izrednega pomena pustiti toliko svobode, da je možno izbrati različno obliko vodenja. Vsak vodja uporablja svoj stil, za katerega meni, da je najboljši v dani situaciji (Jularić, 2020).

Stil vodenja je ključnega pomena za kakovost zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih. Načini vodenja, ki so jih sprejeli vodje, naj bi vplivali na oskrbo bolnikov (Sfantou et al., 2017).

Cilj tima je njegova uspešnost. Delovni tim združuje posameznike z različnimi kompetencami, vsi pa naj bi strmeli k enakim, skupnim ciljem, k izvedbi naloge, ki so si jo zadali. Prav tako naj bi bili člani uspešnih timov sposobni preoblikovati širše cilje v specifične in merljive cilje ter razviti akcijske načrte za doseganje le-teh (Korelc, 2004).

Vedno bolj postaja jasno, da so timi v zdravstvenih organizacijah temeljni element mikrosistema in da se največ storitev izvaja po timski metodi dela. Tako timi v zdravstvu predstavljajo temeljni vzvod za spremembe in učinkovito vodeni timi v zdravstvu so povezani z večjo kakovostjo zdravstvene obravnave (Skela-Savič, 2006). Namen oblikovanja zdravstvenega tima v zdravstvu je združitev znanj sodelavcev z različnih področij za potrebe reševanja problemov (Kobolt, 2004).

Kako bo tim uspešen, je odvisno predvsem od sodelovanja njegovih članov. Dobro vodenje pri tem le pomaga. Uspešen tim mora imeti opredeljene cilje in naloge, v njem pa morajo biti razviti dobri medsebojni odnosi. Dober tim ima razvite tudi dobre odnose s svojimi pacienti.

Organizacije želijo biti uspešne v trenutnem, izjemno konkurenčnem okolju. Organizacije si, ne glede na njihovo velikost in trg, prizadevajo v svojih vrstah zadržati najboljše zaposlene, saj pomembno vplivajo na njihovo organizacijsko učinkovitost. Za premagovanje trenutnih izzivov, morajo podjetja ustvariti močan in pozitiven odnos z zaposlenimi, ter jih usmerjati k skupni viziji in ciljem. Vsak posameznik ima različne potrebe, nekateri so usmerjeni v dosežke, drugi se osredotočajo na varnost. V kolikor nadrejeni razume, predvidi in spremlja vedenje zaposlenih, mora tudi vedeti kaj zaposleni pričakujejo na delovnih mestih. Ključnega pomena je to, da nadrejeni razume in ne zgolj predpostavlja glavne dejavnike, ki motivirajo zaposlenega (Dobre, 2013).

## Organizacijska kultura, organizacijska klima in komunikacija

Organizacijska kultura in organizacijska klima predstavljata ključna dejavnika uspešnosti in učinkovitosti organizacije v konkurenčnem okolju, saj gre pri obeh za dinamične faktorje, ki se stalno spreminjajo, kar v praksi pomeni, da jih je potrebno neprestano spremljati in ugotavljati, ali prispevajo k doseganju rezultatov tako posameznika kot tudi organizacije (Lipičnik, 1998). Zaposleni s svojo predanostjo skupnim ciljem organizacije vplivajo na uspešnost le-te. V organizaciji vsak član igra pomembno vlogo, v splošnem pa velja, da je veriga močna točno toliko, kot je močan njen najšibkejši člen (Kreft, 2015).

Prav tako je pomembna pravilna izbira komunikacije. Kot navaja Leskovic (2014) je komunikacija v zdravstvu kompleksen odnos med različnimi ljudmi, ki izhajajo iz različnih okolji, kultur in tudi iz posameznikovih karakternih lastnosti. Ravno zato komunikacija zahteva širši družbeni pristop. Uspešna komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov

nudenja zdravstvene oskrbe. Lahko bi rekli, da je komunikacija temeljno orodje nudenja zdravstvene oskrbe. V zahodnem svetu je na področju zdravstva komunikacija oz. pridobivanje medosebnih spretnosti del izobraževalnega paketa, ki se ga morajo udeležiti vsi zaposleni (Rungapadiachy, 2003).

## Diskusija

Namen in cilj članka je ugotoviti, kako lahko posameznik kot vodja vpliva na zaposlene in pripomore k izgradnji uspešne organizacije. Laznik (2018) navaja, da je transformacijsko vodenje tisto, ki povzroči pripadnost delovni organizaciji in večjo motiviranost za izvedbo dela. Pri takšnem načinu vodenja si zaposleni upajo govoriti o napakah in o njih tudi razpravljati, saj se s tem najde način za odpravo le teh. S tem je skrb za pacienta na višji ravni. Kot vodja moraš omogočiti, da so lahko tisti, ki so nižje po hierarhični lestvici, ustvarjalni in da napredujejo po lestvici navzgor (Laznik, 2020).

Zavedati se je potrebno, da vodja nima moči in vsega znanja. Dober vodja je tisti, ki svojih sodelavcev ne zatira, ampak jim omogoča, da izkažejo interes po novih idejah. S tem se gradi avtoriteta zaposlenih. Dober vodja delavcev ne ocenjuje po simpatičnosti in tako imenovanimi statusnimi simboli, ampak jih ocenjuje objektivno glede na njihov odnos do dela, pacientov, glede na njihovo strokovnost, izkazano znanje in veščine ter na pripadnost timu.

Živimo v časih, ko je vodenje še bistveno bolj pomembno, kot je bilo v preteklosti, saj se v zdravstvenih organizacijah srečujejo s krizo pomanjkanja kadra in je razporejanje delavcev na delovišča zelo pomembna naloga. Prav tako je v krizi zadnjih let vse več nesoglasij in slabe volje. Brez pravega vodstva so delavci ne malokrat prepuščeni slabim razmeram za delo, nadurnemu delu in pomanjkanju prostega časa. A življenje zdravstvenih delavcev se ne odvija le v zdravstveni organizaciji, zato je pomembno tudi življenje, ki ga živijo stran od službenih obveznosti.

## Zaključek

Vodja je tista oseba, ki zaposlene spodbuja k inovativnosti, je del tima in se, kljub temu, da je postavljen na vodstveni položaj, zaveda, da s tem položajem ne zna vsega in upošteva svoje zaposlene kot sebi enake.

Žal pa se v zdravstvenih sistemih večinoma naloge le nalagajo. Doba interneta je pri ljudeh ustvarila pomanjkanje v medsebojni komunikaciji ali pa se je ta premaknila na družbena omrežja, spletno pošto in podobne platforme. Tako smo postali družba oseb, ki se velikokrat ne zavedajo svojega lastnega jaz, kaj šele okolice in soljudi. V organizaciji se bo lahko dober delavec razvil zaradi dobrega vodje, organizacija pa bo morala poskrbeti, da bo razvila in naučila izbrane ljudi, kako postati in biti dober vodja.

Zdravstvena nega je specifično področje dela. Ni prav, da delamo drug mimo drugega, saj s tem onemogočamo in odrekamo našim uporabnikom, pacientom, kontinuirano, strokovno in varno zdravstveno obravnavo. Nenazadnje je zadovoljen uporabnik kazalnik našega uspeha in merilo naše kakovosti.

## Literatura

- Balik, B. (2018). Joy in work: The vital role of nursing leadership. *Nurse leader*, 16(4), 220-223. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.05.006>
- Bec, B. (2014). *10 lastnosti dobrega vodje*. Retrieved Februar 4, 2023 from <https://www.poslovnisvet.si/vodenje/10-lastnosti-dobrega-vodje/>
- Chavez, E.C., & Yoder, L.H. (2014). Staff Nurse Clinical Leadership: A Concept Analysis. *Nursing forum*, 50(2), 90-100. <https://doi.org/10.1111/nuf.12100> PMID: 24935803
- Dobre, O.I. (2013). Employee motivation and organizational performance. *Review of Applied Socio-Economic Research*, 5(1), 53-60. Retrieved Januar 30, 2023 from <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=0f0df02024228bea0efcaf5dd4ad8b36d8a2e1b0#page=53>
- Hočvar, M., Jaklič, M., & Zagoršek, H. (2003). *Ustvarjanje uspešnega podjetja: Akcijski pristop k strateškemu razmišljanju, vodenju in nadziranju*. Ljubljana: GV Založba.
- Kobolt, A. (2004). Timsko delo. In Avberšek, S. & Švab, V. (Eds.). *Psihosocialna rehabilitacija* (pp. 139-148). Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje
- Korelc, T. (2004). *Priročnik teambuildinga usposabljanja*. Šenčur: Creator.
- Kreft, N., 2015. Vpliv vodenja na uvajanje koncepta managementa znanja v zdravstvu. In D. Mörec, D. Jošar & M. Zrim, (Eds.). *Znanje je vir učinkovite zdravstvene nege: zbornik strokovnega seminarja*. Murska Sobota, 29. maj 2015 (pp. 57-72). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja.
- Jularić, D. (2020). *Organizacijska klima in zadovoljstvo zaposlenih v izbranem podjetju* (magistrska naloga). Univerza na primorskem, Fakulteta za management, Koper.
- Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5 (1), 78–99. Retrieved Februar 2, 2023 from <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-X24P1E4S/c0a3abcd-208f-4169-a830-af2c8965467c/PDF>

Laznik, G. (2018). Transformacijsko vodenje v zdravstveni negi: pregled literature. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 6 (1), 26–46. Retrieved Januar 31, 2023 from <http://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-QR57XSO9/0a3e79b4-4c9b-4aab-9a83-1476a3f8856f/PDF>

Laznik, G. (2020). Transformacijsko vodenje- prvi izbor vodenja v zdravstveni negi. In B. Nose & T. Radovan (Eds.), *Menedžment- pomemben dejavnik učinkovitosti in uspešnosti v zdravstveni negi: Zbornik prispevkov: 12. dnevi Marije Tomšič* (pp. 28-38). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Leskovic, L. (2014). Komunikacija, ki zagotavlja zadovoljstvo pacienta in zaposlenih. In B. Nose & B. Jugovič (Eds.), *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: Zbornik prispevkov: 6. dnevi Marije Tomšič* (pp. 29-35). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.

Lipičnik, B. (1998). *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik

Ljubeljšek, M. (2011). *Uspešen management je uspešno podjetje* (diplomsko delo). Univerza na primorskem, Fakulteta za management, Koper.

Maze, H. & Majcen Dvoršak, S., (2011). Vodenje z zgledom- vloga menedžmenta v zdravstvu. In B.M. Kaučič, N. Vidmar & S. Majcen Dvoršak, (Eds.). *Odličnost v zdravstvu- odprti za nove ideje*. Laško, 12. april 2011 (pp. 49-58). Maribor: zbornica zdravstvene in babiške nege, Sekcija medicinskih sester v managementu.

Paladin, S., 2019. Fluktuacija kadra in uvajanje zaposlenih v delo na zahtevnem delovnem področju: vloga vodje aktiva. *Vodenje v vzgoji in izobraževanju*, 17(2), 73-92. Retrieved Januar 20, 2023 from <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-BD4S1946/2d67b5ad-fb9a-4a03-bc7c-32e8e1d435cc/PDF>

Parpart Williams, M., (2017). *Defining nurse leadership: nurses' perceptions of nurse leadership and the conditions that influence its development*. (doktorska disertacija). Chapel Hill: University of North Carolina, Chapel Hill School of Nursing.

Rungapadiachy, Dev. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.

Sfantou, D.S. et al., (2017). Importance of leadership style quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073> PMID: 29036901

Skela-Savič, B. (2006). Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), 187-196. Retrieved Februar 8, 2023 from <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-K7K2RCGL>

# DEJAVNIKI UPORABE PACIENTOM DOSTOPNIH ELEKTRONSKIH ZDRAVSTVENIH ZAPISOV

## FACTORS AFFECTING THE USE OF PATIENT ACCESSIBLE ELECTRONIC HEALTH RECORDS

Maja Rovtar, dipl. m. s., pred. dr. Jelena Ficzkó, pred. Andreja Mihelič Zajec  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

rovtar.maja@gmail.com

**Ključne besede:** pacientu dostopni elektronski zdravstveni zapis, pacient, komunikacija, zdravstveno osebje

### IZVLEČEK

**Uvod:** Pacientu dostopni elektronski zdravstveni zapisi so zapisi vseh pacientovih zdravstvenih podatkov, shranjenih v digitalnem formatu, do katerih lahko pacient prosto dostopa. Namen prispevka je raziskati odnos pacientov do pacientu dostopnih elektronskih zdravstvenih zapisov ter opredeliti najpogostejše razloge pacientov za in proti uporabi.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature. Pri iskanju smo se časovno omejili na članke, izdane v zadnjih desetih letih (od 2012 do 2022), v angleškem jeziku, glede na vsebinsko ustreznost in moč dokazov. Uporabili smo podatkovni bazi CINAHL in Medline ter strežnik PubMed, in sicer z iskalnim nizom: (PAEHR OR patient accessible electronic health record\*) AND (experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings OR perspectives OR opinions) AND NOT (nurs\* OR healthcare professional OR health personnel). Analizirali smo sedem raziskav, iz katerih smo identificirali razloge pacientov za in proti uporabi pacientu dostopnih elektronskih zdravstvenih zapisov.

**Rezultati:** Pacienti se za dostop do svojih elektronskih zdravstvenih zapisov odločajo med drugim zaradi izboljšane komunikacije z zdravstvenim osebjem, večjega občutka lastne odgovornosti in lažjega dostopa do informacij. Uporabo ovira predvsem nerazumevanje medicinskih izrazov in tesnoba glede prebranih informacij.

**Diskusija in zaključek:** Večina pacientov ima pozitiven odnos do dostopa do svojih elektronskih zdravstvenih zapisov, vendar so potrebne izboljšave predvsem na področju razumevanja informacij. Prilagojeni elektronski zdravstveni zapisi, ki so razumljivi pacientom, bi pripomogli k večji in kakovostnejši uporabi ter zmanjšali tesnobo ob nerazumevanju.

**Key words:** patient accessible electronic health record, patient, communication, healthcare personnel

### ABSTRACT

**Introduction:** Patient-accessible electronic health records are records of all patient health data stored in a digital format that can be freely accessed by the patient. The purpose of this paper is to examine patient attitudes toward electronic health records and to identify the most common reasons for and against the use of electronic health records.

**Methods:** We used a descriptive method with a review of the literature. We limited our search to articles published in the last decade (from 2012 to 2022), articles in English, content relevance, and strength of evidence. We used the CINAHL and

Medline databases and the PubMed server with the search term: (PAEHR OR patient accessible electronic health record\*) AND (experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings OR perspectives OR opinions) AND NOT (nurs\* OR healthcare professional OR health personnel). We analyzed 7 studies that assessed patients' reasons for and against using patient-accessible electronic health records.

**Results:** Patients choose to access their medical records mainly because of better communication with health professionals, greater sense of responsibility, and easier access to information. Patient access is primarily hindered by lack of understanding of medical terms and fear of the information they read.

**Discussion and conclusion:** most patients are positive about accessing their medical records, but improvements are needed, especially in the area of information understanding. Adapted electronic health records that are understandable to patients would help increase and improve utilization and reduce patient anxiety. As technology advances, technical problems encountered during use must also be resolved.

## Uvod

Z vse večjim uveljavljanjem na pacienta osredotočene zdravstvene oskrbe, ki med drugim cilja na večjo vključenost pacienta v zdravstveni proces, je smiselno razmisliti o tehnološkem vidiku in vse naprednejših aplikacijah, ki nam lahko pomagajo doseči te cilje. Uporabnost spletnih aplikacij v zdravstvu je danes še bolj smiselna, ko pomislimo, da ima večina prebivalcev razvitega sveta dostop do spleta bodisi preko svojih mobilnih naprav bodisi preko domačih ali javno dostopnih računalnikov.

Pacientu dostopni elektronski zdravstveni zapisi (angl. Patient Accessible Electronic Health Records – PDEZZ) pacientom omogočajo dostop do vseh svojih zdravstvenih podatkov z namenom večje participativne vloge pacienta in s tem potencialno boljšega izida zdravljenja (Cijvat, Cornet, & Hägglund, 2021). PDEZZ predstavlja okolje, kjer lahko pacienti in zdravstveno osebje sodelujejo v procesu zdravljenja (Urowitz et al., 2012). Največja prednost implementacije PDEZZ je hiter dostop do zdravstvenih informacij in možnost deljenja podatkov z različnimi oddelki zdravstvenega sektorja in institucijami (Shahmoradi, Darrudi, Arji, & Farzaneh Nejad, 2017).

Dostop pacientov do PDEZZ je možen največkrat preko za to namenjenih spletnih zdravstvenih portalov (Cijvat et al., 2021). Evropska komisija je v letu 2022 vzpostavila evropski zdravstveni podatkovni prostor (Uredba o evropskem zdravstvenem podatkovnem prostoru), ki podpira posameznike pri prevzemanju nadzora nad lastnimi zdravstvenimi podatki. Eden od ciljev uvedbe je krepitev vloge posameznikov z boljšim digitalnim dostopom do elektronskih osebnih zdravstvenih podatkov in nadzorom nad njimi, tako na nacionalni ravni kot ravni Evropske Unije (Evropska komisija, 2022).

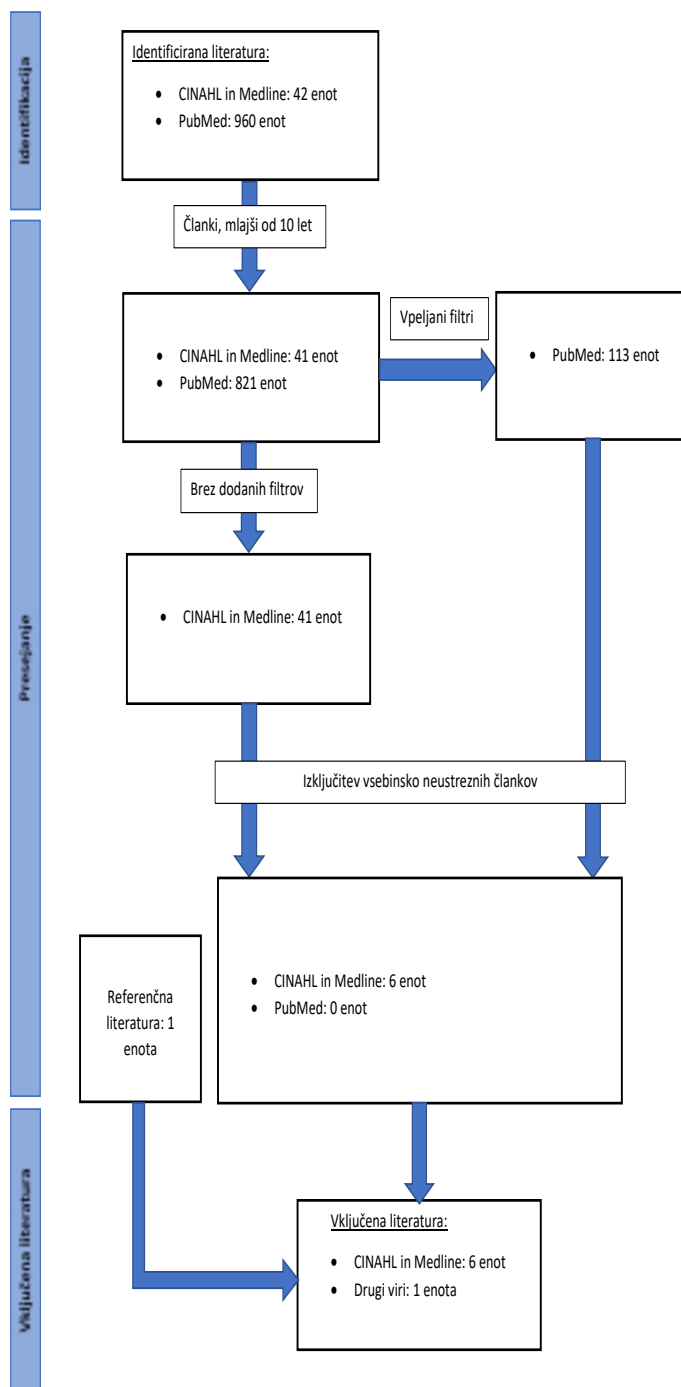
Pregleda literature smo se lotili zaradi želje po povečanju in izboljšanju uporabe spletnih zdravstvenih storitev, preko katerih lahko pacientom omogočimo večji nadzor nad svojim zdravljenjem. Namen raziskovalnega dela je s pregledom strokovne in znanstvene literature raziskati odnos pacientov do PDEZZ. Predstavili bomo razloge, zaradi katerih se pacienti odločajo oziroma ne odločajo za uporabo PDEZZ. Cilja sta opredeliti najpogostejše razloge pacientov za in proti uporabi PDEZZ in oblikovati predloge za povečanje pogostosti njegove uporabe.

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela - pregled literature. Uporabili smo podatkovni bazi CINAHL in Medline, strežnik PubMed ter iskalni niz: (PAEHR OR patient accessible electronic health record\*) AND (experiences OR perceptions OR attitudes OR views OR feelings OR perspectives OR opinions) AND NOT (nurs\* OR healthcare professional OR health personnel). Zadnji del iskalnega niza je namenjen izključitvi člankov, osredotočenih na odnos in mnenja zdravstvenega osebja glede PDEZZ.

Literatura je bila izbrana glede na jezik objave (angleški jezik), datum objave (mlajši od deset let), vsebinsko ustreznost in tipologijo oziroma moč dokazov (Polit & Beck, 2008). Slovenske literature o tej tematiki nismo zasledili.

Izključili smo članke, ki niso raziskovali odnosa pacientov do PDEZZ, članke, ki so obravnavali odnos do analognih zdravstvenih zapisov, članke, ki so se osredotočali na zdravstveno osebje, pilotne študije, dvojnike in članke, ki so bili že uporabljeni v teoretičnem delu. Na PubMedu smo vpeljali dodatne filtre za natančnejši pregled; dovolili smo randomizirane in nerandomizirane študije, preglede in sistematične preglede. Potek izbora literature smo ponazorili z diagramom PRISMA (Slika 1).



Slika 1: Potek izbora literature z diagramom PRISMA

## Rezultati

Ugotovitve naše raziskave so prikazani v Tabeli 1. V oklepajih so odstotki anketirancev, ki so se s trditvijo strinjali ali delno strinjali. Rezultati so razvrščeni po vrstnem redu pregleda.

## Analiza raziskav

**Tabela 1: Značilnosti raziskav, vključenih v analizo.**

Avtor, leto objave, država	Zanaboni et al., 2020, Norveška	Valeur et al., 2021, Norveška	Baun et al., 2020, Danska	Norris et al., 2022, Zvezna država Kolorado – ZDA
Naslov članka	Patient use and experience with online access to electronic health records in Norway: results from an online survey	Patient rationales against the use of patient-accessible electronic health records: qualitative study	Perspective of patients with metastatic breast cancer on electronic access to scan results: mixed methods study	Understanding patient experiences, opinions, and actions taken after viewing their own radiology images online: web-based survey
Tipologija, moč dokazov	Nivo II – posamezna nerandomizirana raziskava	Nivo VI – posamična kvalitativna študija	Nivo II – posamezna nerandomizirana študija	Nivo II – posamezna nerandomizirana študija
Metodologija	Pacienti so izpolnili spletni vprašalnik z vprašanji zaprtega in odprtega tipa.	Avtorji so izvedli kvalitativne intervjuje s pacienti.	Pacientke so izpolnile spletni vprašalnik. Avtorji so nato izvedli pol-strukturirane intervjuje s štirimi pacientkami.	Pacienti so izpolnili spletni vprašalnik z vprašanji zaprtega in odprtega tipa.
Vzorec	V raziskavi je sodelovalo 1037 pacientov, ki so vsaj enkrat dostopali do PDEZZ.	V študiji je sodelovalo 40 pacientov internističnega oddelka bolnišnice na Norveškem.	V raziskavi je sodelovalo 38 pacientk z razsejanim rakom dojk.	V raziskavi je sodelovalo 299 pacientov, ki so preko PDEZZ dostopali do svojih radioloških izvidov.
Identificirane pozitivne lastnosti uporabe PDEZZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lažje spremljanje zdravstvenega stanja (92,6 %)</li> <li>• Večji občutek varnosti podatkov (89,7 %)</li> <li>• Boljša pripravljenost na zdravstvene preglede (87,4 %)</li> <li>• Razumljivost večine informacij (85,2 %)</li> <li>• Boljše razumevanje zdravstvenega stanja (81,8 %)</li> <li>• Lažja komunikacija z zdravstvenim osebjem (79,8 %)</li> <li>• Občutek vključenosti v zdravstveni proces (73,1 %)</li> <li>• Večji občutek odgovornosti v procesu zdravljenja (62,6 %)</li> </ul>	Raziskava se ni osredotočala na pozitivne lastnosti uporabe PDEZZ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opolnomočenje pacienta</li> <li>• Večji občutek odgovornosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boljše razumevanje zdravstvenega stanja (82,9 %)</li> <li>• Občutek večjega nadzora nad zdravstvenim stanjem (79,3 %)</li> <li>• Pomirjenost (73,6 %)</li> <li>• Večje zaupanje v zdravnika (71,6 %)</li> <li>• Boljše sledenje zdravstvenim navodilom (63,2 %)</li> </ul>
Identificirane negativne lastnosti uporabe PDEZZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Želja po dostopnosti do več dokumentov (66,8 %)</li> <li>• Težje razumevanje medicinskih izrazov (58,7 %)</li> <li>• Slabše razumevanje pomena nekaterih dokumentov (36,5 %)</li> <li>• Tesnoba zaradi prejetih informacij (19,2 %)</li> <li>• Tehnične težave (17,8 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nepotrebnost</li> <li>• Neoseben pristop</li> <li>• Nerazumljivost</li> <li>• Osredotočanje na bolezni</li> <li>• Tesnoba</li> <li>• Zahteva veliko energije</li> <li>• Nerodna uporaba</li> <li>• Splošen odpor do digitalizacije</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skrb o prejemanju slabih novic</li> <li>• Dileme o vpogledu v rezultate</li> <li>• Nerazumevanje medicinske terminologije in rezultatov</li> <li>• Večja potreba po kontaktiranju zdravnika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tehnične težave (34,4 %)</li> <li>• Nerazumevanje rezultatov (7 %)</li> <li>• Tesnoba (6,4 %)</li> <li>• Skrb glede odkritja napak v izvidih (6,4 %)</li> </ul>



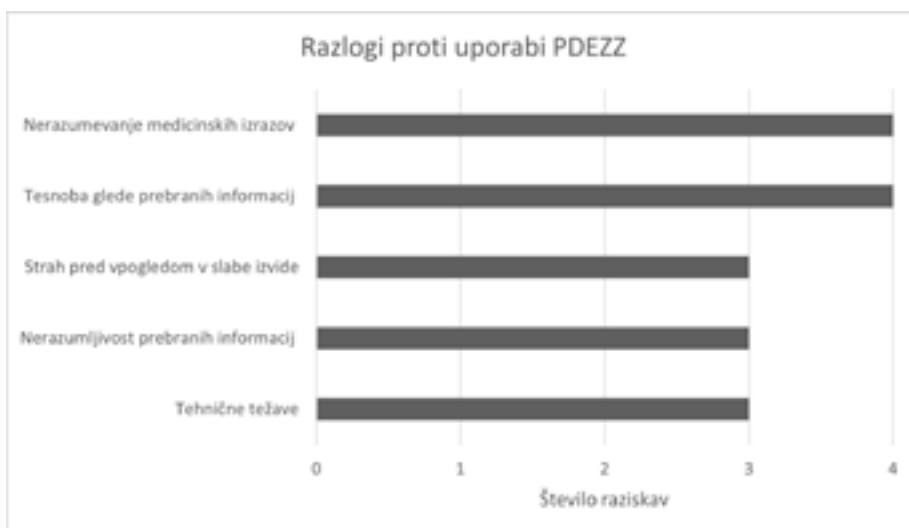
<b>Avtor, leto objave, država</b>	Wass et al., 2019, Švedska	Eriksson-Backa et al., 2021, Finska	Hägglund et al., 2020, Švedska
<b>Naslov članka</b>	Exploring patients' perceptions of accessing electronic health records: innovation in healthcare	Enablers for and barriers to using My Kanta – A focus group study of older adults' perceptions of the National Electronic Health Record in Finland	Personalized communication - people with hearing loss' experiences of using a national patient portal
<b>Tipologija, moč dokazov</b>	Nivo II – posamezna nerandomizirana študija	Nivo VI – posamična kvalitativna študija	Nivo VI – posamična kvalitativna študija
<b>Metodologija</b>	Pacienti so izpolnili spletni vprašalnik.	Avtorji so v fokusnih skupinah izvedli kvalitativne intervjuje.	Avtorji so izvedli fokusne skupine in intervjuje.
<b>Vzorec</b>	V raziskavi je sodelovalo 56 pacientov.	V raziskavi je sodelovalo 24 pacientov, ki so imeli izkušnje z uporabo portalov za paciente in dostopom do PDEZZ.	V raziskavi je sodelovalo 10 pacientov z različnimi stopnjami izgube sluha.
<b>Identificirane pozitivne lastnosti uporabe PDEZZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lažji dostop do informacij (96 %)</li> <li>• Boljše pomnjenje informacij, pridobljenih ob pregledu (90 %)</li> <li>• Boljše razumevanje informacij, podanih na zdravstveni obravnavi (89 %)</li> <li>• Lažja komunikacija z zdravstvenim osebjem (82 %)</li> <li>• Večja vključenost pacienta (81 %)</li> <li>• Možnost preverjanja skladnosti izrečenih informacij z zapisanimi (80 %)</li> <li>• Večji občutek odgovornosti (76 %)</li> <li>• Večja pripravljenost na nadaljnje preglede (72 %)</li> <li>• Spodbujanje diskurza med zdravnikom in pacientom glede njegove dokumentacije (72 %)</li> <li>• Večja nagnjenost k sledenju zdravstvenim navodilom (70 %)</li> <li>• Spodbujanje aktivne skrbi za zdravje (62 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostopnost</li> <li>• Enostavna uporaba</li> <li>• Vse informacije na enem mestu</li> <li>• Bolj priročno kot telefonski klic</li> <li>• Večji občutek nadzora nad zdravstvenim stanjem</li> <li>• Spremljanje bolezni in izvidov</li> <li>• Spremljanje, kdo je dostopal do zdravstvenih podatkov</li> <li>• Spremljanje predpisanih zdravil</li> <li>• Podatki, uporabni za namene raziskav</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostop do pisnih zdravstvenih informacij</li> <li>• Možnost preverjanja skladnosti informacij</li> <li>• Boljše razumevanje informacij, podanih na zdravstveni obravnavi</li> <li>• Izboljšana komunikacija z zdravstvenim osebjem</li> <li>• Dostop do diagnostičnih rezultatov</li> <li>• Bolj priročno kot telefonski klic</li> <li>• Naročanje pregledov</li> </ul>
<b>Identificirane negativne lastnosti uporabe PDEZZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Težko razumljivi medicinski izrazi in kratice (70 %)</li> <li>• Skrb glede prebranih informacij (11 %)</li> <li>• Vznemirjenost glede prebranih informacij (9 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tehnične težave</li> <li>• Vprašanje varnosti in zasebnosti</li> <li>• Nerazumevanje medicinske terminologije</li> <li>• Strah pred vpogledom v slabe izvide</li> <li>• Zmedenost</li> <li>• Občutek, da je namenjen bolj zdravstvenim delavcem</li> <li>• Neskladnost informacij v PDEZZ z informacijami, prejetimi ob zdravstvenem pregledu</li> <li>• Prepočasen vpis informacij po zdravniškem pregledu</li> <li>• Sum, da jim zdravniki ne povedo vsega</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Težje vzpostavljanje dialoga z osebnim zdravnikom</li> </ul>

Kot pomembne razloge smo vzeli tiste, ki so se pojavili v vsaj dveh analiziranih raziskavah. Tako smo ugotovili, da so najpogosteje identificirani razlogi za uporabo PDEZZ v sklopu našega pregleda naslednji: boljše razumevanje zdravstvenega stanja, boljše razumevanje informacij podanih na zdravstveni obravnavi, večja pripravljenost na nadaljne preglede, priročnost, lažji dostop do informacij, občutek odgovornosti, občutek večjega nadzora nad zdravstvenim stanjem, večja vključenost v proces zdravstvene obravnave, preverjanje skladnosti izrečenih informacij z zapisanimi, večja nagnjenost k sledenju zdravstvenim navodilom in izboljšana komunikacija z zdravstvenim osebjem (Slika 2).



**Slika 2:** Razlogi za uporabo pacientu dostopnih elektronskih zdravstvenih zapisov.

Najpogosteje identificirani razlogi proti uporabi PDEZZ v sklopu našega pregleda so: nerazumevanje medicinskih izrazov, tesnoba glede prebranih informacij, strah pred vpogledom v slabe izvide, nerazumljivost prebranih informacij in tehnične težave (Slika 3).



**Slika 3:** Razlogi proti uporabi pacientu dostopnih elektronskih zdravstvenih zapisov

## Diskusija

Rezultati našega pregleda literature se z rezultati v pregledani literaturi delno skladajo. Sledenje zdravstvenim navodilom ob uporabi PDEZZ sta ugotovila Wass in Vimarland (2019), adherenco za jemanje zdravil je potrdilo več raziskav (Wright et al., 2015; Tapuria et al., 2021; Assiri, 2022).

Pacienti poročajo o izboljšani komunikaciji z zdravstvenim osebjem in boljšim odnosom do zdravstvenega sistema (Moll & Rexhepi, 2020). Dostopnost pacientov do svojih zdravstvenih podatkov izboljša odnos in poveča zaupanje med pacientom in zdravnikom, poveča udeležbo na zdravstvenih pregledih ter zviša frekvenco naročanja (Tapuria et al., 2021).

Sakaguchi-Tang in sodelavci (2017) so sistematično pregledali 17 raziskav, kjer so identificirali varnost in zasebnost osebnih podatkov ter zahteven dostop in uporabo tehnologije kot glavne razloge za neuporabo; slednje smo ugotovili tudi v naši raziskavi v sklopu področja zahtevnosti uporabe, le da so pri nas bolj prevladovali razlogi nerazumevanja same vsebine PDEZZ in medicinskih izrazov.

Implementacijo omejuje pomanjkljivo načrtovanje in odpor zdravstvenega osebja do uporabe (Shahmoradi et al., 2017), k čemur lahko pripomore vprašanje varnosti in zasebnosti pacientovih osebnih podatkov (Tapuria et al., 2021). Varovanje osebnih podatkov lahko dosežemo z omejevanjem dostopa do podatkov le za to avtoriziranim osebam, izboljšavo šifriranja podatkov in delovanja požarnih zidov ter z uvajanjem in izvajanjem ustreznih direktiv in sprotnim preverjanjem ustreznih varnostnih ukrepov (Kruse, Smith, Vanderlinden, & Nealand, 2017).

Težava je tudi v usposabljanju starejše populacije za uporabo PDEZZ. Odrasli pacienti, ki so starejši od 60 let, slabše sprejemajo zdravstvene portale in se manj vključujejo zaradi slabšega razumevanja tehnologije (Tapuria et al., 2021).

Možno rešitev za nerazumljivost informacij in nerazumevanje medicinskih izrazov so že leta 2012 podali Urowitz in sodelavci v smislu vgrajenega medicinskega slovarja. Podoben medicinski slovar so v eni izmed analiziranih raziskav (Baun, Vogsen, Nielsen, Høilund-Carlsen, & Hildebrandt, 2020). Zdravstvene izvide bi bilo treba preurediti na način, ki bi ga laiki lahko razumeli. Dobrodošlo bi bilo tudi ozaveščanje o PDEZZ, enostavna uporaba spletnih portalov in izobraževanje. Pri slednjem omenimo vlogo zaposlenih na področju zdravstvene nege pri vzpodbujanju in pomoči pri uporabi PDEZZ. Kot osebje s pogosto največ stika s pacienti je namreč pomemben tudi njihov pristop, znanje in pripravljenost za ozaveščanje pacientov o uporabi PDEZZ.

Največja omejitev našega raziskovalnega dela je majhen vzorec pregledanih raziskav. Prisotnost kvalitativnih raziskav, ki ne morejo podati odstotnih vrednosti svojih parametrov, prav tako omeji raziskovalno delo, saj ne moremo določiti dejanskega deleža pacientov, ki so podali določeno mnenje. Uporaba kvalitativnih raziskav se je izkazala kot omejevalna tudi v smislu manjših vzorcev v primerjavi s kvantitativnimi. Za izboljšavo našega raziskovalnega dela bi bilo tako treba uvesti ustrezne uteži glede na tip raziskave in velikost vzorca. Raziskovalno delo prispeva k razvoju stroke z osvetlitvijo dejavnikov za in proti uporabi PDEZZ, ki jih je treba dalje razvijati z večjimi in podrobnejšimi raziskavami.

## Zaključek

S pregledom literature smo identificirali razloge, zaradi katerih se pacienti odločajo oziroma ne odločajo za uporabo PDEZZ, in na podlagi rezultatov oblikovali ključna področja ugotovitev. Razloge, ki so se pojavili v več različnih raziskavah, smo opredelili kot najpogostejše in jih izpostavili. S tem smo dosegli zadane cilje raziskovalnega dela, tj. opredelili razloge za in proti uporabi PDEZZ. V razpravi smo oblikovali predloge za izboljšanje šibkih točk.

Izveden pregled lahko služi kot ogrodje za nadaljnje raziskave na širši ravni. Sodeluje pri ugotavljanju, kako povečati uporabo zdravstvenih spletnih storitev za izboljšavo zdravstvenega stanja pacientov in njihovo vključenost v svoje zdravljenje. Področje dostopa pacientov do svojih EZZ postavlja več odprtih vprašanj, med drugim glede varnosti osebnih podatkov, pooblaščenosti oseb, ki do njih dostopajo, dostopa starejše populacije in morebitne dodatne obremenjenosti zdravstvenega sistema, ki bi jih bilo treba dalje raziskati.

## Literatura in viri

- Assiri, G. (2022). The impact of patient access to their electronic health record on medication management safety: a narrative review. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 30(3), 185–194. <https://doi.org/10.1016/J.JSPS.2022.01.001>
- Baun, C., Vogsen, M., Nielsen, M. K., Høiland-Carlsen, P. F., & Hildebrandt, M. G. (2020). Perspective of patients with metastatic breast cancer on electronic access to scan results: mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2). <https://doi.org/10.2196/15723>
- Cijvat, C. D., Cornet, R., & Hägglund, M. (2021). Factors influencing development and implementation of patients' access to electronic health records—a comparative study of Sweden and the Netherlands. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.621210>
- Eriksson-Backa, K., Hirvonen, N., Enwald, H., & Huvila, I. (2021). Enablers for and barriers to using My Kanta – a focus group study of older adults' perceptions of the National Electronic Health Record in Finland. *Informatics for Health and Social Care*, 46(4), 399–411. <https://doi.org/10.1080/17538157.2021.1902331>
- Evropska komisija (2022). *Evropski zdravstveni podatkovni prostor*. Dostopno 7. 2. 2023 na [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space\\_sl](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_sl)
- Hägglund, M., Helsing E., & Scandurra I. (2020). Personalized communication - people with hearing loss' experiences of using a national patient portal. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 1031–1035. <https://doi.org/10.3233/SHTI200318>
- Kruse, C. S., Smith, B., Vanderlinden, H., & Nealand, A. (2017). Security techniques for the electronic health records. *Journal of Medical Systems*, 41(8). <https://doi.org/10.1007/s10916-017-0778-4>
- Moll, J., & Rexhepi, H. (2020). The effect of patient accessible electronic health records on communication and involvement in care - a national patient survey in Sweden. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 1056–1060. <https://doi.org/10.3233/SHTI200323>
- Norris, E. C., Halaska, C., Sachs, P. B., Lin, C. T., Sanfilippo, K. & Honce, J. M. (2022). Understanding patient experiences, opinions, and actions taken after viewing their own radiology images online: web-based survey. *JMIR Formative Research*, 6(4). <https://doi.org/10.2196/29496>
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2008). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sakaguchi-Tang, D. K., Bosold, A. L., Choi, Y. K. & Turner, A. M. (2017). Patient portal use and experience among older adults: systematic review. *JMIR Medical Informatics*, 5(4), e38. <https://doi.org/10.2196/medinform.8092>
- Shahmoradi, L., Darrudi, A., Arji, G. & Farzaneh Nejad, A. (2017). Electronic health record implementation: a SWOT analysis. *Acta Medica Iranica*, 55(10), 642–649.
- Tapuria, A., Porat, T., Kalra, D., Dsouza, G., Xiaohui, S. & Curcin, V. (2021). Impact of patient access to their electronic health record: systematic review. *Informatics for Health and Social Care*, 46(2), 192–204. <https://doi.org/10.1080/17538157.2021.1879810>
- Urowitz, S., Smith, K., Alkazaz, N., Apatu, E., Quarley, N. K., & Wiljer, D. (2012). Patient accessible electronic health records for the chronically ill: a review of the literature. *Journal of Hospital Administration*, 1(2), 64. <https://doi.org/10.5430/jha.v1n2p64>
- Valeur, H. S., Lie, A. K., & Moen, K. (2021). Patient rationales against the use of patient-accessible electronic health records: qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e24090. <https://doi.org/10.2196/24090>
- Wass, S., & Vimarlund, V. (2019). Same, same but different: perceptions of patients' online access to electronic health records among healthcare professionals. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1538–1548. <https://doi.org/10.1177/1460458218779101>
- Wass, S., Vimarlund, V., & Ros, A. (2019). Exploring patients' perceptions of accessing electronic health records: innovation in healthcare. *Health Informatics Journal*, 25(1), 203–215. <https://doi.org/10.1177/1460458217704258>
- Wright, E., Darer, J., Tang, X., Thompson, J., Tusing, L., Fossa, A., Delbanco, T., Ngo, L., & Walker, J. (2015). Sharing physician notes through an electronic portal is associated with improved medication adherence: quasi-experimental study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10). <https://doi.org/10.2196/jmir.4872>
- Zanaboni, P., Kummervold, P. E., Sørensen, T., & Johansen, M. A. (2020). Patient use and experience with online access to electronic health records in Norway: results from an online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 22(2), e16144. <https://doi.org/10.2196/16144>

# IZKUŠNJA NOSEČNOSTI, PORODA IN BABIŠKE OBRAVNAVE PRI ŽENSKAH Z IZKUŠNJO SPOLNE ZLORABE V OTROŠTVU

THE EXPERIENCE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH  
AND MIDWIFERY CARE IN WOMEN WITH THE  
EXPERIENCE OF SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD

Klavdija Slapar, dipl. bab., mag. zak. in druž. štud., spec. ZDT  
Inštitut Ataleya

info@ataleya-svetovanje.com

**Ključne besede:** nasilje, posledice nasilja, fenomenološka raziskava

## IZVLEČEK

**Uvod:** Ženska se v času nosečnosti sooča s spremembami na več področjih. Najbolj očitne spremembe pa se dogajajo z njenim telesom, prav tako se spremeni odnos okolice in nje same do njega. Pri ženskah, ki so doživele spolno zlorabo v otroštvu, je ta sprememba lahko težje sprejemljiva kot pri ženskah, ki te izkušnje nimajo. Prav tako se lahko težje soočajo z prihajajočim porodom, izzivi materinstva ter s pogostejšo obravnavo s strani zdravstvenih delavcev, tudi diplomiranih babic.

**Metoda:** Uporabili smo deskriptivno psihološko fenomenološko metodo. V raziskavo smo vključili ženske, ki so ustrezale postavljenim kriterijem. Glavno raziskovalno vprašanje je bilo, kako ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu doživljajo nosečnost, porod in babiško obravnavo v tem času ter izzive s katerimi se soočajo na tej poti.

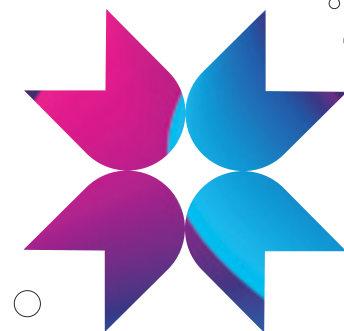
**Rezultati:** Čeprav rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na celotno populacijo, pa lahko s pomočjo izsledkov raziskave pridobimo globlje razumevanje in uvid v doživljanje nosečnosti, poroda, materinstva ter babiške obravnave pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe.

**Diskusija in zaključek:** Rezultatov zaradi števila udeleženk ne moremo posplošiti na celotno populacijo. Izsledki pa lahko služijo kot vodilo za nadaljnje raziskave in za informiranje o problematiki.

**Key words:** violence, consequences of violence, phenomenological research

## ABSTRACT

**Introduction:** A woman faces changes in several areas during pregnancy. The most obvious changes involve her body, but also her attitude toward her environment and her role in it. For women who have experienced sexual abuse in childhood, this change may be more difficult to accept than for women who have not. It may also be more difficult for them to cope with the impending birth, the challenges of motherhood, and more frequent treatment by health professionals, including skilled midwives.



**Methods:** We used the descriptive psychological-phenomenological research method. The study included those women who met the established criteria. The main research question was how women who experienced childhood sexual abuse experience pregnancy, childbirth, and midwifery and what challenges they face.

**Results:** Although the research findings cannot be generalized to the entire population, we can use the research findings to gain a deeper understanding and insight into how women who have experienced sexual abuse experience pregnancy, birth, motherhood, and midwifery care.

**Discussion and conclusion:** Due to the number of participants, the results cannot be generalized to the entire population. The results can serve as a guide for further research and information on this topic.

## Uvod

Spolna zloraba otrok je zgolj ena od oblik nasilja nad otroki, ki pa ni vedno prisotna zgolj v obliki spolnega nasilja, temveč je otrok pogosto poleg zlorabe tudi žrtev verbalnega, čustvenega in fizičnega nasilja. Otroci pa se s posledicami zlorabe sooča takoj po samem travmatičnem dogodku in tudi kasneje, ko se v odrasli dobi sooča z različnimi izzivi v odnosih z drugimi in tudi v odnosu do sebe ter svojega telesa, saj se v njegovo telo zapiše nevrobiološki odziv na travmo (Gostečnik, 2019).

Znano je, da lahko nezaželene, neprijetne spomine na travmatičen dogodek prebudijo določeni sprožilci, med katere pa spadajo tudi izzivi povezani z nosečnostjo, porodom in materinstvom (Simkin & Klaus, 2004). Raziskava s slovenskega področja je pokazala, da je od 194 deklet, ki so bile vključene v raziskavo, spolno zlorabo doživelo vsako peto dekle (Repič, 2006).

Zato smo želeli raziskati, kakšen pomen ima izkušnja spolne zlorabe v otroštvu na doživljanje nosečnosti, poroda in babiške obravnave pri ženskah. Cilj raziskave je bil pridobiti globlje razumevanje in uvid v doživljanje nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe. Zanimalo nas je predvsem, kako izkušnja spolne zlorabe v otroštvu vpliva na omenjena obdobja, kako so doživljale babiško obravnavo tekom nosečnosti in poroda, kakšne so bile potrebe in pričakovanja žensk ter kako so se ženske soočale z vsemi spremembami in novimi vlogami.

## Metode

### *Opis merskega instrumenta*

Podatke smo zbrali s pomočjo vprašalnika o demografskih podatkih ter ginekološko/porodniški anamnezi ter s pomočjo vnaprej pripravljenega pol strukturiranega intervjuja, ki je zajemal 3 vsebinska področja. Prvi del intervjuja smo namenili pridobivanju pripovedi izkušenj o doživljanju nosečnosti, babiške in ginekološke obravnave med nosečnostjo ter opisovanju izkušenj sprememb v partnerskem in drugih odnosih. V drugem delu intervjuja smo se osredotočili na doživljanje poroda, v tretjem delu pa smo se osredotočili na doživljanje poporodnega obdobja in vzgoje ter vseh sprememb, ki so v tem obdobju življenja sledile.

### *Opis vzorca*

V naši raziskavi je sodelovalo pet odraslih žensk. Najmlajša udeleženka je bila stara 21 let, najstarejša pa 60 let. Štiri so imele vsaj visokošolsko izobrazbo, ena pa je bila še dijakinja. Tri od petih udeleženk so bile poročene, od teh je ena živela z možem ločeno. Ena od udeleženk je bila ločena, druga pa v zunajzakonski zvezi. Dve udeleženki sta imeli dva otroka, drugi dve enega otroka in ena udeleženka je imela tri otroke.

### *Opis poteka in obdelave podatkov*

Najprej smo opravili pregled strokovne literature z omenjenih področij. Nato smo s pomočjo vprašanj odprtega tipa in izvedenih intervjujev posameznic dobili ustni opis doživljanja nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja ter vpogled v to, kako je izkušnja spolne zlorabe oblikovala omenjene izkušnje. S pomočjo deskriptivne psihološke fenomenološke metode smo na koncu dobili tudi sistematičen pregled doživljanja vsake posameznice in skupne točke v doživljanju nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja pri ženskah, ki imajo poleg materinstva skupno točko tudi v tem, da so vse bile žrtve spolne zlorabe v otroštvu. Po pregledu doživljanja udeleženk smo naredili analizo posameznih opisov doživljanja, nato pa smo za posamezno udeleženko oblikovali natančen in jasen opis njenega doživljanja. S pomočjo empatičnega prebiranja smo poskušali

razumeti in v opis zajeti vsako podrobnost opisa doživljanja. Pri zadnjem delu naše fenomenološke psihološke raziskave smo oblikovali tudi splošni opis glavnih komponent čustvenega doživljanja vsake posameznice z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu v obdobjih nosečnosti, poroda in v času po porodu.

## Rezultati

Rezultati raziskave so nakazali, kako spolna zloraba v otroštvu vpliva na več vidikov doživljanja nosečnosti, poroda in materinstva s strani ženske.

V raziskavi smo ugotovili, da so vse udeleženke novico o nosečnosti doživele intenzivno ne glede na to, ali so ob tem čutile prijetna ali neprijetna čustva. Štiri udeleženke so bile vesele in srečne, kar je ena od udeleženk opisala z naslednjimi besedami: *»V bistvu sem bila vesela, ampak malo tudi zmedena.«* Dve sta opisovali začetni šok in strah. Ena udeleženka je zaupala: *»Začetni šok je bil pa res grozen. Tako no, tako doživljanje, jok, šok, kriza, panični napadi.«* » Tekom nosečnosti so udeleženke čutile tudi druga čustva, kot so sram, občutki krivde in blaženosti. V času nosečnosti in/ali po porodu so udeleženke začutile spremembo v partnerskem odnosu, ki se je v večini primerov poslabšal, pri dveh udeleženkah pa se je partnerski odnos poglobil. Ena od udeleženk je svojo izkušnjo opisala tako: *»Tako, ful sva se kregala. /.../ Pa v bistvu na en način sem začutila takrat, ko sva se ful kregala, sem začutila prav eno tako ujetost. Prav uno... O, šit, zdej je pa to. Zdaj sta se poročila, pa še noseča si, zdaj vama pa ne gre ...«*

Vse udeleženke so tekom nosečnosti čutile strah – ali pred porodom, v povezavi s skrbjo o otrokovem zdravju ali pa zaradi situacije kot take. Dve udeleženki sta med nosečnostjo čutili tudi sram ob nosečnosti. S težavo sta tudi o nosečnosti povedali svojim staršem. Obe udeleženki sta bili tudi žrtvi incesta.

Štiri udeleženke so opisovale svojo porodno izkušnjo kot negativno ali travmatično. Vse štiri so med porodom doživele ali zastoj poroda ali pa več drugih intervencij, posegov s strani zdravstvenih delavcev. Udeleženka, ki je rodila s pomočjo vakuumske ekstrakcije, je svojo izkušnjo opisala: *»Potem pa je počasi tisto, ko kontrolo začneš izgubljeni nad sabo. Midva sva gor prišla nekje dvajset do enajstih, potem pa nekje deset čez polnoči je pa meni voda odtekla. Ampak takrat je mene babica napotila na posteljo, če bom še malo na postelji, da bi še malo se vlegla. Ampak potem sem jaz tam gor ostala. Mislim. Pol pa ni bilo več fajna. Pol je meni voda odtekla. Potem sem imela takoj ta refleks iztisa. To mi je bilo pa ful grozno. Zaradi tega, ker nisem vedela kaj je in sem imela ful občutek, da nimam čist nobene, mislim občutek, nisem imela nobene kontrole več nad telesom. In mi je pa postalo zelo grozno, noge so se mi ful tresle, cela sem se ful tresla. In ona mi je govorila naj se umirim. Jaz pa se nisem mogla, ker mi je telo tako odreagiralo. In to mi je bilo pa ful grozno. /.../ Pol je bilo pa tako, v bistvu, da ni več utripa slišala. In potem je bilo treba ful na hitro vse. /.../ Res, grozno je bilo. Bolelo je za znoret. Imela sem občutek, da bom umrla, da nimam čist nobene-ga nadzora več nad svojim telesom. Da mi niti, nič, brezizhodna situacija. Niti operirat me ne morejo in carskega reza ne morjo naredit. Jaz moram še vseeno potisniti otroka ven, tudi če je vakuum moram jst potiskat k budala.«*

Med porodom so doživele verbalno nasilje s strani zdravstvenih delavcev ali pa so čutile pomanjkanje podpore, tako s strani zdravstvenih delavcev kot tudi s strani partnerja. Negativno izkušnjo z zdravstveno delavko je ena od udeleženk opisala: *»Sploh nič nisem smela. Ne vem zakaj. Sploh nisem smela niti vstati. Ne vem zakaj. Pa una porodničarka ali kaj je. Ona se je skoz drla name, da kdaj bom že rodila, da nima časa. Tako da, skoz se je samo dret hodila v sobo, edino to. Aha, pa pol sem še napisala, da mu (op. otroku) naj ne dajo une glukoze, pač sladkor. Am, pa da mu ne dajo umetnega mleka. In so mu ga kar dajali, pač na skrivaj. Mislim, kaj./.../ Najbolj mi je ostalo ravno to, ko sem ležala in sem pač imela iztegnjene noge in me je tok bolel. In je prišla, pač, ena babica in se začela ful dret, da tako ne bom nikoli rodila, če bom imela iztegnjene noge.«*

Ena udeleženka je zaupala tudi lastno izkušnjo spolne zlorabe s strani dveh zdravnikov, druga pa je povedala za mamino izkušnjo zlorabe v otroštvu s strani zdravnika. Svojo izkušnjo spolne zlorabe s strani zdravnika udeleženka opiše: *»Gimnazijke, ko smo hodile po kontracepcijske tabletko k njemu, nas je učil kako se orgazem doživlja. Tako ali si že kdaj je doživela orgazem. Nisem. No potem ga boš pa danes. /.../ Kokrat se je meni to dogajalo. Ti poskusi. Posilstev pa ... Pa sem šla na okulističen pregled na gimnaziji pa mi je .. pa sem rekla poslušajte pa jaz nimam oči tam dol. Temu sem še upala reči. Z roko je šel takole notri.«*

Poleg tega sta dve udeleženki opisali tudi, da sta bili žrtvi verbalnega oziroma psihičnega spolnega nasilja z namenom, da bi opravili umetno prekinitev nosečnosti proti lastni volji. Dve udeleženki pa sta zaupali, da čutila, da se je njun odnos s partnerjem pričel spreminjati tudi zaradi izkušnje, ki sta si jo delila v porodni sobi. Od tega se je en odnos prekinil, drug poglobil. Pri dojenju so se udeleženke soočale z različnimi izzivi – omenjale so mastitis, boleče dojenje, ragade, tesnobne občutke med dojenjem idr. Pri skrbi za novorojenčka so se vse udeleženke soočale s strahovi, najpogosteje so omenjale strah pred tem, da

bi zlorabile lastnega otroka, ki je bil prisoten ob umivanju in/ali previjanju. Svoje skrbi je ena udeleženka opisala: »Vsakič, ko jo umivam pomislim, o, da je ne bom kaj preveč prijela. Tako. Je un strah zadaj, da ne bom zlorabila svojega otroka. To je ful prisotno.« Podobno je čutila tudi druga udeleženka: »No pri prvem otroku je bilo meni zelo šokantno, ko sem videla kako fantkom penis naraste. To je bilo meni tako. Kaj to pomeni. In tukaj se potem pa še čisto nezaveden občutek zlorabe. To mi je bilo zelo šokantno. /.../ Če sem videla, da se je pokakal. To sem se morala potem kar pripraviti. Da sem to naredila ne.«

## Diskusija

V času nosečnosti, poroda in po porodu se žensko telo močno spreminja ter odigra veliko vlogo, kar pa lahko prebudi tudi telesni spomin na preteklo travmatično izkušnjo (Repič, 2008). Spolno nasilje je eno od pomembnih javno zdravstvenih problemov, ki vplivajo na psihično in zdravstveno zdravje žensk (McMahon et al., 2000). Na Ginekološki kliniki v Ljubljani so leta 2014 izvedli raziskavo Nasilje med nosečnostjo – NANOS (Globevnik Velikonja et al., 2017), v kateri je sodelovalo 1018 žensk po porodu. V omenjeni raziskavi so ugotovili, da je eno od oblik nasilja v zdravstvenem sistemu doživelo 9,2 % nosečnic. Spolno nasilje v preteklosti pa je doživelo 7,6 % žensk. Med nosečnostjo je nasilje v zdravstvenem sistemu doživelo 59 žensk oziroma 5,8 % žensk, vključenih v raziskavo, najpogosteje pa so bile ženske med nosečnostjo žrtve fizičnega (70 %) in čustvenega (27,3 %) nasilja s strani intimnega partnerja. Čustveno, verbalno in spolno nasilje znotraj zdravstvenega sistema je doživela tudi večina naših udeleženek, v enem primeru pa je udeleženka opisovala izkušnjo spolne zlorabe, ki jo je doživela njena mama s strani dveh zdravstvenih delavcev. Po mnenju več avtorjev bi morali na preteklo izkušnjo spolne zlorabe pri nosečnici gledati kot na dejavnik tveganja za razvoj nekaterih stanj oziroma zapletov, saj je znano, da imajo žrtve spolnega nasilja večji nivo distresa, kar pa povečuje verjetnost za visoko rizično nosečnost. Ženske pa o pretekli izkušnji spolne zlorabe redko govorijo z ginekologom, kar so v svoji raziskavi potrdili, saj se je o pretekli zlorabi ginekologom po njihovih izsledkih zaupalo zgolj 7,9% žensk.

Med porodom je pomembno, da je ženska v stiku s svojim telesom. To pa predstavlja velik izziv za žrtve spolnega nasilja, saj se pogosto soočajo z disociacijo in pogosto obtožujejo sebe in svoje telo, ker imajo telesne občutke (Repič Slavič, 2015). Halvorsen in sodelavci (2013) v svoji kvalitativni raziskavi ugotavljajo, da so ženske, ki so doživele spolno zlorabo, med samim porodom pogosto ostale ujete med spomini na zlorabo in dogajanjem med porodom. To kaotično dogajanje znotraj njih se je pojavilo ne glede na to, ali so rodile spontano, s pomočjo vakuumske ekstrakcije ali s trebušnim porodom. Prav tako jih je strah izgube nadzora med samim porodom (Repič, 2015). Vakuumski porod je opisala tudi ena od udeleženek naše raziskave, kjer je omenjala strah pred smrtjo ter posledice poroda kot travmatične.

Po porodu lahko ženske razvijejo posttravmatsko stresno motnjo (PTSM) zaradi travme, povezane s porodno izkušnjo, ali zaradi travmatičnih dogodkov, ki so jih doživele v preteklosti (Kleiman & Davis Raskin, 2013). Ženske, ki so doživele spolno zlorabo v preteklosti, se po porodu pogosteje soočajo tudi s poporodno depresijo (Repič Slavič & Gostečnik, 2015; Simkin & Klaus, 2004). Poleg omenjenega imajo lahko tudi več težav pri spoprijemanju z vlogo mame, ne zaupajo svojemu telesu ali intuiciji, imajo več strahov, povezanih z novo vlogo ter skrbjo za novorojenčka, pogosteje pa se soočajo tudi s poporodno depresijo in občutki krivde (Simkin Klaus, 2004), kar smo ugotovili tudi v naši raziskavi.

Na doživljanje poporodnega obdobja pa lahko vpliva tudi funkcionalnost partnerskega odnosa. Znano je, da so ženske z izkušnjo zlorabe pogosteje v nefunkcionalnih, toksičnih partnerskih odnosih (Repič, 2015), kar se je pokazalo tudi v naši raziskavi, kjer so ženske opisovale tako spolno zlorabo znotraj partnerskega odnosa, kot tudi verbalno in čustveno zlorabo.

## Zaključek

Spolno nasilje vpliva na vsa področja življenja žrtev. Ob pregledu rezultatov dobimo poglobljen vpogled v doživljanje izzivov in sprememb, ki jih prinašajo omenjena obdobja, prav tako pa lahko dobimo uvid v pomembnost kakovostne podporne mreže ljudi in sočutne ter na žensko osrediščene obravnave med porodom. Dobimo tudi vpogled v doživljanje prisotnosti partnerja med porodom, v razsežnost doživetega nasilja, nefunkcionalnih družinskih odnosov, izzivov pri postavljanju meja in razlikovanju med zlorabo in ljubeznijo. Uporabnost rezultatov lahko služi različnim strokovnjakom, ki se pri svojem delu srečujejo z ženskami v ali izven rodne dobe, poleg tega pa so rezultati uporabni tudi za vse ženske, ki imajo izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu, in njihove bližnje, da s pomočjo le-teh dobijo poglobljeno razumevanje in uvid v povezave med zlorabo ter da si tako lahko lažje zagotovijo primerno podporo in pomoč.



Čeprav rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na splošno populacijo, so izsledki lahko vodilo za nadaljnje raziskave na tem področju in lahko služijo tudi za poglobljeno razumevanje doživljanja nosečnosti, poroda, babiške obravnave in materinstva pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu. Izpostavljeni izzivi so lahko smernice za nadaljnje raziskovanje.

## Literatura

- Globevnik Velikonja, V., Lučovnik, M., Premru Sršen, T., Leskovšek, V., Kranjc, M., Pavše, L., Verdnik, I., Tul, N., & Blickstein, I. (2018). Violence before pregnancy and the risk of violence in pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 46(1), 29–33.
- Gostečnik, C. (2019). *Travma in relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Založba Brat Francišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørli, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *BIRTH*, 40(3), 182–91.
- Kleiman, K. R., & Davis Raskin, V. (2013). *This isn't what I expected: Overcoming postpartum depression*. New York: Hachette Go.
- McMahon, P. M., Goodwin, M. M., & Stringer, G. (2000). Sexual Violence and Reproductive Health. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 12–4.
- Repič Slavič, T. (2006). Avtonomija in intimnost v družini kot dejavnika tveganja za spolno zlorabo. *Psihološka obzorja*, 15(1), 111–25.
- Repič Slavič, T. (2015). *Nemi krika spolne zlorabe in novo upanje* (2nd ed.). Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Repič Slavič, T., & Gostečnik, C. (2015). The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with a history of sexual abuse. In A. Mivšek (ed.), *Sexology in midwifery*.
- Simkin, P., & Klaus, P. (2004). *When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*. Washington: Classic day publishing.

# PORODNI POLOŽAJI V SLOVENSKIH PORODNIŠNICAH

## BIRTHING POSITIONS IN SLOVENIAN MATERNITY HOSPITALS

Tadej Ornik, študent, Jerca Jesenovec, študentka, Eva Kodrin, študentka, Lucija Oblak, študentka, Urška Rojs, študentka, Klea Rozman, študentka, Azra Šiljić, študentka, Klara Tacar, študentka, Hana Zajc, študentka, viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC, pred. mag. Metka Skubic, dipl. bab., univ. dipl. ped., asist. dr. Anita Jug Došler, univ. dipl. ped

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

[tedaj.ornik2001@gmail.com](mailto:tedaj.ornik2001@gmail.com)

34

**Ključne besede:** porod, porodni položaj, porodnica, babica

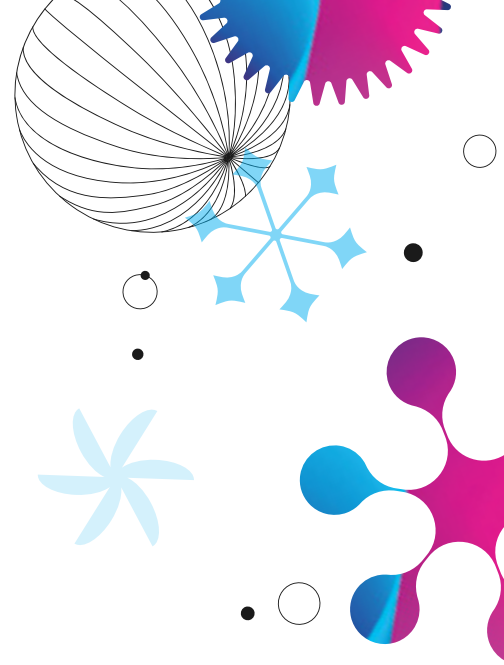
### IZVLEČEK

**Uvod:** Ženske lahko rojevajo v različnih porodnih položajih. Na odločitev za menjavo položaja tekom poroda lahko vplivajo nekateri socialno in kulturno pogojeni faktorji. S spreminjanjem porodnih položajev se lahko poveča premer porodne poti, s čimer se plodu omogoči več prostora. Posledično se lahko zmanjša tveganje za raztrganine presredka tretje in četrte stopnje. Namen raziskave je bil proučiti uporabo različnih porodnih položajev v slovenskih porodnišnicah.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja, ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic in babičarjev, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedli smo jo študenti 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Podatki so bili analizirani na osnovi deskriptivne statistike z navedbo frekvenc in odstotkov.

**Rezultati:** Največ babic oz. babičarjev v prvi porodni dobi prakticira bočni položaj (92 %). Sledi mu hoja (90 %) in položaj sede na žogi (81 %). V drugi porodni dobi je najpogosteje zastopan bočni položaj (88 %). Sledi mu hrbtni položaj (58 %), polsedeč položaj (50 %) in položaj na vseh štirih (46 %). V prvi porodni dobi se od porodnih pripomočkov najpogosteje uporabljajo žoge (98 %), tuš (85 %) in blazine (60 %). V drugi porodni dobi pa žoge (52 %), porodna pručka (52 %) in blazine (46 %).

**Diskusija in zaključek:** Rezultati raziskave so pokazali, da v slovenskih porodnišnicah prevladujejo pokončni položaji (hoja, položaj sede na žogi) in bočni položaj. V porodnišnicah je na voljo veliko število porodnih pripomočkov, vsi pa se v prvi in drugi porodni dobi ne uporabljajo enako pogosto.



**Key words:** birth, birth positions, labouring woman, midwife

## ABSTRACT

**Introduction:** Women can give birth in different birthing positions. The decision to change positions during childbirth may be influenced by certain socially and culturally determined factors. These may include: the chosen maternity, the woman's wishes, the rate of pain, the duration of the birth, the woman's education, and the course of pregnancy and birth. By changing the birth position, the diameter of the birth canal can be increased, allowing more space for the foetus. The aim of our study was to investigate the use of different birth positions in Slovenian maternity hospitals.

**Methods:** A descriptive and causal non-experimental method of empirical research was used, based on an online survey, i.e., a questionnaire. The survey was conducted among midwives in Slovenian maternity hospitals. It was conducted by 3rd year midwifery students of the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana. Data were analysed based on descriptive statistics with frequencies and percentages.

**Results:** Most midwives in the first stage of birth practice a lateral position (92%). Followed by walking (90%) and sitting on the ball (81%). In the second stage of labour, the side position is the most common (88%). This is followed by the supine position (58%), the half-sitting position (50%), and the position on all fours (46%). In the first stage of labour, balls (98%), showers (85%), and pillows (60%) are the most used birth aids. In the second stage of labour, the most common aids are balls (52%), birth showers (52%), and pillows (46%).

**Discussion and conclusion:** The results of the survey show that in Slovenian maternity hospitals the upright posture (walking, sitting on the ball) and the lateral position are predominant. There are many delivery aids in the maternity hospitals, but not all of them are used so frequently in the first and second stage of labour.

## Uvod

Pred razvojem medicine je imela med porodom ženska svobodnejšo izbiro porodnih položajev. Z razvojem porodniške stroke se je povečala potreba po nadzoru poroda. S tem se je zmanjšalo število priložnosti, ko porodnica položaje izbira prostovoljno. Cilj nadzora poroda je bil čim prej zaznati patologijo in posledično ukrepati. Zaradi lažjega nadzora stanja ploda, zagotavljanja intravenske terapije, izvajanja izhodnih porodniških operacij, Leopoldovih prijemov, varovanja presredka in asistiranja pri porodu, se je kot standard začel uporabljati ležeči položaj (Da Silva et al., 2019). S tem se je medicinski stroki olajšal nadzor nad dogajanjem, po drugi strani pa se je povečalo tveganje za: (1) pojav sindroma vene cave, (2) popadki so lahko manj učinkoviti, (3) mišice perineja niso sproščene, (4) porodne bolečine so bolj intenzivne, (5) poveča se lahko potreba po izhodnih porodniških operacijah, (6) poveča se lahko potreba po epiziotomiji, (7) CTG zapis pogosteje kaže patološke vzorce, posledično je potrebnih več medicinskih intervencij itn. (Diorgu et al., 2016).

Na odločitev za menjavo položajev tekom poroda lahko vplivajo nekateri socialno in kulturno pogojeni faktorji. Mednje lahko spadajo: izbrana porodnišnica, želje žensk, stopnja bolečine, trajanje poroda, izobrazba ženske ter potek nosečnosti in poroda idr. (Watson & Cooke, 2018; Shorey et al., 2021).

Porodne položaje delimo v dve glavni skupini. Med prvo skupino spadajo vertikalni oz. pokončni položaji npr. položaj čepe, sede, stoje in njihove različice. Na drugi strani pa so horizontalni oz. vodoravni, pod katere spadajo litotomni, ginekološki, bočni in ležeči položaj na hrbtu (Da Silva et al., 2019). Pokončne porodne položaje se povezuje z boljšimi porodnimi izidi (Badejoko et al., 2017).

Nekateri položaji v drugi porodni dobi pomembno vplivajo na izid poroda. Poznavanje porodnih položajev je v tej fazi pomembno za babiško prakso. Vse več smernic kaže, da menjava različnih položajev v drugi porodni dobi, služi kot intervencija za lajšanje napredovanja poroda. Menjava položajev lahko močno izboljša občutek nadzora ženske nad potekom poroda in ji omogoči pozitivno izkušnjo (Berta et al., 2019).

Pri ležečem položaju ženska počiva na hrbtu, noge so pokrčene, tako da so stopala poravnana s podlago, lahko pa so ta vstavljena tudi v stremena oz. jih držijo spremljevalci ali ženska sama. Ta položaj bobicam in porodničarjem omogoča boljše udobje pri spremljanju napredovanja poroda in izvajanju manevrov. Kljub vsem raziskavam in priporočilom, da se tovrstni položaji ne uporabljajo, je prakticanje teh še vedno preveč pogosto (Huang et al., 2019).

Pri bočnem položaju ženska leži na boku s pokrčenimi boki in kolena. Med nogami ima lahko blazino. Bočni položaji so eni izmed enostavnejših položajev, prav tako pa so zelo udobni (Huang et al., 2019).

Sedeči položaj vključuje tako polsedeči kot tudi pokončni sedeči položaj. Pri polsedečem položaju ženska sedi s trupom pod kotom 45° ali več. Pri pokončnem sedečem položaju pa ženska sedi naravnost na postelji, stolu, žogi in/ali drugih porodnih pripomočkih. Glede na študije (Huang et al., 2019) so sedeči položaji bolj priljubljeni v razvitih državah. Razlogi za manjšo uporabo čepečih položajev so lahko pomanjkanje znanja, pomanjkljiva usposobljenost babic oz. babičarjev ali fizična nezmožnost za izvajanje položaja. Med drugimi naj bi ravno ta položaj veljal za enega izmed najbolj naravnih položajev (Huang et al., 2019). Prednost prakticiranja položaja čepe je v povečanem medeničnem izhodu, izboljšanjem delovanju gravitacijske sile, povečani potrebi po spontanem potisku, pospešenem spuščanju vodilnega plodovega dela, pospešenem krvnem obtoku v predelu medenice itn. Posledično je lahko boljši tonus v maternici in mišicah medeničnega dna (Berta et al., 2019). Vertikalni položaji imajo prednost na treh področjih: v porodništvu (krajše trajanje poroda, manjša uporaba vakuuma ali carskega reza), pri plodu (boljše počutje ploda, ki se odraža na CTG zapisu) in stanju matere (manj raztrganin presredka, epiziotomij in zastopanost bolečine). Porodni položaji lahko pripomorejo pri spuščanju vodilnega plodovega dela po porodnem kanalu, pri čemer lahko imajo pokončni položaji večjo korist kot vodoravni položaji (Huang et al., 2019; Berta et al., 2019; Dahlen et al., 2013).

Vsak porodni položaj ima svoje prednosti in slabosti. V nasprotju sta si potreba po nadzoru poteka in napredovanja poroda ter počutje ženske. Del babiške filozofije je upoštevanje ženske in njenih želja, v kar je všteto tudi spreminjanje porodnih položajev na njeno pobudo. V nekaterih primerih pa določeni porodni položaji niso primerni zaradi različnih zapletov, dejavnikov tveganja ali medicinskih intervencij (kot so npr. farmakološke oblike lajšanja bolečine, indukcija, stimulacija poroda ipd.). Tudi pri porodnicah, ki so se odločile za lajšanje porodne bolečine z epiduralno analgezijo, ni kontraindicirano spreminjanje porodnih položajev (Watson & Cooke, 2018).

Namen raziskave, katere podatke predstavljamo v nadaljevanju, je bil proučiti uporabo različnih porodnih položajev v slovenskih porodnišnicah. V okviru te smo sledili naslednjim raziskovalnim ciljem: proučiti najpogosteje uporabljene porodne položaje in porodne pripomočke v prvi in drugi porodni dobi, ki so in/ali jih babice oz. babičarji uporabljajo v slovenskih porodnišnicah.

### **Raziskovalna vprašanja**

RV1: Kateri porodni položaji so najpogosteje uporabljeni v prvi porodni dobi, ter na čigavo odločitev se zanje odločajo?

RV2: Kateri porodni položaji so najpogosteje uporabljeni v drugi porodni dobi, ter na čigavo odločitev se zanje odločajo?

RV3: Katere porodne pripomočke imajo babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah na voljo?

RV4: Katere porodne pripomočke babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah uporabljajo v prvi in drugi porodni dobi?

## **Metode**

Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja (Harvey & Land, 2016), ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Vprašalnik je bil razvit v okviru laboratorijskih vaj tekom študijskega procesa na osnovi pregleda literature, navedene v seznamu uporabljene literature in študije podobnih vsebin tekom študija. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic in babičarjev, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedli smo jo študenti 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Zanesljivost in veljavnost vprašalnika smo kontrolirali s strokovnim pregledom in oceno mentorjev na Oddelku za babištvo. Podatki so bili analizirani na osnovi osnovne deskriptivne statistike z izračuni frekvenc in odstotkov.

### **Opis vzorca**

Spletno anketo je ustrezno rešilo 54 babic oz. babičarjev, končalo v celoti pa 52. Največ babic oz. babičarjev je bilo iz porodnišnice Ljubljana (21 %), sledila je porodnišnica Maribor (10 %) ter porodnišnice Izola (8 %), Nova Gorica (8 %), Novo mesto (8 %), Murska Sobota (8 %), Slovenj Gradec (8 %). Ostale slovenske porodnišnice so bile zastopane s 7% ali manj (porodnišnica Brežice, Celje, Jesenice, Kranj, Ptuj, Postojna, Trbovlje).

### **Opis vprašalnika**

Anketni vprašalnik je bil objavljen kot spletna anketa na spletni aplikaciji 1KA. Spletna anketa je bila odprta od 24. 10. do 13. 12. 2022. Vprašalnik je bil vključno z demografijo sestavljen iz 13 vprašanj, od tega je bilo 8 vprašanj zaprtega tipa in 5 vprašanj kombiniranega odprto-zaprtega tipa. V okviru prispevka predstavljamo del raziskave, ki se nanaša na 4 raziskovalna vprašanja.

## Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate raziskave glede na predhodno predstavljena raziskovalna vprašanja.

**Raziskovalno vprašanje 1:** *Kateri porodni položaji so najpogosteje uporabljeni v prvi porodni dobi, ter na čigavo odločitev se zanje odločajo?*

Podatki (Tabela 1) so pokazali, da v prvi porodni dobi največ babic oz. babičarjev prakticira bočni položaj (92 %), sledi mu hoja (90 %), položaj sede na žogi (81 %), stoječ položaj (77 %), polsedeč položaj (40 %), položaj na vseh štirih (38 %), sedeč položaj z opiranjem naprej (25 %), čepeč položaj (19 %), klečeč položaj (17 %), hrbtni položaj (15 %) ter položaj na kolenih z opiranjem naprej (15 %). Najredkeje uporabljen položaj je hoja po stopnicah (6 %). Podatki so pokazali tudi, da je odločitev za spreminjanje porodnega položaja v prvi porodni domena ženske (54 %). 46 % babic oz. babičarjev je navedlo, da na odločitev spreminjanja porodnih položajev vpliva deljeno mnenje tako ženske kot tudi babice. Nihče od anketirancev ni podal odgovora, da bi odločitev za spreminjanje porodnega položaja bila samo domena babice.

**Tabela 1:** *Porodni položaji v prvi porodni dobi*

Porodni položaji	Frekvenca	Odstotek
Bočni	48	92 %
Hoja	47	90 %
Sede na žogi	42	81 %
Stoje	40	77 %
Polsedeč	21	40 %
Na vseh štirih	20	38 %
Sede z opiranjem naprej	13	25 %
Čepe	10	19 %
Kleče	9	17 %
Hrbtni	8	15 %
Na kolenih z opiranjem naprej	8	15 %
Hoja po stopnicah	3	6 %

**Raziskovalno vprašanje 2:** *Kateri porodni položaji so najpogosteje uporabljeni v drugi porodni dobi, ter na čigavo odločitev se zanje odločajo?*

Podatki (Tabela 2) so pokazali, da največ babic oz. babičarjev v drugi porodni dobi prakticira bočni položaj (88 %), sledi mu hrbtni položaj (58 %), polsedeč položaj (50 %), položaj na vseh štirih (46 %), položaj na kolenih z opiranjem naprej (23 %), čepeč položaj (17 %), stoječ položaj (15 %), klečeč položaj (13 %), sedeč položaj z opiranjem naprej (6 %) ter drugo (6 %). Podatki so pokazali tudi, da odločitev spreminjanja porodnih položajev v drugi porodni dobi poteka zgolj kot odločitev žensk (35 %). 62 % babic oz. babičarjev je navedlo, da na odločitev spreminjanja porodnih položajev vpliva deljeno mnenje tako ženske kot tudi babice. Da je odločitev za spreminjanje porodnega položaja domena samo babice, je navedlo 4 % babic oz. babičarjev.

**Tabela 2:** *Porodni položaji v drugi porodni dobi*

Porodni položaji	Frekvenca	Odstotek
Bočni	46	88 %
Hrbtni	30	58 %
Polsedeč	26	50 %
Na vseh štirih	24	46 %
Na kolenih z opiranjem naprej	12	23 %
Čepe	9	17 %
Stoje	8	15 %
Kleče	7	13 %
Sede z opiranjem naprej	3	6 %
Drugo	3	6 %

**Raziskovalno vprašanje 3:** Katere porodne pripomočke imajo babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah na voljo?

Podatki (Tabela 3) so pokazali, da so vse slovenske porodnišnice založene z žogami (100 %). V 75 % slovenskih porodnišnic so na voljo blazine in porodne pručke, v 50 % viseči trakovi, v 40 % porodni stoli, v 37 % letvenik in v 35 % porodni (vodni) bazen.

**Tabela 3:** Porodni pripomočki v slovenskih porodnišnicah

Porodni pripomočki	Frekvenca	Odstotek
Žoga	52	100 %
Blazine	39	75 %
Porodna pručka	39	75 %
Viseči trak	26	50 %
Porodni stol	20	40 %
Letvenik	19	37 %
Porodni (vodni) bazen	18	35 %
Drugo	1	2 %

**Raziskovalno vprašanje 4:** Katere porodne pripomočke babice oz. babičarji uporabljajo v slovenskih porodnišnicah v prvi in drugi porodni dobi?

Podatki (Tabela 4) so pokazali, da se v prvi porodni dobi najpogosteje uporabljajo žoge (94 %), tuš (85 %) in blazine (60 %). Najredkeje pa je uporabljen porodni stol (19 %) in porodna pručka (19 %). V drugi porodni dobi se najpogosteje uporabljajo žoge (52 %), porodna pručka (52 %) in blazine (46 %). Najredkeje je uporabljen letvenik (13 %). Najmanjše število porodnišnic (6 %) v drugi porodni dobi ne uporablja nobenih porodnih pripomočkov.

**Tabela 4:** Porodni pripomočki v slovenskih porodnišnicah v prvi in drugi porodni dobi

Porodni pripomočki	Prva porodna doba – porodni pripomočki		Druga porodna doba – porodni pripomočki	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
Žoge	49	94 %	27	52 %
Tuš	44	85 %	0	0 %
Blazine	31	60 %	24	46 %
Viseči trak	13	25 %	11	21 %
Porodni (vodni) bazen	13	25 %	14	27 %
Letvenik	12	23 %	7	13 %
Porodni stol	10	19 %	12	23 %
Porodna pručka	10	19 %	27	52 %
Ne uporabljamo pripomočkov	0	0 %	3	6 %

## Diskusija

Zelo pomembno je, da je ženski med porodom omogočeno gibanje in da poteka izbor porodnega položaja glede na izbiro in počutje ženske. Zaradi delovanje težnosti, popadkov, poravnave ploda in povečanega medeničnega izhoda se v prvi porodni dobi svetujejo pokončni položaji (Sinkin, Hanson & Acheta, 2017). Različni porodni položaji vodijo do sprememb v širini medeničnega prostora, zato lahko ženska v drugi porodni dobi zavzame določene položaje, z namenom zmanjšanje tveganja za kelafofelvino disproporcio (nesorazmerje med vodilnim plodovim delom in materino medenico). Natančneje, položaji kot so klečanje, stoja, čepenje in sedeči položaji, so bolj koristni za kostno strukturo medenice, saj omogočajo več gibanja trtice in razširitev na področju simfize (Borges et al., 2021). Več avtorjev (Laurence et al., 2013; Hanson & Acheta, 2017) izpostavlja, da so polsedeči in bočni položaji priporočljivi za počitek oz. če želimo hiter porod upočasniti.

Pokončni položaji večajo silo težnosti, pospešujejo popadke, ter omogočajo, da se vodilni plodov del lažje spušča po porodnem kanalu. Položaji, ki so asimetrični ali kjer je ženska nagnjena naprej, lajšajo bolečino v križu, ter omogočajo rotacijo ploda. Hrbtni položaji večajo porodno bolečino, popadki so bolj boleči, a ne pogojujejo hitrejšega napredovanja poroda. Kadar je

potreben hrbtni položaj, lahko hiperfleksija stegen približa biomehanske značilnosti, opažene pri porodih v čepečem položaju (Desseauve et al., 2020). Tudi podatki naše raziskave so pokazali, da se pri izbiri porodnih položajev v prvi in drugi porodni dobi upošteva odločitev ženske o izbiri porodnega položaja. O tem pa ji je lahko z nasveti in vsem potrebnim znanjem v pomoč babica oz. babičar. Da v slovenskih porodnišnicah prevladujejo pokončni položaji (hoja, položaj sede na žogi) in bočni položaj, je med drugim pokazala tudi naša raziskava.

V drugi porodni dobi postanejo popadki po intenzivnosti in jakosti močnejši. Menjavanje porodnih položajev pomaga ženski lajšati porodno bolečino. Priporočljivi porodni položaji (Sinkin, Hanson & Acheta, 2017; Deliktas & Kukulu, 2018) v drugi porodni dobi so: položaj sede, položaj kleče, položaj čepe, bočni položaj, stoja z gibanje naprej in nazaj, tudi s souporabo porodnega stola in drugih porodnih pripomočkov. Navedeni položaji se skladajo tudi z rezultati naše raziskave. Bi pa ob tem izpostavili, da je po priporočilih stroke (Sinkin, Hanson & Acheta, 2017; Marshal & Renolds, 2020) v slovenskih porodnišnicah še vedno previsoko zastopan delež hrbtnega položaja.

Rezultati raziskave so pokazali, da je v slovenskih porodnišnicah na voljo veliko število porodnih pripomočkov, da pa se vsi pripomočki v prvi in drugi porodni dobi ne uporabljajo enako pogosto.

## Zaključek

Zaključimo lahko, da se v slovenskih porodnišnicah prakticirajo različni porodni položaji, kar je za nas študente zelo spodbudno. Spodbudno pa je tudi za porodnice, saj spodbujanje različnih porodnih položajev omogoča na žensko osredičeno babiško skrb, individualno obravnavo porodnice, adekvatnejše lajšanje porodne bolečine, pripomore pa tudi k opolnomočenju porodnice, saj ji omogoča soodločanje v procesu rojevanja.

## Literatura

- Badejoko, O., Ibrahim, H., Awowole, I., Bola-Oyebamiji, S., Ijarotimi, A., & Loto, O. (2017). Upright or dorsal? childbirth positions among antenatal clinic attendees in Southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(2), pp. 172–178. Retrieved from: [https://doi.org/10.1007/978-90-481-2599-9\\_19](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2599-9_19) [24.4.2023].
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), pp. 466–466. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0> [24.4.2023].
- Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T., & Natal, R. (2021). Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, p. 200. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105921> [24.4.2023].
- Da Silva, C. R., Pereira, L. B., Vogt, S. E., & De Oliveira Dias, C. L. (2019). Parto em posição não supina: percepção de profissionais na assistência hospitalar/ Birth in a non-supine position: perception of professionals in hospital care. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(4), pp. 2. Retrieved from: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45203> [24.4.2023].
- Dahlen, H. G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., & Tracy, S. (2013). Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*, 29(7), pp. 759–764. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.002> [24.4.2023].
- Deliktas, A., & Kukulu, K. (2018). The Effect of Upright Positions During The First Stage of Labour on Childbirth Types: A Meta-Analysis. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8, pp. 128–137 [24.4.2023].
- Desseauve, D., Fradet, L., Gachon, B., Cherni, Y., Lacouture, P., & Pierre, F. (2020). Biomechanical comparison of squatting and "optimal" supine birth positions. *Journal of Biomechanics*, pp. 105, 109783. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2020.109783> [24.4.2023].
- Diorgu, F. C., Steen, M. P., Keeling, J. J., & Mason-Whitehead, E. (2016). Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(6), pp. 518–523. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.002> [24.4.2023].
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), pp. 460–467. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007> [24.4.2023].
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003934.pub4> [24.4.2023].
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (2020). *Myles Textbook for Midwives*. Elsevier
- Shorey, S., Chan, V., & Lalor, J. G. (2021). Perceptions of women and partners on labor and birth positions: A meta synthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(1), pp. 19–29. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/birt.12574> [24.4.2023].
- Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. Wiley-Blackwell.
- Watson, H. L., & Cooke, A. (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7(188). Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0857-8> [24.4.2023].

# LAJŠANJE PORODNE BOLEČINE V SLOVENIJI

## LABOUR PAIN MANAGEMENT IN SLOVENIA

Anja Pirc, študentka,  
Vanja Hribar, študentka,  
Monika Katančič, študentka,  
Martina Lenko, študentka,  
Ana Otoničar, študentka,  
Manca Podmiljšak, študentka,  
Vesna Simonič, študentka,  
Ajda Žerovnik, študentka,  
viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC,  
pred. mag. Metka Skubic, dipl. bab., univ. dipl. ped.,  
asist. dr. Anita Jug Došler, univ. dipl. ped.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

anja.pirc2001@gmail.com

40

**Ključne besede:** porodna bolečina, porod, farmakološke metode, nefarmakološke metode, babica

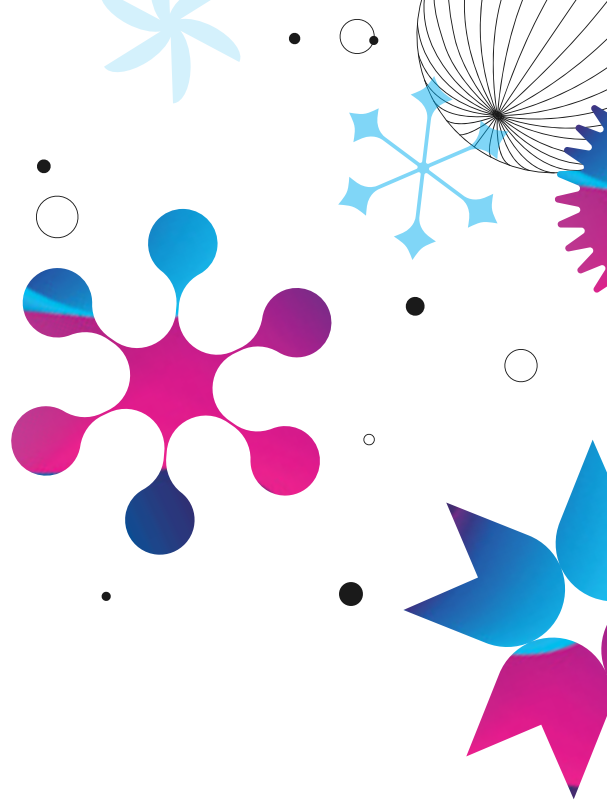
### IZVLEČEK

**Uvod:** Vsaka porodnica drugače doživlja porodno bolečino. Porodna bolečina je opredeljena kot »odličen model akutne bolečine«, vendar je za razliko od drugih akutnih bolečin, ki so običajno povezane s poškodbo ali patologijo, del normalnega fiziološkega procesa. Porodna bolečina ima tudi pomembno funkcijo v samem fiziološkem procesu, saj proizvaja hormone, kot so endorfini in oksitocin. V razvitem svetu se uporabljajo različne metode lajšanja porodne bolečine, ki so lahko farmakološke in/ali nefarmakološke. Namen naše raziskave je bil proučiti načine lajšanja porodne bolečine (farmakološke, nefarmakološke) v slovenskih porodnišnicah.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja, ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic in babičarjev, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedli smo jo študenti 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Podatki so bili analizirani na osnovi deskriptivne statistike, z izračuni frekvenc in odstotkov.

**Rezultati:** Podatki raziskave so pokazali, da je v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo šest farmakoloških metod lajšanja porodne bolečine. Med njimi se najpogosteje uporabljajo epiduralna analgezija (71 %), dušikov oksidul (53 %) in Dolsin/Petidin (47 %). Podatki raziskave so pokazali, da je v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo devet nefarmakoloških metod lajšanja porodne bolečine. Med njimi se najpogosteje uporablja menjavanje položajev (93 %), masaža/masažne žogice (78 %), topli/mrzli obkladki (47 %) in aromaterapija (45 %). Farmakološke metode se najpogosteje uporabljeno v prvi porodni dobi (73 %), nefarmakološke pa v prvi in drugi porodni dobi (56 %).

**Diskusija in zaključek:** V Sloveniji ženskam na voljo široka paleta izbire med farmakološkimi in nefarmakološkimi metodami lajšanja porodne bolečine. Med njimi so pogosteje zastopane farmakološke metode lajšanja bolečine, za katere ocenjujemo, da bi se lahko pogosteje dopolnjevale z nefarmakološkimi.





**Key words:** childbirth, pharmacological methods, non-pharmacological methods, midwife

## ABSTRACT

**Introduction:** Every woman experiences birth pain in a different way. Birth pain is defined as an »excellent model of acute pain,« but unlike other acute pain usually associated with injury or illness, it is part of the normal physiological process. Birth pain also has an important function in the physiological process itself, producing hormones such as endorphins and oxytocin. In developed countries, various methods are used to relieve birth pain, which may be pharmacological and/or non-pharmacological. The aim of our study was to investigate the methods of relieving birth pain (pharmacological, non-pharmacological) in Slovenian maternity hospitals.

**Methods:** A descriptive and causal non-experimental method of empirical research was used, based on an online survey, i.e., a questionnaire. The survey was conducted among midwives in Slovenian maternity hospitals. It was conducted by 3rd year midwifery students from the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana. The data were analysed based on descriptive statistics using frequency and percentage calculations.

**Results:** Survey data indicated that women in Slovenian maternity hospitals have 6 pharmacological methods available to relieve labour pain. These include epidural analgesia (71 %), nitrous oxide (53 %), and petidine (47 %). Data from the study indicate that 9 nonpharmacologic methods are available to women in Slovenian maternity hospitals to relieve labour pain. Position changes (93 %), massage/massage balls (78 %), warm/cold compresses (47 %), and aromatherapy (45 %) are used most frequently. Pharmacologic methods are most used in the first stage of birth (73 %) and nonpharmacologic methods in the first and second stage of birth (56 %).

**Discussion and conclusion:** In Slovenia, women have a wide choice of pharmacological and non-pharmacological methods to relieve labour pain. Pharmacological methods of pain relief are more frequently represented, which in our estimation could be more frequently supplemented by non-pharmacological methods.

## Uvod

Vsaka porodnica doživlja porodno bolečino drugače (Whitburn, 2013). Opišemo jo lahko kot paradoksalno izkušnjo, saj je mučna, a vseeno pričakovana zaradi njenega pozitivnega izida - rojstva otroka. Porodna bolečina je bila opredeljena kot »odličen model akutne bolečine«, vendar je za razliko od drugih akutnih bolečin, ki so običajno povezane s poškodbo ali patologijo, porodna bolečina del normalnega fiziološkega procesa. Porodna bolečina ima tudi pomembno funkcijo v samem fiziološkem procesu, saj proizvaja hormone, kot so endorfini in oksitocin (Buckley, 2015).

Bolečina, povezana s porodom, je kompleksen pojav. Pogosto jo opisujejo kot najzahtevnejšo in najmočnejšo bolečino, ki jo ženska lahko doživi, kljub temu pa obstajajo ogromne razlike v doživljanju te bolečine pri ženskah (Whitburn et al., 2019). Nanji in Carvalho (2020) uvrščata porodno bolečino med najhujše vrste bolečine, ki jih bo ženska doživela v življenju. Nenavadno je, da porod brez bolečin ni nujno bolj zadovoljujoč za ženske, in mnoge ženske želijo izkusiti vse občutke poroda – vključno z bolečino (Buckley, 2015).

Bolečina, povezana s porodom postavlja pomembna filozofska in teoretična vprašanja zaradi svoje edinstvene narave: zakaj je normalen fiziološki dogodek, ki je bistvenega pomena za človeški obstoj, povezan s tako močno bolečino? Z evolucijskega vidika je porod boleč, da bi spodbujal ustrezna vedenja ženske in drugih (Whitburn et al., 2019).

## Farmakološki načini lajšanja porodne bolečine

Farmakološke metode lajšanje porodne bolečine niso dostopne prav v vsaki porodnišnici. Pred aplikacijo zdravil je ključno, da so vitalni znaki porodnice v mejah normale in da je stanje ploda stabilno. Oralnih analgetikov med porodom se ne uporablja zaradi prepočasnega učinkovanja (Farnham, 2020; Manguerra & Casiano, 2017).

Pogosto uporabljena metoda poleg epiduralne analgezije so intravenska zdravila proti bolečinam, kot so morfin, petidin, remifentanil in dušikov oksidul. Takšni opioidi lahko povzročijo neželene posledice pri novorojenčkih, zlasti zaviranje dihanja.

Zraven tega lahko matere aspirirajo, občutijo omotico in slabost (Tanvisut et al., 2018). Porodnice pričakujejo učinkovito analgezijo in so razočarane, ko temu ni tako. Zelena stopnja analgezije je zelo različna, pri čemer dve tretjini vprašanih žensk želi najmanjšo količino zdravil, ki bi jim še omogočila obvladovanje porodne bolečine. Zato je pomembno, da lahko ponudimo vrsto analgetikov in zagotovimo kakovostne informacije o različnih možnostih, ki so na voljo, da bi ženskam pomagali pri izbiri, ki najbolj ustreza njihovim potrebam (Howie & Robinson, 2019).

## Nefarmakološki načini lajšanja porodne bolečine

Uporaba nefarmakoloških metod lahko zmanjša porodno bolečino do te mere, da ženske ne posegajo po zdravilih (Gallo et al., 2018). Delimo jih na tehnike, ki zmanjšujejo bolečinske dražljaje, tehnike, ki aktivirajo periferne senzorične receptorje, in tehnike, ki preko možganov zavirajo vstop dražljajev v kostni mozeg (Krašna, 2017). Učinek nefarmakoloških metod lahko razložimo s teorijo vstopnih vrat, ki sta jo leta 1965 utemeljila Melzack in Wall (Mendell, 2014). Teorija pojasnjuje, kako lahko duševna stanja vplivajo na zaznavanje bolečine in zmanjšajo ali pa tudi povečajo občutenje bolečine (Mendell, 2014). Teorija vstopnih vrat trdi, da neboleči dražljaj zapre tako imenovana živčna vrata za boleči dražljaj, kar prepreči, da bi se informacija o bolečini prenesla v osrednje živčevje (Moayed & Davis, 2013). Tako smo na primer ob udarcu nagnjeni k temu, da se po poškodovanem mestu drgnemo. Drgnjenje predstavlja senzorično informacijo o dotiku, ki za možgane predstavlja močnejšo stimulacijo, kot informacija iz bolečinskih receptorjev. Zaznavanje bolečine se zato zmanjša (Ropero Peleaz & Taniguchi, 2016).

Ženske imajo na voljo veliko izbiro nefarmakoloških sredstev, ki lahko podpirajo farmakološke metode (Krašna, 2017). Med nje spadajo aromaterapija, ki ima pozitivne učinke predvsem na zmanjševanje anksioznosti in dolžino poroda (Mahbubeh Tabatabaeichehr & Hamed Mortazavi, 2020; Lara et al., 2021). V sklopu tradicionalne kitajske medicine se uporabljata tudi akupresura in akupunktura (Raana & Fan, 2020; Levett et al., 2014). Redkeje uporabljen, je tudi ples, ki ima pozitivne učinke na prvo oceno novorojenčka (APGAR) in manjšo intenziteto bolečine (Akin & Saydam, 2020). V porodnišnicah se pogosto uporablja tudi porodna žoga, ki spodbuja gibanje in relaksira mišice (Silva et al., 2011). Masaža hrbtna in topli obkladki zmanjšujejo bolečino preko teorije vstopnih vrat, relaksirajo in sproščajo (Rosmiarti et al., 2019; Kaur et al., 2020). Posebno metodo lajšanja bolečine predstavlja TENS ali transkutana električna živčna stimulacija, ki še ni toliko raziskana, a naj bi zmanjševala le intenzivnost bolečine (Santos Santana et al., 2016). Posebno skupino tehnik lajšanja porodne bolečine predstavljajo dihalne in distrakcijske tehnike ter hipnoza. Dihalne vaje na lajšanje porodne bolečine delujejo predvsem v drugi porodni dobi, saj te pripomorejo k nasičenosti mišic s kisikom (Yuksel et al., 2017). Distrakcijske tehnike in hipnoza preusmerita pozornost ženske od situacije, spremenita stanje zavesti. Posebna vrst je tudi glasbena terapija, ki ima pozitivne učinke na nižanje stresa (Amiri et al., 2019; Cyna et al., 2004; Baradwan et al., 2022).

Ženske pogosto z nefarmakološkimi metodami lajšanja porodne bolečine niso seznanjene, prav tako se zanje redkeje odločajo. Pomembna je priprava na porod že v nosečnosti, kjer lahko ženska razišče in se odloči za njej najbolj ustrezne metode (Krašna, 2017).

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja (Harvey & Land, 2016), ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Vprašalnik je bil razvit v okviru laboratorijskih vaj tekom študijskega procesa na osnovi pregleda literature, navedene v seznamu uporabljene literature in študije podobnih vsebin tekom študija. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic in babičarjev, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedli smo jo študenti 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Zanesljivost in veljavnost vprašalnika smo kontrolirali s strokovnim pregledom in oceno mentorjev na Oddelku za babištvo. Podatki so bili analizirani na osnovi osnovne deskriptivne statistike z izračuni frekvenc in odstotkov.

### Opis vzorca

Spletno anketo je ustrezno rešilo 58 babic oz. babičarjev, končalo v celoti pa 55. Največ babic oz. babičarjev je bilo iz porodnišnice Ljubljana (23 %), sledila je porodnišnica Maribor (9 %) ter porodnišnice Izola (9 %), Murska Sobota (7 %), Novo mesto (7 %) in Slovenj Gradec (7 %). Ostale slovenske porodnišnice so bile zastopane s 5 % ali manj (porodnišnica Ptuj, Brežice, Celje, Jesenice, Kranj, Postojna, Trbovlje, Šempeter pri Gorici).

### Opis vprašalnika

Anketni vprašalnik je bil objavljen kot spletna anketa na spletni aplikaciji 1KA. Spletna anketa je bila odprta od 28. 10. do 5. 12. 2022. Vprašalnik je bil vključno z demografijo sestavljen iz 11 vprašanj kombiniranega odprto-zaprtega tipa.

## Raziskovalna vprašanja

RV1: Katere farmakološke metode lajšanje porodne bolečine so v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo?

RV2: Katere nefarmakološke metode lajšanje porodne bolečine so v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo?

RV3: V kateri porodni dobi babice ženskam aplicirajo/prakticirajo farmakološke/nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine?

RV4: Kateri dejavniki po njihovi oceni vplivajo na odločitev babice za izbiro ustrezne metode lajšanja porodne bolečine?

## Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate, ki so prikazani glede na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja.

### Raziskovalno vprašanje 1: Katere farmakološke metode lajšanje porodne bolečine so v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo?

Podatki (Tabela 1) so pokazali, da je v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo 6 farmakoloških metod lajšanja porodne bolečine (brez morfija in metod, navedenih pod odgovor drugo). 95 % babic navaja, da v njihovi porodnišnici ženskam lahko ponudijo epiduralno analgezijo in Dolsin/Petidin. V navedenem vprašanju nas je zanimalo tudi, katerih farmakoloških metod lajšanja porodne bolečine se babice osebno najpogosteje poslužujejo. Podatki naše raziskave so pokazali, da so najpogosteje uporabljene farmakološke metode: epiduralna analgezija (71 %), dušikov oksidul (53 %) in Dolsin/Petidin (47 %).

**Tabela 1:** Farmakološke metode lajšanje porodne bolečine

Farmakološke metode	Frekvenca	Odstotek
Epiduralna analgezija	52	95 %
Dolsin/Petidin	52	95 %
Dušikov oksidul	40	73 %
Subarahnoidna analgezija/spinalni blok	34	62 %
Ultiva/Remifentanil	28	51 %
Drugo	5	9 %
Meptazinol	1	2 %
Morfij	0	0 %

### Raziskovalno vprašanje 2: Katere nefarmakološke metode lajšanje porodne bolečine so v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo?

Podatki (Tabela 2) so pokazali, da je v slovenskih porodnišnicah ženskam na voljo 9 nefarmakoloških metod lajšanja porodne bolečine (brez metod, navedenih pod odgovor drugo). Vse babice in babičarji so navedli, da v njihovi porodnišnici ženskam lahko ponudijo menjavanje položajev, druga najpogostejša nefarmakološka metoda lajšanja porodne bolečine pa je masaža oz. uporaba masažne žogice (96 %). Ob navedenem vprašanju nas je zanimalo tudi, katerih nefarmakoloških metod se babice osebno najpogosteje poslužujejo. Podatki naše raziskave so pokazali, da so najpogosteje uporabljene nefarmakološke metode: menjavanje položajev (93 %), masaža oz. uporaba masažne žogice (78 %), topli in/ali mrzli obkladki (47 %) ter aromaterapija (45 %).

**Tabela 2:** Nefarmakološke metode lajšanje porodne bolečine

Nefarmakološke metode	Frekvenca	Odstotek
Menjavanje položajev	55	100 %
Masaža/masažne žogice	53	96 %
Topli in/ali mrzli obkladki	46	84 %
Aromaterapija	34	62 %
Muzikoterapija	23	42 %
Acutens (transkutana električna nevrostimulacija)	19	35 %
Hidroterapija	14	25 %
Akupresura/akupunktura	8	15 %
Hipnoza	5	9 %
Drugo	2	4 %

**Raziskovalno vprašanje 3:** V kateri porodni dobi babice ženskam aplicirajo/practicirajo farmakološke/nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine?

Podatki (Tabela 3) so pokazali, da se farmakološke metode najpogosteje aplicirajo v 1. porodni dobi (73 %), nefarmakološke pa v 1. in 2. porodni dobi (56 %).

**Tabela 3:** Čas za apliciranje izbrane vrste metode lajšanja bolečine

	Farmakološke metode		Nefarmakološke metode	
	Frekvenca	Odstotek	Frekvenca	Odstotek
1. porodna doba (latentna faza)	3	5 %	12	22 %
1. porodna doba (aktivna faza)	40	73 %	10	18 %
2. porodna doba	1	2 %	2	4 %
1. in 2. porodna doba	11	20 %	31	56 %

**Raziskovalno vprašanje 4:** Kateri dejavniki vplivajo na odločitev babice za izbiro ustrezne metode lajšanja porodne bolečine?

Podatki (Tabela 4) so pokazali, da sta po oceni babic in babičarjev dejavnika, ki v največji meri vplivata na odločitev babice/babičarja za uporabo določene vrste metode za lajšanje porodne bolečine, naslednja: »Vprašam žensko« (87 %) in »Sam/-a se odločim glede na napredovanje poroda« (55 %).

**Tabela 4:** Dejavniki, ki po oceni babic, vplivajo na izbor metode za lajšanje porodne bolečine

Dejavniki	Frekvenca	Odstotek
Vprašam žensko	48	87 %
Sam/-a se odločim glede na napredovanje poroda	30	55 %
Sam/-a se odločim glede na CTG	21	38 %
Vprašam ginekologa porodničarja	19	35 %
Sam/-a se odločim glede na partogram	16	29 %
Presodim sam/-a	9	16 %
Vprašam sodelavca/sodelavko babico/babičarja	5	9 %
Vprašam partnerja/partnerico, moža/ženo porodnice	4	7 %
Drugo	3	5 %

## Diskusija

Vse farmakološke metode lajšanje porodne bolečine niso dostopne prav v vsaki porodnišnici, kar je med drugim pokazala tudi naša raziskava. V slovenskih porodnišnicah je najpogosteje uporabljena epiduralna analgezija, ki jo nekateri avtorji (Labor & Maguire, 2008; Manguerra & Casiano, 2017) povezujejo s podaljšanjem druge porodne dobe. Babice in babičarji morajo pri ženskah, ki so prejele epiduralno analgezijo, opazovati morebitno hipotenzijo, slabost, bruhanje, povišano telesno temperaturo, srbečico, retenco urina ali zmanjšano zmožnost gibljivosti spodnjih okončin. Možna zapleta pri plodu sta pozne deceleracije in bradikardija (Farnham, 2020). Pretok krvi do placente je lahko oviran (Frauenfelder et al., 2015). Čeprav je epiduralna analgezija učinkovita za lajšanje bolečin, lahko poveča možnost za instrumentalno dokončan porod ali urgentni carski rez in naknadne težave z dojenjem (Tanvisut et al., 2018).

V slovenskih porodnišnicah sta kot metodi lajšanja porodne bolečine zelo pogosto uporabljeni tudi dušikov oksidul in Ultiva/Remifentanil. Pogosto uporabljena metoda so tudi intravenska zdravila proti bolečinam, kot sta to morfin in fentanil. Takšni opiodi lahko povzročijo neželene posledice pri novorojenčkih, zlasti zaviranje dihanja. Zraven tega lahko matere aspirirajo, občutijo omotico in slabost (Tanvisut et al., 2018; Farnham, 2020). Kot navajajo Grangier et al. (2022) je potrebna posebna pozornost kadar se uporablja kombinacija spinalno-epiduralne tehnike, aplikacija opiodov ter lokalni anestetik, zlasti kadar se slednji uporablja v intratekalnem in epiduralnem prostoru.

Porodnice pričakujejo učinkovito analgezijo in so razočarane, ko temu ni tako. Zelena stopnja analgezije je zelo različna, pri čemer dve tretjini vprašanih žensk želi najmanjšo količino zdravil (npr. analgetikov), ki bi jim omogočila obvladovanje porodne bolečine. Zato je pomembno, da ženskam lahko ponudimo različno vrsto analgetikov in jim zagotovimo kakovostne informacije o različnih možnostih, ki so na voljo, da bi jim pomagali pri izbiri, ki najbolj ustreza njihovim potrebam (Howie & Robinson, 2019).

Nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine pogosto podpirajo delovanje zdravil. Delimo jih na (1) tehnike, ki zmanjšujejo bolečinske dražljaje, (2) tehnike, ki aktivirajo periferne senzorične receptorje in (3) tehnike, ki preko možganov zavirajo vstop dražljajev v kostni mozeg. Ženske z možnostmi za nefarmakološko lajšanje porodne bolečine pogosto niso dovolj seznanjene, prav tako se zanje redkeje odločajo (Krašna, 2017). Na nekoliko nižjo zastopanost nefarmakološkega načina lajšanja porodne bolečine je pokazala tudi naša raziskava. V slovenskih porodnišnicah so najpogosteje zastopane naslednje nefarmakološke metode za lajšanje porodne bolečine: menjavanje položajev, masaža/masažne žogice in topli/mrzli obkladki. Gibanje in vertikalni položaj zmanjšujejo bolečino in omogočijo plodu, da se spusti in rotira. Masaža med aktivno fazo poroda je ena izmed nefarmakoloških metod lajšanja porodne bolečine. Poveča pretok krvi, stimulira receptorje za dotik v koži in segreje kožo na območju, ki ga masiramo, kar pripelje do relaksacije miškulature in vzbudi prijeten občutek človeške bližine. Topli obkladki vzdražijo receptorje za toploto v koži, ki nato na tem območju prekinejo prenos signala za bolečino v možgane. Toplota povzroči tudi vazodilatacijo žil, zaradi česar se poveča pretok krvi. Ob tem se lahko uporabljajo tudi suhi ali vlažni obkladki (Krašna, 2017; Kaur et al., 2020).

Rezultati študij kažejo, da je zelo pomembna priprava nosečnic na porod (Aksoy et al., 2016; Hassanzadeh et al., 2021; Kacperczyk-Bartnik et al., 2019). Poučevanje žensk in promocija nefarmakoloških metod lajšanja bolečine pomagata ženskam prenašati porodno bolečino in jih pripravita na porod (Logsdon & Smith-Morris, 2017). Hkrati pa je zelo pomembno tudi razumevanje, da je kot ugotavljajo Whitburn et al. (2019), bolečina zelo individualna izkušnja. Porodna bolečina je zahtevna, čustvena in pomenska bolečina, ki se zelo razlikuje od drugih vrst bolečine.

## Zaključek

Zelo pomembno je, da zdravstveni delavci prepoznajo potrebe in pričakovanja ženske že pred porodom. Ženske, ki imajo za sabo negativno porodno izkušnjo, lahko to bolečino podoživljajo še leta po porodu (Shaban et al., 2016). Tako je eden izmed zelo pomembnih dejavnikov, ki lahko vpliva na soočenje ženske s porodno bolečino, odnos zdravstvenih delavcev na eni strani kot tudi vključevanje žensk v odločanje glede obravnave med porodom na drugi strani (Robič, 2022). Slednje se je potrdilo tudi v naši raziskavi. Ugotovili smo, da je bila želja ženske (»Vprašam žensko.«) najpogosteje zastopan dejavnik, ki je vplival na odločitev o izbiri metode za lajšanje porodne bolečine.

Zaključimo lahko, da je v Sloveniji ženskam na voljo široka paleta izbire med farmakološkimi in nefarmakološkimi metodami lajšanja porodne bolečine. Med njimi so pogosteje zastopane farmakološke metode lajšanja porodne bolečine, za katere ocenjujemo, da bi se lahko pogosteje dopolnjevale z nefarmakološkimi.

## Literatura

- Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore*, 16(5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
- Aksoy, H., Yücel, B., Aksoy, U., Acmaç, G., Aydın, T., & Babayigit, M. A. (2016). The relationship between expectation, experience and perception of labour pain: an observational study. *SpringerPlus* 5(1), 1766. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3366-z>
- Amiri, P., Mirghafourvand, M., Esmaeilpour, K., Kamalifard, M., & Ivanbagha, R. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 534. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2683-y>
- Baradwan, S., Khadawardi, K., Badghish, E., Alkhamis, W. H., Abdelmoezz Dahi, A., Abdallah, K. M., Kamel, M., Shehata Sayd, Z., Abdelsattar Mohamed, M., Mohamed Ali, H., Mahmoud, M., Abdelaal Mohamed, A., Fathy Mohamed, D., Abdelaziz Shama, A., Hagra, A. M., Abd Allah Ali, H., Mohamed Abdelhakim, A., Elhalim Mohamed Abd Elhalim, A., ... Sobhy Bakry, M. (2022). The impact of virtual reality on pain management during normal labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 100720. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100720>
- Buckley, S. J. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education*, 24(3), 145–153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Cyna, M. A., Fleet, J., Randall, R. E., & Sok, C. (2021). Subcutaneous fentanyl for labour analgesia: a retrospective case note review. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 45, 138–141. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959289X20301370>
- Farnham, T. (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. *Nursing*, 50(6), 24–30. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000662352.97953.cd>

- Frauenfelder, S., van Rijn, R., Radder, C. M., de Vries, M. C., Dijkman, L. M., & Godfried, M. B. (2015). Patient satisfaction between remifentanyl patient-controlled analgesia and epidural analgesia for labor pain. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94(9), 1014–1021. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12694>
- Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
- Grangier, L., de Tejada, B. M., Savoldelli, G. L., Irion, O., & Haller, G. (2020). Adverse side effects and route of administration of opioids in combined spinal-epidural analgesia for labour: a meta-analysis of randomised trials. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 41, 83–103.
- Harvey, M., & Land, L. (2016). *Research Methods for Nurses and Midwives, Theory and Practice*. Sage publications Ltd.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Perceptions of primiparous women about the effect of childbirth preparation classes on their childbirth experience: A qualitative study. *Midwifery*, 103, 103154.
- Howie, R., & Robinson, C. (2019). Non-neuraxial analgesia in labour. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 20(7), 367–370. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472029919301171>
- Kacperczyk-Bartnik, J., Bartnik, P., Symonides, A., Sroka-Ostrowska, N., Dobrowolska-Redo, A., & Romejko-Wolniewicz, E. (2019). Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(4), 492–496.
- Kaur, J., Sheoran, P., Kaur, S., & Sarin, J. (2020). Effectiveness of warm compression on lumbo-sacral region in terms of labour pain intensity and labour outcomes among nulliparous: an interventional study. *Journal of Caring Sciences*, 9(1), 9–12. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.002>
- Krašna, T. (2017). *Sprejemljivost in preference porodnic o rabi nefarmakoloških metod zdravljenja porodne bolečine* [Diplomsko delo]. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. <https://repozitorij.upr.si/lzpisGradiva.php?id=11046&lang=slv>
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Reviews in pain*, 2(2), 15–19. <https://doi.org/10.1177/204946370800200205>
- Lara, S. R. G., Gabrielloni, M. C., Cesar, M. B. N., & Barbieri, M. (2021). Effects of floral therapy on labor and birth: A randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 6), e20210079. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0079>
- Levett, K. M., Smith, C. A., Dahlen, H. G., & Bensoussan, A. (2014). Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: A critical narrative review of current systematic review evidence. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(3), 523–540. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.03.011>
- Logsdon, K., & Smith-Morris, C. (2017). An ethnography on perceptions of pain in Dutch "Natural" childbirth. *Midwifery*, 55, 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.004>
- Mahbubeh Tabatabaiechehr & Hamed Mortazavi (2020). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(3). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>
- Manguerra, W. A., & Casiano, V. E. (2017). Effective Use of Battlefield Acupuncture in Managing Labor Pain. *Medical Acupuncture*, 29(1), 30–33. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/acu.2016.1203>
- Mendell, L. M. (2014). Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*, 155(2), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.010>
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology*, 109(1), 5–12. <https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012>
- Nanji, J. A., & Carvalho, B. (2020). Pain Management During Labor and Vaginal Birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 100–112. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>
- Raana, H. N., & Fan, X.-N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>
- Robič, D. (2022). Doživljanje poroda in porodne bolečine [Diplomsko delo]. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=158511&lang=slv>
- Rosmiarti, Riska Marlin, Murbiah (2019). Reduction of labour pain with back massage. *Enfermeria Clinica*, 30(S5), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.11.056>
- Ropero Peláez, F. J., & Taniguchi, S. (2016). The Gate Theory of Pain Revisited: Modeling Different Pain Conditions with a Parsimonious Neurocomputational Model. *Neural Plasticity*, 2016, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2016/4131395>
- Santos Santana, L., Barreto Silva Gallo, R., Jorge Ferreira, C. H., Duarte, G., Quintana, S. M., & Marcolin, A. C. (2016). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 62(1), 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.002>
- Shaban, I., Mohammad, K., Homer, C. (2016). Development and Validation of Women's Satisfaction With Hospital-Based Intrapartum Care Scale in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 256–261. <https://doi.org/10.1177/1043659614550486>
- Silva, L. M. e. Oliveira, S. M. J. V. de, Silva, F. M. B. da, & Alvarenga, M. B. (2011). Using the Swiss ball in labor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 656–662. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500010>
- Tanvisut, R., Traisrisilp, K., & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(5), 1145–1150. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4700-1>
- Whitburn, L. Y. (2013). Labour pain: From the physical brain to the conscious mind. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 139–143. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.829033>
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>
- Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456–461. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60368-6)

# PROFILAKSA NOVOROJENČKA V SLOVENSKIH PORODNIŠNICAH

## NEWBORN PROPHYLAXIS IN SLOVENIAN MATERNITY HOSPITALS

Vanesa Vojsk, študentka, Darja Altbauer, študentka, Barbara Brzović, študentka,  
Lea Grabner, študentka, Tjaša Katan, študentka, Ines Kumpuš, študentka,  
Natalija Oblak, študentka, Tajana Šipoš, študentka,  
viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC,  
pred. mag. Metka Skubic, dipl. bab., univ. dipl. ped.,  
asist. dr. Anita Jug Došler, univ. dipl. ped.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

vojskvanesa@gmail.com

**Ključne besede:** novorojenček, vitamin K, zaščita oči, zaščita popka, prva oskrba, babica

### IZVLEČEK

**Uvod:** V Sloveniji rutinska prva oskrba novorojenčka vključuje neonatalno očesno profilakso aplikacijo vitamina K in zaščito popka. Aplikacija vitamina K in neonatalna očesna profilaksa sta v Sloveniji zakonsko določena in obvezna. Namen raziskave je bil proučiti določene vidike neonatalne profilakse v slovenskih porodnišnicah.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-eksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja, ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedle so jo študentke 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Podatki so bili analizirani na osnovi deskriptivne statistike z izračuni frekvenc in odstotkov.

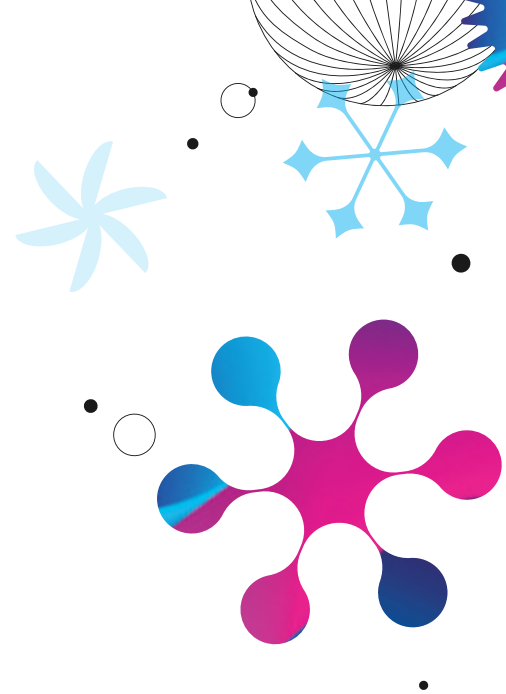
**Rezultati:** Rezultati so pokazali, da največ babic za profilaktično zaščito popka uporablja kalijev hipermanganat (72 %). Največ (40 %) babic vitamin K aplicira do največ 1 ure po porodu. Največ babic (78 %) se poslužuje informiranja o uporabi profilaktične zaščite aplikacije vitamina K, med drugim smo ugotovili tudi, da 83 % babic pozna vsaj tri prednosti profilaktične zaščite za oči.

**Diskusija in zaključek:** Rezultati raziskave so pokazali, da se praksa v slovenskih porodnišnicah v povezavi s profilaktično zaščito izvaja v skladu s priporočili stroke, čeprav bi jo bilo mogoče še optimizirati.

**Key words:** newborn, vitamin K, eye prophylaxis, umbilical protection, immediate care at birth, midwife

### ABSTRACT

**Introduction:** In Slovenia, routine first newborn care includes neonatal eye prophylaxis, vitamin K administration and umbilical cord protection. Vitamin K administration and neonatal eye prophylaxis are legally mandated and compulsory in Slovenia. The aim of the study was to investigate certain aspects of neonatal prophylaxis in Slovenian maternity hospitals.



**Methods:** The descriptive and causal-non-experimental method of empirical research used was an online survey based on a questionnaire. The survey was carried out on a purposive sample of midwives working in Slovenian maternity hospitals. It was carried out by third-year students of the Midwifery programme at the Faculty of Health at the University of Ljubljana. The data were analysed on the basis of descriptive statistics with calculations of frequencies and percentages.

**Results:** The results showed that most midwives use potassium permanganate (72 %) for prophylactic umbilical protection. Most (40 %) midwives apply vitamin K up to 1 hour after delivery. Most midwives (78 %) use information on the use of prophylactic vitamin K application, including 83 % of midwives knowing at least three benefits of prophylactic eye protection.

**Discussion and conclusion:** The results of the survey showed that the practice of prophylactic protection in Slovenian maternity hospitals is in line with the recommendations of the profession, although it could be further optimised.

## Uvod

Neonatalna profilaksa oz. preprečevanje neonatalnih bolezni je pomemben prispevek k zdravstvenemu stanju splošne populacije. V Sloveniji rutinska prva oskrba novorojenčka vključuje neonatalno očesno profilakso (preprečevanje gonokokne in klamidijske okužbe), aplikacijo vitamina K (preprečevanje hemoragične bolezni novorojenčka) in zaščito popka (antiseptična zaščita). V Sloveniji sta vitamin K in neonatalna očesna profilaksa zakonsko določeni in obvezni (Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2005). Neonatalna profilaksa pomembno vpliva na kasnejše preprečevanje neonatalnih bolezni in tako prispeva k zdravstvenemu stanju splošne populacije. Dolgoročno lahko tudi znižuje stroške zdravstvene oskrbe.

## Očesna profilaksa

Gonokokna oftalmija je zelo redka, zaradi presejalnih testov in zdravljenja nosečnic. Pojavi se pri 30 % - 50 % novorojenčkov, ki so bili izpostavljeni okužbi med porodom. Lahko pride do razjede roženice, perforacije globusa in trajne okvare vida. Neonatalna oftalmija se kaže kot gnojni izcedek iz oči, kot otekline vek, rdečina veznice in je lahko v primeru ne zdravljenja potencialni povzročitelj slepote. V preteklosti je pomenila gonokokno okužbo, danes pa pod tem terminom razumemo tudi različne oblike konjunktivitisa. V izogib okužbam, ki jih prinašajo materine okužbe, mnoge države prakticirajo očesno profilakso z različnimi preparati npr. srebrov nitrat, eritromicin, tetraciklin, ipd. Med vaginalnim porodom se okuži večina novorojenčkov, pri čemer se neonatalna oftalmija pojavi v prvih štirih tednih življenja. Novorojenčki lahko imajo večje tveganje konjunktivitisa zaradi: oslabele imunosti, odsotnosti limfatičnega tkiva v očesni veznici, zmanjšanega tvorjenja solz ter pomanjkanja protiteles IgA v solzah. Povzročitelji so lahko bakterijski ali virusni (Makker et. al., 2022).

## Aplikacija vitamina K

Pomanjkanje vitamina K lahko pri novorojenčku v obdobju prvih ur do nekaj mesecev po rojstvu povzroča pojav hemoragičnih krvavitev. Vitamin K je v maščobi topen vitamin in je nujen za aktivacijo koagulacijskih faktorjev VII, IX in X. Poznamo 3 oblike vitamina K: vitamin K1 (filokinon), kateri je najbolj pomemben, vitamin K2 (menakinon), kateri se sintetizira iz črevesne flore in vitamin K3 (menadion). Vitamin K se aplicira novorojenčkom do največ 3 ure po rojstvu. Novorojenček lahko prejme vitamin K intramuskularno, intravenozno ali per os. Oralna aplikacija vitamina K je manj invazivna metoda kot intramuskularna, čeprav je lahko absorpcija vitamina K ob tem slabša. Večina avtorjev, ki podpira aplikacijo vitamina K per os, priporoča večkratno aplikacijo v manjših odmerkih. Priporoča se 2 mg takoj ob rojstvu, nato 2 mg v četrtem do šestem dnevu in tretji odmerek 2 mg v obdobju od četrtega do šestega tedna. Prednosti intramuskularne aplikacije vitamina K so: hiter učinek, natančno doziranje zdravila in izogibanje gastrointestinalnim težavam. Novorojenčku običajno apliciramo 1 mg vitamina K v prvi uri po rojstvu (Eden & Coviello, 2020).

## Oskrba popka

Zaščita popka v okviru prve oskrbe novorojenčka vključuje vzdrževanje čistega in suhega popka, kar priporočajo tudi najnovejše smernice Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2014. S tem je omogočeno najhitrejše, najvarnejše in najbolj optimalno celjenje popka. Nega popka novorojenčka se začne takoj po rojstvu otroka. Pred tem je obvezno temeljito umivanje rok za starše oz. umivanje in razkuževanje rok za zdravstvene delavce. Na rezno ploskev krna popkovnice se nanese antisep-



tično sredstvo. To preprečuje zgodnjo bakterijsko kolonizacijo krna in posledično okužbo. Že enkratni nanos antiseptičnega sredstva pomembno zmanjša verjetnost okužbe (Karumbi et al., 2013; Sinha et al., 2015; Shariff et al., 2016; Ozdemir et al., 2017). V razvitih državah je zaradi višjega higienskega standarda pogostnost vnetja popka v domačem okolju nižja, kljub temu pa ne zanemarljiva. Podatki (Sathiyamurthy et al., 2016) kažejo, da se za nego popka novorojenčka uporabljajo različni antiseptiki (npr. kalijev hipermanganat, Ofenosept, Klorheksidin, ipd.), ki imajo svoje prednosti in slabosti, s čimer lahko preprečimo vnetje popkovnega krna (omfalitis) omfalitisa ter z njim povezan tromboflebitis, celulitis ali nekrotizirajoč fascitis. Način oskrbe popkovnice in čas ločitve popkovnice vpliva na bakterijsko kolonizacijo. Glavni kolonizatorji popkovnega krna so materin porodni kanal, različni lokalni viri bakterij v času poroda, kjer moramo biti pozorni predvsem na nesterilne roke oseb. Zaradi okužbe popkovnice, lahko prihaja do zapletov. Za njihovo preprečitev (npr. omfalitis), moramo poskrbeti za ustrezno higieno med porodom in higienično prekinitev popkovnice. Popkovino prerežemo s sterilnimi škarpami in sterilnimi rokavicami (Karumbi et al., 2013; Sinha et al., 2015).

Namen raziskave, katere rezultate prikazujemo v nadaljevanju, je bil proučiti določene vidike neonatalne profilakse v slovenskih porodnišnicah. Sledili smo naslednjim raziskovalnim ciljem: proučiti vrsto in pogostost rabe sredstev za profilakso popka v slovenskih porodnišnicah, proučiti pogostost apliciranja K vitamina v slovenskih porodnišnicah, proučiti poznavanje prednosti profilaktične zaščite oči s strani babic v slovenskih porodnišnicah, proučiti pojavnost informiranja staršev o določeni vrsti profilaktične zaščite otroka, ki se po mnenju babic izvaja v slovenskih porodnišnicah.

### **Raziskovalna vprašanja**

RV1: Katero sredstvo za profilakso popka babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah najpogosteje uporabljajo?

RV2: V kolikšnem času po porodu babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah najpogosteje aplicirajo vitamin K?

RV3: Koliko % babic oz. babičarjev v slovenskih porodnišnicah pozna vsaj 3 prednosti profilaktične zaščite za oči?

RV4: Kolikšna je pojavnost informiranja staršev o določeni vrsti profilaktične zaščite otroka, ki se po mnenju babic oz. babičarjev izvaja v slovenskih porodnišnicah?

## **Metode**

Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno-eksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja (Harvey & Land, 2016), ki je temeljila na spletni anketi, in sicer anketnem vprašalniku. Vprašalnik je bil razvit v okviru laboratorijskih vaj tekom študijskega procesa na osnovi pregleda literature, navedene v seznamu uporabljene literature in študije podobnih vsebin tekom študija. Raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu babic in babičarjev, zaposlenih v slovenskih porodnišnicah. Izvedli so jo študenti 3. letnika študijskega programa Babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Zanesljivost in veljavnost vprašalnika je bila kontrolirana s strokovnim pregledom in oceno mentorjev na Oddelku za babištvo. Podatki so bili analizirani na osnovi osnovne deskriptivne statistike z izračuni frekvenc in odstotkov.

### **Opis vzorca**

Spletno anketo je ustrezno rešilo 58 babic, končalo v celoti pa 33. Največ babic oz. babičarjev je bilo iz porodnišnice Ljubljana (23 %), sledila je porodnišnica Maribor (12 %) ter porodnišnice Izola (7 %), Murska Sobota (7 %), Novo mesto (7 %), Ptuj (7%) in Slovenj Gradec (7 %). Ostale slovenske porodnišnice so bile zastopane s 6 % ali manj (porodnišnica Brežice, Celje, Jesenice, Kranj, Postojna, Trbovlje, Šempeter pri Gorici).

### **Opis vprašalnika**

Anketni vprašalnik je bil objavljen kot spletna anketa na spletni aplikaciji 1KA. Spletna anketa je bila odprta od 27. 10. do 1. 12. 2022. Vprašalnik je bil vključno z demografijo sestavljen iz 34 vprašanj, od tega je bilo 16 vprašanj zaprtega tipa, 7 vprašanj odprtega tipa, preostala vprašanja pa so bila kombinirana, odprto zaprtega tipa. V okviru prispevka predstavljamo del raziskave, ki se nanaša na 4 raziskovalna vprašanja.

## **Rezultati**

V nadaljevanju predstavljamo rezultate, ki so prikazani glede na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja.

**Raziskovalno vprašanje 1:** *Katero sredstvo za profilakso popka babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah najpogosteje uporabljajo?*

Podatki (Tabela 1) so pokazali, da največ babic oz. babičarjev za profilaktično zaščito popka uporablja kalijev hipermanganat (72 %), temu z 22 % sledi ofenosept in s 6 % jod. 4 (10 %) babice oz. babičarji so navedli, da ne aplicirajo profilaktične zaščite za popek.

**Tabela 1:** Uporabljena sredstva za profilaktično zaščito popka

Sredstva za profilakso popka	Frekvenca	Odstotek
Kalijev hipermanganat	26	72 %
Ofenosept (Octenisept)	8	22 %
Jod	2	6 %

**Raziskovalno vprašanje 2:** V kolikšnem času po porodu babice oz. babičarji v slovenskih porodnišnicah najpogosteje aplicirajo vitamin K?

Podatki (Tabela 2) so pokazali, da največ (40 %) babic oz. babičarjev vitamin K aplicira do največ 1 ure po porodu. 31 % babic oz. babičarjev aplicira vitamin K do največ 3 ur po porodu, 25 % babic oz. babičarjev pa vitamina K ne aplicira v porodni sobi, temveč na poporodnem oddelku.

**Tabela 2:** Čas apliciranja vitamina K

Čas aplikacije vitamina K	Frekvenca	Odstotek
Do največ 1 ure po porodu.	18	40 %
Do največ 2 ur po porodu.	2	4 %
Do največ 3 ur po porodu.	14	31 %
V porodni sobi vitamina K ne apliciramo, aplicirajo ga na poporodnem oddelku.	11	25 %
V porodni sobi vitamina K ne apliciramo. Ne aplicirajo ga tudi -na poporodnem oddelku.	0	0 %

**Raziskovalno vprašanje 3:** Koliko odstotkov babic oz. babičarjev v slovenskih porodnišnicah pozna vsaj 3 prednosti profilaktične zaščite za oči?

Raziskava je pokazala, da 34 (83 %) babic oz. babičarjev pozna treh prednosti profilaktične zaščite za oči.

**Raziskovalno vprašanje 4:** Kolikšna je pojavnost informiranja staršev o določeni vrsti profilaktične zaščite otroka, ki se po mnenju babic oz. babičarjev izvaja v slovenskih porodnišnicah?

Raziskava (Tabela 3) je pokazala, da se največ (78 %) babic oz. babičarjev poslužuje informiranja staršev o uporabi profilaktične zaščite aplikacije vitamina K. Informiranja staršev o uporabi profilaktične zaščite popka se poslužuje 70 % babic oz. babičarjev, 48 % pa profilaktične zaščite oči.

**Tabela 3:** Informiranje o uporabi določene vrste profilaktične zaščite

Informiranje o uporabi določene vrste profilaktične zaščite	Frekvenca	Odstotek
Profilaktična zaščita popka	28	70 %
Profilaktična zaščita oči	20	48 %
Aplikacija vitamina K	36	78 %

## Diskusija

Poporodne okužbe so velik vzrok obolevnosti in umrljivosti po svetu. Večji % okužb je posledica bakterijske kolonizacije popkovnice, saj lahko pride do omfalitisa, z njim povezanega tromboflebitisa, celulitisa ali nekrotizirajočega fascitisa. Dejavniki tveganja za omfalitis so nenačrtovan porod doma, nizka porodna teža, septični porod, horioamnitisa, nizka porodna teža. Tudi način oskrbe popkovnice in čas ločitve popkovnice vpliva na bakterijsko kolonizacijo.

Popkavnico kolonizirajo: materin porodni kanal, različni lokalni viri bakterij na mestu poroda, predvsem nesterilne roke oseb, ki pomagajo pri porodu. Zaradi okužbe popkavnice lahko pride do številnih zapletov. Da bi preprečili omfalitis, mora biti oskrba popkavnice higienična. Popkovino je treba oskrbeti s sterilnimi rokavicami in prerezati s sterilnimi škjarjami, s čimer se prepreči kontaminacija. Naša raziskava je pokazala, da se v porodnišnicah še vedno dokaj pogosto izvaja profilaksa popka, pri kateri prevladuje uporaba kalijevega hipermanganata. Štiri (10 %) babice oz. babičarji so navedli, da profilaktične zaščite za popek ne izvajajo, saj menijo, da je to zastarela in opuščena praksa.

Nekateri avtorji (Zupan, Garner & Omari, 2009) izpostavljajo, da je v razvitih deželah enako učinkovita alternativa tudi suha nega popka brez zaščite, saj fiziološko sušenje popkovnega krna poteka po principih suhe gangrene. Lopez-Medina s sod. (2019) poročajo, da v razvitih državah, kjer porodi potekajo v porodnišnici, ni pomembnih razlik med nego popkovnega krna s principom suhe gangrene in uporabo profilaktične zaščite. Dokazano je (Imdad et al, 2013; Quattrin, 2016; Castellanos, 2019), da je sušenje popka s pomočjo suhe gangrene učinkovit in cenejši postopek, ki se priporoča pri preprečevanju omfalitisa.

Posledično se uporaba profilaktične zaščite priporoča v manj razvitih državah, kjer je nivo higiene nižji in porodi potekajo v domačem okolju. Avtorji poudarjajo pomen informiranja zdravstvenih delavcev o prednostih postopka suhe gangrene (McDonald et al., 2022). Vitamin K se aplicira novorojenčkom ob rojstvu. Lahko se aplicira intramuskularno, intravenozno ali per os.

Pri novorojenčkih, hranjenih z mlečno formulo, brez tveganja za krvavitev zadostuje 2 mg peroralni odmerek, ki mu sledi drugi peroralni odmerek med 2. in 7. dnem. Drugi odmerek učinkuje proti poznim krvavitvam. V kolikor se ženske zdravijo z zdravili, kateri zavirajo delovanje vitamina K, je v predporodnem obdobju le tem potrebno aplicirati 10-20 mg vitamina K na dan, s čimer se preprečuje zgodnja krvavitev pri njihovih novorojenčkih po porodu (Ng & Loewy, 2018). Rezultati naše raziskave so pokazali, da kar 40 % babic oz. babičarjev vitamin K aplicira do največ 1 ure po porodu. Želeli bi si, da bi bilo apliciranje vitamina K odloženo na kasnejši čas oz. na čas po vsaj eni uri po porodu, ko se zaključi »zlata ura« (Sharma et al., 2017). Naloga zdravstvenih delavcev je, da družini v času »zlate ure« zagotovijo intimnost in čas zase. Rutinske postopke bi bilo smiselno odložiti na kasnejši čas.

Podatek, da več kot dve tretjini (83 %) babic oziroma babičarjev pozna prednosti profilaktične zaščite za oči, nam pove, da imajo ustrezno znanje s področja prve oskrbe novorojenčka, ter da poznajo ustrezne predpise s tega področja.

## Zaključek

Glede na rezultate naše raziskave se večina (78 %) babic oz. babičarjev poslužuje informiranja o uporabi profilaktične zaščite aplikacije vitamina K, in sicer tik pred aplikacijo. Zaključimo lahko, da je praksa v slovenskih porodnišnicah v povezavi z informiranostjo staršev spodbudna. Rezultati naše raziskave so pokazali, da se tudi praksa v slovenskih porodnišnicah v povezavi s profilaktično zaščito izvaja v pozitivni smeri, čeprav menimo, da bi jo bilo mogoče še optimizirati.

## Literatura

- Castellanos, J. L. L., Muñuzuri, A. P., Campillo, C. W. R., López, E. S., Fernández, I. B., Redondo, M. D. S., ... & Luna, M. S. (2019). Recommendations for the care of the umbilical cord in the newborn. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 90(6), 401-e1.
- Eden, R. E. & Coviello, J. M. (4. 7. 2022). *StatPearls Publishing*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536983> [24.4.2023].
- Harvey, M., & Land, L. (2016). *Research Methods for Nurses and Midwives, Theory and Practice*. Sage publications Ltd.
- Imdad, A., Bautista, R. M., Senen, K. A., Uy, M. E., Mantaring, J. B., & Bhutta, Z. A. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane*, 5(CD008635), 3–18. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008635.pub2> [24.4.2023].
- Karumbi, O. J., Mulaku, M., Aluvaala, J., English, M. & Opiyo, N. (2013). Topical umbilical cord care for prevention of infection and neonatal mortality. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 32(1), pp. 78–83. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3182783dc3> [24.4.2023].
- López-Medina, M. D., Linares-Abad, M., López-Araque, A. B., & López-Medina, I. M. (2019). Dry care versus chlorhexidine cord care for prevention of omphalitis. Systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Available at: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2695.3106> [24.4.2023].
- Makker, K., Nassar, G. N. & Kaufman, E. J. (18. 7. 2022). Neonatal conjunctivitis. *StatPearls*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441840/> [24.4.2023].
- McDonald, S. D., Narvey, M., Ehman, W., Jain, V., & Cassell, K. (2022). Guideline No. 424: Umbilical Cord Management in Preterm and Term Infants. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 44(3), pp. 313-322.
- Ng, E., & Loewy, A. D. (2018). Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. *Paediatrics & Child Health*. 23(6), pp. 394–397. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/pch/pxy082> [24.4.2023].

Ozdemir, H., Bilgen, H., Topuzoglu, A., Coskun, S., Soyletir, G. & Bakir, M. (2017). Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 11(2), 152–157. Retrieved from: <https://doi.org/10.3855/jidc.7224> [24.4.2023].

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. (2005). *Uradni list RS*, ŠT. 31/05.

Quattrin, R., Iacobucci, K., De Tina, A. L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferrro, S. (2016). 70% alcohol versus dry cord care in the umbilical cord care: a case-control study in Italy. *Medicine*, 95(14), pp. 1–5.

Sathiyamurthy, S., Banerjee, J. & Godambe, S. V. (2016). Antiseptic use in the neonatal intensive care unit - a dilemma in clinical practice: An evidence based review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), pp. 159–171. Retrieved from: <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.159> [24.4.2023].

Shariff, J. A., Lee, K. C., Leyton, A. & Abdalal, S. (2016). Neonatal mortality and topical application of chlorhexidine on umbilical cord stump: a meta-analysis of randomized control trials. *Public Health*, 139, pp. 27–35. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.006> [24.4.2023].

Sharma, D., Sharma, P., & Shastri, S. (2017). Golden 60 minutes of newborn's life: Part 2: Term neonate. In *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal*. 30(22), pp. 2728–2733. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1261399> [24.4.2023].

Sinha, A., Sazawal, S., Pradhan, A., Ramji, S. & Opiyo, N. (2015). Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD007835), pp. 2–25. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007835.pub2> [24.4.2023].

WHO. (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. *World Health Organization*, pp. 2–30.

Zupan, J., Garner, P. & Omari, A. A. Topical umbilical cord care at birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3(CD001057). Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001057.pub2> [24.4.2023].

# INOVATIVNI PRISTOP PROMOCIJE POKLICA TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE

## AN INNOVATIVE APPROACH TO THE PROMOTION OF THE HEALTH CARE ASSISTANT PROFESSION

**pred. Nataša Kreft, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.**  
**pred. Bojana Jerebic, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.**  
*Splošna bolnišnica Murska Sobota*

[natasa.kreft@sb-ms.si](mailto:natasa.kreft@sb-ms.si)

**Ključne besede:** zdravstvena nega, promocija poklica, tehnik zdravstvene nege

### IZVLEČEK

V zdravstvenih ustanovah se v zadnjih letih po vsem svetu soočamo s pomanjkanjem kadra v zdravstveni negi. Za promocijo poklica tehnik zdravstvene nege so do sedaj v prvi vrsti skrbele izobraževalne institucije, vendar v današnjem času to več ne zadostuje. Zato se moramo tudi zaposleni v zdravstvenih ustanovah vsakodnevno angažirati z namenom navdušiti mlade, da se odločijo za poklic tehnik zdravstvene nege, ter nato eventualno za nadaljevanje izobraževanja na dodiplomskem programu zdravstvene nege.

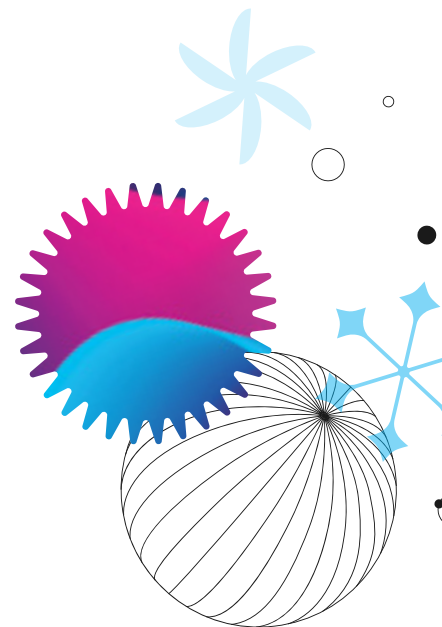
Kot inovativni pristop za promocijo poklica smo v Splošni bolnišnici Murska Sobota posneli kratki promocijski film z namenom, da približamo vsakodnevno delo tehnik zdravstvene nege na različnih bolnišničnih oddelkih mladim, ki se še odločajo za izbiro poklica. K sodelovanju smo povabili dijake Srednje zdravstvene šole Murska Sobota, ki so bili aktivno vključeni v snemanje promocijskega filma. Slednjega smo posredovali tudi omenjeni srednji šoli, ki ga predstavlja na informativnih dnevih. Film prikazujemo tudi na vsakoletni »tržnici poklicev«, ki jo organizirajo pomurske osnovne šole. Promocijski film je zelo dobro sprejet in pripomore, da se mladi, ki še nimajo jasne vizije o svoji karierni poti, lažje odločijo. Naša vizija je, da bomo tudi sami aktivno pristopili k promociji poklica tehnik zdravstvene nege, saj je izbira poklica ena izmed življenjsko najpomembnejših odločitev in da bomo v čim večji meri mlade spodbudili, da se bodo odločili za ta poklic.

**Key words:** nursing care, career promotion, health care assistant

### ABSTRACT

Healthcare organisations worldwide have faced lack of nursing personnel in recent years. Health care assistant as profession has been primarily promoted by educational institutions, however they no longer suffice present demand. Therefore, healthcare workers encourage the young, primarily to choose the career of health care assistant and possible continuation of education at the undergraduate nursing program.

At General Hospital Murska Sobota we produced a short film as an innovative approach to promote the profession in order to acquaint the young, who are still uncertain of their career, with everyday work of health care assistant at various hospital departments. We invited students at Secondary School of Nursing Murska Sobota to partake in the film, which resulted in their



active involvement. The film is displayed at information days at previously mentioned school and at the "job market" organised by primary schools at Pomurje region. The film is very well accepted and aids the young who have not yet chosen their career path. Our vision is to approach the promotion of the career of health care assistant ourselves since determination of career is one of the most significant decisions in a lifetime and to encourage the youth to choose the career of future nursing profession.

## Uvod

Poklicni razvoj je proces, ki se ga ne da preskočiti. Izbira poklica je ena izmed najpomembnejših odločitev, ki jih v življenju sprejme posameznik. Ker je možnosti za izbiro poklica veliko, je odločitev toliko težja. Na odločitev o izbiri poklica vplivajo dejavniki osebne narave, kot so želja po opravljanju določenega poklica, predstave o poklicu, sposobnosti in lastnosti, ki jih posameznik ima, ter življenjski cilji. Vsekakor pa na odločitev o izbiri poklica vplivajo tudi starši, šola, učni uspeh, prijatelji, okolje, v katerem odraščamo, statusni položaj poklica, dohodek in številni drugi dejavniki. Razpoložljivost zaposlitve v določenem poklicu po končanem izobraževanju je prav tako pomemben dejavnik, ki vpliva na oblikovanje odločitve, kateri poklic izbrati. Čeprav je poklicna izbira osebna odločitev, je tesno povezana z družbenimi potrebami in možnostmi (Muslinomović, 2015).

Tehnik zdravstvene nege (TZN) / tehničar zdravstvene nege / zdravstveni tehnik / medicinska sestra je oseba, ki ima končano srednjo strokovno izobrazbo, opravljeno pripravništvo in strokovni izpit. Delovno področje so primarna, sekundarna in terciarna raven zdravstvene dejavnosti, socialni in posebni socialni zavodi, zdravilišča, socialno-medicinska, higienska, epidemiološka in zdravstveno ekološka dejavnost. Obsega naslednji delokrog oz. kompetence: zdravstvena nega posameznika v različnih stanjih zdravja in bolezni ter v različnih življenjskih obdobjih, pomoč bolniku pri izvajanju dnevne življenjske dejavnosti, priprava na diagnostične in terapevtske posege in postopke, izvedba enostavnih diagnostično terapevtskih posegov in postopkov, sodelovanje pri izvajanju intenzivne terapije in intenzivne nege, ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje nujne medicinske pomoči v okviru pristojnosti, zdravstvena vzgoja bolnika v okviru ekipe (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2019).

Ministrstvo za zdravje (2023) ugotavlja, da skupno število izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe narašča. Od leta 2005 do 2021 se je število izvajalcev zdravstvene nege povečalo s 15.320 na 22.591, kar predstavlja povišanje za 7.271 (56,5 %). Število TZN se je povečalo z 11.443 na 12.867, kar predstavlja 11 % povečanje v obdobju 2005–2021, vendar pa se od leta 2018 kaže trend upadanja števila izvajalcev zdravstvene nege s srednješolsko strokovno izobrazbo.

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2023) je v letu 2020 bilo v Sloveniji skupno 13.178 TZN, od tega jih je bilo v pomurski regiji 941 (7,1 %). V starostni skupini od 50-64 let je bilo na nivoju Slovenije 4.112 TZN, kar predstavlja kar 31 % vseh TZN.

Veliko pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege, ki smo mu priča v današnjem času, vpliva na kakovost zdravstvenih storitev in na varnost pacientov ter posledično na slabše izide zdravstvene obravnave. Povečanje potreb po dodatnem kadru v zdravstveni negi izhaja iz povečanih potreb pacientov in povečane zahtevnosti zdravstvene nege (Ažman, 2019). V zadnjih nekaj letih smo priča naraščajočemu odlivu medicinskih sester v tujino. Za delo v tujini potrebujejo medicinske sestre potrdilo o dobrem imenu. Leta 2017 je bilo izdanih 198 potrdil o dobrem imenu, leta 2018 230 in leta 2019 206 potrdil. Od tega jih je bilo 95 % izdanih za ureditev nostrifikacije dokumentacije v Avstriji (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2019).

## Namen

Namen prispevka je predstaviti inovativni način za spodbujanje odločanja za poklic TZN. Zaradi vse večjega pomanjkanja zaposlenih v zdravstveni negi, v zadnjem času predvsem s srednješolsko strokovno izobrazbo, smo se odločili predstaviti poklic TZN na drugačen način z namenom spodbuditi mlade, ki se še odločajo za izbiro poklica, da se odločijo za ta poklic in v prihodnosti morda postanejo naši sodelavci.

## Priprava idejne zasnove promocijskega filma

Metode, ki so se nekoč uporabljale za promocijo poklica kot so razne brošure, prezentacije in predavanja, niso več sodobne metode za angažiranje mladih za odločanje za določeni poklic. Filmska in avdiovizualna ustvarjalnost je ena izmed najbolj razširjenih oblik inovativnega izražanja in možnosti osveščanja mladih s pomembnimi vidiki in informacijami v sodobnem svetu. Zato smo se v Splošni bolnišnici Murska Sobota (SB MS) odločili za pripravo in snemanje promocijskega filma, ki vizualno prikazuje področja dela v kliničnem okolju.

Prvotno smo izdelali načrt in scenarij snemanja filma. Predvideli smo, kateri bolnišnični oddelki bodo vključeni in na osnovi specifičnosti posameznega oddelka določili tudi intervencijo zdravstvene nege, ki jo bodo predstavili. Z glavnimi medicinskimi sestrami posameznih oddelkov smo se dogovorili, kdo od zaposlenih bo sodeloval pri snemanju filma. Vlogo pacienta smo zaupali enemu od naših sodelavcev. Od vseh sodelujočih v promocijskem filmu smo si pridobili pisna soglasja za objavo fotografij in video posnetkov. K sodelovanju smo povabili tudi dijake Srednje zdravstvene šole Murska Sobota (SZŠ MS).

Predstavili smo posamezne aktivnosti in intervencije zdravstvene nege v eni izmeni, ki so v domeni TZN: predaja službe zdravstvene nege, izvajanje jutranje nege, delitev zdravil per os, preveza rane, sodelovanje pri viziti, merjenje vitalnih funkcij, delo z informacijskim sistemom, pripravo pacienta na operativni poseg, zdravstvenovzgojno delo in druge naloge, ki jih izvaja TZN.

## Uporaba inovativnih metod

Ljudje so generatorji sprememb in nosilci napredka in izboljšav. S svojim edinstvenim znanjem, ustvarjalnostjo in idejami dodajajo vrednost storitvam, premagujejo ovire, premikajo meje možnega ter pripomorejo k doseganju rezultatov. Ustvarjalnost in inovativnost sta povezana pojma in v današnjih razmerah predstavljata velik pomen za podjetja. Organizacije, ki želijo preživeti v današnjih zelo konkurenčnih časih, morajo čim več delati na inovativnosti in nenehno spodbujati zaposlene, da podajo inovativne ideje (Zakšek & Krajnc, 2021). Inovacija je ustvarjanje z uporabo ustreznega znanja in virov za prenovu, izdelavo ideje v nov izdelek, postopek, prakso ali izboljšave obstoječega izdelka, procesa ali prakse. Inovacijska strategija je dajanje poudarka organizacije na različnih vrstah inovacij (Varadarajan, 2018).

Promocija poklica je lahko zelo ustvarjalno delovanje, ne smemo biti ujeti v ustaljene kalupe in načine, uporabiti je potrebno inovativne, ustvarjalne pristope promocije poklica. Najlažje se odločiš za nek poklic, če veš, kaj tisti, ki imajo tak poklic, sploh počnejo in kje lahko to sploh počnejo. Pomembno je, da dobijo informacije kako poteka delovni proces v posamezni organizaciji, kaj lahko sploh pričakujejo od svojega poklica in delovnega okolja (Sankovič, Pleško, Penko, Dobravec, & Špiljak, 2010).

Običajne predstavitve željene vsebine v obliki prosojnic je povozil čas in vse bolj silijo v ospredje predstavitve na zapisljivih medijih (Košir Bobnar, 2014). Video predstavitev je ena najmočnejših oblik komuniciranja in je lahko odlična promocija poklica. Vsaka predstavitev mora imeti zgodbo, ki jo oblikujemo s sliko, besedo, glasbeno podlago in zvočnimi učinki. (Sankovič, Pleško, Penko, Dobravec, & Špiljak, 2010). V tujini je predstavitev v obliki večpredstavnosti že ustaljena praksa, pri nas pa se tovrstni izdelki šele pojavljajo. Takšne predstavitve so bolj dinamične in zanimive, poleg tega, ne potrebujejo nekoga, ki bi ta izdelek predstavljal, saj lahko v predstavitev vključimo zvok, slike, filmske posnetke. Na nazoren in doživet način lahko predstavimo določeno stvar, predstavitev je bolj barvita in dinamična, in nam podapogobljeno predstavo o prikazanem (Košir Bobnar, 2014).

## Promocijski film

Promocijski film je bil posnet meseca januarja 2022 na različnih oddelkih bolnišnice. Snemanje promocijskega filma je trajalo ves dan, čeprav je končni izdelek strnjen v 14 min. Zajeti so različni oddelki v bolnišnici, natančno so prikazani procesi dela.

Aktivnosti si sledijo v smiselnem zaporedju dnevnih intervencij, ki jih izvaja TZN. Tekom filma smo prikazali pristen odnos pacient-TZN, kje lahko že stisk roke in topla beseda nekemu polepšata dan. Zaznati je empatičen in sočuten pristop.

V vmesnih kadrih je prikazano multidisciplinarno sodelovanje zaposlenih različnih zdravstvenih profilov, ki so pomemben člen v oskrbi pacienta. Iz osebnih izpovedi je moč začutiti veliko pripadnost zaposlenih SB MS, predvsem pa poklicu TZN. Tudi dijaki SZŠ MS, ki šele stopajo na poklicno pot, čutijo notranje zadoščenje ob tem, da nekemu pomagajo. Osnova vsem, ki so podali svoje subjektivno mnenje glede odločitve za ta poklic je zadovoljstvo s tem, da lahko nekemu nudijo oskrbo v času bolezni. Film je bil dobro sprejet in na različnih prireditvah/ustanovah služi kot orodje za prikaz dela TZN in promocijo poklica TZN.

## Diskusija

Ob poplavi vseh informacij v sodobnem svetu, ki ponuja najrazličnejše možnosti za življenje in najrazličnejše poklice, se je težko odločiti, katerega izbrati, da bomo uživali v poklicu, ki ga opravljamo, da ga bomo lahko opravljali vrsto let in da nam bo omogočil finančno stanje, ki si ga želimo. Odločitev terja tehten razmislek, imeti moramo zadostno količino informacij, na podlagi katerih se lahko odločimo, potrebno pa je dobiti tudi občutek, kaj bo naš delokrog, ko bomo stopili na poklicno pot (Čulk, 2011).

Še ne dolgo tega so za promocijo poklica v prvi vrsti skrbela izobraževalne institucije, vendar danes to več ne zadostuje. Vsi zaposleni v zdravstvenih ustanovah se zato moramo vsakodnevno angažirati za promocijo poklica z namenom navdušiti mlade, da se odločajo v prvi vrsti za poklic TZN, ter nato eventuelno za nadaljevanje izobraževanja na dodiplomskem programu zdravstvene nege.

Promocijski film je zelo dobro sprejet in pripomore, da se mladi, ki še nimajo jasne vizije o svoji karierni poti lažje odločijo. Naša vizija je, da bomo tudi sami aktivno pristopili k promociji poklica TZN, saj je izbira poklica ena izmed življenjsko najpomembnejših odločitev in, da bomo v čim večji meri mlade spodbudili, da se bodo odločili za ta poklic.

Poleg snemanja filma, smo se udeležili »tržnice poklicev«, kjer srednje šole iz Pomurske in Podravske regije predstavijo svoje programe. Prireditev je bila 30. 11. 2022 na Osnovne šole Sveti Jurij ter 25. 1. 2023 v prostorih Osnovne šole Benedikt. Namenjena je bila devetošolcem in njihovim staršem, da bi se lažje odločili za nadaljnje izobraževanje oziroma izbirajo poklica. Bodočim dijakom in staršem smo predstavili naš film »Poklic: tehnik zdravstvene nege«. Stojnico smo si delili z SZŠ MS in na ta način gradili in promovirali tudi dobro medsebojno sodelovanje. Obiskovalcem smo ponudili možnost meritve krvnega tlaka in sladkorja v krvi. Želeli smo, da bodočim dijakom in tudi njihovim staršem predstavimo poklic TZN v dobri luči, predvsem pozitivne strani poklica. Poudarili smo, da je poklic poslanstvo in ga opravljamo s srcem. Kot delodajalec smo predstavili tudi možnosti zaposlitve in štipendiranja.

Hkrati smo na teh predstavitev osnovnošolcem ponudili anonimni anketni vprašalnik o tem, ali so se že dokončno odločili za poklic ali se še odločajo. Rezultati so pokazali, da bo več kot 40 % anketiranih osnovnošolcev izbralo srednjo strokovno in tehniško šolo, da so se odločili na podlagi tega, kar jih veseli in da se še niso povsem dokončno odločili, kje bodo nadaljevali šolanje.

Ugotovili smo, da še vedno lahko vplivamo na dokončno odločitev osnovnošolcev, zato je promocija poklica TZN, še kako pomembna. Potrebno je predstaviti poklic TZN nazorno - iz delovnega procesa ter mlade navdušiti za to, da je skrb za nekoga drugega vrednota oz. vrlina, ki človeka notranje bogati in zelo osrečuje. Do enakih ugotovitev so prišli v svoji raziskavi (Eley, Eley, Bertello, & Rogers-Clark, 2012), ki so ugotovili, da prevladujeta dva glavna razloga za odločanje za poklice v zdravstveni negi in sicer, da imajo ti posamezniki možnost skrbeti za nekoga, ki je pomoči potreben oz. mu nuditi pomoč in da so čutili, da so bili za ta poklic poklicani/izbrani. Sodelujoči v raziskavi so imeli lastnosti kot so izžarevanje empatije in altruistične ideale, ki so vključevali pragmatična in samoiniciativna načela, ki so zelo pomembna za opravljanje tega poklica. Ugotovili so tudi, da je nudenje oskrbe glavna lastnost osebnosti posameznika v zdravstveni negi. Glavna spodbuda za vstop v ta poklic je priložnost skrbeti za druge.

SB MS je z namenom pridobivanja kadra v bolnišnici razpisala več kadrovskih štipendij, med drugim tudi na področju zdravstvene nege. Večji odziv na razpisane štipendije je bil pri bodočih študentih, zainteresiranost dijakov je sicer bila tudi velika, vendar samo pod pogojem, da po končani srednji šoli še nadaljujejo s študijem. Ob pogoju, da pa po končanem srednješolskem izobraževanju nastopijo z delom, se je zanimanje za kadrovske štipendije bistveno zmanjšalo. Prav tako imamo v bolnišnici možnost sofinanciranja izrednega dodiplomskega študija na področju zdravstvene nege. Za to je bilo več zanimanja, tako da se trenutno sofinancira študij 8 zaposlenim, 6 pa jih zaključuje šolanje in pišejo diplomsko delo.

V času epidemije covid-19, ko se je najizraziteje izkazalo pomanjkanje kadra v zdravstveni negi, smo uvedli tudi možnost dela preko študentskega servisa čez celo leto in počitniškega dela v poletnih mesecih. Odziv je bil kar velik in našim bodočim sodelavcem smo za to zelo hvaležni. Z delom preko študentskega servisa se dijak/študent že vključi v proces dela in na ta način pridobiva znanje in veščine, ki mu bodo v bodoče zelo koristile. Posledično se lažje odloči za področje dela, kjer bi želel delovati. Hkrati pa začne rasti njegova pripadnost timu in organizaciji, če se v delovnem okolju in timu dobro počuti. Pripadni in motivirani zaposleni pa so največji kapital vsake organizacije.

Pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege je v svetu doseglo kritično mejo in postaja nacionalni problem ter eden glavnih dejavnikov, ki bo v prihodnje krojil svetovno zdravstveno politiko. Vzroki za pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege so večplastni. V iskanju trajnostnih rešitev bi morali v prvi vrsti strmeti k izboljšanju delovnih in zaposlitvenih pogojev, urejanju plač in omogočanju vseživljenjskega izobraževanja izvajalcev zdravstvene nege (Marć, Bartosiewicz, Burzynska, Zdzisława, & Januszewicz, 2018). Spoštovane in cenjene medicinske sestre bodo za paciente veliko bolj poskrbele, v interakcijah medicinska sestra-pacient ne bo prihajalo do motenj in delo bo potekalo hitreje. Na koncu bodo zadovoljni tako izvajalci kot uporabniki storitev. Poklic medicinske sestre je že sam po sebi zelo zahteven, tako s fizičnega kot s psihičnega vidika. Da bi ga naredili čim bolj humanega in prijaznega tako samim izvajalcem kot tudi uporabnikom, sta potrebna kontinuirano izobraževanje in nadgradnja že osvojenega znanja, kajti le tako bomo poklicu dali pravo noto vrednosti in njegovim izvajalcem sporočili, da opravljajo plemenit poklic (Bovc, 2014).



Tudi Kagan et al. (2015) ugotavljajo, da je bilo veliko truda vloženega v zaposlovanje in zadržanje kadrov v zdravstveni negi. Težave, ki se ob tem pojavljajo so: nezadovoljstvo pri delu, slaba podoba zdravstvene nege v javnosti in nepripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi, da promovirajo svoj poklic v javnosti. Ugotovili so, da je pripravljenost zaposlenih promovirati poklic v javnosti povezana z zadovoljstvom in položajem na delovnem mestu ter da je želja promovirati poklic v javnosti dosti manjša kot je bila nekoč. Zato je potreben drugačen pristop. Predlagajo tri nivojski program promoviranja poklica in sicer: individualni, organizacijski in nacionalni program promocije poklicev v zdravstveni negi. Med predlaganimi aktivnostmi je promocija podobe zdravstvene nege, da zaposleni v zdravstveni negi promovirajo svoj poklic pri izvajanju svojih vsakodnevnih aktivnostih. Na organizacijski ravni je bilo predlagano, da se spodbuja oblikovanje in izvajanje politike zdravstvene nege za promocijo poklica, ter na nacionalni ravni načrtovanje in priprava dolgoročnega programa za spodbujanje promoviranja statusa poklicev v zdravstveni negi.

## Zaključek

Kot inovativni pristop k promociji poklica smo v SB MS posneli kratki promocijski film z namenom, da približamo vsakodnevno delo TZN mladim, ki se še odločajo za izbiro poklica. Priprava in prezentacija promocijskega filma se je izkazala kot odlična promocija poklica TZN. Še posebej se človeka dotakne način, kako so zaposleni pristopili k temu in kako so govorniki izrazili svoje občutke ob tem. Verjamemo, da se bo to dotaknilo čim več tistih, ki se še odločajo za izbiro poklica in jim bomo tudi zaradi tega filma odločitev za poklic TZN olajšali.

## Literatura

- Ažman, M. (2019). Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem. *Obzornik zdravstvene nege* 53(2), 100-103.
- Bovc, V. (2014). *Samopercepcija in poklicna identiteta* (diplomsko delo). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Čulk, N. (2011). *Organizacija in izvedba promocije izobraževalnih programov* (diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko.
- Eley, D., Eley, R., Bertello, M., & Rogers-Clark, C. (2012). Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *JAN Leading global Nursing Research*, 68(7), 1546-1555.
- Kagan, I., Biran, E., Telem, L., Steinovitz, N., Alboer, D., Ovadia, K. L., & Melnikov, S. (2015). Promotion or marketing of the nursing profession by nurses. *International Nursing Review*, 368-376.
- Košir Bobnar, J. (2014). *Multimedija*. Novo mesto: Šolski center Novo mesto, Višja strokovna šola. Retrieved February 28, 2023 from: <http://egradivo.ecnm.si/multimedija.pdf>.
- Marč, M., Bartosiewicz, A., Burzyska, J., Zdzisława, C., & Januszewicz, P. (2018). A nursing shortage – a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, 66 (1), 9-16.
- Ministrstvo za zdravje. (2023). *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji - januar 2023*. Ljubljana. Retrieved March 30, 2023 from <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Zdravstveni-sistem-v-Sloveniji-januar-2023.pdf>
- Muslinomović, N. (2015). *Dejavniki odločanja za poklic v zdravstveni negi*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- NIJZ. (2023, February 6). *NIJZ podatkovni portal*. Retrieved February 14, 2023 from <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
- Sankovič, N., Pleško, A., Penko, T., Dobravec, D., & Špiljak, K. (2010). *Kratek priručnik učinkovite promocije strokovnega in poklicnega izobraževanja*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
- Varadarajan, R. (2018, ). Innovation, Innovation Strategy, and Strategic Innovation. *Review of Marketing Research* 15, 143-166.
- Zakšek, R., & Krajnc, B. (2021). Spodbujanje ustvarjalnosti in inovativnosti. *Revija za univerzalno odličnost* 10(1), 26-40.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2019). *Poklici zdravstvene nege*. Ljubljana. Retrieved March 30, 2023 from <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/6136-2/>
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2021). *Analiza razmer na trgu dela in predlog politik ter ukrepov kadrovske strategije v dejavnosti zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana. Retrieved March 30, 2023 from [https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/09/Analiza\\_razmer\\_na\\_trgu\\_dela\\_in\\_predlog\\_politik\\_ter\\_ukrepov\\_kadrovske\\_strategije2.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/09/Analiza_razmer_na_trgu_dela_in_predlog_politik_ter_ukrepov_kadrovske_strategije2.pdf)

# REDNA SREČANJA IN IZOBRAŽEVANJA MENTORJEV KLJUČ DO KAKOVOSTI IN ZADOVOLJSTVA

## REGULAR MEETINGS OF TRAINING MENTORS ARE CRUCIAL FOR QUALITY AND SATISFACTION

Jožica Jelen Jurič, dipl. m. s., svetovalka  
Srednja šola Zagorje

[jjjuric@sszagorje.si](mailto:jjjuric@sszagorje.si)

**Ključne besede:** izobraževanje mentorjev, dijaki na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu, sodelovanje mentorjev in učiteljev

### IZVLEČEK

Dijaki srednjega strokovnega izobraževalnega programa Zdravstvena nega imajo osem tednov praktičnega usposabljanja pri delodajalcu (PUD). Dober mentor je dijaku vzornik, motivator in svetovalec. Vendar je poučevanje dijakov na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu ljudem, ki nimajo pedagoške izobrazbe, velik izziv. Od njih zahteva veliko tudi takih znanj, ki jih tekom svojega izobraževanja niso pridobili. Dober strokovnjak na svojem področju ni nujno dober posredovalec znanja dijakom oz. mentor. Mentorstvo dijakom zahteva poleg širokega strokovnega znanja tudi dobre komunikacijske sposobnosti, razumevanje mišljenja, reakcij in dejanj mladostnikov ter sodobnih didaktičnih načel in metod poučevanja. Mentorji si potem ta znanja pridobivajo na različnih izobraževanjih. Kot učinkovito se je izkazalo, da se mentorji izobražujejo na šoli, s katere sprejemajo dijake. Zelo pomembna so tudi letna srečanja mentorjev z učitelji stroke in razredniki dijakov, ki v tistem letu pričenjajo s praktičnem usposabljanjem pri delodajalcu. Vse to omogoča dodatna znanja mentorjem za čim uspešnejše podajanje znanj dijakom na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu, spoznavanje posebnosti, na katere je potrebno opozoriti mentorje, ki dijakov še ne poznajo, krepitev povezanosti in prijaznih odnosov med šolo, delodajalci in mentorji.

**Key words:** training of mentors, students at training, cooperation of mentors and teachers

### ABSTRACT

Students of Secondary school of Nursing in Zagorje must go through an eight-week practical training. The training takes place in the employer's facilities. A good mentor is a student's role model, motivator and advisor. However, mentors who are in charge of trainings are usually lacking in pedagogical field, since their studies did not include any pedagogical training. Therefore, this represents a challenge for mentors. Being an expert in a certain field is not necessarily enough to transfer the knowledge to students. Working with students means that a person has to have sufficient professional knowledge, good communication skills. The mentors have to understand the learning and thinking process and to know how to apply didactic principles and teaching methods when working with students. There are training courses available to the mentors to acquire this knowledge. Our experience shows that that the training is more effective when mentors attend training courses organised by the trainee's schools or educational facilities.



Equally important are the annual meetings of the mentors with the teachers of the professional subjects and the class teachers of students who are starting training. All of this enables mentors to gain additional knowledge in order to transfer knowledge to the students at training more efficiently. These meetings make training more successful, since the mentors learn about the specifics of the students and strengthen the connection between the school and employers.

## Uvod

»Vse na tem svetu se predaja. Vsak košček znanja je nekaj, kar je nekdo z nekom delil. Če to razumete tako kot jaz, potem bo mentorstvo postalo vaša prava zapuščina. Je najdragocenejša stvar, ki jo lahko podarite drugim« (Wooden, 2012, predgovor).

Citat enega najbolj cenjenih trenerjev v zgodovini športa, ki je bil znan po navdihujočih in hkrati preprostih sporočilih za uspeh, ki niso bila usmerjena le na šport, temveč tudi v vsakdanje življenje, govori o tem da je znanje, ki ga predajamo drugim, najdragocenejša zapuščina človeka. Predajanje znanja še zdaleč ni le naloga učiteljev v šoli. Temveč to vlogo opravljajo, starši, starejši bratje in sestre, trenerji in drugi, od katerih si na formalni ali neformalni način pridobivamo nova znanja, veščine in spretnosti. Dijaki programa Zdravstvena nega morajo opraviti tekom srednješolskega izobraževanja osem tednov praktičnega izobraževanja pri delodajalcu. Običajno si dijaki sami izberejo delodajalca, kjer se izvaja zdravstvena nega in katerih delo bi radi bolj podrobno spoznali. Organizatorji PUD na srednji šoli poskrbijo, da dijakom v ustanovah delodajalcev določijo ustreznega mentorja, ki ima poleg ustrezne izobrazbe, opravljeno še dodatno izobraževanje za mentorje dijakom. Poleg tega je za mentorja primerna tista oseba, ki ima željo po mentoriranju, dobre komunikacijske veščine, smisel za podajanje novih znanj ter je navdihujoča. Mentorji dijakov na PUD-u so strokovnjaki s področja zdravstvene nege, vendar ker dober strokovnjak ni nujno dober podajalec znanja je potrebno, da bodoči mentor opravi tudi pedagoško andragoško izobraževanje za mentorje, kjer si pridobi znanja o sodobnih didaktičnih načelih in metodah. Še posebno učinkovito je, če je izobraževanje za mentorje na šoli, s katere potem ustanove prejemaajo dijake na PUD, saj se tako že tekom izobraževanja mentorji srečajo z učitelji stroke, kjer udeležencem izobraževanja podajo konkretne informacije o učnih ciljih, ki so bili že doseženi v šoli in tistih, ki bi želeli, da jih dijaki osvojijo na PUD-u. Mentorji, ki prihajajo na obnovitvena izobraževanja ali pa na letna srečanja, pa učiteljem podajo informacije, kje so zaznali morebitne pomanjkljivosti v znanju, kar je učiteljem vodilo, da tiste teme bolj utrdijo v šoli.

## Praktično usposabljanje z delom

PUD v učnem procesu je posebna oblika praktičnega izobraževanja, v katero se vključujejo dijaki z namenom, da si pridobijo praktične izkušnje in da skušajo uporabiti v šoli pridobljeno znanje v konkretnih situacijah pod mentorstvom oseb, ki opravljajo delo za katerega se izobražujejo dijaki. PUD je obvezni del izobraževalnega programa v vseh programih: nižjega poklicnega izobraževanja, srednjega poklicnega izobraževanja, srednjega strokovnega izobraževanja in poklicno tehničnega izobraževanja (Vodopivec & Smerajec, 2016). V srednjem strokovnem izobraževalnem programu Zdravstvena nega, dijaki tekom dveh let skupaj opravijo osem tednov praktičnega usposabljanja pri delodajalcu. Dijaki zdravstvene nege opravljajo PUD v socialnih in zdravstvenih ustanovah, kjer se izvaja zdravstvena nega.

Tam spoznajo delovni proces, se privajajo na realno delovno okolje, pridobivajo izkušnje, ki so specifične za stroko, nadgrajujejo v šoli pridobljena znanja ter prenašajo teoretično znanje v prakso, razvijajo specifične spretnosti ter kompetence poklica, se učijo sodelovanja in timskega dela ter komunikacije s pacienti, sodelavci, nadrejenimi in svojci pacienta ter razvijajo odgovornost za lastno delo in kakovost potrebno pri poklicnem delu (Justinek, 2011).

## Mentor dijakov na praktičnem usposabljanju pri delodajalcu

Mentor je oseba, ki vodi, podpira in izzove mentoriranca z namenom, da le-ta doseže določen cilj. Mentor vodi, spremlja, spodbuja, svetuje, motivira, načrtuje, organizira, usklajuje in ustvarja priložnosti za učenje in izobraževanje (Mikulec, 2018). Dober mentor upošteva interese dijakov, kadar je to mogoče, jih motivira za delo, jim predstavi delo kot smiselno ter spodbuja občutek njihove pripadnosti skupnosti, omogoči varno delovno okolje, skrbi za dobro klimo v delovnem okolju ter spodbuja in zastavlja takšne delovne naloge, ki bodo mentorirancem predstavljale izziv. Dober mentor tudi spodbuja dobre medsebojne odnose ter komunikacijo in sodelovanje s sodelavci, omogoča čim večji obseg samostojnega delovanja in odgovornosti ter dijake vključi v timsko delo. Za uspešno mentorstvo naj bi bile značilne nekatere osebnostne značilnosti mentorjev kot so odprtost, nevtralnost, zaupanje, zmožnost svetovanja in vodenja, kakor tudi njihova prostovoljna vloga in navdušenje nad

opravljanjem mentorstva. Delovali naj bi predvsem kot »svetovalci učenja«. Mentor v ustanovi že pred prihodom dijaka sodeluje s šolo pri pripravi načrta usposabljanja in vseh potrebnih pogojev za uspešen začetek usposabljanja.

Poskrbi, da so o prihodu dijaka obveščeni vsi zaposleni, ki bodo z dijakom sodelovali med opravljanjem praktičnega usposabljanja. Z dobro pripravljenim in usklajenim načrtom in spremljanjem njegovega izvajanja poskrbi, da bo dijak na posameznih oddelkih izvedel dogovorjene naloge in pridobil ustrezno znanje (Center za poklicno izobraževanje, 2021).

Organizator PUD-a je v stalnem kontaktu z mentorjem, da si izmenjujeta potrebne informacije tako o učnem napredku, kot tudi morebitnih težavah, ki se pojavijo ter o njihovem reševanju.

Mentorstvo ne pomeni vedno zgolj pozitivnih rezultatov. Zavedati se moramo, da je lahko proces zelo zanemarljivo učinkovit, v nekaterih primerih celo popolnoma disfunkcionalen. Zato je toliko bolj bistveno izpostaviti, da lahko prevzemanje mentorske vloge z odgovornostjo, ki jo slednja zahteva, pričakujemo pri mentorju, ki je ustrezno usposobljen, ima ustrezne kompetence in mu je lasten profesionalen razvoj vrednota. Mentor mora poznati in razumeti, katere kompetence ima posameznik že razvite in katerim mora posvečati več pozornosti. Znati mora voditi mentoriranco na način, da bodo okoliščine, v katerih se bo znašel, primerne zahtevnosti, da jih bo zmoget in da se bo iz njih naučil nekaj novega. Mentor mora razumeti, kako lahko dijaku pomaga načrtovati delovne naloge in na primeren način podati povratne informacije (Podlesek, 2013).

## Diskusija

Pri načrtovanju, izvajanju in spremljanju dijakovega napredka moramo ubrati sodelovalen pristop, kar pomeni, da se v proces aktivno vključijo tako šola, delodajalci, zbornice ter tudi dijaki. Pomembno je, da njihovi odnosi temeljijo na medsebojnem sodelovanju in zaupanju. Ker je običajno šola tista, ki nagovori podjetje, če bi bilo pripravljeno sprejeti dijaka, je prav od šole tudi v prvi vrsti odvisna kakovost sodelovanja. Sodelovanje se bo še posebej krepilo z iskanjem skupnih ciljev in ustrezno odzivnostjo na pobude. Za namen boljšega sodelovanja se priporoča, da šole vsaj enkrat letno organizirajo srečanja z delodajalci in mentorji. Kjer spregovorijo o uspehih medsebojnega sodelovanja, morebitnih težavah in njihovem reševanju ter predvsem o načrtih za naprej (Center za poklicno izobraževanje, 2021).

Naloga šole je, da dijakom z različnimi oblikami pouka omogoča organizirano, sistematično pridobivanje znanja in spretnosti. Ker je tudi PUD del pouka je pomembno, da je s strani šole zagotovljena kakovostna izvedba PUD-a. Zato srednje šole mentorje redno vabimo na prva oz. obnovitvena izobraževanja. Zakaj se mentorji redno udeležujejo teh izobraževanj najbolj zgovorno povedo zapisane misli dveh udeleženk ob koncu izobraževanja, ki jih z njunim dovoljenjem objavljamo.

»Že veliko let opravljam delo mentorice dijakom in študentom. To delo rada opravljam. Čutim se zelo odgovorno, da svoje znanje in izkušnje posredujem dijakom, da osvojijo vsa znanja in veščine, ki so potrebne za pridobitev njihovega poklica. Zavedam se, da kot mentorica potrebujem veliko strokovnega znanja, komunikacijske sposobnosti, uporabo sodobnih didaktičnih načel in metod poučevanja, zato sem se odločila, da se ponovno udeležim seminarja za usposabljanje mentorjev in pridobim še dodatna znanja, ki jih bom uporabljala pri nadaljnjem mentorskem delu« (Anon., 2018).

»Program usposabljanja mentorjev praktičnega usposabljanja z delom je zelo koristen za vse, ki se že ali se še bodo srečevali z vlogo mentorja, saj ni le strokovno znanje tisto, kar odlikuje dobrega mentorja. Mentor mora biti več v komunikaciji in se poskušati na čim bolj zanimiv način približati dijakom. Pomembno je tudi, da razumemo njihovo razmišljanje in dožemanje. Vsak mentor mora imeti predhodne klinične izkušnje in tudi strokovno znanje. Učenje v kliničnem okolju predstavlja edino možnost za profesionalni razvoj dijaka. Vsak mentor mora svoje delo pri pacientu opraviti strokovno, profesionalno in natančno, da bi lahko od dijaka pričakoval enako. Pomembno je, da si pri mentoriranju vzamemo veliko časa za razlago in poskusimo dijakom razložiti postopke na zanimiv način in jim postopke in znanje čim bolj približati na razumevajoč način. Le tako si bodo postopke bolj zapomnili in si jih vtisnili v spomin. Vemo, da je vse to včasih težko izvesti, prav tako pa moramo upoštevati še dejstvo, da tako mentor, kot dijak v tem odnosu nastopata vsak s svojimi individualnimi osebnostnimi značilnostmi. Mentorji v kliničnem okolju s svojimi dejanji, obnašanjem in delovanjem ter znanjem dajejo vzor in zgled dijakom zdravstvene šole. Mentorji imajo sicer veliko praktičnih izkušenj, vendar lahko na podlagi trenutnih opazovanj v kliničnem okolju in osebnih izkušenj z mentorstvom rečemo, da se mentorji velikokrat srečujejo s težavo, kako posredovati svoja praktična znanja, saj imajo premalo pedagoških izkušenj. Pomembno je, katero tehniko pri poučevanju izbrati in na kakšen način spodbuditi dijaka, da bo aktivno in odgovorno nastopil v delovnem procesu« (Anon., 2018).

Za spodbujanje kakovosti in privlačnosti srednjega strokovnega in poklicnega izobraževanja so odločilnega pomena skupni nastopi šole, delovnih ustanov in podjetij pri promocijskih aktivnostih, še posebej v času vpisa. Predstavniki šole in podjetij naj se skupaj predstavljajo na prireditvah, kjer se predstavijo uspehi na področju izobraževanja in usposabljanja, kot tudi širše (Center za poklicno izobraževanje, 2021).

To je področje, kjer si učitelji, ki učimo strokovne predmete v izobraževalnem programu Zdravstvena nega, želimo več sodelovanja z delodajalci. Prav tako si podobno želijo tudi delodajalci. Menimo, da je to ključno za večji vpis in posledično manjše pomanjkanje kadrov s področja zdravstvene nege. To je definitivno področje, kjer z načrtovanim in povečanim sodelovanjem šol in delodajalcev, lahko dosežemo večji ugled in zanimanje za poklic. Srečanja na šoli z mentorji in ostalimi predstavniki delodajalcev, bi lahko predstavljala načrtovanja tudi takšnih aktivnosti.

## Zaključek

Zahtevna in zelo odgovorna vloga mentorjev zahteva dodatna znanja, ki si jih morajo mentorji za uspešno mentoriranje pridobiti. Idealno bi bilo, da bi imeli vsi mentorji PUD-a opravljeno pedagoško andragoško izobrazbo in bi potem znanje samo še nadgrajevali, vendar vemo, da je iluzorno pričakovati, da bodo vsi mentorji dijakom na PUD-u to imeli tudi opravljeno. Vendar pa se mentorji mentorstva lotijo odgovorno in se pred sprejetjem te naloge udeležijo izobraževanj, na to temo, kjer je poudarek na razumevanju razvojnega obdobja mladostnikov, elementih dobre komunikacije z mladostniki, zakonodaji in dokumentaciji, ki je vezana na PUD, o načrtovanju PUD-a, o pomenu spodbudnega učnega okolja, o različnih metodah učenja na PUD-u, o preverjanju in ocenjevanju znanja dijakov ter samorefleksiji mentorja.

Šole imajo za izvedbo izobraževanja mentorjev na PUD-u močno podpro s strani Centra RS za poklicno izobraževanje, ki podpira in spodbuja takšna izobraževanja. V ta namen je izdal tudi podporno gradivo za izvedbo pedagoško andragoškega izobraževanja za mentorje ter vodnike za mentorje, dijake in organizatorje PUD-a.

Mentorji in delodajalci se z velikim veseljem udeležujejo tudi letnih srečanj na šoli, kjer se sestanejo z učitelji strokovno teoretičnih predmetov, razredniki dijakov, ki so na PUD-u, ter vodstvom šole. Ta srečanja so v manjšem obsegu namenjena izobraževanju mentorjev, temveč gre bolj za neformalno izmenjavo informacij, ki da tako mentorjem, kot osebju šole nov pogled na izzive in pomisleke, s katerimi se soočamo skozi leto. Tudi takšna srečanja prinesejo vedno nove rešitve ter dodatno povezanost šole z delodajalci.

Smiselno bi bilo tudi, da bi šole skupaj z delodajalci načrtovale skupne predstavitve poklicev na informativnih dnevih in drugih promocijskih aktivnostih, kjer se bodočim dijakom in ostalim bolj nazorno predstavi poklic tehnika zdravstvene nege.

## Literatura in viri

Center RS za poklicno izobraževanje, (2021). Podporno gradivo za pedagoško- andragoško usposabljanje mentorjev. Ljubljana, Center RS za poklicno izobraževanje.

Justinek, A. (2011). Praktično usposabljanje z delom, vodnik za organizatorje. Ptuj: MUNUS 2.

Mikulec, B. (2018). Teorije učenja: konceptualni okvir za razumevanje učenja na delovnem mestu in spremljanje mentorjev v podjetju, interno gradivo. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.

Podlesek, A. (2013). EuroPsy in kompetence psihologov. *Šolsko svetovalno delo*, 17 (3/4), 47–57. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo Podlesek, A. (2013).

Vodipivec, M., Smerajec, M. (2016). Usposabljanje mentorjev dijakom in študentom. Ljubljana, Biotehniški šolski center Kranj.

Wooden, J. in Yaeger. (2012). Priprava terme za življenje. Moč mentorstva. Slovenske Konjice: Nobis Gorjup & Šauperl.

# VARNOST NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVENI NEGI

## WORKPLACE SAFETY IN NURSING

Donna Erjavec, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kardiologijo in angiologijo

donna.erjavec@ukc-mb.si

**Ključne besede:** delovišče, zdravstvo, delovno okolje, nasilje

### IZVLEČEK

Varnost na delovnem mestu predstavlja eno izmed glavnih skrbi zdravstvenih organizacij. Delovno okolje je na vseh ravneh zdravstvenega varstva kompleksno in zahtevno, saj se srečuje s kadrovskimi, materialnimi in organizacijskimi izzivi. Obvladovanje ključnih determinant varnega delovnega okolja v zdravstveni negi doprinese k dinamičnemu ravnovesju varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi. Po pregledu znanstvene literature smo izpostavili glavne determinante, ki vplivajo na varnost in se med seboj prepletajo. Med determinante prištevamo komunikacijo, vodenje, sodelovanje, organizacijo in zakonodajo. Z izobraževanjem in usposabljanjem zdravstveni delavci razvijajo poznavanje varnosti na delovnem mestu kot tudi lastno osebno odgovornost, ki v končni fazi sooblikuje varnost na delovnem mestu v zdravstveni negi.

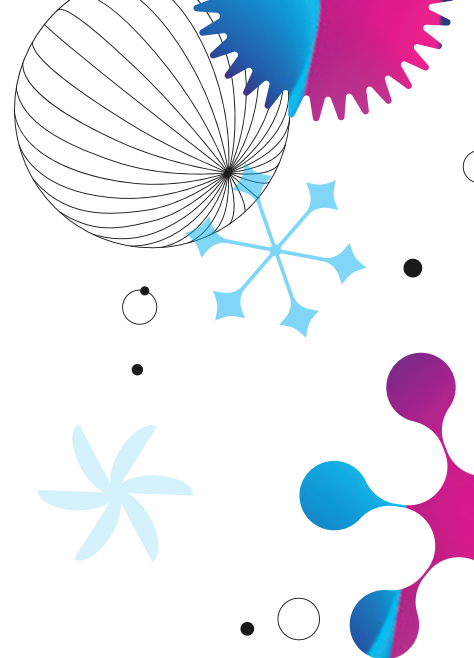
**Key words:** nursing, work environment, violence

### ABSTRACT

Workplace safety is one of the main concerns of health institutions. Work environment is complex on every level of health care. Health organizations are a challenging work environment. Health care system is faced with many challenges including staff, supplies, and organization. Dominating elementary determinants of safe workplace environment is key to well-balanced workplace safety. Elementary determinates are communication, leadership, cooperation, organization, and legislation. With education health care workers can develop their knowledge on workplace safety as well as personal responsibility that contributes to workplace safety.

### Uvod

Zdravstvena nega na vseh ravneh zdravstvenega varstva predstavlja kompleksno in zahtevno delovno okolje. Varnost je ena izmed glavnih skrbi zdravstvenih organizacij. Delovno okolje, kjer je varnost ogrožena namreč predstavlja velik kadrovski in finančni strošek (Newnam & Goode, 2019). Zaposleni v zdravstveni negi se namreč pri svojem delu srečujejo s stalno spreminjajočim se okoljem, v katerem se soočajo z različnimi izzivi. Med te izzive prištevamo predvsem pomanjkanje osebja, pomanjkanje usposabljanja, prenatrpane bolnišnice, nezadostne zdravstvene storitve, pomanjkanje podpore s strani vodstva, veliko delovnih ur in preobremenitev (Ryali, Kuma & Bhat, 2018). Varnost na delovnem mestu v zdravstveni negi je eden izmed šestih načelnih elementov kakovosti, ki ga je Ministrstvo za zdravje sprejelo in objavilo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti zdravstvene nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege (ZBZN), 2022). Tuje raziskave med drugim navajajo tudi, da je nasilje na delovnem mestu v zdravstveni negi temeljni dejavnik vpliva pri pomanjkanju varnosti na delovnem mestu (Fasanya et al., 2016). Promocija zdravja na delovnem mestu in varne-



ga delovnega mesta za svojo dejavnost uporablja obstoječi menedžment in organizacijsko strukturo, kar olajša strukturalne intervencije in kontinuiteto (Peršolja Černe, 2011). Namen prispevka je predstaviti področje varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi. Cilji prispevka so raziskati in opisati determinante varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi.

## Determinante varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi

Varnost na delovnem mestu v zdravstveni negi je pod vplivom različnih dejavnikov tveganja. Vsak zase zelo pomemben, vendar ne deluje izolirano. Dejavniki tveganja so medsebojno močno povezani v kompleksne determinante zdravja (Zaletel-Kragelj et al., 2007). Po Lastu je determinanta zdravja vsak dejavnik, dogodek, značilnost ali katerakoli druga določljiva entiteta (kombinacija dejavnikov), ki povzroči spremembo v zdravstvenem stanju. Ključnega pomena je izpostaviti determinante zdravja, ki vplivajo na varnost na delovnem mestu v zdravstveni negi (World Health Organization, 2022).

## Varnost in delovno okolje

Glede na spodbujanje in zavedanje potrebe po vzpostavitvi zdravega delovnega okolja je Ameriško združenje medicinskih sester v zdravstveni negi kritično bolnih (American Association of Critical-Care Nurse, 2005) opredelilo šest standardov za vzpostavitev in vzdrževanje zdravega delovnega okolja: učinkovita komunikacija, dobro sodelovanje, učinkovito odločanje, usposobljeno osebje, dobro prepoznavanje in avtentično vodenje.

## Varnost in komunikacija

Komunikacija je osnovna komponenta varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi in igra glavno vlogo pri promociji zdravja in ustvarjanju varnega delovnega okolja (Newnam & Goode, 2019). Kakovostna komunikacija dviga stopnjo samozaupanja, dviga se učinkovitost zdravstvenega tima in pomaga pri razreševanju konfliktov. Slednji elementi ustvarijo varno in učinkovito delovno okolje v zdravstveni negi (Krešić, 2013). Novejše raziskave razlikujejo predvsem dva modela komunikacije glede na sam namen. Komunikacija orientirana na delo vsebuje elemente dialoga, ki je ciljno orientiran na produktivnost in učinkovitost delovnih nalog. Komunikacija orientirana na varnost vsebuje elemente dialoga o izražanju aktivnosti na področju varnosti (metalno zdravje, varnostni protokoli, klinične poti, varnostna politika) (Newnam & Goode, 2019).

## Varnost in vodenje

V zdravem delovnem okolju se vodstvo zaveda, da so zaposleni dragocen vir zagotavljanja kakovostne oskrbe. Prav tako je za zdravo delovno okolje ključnega pomena komunikacija med zaposlenimi, pacienti, njihovimi družinami in vodstvom. V zdravem delovnem okolju zaposleni v zdravstveni negi sodelujejo tudi v procesu odločanja glede oskrbe pacientov in delovnega okolja (Lorber, 2018).

## Varnost in sodelovanje

Sodelovanje zahteva dobre komunikacijske spretnosti in zmožnost sodelovanja z drugimi ter sklepanje kompromisov. V zdravem delovnem okolju zaposleni ob izražanju lastnih mnenj niso prestrašeni ali zaskrbljeni, temveč se jih spodbuja k sodelovanju pri odločanju o zdravstveni negi ter oskrbi pacientov (Lorber, 2018). Vključevanje v interdisciplinarne time in dobro sodelovanje z njimi predstavlja pomemben člen celostne obravnave pacienta in omogoča izvajanje zdravstvene nege na osnovi poklicnih aktivnosti in kompetenc ter na osnovi lastnih strokovnih smernic, standardov, priporočil, navodil in kliničnih poti (Kadivec et al., 2011).

## Varnost in usposobljenost

Stalno strokovno izobraževanje je obvezen element za razvoj kakovostnega zdravstvenega delavca (Alemagno et al., 2010). Velik sestavni del izobraževanja ob teoretičnih osnovah predstavlja tudi klinično usposabljanje, ki prinese nepogrešljive izkušnje in praktična znanja (McDonald, Boulton & Davis, 2018). Sodobne raziskave na področju analize vplivnih dejavnikov na spremembe vedenja kardioloških medicinskih sester so na področju usposobljenosti medicinskih sester so izpostavile neposredno povezavo med količino znanja in delovno dobo medicinskih sester, izpostavljen pa je pomemben element interesa posameznika (Yang et al., 2022).

## Varnost in zakonodaja

Nadzori so orodje in priložnost za merjenje in izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Nadzori niso samo orodje za merjenje kakovosti in odkrivanje odstopanj ter potreb za izboljšavo, temveč so tudi priložnost za razširjanje primerov dobre prakse in osebno rast tako nadzornikov kot nadzorovancev (Zupančič, 2023). Z vidika varnosti podjetja se varnost in zaščita začeta na vrhu. Z vidika varnostne kulture in samozaščite pa ja treba varnost in zaščito podjetja gledati tudi od spodaj navzgor, pri čemer svojo funkcijo odigra vsak zaposleni v podjetju. Namen Zakona o varnosti in zdravju pri delu je varovanje življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni ter okvar zdravja v zvezi z delom. Odgovornost za varnost in zdravje pri delu nalaga zakonodaja in opredeljuje tako za delodajalca kot za delavca dolžnost in hkrati pravico, da poskrbijo za svojo varnost in zdravje. Imajo dolžnost, da so seznanjeni z varnostnimi ukrepi in ukrepi zdravstvenega varstva ter da so usposobljeni za njihovo izvajanje (Zakon o varnosti in zdravju pri delu, 1999).

## Diskusija

Orisali smo področje varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi, ki velja za pomembno področje v našem kliničnem okolju na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Skrb za lastno varnost in varnost drugih je zelo pomembna. Dimenzije osebne odgovornosti na delovnem mestu v zdravstveni negi so skrb za lastno zdravje, pripravljenost na delo, priprava na delo, varnost pri delu, fizična varnost, uporaba osebnih zaščitnih sredstev, skrb za delovni prostor, tehnologijo in material, skrb za kakovostno in varno delo (Zupančič, 2023). Cilji prispevka na področju varnosti na delovnem mestu v zdravstveni negi izpostavljajo organiziran pristop, ki bi naj zajemal čim več determinant oz. dejavnikov tveganja, ki bi znale vplivati na ogroženost varnosti. Varnost na delovnem se ustvari in ohranja s kakovostno komunikacijo, ki je osnovna komponenta varnosti in igra glavno vlogo pri promociji zdravja in ustvarjanju varnega delovnega okolja (Newnam & Goode, 2019). Vodenje predstavlja v današnjem času izziv in elementarno komponento varnosti na delovnem mestu (Lorber, 2018). Varna okolja se preko komunikacije in vodenja tvorijo predvsem z interdisciplinarnim sodelovanjem in je osnovano na temeljih zakonodaje, kjer je opredeljeno tako za delodajalca kot za delavca dolžnost in hkrati pravico, da poskrbijo za svojo varnost in zdravje na delovnem mestu. Sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost v zdravstvu predstavlja način, kako obravnavamo varnostne odklone in obvladujemo tveganja za varnost pacientov in zaposlenih v zdravstvu. Varnostni odklon je vsak negativni odklon od standarda, tveganje je pa izpostavljenost nenadzorovanemu dogodku (morebitnemu varnostnemu odklonu), ki se lahko pojavi v prihodnosti in vključuje oceno verjetnosti. V nastanek varnostnega odklona je vključenih več različnih dejavnikov tveganja, ki se med seboj dopolnjujejo in seštevajo (Zupančič, 2023). Področje varnosti na delovnem mestu je v lokalnem okolju že zelo raziskano področje vendar bi lahko razširili raziskave tudi v klinična okolja.

## Zaključek

Varnost na delovnem mestu v zdravstveni negi je nedvomno izpostavljeno področje, ki je tekom zadnjih nekaj let utrpelo veliko sprememb na področju organizacije, kadrovanja in standardizacije. Raziskovanje bi bilo potrebno še naprej usmerjati v promocijo zdravja na delovnem mestu in ozaveščanje vseh zdravstvenih delavcev v pomembnost varnosti na delovnem mestu, saj jo v končni fazi tudi z lastnim izobraževanje sooblikujejo.

## Literatura

- Alemagno, S. A., Guten, S. M., Warthman, S., Young, E., & Mackay, D. S. (2010). Online Learning to Improve Hand Hygiene Knowledge and Compliance Among Health Care Workers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(10), 463–471.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 14(3), 187–197. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15840893/>
- Kadivec S, Bregar B, Buček Hajdarevič I, Černivec J, Horvat M, Klemenc D, et al. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2011.
- Lorber, M. (2018). Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 52(3), 148–152.
- McDonald, E. W., Boulton, J. L., & Davis, J. L. (2018). E-learning and nursing assessment skills and knowledge – An integrative review. *Nurse Education Today*, 66(1), 166–174.
- Newnam, S., & Goode, N. (2019). Communication in the workplace: Defining the conversations of supervisors. *Journal of Safety Research*, 70(1), 19–23.
- World Health Organization [WHO]. (2023). *Determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu: priročnik*. Monika Ažman (edit). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Ljubljana.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu /ZVZD/ (1999). Uradni list RS, št. 56/1999, 64/2001. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1643>
- Zupančič, V. (2023). *Kakovost in varnost v zdravstvu* [Online] <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Storitve/Strokovni-izpit/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-V-stopnja.pdf> [Accessed 29.1.2023].
- Ryali, S., Kumar, A., & Bhat, P. (2018). Study of quality of life among health workers and psychosocial factors influencing it. *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 96.
- Yang, M., Wu, Y., Peng, L., & Kuang, X. (2022). Analysis on Influencing Factors of Knowledge-Based Attitude and Behavior Change of Cardiovascular Disease Nurses. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022, 1–5.



# ZDRAVJE MEDICINSKIH SESTER V POVEZAVI Z ŽIVLJENJSKIM SLOGOM IN DELOVNIM OKOLJEM

## NURSES' HEALTH IN RELATION TO LIFESTYLE AND WORKING ENVIRONMENT

pred. Danijela Pušnik, mag. zdr. nege,

viš. pred. mag. Barbara Donik,

Ksenija Pirš, mag. zdr. ved

*Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*

[danijela.pusnik@@gmail.com](mailto:danijela.pusnik@@gmail.com)

**Ključne besede:** zdravstvena nega, delovno mesto, prehrana, telesna dejavnost, obvladovanje stresa

### IZVLEČEK

**Uvod:** Življenjski slog opredeljuje posameznikov način življenja, ki se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer. Med vzorce z zdravjem povezanega obnašanja spadajo prehranjevalne navade, telesna dejavnost, sposobnost obvladovanja stresa ter delovno okolje. Namen raziskave je raziskati življenjski slog medicinskih sester in babic ter ugotoviti prehranjevalne in gibalne navade ter obremenitve v delovnem okolju.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Izvedli smo presečno deskriptivno študijo z uporabo metode anketiranja. Za prikaz rezultatov smo uporabili deskriptivne statistične metode in podatke ponazorili s frekvenco in odstotki ter povprečnimi vrednostmi, za potrditev hipotez smo uporabili Mann Whitney U test in Kruskal-Wallis test za neparametrične vzorce. Uporabili smo statistično orodje SPSS 26 in Microsoft Excel.

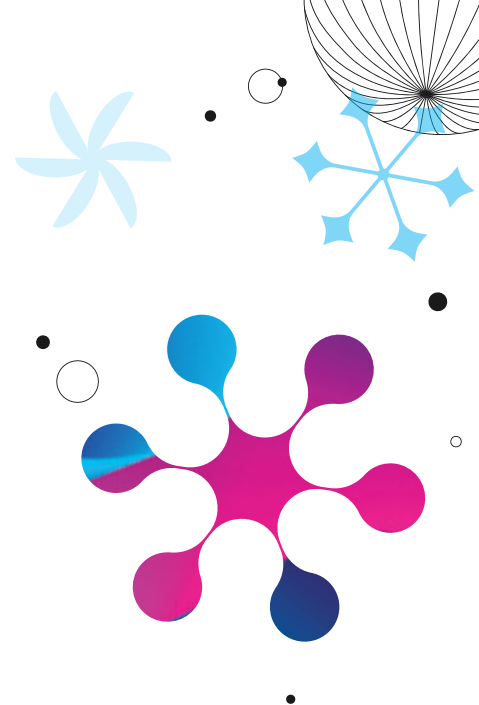
**Rezultati:** Rezultati kažejo na srednjo raven zadovoljstva na delovnem mestu (PV = 3,69). Kot najpomembnejši dejavnik zadovoljstva izpostavljajo dobre medsebojne odnose, varnost zaposlitve, da pri delu lahko pomagaš drugim in možnosti izobraževanja. Kar 76 % anketirancev opravlja izmensko delo. Pri svojem delu pogosto hodijo, stojijo, imajo prisilno držo in dvigujejo težka bremena, občasno pa sedijo. Dve tretjini anketirancev se v prostem času ukvarja s športnimi aktivnostmi. Zdrav življenjski slog ni statistično značilno povezan z razlikami glede na spol in izobrazbo.

**Diskusija in zaključek:** Zdrav življenjski slog je povezan z mnogimi dejavniki, ki vplivajo na izboljšanje dobrega počutja in zdravja na delovnem mestu. Upoštevanje načel zdravega načina življenja v veliki meri pripomore k dvigu življenjske energije in zadovoljstvu z življenjem.

**Key words:** nursing, workplace, nutrition, physical activity, stress management

### ABSTRACT

**Introduction:** Lifestyle defines an individual's way of life, which is formed under the influence of experiences and living conditions. Patterns of health-related behaviour include, among others, eating habits, physical activity, ability to manage stress, and work environment. The purpose of the research is to investigate the lifestyle of nurses and midwives and to determine eating and exercise habits as well as stress in the work environment.



**Methods:** Quantitative research methodology was used. We conducted a cross-sectional descriptive study using the survey method. Descriptive statistical methods were used to display the results and the data were illustrated with frequency and percentages and average values. To confirm the hypotheses, we used the Mann Whittney U test and the Kruskal-Wallis test for non-parametric samples. We used the statistical tool SPSS 26 and Microsoft Excel.

**Results:** The results indicate a medium level of job satisfaction ( $PV = 3.69$ ). Good interpersonal relationships, job security, being able to help others at work and educational opportunities are highlighted as the most important factors of satisfaction. As many as 76 % of the respondents work in shifts. During their work, they often walk, stand, have a forced posture and lift heavy loads, and occasionally sit. Two thirds of the respondents engage in sports activities in their free time. A healthy lifestyle is not statistically significantly related to differences according to gender and education.

**Discussion and conclusion:** A healthy lifestyle is associated with many factors that influence the improvement of well-being and health in the workplace. Adherence to the principles of a healthy lifestyle helps to a large extent to increase life energy and satisfaction with life.

## Uvod

Zdravje in kakovost življenja definirajo številni prepleteni osebni, družbeni, ekonomski in okoljski dejavniki, oz. determinante zdravja (Center for disease control and prevention, n.d.). Zdrav življenjski slog je opredeljen kot način življenja posameznika z vzorci in vedenji, med katerimi so še posebej izpostavljeni: prehrana, obvladovanje stresa, telesna dejavnost, duhovna rast, medosebni odnosi in odgovornost za lastno zdravje, tako v družinskem kot tudi družbenem in predvsem delovnem okolju (Khaghanyrad & Ozlu, 2020). Pozitivne izbire življenjskega sloga in vedenja so temeljnega pomena za doseganje dobrega zdravja (Li et al., 2020). Medicinske sestre se pri svojem delu srečujejo s fizičnimi obremenitvami (Nicholls, Perry, Duffield, Gallagher & Pierce, 2017; Ross, et al., 2019), duševnimi, čustvenimi in etičnimi izzivi, pogosto so izpostavljene tveganjem za okužbe in nasilju, kar vodi v preobremenjenost, pojav številnih fizičnih obolenj, stres, izgorelost in utrujenost (Wakefield, Williams & Le Menestrel, 2021; Melnyk et al., 2022). Vsled tega se medicinske sestre pogosto odločajo tudi za odpoved delovnega razmerja oziroma zapuščajo poklic (Jarden et al., 2021).

Medicinske sestre so izobražene o pomenu telesnega in duševnega zdravja ter njegovem odnosu z obolevnostjo in umrljivostjo, vendar pa velikokrat tega ne prenesejo v svoj življenjski slog (Blake, Narayanasamy, Batt, & Khunti, 2019). Razlogi za izbiro nezdravega načina življenja med zaposlenimi v zdravstveni negi so kompleksni. Dejavniki, ki vplivajo na življenjski slog medicinskih sester so: osebna motivacija, vpliv delovnega okolja (obremenitve, izmensko delo) slabe prehranjevalne navade, slabi medsebojni odnosi in omejena možnosti uživanja zdravih obrokov na delovnem mestu (Nicholls et al., 2017; Ross et al., 2019). Forcada-Parrilla, Reig-Garcia, Serra & Juvinyà-Canal (2022) navajajo, da ima izmensko delo negativen vpliv na prehranjevalne navade, saj medicinske sestre pogosto uživajo več hitre hrane in sladice. Avtorji Liu et al., (2018) navajajo, da imajo medicinske sestre, ki delajo v izmenah, večjo prevalenco prekomerne telesne teže, saj ima izmensko delo negativni učinek na prehranjevalne vzorce (Kyle et al., 2017; Forcada-Parrilla et al., 2022) in na redno telesno aktivnost (Torquati, Pavey, Kolbe-Alexander & Leveritt, 2017). Nezdrav življenjski slog povečuje tveganje za kronične bolezni in odsotnost z dela zaradi bolezni. Poleg individualnega bremena zaradi slabega fizičnega in duševnega zdravja ima posledično vpliv tudi na ekonomsko-socialno sfero družbe (Blake et al., 2019).

Dejavniki povezani z delom, ki povzročajo med medicinskimi sestrami utrujenost, pa niso samo povezani z izmenskim delom, temveč tudi s prezahtevnimi in preobsežnimi delovnimi nalogami in s fizičnimi obremenitvami (dvigovanje, prenašanje, potiskanje, prisilna drža). Na počutje vplivajo tudi neustrezni hierarhični odnosi ter usmerjenost k nalogam. Prepoznavanje razlik v dejavnikih, ki prispevajo k utrujenosti medicinskih sester in zagotavljanje ustreznih intervencij, sta pomembna za učinkovito ohranjanje zdravja medicinskih sester in zmanjšanje fluktuacije medicinskih sester (Jang et al., 2021).

Namen raziskave je raziskati življenjski slog medicinskih sester in babic ter ugotoviti prehranjevalne in gibalne navade ter obremenitve v delovnem okolju. Rezultate raziskave bomo primerjali z rezultati raziskave, ki smo jo v podobnem obsegu izvedli v letu 2010. Raziskovalno vprašanje, ki smo si ga postavili se glasi: Kakšne so gibalne in prehranjevalne navade ter življenjski slog medicinskih sester in babic v povezavi z delovnim okoljem?

### **Hipoteze se glasijo:**

H1: Obstajajo razlike v življenjskem slogu glede na spol.

H2: Obstajajo razlike v življenjskem slogu glede na raven izobrazbe.

## **Metode**

Uporabili smo kvantitativno metodologijo raziskovanja. Izvedli smo presečno deskriptivno raziskavo.

### *Opis merskega instrumenta*

V namen izvedbe raziskave smo na podlagi pregleda literature pripravili anketni vprašalnik (Khaghanyrad & Ozlu, 2020; Pušnik, 2010). Anketni vprašalnik je vseboval 43 vprašanj zaprtega in polodprtega tipa, ki so bila razdeljena v 3 sklope: demografski podatki, področje zadovoljstva pri delu in pomembnosti vrednot, področje značilnosti delovnega mesta poveznega z obremenitvami in področje življenjskega sloga. Na področju življenjskega sloga so bila vprašanja s področja prehranjevalnih navad, gibalnih navad, preživljanja prostega časa in trenutnih morebitnih težav z zdravjem. Na vprašanja so anketiranci odgovarjali na dva načina, ali z izbiro ustreznih odgovorov ali pa na 3 do 5 stopenjski Likertovi lestvici.

### *Opis vzorca*

Uporabili smo priložnostno vzorčenje. V raziskavi je sodelovalo 264 izvajalcev zdravstvene nege, od tega smo v analizo vključili samo popolno izpolnjene anketne vprašalnike, ki jih je bilo 196. Sodelovalo je 89 % žensk in 11 % moških, največ sodelujočih (30 %) je bilo starih od 41 do 50 let, sledili so anketiranci stari od 31 do 40 let (23 %), 21 % anketirancev je bilo starih od 21 do 30 let, 19 % od 51 do 60 let, 6 % anketirancev je bilo starih nad 61 let. V 40 % so sodelovali anketiranci z visoko strokovno stopnjo izobrazbe, sledili so jim anketiranci s srednješolsko izobrazbo (25 %), nato univerzitetno (15 %) in podiplomsko (14 %), 6 % je bilo anketirancev z višješolsko izobrazbo. Največ anketirancev je poročenih (48 %) ali pa živi v izvenzakonski skupnosti (36 %), samskih je 10 %, razvezanih ali ovdovelih pa je bilo 3 %. Anketiranci pretežno živijo v mestu (39 %) ali na deželi (36 %) in v predmestju (25 %).

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

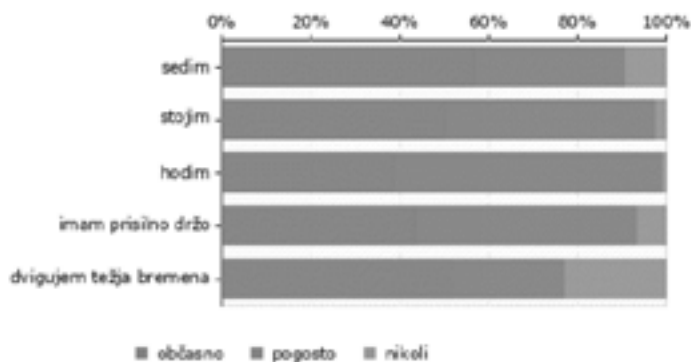
Anketni vprašalnik smo pripravili v elektronski obliki v 1ka spletnem okolju in ga pršili po socialnem omrežju Facebook, dostopen je bil tudi na spletni strani Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor. V uvodnem besedilu je bil razložen namen raziskave, nobeno od vprašanj ni bilo zavezujoče, udeleženci so lahko od raziskave odstopili kadarkoli med izpolnjevanjem raziskave. Anketni vprašalnik je bil anonimen, brez možnosti sledenja identiteti udeležencev v raziskavi. Anketno smo izvedli med junijem in septembrom 2022.

Analizo smo opravili s pomočjo orodja SPSS 26 in Microsoft Excel. Uporabili smo deskriptivne statistične metode in podatke ponazorili s frekvenco in odstotki ter povprečnimi vrednostmi. Za potrditev H1 in H2 smo uporabili inferenčne statistične metode, izvedli smo Mann-Whitney U test in Kruskal-Wallis test za neparametrične vzorce. Polodprta vprašanja smo analizirali s pomočjo grupiranja posameznih pomenskih odgovorov in beleženja njihove frekvence.

## **Rezultati**

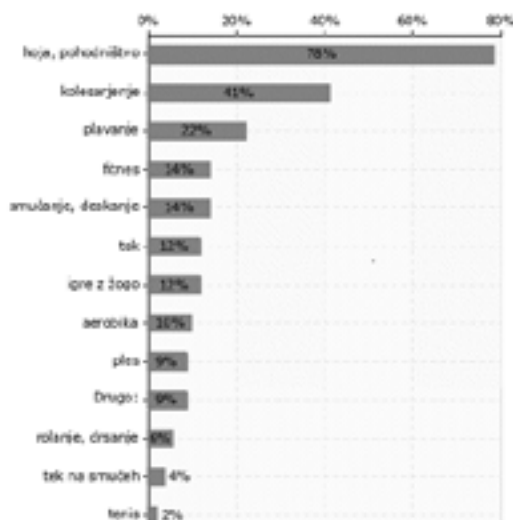
Anketiranci so v povprečju s svojo delovno situacijo srednje zadovoljni (PV = 3,69), 27 % anketirancev si želi poiskati novo zaposlitev, navajajo, da najverjetneje v drugi ustanovi v regiji (26 %), v isti ustanovi, vendar na drugem oddelku (22 %) ali celo kjerkoli v zdravstvu v EU (10 %). Kar 17 % anketirancev pa razmišlja o iskanju nove zaposlitve izven zdravstva. Značilnost delovnega mesta in delovne organizacije ter dela je anketirancem v povprečju pomembna (PV = 4,2 od max. 5), kot najbolj pomembne izpostavljajo dobre medsebojne odnose (PV=4,9 od max. 5), varnost zaposlitve, da pri delu lahko pomagaš drugim in možnosti izobraževanja (PV = 4,6 od max. 5).

Kar 76 % anketirancev opravlja delo v posebnih pogojih dela (nadurno, izmensko). Na svojih delovnih mestih občasno (52 %) dvigujejo težka bremena, pogosto (50 %) morajo delo opravljati v določeni prisilni drži, pogosto tudi hodijo in stojijo (Slika 1).



**Slika 1:** Vrsta aktivnosti med opravljanjem dela

Tretjina anketirancev je bila v zadnjih mesecih odsotna z delovnega mesta zaradi bolezni, največ zaradi telesne utrujenosti in izčrpanosti (49%) in bolečin v križu in hrbtenici (39%). Najpogostejša športna aktivnost s katero se udeleženci v raziskavi ukvarjajo, je hoja in pohodništvo, kolesarjenje, plavanje, fitnes (Slika 2), ki v povprečju najpogosteje traja od 20 do 60 minut, najpogosteje do 3x tedensko. Redno kadi 22 % anketirancev, 21 % je kadilo v preteklosti, vendar so s kajenjem prenehali. V povprečju, anketiranci najpogosteje spijejo do 2 l tekočine dnevno, najpogosteje vodo (92 %), alkoholne pijače večkrat tedensko uživa samo 6 % anketirancev, večina (55 %) pa jih uživa redko. Najpogosteje anketiranci uživajo dva obroka (kosilo in večerjo) oziroma tri obroke (zajtrk, kosilo in večerjo). V povprečju 5 in večkrat tedensko anketiranci uživajo žitarice, testenine in kruh, sadje, zelenjavo, mleko in mlečne izdelke, 3 – 4 krat tedensko uživajo meso in mesne izdelke, 1 – 2 krat tedensko pa ocvrto hrano in sladice.



**Slika 2:** Prikaz najpogostejših športnih aktivnosti s katerimi se ukvarjajo anketiranci

Raven življenjskega sloga smo ocenili z izračunom povprečnih vrednosti posameznih postavk gibalnih in prehranjevalnih navad in trenutnega počutja ter morebitnih zdravstvenih odstopanj. V namen prikaza razlik v doseganju življenjskega sloga med moškimi in ženskami smo izvedli Mann-Whitney test za neparametrične vzorce in ugotovili, da ni statistično značilne povezanosti med tema dvema spremenljivkama ( $Z = -0,478$ ;  $p = 0,633$ ) (Tabela 1). Glede na vrednosti osrednjih rangov pa lahko ugotovimo, da imajo anketirani moški v povprečju nekoliko boljši življenjski slog kot ženske.

**Tabela 1:** Izračun Mann-Whitney U testa

Statistični test	Življenjski slog
Mann-Whitney U	1690,500
Wilcoxon W	16568,500
Z	-,478
Asymp. Sig. (2-tailed)	,633

Za ugotavljanje razlik med spremenljivkami prehranjevalne in gibalne navade ter življenjski slog glede na izobrazbo pa smo izvedli Kruskal-Wallis test. Rezultati kažejo, da ne obstajajo statistično pomembne razlike med zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo in zaposlenimi z višjo izobrazbo v njihovih gibalnih navadah ( $H=1,819$ ;  $p=0,177$ ) in prehranjevalnih navadah ( $H=0,280$ ;  $p=0,596$ ) ter življenjskem slogu ( $H=0,363$ ;  $p=0,547$ ). Glede na vrednosti povprečnih rangov pa lahko ugotovimo, da imajo v povprečju nekoliko boljše prehranjevalne navade anketiranci s srednješolsko izobrazbo, boljše gibalne navade anketiranci z višješolsko izobrazbo in nekoliko boljše oceno življenjskega sloga anketiranci s srednješolsko izobrazbo.

**Tabela 2 :** Izračun razlik med spremenljivkami prehranjevalne navade, gibalne navade, življenjski slog in izobrazba (Kruskal Wallis test)

Statistični test	Prehranjevalne navade	Gibalne navade	Življenjski slog
Kruskal-Wallis H	,280	1,819	,363
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,596	,177	,547

## Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti prehranjevalne in gibalne navade ter obremenjenost v delovnih okoljih medicinskih sester v regiji. Sodelujoči v naši raziskavi so delno zadovoljni s svojim življenjem in delovnim mestom. So zmerno fizično aktivni, najpogosteje hodijo ali kolesarijo, popijejo do 2 litra tekočine na dan in uživajo pretežno zdravo hrano, (manj kot tretjina zaužije vsak dan samo zajtrk in večerjo, kosilo pa manj kot polovica). Uživajo pretežno zelenjavo, sadje in meso, v veliki večini so nekadilci in redko uživajo alkoholne pijače. Kljub temu, da prepoznavajo pozitivne učinke gibanja na počutje in izboljšanje psihične kondicije, so aktivni le do 3 krat tedensko. Pri tem ne obstajajo pomembne statistične razlike glede na izobrazbo. Chiang et al. (2022) ugotavljajo, da so značilnosti delovnega urnika medicinskih sester povezane z življenjskim slogom, prehranjevalnim vedenjem, vzorcem spanja in zaznanim stresom. Salah, Malak & Bani (2020) navajajo, da izmensko delo lahko spremeni življenjski slog medicinskih sester, kar negativno vpliva na zdravje. Telesna nedejavnost in slabe prehranjevalne navade kažejo na pozitivno korelacijo med izmenskimi delom, prehranjevalnimi navadami ter telesno dejavnostjo.

Ker so medicinske sestre dobro izobražene na zdravstvenem področju in učiteljice zdravega življenja, bi lahko pričakovali, da bo njihovo zdravstveno stanje in zdravstveno vedenje boljše od zdravstvenega vedenja splošne populacije. Jordan, Khubchandani & Wiblishauser (2016) navaja, da veliko medicinskih sester ni zdravih. Izpostavljene so tveganju za slabe zdravstvene izide zaradi neustrezne telesne dejavnosti (60 %-74 %) in uživanja nekakovostne prehrane (53 %-61 %). Ustrezna telesna aktivnost prispeva k bolj kakovostnemu življenju, zdrava prehrana pa zmanjša tveganje za kronična nenalezljiva obolenja (hipertenzija, sladkorna bolezen, debelost, možganska kap). Zato je ohranjanje zdravja medicinskih sester prednostna naloga zdravstvenih sistemov (Jordan et al., 2016). V raziskavi je kar tretjina medicinskih sester navedla, da je zadnje mesece bila v bolniškem staležu in nezmožna opravljati delo in druge aktivnosti, največkrat zaradi telesne utrujenosti in izčrpanosti ter boleznih lokomotornega sistema. Melnyk et al. (2022) navaja, da je pri medicinskih sestrah z delovnimi mesti, ki so podpirala njihovo dobro počutje, 3- do 9-krat večja verjetnost, da bodo imele boljše duševno in fizično zdravje, brez ali z malo stresa, brez izgorelosti in visoko kakovost življenja. Dobro počutje na delovnem mestu se kaže z dobrimi medsebojnimi odnosi, s timskim delom in dobro organizacijo (Kavšak & Prosen, 2021). V anketi so medicinske sestre navedle ta dejavnik kot najpomembnejši, na 5-stopenjski lestvici z 4.9. V delovnih okoljih pa je bil ocenjen s 3.9 na 5-stopenjski lestvici. Obstaja tudi povezava med visokimi stopnjami izgorelosti in poslabšanjem varnosti pacientov (Garcia et al., 2019). Medicinske sestre, ki delajo samo v dnevni izmenah, doživljajo manj stresa (Chiang et al., 2022).

Rezultati raziskave so zelo podobni rezultatom raziskave iz leta 2010 (Pušnik, 2010). Tudi takrat je medicinskim sestram bila najpomembnejša vrednota v delovnem okolju dober medsebojni odnos. Delo so ocenili kot fizično obremenjujoče. Od zdravstvenih težav so največkrat omenjali fizično utrujenost in težave s hrbtenico in križem. Od gibalnih veščin so najpogosteje kolesarili in hodili, vadba je trajala povprečno 40 minut povprečno enkrat tedensko.

Delovno mesto medicinskih sester predstavlja tveganje za nezdrav življenjski slog, na katerem se morajo soočiti z ovirami, vključno z neugodnimi urniki dela (izmensko delo) in fizično in psihično izjemno zahtevnim in odgovornim delom (Nicholls et al., 2017). Kljub težkim pogojem dela, stresu, obremenjenosti in izmenskemu delu pa se sodelujoči v raziskavi opisujejo kot zelo odgovorne, zanesljive, razumne, samostojne in razumevajoče.

Izvedena študija ima številne omejitve, zato podatkov ne gre posploševati na celotno poklicno skupino medicinskih sester in babic v Sloveniji. V vzorec so bili zajeti naključni udeleženci, predvidevamo, da v večji meri iz enega geografskega področja. V študiji niso bili upoštevani vsi dejavniki, ki bi ugotavljali dejansko stanje in počutje (npr. telesna teža, višina, podatki o trajanju počitka in spanja...). Prav tako nismo pridobilo podatka, kako dolgo upoštevajo in izvajajo priporočila zdravega načina življenja. Menimo, da bi bilo potrebno raziskovati dobro počutje, kakovosti življenja in dejavnike, ki se povezujejo z zdravim načinom življenja. Rezultati študije imajo pomembno sporočilo tudi za delodajalce v smislu pomembnosti skrbi za ustrezno delovno okolje, skrb za zaposlene, za njihovo zdravje in dobro počutje, tudi za spodbujanje zdravih navad, ustrezne odmora med delom (aktivne odmora) in ustrezno porazdelitev delovnega časa med zaposlenimi.

## Zaključek

S škodljivimi vzorci vedenja, povečanimi zahtevami delovnega mesta in intenzivnostjo delovnih obremenitev, se povečujejo tveganja za pojav izgorelosti in različnih akutnih in kroničnih obolenj. Upoštevanje načel zdravega načina življenja: opustitev razvad, ustrezn počitek, ustrezna prehrana, telesna aktivnost in zadovoljevanje duhovnih potreb, so ključni za izboljšanje zdravja in dobrega počutja. Če bomo želeli imeti v delovnih sredinah dovolj učinkovitih zaposlenih, ki bodo kreativni in uspešni in imeli željo razvijati stroko zdravstvene nege, bomo morali skrbeti za njihovo dobro počutje, kakovostno življenje in jim omogočiti skrb za osebni razvoj. Dobro počutje posamezne medicinske sestre vpliva na fizično in duševno zdravje, veselje in smisel pri delu, poklicno zadovoljstvo in angažiranost pri svojem delu. Dobro počutje medicinskih sester vpliva tudi na kakovost oskrbe pacientov in na delovanje zdravstvenih sistemov. Zadovoljstvo pri delu in v življenju ter zdrav življenjski slog so determinante, ki ne dopuščajo da bi se pojavili izgorelosti, nezadovoljstvo, stres, zapuščanje delovnega mesta ali celo poklica, k čemur moramo v zdravstveni in babiški negi nenehno stremeti.

Število anketiranih medicinskih sester ni reprezentativno, zato na podlagi te raziskave ne moremo posploševati podatkov. So pa rezultati primerljivi z drugimi raziskavami, na podlagi katerih se lahko pripravijo programi za izboljšanje življenjskega sloga medicinskih sester.

## Literatura

- Blake, H., Narayanasamy, M., Batt, M. E., & Khunti, K. (2019). Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: protocol for a systematic review. *Journal of Nursing and Practis*. 3(1), 81-85.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n. d.). *Health – Related Quality of Life (HRQOL) Well – Being Concepts*. Retrieved April 19, 2022 from <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>
- Chiang, S. L., Chiang, L. C., Tzeng, W. C., Lee, M. S., Fang, C. C., Lin, C. H., & Lin C. H. (2022). Impact of rotating shifts on lifestyle patterns and perceived stress among nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 19(9), 5235. [https://doi: 10.3390/ijerph19095235](https://doi.org/10.3390/ijerph19095235).
- Forcada-Parrilla, I., Reig-Garcia, G., Serra, L., & Juvinyà-Canal, D. (2022). The influence of doing shift work on the lifestyle habits of primary care nurses. *Nursing Reports*. 12(2), 291-303. [https://doi: 10.3390/nursrep12020029](https://doi.org/10.3390/nursrep12020029).
- Garcia, C. L., Abreu, L. C., Ramos, J. L. S., Castro, C. F. D., Smiderle, F. R. N., Santos, J. A. D., & Bezerra, I. M. P. (2019). Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas)*. 55(9), 553. [https://doi: 10.3390/medicina55090553](https://doi.org/10.3390/medicina55090553).
- Jang, H.J., Kim, O., Kim, S., Kim, M.S., Choi, J.A., Kim, B.,... & Jung, H. (2021). Factors affecting physical and mental fatigue among female hospital nurses: the korea nurses' health study. *Healthcare (Basel)*. 9(2), 201. [https://doi: 10.3390/healthcare9020201](https://doi.org/10.3390/healthcare9020201).
- Jarden, R. J., Jarden, A., Weiland, T. J., Taylor, G., Bujalka, H., Brockenshire, N., & Gerdtz, M. F. (2021). New graduate nurse wellbeing, work wellbeing and mental health: A quantitative systematic review. *International journal of nursing studies*, 121, 103997. [https://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103997](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103997).
- 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*, 2016, 5843256. [https://doi: 10.1155/2016/5843256](https://doi.org/10.1155/2016/5843256).
- Kavšak, A. & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgorelosti med medicinskimi sestrami: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 55(1), 7–15. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3018>
- Khaghanyrad, E. & Ozlu, Z. K. (2020). The healthy lifestyle behaviors of nurses working in surgical clinics in two countries. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 1652 – 1661. Retrieved Januar 20, 2023 from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/healthy-lifestyle-behaviors-nurses-working/docview/2480381921/se-2>
- Kyle, R. G., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., & Atherton, I. M., (2017). Obesity prevalence among healthcare professionals in england: a cross-sectional study using the health survey for england. *BMJ open*, 7(12), e018498. [https://doi: 10.1136/bmjopen-2017-018498](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018498)
- Li, Y., Schoufour, J., Wang, D. D., Dhana, K., Pan, A., Liu, X.,... & Hu, F. B.,(2020). Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular diseases, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. *British Medical Journal*, 368. [https://doi:10.1136/bmj.l6669](https://doi.org/10.1136/bmj.l6669)
- Liu, Q., Shi, J., Duan, P., Liu, B., Li, T., Wang, C., ... & Lu, Z., (2018). Is shift work associated with a higher risk of overweight or obesity? A systematic review of observational studies with meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 47(6), 1956-1971.

Melnyk, B. M., Hsieh, A. P., Tan, A., Teall, A. M., Weberg, D., Jun, J.,... & Hoying, J. (2022). Associations among nurses' mental/physical health, lifestyle behaviors, shift length, and workplace wellness support during covid-19. important implications for health care systems. *Nursing Administration Quarterly*, 46(1), 5-18.

Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R., & Pierce, H. (2017). Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1051-1065.

Pušnik, D., (2010). Življenjski slog medicinskih sester. In: M. Pajnikihar, et al., eds. *Gradimo učinkovito in zmogljivo zdravstveno nego : 1. mednarodna znanstvena konferenca Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor : zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference : Maribor, 3. in 4. junij 2010*. Maribor : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 173 – 183.

Ross, A., Touchton-Leonard, K., Perez, A., Wehrlen, L., Kazmi, N. & Gibbons, S., (2019). Factors that influence health-promoting self-care in registered nurses: barriers and facilitators. *Advances in nursing science*, 42(4), 358.

Salah, R. A., Malak, M. Z., & Bani Salameh, A. K. (2020). Relationship between shift-work and life-style behaviors among emergency department nurses in Jordan. *Archives of environmental & occupational health*. 77(1), 27-34. doi: 10.1080/19338244.2020.1841721.

Torquati, L., Pavey, T., Kolbe-Alexander, T., & Leveritt, M. (2017). Promoting diet and physical activity in nurses: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 31(1), 19-27.

Wakefield, M., Williams, D. R., & Le Menestrel, S. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. National Academy of Sciences.

# PREDSTAVITEV UPORABNOSTI OCENJEVALNE LESTVICE DINAMIČNO VREDNOTENJE SITUACIJSKE AGRESIJE (DASA-IV) V ENOTI ZA INTENZIVNO OTROŠKO IN ADOLESCENTNO PSIHIATRIJO

## PROVIDING A SAFE HOSPITAL ENVIRONMENT USING THE DYNAMIC ASSESSMENT OF SITUATIONAL AGGRESSION (DASA-IV) RATING SCALE

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

Žiga Rosenstein, mag. zdr. nege

doc. dr. Branko Bregar, dipl. zn.

Elvisa Selimović, dipl. m. s.

prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., višja svetnica

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

*Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje, Enota za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo*

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

**Ključne besede:** nasilje, varnost, lestvice, psihiatrija, zdravstvena nega, mladostniki

### IZVLEČEK

**Uvod:** Lestvica Dinamično vrednotenje situacijske agresije (DASA-IV) omogoča vsakodnevno ocenjevanje tveganja za pojav agresije pri posameznem pacientu v bolnišnični obravnavi. Glede na pridobljeno oceno diplomirana medicinska sestra vodi in usmerja osebje v prilagajanje intervencij v smeri deeskalacije in preprečevanja pojava agresije. Namen raziskave je bil pridobiti ocene DASA-IV pri pacientih, sprejetih na Enoto za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo, ter glede na ocene usmerjati zaposlene v intervencije za preprečitev pojava agresivnega vedenja.

**Metode:** Izvedena je bila presečna raziskava, v obdobju od maja 2019 do decembra 2019. V raziskavo so bili vključeni vsi pacienti (n = 141) sprejeti na Enoto za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo v tem obdobju. Podatki so bili pridobljeni z lestvico DASA-IV. Zbiranje podatkov in analiza sta bila vodena elektronsko. Rezultati so prikazani z osnovnimi statističnimi metodami.

**Rezultati:** Najnižja zabeležena vrednost DASA-IV je bila 0, najvišja 7 ter povprečna 0,88 (s = 0,12). Ob tem je bilo evidentiranih 80 poročil o neželenem dogodku, 19 (24%) pri fantih in 61 (75%) pri dekletih. V 43 (54 %) primerih je bila zabeležena avto-agresija (samopoškodovanje) in 37 (46 %) primerih hetero-agresija. Povprečna vrednost DASA-IV pri pacientih, pri katerih je prišlo do neželenega dogodka je bila 4,97 (s = 2,22).

**Diskusija in zaključek:** Lestvica DASA-IV na podlagi točkovanja opolnomoči zaposlene, da natančneje prepoznavajo dejavnike tveganja za pojav nasilnega vedenja in s tem pozitivno vplivajo na dvig varnosti bolnišnične obravnave ter hkrati njeno kakovost. Uporabno vrednost DASA-IV bi bilo potrebno širše raziskati na področjih kjer je prisotno nasilje.





**Key words:** violence, safety, rating scales, psychiatry, nursing, adolescents

## ABSTRACT

**Introduction:** The Dynamic Assessment of Situational Aggression (DASA-IV) scale provides a daily assessment of the risk of aggression in an individual patient in the inpatient setting. Based on the score obtained, the registered nurse guides and directs the staff in adapting interventions to de-escalate and prevent the occurrence of aggression. The aim of the study was to obtain DASA-IV scores in patients admitted to the Child and Adolescent Psychiatric Intensive Care Unit and, according to the scores, to guide staff in interventions to prevent the occurrence of aggressive behaviour.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted from May 2019 to December 2019. All patients (n = 141) admitted to the Child and Adolescent Psychiatric Intensive Care Unit during this period were included in the study. Data were obtained using the DASA-IV scale. Data collection and analysis were conducted electronically. The results are presented using basic statistical methods.

**Results:** The lowest recorded DASA-IV value was 0, the highest 7 and the mean 0.88 ( $p = 0.12$ ). 80 adverse event reports were recorded, 19 (24%) in boys and 61 (75%) in girls. Auto-aggression (self-harm) was reported in 43 (54%) cases and hetero-aggression in 37 (46%) cases. The mean DASA-IV value in patients experiencing an adverse event was 4.97 ( $s = 2.22$ ).

**Discussion and Conclusion:** The DASA-IV scale empowers staff to more accurately identify risk for violent behaviour, thereby positively influencing both the safety and quality of hospital care. The utility of the DASA-IV should be further explored in areas where violence is present.

## Uvod

Nasilno vedenje v psihiatričnih bolnišnicah predstavlja resen problem (Vojt, Marshall, & Thomson, 2010; Dutch & Patil, 2019; Gabrovec et al., 2020; Kharadman, Hosseini, & Farhadinasab, 2022). Kljub temu tuji in slovenski strokovnjaki navajajo redkost raziskav, ki bi prikazovale uporabo preventivnih ukrepov za agresivno vedenje ob obravnavi pacientov s težavami na področju duševnega zdravja (Chan & Chow, 2014; Gabrovec et al., 2020). V kliničnem okolju slovenskih psihiatričnih bolnišnic se za spremljanje agresije najpogosteje uporabljata lestvici Brøset Violence Checklist (BVC) in Overt Aggression Scale (OAS) (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986, p. 35-37; Almvik & Woods, 1999; Lapanja, 2012; Lipovec & Filej, 2022). Ocenjevalna lestvica Dinamično vrednotenje situacijske agresije (Dynamic Appraisal of Situational Aggression - Inpatient Version; DASA-IV) pri hospitaliziranih pacientih v slovenskem prevodu še ni bila predstavljena (Ogloff & Daffern, 2006).

Uporabno vrednost lestvice DASA-IV so raziskovali tuji strokovnjaki, ki ugotavljajo, da ima dobre napovedne lastnosti za pojav agresivnega vedenja pri pacientih, ki so vključeni v bolnišnično psihiatrično obravnavo (Chan & Cow, 2014; Lantta, Kontio, Daffern, Adams, & Välimäki, 2016; Nqwaku, et al., 2018; Dickens, O'Shea, & Christensen, 2020), vendar nima normativne veljave odrejanja ukrepov in se je ne sme uporabljati ločeno od klinične presoje (Ogloff & Daffern, 2006). Z njeno uporabo je mogoče na podlagi enkrat dnevnega ocenjevanja, z zmerno napovedno vrednostjo napovedati pojav agresivnega vedenja znotraj 24 ur (Vojt et al., 2010; Wigglesworth, O'Brien, & White, 2022) in incidente povezane z agresijo (Chan & Chow, 2014). V kolikor se ocenjevanje izvede tri-krat dnevno, postane napoved za pojav agresivnosti natančnejša (Chu, Thomas, Daffern, & Ogloff, 2013; Nqwaku, et al., 2018). Ugotavljane so bile prednosti in slabosti uporabe lestvice DASA-IV v kliničnem okolju, zaznane s strani pacientov in medicinskih sester. Večina medicinskih sester (75,0 % do 81,3 %) je imela pozitivno mnenje o uporabi lestvice in oceno dojemala kot klinično relevantno in koristno pri preprečevanju nasilja v bolnišničnem okolju (Dumais, Larue, Michaud, & Goulet, 2012). V nasprotju pa so Daffern in sodelavci (2009) ugotavljali, da je 12 od 16 sodelujočih medicinskih sester v anketi poročalo, da ocena lestvice DASA-IV ni bila koristna v primerih napovedi hitrih sprememb v afektu in vedenju pri forenzičnih pacientih (Daffern et al., 2009). Izvedene so bile tudi primerjave dejanskih vrednosti DASA-IV s kvalitativnimi opisi pacientovih dojemaj situacij. Na podlagi ugotovitev se priporoča večja vključenost pacientov v ocenjevanja tveganj in prizadevanj za preprečevanje nasilja (Lantta et al., 2016). Barry-Walsh in sodelavci (2009) so s pomočjo 10.013 ocen DASA-IV ugotavljali, da prepoznavanje tveganj za pojav agresije vodi v izboljšanje varnosti pacientov in zaposlenih v bolnišničnem okolju. Višje ocene DASA-IV so bile pomembno povezane z manjšo verjetnostjo, da bo pacient primeren za premestitev izven oddelka pod posebnim nadzorom oz. na odprti oddelek, in z večjo verjetnostjo, da bo v 24 urah povzročil neželen dogodek. V kolikor je bila ocena DASA-IV 4 ali več, obstaja 16 % verjetnost, da bo v 24 urah prišlo do nasilja, 21 % verjetnost izvedbe intervencije-osamitve in 11 % verjetnost intervencije omejevanja gibanja. Ocena

DASA-IV se uporablja za napovedovanje primerov nasilja, osamitve in omejevanja gibanja v naslednjih 24 urah na psihiatričnih oddelkih za intenzivno nego in terapijo oz. oddelkih pod posebnim nadzorom (Wigglesworth et al., 2022).

Večina raziskav, ki je ugotavljala napovedno vrednost pojava agresije s pomočjo lestvice DASA-IV, je bila izvedena na vzorcu odrasle populacije pacientov (Barry-Walsh, Daffern, Duncan, & Ogloff, 2009; Girasek, Soos, & Gazdag, 2022). Ugotovljeno, je bilo, da je agresivno vedenje pogostejše pri pacientih moškega spola (Girasek et al., 2022). Manj raziskav preverja veljavnost napovedi agresije pri mladostnikih in ženskah (Dickens et al., 2020). Raziskava, v kateri so bili vključeni mladostniki, je pokazala, da je DASA-IV sicer napovedala agresijo v naslednjih 24-ih in 48-ih urah, vendar je imela nizko napovedno vrednost. Nadaljnje analize so pokazale, da so skupni rezultati DASA-IV samo napovedali neizbežno agresijo pacientov moškega spola ter da negativni odnosi, jeza ob zavrnitvi prošelj in nepripravljenost za upoštevanje navodil bolj napovedujejo agresijo, kot pa vedenja, povezana z razdražljivostjo (Chu, Hoo, Daffern, & Tan, 2012).

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil prikazati ocene lestvice DASA-IV pri otrocih in mladostnikih hospitaliziranih na Enoti za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo (EIOAP), pri katerih je v času bolnišničnega zdravljenja prišlo do neželenega varnostnega dogodka. Raziskovalno vprašanje je bilo: Kakšne so vrednosti lestvice DASA-IV pri otrocih in mladostnikih (v nadaljevanju: pacienti) pri katerih je prišlo v času bolnišničnega zdravljenja do neželenega varnostnega dogodka?

## Metode

Izvedena je bila presečna raziskava.

### Opis instrumenta

Kot instrument sta bili uporabljeni lestvica DASA-IV avtorjev profesorja Ogloff in Dafferna (2006) in standardiziran obrazec, s katerim se spremlja neželene varnostne dogodke v okviru sistema kakovosti in varnosti v bolnišničnem okolju. Neželen varnostni dogodek je na standardiziranem obrazcu vsak uraden zaznamek agresije pacientov usmerjene do predmetov, do osebja, do so-pacientov ali sebe, bodisi fizične ali besedne agresije.

Točkovanje po lestvici DASA-IV poteka v dveh korakih. V prvem koraku se izvede ocenjevanje tveganja za agresijo. Smernice točkovanja DASA-IV izhajajo iz Brosetovega ocenjevalnega seznama nasilnosti (Broset Violence Checklist – BVC) pri katerem se beleži prisotnost (1) oziroma odsotnost (0) določene postavke v zadnjih 24 urah. V drugem koraku sledi zabeležka agresivnega vedenja po lestvici DASA-IV. Ocenjevalna merila lestvice DASA-IV so razdeljena v razrede: Razdražljivost, Impulzivnost, Neupoštevanje napotkov, Dojemljivost za občutek izzvanosti, Jezavost ob zavrnitvi zahtev, Negativna naravnost, Besedne grožnje. Zbiranje podatkov in analiza je bila vodena elektronsko. Kumulativna ocena razredov nam pokaže izid DASA-IV lestvice, ki je razdeljen v tri kategorije (tabela 1).

**Tabela 1:** Tolmačenje lestvice DASA-IV

Izid DASA-IV	Stopnja tveganja	Potrebni ukrepi
0–1	Nizka	Korektivni ukrepi niso potrebni
2–3	Zmerna	Pacienta je potrebno opazovati glede dodatnih pokazateljev tveganja. Osebe je potrebno opozoriti, da se utegne pacientova vznemirjenost povečati. Razmisliti je potrebno o preventivnih ukrepih.
> 3	Visoka	Potrebni so korektivni ukrepi. Potrebno je opozoriti osebe ter uporabiti določene korektivne ukrepe, da bi preprečili ponovno agresijo. Potrebno je izdelati načrt obvladovanja tveganja.

### Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni vsi pacienti (n = 141), ki so bili v obdobju od maja 2019 do konca decembra 2019 sprejeti v bolnišnično obravnavo na Enoti za intenzivno otroško in adolescentno psihiatrijo (EIOAP). Od tega je bilo pri 33 (22,91 %) pacientih zavedenih 80 neželenih varnostnih dogodkov. Od 80 neželenih varnostnih dogodkov jih je bilo 61 (76,25 %) evidentiranih pri osebah ženskega spola in 17 (21,25 %) pri osebah moškega spola, pri dveh pacientih (2,50 %) so bili manjkajoči podatki glede spola.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Lestvica DASA-IV je bila v klinično delo vpeljana ob odprtju EIOAP, ki je edini oddelek pod posebnim nadzorom za otroke in mladostnike v Sloveniji. Namenjen je izvajanju intenzivne diagnostike in zdravljenju nujnih psihiatričnih stanj. Sodi kot oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice pod pristojnosti Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr; 2008).

Zapis numerične vrednosti DASA-IV in zapis o neželenem varnostnem dogodku sta del pacientove dokumentacije. Obdelavo in objavo podatkov ocenjevalne lestvice DASA-IV je dne 12.11.2021 odobrila Etična komisija Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana.

Pri izvedbi raziskave so bili upoštevani vsi kodeksi, ki zagotavljajo etičen pristop raziskovanja. Vsi podatki so bili anonimizirani in vneseni v tabelo, kjer se je popolnoma izgubila sled za posameznim pacientom.

## Rezultati

Pri 141 pacientih, sprejetih v raziskovalnem obdobju, je bila povprečna vrednost DASA-IV 0,88 ( $min = 0$ ,  $max = 7$ ,  $s = 0,12$ ). V nadaljevanju smo analizirali vrednost lestvice DASA-IV samo tistih pacientov, pri katerih smo evidentirali tudi neželeni varnostni dogodek. Povprečna maksimalna vrednost DASA-IV pri pacientih, pri katerih je prišlo do neželenega varnostnega dogodka je bila 4,97 ( $s = 2,22$ ). Dva neželena dogodka (2,50 %) sta se zgodila med sprejemom pacienta na enoto in 6 neželenih dogodkov (7,50 %) prvi dan sprejema. 72 (90,00 %) neželenih dogodkov se je zgodilo po več kot enem dnevu hospitalizacije.

Od 80 neželenih dogodkov je pri 43 (54 %) šlo za avto-agresijo (samopoškodovanje) in pri 37 (46 %) za heteroagresijo. Pri zadnjih je v 10 (27,00 %) primerih prišlo do telesne agresije do zaposlenih. V 14 (38 %) primerih je bila pri neželenem dogodku potrebna pomoč osebja z drugega oddelka. Mesto neželenega dogodka je bilo najpogosteje (v 30 primerih) dnevni prostor, v 28 primerih bolniška soba, v osmih primerih hodnik in kopalnica, v dveh primerih sprejemna ambulanta in igrišče ter v enem primeru jedilnica.

V tabeli 2 so izračunane povprečne maksimalne vrednosti DASA-IV pri pacientih pri katerih je bil zabeležen neželeni varnostni dogodek. Maksimalne vrednosti DASA-IV so višje pri vseh zabeleženih neželenih varnostnih dogodkih.

**Tabela 2:** Vrednosti DASA-IV lestvice glede na tip incidenta

Neželeni varnostni dogodek	N	DASA max PV	DASA max s
<b>Nasilje do ljudi (2 manjkajoča podatka)</b>			
DA	17	6,176	0,951
NE	61	4,704	2,382
<b>Uničenje inventarja (2 manjkajoča podatka)</b>			
DA	17	6,294	1,046
NE	61	4,672	2,350
<b>Verbalno nasilje (2 manjkajoča podatka)</b>			
DA	20	5,950	1,761
NE	58	4,706	2,301
<b>Poskus samomora (2 manjkajoča podatka)</b>			
DA	8	6,500	1,141
NE	70	4,857	2,254
<b>Samopoškodovanje</b>			
DA	43	4,790	2,325
NE	37	5,189	2,119
<b>Posebni varovalni ukrepi</b>			
DA	22	6,136	1,125
NE	58	4,534	2,385

Legenda: n = vzorec; PV = povprečna vrednost; s = standardni odklon;

## Diskusija

V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana) je bila lestvica DASA-IV pilotno vpeljana ob odprtju EIOAP. Ocenjevalna lestvica je bila uvedena z namenom usmerjanja zaposlenih k čim večji senzibilnosti in pravočasnemu prepoznavanju dejavnikov tveganja za pojav agresije pri otrocih in mladostnikih. Ocena pridobljena na podlagi seštevka posameznih postavk opazovanega vedenja, pri čemer ocena 0 pomeni nizko tveganje za nasilje v prihodnjih 24 urah, 1 do 3 zmerno tveganje, 4 ali več veliko tveganje, 6 do 7 pa neposredno tveganje za nasilje (Shaffer et al., 2021) je bila prepoznana tudi v smislu multidisciplinarnega sodelovanja. Naši podatki kažejo, da lahko s pomočjo ocene DASA-IV predvidevamo, da bo prišlo pri višjih vrednostih, do neželenega dogodka. Tudi drugi avtorji trdijo, da lahko lestvica DASA-IV kliničnim timom služi v pomoč pri prepoznavi aktualnega stanja pacienta, sprememb njegovega zdravstvenega stanja in kot usmeritev za primernost premestitve pacienta iz oddelka pod posebnim nadzorom na odprti oddelek (Thorpe, Xavier, Daffern, & Dunne, 2018).

Na EIOAP lahko tako s pomočjo lestvice DASA-IV načrtujemo preventivno delovanje v primeru heteroagresivnih vedenj, kot so uničevanje inventarja, nasilje usmerjeno na ljudi in vedenja, ki vodijo v intervencije posebnih varovalnih ukrepov (diskretni nadzor, fizično oviranje). Pomembna je tudi ugotovitev, da so bile ocenjene maksimalne vrednosti DASA-IV pri pacientih, pri katerih je prišlo do incidentov v povprečju nižje v primerih avtoagresivnega vedenja kot v primerih heteroagresivnega vedenja. Na podlagi izkušenj in analiz ocen lestvice DASA-IV ter neželenih varnostnih dogodkov ugotavljamo, da heteroagresivna vedenja niso poglavitni del odklonov ob obravnavi otrok in mladostnikov. Kljub temu, da po poročanju nekaterih avtorjev mladostniki na podobnih oddelkih v tujini izražajo pogosteje heteroagresivna vedenja (Baeza et al., 2013), pa naši podatki kažejo, da je bil večji del zabeleženih incidentov (več kot 50 %) avtoagresivne narave. Avtoagresija, ki vključuje različne oblike škodovanja samemu sebi, je zato poglavitni del skrbi za otroke in mladostnike na EIOAP, ki jim želimo zagotoviti varno okolje, za kar pa je lestvica DASA-IV manj primerna, saj je ocena lestvice DASA-IV, v teh primerih, nizka. Zato predlagamo uvedbo inštrumenta, ki bi bil posebej usmerjen v oceno tveganja za avtoagresivno vedenje otrok in mladostnikov tekom bolnišnične obravnave.

## Zaključek

Uporabnost lestvice DASA-IV pri otrocih in mladostnikih je koristna pri načrtovanju aktivnosti zdravstvene nege, vendar priporočamo, da se dokončno njena uporabnost še razišče v njeni napovedni vrednosti agresivnega vedenja in v primerjavi z drugimi lestvicami. Z namenom izboljšanja napovedne vrednosti agresije smo v letu 2023 v klinično okolje EIOAP vpeljali lestvico, ki je prilagojena za napovedovanje agresije pri otrocih in mladostnikih Dynamic Appraisal of Situation Aggression Youth Version (DASA-YV).

## Omejitve raziskave in priložnosti za nadaljnje delo

Omejitve smo zaznali pri zbiranju podatkov, ko smo morali ocene lestvice DASA-IV, primerjati z neželenimi dogodki. Za analizo podatkov nismo uporabili bivariatnih statističnih metod, s katerimi bi lahko dejansko pokazali povezanost med oceno lestvice DASA-IV in neželenimi varnostnimi dogodki. V tokratnem delu smo želeli prikazati le splošne opisne podatke dalj časa trajajoče raziskave.

## Literatura

- Almvik, R., & Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *The international journal of psychiatric nursing research*, 4(3), 498–505. Retrieved Januar 10, 2023 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10451308/>
- Baeza, I., Correll, C. U., Saito, E., Amanbekova, D., Ramani, M., Kapoor, S., Chekuri, R., De Hert, M., Carbon, M. (2013) Frequency, characteristics and management of adolescent inpatient aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 23(4), 271-81.
- Barry-Walsh, J., Daffern, M., Duncan, S., & Ogloff, J. (2009). The prediction of imminent aggression in patients with mental illness and/or intellectual disability using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument. *Australas Psychiatry*, 17(6), 493-496.
- Chan, O., & Chow, K. K. (2014). Assessment and determinants of aggression in a forensic psychiatric institution in Hong Kong, China. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 623-30.
- Chu, C. M., Hoo, E., Daffern, M., & Tan, J. (2012). Assessing the risk of imminent aggression in institutionalized youth offenders using the dynamic appraisal of situational aggression. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(2), 168-183.
- Chu, C. M., Thomas, S. D. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. P. (2013). Should clinicians use average or peak scores on a dynamic risk-assessment measure to most accurately predict inpatient aggression? *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 493–499.
- Daffern, M., Howells, K., Hamilton, L., Mannion, A., Howard, R., & Lilly, M. (2009). The impact of structured risk assessment followed by management recommendations on aggression in patients with personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(5), 661–679.

- Dickens, G. L., O'Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103526.
- Dumais, A., Larue, C., Michaud, C., & Goulet, M. H. (2012). Predictive validity and psychiatric nursing staff's perception of the clinical usefulness of the French version of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *Issues in mental health nursing*, 33(10), 670–675.
- Dutch, S. G., & Patil, N. (2019). Validating a Measurement Tool to Predict Aggressive Behavior in Hospitalized Youth. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(5), 396-404.
- Gabrovec, B., Albreht, T., Prisljan, K., Lobnikar, K., Macur, M., Kršič, I.,...Malešević, S. (2020). *Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), v sodelovanju s Fakulteto za varnostne vede, Univerze v Mariboru (UM, FVV) in Fakulteto za zdravstvo Angele Boškin (FZAB).
- Girasek, H., Soos, A., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and forms of aggressive behavior among patients admitted to an acute psychiatric ward. *European Psychiatry*, 65(S1), S586-S587.
- Kharadman, A., Hosseini, A., & Farhadinasab, A. (2022). The Frequency and Factors Related to Aggressive Behavior in Psychiatric Patients Controlled by a Variety of Restraint Methods. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1), Article e9888.
- Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2016). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpatients: a feasibility study. *Patient Prefer Adherence*, 10, 691-701.
- Lapanja, A. (2012). Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In B. Bregar, & J. Peterka-Novak, *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: Zbornik predavanj z recenzijo. Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2012* (pp. 33-38). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Lipovec, A., & Filej, B. (2022). Pogostost uporabe orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo. *Revija Za Zdravstvene Vede*, 6(2), 37–51. Retrieved Januar 6, 2023 from <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/86>
- Nqwaku, M., Draycott, S., Aldridge-Waddon, L., Bush, E. L., Tsirimokou, A., Jones, D., & Puzzo, I. (2018). Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1661-1672.
- Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral sciences & the law*, 24(6), 799-813.
- Shaffer, C. S., Fuller, E. K., & Guy, L. S. (2021). Brief and emerging violence risk assessment measures. In K. S. Douglas & R. K. Otto (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (2nd ed., pp. 52–69). New York: Routledge /Taylor & Francis Group.
- Thorpe, M. W., Xavier, P. F., Daffern, M., & Dunne A. L. (2018). The background and clinical use of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version (DASA- IV). In J. Ireland, C. Ireland & P. Birch, *Violent and Sexual Offenders: Assessment, Treatment and Management* (2nd ed., pp. 14). London: Routledge.
- Vojt, G., Marshall, L. A., & Thomson, L. D. G. (2010). The assessment of imminent inpatient aggression; A validation study of the DASA-IV in Scotland. *Journal Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 789-800.
- Wigglesworth, H., O'Brien, A., & White, S. (2022). Relationship between the Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) score and incidents of aggression within 24 hours in patients in a psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 18(2), 63-68.
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American journal of psychiatry*, 143(1), 35–39.
- Zakon o duševnem zdravju /ZdZdr/ (2008). Uradni list RS, št. 77 (15.7.2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>

# UPRAVLJANJE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE IN SOCIALNE OSKRBE V DOMOVIH ZA STAREJŠE SKUPINE SENECURA

## MANAGING THE QUALITY OF NURSING AND SOCIAL CARE IN SENECURA GROUP HOMES FOR THE OLDER ADULTS

viš. pred. dr. Helena Kristina Halbwachs

*Senecura Kliniken und Heimebetriebsgesellschaft m.b.H, Dunaj, Avstrija*

[h.halbwachs@senecura.si](mailto:h.halbwachs@senecura.si)

**Ključne besede:** dolgotrajna oskrba, kakovost, varnost

### IZVLEČEK

Učinkovito upravljanje kakovosti je ključni element zagotavljanja varnosti stanovalcev ter visoke kakovosti storitev zdravstvene nege in socialne oskrbe v ustanovah za dolgotrajno oskrbo. Zahteva sistematičen in celosten pristop, saj je upravljanje kakovosti sestavljeno iz mnogih medsebojno odvisnih, prepletajočih elementov. Prispevek predstavlja študijo primera - upravljanje kakovosti zdravstvene nege in socialne oskrbe v domovih za starejše skupine Senecura. Upravljanje kakovosti poteka preko matične centrale, pri čemer se profesionalni managerji kakovosti tesno povezujejo z vodstvi domov starejših. Celovito upravljanje kakovosti je sestavljeno iz upravljanja tveganj, spremljanja povratnih informacij, anketiranja stanovalcev in zaposlenih, spremljanja izobraževalnih aktivnosti, spremljanja širokega nabora indikatorjev kakovosti, zagotavljanja smernic, standardov in usmeritev ter spremljanja skladnosti in upoštevanja teh dokumentov s pomočjo internih nadzorov in drugih metod. Pomembna aktivnost centralne službe kakovosti ter celotnega vodstva je ustvarjanje in vzdrževanje kulture varnosti, v kateri ni strahu pred povračilnimi ukrepi ob napakah. Žal pa primerjava kazalnikov in učinkovitosti upravljanja kakovosti v dolgotrajni oskrbi v slovenskem prostoru ni mogoča, saj v tem trenutku še ni konsenza, ki bi omogočal primerljivost in transparentnost podatkov. Zato ima toliko večji pomen izmenjava izkušenj in dobrih praks.

**Key words:** long-term care, quality, safety

### ABSTRACT

Effective quality management is a key element in ensuring the safety of residents and the high quality of nursing and social care services in long-term care facilities. It requires a systematic and holistic approach, as quality management consists of many interdependent and interrelated elements. This paper presents case study - the quality management of nursing and social care in the Senecura group of nursing homes. Quality management is carried out with support of the parent headquarters, by professional quality managers closely liaising with the management of the nursing homes. Comprehensive quality management consists of risk management, monitoring feedback, surveying residents and staff, monitoring training activities, monitoring a wide range of quality indicators, providing guidelines, standards and policies, and monitoring compliance and adherence to these documents through internal controls and other methods. An important activity of the central quality function and of the management as a whole is to create and maintain a culture of safety, where there is no fear of reprisals for failures



Unfortunately, it is not possible to compare the indicators and the effectiveness of quality management in long-term care in the Slovenian context, as there is no consensus at the moment to make the data comparable and transparent. This makes the exchange of experience and good practice all the more important.

## Uvod

Domovi za starejše so namenjeni odpravljanju osebnih stisk in težav starejših od 65 let in drugih oseb, ki zaradi bolezni, starosti ali drugih razlogov ne morejo živeti doma. Domovi tako nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcije doma in lastne družine z nudenjem bivanja, organizirane prehrane, varstva in zdravstvenega varstva (SSZ, 2023). Pri tem je upravljanje in zagotavljanje kakovosti bistvenega pomena, saj lahko le tako zagotovimo učinkovito, varno, pravočasno, kontinuirano ter na stanovalca osredotočeno zdravstveno oskrbo, kar so pglavitna načela kakovostne zdravstvene oskrbe. Upravljanje kakovosti se nanaša na oblikovanje sistemov, pravil in procesov, ki zmanjšujejo ali odpravljajo tveganja, hkrati pa optimizirajo oskrbo in njene izide (Seelbach & Brannan, 2023). Gre za skupek različnih skrbno načrtovanih, izvajanih in vrednotenih procesov, aktivnosti in ukrepov za doseganje potrebne kakovosti in varnosti v zdravstvu (MZ, 2023).

Skupina SeneCura trenutno v Sloveniji upravlja 6 domov za starejše – v Radencih, Mariboru, Slivnici, Vojniku, Žireh in Komendi, kmalu pa se bo pridružila tudi enota v Pivki. SeneCura poleg tega deluje na področju dolgotrajne oskrbe in rehabilitacije v matični državi Avstriji, kjer upravlja preko 90 ustanov, poleg tega pa je prisotna še v Švici, Češkem in Hrvaškem. Sedež celotnega grozda je na Dunaju, kjer za povezavo s slovensko vejo SeneCure skrbi več slovensko govorečih zaposlenih. V luči upravljanja številnih domov za starejše na mednarodnem nivoju je ravno sistem upravljanja kakovosti ključen za zagotavljanje visokih standardov kakovosti, ki so značilni za SeneCuro. V pričujočem prispevku predstavljamo organizacijo in posamične elemente upravljanja s kakovostjo.

## Sistem Upravljanja Kakovosti V Skupini Senecura

Centralni oddelek za upravljanje kakovosti v skupini SeneCura je lociran na Dunaju. Odgovoren je za strateško zasnovo upravljanja kakovosti in prenos te zasnove v posamične države grozda. Tako je upravljanje kakovosti identično v vseh državah, kar omogoča dober uvid v rezultate in njihovo mednarodno primerjavo.

Most med centralnim oddelkom in upravljanjem kakovosti na nacionalnem nivoju predstavljata slovenski strokovnjakinji - procesni vodja ter vodja kakovosti zdravstvene nege in socialne oskrbe. Ti podpirata slovenske lokalne time – vodstva domov - z ustreznimi orodji, postopki, izobraževanjem ter svetovanjem pri upravljanju kakovosti. Skrbita tudi za podrobnejšo analizo in poročanje o zbranih podatkih nacionalnemu in centralnemu vodstvu skupine, omogočata izmenjavo in širjenje dobrih praks ter opozoril o varnostnih tveganjih, nenazadnje pa tudi v sodelovanju z drugimi službami nadzirata izvrševanje in delovanje upravljanja kakovosti ter neposrednih procesov v posameznih domovih. Upravljanje kakovosti v skupini SeneCura je v osnovi decentralizirano, saj so za kakovost neposredno odgovorna vodstva posameznih domov ter njihovi timi.

Sistem upravljanja kakovosti je zgrajen iz številnih elementov, ki se medsebojno prepletajo ter zagotavljajo celovit in sistematičen pristop. Osnova upravljanja kakovosti je ustvarjanje kulture varnosti, s katero se želi zagotoviti vsem zaposlenim občutek, da lahko varno in brez povračilnih ukrepov poročajo o tveganjih in varnostnih odklonih. Kultura varnosti pomeni tudi, da vsi zaposleni razumejo in sprejemajo odgovornost za zagotavljanje kakovosti, vodstva pa so zavezana h konstruktivnemu reševanju varnostnih odklonov in ostalih vprašanj na področju kakovosti (Halbwachs, 2021).

V nadaljevanju predstavljamo nekaj bistvenih elementov sistema upravljanja kakovosti v SeneCuri (Halbwachs, 2021; SeneCura Group, 2022a):

## Organizacijski priročnik

Vsi dokumenti, pomembni za zagotavljanje kakovosti, so zbrani v elektronski aplikaciji, tako imenovanem Organizacijskem priročniku. Ti dokumenti zajemajo smernice, priročnike, obrazce, kontrolne sezname, navodila, informacije in podobno. So zavezujoči in predstavljajo minimalni standard vsakdanjih praks. Za pripravo dokumentov so pristojne službe različnih področij, nadaljnji postopek pa zajema večstopenjsko strokovno ter oblikovno preverjanje in odobritev, preden so dokončno publicirani. Posodablja se najmanj na dve leti, po potrebi še pogosteje. Trenutno se v Organizacijskem priročniku nahaja 406 dokumentov.

## Notranji nadzori

Notranji nadzori so v SeneCuri del vsakdanjika. Opravlja se veliko različnih vrst notranjih nadzorov, s katerimi se ocenjuje kakovost struktur, procesov in rezultatov. O vsakem notranjem nadzoru se pripravi pisno poročilo, iz katerega izhajajo ukrepi za izboljšanje v posamični hiši. Rezultate notranjih nadzorov se spremlja in analizira tudi v centralni službi kakovosti v namen prepoznave morebitnih vzorcev, skupnih potreb in področij, potrebnih sistemskih izboljšav.

Vsaj dvakrat letno se v vsakem domu izvede samoocenjevanje, ki ga izvede vodstvo doma. V ta namen uporabijo poseben obrazec za samoocenjevanje s standardiziranim katalogom vprašanj o raznolikih področjih. Ocenjuje se na primer prvi vtis, ki ga daje dom, vodenje, izvajanje filozofije „Bližje ljudem“, ki je značilno za SeneCuro, upravljanje objektov, prehransko področje in podobno. Obsežen del samoocene je namenjen oceni zagotavljanja kakovosti zdravstvene nege in socialne oskrbe. Ob samooceni se identificirajo potrebni ukrepi za izboljšanje, ki se vpišejo v hišni načrt ukrepov.

Nadalje se dvakrat letno opravi notranji nadzor s strani poslovne direktorice slovenske SeneCura skupine. Tudi tu se s standardiziranim vprašalnikom pregledajo vsa področja tveganja in kakovosti, nato pa se določijo ukrepi za izboljšanje. Nadzor vključuje tako pregled dokumentacije različnih procesov kot tudi dejanski pregled stanja na stanovanjskih enotah.

Najmanj dvakrat letno se opravijo tudi negovalne vizite s strani vodje kakovosti zdravstvene nege in socialne oskrbe. Tudi tu se uporabi standardiziran obrazec, ki vsebuje okoli sto kriterijev. Izpolnjevanje kriterijev se preverja s pomočjo pregleda dokumentacije ter dejanskega ogleda procesov zdravstvene nege na stanovanjskih enotah. Pri negovalni viziti je veliko pozornosti posvečeni predvsem področjem, ki predstavljajo varnostna tveganja. To so na primer padci, razjede zaradi pritiska, podhranjenost, omejevanje gibanja, management zdravil ter obvladovanje bolečine. Ocenjuje se tudi druge parametre, kot so na primer zagotavljanje aktivnosti za nepomične stanovalce, zagotavljanje varnega okolja za stanovalce z demenco, upoštevanje higienskih standardov in podobno. Rezultati negovalne vizite so podani v obliki izčrpnega poročila, ki direktorjem zdravstvene nege služi kot vodilo za načrtovanje prednostnih ukrepov izboljšav.

Poleg splošne negovalne vizite s strani vodje kakovosti se v domovih tudi redno opravljajo negovalne vizite posamičnih stanovalcev. Te opravljajo timske diplomirane medicinske sestre in direktorji zdravstvene nege v namen preverjanja celotnega procesa zdravstvene nege pri določenih stanovalcih.

Poleg naštetih se v domovih vsaj enkrat letno opravljajo še druge vrste nadzorov. Higienske vizite so namenjene preverjanju dokumentacije in procesov na področju okužb, povezanih z zdravstvom. Preverijo se tudi načrti čiščenja in razkuževanja, higienski procesi, čiste in nečiste poti itd. Nadalje potekajo tehnični nadzori, ki so namenjeni preverjanju požarne zaščite, varnostne razsvetljave, sistemov sestrskega klica in vzdrževanju medicinskih pripomočkov. V letošnjem letu se uvaja še prehranske vizite s strani dietetika. Te so namenjene preverjanju prehranskega stanja in ukrepov pri stanovalcih ter izpolnjevanju standardov pri pripravi zdrave in dietne prehrane.

## Upravljanje povratnih informacij

Povratne informacije zaposlenih, stanovalcev, sorodnikov ter ostalih partnerjev zagotavljajo pomembne informacije o tem, kako nas vidijo ostali ključni deležniki. So dragocen vir predlogov za izboljšave, zato se morajo dokumentirati, upoštevati, raziskati, analizirati ter obdelati v okviru načrtovanja ukrepov.

Povratne informacije pridobivamo na različne načine. Na voljo so vsi znani načini podajanja - osebno, preko pogovora z zaposlenimi ali vodstvom, ali pisno, preko obrazca za povratne informacije, e-pošte, pisma... Povratne informacije se lahko podajo tudi anonimno, neposredno v domu preko poštnega nabiralnika ali pa po pošti. Zgodi se tudi, da povratne informacije pridobimo preko zunanjih ključnih deležnikov, kot so različni regulativni in nadzorni organi. Vse povratne informacije se vpisujejo v posebni obrazec, ki omogoča dober pregled nad njihovo obdelavo, tako procesno kot statistično.

Pomemben način pridobivanja povratnih informacij s strani stanovalcev in svojcev je letna anketa, ki poteka v papirni obliki za stanovalce in v elektronski obliki za svojce. Gre za mednarodno standardizirano anonimno anketo, ki ugotavlja mnenje anketirancev na različnih področjih – od področja zdravstvene nege in socialne oskrbe do tehničnih vidikov bivanja in prehrane. Za zagotavljanje objektivnosti so ankete posredovane zunanji agenciji, ki je zadolžena za njihovo analizo. Rezultate nato v posameznem domu podrobno analizirajo, pri čemer so posebno pozorni na izboljšave ali poslabšanja v primerjavi s preteklimi leti. Rezultate vodstva hiš predstavijo zaposlenim, s katerimi skupaj dorečejo ukrepe za izboljšave, ki jih nato predstavijo stanovalcem in svojcem.



Kot primer navajamo, da smo v letu 2022 razdelili 952 anket, vrnjenih pa je bilo 585 (odziv 61,4%). Ugotovili smo, da bi bivanje v domovih SeneCura priporočalo 92,4% anketiranih stanovalcev in svojcev, splošna stopnja zadovoljstva pa je 90,5%. To število predstavlja število anketirancev, ki je ocenilo splošno zadovoljstvo z domom z »zelo zadovoljen« (38,9%) in zadovoljen (51,6%) (SeneCura Group, 2022b).

Pomemben vir povratnih informacij so tudi zunanje redne in izredne inšpekcije in nadzori. Njihova poročila se analizirajo tako na nivoju hiše in vodstva skupine, kot tudi na nivoju centralnega upravljanja kakovosti. Zahtevane izboljšave se vnesejo in obdelujejo v načrt ukrepov posamične hiše.

Povratne informacije pridobivamo tudi s strani zaposlenih. Tudi tu poteka redno anketiranje, preko katerega pridobivamo pomembne informacije o delovni klimi ter drugih vidikih dela, kot tudi o področjih, kjer so potrebne izboljšave. Tudi te informacije je potrebno zavesti v načrt ukrepov. Občasno pridobivamo povratne informacije še iz dodatnih virov, kot so na primer zunanji poslovni partnerji ter skupnosti, v katerih delujemo.

## Upravljanje tveganj

Upravljanju tveganj oziroma varnostnih odklonov posvečamo veliko pozornosti. Prične se z rednim kontinuiranim izobraževanjem na področju vzpostavljanja kulture varnosti, pri čemer se še posebno posvečamo področju zaznave, javljanja in spremljanja varnostnih odklonov. Pri tem so vodstvom domov v pomoč jasno oblikovane smernice in obrazci, ki so na voljo v organizacijskem priročniku. Tam je na voljo tudi tako imenovani Krizni priročnik, ki daje usmeritve v primeru določenih kriznih situacij.

Vsak varnostni odklon, ki se zgodi v posamezni hiši, spremljamo tudi centralno. Analiza odklona, skupaj z ukrepi za njegovo sanacijo ter proaktivno preprečevanje, se opravi že na nivoju posameznega doma, kjer se je odklon zgodil. Centralna služba kakovosti in vodstvo skupine pa vsak odklon še dodatno preveri, po potrebi dodatno analizira in določi nadaljnje ukrepe. Prav tako bdi centralna služba kakovosti nad implementacijo in uspešnostjo ukrepov. Posebno pozornost posveča varnostnim odklonom, ki bi lahko bili potencialno relevantni tudi za ostale domove. V tem primeru poskrbi za takojšnje informiranje vseh deležnikov o potencialnem tveganju in zahtevanih ukrepih.

## Spremljanje kazalnikov kakovosti zdravstvene nege

Vsi SeneCurini domovi spremljajo širok nabor kazalnikov zdravstvene nege. Med te spadajo število padcev, število razjed zaradi pritiska (interno nastali, eksterno nastalih), število smrti v domu ter v bolnišnici, število hospitalizacij, število stanovalcev z nevroleptiki, število stanovalcev s tveganjem za podhranjenost, število stanovalcev z omejitvami gibanja, število nepomičnih stanovalcev, število stanovalcev z okužbami z več rezistentnimi bakterijami, in številni drugi. Pri mnogih izmed teh kazalnikov so določene referenčne vrednosti, podprte z dokazi, ki nam pomagajo oceniti pomen posameznega indikatorja. Direktorji zdravstvene nege v posamičnih hišah vsakomesečno javljajo kazalnike kakovosti v centralno službo kakovosti, pri čemer javljajo tudi razloge in predvidene ukrepe pri tistih, ki negativno odstopajo od referenčnih vrednosti. Poleg tega se vodja kakovosti zdravstvene nege vsaj enkrat četrletno sestane skupaj z vsemi direktorji zdravstvene nege posamičnih domov, kjer je na dnevnem redu vedno tudi razprava o kazalnikih, razlogih za njihove vrednosti ter ukrepih za izboljšanje.

Kot primer spremljanja kazalnikov kakovosti lahko izpostavimo padce, katerih stopnja je v letu 2022 v naših domovih v povprečju znašala 10 % (referenčna vrednost je 18,80 %), ter prevalenca interno nastalih razjed zaradi pritiska, ki je v letu 2022 znašala 3 % (referenčna vrednost je 2 %) (SeneCura Group, 2022c).

## Proces stalnega izboljševanja

Vsi opisani elementi upravljanja kakovosti in še številni drugi so združeni v procesu stalnih izboljšav na ravni podjetja in celotne hiše. Osrednji proces stalnega izboljševanja se izvaja preko načrta ukrepov. Ta predstavlja ključni dokument, ki vsebuje potrebe po izboljšavah iz že naštetih virov (npr. ankete, inšpekcijski pregledi, notranji nadzori), pa tudi iz ostalih relevantnih virov, kot so na primer multidisciplinarni sestanki. Osrednji, strateški načrt ukrepov v vsakem domu vodijo direktor doma, direktor zdravstvene nege ter socialni delavec. O njegovi vsebini, predvsem o implementaciji in uspešnosti potrebnih ukrepov, se razpravlja na rednih sestankih z vpletenimi in nadrejenimi.

## Diskusija

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je cilj dolgotrajne oskrbe zagotoviti, da lahko posameznik, ki ni v celoti sposoben dolgoročne samooskrbe, ohrani najboljšo možno kakovost življenja z največjo možno stopnjo neodvisnosti, samostojnosti, sodelovanja, osebne izpolnitve in človeškega dostojanstva (SZO, 2002). Za razliko od akutne oskrbe dolgotrajna oskrba ne odpravlja bolezni, temveč je njen cilj lajšanje trpljenja, zmanjšanje neugodja, zmanjšanje omejitev, ki jih povzročata bolezen in invalidnost, ter ohranjanje najboljše kakovosti življenja in najvišje možne ravni telesnega in duševnega delovanja ljudi (Dandi et al., 2012). Zagotavljanje kakovosti v smislu doseganja teh ciljev v domovih za starejše je eno izmed perečih vprašanj po vsem svetu (Tolson et al., 2011), za katero ni enostavnih rešitev (Wiener, 2003). Kljub temu velja dobro upravljanje kakovosti, vključno s kulturo varnosti, kot osrednja strategija za doseganje zelenih ciljev v dolgotrajni oskrbi. Po klasičnem pristopu Donabedian (1985) lahko definiramo kakovost v dolgotrajni oskrbi kot večdimenzionalni koncept, ki vključuje kakovost strukture (oprema, zdravila, prostori, osebje itd.), kakovost procesov ali uporabo virov (stopnja intervencij, stopnja napotitev, upravljanje čakalnih seznamov itd.) in kakovost izidov - učinkov zdravstvene obravnave na zdravstveno stanje stanovalcev (umrljivost, invalidnost ali kakovost življenja, funkcionalna sposobnost itd.). Sistem upravljanja kakovosti zahteva za večdimenzionalni koncept organizacijsko klimo, ki omogoča visoko zanesljivost in varnost. Sestavljena je iz petih medsebojno povezanih organizacijskih procesov, ki jih opredeljuje zaskrbljenost glede odklonov (proaktivno predvidevanje in preučevanje odklonov), odklanjanje poenostavljenih interpretacij (dvom v ustaljene postopke in nenehno preučevanje njihove varnosti), občutljivost za postopke (pogled na postopke v luči dodajanja novih dognanj), zavezanost k vzdržljivosti (sposobnost premostitve odklonov in zagotavljanja varnosti kljub odklonom) ter vključevanje ekspertov v postopke (Vogus & Sutcliffe, 2007).

V skupini SeneCura se skušamo držati teh teoretičnih dognanj ter jih z našimi strukturami, procesi in instrumenti vnašati v vsakdanjo prakso. Ob izvajanju vseh opisanih elementov pridobivamo pomembne strukturne kazalnike, kazalnike procesov in kazalnike izidov, ki jih lahko primerjamo znotraj naše skupine na mednarodnem nivoju. Vendar v slovenskem prostoru pogrešamo transparenten prikaz natančno dogovorjenih in mednarodno priznanih kazalnikov na nacionalnem nivoju, kar bi omogočalo primerljivost z ostalimi slovenskimi domovi ter tudi domovi v tujini. Ministrstvo za zdravje je sicer v zadnjih letih naredilo nekaj pomembnih korakov v tej smeri – izpostaviti velja izdajo priročnika Kakovost zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih (Bolčević et al., 2021), vendar trenutno konsenza o procesu spremljanja kakovosti in javljanja relevantnih podatkov še ni na voljo. Kot primer navajamo, da spremljamo prevalenco vseh razjed zaradi pritiska (štiri kategorije ter dodatni dve kategoriji, pri katerih je globina neznana), kar je v skladu z mednarodnimi priporočili (EPUAP, NPIAP & PPPIA, 2019), medtem ko slovenski priročnik govori le o spremljanju števila stanovalcev z razjedami zaradi pritiska štirih kategorij (Bolčević et al., 2021). Težave imamo tudi s spremljanjem in mednarodno primerljivostjo kazalnikov, ki v Sloveniji še niso dobro definirani in regulirani, kot so na primer uporaba nevroleptikov v smislu omejitve gibanja, ali pa dvigovanje posteljnih ograjic. V tujini velja dvig posteljnih ograjic kot poseg v svobodo gibanja, ki zahteva posebno odobritev s strani regulatornih organov, v slovenskem prostoru pa še vedno prepogosto dvigujemo posteljne ograjice povsem intuitivno, brez razmisleka o posledicah za stanovalca (Zver & Halbwachs, 2022). V luči teh ugotovitev je pomembno nadaljevati s pogovori in dogovori vseh ključnih deležnikov na nacionalnem nivoju. Vsekakor se moramo vsi zavedati, da je doseganje kakovosti pot, ki se nikoli ne konča, zato moramo biti zavezani procesu stalnega izboljševanja kakovosti. To je tudi eden izmed razlogov, da v letošnjem letu v slovenskih domovih skupine SeneCura poteka intenzivno uvajanje modela E-Qalin, s čimer želimo še dodatno pristopiti k izboljšanju kakovosti vsakdanjega življenja, izvajanja storitev in zadovoljstva vseh deležnikov: stanovalcev, svojcev, zaposlenih ter zunanjih partnerjev (Burnik Šturm, 2022).

## Zaključek

Florence Nightingale je nekoč dejala: »Če v zdravstveni negi ne napredujemo vsako leto, vsak mesec, vsak teden, verjemite, da se vračamo nazaj.« (Ulrich, 2020, p. 110). Učinkovito upravljanje kakovosti je ravno tisti mehanizem, ki nam po eni strani omogoča sledenje napredka, po drugi strani pa narekuje potrebne izboljšave ter s tem napredek tudi usmerja in pospešuje. Upravljanje kakovosti je nenehen proces učenja, pri čemer je zelo pomembna izmenjava izkušenj in dobrih praks. S predstavitvijo študije primera, ki se nanaša na upravljanje kakovosti v domovih za starejše skupine SeneCura, smo želeli doprinesti k tej izmenjavi in prispevati kamenček v naraščajočem mozaiku zagotavljanja kakovosti v slovenski dolgotrajni oskrbi.

## Literatura

- Bolčević, S., Gorup, L., Jakac, S., Kobal Straus, K., Kranjc, M., Limonšek, I., Lipar, T. et al. (2021). *Kakovost zdravstvene obravnave v socialnovarstvenih zavodih: priročnik*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Retrieved March 15, 2023 from <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-A2DTQAZT>
- Burnik Šturm, M. (2022). Uvajanje modela E-Qaulin v domove SeneCura v Sloveniji. *SeneCura Časopis* december 2022 (4). Retrieved March 17, 2023 from [https://www.senecura.si/wp-content/uploads/2022/12/senecura\\_casopis\\_december2022.pdf](https://www.senecura.si/wp-content/uploads/2022/12/senecura_casopis_december2022.pdf)
- Dandi, R., Casanova, G., Lillini, R., Volpe, M., De Belvis, A., Avolio, M., & Pelone, F. (2012). *Long-term care quality assurance policies in the European Union*. ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 111. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2033067>
- Donabedian, A. (1985). *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.
- EPUPAP, NPIAP & PPIA. (2019) *Prevention and Treatment of pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline*. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
- Halbwachs, H. (2021). Kakovost - temelj varnosti in zaupanja. *SeneCura Časopis* april 2021. Retrieved March 21, 2023 from [https://www.senecura.si/wp-content/uploads/2021/05/senecura\\_casopis\\_april\\_20210503\\_web.pdf](https://www.senecura.si/wp-content/uploads/2021/05/senecura_casopis_april_20210503_web.pdf)
- MZ (Ministrstvo za zdravje). (2023). *Kakovost zdravstvenega varstva*. Retrieved Feb 28, 2023 from <https://www.gov.si/teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>
- SeneCura Group. (2022a). *Qualitätsbericht Pflegeheime 2022*. Retrieved March 17, 2023 from [https://www.senecura.at/wp-content/uploads/2023/02/SeneCura\\_Qualitaetsbericht\\_2022\\_022023\\_Einzel\\_final.pdf](https://www.senecura.at/wp-content/uploads/2023/02/SeneCura_Qualitaetsbericht_2022_022023_Einzel_final.pdf)
- SeneCura Group. (2022b). *Poročilo o zadovoljstvu stanovalcev in svojcev 2022*. Interno gradivo.
- SeneCura Group. (2022c). *Poročilo SLO\_CSR*. Interno gradivo.
- Seelbach, C. L., & Brannan, G. D. (2022). *Quality Management*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved Feb 27, 2023 from [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/#\\_article-28143\\_s6](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/#_article-28143_s6)
- SSZ (Skupnost socialnih zavodov). (2023). *Splošno o domovih za starejše*. Retrieved Feb 27, 2023 from <https://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih/>
- SZO (Svetovna zdravstvena organizacija). (2002). *Lessons for LTC Policies*. Retrieved Feb 15, 2023 from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH7CCL\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf)
- Tolson, D., Rolland, Y., Andrieu, S., Aquino, J. P., Beard, J., Benetos, A., ... & of Gerontology, T. I. A. (2011). International Association of Gerontology and Geriatrics: A global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(3), 184-189. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.013>
- Ulrich, B. (2020). Year of the Nurse: Celebrating the 200th Anniversary of the Birth of Florence Nightingale. *Nephrology Nursing Journal*, 47(2), 109-111.
- Vogus, T.J. & Sutcliffe, K.M. (2007). The Safety Organizing Scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical care*, 45(1), 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>
- Wiener, J. M. (2003). An assessment of strategies for improving quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 43(suppl\_2), 19-27. [https://doi.org/10.1093/geront/43.suppl\\_2.19](https://doi.org/10.1093/geront/43.suppl_2.19)
- Zver, S. & Halbwachs, H.K. (2022). 1. mednarodni SeneCura simpozij kakovosti zdravstvene nege. *Utrip* XXX/3, junij\_julij 2022, 59-60.

# KONCEPT UVAJANJA APLIKACIJE NORADRENALINA V KLINIČNO OKOLJE INTENZIVNE NEGE ODDELKA ZA TRAVMATOLOGIJO

## CONCEPT OF INTRODUCING THE APPLICATION OF NOREPINEPHRINE INTO THE CLINICAL ENVIRONMENT OF THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE TRAUMATOLOGY DEPARTMENT

**Monika Tacer, mag. zdr. – soc. manag.**

*Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za travmatologijo*

[monika.tacer@gmail.com](mailto:monika.tacer@gmail.com)

**Ključne besede:** intenzivna nega, poškodbe hrbtenice, noradrenalin

84

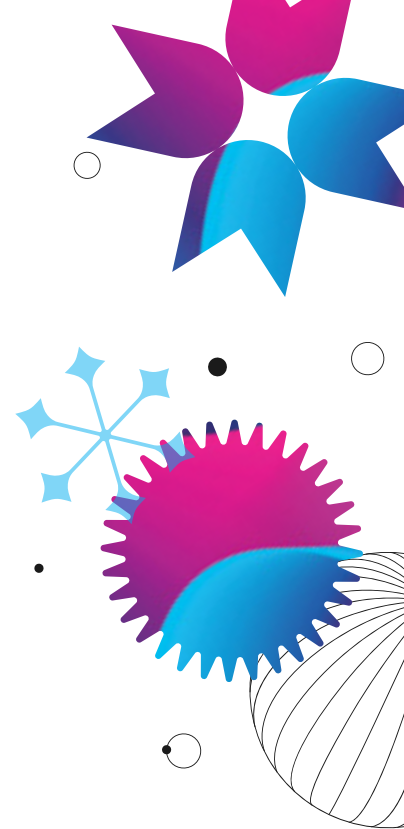
### IZVLEČEK

Poškodbe hrbtenice in hrbtenjače se pogosto obravnavajo v sklopu politravm. Te poškodbe sodijo med najtežje in imajo zelo dolgo rehabilitacijsko dobo. Zaradi samega mehanizma poškodb so ti pacienti obravnavani v enoti intenzivne terapije ali intenzivne nege, kjer se izvaja poglobljena zdravstvena obravnava. Nekateri avtorji v študijah navajajo, da je za ugoden nevrološki izid pri poškodbah hrbtenjače pomembna zgodnja dekompresija poškodbe, aplikacija kortikosteroidov in vzdrževanje ustreznega krvnega tlaka s pomočjo vazoaktivnih zdravil. V prispevku je predstavljen koncept uvajanja aplikacije noradrenalina v klinično področje izbranega oddelka. Medicinske sestre oddelka do sedaj še niso imele prakse s tovrstno terapijo. Koncept je sestavljen iz Demingovega kroga, in sicer po sklopih planiraj, naredi, preveri in ukrepaj. Cilj prispevka je oblikovati koncept, ki bo v pomoč strokovnim vodjem oddelka pri implementaciji noradrenalina v klinično okolje. Ob ustreznem strokovnem izobraževanju, nadzoru in opremljenosti bi lahko bila implementacija le-tega v klinično okolje izrednega pomena, saj v dosedanji praksi paciente, ki potrebujejo zdravljenje z noradrenalinom, premeščamo iz enote intenzivne nege v enoto intenzivne terapije.

**Key words:** intensive care, spinal injuries, norepinephrine

### ABSTRACT

Injuries to the spine and the spinal cord are often treated in relation to polytrauma. They are among the most difficult injuries and require a very long rehabilitation period. Due to the mechanisms of the injuries, the patients have to be treated with an intensive therapy or in an intensive care unit where they go through an in-depth medical treatment. According to some studies, an early decompression of a spinal cord injury, application of corticosteroids and maintenance of adequate blood pressure with assistance from vasoactive drugs would yield a beneficial neurological outcome. This article presents the concept of introducing the application of norepinephrine in a clinical field of a selected department. The nurses of the department have no previous practice for working with this type of therapy. The concept stems from Deming's cycle that includes components such as plan, do, check and act. The goal of this article is to form a helpful concept in the implementation of norepinephrine in



the clinical environment. This implementation in a clinical environment with the appropriate professional training, supervision and equipment would be of great importance, since the current practice with patients that require therapy with norepinephrine consists out of transferring them from intensive care unit to intensive therapy units.

## Uvod

Poškodbe hrbtenjače predstavljajo izredno travmatičen dogodek, ki lahko povzročajo motnje v senzoričnih in motoričnih funkcijah pacienta, kar lahko posledično povzroči motnje na telesnem, psihološkem in socialnem področju življenja (Fehlings et al., 2017). Travmatske poškodbe hrbtenjače nastopijo, kadar je razlog zunanji vpliv oziroma poškodba, ki akutno poškoduje hrbtenjačo (Ahuja et al., 2017). V zadnjih 30 letih se je globalno gledano povečalo število teh poškodb. Letno se po vsem svetu obravnava med 250 000 in 500 000 posameznikov s poškodbami hrbtenjače (Khorasanizadeh et al., 2019). Poškodbe hrbtenjače se kažejo kot nevrološki izpadi v smislu motorike in sensorike, vse to pa močno vpliva na samo kakovost življenja (Bauman et al., 2012). Pri obravnavi pacientov s poškodbo hrbtenjače v enoti za intenzivno nego so priporočila kontinuiran monitoring pacientov za zgodnje odkrivanje srčno-žilnih disfunkcij ter respiratornih insuficienc. Pomembno vlogo ima tudi korekcija hipotenzije oziroma vzdrževanje srednjega arterijskega krvnega tlaka (Ryken et al., 2013). V nekaterih študijah lahko zasledimo, da imajo pomembno vlogo pri kasnejših nevroloških izidih zgodnja kirurška dekompresija, zgodnja aplikacija kortikosteroidov in uravnavanje krvnega tlaka (Karsy & Haweyluk, 2019). Nekatere študije kažejo, da bi vzdrževanje srednjega arterijskega krvnega tlaka nad 85 mmHg imelo pozitivne učinke pri preprečevanju nastanka ishemije pri poškodbi, kar bi lahko pozitivno vplivalo na nevrološki izid (Soubeyrand et al., 2014). Noradrenalin se pretežno uporablja kot periferni vazokonstriktor. Vazoaktivni se vežejo na specifične receptorje in povzročijo vazokonstrikcijo (Russell, 2019). Pomembno je multidisciplinarno poznavanje farmakokinetike in farmakodinamike zdravila za učinkovito aplikacijo le-tega (Smith & Maani, 2021).

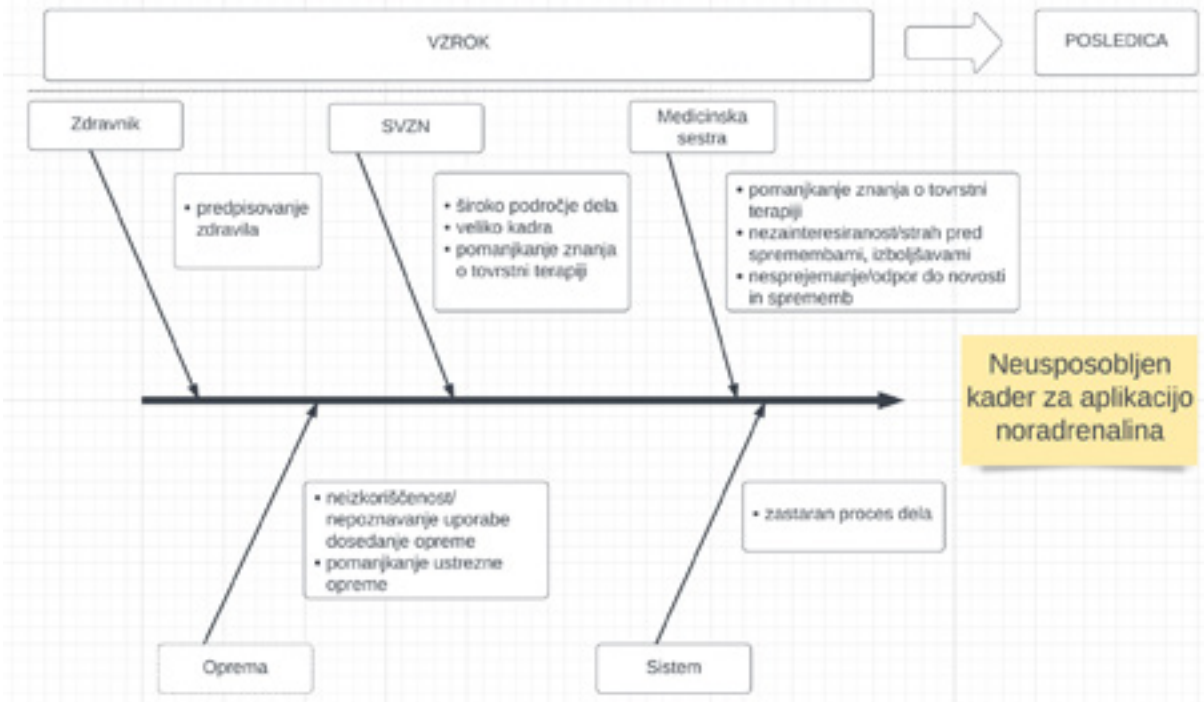
V dosedANJI praksi enote intenzivne nege Oddelka za travmatologijo se noradrenalin ne uporablja. Pacienti, ki v aktivnem procesu zdravljenja potrebujejo podporo noradrenalina, so premeščeni v enoto intenzivne terapije. V nadaljevanju je predstavljen koncept, ki je oblikovan s pomočjo Demingovega kroga, kako varno in strokovno uvesti aplikacijo le-tega v klinično okolje. Pri oblikovanju koncepta so upoštevane dimenzije kakovosti:

- Varnost: koncept bo zasnovan v izogib povzročanja škodljivih učinkov.
- Uspešnost: s pomočjo koncepta se bo novost implementirala v klinično okolje.
- Usmerjenost na osebo: ker bo ciljna populacija majhna, bo v sklopu teoretičnih in praktičnih izobraževanj omogočeno odprto diskutiranje.
- Pravočasnost: za izobraževanje zdravstvenih delavcev je treba izbrati primeren čas in prostor.

## Planiraj

V intenzivni negi bi z ustreznim usposabljanjem in ustrezno opremo lahko varno in učinkovito aplicirali vazoaktivna zdravila. S tem bi lahko razbremenili enote intenzivne terapije za tovrstne preместitve, kadar sam respiratorni sistem pacientov ni prizadet oziroma zadostuje respiratorna podpora pacientom, ki jo lahko nudimo v enoti intenzivne nege oddelka. V omenjeni enoti je stalna prisotnost kadra zdravstvene nege. Vse posteljne enote so opremljene z monitorji za nadzor vitalnih parametrov. Pacienti so kontinuirano monitorirani.

V sklopu planiranja smo s pomočjo Ishikawa diagrama izpostavili problem in vzroke za kader, ki ni usposobljen za aplikacijo noradrenalina. Pod vzroke smo navedli zdravnike, saj v dosedANJI praksi samega noradrenalina niso predpisovali oziroma so se pacienti, ki so potrebovali tovrstno terapijo, premeščali v enoto intenzivne terapije. Posledično tudi strokovna vodja zdravstvene nege (SVZN) in celoten kader zdravstvene nege ni usposobljen, saj se s tem ne srečuje. Pod problem smo uvrstili neizkoriščeno in neustrezno opremo v izbrani enoti. Kot velik problem bi izpostavili še zastaran proces dela (Slika 1). Na podlagi teh ugotovitev smo si zastavili cilje v smislu, da v celoti izkoristimo enoto intenzivne nege, izkoristimo dosedanjo opremo in usposobimo kader, ki je vpleten v sam proces dela.



Slika 1: Ishikawa diagram – ribja kost

## Naredi

V sklopu naredi smo s pomočjo EPC diagrama (angl. Event-driven process chain: dogodkovno vodena procesna veriga) v programu Microsoft Word prikazali proces uvajanja noradrenalina v samo klinično okolje. EPC se uporablja za opisovanje poslovnih procesov s pomočjo procesne verige, ki jo vodijo dogodki (Aris Community, n. d.).

V sklopu planiraj smo ukrepe razdelili na dogodke in aktivnosti. Sprva bi zagotovili ustrezno opremo (nakup injektomata in nakup ustrezne opreme za invazivno merjenje krvnega tlaka). V primeru izpolnjenega pogoja bi prešli na izobraževanja, ki bi jih izvajal ustrezno usposobljen zdravstveni delavec (zdravstveni delavec, zaposlen v anesteziji ali intenzivni terapiji). Koncept izobraževanja bi zajemal več sklopov:

- Izobraževanje 1 (teoretično) bi bilo namenjeno celotnemu negovalnemu kadru v izbranem področju. Vsebine bi zajemale: teoretično izobraževanje o arterijskem katetru (najpogostejša mesta uvajanja arterijskega katetra; zapleti zaradi vstavljenega arterijskega katetra; zdravstvena nega arterijskega katetra in odstranitev arterijskega katetra); arterijska linija (namestitvev in odstranitev arterijske linije, krivulja arterijske linije in invazivno merjenje krvnega tlaka).
- Izobraževanje 1 (praktično) bi bilo namenjeno diplomiranim medicinskim sestram: praktično delo z arterijskim katetrom, arterijsko linijo in delo z monitorjem.
- Po končanem praktičnem izobraževanju bi sledila evalvacija pridobljenega znanja, ki bi jo izvajal usposobljeni zdravstveni delavec. V primeru neuspešne evalvacije bi se sklop izobraževanj ponovil oziroma bi se predebatirale pomanjkljivosti. V primeru uspešne evalvacije bi prešli na izobraževanja 2, ki bi vsebovala:
- Izobraževanje 2 (teoretično) bi bilo namenjeno celotnemu kadru zdravstvene nege o noradrenalinu: kaj je zdravilo in zakaj ga uporabljamo, opozorila in previdnostni ukrepi, kako zdravilo pripraviti, aplicirati in odstraniti ter možni neželeni učinki.
- Izobraževanje 2 (praktično) bi bilo namenjeno diplomiranim medicinskim sestram: priprava zdravila, priprava injektomata, aplikacija zdravila (titiranje zdravila, menjava brizge) in postopki ob končani aplikaciji zdravila (Slika 2 in 3).
- Po končanem sklopu bi sledila organizacija oddelčnega sestanka, kjer bi ponovno evalvirali znanje kadra o celotni temi.

## Preveri

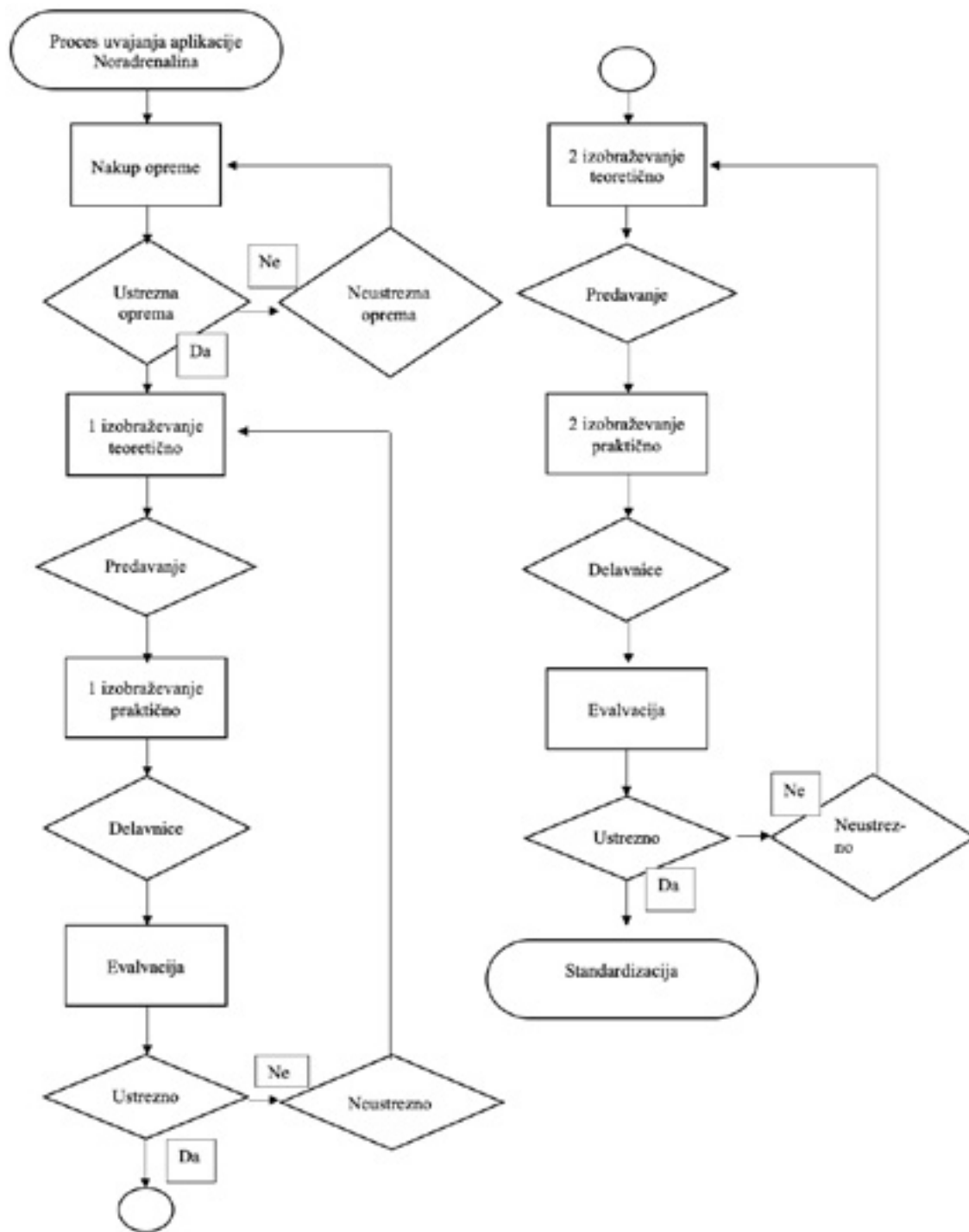
Ob prvem srečanju zaposlenih z aplikacijo noradrenalina bi po sami pripravi zdravila sledila analiza razumevanja in znanja zaposlenih s strani usposobljenega zdravstvenega dela. Na kontrolni list bi se zabeležilo ustrezno znanje diplomiranih medicinskih sester, ki bi bile vpletene v sam proces dela (Tabela 1). V tej fazi bi zaposleni imeli priložnost, da pridobijo odgovore na vprašanja, ki bi se jim porodila v neposredni situaciji.

**Tabela 1: Kontrolni list**

<b>Ustrezno zanje o:</b>	<b>Teoretično spoznal/-a (datum, parafa):</b>	<b>Praktično opravl/-a pod nadzorom (datum, parafa):</b>	<b>Praktično opravl/-a samostojno (datum, parafa):</b>	<b>Opombe</b>
<b>Invazivni monitoring</b>	_____	_____ _____	_____	
<b>Perfuzijska črpalka (injektomat)</b>	_____	_____ _____	_____	
<b>Priprava zdravila</b>	_____	_____ _____	_____	
<b>Aplikacija zdravila</b>	_____	_____ _____	_____	
<b>Postopki ob končani aplikaciji zdravila</b>	_____	_____ _____	_____	

## Ukrepanj

Ob uspešni evalvaciji bi sledila standardizacija protokola. Protokol bi se predstavil vsem zaposlenim in se objavil na mestu, kjer bi bil dostopen vsem izvajalcem v vseh izmenah dela.



Slika 2: Proces uvajanja aplikacije noradrenalina

Objekt	Opis
	Začetek/konec procesa
	Korak v procesu
	Odločitev
	Sklic na strani; označuje naslednji korak drugje na drugi strani
	Informacijski tok

Slika 3: Opis objektov (Microsoft 365, n. d.)



## Diskusija

V prispevku je predstavljen koncept, kako bi implementirali aplikacijo noradrenalina v klinično okolje. Noradrenalin spada med izredno tvegano vrsto zdravil v smislu varnosti pacientov, čeprav je lahko ključen pri vzdrževanju perfuzije krvi v možganih, srcu in drugih organih (Smith & Maani, 2021). Zapleti zaradi aplikacije noradrenalina se lahko kažejo kot aritmije, srčni zastoj, ishemija okončin in nekroze. Preveliko odmerjanje pa lahko povzroči hipertenzijo, srčni zastoj, možgansko kap (Ibey, Ciarniello & Gorelik, 2015). V intenzivni negi Oddelka za travmatologijo delujejo srednje medicinske sestre in diplomirane medicinske sestre. Vsekakor pripisujemo izreden pomen pomembnosti teoretičnega znanja pred praktičnim izobraževanjem, zato smo izobraževanja razdelili v teoretične in praktične sklope. V teoretičnih sklopih bi bil prisoten celoten kader oddelka, medtem ko bi na praktičnih sklopih bile prisotne samo diplomirane medicinske sestre. Zaradi vseh nevarnosti zdravila bi se lahko ob neposrednem srečanju zaposlenega s tovrstno terapijo pojavil neželen dogodek. Häggström, Bergsman, Månsson in Holmström (2017) v raziskavi poudarjajo pomen zavedanja medicinskih sester, da lahko zaprosijo za pomoč. Poudarili so tudi pomen pisnih navodil, kako zdravilo pripraviti in razredčiti. Ta navodila morajo biti na voljo vsem izvajalcem. Trenutno sta v izbrani enoti dve zaposleni diplomirani medicinski sestri, ki imata izkušnje za delo s tovrstno terapijo. Zato bi organizirali proces dela tako, da bi na samem začetku aplikacije noradrenalina ti dve diplomirani medicinski sestri delovali kot klinični mentorici in bi bili na voljo za vprašanja tudi v času dežurstev. Tako tudi Hunter, Considine in Manias (2022) v svoji raziskavi poudarjajo, da so medicinske sestre v intenzivnih terapijah že v samem uvajalnem obdobju izpostavljene delu z noradrenalinom. Poudarjajo pa tudi izreden pomen dobrih kliničnih mentorjev v tem obdobju.

Pri uvedbi novosti v samo klinično okolje je pomembno, da je zdravstveno osebje pred tem informirano in deležno ustreznega usposabljanja (Cardenas Garcia et al., 2015). V času covida-19 se je izkazalo, da se lahko s ponavljajočim se usposabljanjem majhnih skupin usposobi in izobrazi medicinske sestre do te mere, da pridobljena znanja in spretnosti takoj uporabijo v samem kliničnem okolju (Marks, Edwards & Jerge, 2021).

## Zaključek

Implementacija noradrenalina v samo klinično okolje intenzivne nege Oddelka za travmatologijo bi bila ključna, saj respiratorno stabilnih pacientov s poškodbami hrbtenjače ne bi bilo treba premeščati v enoto intenzivne nege samo zaradi zviševanja srednje arterijskega krvnega tlaka. Z ustrezno izkoriščeno opremo v enoti intenzivne nege in ustrezno usposobljenim kadrom lahko aplikacija noradrenalina poteka varno in za pacienta učinkovito. V nadaljnjih raziskavah bi lahko po standardizaciji protokola raziskali znanje in mnenje medicinskih sester v enoti. Prav tako bi se lahko naredila analiza premestitev pacientov s poškodbami hrbtenjače pred in po uvedbi aplikacije noradrenalina v enoto intenzivne nege Oddelka za travmatologijo.

## Literatura

- Ahuja, C. S., Wilson, J. R., Nori, S., Kotter, M., Druschel, C., Curt, A., & Fehlings, M. G. (2017). Traumatic spinal cord injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1–21.
- Aris Community, (n. d.) *Event-driven process chain (EPC)*. <https://www.ariscommunity.com/event-driven-process-chain>
- Bauman, W., Korsten, M., Radulovic, M., Schilero, G., Wech, J., & Spungen, A. (2012). 31st g. Heiner sell lectureship: secondary medical consequences of spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18(4), 354–378.
- Cardenas Garcia, J., Schaub, K. F., Belchikov, Y. G., Narasimhan, M., Koenig, S. J., & Mayo, P. H. (2015). Safety of peripheral intravenous administration of vasoactive medication. *Journal of Hospital Medicine*, 10(9), 581–585.
- Fehlings, M. G., Tetreault, L. A., Wilson, J. R., Kwon, B. K., Burns, A. S., Martin, A. R., ... & Harrop, J. S. (2017). A clinical practice guideline for the management of acute spinal cord injury: introduction, rationale, and scope. *Global Spine Journal*, 7(3\_suppl), 84S–94S.
- Häggström, M., Bergsman, A. C., Månsson, U., & Holmström, M. R. (2017). Learning to manage vasoactive drugs—a qualitative interview study with critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 39, 1–8.
- Hunter, S., Considine, J., & Manias, E. (2022). The influence of intensive care unit culture and environment on nurse decision making when managing vasoactive medications: A qualitative exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 1–11.
- Ibey, A. A., Ciarniello, C., & Gorelik, S. (2015). Inadvertent overinfusion of norepinephrine using infusion pump loading dose. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(6), 375–379.
- Karsy, M., & Hawryluk, G. (2019). Modern medical management of spinal cord injury. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 19, 1–7.
- Khorasanizadeh, M., Youseffard, M., Eskian, M., Lu, Y., Chalangari, M., Harrop, J. S., ... & Rahimi-Movaghar, V. (2019). Neurological recovery following traumatic spinal cord injury: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurosurgery: Spine*, 30(5), 683–699.
- Marks, S., Edwards, S., & Jerge, E. H. (2021). Rapid deployment of critical care nurse education during the COVID-19 pandemic. *Nurse Leader*, 19(2), 165–169.
- Microsoft 365. (n. d.). *Ustvarjanje osnovnega diagrama potka v Viso*. <https://support.microsoft.com/sl-si/office/ustvarjanje-osnovnega-diagrama-poteka-v-visio-e207d-975-4a51-4bfa-a356-eeec314bd276>.
- Russell, J. A. (2019). Vasopressor therapy in critically ill patients with shock. *Intensive Care Medicine*, 45, 1503–1517.
- Ryken, T. C., Hurlbert, R. J., Hadley, M. N., Aarabi, B., Dhall, S. S., Gelb, D. E., ... & Walters, B. C. (2013). The acute cardiopulmonary management of patients with cervical spinal cord injuries. *Neurosurgery*, 72(suppl\_3), 84–92.
- Smith, M. D., & Maani, C. V. (2021). Norepinephrine. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Soubeyrand, M., Dubory, A., Laemmel, E., Court, C., Vicaud, E., & Duranteau, J. (2014). Effect of norepinephrine on spinal cord blood flow and parenchymal hemorrhage size in acute-phase experimental spinal cord injury. *European Spine Journal*, 23, 658–665.

# NEGOVALNE DIAGNOZE NANDA-I V BOLNIŠNIČNI OBRAVNAVI PACIENTOV Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

## NURSING DIAGNOSES OF NANDA-I IN HOSPITAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER

Žiga Rosenstein, dipl. zn. mag. zdr. nege  
izr. prof. dr. Borut Škodlar, dipl. zn., mag. zdr. nege  
pred. Andreja Mihelič Zajec, viš. med. ses., univ. dipl. org.  
mag. Matejka Pintar Babič, dipl. m. s., univ. dipl. org.  
*Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana*

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

**Ključne besede:** negovalna diagnoza, psihiatrija, NANDA-I, standardiziran jezik

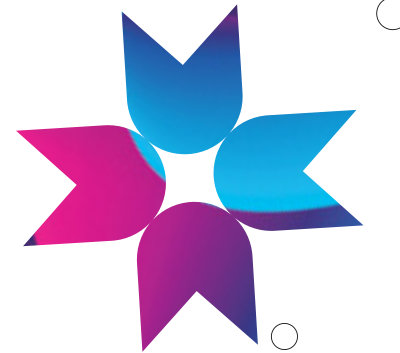
### IZVLEČEK

**Uvod:** Klasifikacija negovalnih diagnoz NANDA-I je najbolj raziskan in najpogosteje uporabljen standardiziran jezik na mednarodni ravni. Predstavlja širok nabor znanja s področja zdravstvene nege, kot tudi specifično področje obravnave pacienta z duševno motnjo. Namen prispevka je ugotoviti najpogostejše negovalne diagnoze pacientov, ki se zdravijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Strategija raziskovanja je bila presečna raziskava. Podatki so bili zajeti namensko iz pacientove zdravstvene dokumentacije. Obdelani so bili na nivoju deskriptivne statistike, z izračunom odstotkov in frekvenčne porazdelitve. Podatki so bili popolnoma anonimizirani, zato je kakršna koli sled za identiteto oseb izgubljena.

**Rezultati:** Na vzorcu 167 pacientov je bilo skupno pridobljenih 484 negovalnih diagnoz, ki predstavljajo 84 različnih negovalnih diagnoz iz nabora klasifikacije NANDA-I 2015-2017. Najpogostejše negovalne diagnoze so bile: Motena osebna identiteta (00121), Tesnoba (00146), Neučinkovito spopadanje s situacijo (00069), Nevarnost za padce (00155) in Neučinkovito obvladovanje impulzov (00222). Najpogosteje so negovalne diagnoze izhajale iz domene Obvladovanje/toleranca na stres, Promocija zdravja in Varnost/zaščita.

**Diskusija in zaključek:** Pri pacientih, ki so v bolnišnični obravnavi zaradi duševnih motenj je opazno povezovanje negovalnih diagnoz NANDA-I z značilnostmi pacienta. Najpogosteje so imeli pacienti izpostavljene tri negovalne diagnoze. Vsi zapisi v pacientovi dokumentaciji so bili skladni s klasifikacijo NANDA-I iz česar izhaja, da zaposleni prepoznajo dobrobit mednarodno uveljavljene klasifikacije. Širitev le-te bi doprinesla k razvoju stroke in omogočila primerljivost znotraj posameznih zavodov v Sloveniji kot tudi v mednarodnem prostoru.



**Key words:** nursing diagnosis, psychiatry, NANDA-I, standardized language

## ABSTRACT

**Introduction:** The classification of NANDA-I nursing diagnoses is the most researched and most commonly used standardized language internationally. It has the ability to present a detailed knowledge of nursing as well as specific areas, including the nursing of a patient with a mental disorder. The purpose is to find out which are the most frequently used NANDA-I nursing diagnoses in patients at University Psychiatric Clinic Ljubljana.

**Methods:** A descriptive research method was used. The research strategy was cross-sectional study. Data were obtained with a dedicated data set from the patient's medical records, following data anonymization. The data were processed at the level of descriptive statistics with calculation of percent and frequency distribution.

**Results:** In 167 patients, we obtained 484 NANDA-I nursing diagnoses, representing 84 different diagnoses from the NANDA-I classification. The most common nursing diagnoses were: Disturbed personal identity (00121), Anxiety (00146), Ineffective coping with the situation (00069), Risk for falls (00155) and Ineffective impulse control (00222). Most commonly, nursing diagnoses were classified in the domains of Coping/Stress tolerance, Health promotion and Safety/Protection.

**Discussion and conclusions:** For patients who are hospitalised for mental disorders, there is a remarkable correlation between NANDA-I nursing diagnoses and patient characteristics. Most frequently, patients had three nursing diagnoses each. All records in the patient's records were consistent with the NANDA-I classification, suggesting that staff recognise the benefits of an internationally recognised classification. Its dissemination would contribute to the development of the profession and allow comparability within individual institutions in Slovenia as well as internationally.

## Uvod

Medicinska sestra (MS) je strokovnjakinja na področju zdravstvene nege, ki avtonomno prevzema naloge in odgovornosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (Zbornica – Zveza, 2023). Zdravstvena nega (ZN) je znanstvena disciplina, ki je odvisna od sposobnosti MS, da oblikujejo za pacienta individualno prilagojen načrt ZN (Ting-Ting, 2005). Pri tem potrebujejo kritično razmišljanje, nepristranskost, analitičnost in sistematičnost (Paans, Sermeus, Nieweg, & Van Der Schans, 2010).

ZN kot profesija je v zadnjih desetletjih zaradi napredka znanosti in sprememb na področju zakonodaje doživela drastične spremembe, ki zahtevajo vse bolj dosledno in natančno dokumentiranje. Z uporabo standardizirane terminologije je le-to mogoče (Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006). V mnogih državah so poročila ZN del zdravstvene dokumentacije, ki jih predpisuje zdravstvena zakonodaja, zato je njihov ustrezen zapis obvezen (Taghavi Larijani & Saatshi, 2019). Obširna in natančna terminologija opisovanja pojavov v ZN in potreba po uvedbi računalniške obdelave podatkov o pacientih sta bili glavni spodbudi za začetek oblikovanja negovalnih diagnoz (ND). Podatki v tej obliki so organizirani, pregledni in enostavno dostopni. Postavljene ND pa predstavljajo osnovo za postavljanje ciljev ZN in usmerjajo proces ZN pri pacientu (Gallagher-Lepak, 2017).

NANDA-I taksonomija je najbolj raziskana in najbolj ustreza vsem merilom klasifikacije ND (Müller-Staub et al., 2006). Uporablja se skoraj po celem svetu (Türk, Tuğrul, & Sahbaz, 2013). Razvijanje novih ND z namenom izboljšati terminologijo, ki natančno odraža klinično delo ZN, izvajajo strokovnjaki različnih področij ZN. Posodobitve so objavljene vsake tri leta (Herdman & Kamitsuru, 2019). Prvi slovenski prevod Negovalne diagnoze NANDA-I: definicije in klasifikacija 2015-2017 je bil izdan leta 2017 in predstavlja pomemben prispevek k razvoju ZN v Sloveniji.

## Namen in cilji

Namen in cilj raziskave je bil ugotoviti najpogosteje postavljene ND NANDA-I pri pacientih z duševno motnjo, ki se zdravijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (UPK Ljubljana).

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Strategija je bila presečna raziskava. Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu.

## Opis instrumenta

Zbir podatkov je bil izveden na podlagi v naprej pripravljene tabele, kamor so diplomirane medicinske sestre (DMS.) vpisovale ND pri pacientih za katere so bile odgovorne.

## Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. Vključene so bile vse DMS, ki so bile prisotne na delavnicah, organiziranih v UPK Ljubljana ob pomoči delovne skupine Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego - SLONDA, ki v slovenskem prostoru deluje na področju razvijanja in implementacije ND v prakso. Zgoraj omenjeni udeleženci raziskave so na vnaprej določeni dan preko službene elektronske pošte prejeli Excel tabelo, kamor so vpisali podatke o pacientih, ki so bili na ta dan obravnavani na njihovih oddelkih. Podatki so zajemali ND, ki so bile postavljene na dotičen dan. Vključenih je bilo 17 različnih oddelkov iz 7 različnih enot.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri naboru podatkov so bili zajeti vsi oddelki UPK Ljubljana, ki so posredovali ND iz dokumentacije obravnavanih pacientov v obliki vnaprej pripravljene Excel tabele. Vse prejete ND so bile skladne s poimenovanji glede na klasifikacijo NANDA-I 2015-2017. Podatki so bili zajeti brez imen pacientov, zato je kakršna koli sled za identiteto oseb izgubljena. Rezultati so predstavljeni v obliki opisne statistike, z izračunom odstotkov in frekvenčne porazdelitve.

Izvedbo raziskave sta dne 17. 6. 2020 odobrila Komisija za etična vprašanja UPK Ljubljana in Strokovni svet UPK Ljubljana.

## Rezultati

Podatki v raziskavi so bili 21. 9. 2020 pridobljeni iz dokumentacije 167 hospitaliziranih pacientov, zdravljenih na 17 oddelkih UPK Ljubljana. Evidentiranih je bilo 484 ND. Vse ND so bile zavedene v skladu s taksonomijo NANDA-I. Pacienti so imeli večina postavljene tri različne ND. Največje število različnih ND pri enem pacientu je bilo pet. Najpogostejša ND NANDA-I je bila Motena osebna identiteta (00121). ND, ki so bile izpostavljene dva krat ali več, je prikazano v Tabeli 1.

**Tabela 1:** Število negovalnih diagnoz NANDA-I

Negovalna diagnoza NANDA-I (koda)	N	n (%)
Motena osebna identiteta (00121)	30	6,20 %
Tesnoba (00146)	29	6,00 %
Neučinkovito spopadanje s situacijo (00069)	24	5,00 %
Nevarnost za padce (00155)	23	4,80 %
Neučinkovito obvladovanje impulzov (00222)	21	4,30 %
Neučinkovita skrb za zdravje (00099)	21	4,30 %
Moteno doživljanje telesne podobe (00118)	20	4,10 %
Nevarnost za samomor (00150)	19	3,90 %
Nevarnost za nasilje nad drugimi (00138)	15	3,10 %
Neučinkovito obvladovanje zdravja (00078)	15	3,10 %
Sindrom krhkosti starostnika (00257)	15	3,10 %
Strah (00148)	13	2,70 %
Nevarnost za sindrom krhkosti starostnika (00231)	12	2,50 %
Oslabljeno nadziranje razpoloženja (00241)	9	1,90 %
Oslabljena socialna interakcija (00052)	9	1,90 %
Nespečnost (00095)	9	1,90 %
Nagnjenost k tveganemu vedenju za zdravje (00188)	9	1,90 %
Neučinkovito načrtovanje aktivnosti (00199)	8	1,70 %
Oslabljen spomin (00131)	8	1,70 %
Pripravljenost za doseganje višje ravni obvladovanja zdravja (00162)	8	1,70 %
Čustvena labilnost (00251)	7	1,50 %
Samopoškodovanje (00151)	7	1,50 %

<b>Negovalna diagnoza NANDA-I (koda)</b>	<b>N</b>	<b>n (%)</b>
Brezup (00124)	7	1,50 %
Oslabljeno nadziranje razpoloženja (00241)	7	1,50 %
Moten vzorec spanja (00198)	7	1,50 %
Primanjkljaj v samooskrbi pri izvajanju osebne higiene (00108)	7	1,50 %
Oslabljena sposobnost prilagoditve (00210)	7	1,50 %
Neadherenca (00079)	6	1,20 %
Nevarnost za nasilje nad seboj (00139)	6	1,20 %
Pripravljenost za doseganje višje ravni upanja (00185)	5	1,00 %
Neučinkovit partnerski odnos (00223)	5	1,00 %
Okrnjeno udobje (00214)	5	1,00 %
Socialna izolacija (00053)	4	0,80 %
Prekomerna telesna teža (00233)	4	0,80 %
Debelost (00232)	4	0,80 %
Pripravljenost za doseganje višje ravni spopadanja s situacijo (00158)	4	0,80 %
Tavanje (00154)	4	0,80 %
Oslabljena verbalna komunikacija (00051)	4	0,80 %
Nevarnost za samopoškodovanje (00139)	3	0,60 %
Kronično nizko samospoštovanje (00119)	3	0,60 %
Kronična utrujenost (00093)	3	0,60 %
Nevarnost za zastrupitev (00037)	3	0,60 %
Samozaščitno spopadanje s situacijo (00071)	3	0,60 %
Sindrom akutne odtegnitve substanc (00258)	3	0,60 %
Kronična bolečina (00133)	2	0,40 %
Neučinkovito zanikanje (00072)	2	0,40 %
Neuravnotežena prehrana - manj kot telo potrebuje (00002)	2	0,40 %
Oslabljeno zobovje (00048)	2	0,40 %
Pripravljenost za doseganje višje ravni partnerskega odnosa (00207)	2	0,40 %
Oslabljeno nadzorovanje razpoloženja (00241)	2	0,40 %
Nevarnost za nihanje vrednosti KS (00179)	2	0,40 %
Prekinjeni družinski procesi (00060)	2	0,40 %
Disfunkcionalni družinski odnosi	2	0,40 %
Skupaj	453	93,65 %

*Legenda/Legend: n = število negovalnih diagnoz NANDA-I/ number of nursing diagnoses NANDA-I ; n % = odstotek negovalnih diagnoz NANDA-I/percent of nursing diagnoses NANDA-I*

ND, ki so bile postavljene enkrat so: Nemoč (00125), Situacijsko pogojeno nizko samospoštovanje (00120), Pripravljenost za izboljšanje prehrane (00163), Stresni sindrom zaradi selitve (00114), Žalovanje (00136), Tesnoba v povezavo s smrtjo (00147), Dolgotrajna žalost (00137), Konflikt v doživljanju starševske vloge (00064), Nevarnost za neučinkovit partnerski odnos (00229), Stresna preobremenitev (00177), Konflikt v odločanju (00083), Sedeč način življenja (00168), Nevarnost za elektrolitsko neravnovesje (00195), Motena integriteta tkiva (00044), Obstipacija (00011), Nevarnost za neučinkovito prekrvavitev možganskega tkiva (00201), Navzea (00134), Nezmožnost izvajanja aktivnosti (00092), Dolgotrajna žalost (00137), Nevarnost za prizadeto ustno sluznico (00247), Akutna bolečina (00132), Neučinkovita prekrvavitev perifernih tkiv (00204), Zanemarjenost (00193), Nevarnost za poškodbo (00035), Oslabljena fizična mobilnost (00085), Nevarnost za akutno zmedenost (00173), Okrnjeno starševstvo (00056), Kronična zmedenost (00129), Nevarnost za zaostanek v razvoju (00112), Nevarnost za sindrom akutne odtegnitve od substanc (00259) in Obrambno spopadanje s situacijo (00071).

ND NANDA-I so se pojavljale v vseh domenah, razen v domeni Spolnost. Najpogosteje so se pojavljale ND v domeni Obvladovanje/toleranca na stres. Rezultate prikazuje Tabela 2.

**Tabela 2:** Število negovalnih diagnoz NANDA-I glede na posamezno domeno

Domene	N	n (%)
Promocija zdravja	89	18,4 %
Prehrana	22	4,5 %
Izločanje in izmenjava	4	0,8 %
Aktivnost/počitek	39	8,1 %
Zaznavanje/spoznavanje	42	8,7 %
Samozaznavanje	64	13,2 %
Vloge in odnosi	22	4,5 %
Spolnost	0	0 %
Obvladovanje/toleranca na stres	108	22,3 %
Življenjska načela	1	0,20 %
Varnost/zaščita	79	16,3 %
Udobje	13	2,7 %
Rast / razvoj	1	0,3 %
Skupaj	484	100 %

*Legenda/Legend: n = število negovalnih diagnoz NANDA-I znotraj domen/ number of nursing diagnoses in reference to the each domain; n (%) = odstotek negovalnih diagnoz NANDA-I znotraj domen/percent of nursing diagnoses in reference to the each domain*

## Diskusija

V raziskavi je bilo pri 167 pacientih postavljenih 84 različnih ND NANDA-I. V primerljivi raziskavi izvedeni v psihiatrični kliniki v Švici, je bilo pri 312 pacientih izpostavljenih 85 različnih ND NANDA-I (Frauenfelder, Van Achterberg, & Müller-Staub, 2018). Da je v Švici pri skoraj enkrat večjem številu pacientov bilo postavljeno približno enako število različnih ND, kot v našem primeru, si lahko razlagamo s tem, da je v obdobju tik pred raziskavo v UPK Ljubljana potekalo intenzivno izobraževanje vseh DMS. Hkrati so zaposleni imeli podporo predstavnikov skupine za ND. Raziskava je bila izvedena v času največje motivacije zaposlenih in tik po pridobitvi novih znanj. Upoštevati je potrebno, da je v času izvedbe raziskave bilo obdobje mnogih organizacijskih sprememb in zapletov zaradi epidemije Covid-19.

Najpogosteje ugotovljene ND pri pacientih v bolnišnični obravnavi UPK Ljubljana so bile: Motena osebna identiteta, Tesnoba, Neučinkovito spopadanje s situacijo, Nevarnost za padce, Neučinkovito obvladovanje impulzov, Neučinkovita skrb za zdravje, Moteno doživljanje telesne podobe, Nevarnost za samomor, Nevarnost za nasilje nad drugimi, Neučinkovito obvladovanje zdravja in Sindrom krhkosti starostnika. Številčnost izpostavljenih ND nakazuje na širok spekter težav, s katerimi se soočajo pacienti z duševno motnjo. Paans & Müller-Staub (2015) sta uporabo ND NANDA-I ugotavljala pri pacientih hospitaliziranih na kirurških oddelkih in odkrila le 47 ND. Med tem, ko so Frauenfelder et al. (2018) v Švici ugotavljali ND pri pacientih z duševno motnjo in prišli do podobnih rezultatov, in sicer so bile najpogostejše ND sledeče: Neučinkovito spopadanje s situacijo, Neučinkovita skrb za zdravje, Nevarnost za samomor, Nevarnost za nasilje nad drugimi, Neučinkovito obvladovanje zdravja, Oslabljena socialna interakcija in Brezup. Na podlagi pogostosti uporabe ND NANDA-I v kliničnem okolju lahko razberemo glavne vidike, ki upravičujejo obravnavo pacientov v bolnišnici (Frauenfelder et al., 2018).

Ambulantnih pacientov, v raziskavo izvedeno v UPK Ljubljana, nismo vključili, med tem ko so Paans & Müller-Staub (2015) ter Thome et al. (2014) kot ključno ND pri ambulantno obravnavanih pacientih s težavami v duševnem zdravju ugotovili Brezup.

Največkrat izpostavljene ND pri pacientih UPK Ljubljana so bile v domeni Obvladovanje/toleranca na stres, kar sovpada z raziskavo, ki jo je izvedel Frauenfelder et al. (2018). Druga najpogostejša uporabljena domena je bila Promocija zdravja. Tudi na podlagi švicarske raziskave so Frauenfelder et al. (2018) ugotovili podobno, in sicer se je domena Promocija zdravja uvrstila na tretje mesto glede na pogostost postavitve ND. Pogosta zastopanost domene se kaže tudi pri drugih raziskavah in kaže na vse večjo pojavnost internističnih bolezni pri pacientih, ki se zdravijo zaradi duševnih bolezni. Srčno-žilne in metabolične bolezni so pri pacientih s Shizofrenijo visoko razširjene prav tako debelost, kajenje, zloraba alkohola in ostalih psihoaktivnih snovi (Hjorth, Davidsen, Kilian, Pilgard-Eriksen, & Jensen, 2014). Pacienti, ki imajo diagnosticirano Shizofrenijo, imajo 2- do 5-krat večje tveganje za diabetes tipa 2 kot splošna populacija. Prav tako na njihove možnosti odločanja za zdrav način življenja vplivajo nizek socialnoekonomski status in dohodek (Suvisaari, Keinänen, Eskelinen, & Mantere, 2016).

Tretja najpogostejše uporabljena domena je bila Varnost/zaščita. Domena vključuje zaščito pred nevarnostjo, telesno poškodbo ali poškodbo imunskega sistema, varovanje pred izgubo ter za zagotavljanje varnosti in zaščite (Herdman & Kamitsuru 2017). Na področju psihiatrije se pojavlja nasilno vedenje, katerega povod je lahko bolezensko doživljanje. Mnogo raziskav kaže na visoko stopnjo razširjenosti nasilja, še posebej v intenzivnih psihiatričnih enotah (Gabrovec et al., 2020). Itzhaki et al. (2015) ugotavljajo, da nasilje nad zdravstvenimi delavci narašča. V domeni Spolnost ni bila postavljena nobena ND NANDA-I, kar sovпада z ugotovitvami švicarske raziskave (Frauenfelder et al., 2018). Kljub temu, da Gonzalez-Torres et al. (2010) navajajo, da imajo pacienti z duševnimi motnjami podobne spolne izkušnje kot splošna populacija, imajo večji potencial tveganja. Basson & Gilks (2018) opozarjata, da so motnje v duševnem zdravju najpomembnejši dejavnik za spolno disfunkcijo pri ženskah, na kar lahko vplivajo tudi antidepressivi, antipsihotiki, pretekle travme. Nizka spolna želja je močno povezana z depresijo in anksioznimi motnjami.

## Zaključek

ZN kot profesija je v zadnjih desetletjih zaradi napredka znanosti in sprememb na področju zakonodaje doživela velike spremembe, ki zahtevajo od zaposlenih natančno in dosledno dokumentiranje. Standardizirana terminologija to omogoča. Z njo je možno predstaviti specifična znanja med katere sodi ZN pacienta s težavami na področju duševnega zdravja.

Na podlagi številčnosti ND NANDA-I v UPK Ljubljana lahko sklepamo o razširjenosti in kompleksnosti ZN pacienta z duševno motnjo. Vsi zapisi ND v pacientovi dokumentaciji so bili skladni s klasifikacijo NANDA-I, iz česar izhaja, da zaposleni prepoznajo dobrobit mednarodno uveljavljene klasifikacije. Poenotenje zapisov bi doprineslo k razvoju stroke in omogočilo primerljivost znotraj posameznih zavodov v Sloveniji kot tudi na mednarodnem področju.

## Literatura

- Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond)*, 14(3), 1–16. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
- Frauenfelder, F., Van Achterberg, T., & Müller-Staub, M. (2018). Nursing diagnoses related to psychiatric adult inpatient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e463–e475. <https://doi.org/10.1111/jocn.13959>
- Gabrovec, B. Albreht, T. Prisljan, K. Lobnikar, B. Macur, M. Kršič, I. ... Malešević, S. (2020). *Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov; končno poročilo*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 21. Retrieved from [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost\\_zdravstvenega\\_osebja\\_pri\\_obravnavi\\_pacientov\\_-\\_koncno\\_porocilo.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost_zdravstvenega_osebja_pri_obravnavi_pacientov_-_koncno_porocilo.pdf)
- Gallagher-Lepak, S. (2017). Osnove negovalnih diagnoz. In: T. H. Herdman & S. Kamitsuru (Eds.), *Negovalne diagnoze NANDA-I: definicije in klasifikacija 2015–2017* (pp. 17–30). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Gallagher-Lepak, S. (2019). Osnove negovalnih diagnoz. In: T. H. Herdman & S. Kamitsuru (Eds.), *Negovalne diagnoze NANDA-I: definicije in klasifikacija 2018–2020* (pp. 17–34). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Gonzalez-Torres, M. A., Salazar, M. A., Inchausti, L., Ibañez, B., Pastor, J., Gonzalez, G. ... Basterrech, E. (2010). Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), 3045–3056. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01795.x>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 21–52.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2019). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2018–2020*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 4–138.
- Hjorth, P., Davidsen, A. S., Kilian, R., Pilgaard Erikson, S., Jensen, S. O., Sørensen, H. & Munk-Jørgensen, P. (2014). Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(9), 861–70. <https://doi.org/10.1177/0004867414533011>
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403–412. <https://doi.org/10.1111/inm.12151>
- Müller-Staub, M., Lavin, M. A., Needham, I., & Van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnosis, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–531. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., & van der Schans, C. (2010). Determinants of the accuracy of nursing diagnoses: influence of ready knowledge, knowledge sources, disposition toward critical thinking, and reasoning skills. *Journal of Professional Nursing*, 26(4), 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.12.006>
- Paans, W., & Müller-Straub, M. (2015). Patients' care needs: documentation analysis in general hospitals. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), 178–176. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12063>
- Suvisaari, J., Keinänen, J., Eskelinen, S., & Mantere, O. (2016). Diabetes and Schizophrenia. *Current Diabetes Report*, 16(2), 16. <https://doi.org/10.1007/s11892-015-0704-4>
- Taghavi Larjani, T., & Saatchi, B. (2019). Training of NANDA-I nursing diagnoses (NDs), nursing interventions classification (NIC) and nursing outcomes classification (NOC), in psychiatric wards: a randomized controlled trial. *Nursing Open*, 6(2), 612–619. <https://doi.org/10.1002/nop2.244>

Ting-Ting, L. (2005). Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 640–647. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00909.x>

Thome, E. S., Centena, R. C., Behenck, A. S., Marini, M., & Heldt, E. (2014). Applicability of the NANDA-I and Nursing Interventions Classification taxonomies to mental health nursing practice. *International of Journal Nursing Knowledge*, 25(3), 168–172. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12033>

Türk, G., Tuğrul, E., & Sahbaz, M. (2013). Determination of nursing diagnoses used by students in the first clinical practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3): 129–133. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01243.x>

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2022). *Poklici zdravstvene nege*. Retrieved from: [Poklici zdravstvene nege – Zbornica – Zveza \(zbornica-zveza.si\)](http://Poklici%20zdravstvene%20nege%20-%20Zbornica%20-%20Zveza%20(zbornica-zveza.si))



# VPLIV PREHRANSKIH INTERVENCIJ ZDRAVSTVENIH DELAVCEV NA KAKOVOST ŽIVLJENJA ONKOLOŠKIH BOLNIKOV

## THE EFFECT OF NUTRITION INTERVENTIONS CARRIED OUT BY HEALTH CARE WORKERS ON QUALITY OF LIFE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Nejc Krajncič, dipl. zn.

Ksenija Ekart, viš. pred.

viš. pred. mag. Maja Strauss

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

nejc.krajncic@student.um.si

**Ključne besede:** onkološki bolnik, podhranjenost, kakovost življenja

### IZVLEČEK

**Uvod:** Pri bolnikih z onkološkim obolenjem je velikokrat zaznana znižana kakovost življenja. Potek bolezni vpliva na znižanje telesne mase in podhranjenost, s čimer se spremeni kakovost življenja in poslabša terapevtski odziv. Z različnimi pristopi lahko to preprečimo ali omejimo. Namen prispevka je prikazati vpliv prehranskih intervencij na kakovost življenja onkoloških bolnikov.

**Metode:** Izveden je bil sistematičen pregled literature z uporabo deskriptivne metode dela ter metodo kompilacije. Iskanje člankov je potekalo z zastavljenim iskalnim nizom ter vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji po naslednjih bazah podatkov: PubMed, Cinahl in Medline. Članki vključeni v končno analizo so bili kritično ocenjeni ter analizirani in sintetizirani na podlagi tematske analize.

**Rezultati:** Bolniki z onkoloških obolenjem imajo velikokrat znižan prehranski status, kakovost življenja in posledično tudi odziv na zdravljenje. Individualizirane prehranske intervencije lahko omilijo ali odstranijo neželene učinke bolezni ter zdravljenja. To vodi v dvig kakovosti življenja in boljše izide zdravljenja.

**Razprava in sklep:** Za večino primerov onkoloških obolenj uporabljamo različne načine zdravljenja, ki imajo številne stranske učinke. Vsako dejanje, ki pomaga dvigniti kakovost življenja teh bolnikov, je dragoceno. Ugotovili smo, da so zgodnje, individualizirane in intenzivne prehranske intervencije učinkovite in bi se morale začeti uvajati že na začetku zdravljenja.

**Key words:** Oncological patients, nutrition intervention, quality of life.

### ABSTRACT

**Introduction:** The quality of life is often impaired in oncological patients. They often lose weight or become malnourished because of the disease's nature. Consequently, both quality of life and therapeutic response falls. Different approaches can ameliorate these symptoms. The purpose of this article is to review the current literature and appraise the effect of nutrition interventions on the quality of life of oncological patients.



**Methods:** We systematically reviewed current professional literature on the raised topic. With an advanced formed search string, we were searching for the articles in these databases: PubMed, Cinahl and Medline. We used the descriptive method and the compilation method. Selected articles were then critically appraised, and the results were analysed and synthesized.

**Results:** Oncological disease often causes a deterioration of nutrition status, quality of life and consequently lower treatment response. With individualized nutrition intervention, we can ameliorate or remove unwanted side effects, resulting in a higher quality of life and treatment tolerance.

**Discussion and conclusion:** For the disease for which we currently do not know an optimal treatment which would not cause such serious unwanted side effects, every intervention that can make a better quality of life is of utmost importance for this patient. Early and individualized nutrition interventions were shown to be effective in improving the quality of life of oncological patients and should be included in the standard treatment.

## Uvod

Onkološki bolniki so velikokrat nagnjeni k podhranjenosti (Baldwin & Weekes, 2011; Hauner, Kocsis, Jaeckel, Martignoni & Holzapfel, 2020; Ravasco, 2019), zaradi različnih vzrokov, ki se pogosto med seboj prepletajo, hkrati pa krepijo drug drugega (Beirer, 2021). Pri ljudeh z onkološkim obolenjem, simptomi, ki jih povzročijo bolezni ali zdravljenje, pripeljejo do znižanega vnosa zaužite hrane, kar povzroča slabši imunski odziv in izgubo mišične mase. Med pogostejšimi so gastrointestinalne težave, kot so slabost, spremembe v okusu in vonju, hiter občutek sitosti ter diareja (Arends, 2017; Boltong & Keast, 2011; Nolden, Hwang, Boltong & Reed, 2019). V težjih primerih pride do presnovnega sindroma z izgubo skeletnih mišic, imenovanega kaheksija (Duk Hwan, 2019). Zraven fiziološkega odziva telesa na onkološko obolenje lahko tudi samo zdravljenje, še posebej kemoterapija, ki deluje sistemsko, pripelje do močno znižanega vnosa zaužite hrane (Feinberg, et al., 2017; Vandebroek & Schrijvers, 2008), ker je zaznani pri 75% bolnikov (Bozzetti, et al., 2012; Guerdoux-Ninot, et al., 2016).

Podhranjenost zniža kakovost življenja, hkrati pa tudi terapevtski odziv (Duk Hwan, 2019; Rios, et al., 2021). Možnost za preživetje je manjša, hkrati pa so neželeni učinki izrazitejši, kar vodi v slabšo prognozo (Bosaeus, 2008; Laviano, Meguid, Inui, Muscaritoli & Rossi-Fanelli, 2005; Martin, et al., 2015; Muscaritoli, et al., 2017).

Prehranske intervencije so skrbno načrtovani ukrepi z namenom spreminjanja vedenja, povezanega s prehrano, spreminjanja dejavnikov tveganja, faktorjev okolja in zdravstvenega stanja. Prehranska intervencija je usmerjena k razrešitvi prehranskega problema ali k lajšanju znakov in simptomov posameznikove bolezni (Swan, et al., 2017). Pri onkoloških obolenjih prehranske intervencije zmanjšajo izgubo telesne mase, izboljšajo splošno zdravstveno stanje ter zvišajo kakovost življenja (Caro, Laviano, & Pichard, 2007; Paccagnella, et al., 2010; Schiffman, et al., 2007). Med prehranske intervencije pri onkoloških bolnikih štejemo dodajanje visoko energijskih živil za posebne zdravstvene namene, ojačevalce okusov, prehransko svetovanje in izobraževanje bolnikov, spremljanje bolnikov po odpustu s pomočjo komunikacijske tehnologije in obiskovanje onkoloških bolnikov na domu (Coa, et al., 2015; Richards, et al., 2020). S pomočjo teh pristopov se lahko oblikujejo specifični jedilniki glede na bolnikove potrebe, želje in zmožnosti zaužitja hrane. Prehranske intervencije morajo tako biti vključene v program zdravljenja takoj ob postavitvi diagnoze. S tem se zagotovi zadosten vnos hranil, primerna kompozicija telesa, izboljšanje kakovosti življenja in uspešnejše zdravljenje (Aapro, et al., 2014; Hung, et al., 2013; Lavdaniti, 2014; Rock, et al., 2021; Ravasco, 2019). Namen sistematičnega pregleda je bilo pregledati in raziskati vpliv prehranskih intervencij zdravstvenih delavcev na kakovost življenja ter prognozo bolnikov z onkološkim obolenjem.

## Metode

Izvedli smo sistematičen pregled znanstvene literature z uporabo deskriptivne metode dela ter metodo kompilacije. Pri tem smo upoštevali smernice PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Strokovno in znanstveno literaturo smo iskali po naslednjih podatkovnih bazah: Medline, PubMed in Cinahl. Raziskovalno vprašanje smo si postavili po pristopu PIO (population, intervention, outcome) (Riva, Malik, Burnie, Endicott, & Busse, 2012) in se glasi: »Ali lahko pri odraslih bolnikih z onkološkim obolenjem prehranske intervencije zdravstvenih delavcev vplivajo na njihovo kakovost življenja?« Oblikovali smo iskalni niz s pomočjo Boolovih operatorjev »AND« in »OR«, ki se je glasil: (»adult\*« OR »patient\*«) AND (»cancer« OR »onco\*« OR »carcinoma« OR »malignancy«) AND (»nutrition intervention\*« OR »nutrition counsel\*« OR »nutritional counseling«) AND (»nurs\*« OR »registered nurse« OR »health care worker«) AND (»quality of life« OR »QoL« OR »outcome« OR »survival«). Določili smo vključitvene in izključitvene kriterije ter omejitve, prikazane v Tabeli 1. Zadetke smo nato najprej izključili po naslovu in povzetku, kasneje še na podlagi prebranih celotnih besedil.

Pridobljene rezultate smo kritično ocenili s kontrolnimi seznammi Joanna Briggs Insistute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020). Pri petih člankih smo uporabili kontrolni seznam za randomizirane kontrolirane študije, pri enem kontrolni seznam za kvaziexperimentalne študije ter pri drugem kontrolni seznam za sistematične preglede in sinteze. Dosežen odstotek posameznih študij je prikazan v Tabeli 2. Članke smo še razvrstili po hierarhiji dokazov avtorjev (Polit & Beck, 2012), prikazano v Tabeli 3. Za analizo smo uporabili metodo tematske analize. S to metodo lahko sistematično organiziramo, analiziramo in sintetiziramo različne podatke. Uporabili smo priporočila avtoric Braun & Clarke (2008), ki omogočajo sistematičen način organiziranja, analiziranja in poročanja.

**Tabela 1:** *Vključitveni in izključitveni kriteriji ter omejitve*

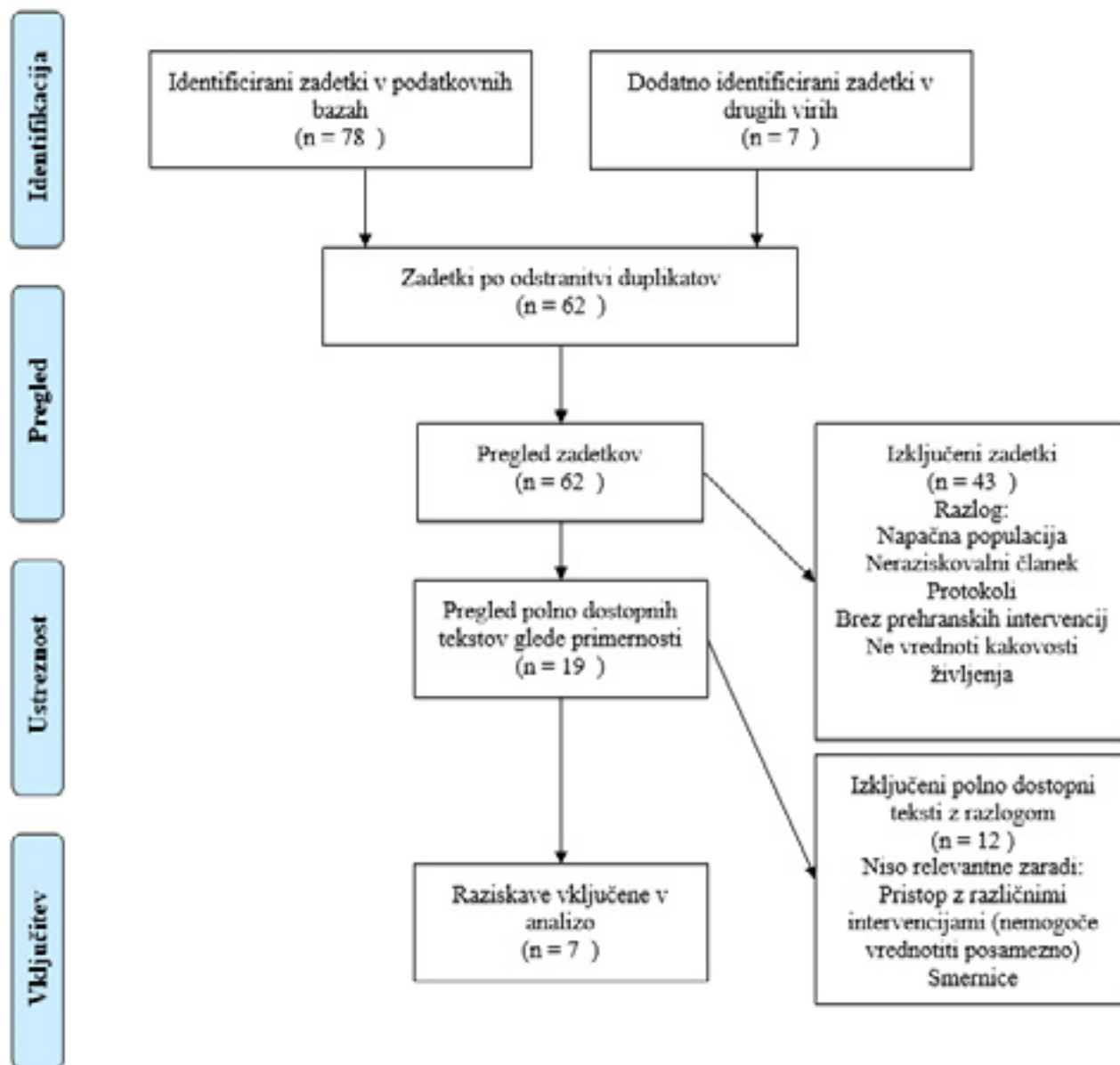
<b>Vključitveni kriteriji</b>		<b>Izključitveni kriteriji</b>
<b>Populacija (P)</b>	Odrasle osebe (nad 18 let) z onkološkim obolenjem	Osebe, mlajše od 18 let
<b>Intervencija (I)</b>	Prehranske intervencije	Vsakršna druga obravnava, ki ne vključuje prehranskih intervencij
<b>Izid (O)</b>	Izboljšana kakovost življenja	Nevrednotenje kakovosti življenja pred in po intervenciji
<b>Vrste raziskav</b>	– Pregledni znanstveni članki (sistematični pregledi) – raziskovalni članki (kvalitativne, kvantitativne in raziskave mešanih metod)	Komentarji, protokoli, dvojniki, neraziskovalni članki
<b>Omejitve</b>		
<b>Časovni okvir</b>	10 let (1. 1. 2013–1. 1. 2023)	
<b>Jezik</b>	Angleški jezik	
<b>Dostopnost</b>	Polno dostopni članki	

## Rezultati pregleda

Z vnaprej določenimi vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji ter omejitvami, predstavljenimi v Tabeli 1, smo pridobili 78 člankov, od tega sedem v bazi PubMed, v bazi CINAHL 20 ter v bazi MEDLINE 51. Dodatno smo še z ročnim iskanjem pridobili sedem člankov. S PRISMA diagramom avtorjev Moher et al. (2009) (Slika 1) smo prikazali potek pridobivanja rezultatov z upoštevanjem prej zastavljenih kriterijev. V Tabeli 2 so prikazani ključni podatki izbranih študij ter nivo dokaza posamezne študije. Pri vseh študijah je kakovost življenja bila vrednotena z vprašalnikom EORTC-QLQ-C30.



**PRISMA 2009 Flow Diagram**



Slika 1: Prikaz iskanja virov po priporočilih PRISMA (Moher et al., 2009)

**Tabela 2: Prikaz karakteristik identificiranih študij**

<b>Avtor, leto, država</b>	<b>Raziskovalna metodologija in metoda</b>	<b>Vzorec raziskave</b>	<b>Glavni rezultati identificiranih raziskav</b>	<b>Nivo dokaza</b>	<b>Kritična ocena (JBI)</b>
Cereda, et al. (2018), Italija	Kvantitativna metodologija Randomizirana kontrolirana raziskava (Randomized Controlled Trial - RCT)	$n = 78$ v intervencijski skupini $n = 81$ v kontrolni skupini	Prehransko svetovanje in prehranske intervencije so imele vpliv na ohranjanje telesne mase (povprečna izguba pri kontrolni skupini -3.5 kg, pri intervencijski skupini -1.9 $p < 0.001$ ), zvišanega vnosa beljakovin v prehrani na koncu zdravljenja (vnos pri kontrolni skupini 0,96 g/kg/dan in pri intervencijski skupini 1.12 g/kg/dan, $p < 0.001$ ) ter kakovosti življenja. Povečanje tolerance na zdravljenje, $p = 0.029$ .	Nivo 2	77 %
Kim, et al. (2019), Južna Koreja	Kvantitativna metodologija Prospektivna RCT	$n = 36$ v intervencijski skupini $n = 22$ v kontrolni skupini	Spremljanje osem tednov. Pri intervencijski skupini se je vnos kalorij signifikantno povešal ( $p < 0.01$ ), povešal se je tudi vnos ogljikovih hidratov ( $p < 0.01$ ), beljakovin ( $p < 0.01$ ) in maščob ( $P < 0.05$ ) pri osmih tednih v primerjavi z začetkom, merjeno s testom Wilcoxon signed rank. Vsi parametri sestave telesa so se značilno povešali pri bolnikih v intervencijski skupini ( $p < 0.01$ ). Kakovost življenja se je izboljšala pri bolnikih v intervencijski skupini, vendar v manjši meri ( $p < 0.323$ ).	Nivo 2	77 %
Kiss, et al. (2016), Avstralija	Kvantitativna metodologija Prospektivna pilotna RCT	$n = 12$ v intervencijski skupini $n = 12$ v kontrolni skupini	Spremljanje od začetka zdravljenja do treh mesecev po zdravljenju z radioterapijo. Osebe v intervencijski skupini v primerjavi s kontrolno so po treh mesecih v večji meri ohranile telesno maso (50 % proti 86 %) ter prehranski status po končani radioterapiji (45 % oseb v kontrolni skupini je bilo podhranjenih, v intervencijski 11 % oseb), ter vzdrževale normalno fizično in opravilno dobro počutje.	Nivo 2	77 %
Langius, et al. (2013), Nizozemska	Sistematični pregled randomiziranih raziskav	$n = 12$ študij	Vse študije ( $n = 4$ ), ki so zajemale individualizirano prehransko svetovanje, so poročale o pozitivnem vplivu na vzdrževanje telesne mase. Študije, ki so vrednotile kakovost življenja ( $n = 2$ ), so poročale o pozitivnem vplivu na kakovost življenja. Študije, ki so preučevale vpliv prehranskih intervencij na podhranjenost ( $n = 3$ ), so ugotovile, da je pri skupinah, ki so bile deležne prehranskih intervencij, manjši delež oseb podhranjenih.	Nivo 1	91 %
Nguyen et al. (2021), Vietnam	Kvantitativna metodologija Kvazi eksperimentalna študija	$n = 53$ v intervencijski skupini $n = 50$ v kontrolni skupini	Kakovost življenja je bila vidno nižja v kontrolni skupini v primerjavi z intervencijsko (povprečno 51.1 t proti 71.9 t). Telesna masa bolnikov v intervencijski skupini je bila pomembno višja po prehranskih intervencijah ( $p < 0.01$ ), prav tako mišična masa ( $p < 0.02$ ). Manj neželenih učinkov zdravljenja v intervencijski skupini – manjša utrujenost, slabost, bruhanje ter nespečnost.	Nivo 3	89 %
Silvers, et al. (2014) Nemčija	Kvantitativna metodologija Pilotna RCT	$n = 11$ v intervencijski skupini – intenzivno nudenje podpore $n = 10$ v kontrolni skupini – standardno nudenje podpore	Intervencijska skupina je imela signifikantno višjo oceno kakovosti življenja kot skupina s standardnim nudenjem podpore ( $p < 0.001$ ). V intervencijski skupini je bila telesna masa na koncu spremljanja v povprečju za 6 kg višja kot v kontrolni ( $p < 0.001$ ).	Nivo 2	81 %
De Souza et al. (2021) Brazilija	Kvantitativna metodologija RCT	$n = 15$ v kontrolni skupini (podajanje informacij o primerni prehrani za njihovo stanje po priporočilih) $n = 19$ v intervencijski skupini (individualiziran jedilnik)	V domeni kakovosti življenja so osebe v intervencijski skupini lažje opravljale vsakodnevne aktivnosti in ohranjale avtonomnost ( $p < 0.001$ ). Manjše pojavljanje slabosti, bruhanja, izgube apetita in abdominalnih bolečin.	Nivo 2	77 %

V Tabeli 3 je prikazana sinteza dokazov izbranih analiziranih študij. Podatke smo razdelili v glavno kategorijo, podkategorije in proste kode.

**Tabela 3:** *Sinteza dokazov*

Glavna kategorija	Podkategorije	Proste kode
Vpliv prehranskih intervencij na kakovost življenja onkoloških bolnikov	Vpliv na prehranski status	Ohranjanje telesne mase, ohranjanje maščobnega tkiva, ohranjanje mišične mase, preprečevanje podhranjenosti
	Vpliv na obvladovanje neželenih učinkov zdravljenja	Manjši gastrointestinalni stranski učinki, manjša utrujenost, slabost, vzdrževanje dobrega psihofizičnega počutja, preprečevanje bruhanja, preprečevanje izgube apetita, večja avtonomnost, višja toleranca na zdravljenje

## Diskusija

Po sistematičnemu pregledu smo prišli do izsledkov, da imajo prehranske intervencije pozitiven vpliv na antropološke meritve in različne domene kakovosti življenja onkoloških bolnikov.

Prehranske intervencije, ki so načrtovane in individualizirane doprinesejo k boljši adherenci pri zdravljenju, k boljšemu prehranskemu statusu in višji kakovosti življenja (Cereda, et al., 2018; Kim, 2019). V kolikor se specifičnih težav, najpogosteje so to slabši apetit in slabost, ki se pojavljajo tekom zdravljenja ne lotimo individualno, lahko pride do podhranjenosti in prehitre smrti. Tako se s pravilno izbiro živil, ki so energijsko gosta z višjim deležem beljakovin lažje približamo dovoljšnjemu dnevnemu vnosu (Baldwin & Weekes, 2011). Intenzivno prehransko svetovanje je imelo pozitiven vpliv na vzdrževanje normalne telesne mase in sestavo telesa. Ugotovili so, da bolniki z oralnimi prehranskimi dodatki lahko med onkološkim zdravljenjem zaužijejo tudi do 300 kcal in 14 g beljakovin več, v primerjavi s kontrolno skupino. Posledično je bila manjša možnost za poslabšanje prehranskega statusa, saj so bolniki vzdrževali mišično maso, hkrati pa tudi pridobili nekaj maščobnega tkiva (Cereda, et al., 2018; Kim, et al., 2019; Kiss, et al., 2016; Langius, et al., 2013; Nguyen et al. 2021). Tudi številni drugi avtorji so prišli do podobnih spoznanj o vplivu različnih prehranskih intervencij na vzdrževanje telesne mase pri onkoloških bolnikih, na izboljšanje kakovosti življenja in vplivu na dolgoročni izid zdravljenja ter preživetja (Arends, et al., 2017; Sanz, et al., 2021; Lis, et al., 2012; Nourissat, et al., 2010), kar se sklada tudi z analizo izbranih študij.

Skupine, ki so bile deležne prehranskih intervencij so imele boljšo kakovost življenja oziroma, vsaj manjši upad. Posledično je bila višja toleranca za zdravljenje, hkrati pa so na sploh bolje funkcionirali v vsakodnevem življenju (Cereda, et al., 2018; Kiss, et al., 2016; Ravasco, et al., 2012; Silvers, et al., 2014). Tudi drugi avtorji so v svojih člankih povezovali prehranske intervencije z izboljšanjem kakovosti življenja (Baldwin, et al., 2011; Caro, Laviano, & Pichard, 2007; Murphy & Giro, 2012), kar pa je pri onkoloških bolnikih pogost in pomemben pozitiven prognostični dejavnik (Mierzynska et al., 2019).

Omejitve našega pregleda so, da smo vključili le študije iz treh podatkovnih baz, se omejili na angleški jezik ter obdobje desetih let. Izključili smo tudi raziskave, ki se niso točno nanašale na našo definirano vprašanje. Vsekakor smo si lahko odgovorili na postavljeno PI(C)O(T) vprašanje – prehranske intervencije lahko pozitivno vplivajo na kakovost življenja onkoloških bolnikov. Glede na majhno raziskanost in vključevanje tega področja v praksi, je prostora za nove ugotovitve in spoznanja še veliko.

## Zaključek

Izsledki dosedanjih študij v večini poudarjajo izboljšanje kakovosti življenja onkoloških bolnikov, nekatere tudi preživetja. Glede na pozitivno korelacijo med vzdrževanjem prehranskega statusa onkoloških bolnikov in boljšo kakovostjo življenja ter preživetja, je nadaljnjo raziskovanje v tej smeri ključno, da se to zavedanje razširi med vso populacijo, ki so v stiku s temi bolniki, tako bližnje, kot zdravstveno osebje. Vidimo, da lahko z relativno enostavnimi ukrepi doprinesemo veliko k izboljšani kakovosti življenja in izida onkoloških bolnikov. Tako je smiselno, da se v prihodnosti oblikujejo natančnejše smernice in se začnejo vključevati v vsakdanjo obravnavo onkoloških bolnikov, tako v, kot izven hospitalnega okolja.

## Literatura

- Aapro, M., Arends, J., F. B., Fearon, K., Grunberg, S., Herrstedt, J. . . . Strasser, F. (2014). Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Annals of oncology*, 25(8), 1492-1499. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu085>
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barhelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F. . . . Preiser, J. (2017). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Espen guideline*, 36(1), 11-48. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.005>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for Evidence Synthesis*. Retrieved Februar 15 2023 from <https://synthesismanual.jbi.global>
- Baldwin, C., & Weekes, C. (2011). Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(1), CD002008. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002008.pub4>
- Beirer, A. (2021). Malnutrition and cancer, diagnosis and treatment. *Magazine of European medical oncology*, 14(1), 168-173. <https://doi.org/10.1007/s12254-020-00672-3>
- Boltong, A., & Keast, R. (2011). The influence of chemotherapy on taste perception and food hedonics: a systematic review. *Cancer treatment reviews*, 38(2), 152-163. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2011.04.008>
- Bosaeus, I. (2008). Nutritional support in multimodal therapy for cancer cachexia. *Supportive care in cancer*, 16(5), 447-451. <https://doi.org/10.1007/s00520-007-0388-7>
- Bozzetti, F., Mariani, L., Vullo, S., Amerio, M., Biffi, R., Caccialanza, G., . . . Tinivella, M. (2012). The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Supportive care in cancer*, 20(8), 1919-1928. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1387-x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Caro, M., Laviano, A., & Pichard, C. (2007). Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic rate*, 10(4), 480-487. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e3281e2c983>
- Cereda, E., Cappelo, S., Colombo, S., Klersy, C., Imarisio, I., Turri, A., . . . Caccialanza, R. (januar 2018). Nutritional counseling with or without systematic use of oral nutritional supplements in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy and oncology*, 126(1), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2017.10.015>
- Coa, K., Epstein, J., Ettinger, D., Jatoi, A., McManus, K., Platek, M., . . . Moskowitz, B. (2015). The impact of cancer treatment on the diets and food preferences of patients receiving outpatient treatment. *Nutrition and cancer*, 67(2), 339-353. <https://doi.org/10.1080/01635581.2015.990577>
- Duk Hwan, K. (2019). Nutritional issues in patients with cancer. *Intestinal research*, 17(4), 455. <https://doi.org/10.5217/ir.2019.00076>
- Feinberg, J., Nielsen, E., Kwasi Korang, S., Halberg Engel, K., Skøtt Nielsen, M., & Jakobsen, J. (2017). Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD011598. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011598.pub2>
- Guerdoux-Ninot, E. K., Janiszewski, C., Jarlier, M., Meuric, J., Poiree, B., Buzzo, S., . . . Senesse, P. (2016). Meal context and food preferences in cancer patients: results from a French self-report survey. *Springerplus*, 5(1), 810-820. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2538-1>
- Hauner, H., Kocsis, A., Jaeckel, B., Martignoni, M., Hauner, D., & Holzapfel, C. (2020). Prevalence of malnutrition risk in patients of cancer outpatient clinics - a cross-sectional survey. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 145(1), e1-e9. <https://doi.org/10.1055/a-1008-5702>
- Hung, Y., Bauer, J., Horsley, P., Waterhouse, M., Bashford, J., & Isenring, E. (2013). Changes in nutritional status, body composition, quality of life, and physical activity levels of cancer patients undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation. *Support care cancer*, 21(6), 1579-1586. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1698-y>
- Kim, S., Lee, S., Jeung, H., Lee, I., Park, J., Song, M., . . . Lee, S. (2019). The effect of nutrition intervention with oral nutritional supplements on pancreatic and bile duct cancer patients undergoing chemotherapy. *Nutrients*, 11(5), 1145. <https://doi.org/10.3390/nu11051145>
- Kiss, N., Isenring, E., Gough, K., Wheeler, G., Wirth, A., Campbell, B., & Krishnasamy, M. (2016). Early and intensive dietary counseling in lung cancer patients receiving (chemo). *Nutrition and cancer*, 68(6), 958-967. <https://doi.org/10.1080/01635581.2016.1188972>
- Langius, J., Zandbergen, C., Eerenstein, S., van Tulder, M., Leemans, C., Kramer, M., & Weijs, P. (2013). Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: A systematic review. *Clinical nutrition*, 32(5), 671-678. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.06.012>
- Lavdaniti, M. (2014). A nursing perspective of nutrition in cancer patients undergoing chemotherapy. *Progress in Health Sciences*, 4(2), 131-134. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/270427208\\_A\\_nursing\\_perspective\\_of\\_nutrition\\_in\\_cancer\\_patients\\_undergoing\\_chemotherapy](https://www.researchgate.net/publication/270427208_A_nursing_perspective_of_nutrition_in_cancer_patients_undergoing_chemotherapy)
- Laviano, A., Meguid, M., Inui, A., Muscaritoli, M., & Rossi-Fanelli, F. (2005). Therapy insight: Cancer anorexia-cachexia syndrome--when all you can eat is yourself. *Nature clinical practice. Oncology*, 2(3), 158-65. <https://doi.org/10.1038/nconpc0112>
- Lis, C., Gupta, D., Lammerself, C., Markman, M., & Vashi, P. (2012). Role of nutritional status in predicting quality of life outcomes in cancer – a systematic review of the epidemiological literature. *Nutrition journal*, 11(27), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-11-27>
- Martin, I., Senesse, P., Gioulbansanis, I., Antoun, S., Bozzetti, F., DeansFlorian Strasser, C., . . . Baracos, V. (2015). Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *Journal of clinical oncology*, 33(1), 90-99. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.1894>
- Mierzynska, J., Piccinin, C., Pe, M., Martinelli, F., Gotay, C., Coens, C., . . . Bottomley, A. (2019). Prognostic value of patient-reported outcomes from international randomised clinical trials on cancer: a systematic review. *The lancet oncology*, 20(12), e685-e698. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30656-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30656-4)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (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>
- Muscaritoli, M., Lucia, S., Farcomeni, A., Lorusso, V., Saracino, V., Barone, C., Plastino, . . . P. Marchetti. (2017). Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*, 8(45), 79884–79896. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20168>

- Murphy, J., & Giro, E. (avgust 2012). The importance of nutrition, diet and lifestyle advice for cancer survivors – the role of nursing staff and interprofessional workers. *Journal of clinical nursing*, 22(11-12), 1539-1549. <https://doi.org/10.1111/jocn.12053>
- Nguyen, L. T., Dang, A. K., Duong, P. T., Phan, H. B. T., Pham, C. T. T., Nguyen, A. T. L., & Le, H. T. (2021). Nutrition intervention is beneficial to the quality of life of patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy in Vietnam. *Cancer medicine*, 10(5), 1668–1680. <https://doi.org/10.1002/cam4.3766>
- Nolden, A., Hwang, L., Boltong, A., & Reed, D. (2019). Chemosensory changes from cancer treatment and their effects on patients' food behavior: A scoping review. *Nutrients*, 11(10), 2285. <https://doi.org/10.3390/nu11102285>
- Nourissat, A., Bairati, I., Samson, E., Fortin, A., Gelin, M., nabid, A. . . Meyer, F. (2010). Predictors of weight loss during radiation therapy in patients with Stage I or II head and neck cancer. *Cancer*, 116(9), 2275–2283. <https://doi.org/10.1002/cncr.25041>
- Paccagnella, A., Morello, M., Da Mosto, M. C., Baruffi, C., Marcon, M. L., Gava, A., ... Marchiori, C. (2010). Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Supportive care in cancer*, 18(7), 837–845. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0717-0>
- Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ravasco, P. (2019). Nutrition in Cancer Patients. *Journal of Clinical Medicine*, 8(8), 1211. <https://doi.org/10.3390/jcm8081211>
- Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., & Camilo, M. (december 2012). Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *American journal of clinical nutrition*, 69(6), 1346-1353. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.018838>
- Richards, J., MB, A., Thomas, S., Kerr, K., Hegazi, R., & Bastasch, M. (2020). Impact of Early Incorporation of Nutrition Interventions as a Component of Cancer Therapy in Adults: A Review. *Nutrients*, 12(11), 3403. <https://doi.org/10.3390/nu12113403>
- Rios, T., Oliveira, L., da Costa, M., da Silva Baquerio Boulhosa, R., Roriz, A., Ramos, L., & Bueo, A. (2021). A poorer nutritional status impacts quality of life in a sample population of elderly cancer patients. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01735-7>
- Riva, J., Malik, K., Burnie, S., Endicott, A., & Busse, J. (2012). What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *The journal of the Canadian chiropractic association*, 56(3), 167-171. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3430448/>
- Rock, C., Doyle, C., Demark-Wahnefried, W., Meyerhardt, J., Courneya, K., Schwartz, A. . . Gansler, T. (2021). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(4), 243-274. <https://doi.org/10.3322/caac.21142>
- Schiffman, S., Sattely-Miller, E., Taylor, E., Graham, B., Landerman, L., Zervakis, J., . . . Garst, J. (2007). Combination of flavor enhancement and chemosensory education improves nutritional status in older cancer patients. *The journal of nutrition, health and aging*, 11(5), 439-454. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17657366/>
- Silvers, M., Savva, J., Huggins, C., Truby, H., & Haines, T. (2014). Potential benefits of early nutritional intervention in adults with upper gastrointestinal cancer: a pilot randomised trial. *Supportive care in cancer*, 22(11), 3035-3044. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2311-3>
- Souza, A. P. S., Silva, L. C. D., & Fayh, A. P. T. (2021). Nutritional Intervention Contributes to the Improvement of Symptoms Related to Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Neoadjuvant Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. *Nutrients*, 13(2), 589-603. <https://doi.org/10.3390/nu13020589>
- Swan, W., Vivanti, A., Hakel-Smith, N., Hotson, B., Orreval, Y., Trostler, N., . . . Papoutsakis, C. (2017). Nutrition care process and model update: Toward realizing people-centered care and outcomes management. *Journal of the academy of nutrition and dietetics*, 117(12), 2003-2014. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.07.015>
- Vandebroek, A., & Schrijvers, D. (2008). Nutritional issues in anti-cancer treatment. *Annals of oncology*, 19(5), 52-55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdn311>



# OBRAVNAVA OSEB Z DOLGIM COVIDOM V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA KRANJ

## TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM LONG-COVID IN HEALTH PROMOTION CENTRE KRANJ

Maruša Pfajfar Rifl, univ. dipl. psih.

Jerca Šubic, mag. psih.

Žiga Lipar, dipl. fiziot. in dipl. kin.

Kaja Galun, dipl. m. s.

Samir Muminović, dipl. zn.

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Kranj, Center za krepitev zdravja

marusa.pfajfar-rifl@zd-kranj.si

**Ključne besede:** pacienti z dolgim covidom, primarno zdravstveno varstvo, terciarna preventiva, zdravstvena vzgoja.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Dolgotrajne posledice covid-19 posamezniki navajajo še 3 mesece po prebolelosti, kar predstavlja novodobno bolezen, za katero aktivnosti obravnave še niso dogovorjene. Namen prispevka je raziskati ustreznost obravnave pacientov z dolgim covidom v Centru za krepitev zdravja (CKZ).

**Metode:** V raziskavo je bilo vključenih 20 udeležencev (povprečna starost je bila 55,3 let (SD = 11,2), ki so se tekom štirih mesecev udeleževali skupinskih in individualnih zdravstveno-vzgojnih multidisciplinarnih obravnav v CKZ Kranj. Podatki za raziskavo so bili pridobljeni s pomočjo polstrukturiranega intervjuja in testiranja telesna pripravljenosti; za obdelavo podatkov je bil izveden neparametrični test za odvisne vzorce.

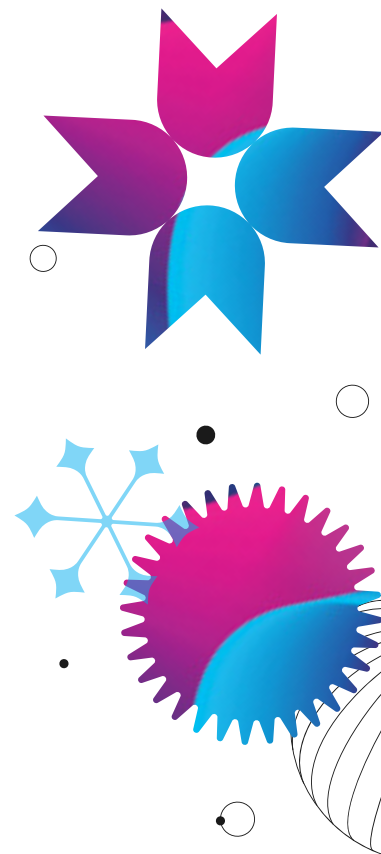
**Rezultati:** Udeleženci so ob vključitvi v obravnavo največ poročali o utrujenosti, zadihanosti, zasoplosti ob naporu in nespečnosti. Ob koncu programa se je njihova telesna pripravljenost pomembno izboljšala – na 6-minutnem testu hoje so prehodili statistično in klinično pomembno daljšo razdaljo (423,18m pred pričetkom in 535,18m ob zaključku,  $p=0,01$ ).

**Diskusija in zaključek:** Obstoječe možnosti preventivne obravnave so lahko priložnost za prožno in hitro odzivanje na spremembe znotraj zdravstvenega sistema in njegovo obremenjenost. Pomanjkljivost raziskave je majhnost vzorca, pri nadaljnjih obravnava bi koristilo oblikovanje bolj homogenih skupin po prevladujočih simptomih.

**Key words:** long covid, primary health care, tertiary prevention, health promotion

### ABSTRACT

**Introduction:** Symptoms that persist for at least 3 months after confirmed covid-19 infection are defined as long covid syndrome. Management of the disease within a healthcare system has yet to be introduced. Aim of this article is to report on the success of post-COVID condition treatment methods in Health Promotion Centre (HPC) Kranj.



**Methods:** 20 participants (8 male and 12 female) were included in the research, average age was 55,3 (SD=11,2). Participants were part of a 4-month multi-disciplinary program in HPC Kranj which included group workshops and one-to-one consultations. We conducted physical fitness test ("Testiranje telesne pripravljenost"), data were statistically analysed with nonparametric test for paired samples.

**Results:** At baseline, all patients suffered from at least one long covid symptom, with dyspnea, fatigue and insomnia as the most represented. After the program, significant improvement in physical condition were observed (significantly better results on the 6-min walk test: 423,18m versus 535,18m,  $p=0,01$ ).

**Discussion and Conclusions:** According to research results HPCs should be recognised as one of competent institutions in the field of treatment and holistic recovery from post-COVID conditions. Flexible steps towards upgrading the existing HPC's services and interventions should be set in place in order to introduce a proper systemic treatment. All these must be interpreted in the light of certain study limitations – small sample size with large diversity of initial symptoms.

## Uvod

V začetku pandemije covid-19 so bili ukrepi osredotočeni na preprečevanje širjenja bolezni. Trenutna situacija kaže nujno potrebo po zdravstveni obravnavi ljudi, pri katerih po prebolelem covidu-19 težave vztrajajo ali se na novo pojavijo v treh mesecih po okužbi in trajajo vsaj 2 meseca brez drugih možnih razlag (WHO, 2022). Govorimo o post-covidnem sindromu oziroma dolgemu covidu («long covid»), katerega prevalenco ocenjujejo na okoli 10 % (Fugazzaro et al., 2022). Najpogostejši simptomi so zasoplost, utrujenost, izguba/sprememba okusa in vonja, kašelj, glavobol, bolečine v prsnem košu, sklepah, mišicah, srčne palpitacije (WHO, 2021).

Resnost in širok nabor simptomov ter prevalenca dolgega covida zahtevajo oblikovanje novih kliničnih poti in multidisciplinaren pristop v obravnavi (Faghy et al., 2022). Cilj rehabilitacijskih programov je izboljšanje vsakodnevnega funkcioniranja na fizičnem, psihičnem in socialnem nivoju (Rahmati, et al., 2023).

Centri za krepitev zdravja (CKZ) so samostojne enote na primarni ravni zdravstvenega sistema, kjer dodatno strokovno usposobljen kader izvaja nemedikamentozne obravnave: zdravstveno-vzgojne in psihoedukativne delavnice ter individualna svetovanja (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2019). V CKZ v Zdravstvenem domu (ZD) Kranj smo pripravili program obravnave oseb z dolgotrajnimi posledicami covida-19. Namen programa je blaženje simptomov in krepitev zdravja pri osebah z dolgim covidom. Cilji, povzeti po »Priročniku za obravnavo oseb z dolgotrajnimi posledicami covida-19« (Pustivšek, Rojko & Remec, 2023), so usmerjeni v samostojno nadzorovanje simptomov in preprečevanje njihovega poslabšanja, opolnomočenje za ponovno izvajanja vseh aktivnosti v vsakdanjem življenju in spodbujanje samostojnih aktivnosti za zdrav, aktiven življenjski slog.

Multidisciplinarna obravnava v CKZ ZD Kranj pod vodstvom diplomirane medicinske sestre, fizioterapevta, psihologa in dietetika traja 15 tednov, dve uri tedensko, in je sestavljena iz temeljnih delavnic (Tehnike sproščanja, Zdravo živim, Zvišan krvni tlak, Zvišan krvni sladkor) in poglobljenih skupinskih delavnic (Gibam se, Zdravo jem, Spoprijemanje s stresom). Pred vključitvijo je z namenom prilagoditve nadaljnje obravnave vsak udeleženec povabljen na individualni posvet.

## Namen in cilji

V raziskavi smo želeli proučiti učinkovitost in ustreznost obravnave pacientov z dolgim covidom v CKZ. Cilji raziskave so bili ugotoviti razlike v telesni pripravljenosti udeležencev pred vključitvijo in po zaključku obravnave, ter posledično ustreznost programa z vidika izboljšanja funkcioniranja udeležencev pri vsakodnevnih opravilih.

### Zastavili smo si raziskovalni vprašanji:

RV1: O kakšnih simptomih dolgega covida so poročali udeleženci ob začetku programa?

RV2: Kakšna je bila telesna pripravljenost udeležencev ob koncu programa v primerjavi z začetkom?

## Metoda

Podatke za raziskavo smo zbirali s polstrukturiranim intervjujem pred vključitvijo v skupinsko obravnavo. Na začetku le-te smo izvedli testiranje telesne pripravljenosti, ki smo ga ponovili ob zaključku obravnave. Izvedli smo dve skupinski obravnavi, vsaka je trajala 16 tednov, v prvo skupino je bilo vključenih 9, v drugo pa 11 udeležencev.

## Opis merskih instrumentov

### Polstrukturiran intervju

Demografske podatke, informacije o poteku akutne faze bolezni in simptomih dolgega covida smo zbrali s polstrukturiranim intervjujem. Oblikovali smo ga na podlagi pregleda literature (Pfajfar Rifl, Galun, Lipar, Lavtižar & Povšnar, 2022), priporočil NIJZ in vprašalnikov za poglobljene delavnice v CKZ (Gibam se, Zdravo jem, Spoprijemanje s stresom).

### Testiranje telesne pripravljenosti

Testiranje telesne pripravljenosti (TTP; Knific, Backović Juričan, Djomba in Petrič, 2019) vključuje teste motoričnih sposobnosti, mišično skeletne in kardiorespiratorne pripravljenosti (skupaj 9 testov). TTP smo izvedli na 2. in 14. srečanju udeležencev programa od skupno 16. srečanj.

## Opis vzorca

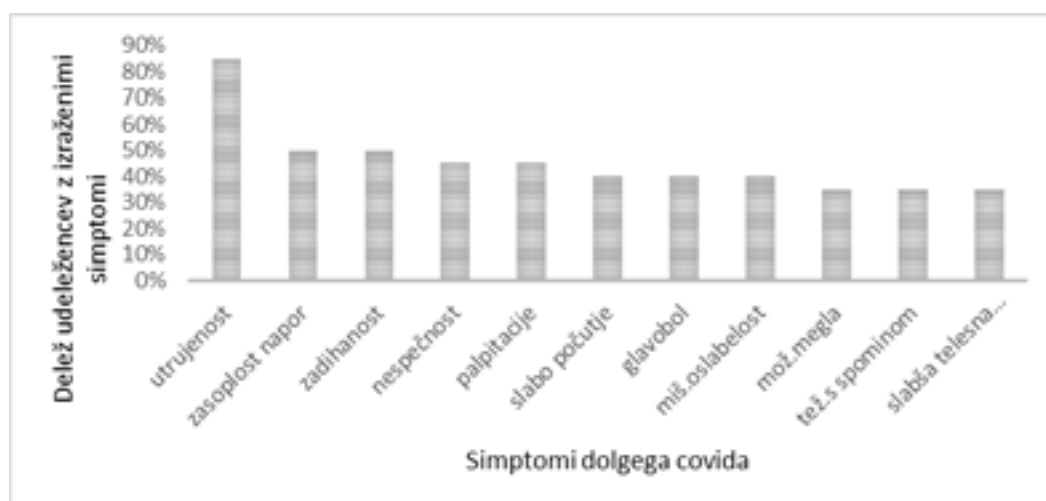
V raziskavo je bilo vključenih 20 odraslih udeležencev, 8 moških in 12 žensk. Povprečna starost udeležencev je bila 55,3 let (SD = 11,2). Vzorec je bil namenski. Vsi udeleženci so bili napoteni v program namenjen pacientom z dolgotrajno post-covidno simptomatiko iz ambulant družinske medicine. O težjem, kritičnem poteku bolezni je poročalo 12 udeležencev, polovica je bila tudi hospitalizirana. Štirje so poročali o zmernem in štirje o blagem poteku bolezni. 9 udeležencev je ob začetku obravnave v CKZ poročalo o povprečnem zdravstvenem stanju, 6 o slabem in dva o zelo slabem.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V CKZ ZD Kranj smo izvedli dve skupini postcovidnega programa; prva skupina udeležencev je obiskovala program med marcem in junijem 2022, druga med oktobrom 2022 in januarjem 2023. Udeležba in sodelovanje v programu sta bili povsem prostovoljni. Pridobili smo soglasje udeležencev za prostovoljno sodelovanje v raziskavi in jih seznanili z njenim potekom in možnostjo, da lahko sodelovanje kadarkoli zavrnejo. Vsi podatki so bili anonimni in so bili uporabljeni izključno za namen raziskave. Upoštevali smo načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014). Podatke smo zbirali pred začetkom in na koncu programa: z intervjujem ter s TTP. Demografske podatke, poročanje o simptomih in njihovi pogostosti pojavljanja smo obdelali v programu Excel. Za obdelavo podatkov TTP na začetku in koncu programa smo uporabili bivariantno statistično analizo; zaradi majhnega vzorca in nenormalne porazdelitve podatkov smo uporabili Wilcoxonov neparametrični test. Podatke smo obdelali v statističnem programu SPSS (IBM SPSS Statistics, verzija 29, 2022). Mejo statistične značilnosti smo določili pri  $p \leq 0,05$ .

## Rezultati

Slika 1 prikazuje, da so udeleženci najpogosteje pred obravnavo poročali o utrujenosti (85%), splošni zadihanosti, zasoplosti ob naporu, nespečnosti in srčnih palpitacijah. Skupaj smo zabeležili 43 različnih simptomov, ki jih udeleženci pripisujejo dolgemu covidu.



Slika 1: Najpogosteje izraženi simptomi dolgega covida pri udeležencih pred vstopom v obravnavo dolgega covida v CKZ ZD Kranj.

**Tabela 1:** Razlike med začetnim (Mediana PRED) in končnim (Mediana PO) TTP po posameznih testih

Test	Razlika (z)	Mediana PRED	Mediana PO
6-minutni test hoje	-3,527**	423,18 m	535,18 m
Izteg trupa	-3,297**	44 s	100 s
Sklece z dotikom dlani	-2,052*	9 ponovitev	12 ponovitev
Stoja na eni nogi	-,984	45 s	45 s
Gibljivost ramenskega obroča	-,122	4 točke	6 točk
V-doseg sede	-,881	31cm	32,5 cm
Prijem z roko	-1,492	35,05 kg	35,10 kg
Skok v višino z mesta	-1,297	27,5cm	30,5cm
Delni upogib trupa	-1,101	18 ponovitev	22 ponovitev

\* Razlika je statistično pomembna na nivoju 0,05 (dvosmerna).

\*\* Razlika je statistično pomembna na nivoju 0,01 (dvosmerna).

TTP za odrasle je opravilo na končnem in začetnem testiranju 14 udeležencev – njihove podatke smo zajeli v statistično obdelavo in so prikazani v Tabeli 1. Wilcoxonov test za 6-minutni test hoje kaže, da je mediana ob vstopu v program (Me = 423,18 m) statistično pomembno nižja ( $p = 0,01$ ) kot mediana ob koncu (Me = 535,18 m). Statistično pomembne razlike ( $z = -3,527$ ;  $p = 0,01$ ) med testiranjem na začetku in ob koncu so še pri iztegu trupa in pri sklecah z dotikom dlani ( $z = -2,052$ ,  $p = 0,05$ ). Pri ostalih testih TTP statistično pomembnih razlik ni bilo.

## Diskusija

Več kot polovica naših udeležencev je poročala o kritičnem poteku bolezni, kar bi lahko vplivalo na zmanjšano telesno zmogljivost in mišično maso ob vstopu udeležencev v program. Glavni poudarek v naši raziskavi smo dali na izide TTP, saj je telesna vadba predlagana kot terapevtsko sredstvo pri dolgem covidu - večina rehabilitacijskih programov ob koncu poroča o izboljšanju mišične moči zgornjih in spodnjih okončin (Compagno et al., 2022). Telesna nedejavnost po težjem poteku bolezni covid-19 vodi k znatnemu upadu telesne zmogljivosti in mišične mase (Halle, et al., 2021; Barrea, et al., 2022).

Ugotovili smo pomembno izboljšanje rezultatov na 6-minutnem testu hoje, kar je skladno s prejšnjimi raziskavami (Halabchi, Selk-Ghaffari, Tazesh & Mahdavian, 2022; Rahmati et al., 2023). Razlika med prehojeno razdaljo na začetku in na koncu programa je večja od 30 metrov, kar naj bi nakazovalo na klinično pomembno razliko okrevanja po večini bolezni (Bohannon & Crouch, 2017 cited in Carvalho et al., 2022), ter da rehabilitacijski program pomaga pri izboljšanju funkcijske in respiratorne kapacitete (Carvalho et al., 2022).

Pomembno se je izboljšal rezultat tudi pri testu *izteg trupa* in *sklece z dotikom dlani*, ki jih druge raziskave posebej ne izpostavljajo. Menimo, da se je večina udeležencev z vključitvijo v program po dolgem času spet posvetila vadbi za moč, kar je prispevalo h krepitvi mišic celotnega telesa in izboljšanju rezultatov ob koncu 15-tedenske delavnice Gibam se. Na prvem testiranju bi bil lahko prisoten tudi odpor za telesno dejavnost, ki ga je moč zaznati pri pacientih z dolгим covidom (Tsvetkova-Gaberska, Zlatkova & Zlatkov, 2022), ki pa se je tekom obravnave zmanjšal.

Mišična masa in moč sta povezani s pozitivnim odzivom imunskega sistema in posledično hitrejšemu okrevanju po covidu-19 (Rahmati et al., 2022). Ukrep, ki je poleg vadbe ključen za povečanje mišične mase, je zadosten vnos beljakovin (Barrea et al., 2022). V program okrevanja po dolgem covidu smo zato vključili tudi delavnico »Zdravo jem«, ki kot enega glavnih ciljev opredeljuje spoznavanje živil in njihovega vpliva na zdravje (Poličnik et al., 2016).

V raziskavi ugotavljamo, da so udeleženci najpogosteje poročali o simptomih zadihanost in utrujenost. Rezultati so skladni z raziskavo Compagno in sodelavcev (2022), ki ugotavljajo, da ljudi ovirata, da niso sposobni opravljati običajnih dnevnih aktivnosti.

Pri naših udeležencih so zelo pogoste tudi motnje spanja, bolečine in palpitacije, kar je tudi povsem skladno s prejšnjimi raziskavami (Faghy et al., 2022). Sproščanje in kognitivne metode pomagajo izboljšati kvaliteto spanja, posledično splošnega počutja (Özlü, Öztürk, Karaman Özlü, Tekin & Gür, 2021). V obravnavo smo vključili tudi psihoedukativni delavnici »Spoprijemanje

s stresom« in »Tehnike sproščanja«, ki temeljita na kognitivno-vedenjskem pristopu. Rehabilitacijski programi, ki vključujejo aerobno vadbo, vadbo za moč in vaje za dihanje, pomembno izboljšajo vsakodnevno funkcioniranje, pulmonalno funkcijo, duševno zdravje in zadovoljstvo z življenjem (Rahmati et al., 2023).

Sklepamo, da se je z izboljšanjem rezultatov na testu hoje izboljšalo tudi vsakodnevno funkcioniranje in splošno zadovoljstvo z življenjem naših udeležencev; k temu naj bi, kot pravi Compagno s sodelavci (2022) prispevala predvsem sinergija psihološkega upravljanja s simptomi, multidisciplinarnega svetovanja in fizične vadbe.

Dolgi covid je nova klinična slika z multi-organsko vključenostjo, zato so dosednji poskusi rehabilitacije usmerjeni k vključitvi pacientov v obstoječe programe zdravstvenega sistema (Kupferschmitt et al., 2022). Menimo, da so delavnice v CKZ ustrezna pomoč pacientom pri obravnavi dolgega covid. Izsledki naše ter tujih raziskav nakazujejo učinkovitost rehabilitacijskih programov na primarnem nivoju zdravstvenega sistema - pripomorejo k izboljšanju vsakodnevnega funkcioniranja pri odraslih z dolgim covidom (Rahmati et al., 2023).

Ob omejitvah naj izpostavimo majhnost vzorca, ki je bil tudi zelo heterogen glede navajanja simptomov (skupaj so prosto našli kar 43 različnih simptomov). V nadalje predlagamo oblikovanje bolj homogenih skupin po prevladujočih simptomih.

## Zaključek

Obstoječe preventivne dejavnosti znotraj zdravstvenega sistema lahko pomembno prispevajo k obravnavi dolgega covid. Multidisciplinarni strokovni pristop, ki ga zagotavljajo CKZ, nudi celostno obravnavo, pomaga udeležencem na več nivojih in se osredotoča na različne simptome. Doprinos je viden predvsem v lahki dostopnosti in dokaj hitri vključenosti pacientov v obravnavo, ki je na drugih nivojih zdravstvenega sistema trenutno zaradi preobremenjenosti zelo težko dosegljiva. Poudarek je tudi na nujnosti povezovanja in sodelovanja z ambulantami družinske medicine in specialisti drugih področjih, saj se le tako lahko obvladuje razsežnost dolgega covid. V nadaljnjih raziskavah bi se lahko poleg sprememb na področju telesne zmogljivosti osredotočali tudi na spremembe pri udeležencih programa na področju duševnega zdravja in prehrane ob koncu obravnave.

## Literatura

- Barrea, L., Grant, W. B., Frias-Toral, E., Vetrani, C., Verde, L., de Alteriis, G. ... Muscogiuri, G. (2022). Dietary Recommendations for Post-COVID-19 Syndrome. *Nutrients*, 14(6), 1305. <https://doi.org/10.3390/nu14061305>
- Carvalho, A. C., Moreira, J., Cubelo, P., Cantista, P., Aguiar Branco, C., & Guimaraes, B. (2023). Multidisciplinary rehabilitation in intensive care for COVID-19: randomised controlled trial. *ERJ open research*, 9(1), 00350-2022. <https://doi.org/10.1183/23120541.00350-2022>
- Compagno, S., Palermi, S., Pescatore, V., Brugin, E., Sarto, M., Marin, R., ... Giada, F. (2022). Physical and psychological reconditioning in long COVID syndrome: Results of an out-of-hospital exercise and psychological - based rehabilitation program. *International journal of cardiology. Heart & vasculature*, 41, 101080. <https://doi.org/10.1016/j.ijcha.2022.101080>
- Faghy, M.A., Maden-Wilkinson, T., Arena, R., Copeland, R.J., Owen, R., Hodgkins, H., & Willmott, A. (2022). COVID-19 patients require multidisciplinary rehabilitation approaches to address persisting symptom profiles and restore pre-COVID quality of life. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 16(5), 595-600. DOI: [10.1080/17476348.2022.2063843](https://doi.org/10.1080/17476348.2022.2063843)
- Fugazzaro, S., Contri, A., Esseroukh, O., Kaleci, S., Croci, S., Massari, M. ... Costi, S. (2022). Rehabilitation Interventions for Post-Acute COVID-19 Syndrome: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (9):5185 <https://doi.org/10.3390/ijerph19095185>
- Halabchi, F., Selk-Ghaffari, M., Tazesh, B., & Mahdavian, B. (2022). The effect of exercise rehabilitation on COVID-19 outcomes: a systematic review of observational and intervention studies. *Sport sciences for health*, 18(4), 1201–1219. <https://doi.org/10.1007/s11332-022-00966-5>
- Halle, M., Bloch, W., Niess, A. M., Predel, H. G., Reinsberger, C., Scharhag, J. ... Niebauer, J. (2021). Exercise and sports after COVID-19-Guidance from a clinical perspective. *Translational sports medicine*, 4(3), 310–318. <https://doi.org/10.1002/tsm2.247>
- Knific, T., Backović Juričan, A, Djomba J.K., & Petrič, M. (2019). *Test telesne pripravljenosti za odrasle in starejše osebe - priročnik za izvedbo delavnice*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kupferschmitt, A., Hinterberger, T., Montanari, I., Gasenakoche, M., Hermann, C., Jöbges, M. ... Köllner, V. (2022). Relevance of the post-COVID syndrome within rehabilitation (PoCoRe): study protocol of a multi-centre study with different specialisations. *BMC psychology*, 10(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00892-8>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019). *Navodila za organizacijo in delovanje centrov za krepitev zdravja ter izvajanje Programa za krepitev zdravja Verzija 1/2019*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Retrieved February 10, 2023 from [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/ckz\\_zvc\\_zaprto/navodila\\_zvc.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/ckz_zvc_zaprto/navodila_zvc.pdf)
- Pfajfar Rifl, M., Galun, K., Lipar, Ž., Lavtižar, J., & Povšnar, E. (2022). Obravnava oseb z dolgotrajnimi posledicami covid-19 v Centru za krepitev zdravja Kranj: Študija primera. In S. Pivač & K. Pesjak (Eds.), *Digitalizacija in edukacija v zdravstvenih vedah [Elektronski vir] : 15. mednarodna znanstvena konferenca: zbornik predavanj z recenzijo*, Bled 9. junij 2022 (pp. 191 – 199). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Poličnik, R., Mesarič, J., Vrbovšek, S., Sedlar, N., Tančič Grum, A., & Povšnar, E. (2016). *Zdravo jem – Skupinska in individualna svetovanja za zdravo rpehranjevanje odraslih (Priročnik za izvajalce v zdravstvenih domovih)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Pustivšek, S., Rojko, L., & Remec, M. (2023). *Priročnik za obravnavo oseb z dolgotrajnimi posledicami covid-19 v ZVC/CKZ*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Rahmati, M., Shamsi, M., Woo, W., Koyanagi, A., Won Lee, S., Keon Yon, D., Shin, J.I., & Smith L. (2023). Effects of physical rehabilitation interventions in COVID-19 patients following discharge from hospital: A systematic review. *Journal of Integrative Medicine*, S2095-4964(23)00003-1. DOI: 10.1016/j.joim.2023.01.003

Özlü, İ., Öztürk, Z., Karaman Özlü, Z., Tekin, E., & Gür, A. (2021). The effects of progressive muscle relaxation exercises on the anxiety and sleep quality of patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Perspectives in psychiatric care*, 57(4), 1791–1797. <https://doi.org/10.1111/ppc.12750>

Tsevkova-Gaberska, M., Zlatkova, K., & Zlatkov, Y. (2022). Assessment of physiotherapeutic potential and rehabilitation of patients post COVID-19 infection. A.B. Tugrul & N. Chemerynska (Eds.), *6th international conference on covid-19 studies: proceedings book*. Manhattan, New York (pp. 176-183)

World Health Organization. (2021, October 6). *A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*. Retrieved February 5, 2023 from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

World Health Organization. (2022, December 7). *Post-covid condition (long covid)*. Retrieved February 5, 2023 from <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/post-covid-19-condition>

# ULOGA DIGITALNIH TEHNOLOGIJA U UNAPREDJENJU SESTRINSKE SKRBI

## THE ROLE OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN NURSING CARE IMPROVEMENT

**Karolina Bračević, dipl. m. s.**

*Magdalena-Klinika za kardiovaskularne bolesti, Zavod za kardiologiju, Krapinske Toplice*

**Milena Rukljač, m.s.**

*Magdalena-Klinika za kardiovaskularne bolesti, Pozivni centar, Krapinske Toplice*

**Niveska Križanec, dipl. m. s.**

*Magdalena-Klinika za kardiovaskularne bolesti, Zavod za kardiologiju, Krapinske Toplice*

**Marija Razum, dipl. m. s.**

*Magdalena-Klinika za kardiovaskularne bolesti, Krapinske Toplice*

**Dr.sc. Dijana Babić, dipl. m. s., mag.soc.geront.**

*Magdalena-Klinika za kardiovaskularne bolesti, Krapinske Toplice*

---

**Ključne besede:** digitalne tehnologije, unapređenja, zdravstvena njega

### IZVLEČEK

Izazovi s kojima se medicinske sestre svakodnevno susreću u svome radu su brojni, te zahtjevaju stalno usavršavanje i uvođenje inovacija koje će zdravstvenu njegu unaprijediti i učiniti bližom, učinkovitom i primjerenom svakome pojedinom pacijentu. Digitalizacija zdravstvenog sistema predstavlja otvoreno područje za razvoj i uvođenje brojnih unapređenja, te je zbog toga jedan od prioriteta gotovo svih zdravstvenih organizacija. Područja na kojima digitalne tehnologije značajno unapređuju sustav jesu komunikacije, sigurnost pacijenata, provođenje zdravstvene njege i različiti oblici edukacija. Među tehnološkim inovacijama već implementiranim u zdravstvu izdvajaju se robotski sustavi, 3D printanje, telemedicina, edukacija uz virtualnu stvarnost, te virtualni zdravstveni asistenti. Prednosti koje ove tehnologije donose su brojne, a navesti treba posebno bržu i učinkovitu komunikaciju, povećanu sigurnost postupaka, bržu obradu pacijenta, bolju dostupnost rezultata pretraga, manje fizički zahtjevnih aktivnosti i mogućnost pružanja zdravstvene usluge na daljinu.

---

**Key words:** digital technologies, improvement, healthcare, nursing

### ABSTRACT

Nurses are daily faced with numerous challenges at their work environment. Like in no other profession, those challenges require constant training and introduction of innovations that will improve health care and make it closer, more efficient and suitable for each individual patient. Digitization of the healthcare system represents an open area for the development and introduction of numerous improvements. Areas in which digital technologies significantly improve the healthcare system are communications, patient safety, healthcare delivery and various forms of education. Among the technological innovations already implemented in healthcare, significant are different forms of robot systems, 3D printing, telemedicine, education with virtual reality, and virtual health assistants. The advantages of these technologies are numerous, primarily visible throughout faster and more efficient communication, increased safety of procedures, faster treatment of the patient, better availability of test results, less physically demanding activities and the possibility of providing healthcare services from a distance.



## Uvod

Posljednjih godina zdravstveni sustavi diljem svijeta suočeni su s brojnim izazovima među kojima se posebno izdvajaju porast broja osoba starije životne dobi, povećanje udjela oboljelih od kroničnih nezaraznih bolesti, život u uvjetima definiranim pandemijom COVID19 bolesti, povećani zahtjevi i opterećenja zdravstvenih ustanova uz izraženi manjak zdravstvenog osoblja, te potreba za što čvršćim povezivanjem i integracijom različitih dionika koji sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi. Upravo povezivanje i suradnja između različitih strana u zdravstvenom sustavu predstavlja jedan od načina suočavanja sa sve većim zahtjevima za zdravstvenim uslugama i pokušaj da se informacije o liječenju, planovi njege i drugi važni podaci podjele unutar sustava kako bi se ostvarili optimalni učinci, poboljšala kvaliteta usluga i osigurao kontinuitet u pružanju zdravstvene skrbi. Jedan od važnijih iskoraka učinjenih proteklih godina unutar zdravstvenih sustava i politika jest sve veće ulaganje u razvoj i implementaciju digitalnih zdravstvenih usluga koje značajno unapređuju način rješavanja zdravstvene problematike stanovništva, objedinjuju i povezuju različite pružatelje zdravstvenih usluga, te ujedno štede vrijeme i optimaliziraju korištenje zdravstvenih resursa.

Prema Svjetskoj Zdravstvenoj Organizaciji, digitalna zdravstvo se može definirati kao „polje znanja i praksa povezanih s razvojem i korištenjem digitalnih tehnologija u svrhu poboljšanja zdravlja“ (World Health Organization, 2021). Radi se o konceptu koji se značajan razvoj doživio u posljednjih dva desetljeća kroz prvotno ulaganje napora u digitalizaciju medicinske dokumentacije (Williams & Boren, 2008), do razvoja digitalnih platformi koje omogućavaju pružanje zdravstvenih usluga „u oblaku“, bilo kada i bilo gdje (Sultan, 2014; Sharma & Ksethri, 2020). Danas pojam digitalnog zdravlja obuhvaća široki raspon usluga koje se odnose na elektronički snimljene podatke, naprednu tehničku i komunikacijsku infrastrukturu, te razvoj zdravstvenih aplikacija koje zajednički kreiraju održivi ekosustav zdravstvene skrbi (Abernethy et al., 2022). Inovacije u zdravstvu kao što su čuvanje i dijeljenje informacija u oblaku, umjetna inteligencija, strojno učenje, blockchain, digitalno posredovana dijagnostika i liječenje, telezdravlje i mobilne zdravstvene aplikacije okrenute potrošačima sada se rutinski koriste u samoupravljanju, zdravstvenoj skrbi i biomedicinskoj znanosti (Abernethy et al., 2022). Digitalne zdravstvene tehnologije sve više su prisutne u svakodnevnoj praksi budući da one omogućavaju poboljšani pristup zdravstvenoj skrbi, smanjuju neučinkovitost, poboljšavaju kvalitetu skrbi, smanjuju troškove zdravstvene zaštite i omogućavaju personaliziranu zdravstvenu skrb za pacijente (Ronquillo, Meyers & Korvek, 2022).

## Digitalne tehnologije v zdravstvu

### 3D Printanje

Termin 3D ispisa ili trodimenzionalnog printanja označava zapravo proces poznat pod nazivima aditivna proizvodnja (AD), brza izrada prototipova (RP) ili tehnologija slobodnog oblika čvrstog materijala (SFF) koji podrazumijevaju metodu pomoću koje se objekti mogu stvoriti stapanjem ili taloženjem materijala na ili u podlogu (Ventola, 2014; Paul et al., 2018). Odloženi materijali mogu biti prah, plastika, keramika, metali, tekućine ili žive stanice (Paul et al., 2018). Izbor materijala za printanje i način na koji se slojevi spajaju ovisi o vrsti pisača koji se koristi (selektivno lasersko sinteriranje [SLS], modeliranje taloženog taloženja [FDM] ili stereolitografija) (Ibrahim et al., 2015).

Trodimenzionalno printanje u medicini primjenjuje se u nekoliko kategorija od kojih su najšire rasprostranjene izrada prilagođenih protetskih pomagala, implantata i anatomskih modela, izrada tkiva i organa, proizvodnja specijalnih kirurških instrumenata, istraživanja i proizvodnja lijekova, te proizvodnja specijaliziranih medicinskih uređaja (Dodziuk, 2016). Jedna od najkorištenijih aplikacija za 3D ispis je trenutno izrada anatomskih modela pomoću inovativnih printera koji kirurzima omogućuju da se unaprijed pripreme za operativni zahvat imajući mogućnost uvida u 3D model čime se značajno smanjuje trajanje zahvata, preveniraju se mogući problemi te osigurava dugoročno bolja prognoza oporavka za samog pacijenta (Javaid, Haleem, Pratap Singh & Suman, 2022). Prednosti uvođenja 3D printanja u medicinu uključuju prilagodbu i personalizaciju medicinskih proizvoda, lijekova i opreme, poboljšanu produktivnost i isplativost, demokratizaciju dizajna i proizvodnje, bržu i učinkovitiju razmjenu informacija, te bolju suradnju između proizvođača i korisnika materijala i opreme (Dodziuk, 2016, 285; Ventola, 2014).

### Telemedicina

Telemedicina se desetljećima koristi u kliničkim okruženjima. Pod telemedicinom podrazumijevamo pružanje zdravstvenih usluga uz pomoć telekomunikacijskih i informacijskih elektroničkih tehnologija (Haleem, Javaid, Singh & Suman, 2021). Uvedena je u praksu kao metoda pružanja medicinske podrške u slučajevima kada interakcija licem u lice između pružatelja i primatelja usluga nije bila moguća zbog fizičke udaljenosti, troškova ili jednostavno nedostupnosti prikladnog prijevoza (Gogia, 2020). Telemedicina uključuje korištenje videokonferencija uživo i audio komunikacijskih alata za povezivanje pacijenata s njihovim pružateljima zdravstvenih usluga u stvarnom vremenu, bez fizičkog odlaska u ordinaciju.



Primjeri telemedicine koja se danas primjenjuje u zdravstvenim sustavima jesu video i audio konzultacije u stvarnom vremenu, čuvanje i razmjena medicinskih kartona i podataka između liječnika (MR, CT, RTG nalazi i slike), te udaljeni monitoring pacijenata (krvni tlak, ekg, guk, respiratorni status i sl)(Tablica 1.).

Primjer dobre prakse je Pozivni centar Klinike Magdalena u Krapinskim Toplicama koji je oformljen 2000. godine kao usluga koja pruža monitoring elektrokardiograma na daljinu za sve pacijente s postojećim ili novootkrivenim kardiovaskularnim bolestima. Svrha ovakvog oblika telemedicine jest početno otkrivanje i identifikacija kardiovaskularnih bolesti i aritmija, monitoring pacijenata koji već boluju od neke KVB, suradnja i koordinacija s liječnicima obiteljske medicine u dijagnostici i liječenju, te praćenje učinaka terapije, savjetovanje i korekcije iste.

**Tablica 1:** *Primjer indikacija za korištenje Pozivnog centra Klinike Magdalena*

	<i>Korekcija terapije</i>	<i>Preoperativna priprema</i>	<i>Kardiološka obrada</i>	<i>Hitna služba</i>	<i>Hospitalizacija</i>	<i>Ukupno poziva</i>
<b>2020</b>	210	187	58	336	37	15076
<b>2021</b>	103	246	60	207	39	14029

**Tablica 1:** *Primjer indikacija za korištenje Pozivnog centra Klinike Magdalena* (Izvor: Baza podataka Klinike Magdalena 2022.)

## Edukacija z virtualnom resničnosti

Kontinuirana edukacija u zdravstvu od iznimne je važnosti. Edukacija u osnovi omogućuje da zdravstveni djelatnici održavaju vlastito znanje i vještine sukladnima potrebama pacijenta i okruženja, te budu upoznati s novim tehnikama i postupcima liječenja o kojima nisu učili tijekom formalnog obrazovanja. Medicinska edukacija predstavlja osnovu za obavljanje zdravstvene prakse i ima direktan utjecaj na donošenje odluka o liječenju i skrbi, troškove liječenja, ali i kvalitetu provedenih postupaka (Sklar, Hemmer & Durning, 2018). Pandemija COVID19 bolesti značajno je utjecaja na razne aspekte života. Unutar zdravstvenog sustava promjenili se se oblici provođenja kontinuiranog obrazovanja s aspekta načina provođenja ovakvih aktivnosti (digitalizacija, e-učenje), ali i fokusa na specifične tematike obrazovanja (Kawczak et al., 2021). Virtualno učenje je postalo široko rasprostranjeno, te su se zdravstveni edukatori našli pred izazovom kako dizajnirati, koristiti i poučavati učenike pomoću digitalnih alata (Kawczak et al., 2021). Virtualna stvarnost (VR) je specijalna vrsta tehnologije koja omogućuje korisniku simulaciju umjetnog okruženja u kojemu je moguće doživjeti iskustvo ili aktivnosti u prividu realnosti od 360°, a izvorno je razvijena u svrhu zabave (Kardong-Edgren, Farra, Alinier & Young, 2019). VAR tehnologija u sestrinskoj edukaciji se može koristiti na različite načine: daje projekciju proširene stvarnosti, virtualne konstruirane 3D stvarnosti, te nudi mogućnost interaktivnih videozapisa od 360° (Marks & Thomas, 2022). Ovakva tehnologija omogućuje interakciju s 3D modelima ili dizajnom u orijentacijama i mjerilima koja prije nisu bila moguća (Marks & Thomas, 2022). Kompetencije generirane za studente iz VAR-a u obrazovanju uključuju: prostornu vizualizaciju, inovativno razmišljanje, rješavanje problema, kritičko mišljenje i empatiju (Kaminska et al., 2017; Hernandez-de-Menendez, Diaz & Morales-Menendez, 2020; Marks & Thomas, 2022).

## Virtualni zdravstveni asistenti

Virtualni zdravstveni asistenti predstavljaju tehnološki novitet u zdravstvu kojima je primarni cilj poboljšati komunikaciju između pružatelja usluga i krajnjih korisnika (pacijenata) kako bi se istima ponudilo što više korisnih informacija koje će poslužiti poboljšanju procesa liječenja. Na takav način se omogućuje podizanje kvalitete zdravstvene skrbi i indirektno se smanjuju troškovi liječenja pojedinog pacijenta, budući da se preveniraju nepotrebni odlasci liječniku te skraćuje vrijeme trajanja pregleda. Prva tehnologija ove vrste pojavila se 1966. godine predstavljajući platformu temeljenu na tekstu koji je opnašao psihoterapeuta, »ELIZU«, stvorenog na temelju unaprijed snimljenih odgovora izabranih na temelju unosa korisnika (de Cock et al., 2020). Virtualni pomoćnici mogu se općenito definirati kao digitalne usluge dizajnirane za simulaciju ljudskog razgovora i pružanje personaliziranih odgovora na temelju unosa korisnika, a mogu sadržavati strukturirane razgovore ili odgovarati direktno na pitanja korisnika (Curtis et al., 2021). Danas se u zdravstvu koriste različiti virtualni asistenti, uglavnom na području kognitivno-bihevioralne terapije, poboljšanja prehrane i fizičke aktivnosti, te provođenja daljinskog praćenja pacijenta (Curtis et al., 2021). Danas su na tržištu prisutni virtualni asistenti dostupni putem različitih digitalnih platformi, uključujući mobilne telefone, tablete i računala, te u raznim digitalnim formatima kao što su chatbotovi, virtualni agenti za konverzaciju i trodimenzionalni avatari (de Cock et al., 2020).

Primjer dobre prakse predstavlja virtualna asistentica MEGI razvijena u Klinici za kardiovaskularne bolesti Magdalena (Slika 1). MEGI je inovativno digitalno rješenje koje transformira pristup liječenju pacijenata s hipertenzijom. Kroz MEGI pacijent preuzima svoje zdravlje u svoje ruke i aktivno sudjeluje u kontroli krvnog tlaka. MEGI pomaže pacijentu steći zdrave navike,

pruža mu podršku i savjet u slučaju potrebe, educira ga o zdravom stilu života te mu prosljeđuje liječničko mišljenje. S druge strane, MEGI na dan pregleda liječniku dostavlja izvještaj s osnovnim medicinskim podacima, grafičkim prikazom i statistikom koja liječniku drastično skraćuje potrebno vrijeme za analizu podataka i olakšava donijeti odluku o eventualnoj terapiji. MEGI je modelirana primarno na znanju kardiologa, te medicinskih sestara iz kardiologije ali i psihologa i drugih stručnjaka.



Slika 1: Primer komunikacije putem digitalne platforme MEGI (Izvor: Baza podataka Pozivnog centra Klinike Magdalena 2022)

## Umetna inteligencija

Posljednjih godina ubrzano su se razvijale digitalne inovacije u informacijskoj i komunikacijskoj tehnologiji na svim područjima rada i djelovanja, pa tako i u zdravstvenom sustavu. Digitalna transformacija uglavno se događala na krilima uvođenja 5G Internet mreže, strojnog učenja, umjetne inteligencije, dubokog učenja i digitalne sigurnosti (Li et al., 2021). Navedene inovacije mogu pomoći zdravstvenim sustavima u lakšem suočavanju s vodećim izazovima novoga doba kao što su dostupnost i pravedni pristup zdravstvenoj skrbi, te porast broja osoba starije životne dobi kroz olakšano identificiranje bolesti, ciljano liječenje i poboljšani nadzor (Li et al., 2021). Već sada postoji puno podataka koji govore u prilog tome da umetna inteligencija (AI) može provesti ključne zadatke u zdravstvenom sustavu jednako dobro kao i čovjek (Davenport & Kalakota, 2019). Umjetna inteligencija (AI) predstavlja zapravo digitalni sustav odnosno računala koja mogu fleksibilno učiti o svijetu, donositi zaključke o onome što vide i čuju, te koja mogu postići ljudsko razumijevanje informacija (Reznick, Harris, Horsley & Hassani, 2020). Neki od ključnih primjera primjene umjetne inteligencije u zdravstvu jesu strojno učenje (neuronske mreže, duboko učenje), obrada prirodnog govora, ekspertni sustavi temeljeni na pravilima, fizički roboti, robotska automatizacija procesa, aplikacije za dijagnostiku i liječenje te administrativne aplikacije (Davenport & Kalakota, 2019). Umjetna inteligencija (AI) u zdravstvu koristi se najviše za analizu zdravstvenih podataka, predviđanje događaja i ishoda, provjeru simptoma i poboljšanje dijagnoze, predlaganje preventivnih strategija, dizajn i razvoj novih lijekova, poboljšanje organizacije i provođenja kliničkih ispitivanja, poboljšanje iskustava pacijenata, i unaprijediti strukturu i razumljivost elektroničkih zdravstvenih zapisa (Cordeiro, 2021). Predviđa se da će se utjecaj AI odraziti i na rad zdravstvenih radnika, učinkovitost zdravstvenog sustava i sposobnost pacijenata da sami interpretiraju vlastite zdravstvene podatke (Cordeiro, 2021).

## Diskusija

Primjena digitalnih tehnologija u svim područjima rada i djelovanja doživljava svoju ekspanziju posljednjih godina. Recentno se susrećemo s uvođenjem inovativnih digitalnih rješenja u različita polja zdravstvenog sustava. Benefiti koje ovakve tehnologije donose za same korisnike odnosno pacijente su brojne, dok za zdravstvene djelatnike često predstavljaju izazov koji zahtjeva dodatnu edukaciju i prilagodbu.

Istraživanja su pokazala kako digitalne inovacije poput 3D pinstanja mogu značajno doprinjeti poboljšanju znanja i vještina medicinskog osoblja u smislu treninga na modelima prije suočavanja s samim pacijentima. Studija koju su proveli Tan i suradnici (2021) na skupini studenata sestrinstva pokazala je da kombinacija učenja na 3D anatomskim modelima srca uz primjenu „problem-solving“ tehnike učenja omogućava studentima bolje razumijevanje anatomskih karakteristika srca i patoloških promjena koje nastaju kod urođenih srčanih bolesti, pri čemu doticaj s 3D modelima potiče znatizelju studenata sestrinstva, jača samopouzdanje prije kontakta s bolesnikom i olakšava stjecanje osjećaja postignuća što zajedno daje značajno bolje rezultate edukacije u odnosu na klasične metode poučavanja. Pregledna studija koju su proveli Asif i suradnici (2021) o učincima učenja na 3D modelima kod različitih profila djelatnika u zdravstvu pokazala je da su djelatnici educirani

uz pomoć ovakve tehnologije izvjestili o boljem razumijevanju anatomije subjekta, brže su dovršavali dodjeljene zadatke, bolje su razumjeli patološke promjene i sigurnije identificirali iste u odnosu na edukacije provedene uz pomoć video materijala, dijagrama, predavanja i nadziranog rješavanja problema.

Primjena telemedicinskih odnosno telezdravstvenih usluga uključujući i telezdravstvenu njegu ima dugorodne povoljne učinke na sveukupnu zdravstvenu dobrobit, liječenje i samokontrolu zdravlja pacijenta. Telezdravstvena njega obuhvaća usluge edukacije, nadzora, praćenja, te pružanja multidisciplinarnе skrbi koja uključuje daljinske intervencije u smislu pružanja podrške pacijentu i obitelji, savjetovanja, upravljanja bolovima i drugih intervencija na inovativan način. Ovakav pristup može napraviti značajnu razliku u pružanju skrbi osobito u ruralnim i nedovoljno opskrbljenim područjima gdje inače postoji manjak medicinskih sestara i zdravstvenih resursa (Bashir & Bastola 2018).

Primjena telenjege posebno je aktualizirana tijekom pandemije izazvane COVID 19 bolesti. Povećani zahtjevi za bolničkim liječenjem i intenzivnom skrbi tijekom pandemije dodali su novu razinu opterećenja zdravstvenom osoblju, prvenstveno medicinskim sestrama u Jedinicama intenzivnog liječenja koje su osobito bile izložene otežanim uvjetima rada, stresu i pretjeranom izgaranju na radnome mjestu. Prednosti telenjege izložili su kroz predloženi model Virtualne kritične njege (VCC) autori Singh i suradnici (2021) koji su u navedeni sustav rada i suporta na daljinu obuhvatili i prezentirali ulogu različitih stručnjaka na području intenzivne skrbi. Uloga medicinskih sestara u navedenom modelu temeljila se na virtualnoj prisutnosti 24/7 treniranih i iskusnih medicinskih sestara intenzivne njege koje su na daljinu pružale suport u obliku savjetovanja, nadzora i vođenja dokumentacije, te edukacije osoblja o pravilnoj primjeni osobne zaštitne opreme čime se direktno utjecalo na povećanje sigurnosti pacijenata, optimalizaciju uporabe radne opreme, te smanjenje rizika za sagorijevanje kod medicinskih sestara koje su se nalazile uz krevet pacijenta (Singh et al., 2021).

Iako su telezdravstvene usluge doživjele značajniju implementaciju tijekom pandemije COVID19 bolesti, prvenstveno zbog brojnih ograničenja koja su onemogućavala uobičajen pristup zdravstvenim uslugama, s vremenom su prepoznata i ograničenja koja primjena ovakvih tehnologija ima u zdravstvenom sustavu. U prvome redu radi se o izostanku mogućnosti da se pacijenta direktno fizički pregleda (Gajarawala & Pelkowski, 2021), te procjeni njegovo stvarno stanje. Nadalje, moguće su i tehničke poteškoće povezane s internetskim sustavom i opremom, te mogućnost zlouporabe podataka o stanju pacijenta i problemi s pravnom regulativom povezanom s dijeljenjem osobnih i drugih podataka između različitih pružatelja skrbi (Gajarawala & Pelkowski, 2021).

Prepreke u implementaciji ovakvih sustava mogu se nalaziti i u financijskim mogućnostima pojedinih ustanova budući da troškovi određenog softvera i tehnološke podrške mogu biti znatni (Mahoney, 2020). Isto tako, važno je naglasiti da ne prepoznaju svi zdravstveni djelatnici i drugi pružatelji vrijednosti ovakvih inovacija i njihovu dugoročnu korist za zdravstveni sustav. Zbog toga je nužno ulagati u daljnu edukaciju i usvajanje potrebnih vještina kako bi se ovakve tehnologije što više približile i prilagodile krajnjim korisnicima, čime bi se prevenirao nepotreban skepticizam (Mahoney, 2020).

Uloga medicinskih sestara u razvoju i implementaciji digitalnih tehnologija u zdravstvenom sustavu je značajna. Digitalizacija značajno utječe na način na koji se pružaju određeni postupci zdravstvene njege zbog čega sestre svojim znanjem doprinose stvaranju novih digitalnih platformi, alata i robota kojima se ovakve promjene uvode direktno na radilišta. Primjer projekta u kojemu medicinske sestre aktivno sudjeluju zajedno s timom drugih stručnjaka je dizajniranje i razvoj robota pod nazivom Telerobotički Inteligentni Sestrinski Asistent (TRINA) na Sveučilištu Duke (SAD) koji predstavlja daljinski upravljani sustav za pomoć zdravstvenim djelatnicima koji rade u okruženjima s visokim rizikom za prijenos infekcije (Robert, 2019). Primjeri uporabe AI u poboljšanju sestrinske skrbi prikazani su i u studiji Mahajan i suradnika (2018) koji su na temelju pregleda niza elektroskopskih baza podataka nastojali izračunati prediktivni model za ponovni prijem bolesnika s zatajenjem srca u bolnicu. Studija Nourse i suradnika (2022) analizirala je pak primjenu nosivih web kamera u prikupljanju podataka o životnim navikama, ponašanju i iskustvima osoba oboljelih od kardiovaskularnih bolesti. Iako su istraživanja na ovom području ponudila dovoljno dokaza za definiranje potrebnih standarda i vodiča za primjenu novih tehnologija u zdravstvenoj skrbi, i dalje je potrebno raditi na širenju znanja i dobivanju dokaza koji će potvrditi vezu između njihove primjene i kliničkih ishoda, kao i doprinosa koji imaju za kvalitetu života svakog pojedinog pacijenta.

## Zaključek

Razvoj zdravstvenih sustava u budućnosti uvelike ovisi o uvođenju novih digitalnih tehnologija i inovacija. Njihova se uloga u prvome redu nalazi u omogućavanju što šire dostupnosti zdravstvene zaštite, prilagodbi i individualnom pristupu u liječenju i izboru terapija, novim modalitetima učenja za pacijente i zdravstvene djelatnike, te time podizanju kvalitete i optimalizaciji usluga zdravstvenog sustava. Iako su digitalne tehnologije u zdravstvenim sustavima prisutne već dulje vrijeme, njihovo daljnja implementacija i primjena predstavlja izazov budući da je uvođenje svih inovacija nužno popratiti dodatnom edukacijom osoblja, osiguravanjem potrebnih tehničkih resursa, te odgovarajućom pravnom i etičkom regulativom.

## Literatura

- Abernethy, A., Adams, L., Barrett, M., Bechtel, C., Brennan, P., Butte, A., Faulkner, J., Fontaine, E., Friedhoff, S., Halamka, J., Howell, M., Johnson, K., Lee, P., Long, P., McGraw, D., Miller, R., Perlin, J., Rucker, D., Sandy, L., Savage, L., Stump, L., Tang, P., Topol, E., Tuckson, R., & Valdes, K. (2022). *The Promise of Digital Health: Then, Now, and the Future*. NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/202206e>.
- Asif, A., Lee, E., Caputo, M., Biglino, G., & Shearn, A. I. U. (2021). Role of 3D printing technology in paediatric teaching and training: a systematic review. *BMJ Paediatrics Open*, 5(1), e001050. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001050>
- Bashir, A., & Bastola, D. R. (2018). Perspectives of Nurses Toward Telehealth Efficacy and Quality of Health Care: Pilot Study. *JMIR medical informatics*, 6(2), e35. <https://doi.org/10.2196/medinform.9080>
- Cordeiro J. V. (2021). Digital Technologies and Data Science as Health Enablers: An Outline of Appealing Promises and Compelling Ethical, Legal, and Social Challenges. *Frontiers in medicine*, 8, 647897. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.647897>
- Curtis, R. G., Bartel, B., Ferguson, T., Blake, H. T., Northcott, C., Virgara, R., & Maher, C. A. (2021). Improving User Experience of Virtual Health Assistants: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 23(12), e31737. <https://doi.org/10.2196/31737>
- Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Future healthcare journal*, 6(2), 94–98. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.6-2-94>
- de Cock, C., Milne-Ives, M., van Velthoven, M. H., Alturkistani, A., Lam, C., & Meinert, E. (2020). Effectiveness of Conversational Agents (Virtual Assistants) in Health Care: Protocol for a Systematic Review. *JMIR research protocols*, 9(3), e16934. <https://doi.org/10.2196/16934>
- Dodziuk, H. (2016). Applications of 3D printing in healthcare. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 13(3): 283-293. <https://doi.org/10.5114/kitp.2016.62625>
- Gajarawala, S. N., & Pelkowski, J. N. (2021). Telehealth Benefits and Barriers. *The journal for nurse practitioners : JNP*, 17(2), 218–221. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.09.013>
- Gogia, S. (2020). Rationale, history, and basics of telehealth. In: S. Gogia (Ed.), *Fundamentals of Telemedicine and Telehealth*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814309-4.00002-1>.
- Haleem, A., Javid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors international*, 2, 100117. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>
- Hernandez-de-Menendez, M., Diaz, C. E., & Morales-Menendez, R. (2020). Technologies for the future of learning: State of the art. *International Journal of Interactive Design and Manufacturing*, 14(2), 683–695.
- Ibrahim, A. M., Jose, R. R., Rabie, A. N., Gerstle, T. L., Lee, B. T., & Lin, S. J. (2015). Three-dimensional Printing in Developing Countries. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 3(7), e443. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000298>
- Javid, M., Haleem, A., Pratap Singh, R., & Suman R. (2022). 3D printing applications for healthcare research and development. *Global Health Journal*. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2022.11.001>
- Kaminska, D., Sapinski, T., Aitken, N., Della Rocca, A., Baranska, M., & Wietsma, R. (2017). Virtual reality as a new trend in mechanical and electrical engineering education. *Open Physics*, 15(1), 936–941.
- Kardong-Edgren, S., Farra, S. L., Alinier, G. & Young, H.M. (2019). A call to unify definitions of virtual reality. *Clinical Simulation in Nursing*, 31:28-34 <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.02.006>
- Kawczak, S., Fernandez, A., Frampton, B., Mooney, M., Nowacki, A., Yako, M., & Stoller, J. K. (2021). Observations from Transforming a Continuing Education programme in the COVID-19 Era and Preparing for the Future. *Journal of European CME*, 10(1), 1964315. <https://doi.org/10.1080/21614083.2021.196431>
- Li, J. O., Liu, H., Ting, D. S. J., Jeon, S., Chan, R. V. P., Kim, J. E., Sim, D. A., Thomas, P. B. M., Lin, H., Chen, Y., Sakamoto, T., Loewenstein, A., Lam, D. S. C., Pasquale, L. R., Wong, T. Y., Lam, L. A., & Ting, D. S. W. (2021). Digital technology, tele-medicine and artificial intelligence in ophthalmology: A global perspective. *Progress in retinal and eye research*, 82, 100900. <https://doi.org/10.1016/j.preteyeres.2020.100900>
- Mahajan, S. M., Heidenreich, P., Abbott, B., Newton, A., & Ward, D. (2018). Predictive models for identifying risk of readmission after index hospitalization for heart failure: A systematic review. *European journal of cardiovascular nursing*, 17(8), 675–689. <https://doi.org/10.1177/147451511879905>
- Mahoney, M.F. (2020). Telehealth, Telemedicine, and Related Technologic Platforms. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 47(5), 439-444.
- Marks, B., & Thomas, J. (2022). Adoption of virtual reality technology in higher education: An evaluation of five teaching semesters in a purpose-designed laboratory. *Education and information technologies*, 27(1), 1287–1305. <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10653-6>
- Nourse, R., Cartledge, S., Tegegne, T., Gurrin, C., & Maddison, R. (2022). Now you see it! Using wearable cameras to gain insights into the lived experience of cardiovascular conditions. *European journal of cardiovascular nursing*, 21(7), 750–755. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac053>
- Paul, G. M., Rezaenia, A., Wen, P., Condoor, S., Parkar, N., King, W., & Korakianitis, T. (2018). Medical Applications for 3D Printing: Recent Developments. *Missouri medicine*, 115(1), 75–81.
- Reznick, R.K., Harris, K., Horsley, T., & Hassani M.S. (2020). Task Force Report on Artificial Intelligence and Emerging Digital Technologies. Council Task Force on Artificial Intelligence and Emerging Digital Technologies. Retrieved from: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/rc-ai-task-force-e.pdf>
- Robert N. (2019). How artificial intelligence is changing nursing. *Nursing management*, 50(9), 30–39. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000578988.56622.21>
- Ronquillo, Y., Meyers, A. & Korvek, S.J. (2022). *Digital Health*. Treasure Island: StatPearls Publishing. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470260/>
- Sharma, R., & Kshetri, N. (2020). Digital healthcare: Historical development, applications, and future research directions. *International Journal of Information Management*, 53, 102105. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102105>
- Singh, J., Green, M. B., Lindblom, S., Reif, M. S., Thakkar, N. P., & Papali, A. (2021). Telecritical Care Clinical and Operational Strategies in Response to COVID-19. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 27(3), 261–268. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0186>
- Sklar, D.P., Hemmer, P.A. & Durning, S. J. (2018). Medical Education and Health Care Delivery: A Call to Better Align Goals and Purposes. *Academic Medicine*, 93(3):pp 384-390. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001921>
- Sultan, N. (2014). Making use of cloud computing for healthcare provision: Opportunities and challenges. *International Journal of Information Management*, 34(2), 177–184.
- Tan, H., Huang, E., Deng, X., & Ouyang, S. (2021). Application of 3D printing technology combined with PBL teaching model in teaching clinical nursing in congenital heart surgery: A case-control study. *Medicine*, 100(20), e25918. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025918>
- Ventola C. L. (2014). Medical Applications for 3D Printing: Current and Projected Uses. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, 39(10), 704–711.
- Williams, F., & Boren, S. A. (2008). The role of electronic medical record in care delivery in developing countries. *International Journal of Information Management*, 28(6), 503–507.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsd4hd2a2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

# POGLED MEDICINSKIH SESTER NA MENTORSTVO ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE V KLINIČNEM OKOLJU

## VIEW OF REGISTERED NURSES ON MENTORSHIP OF NURSING STUDENT IN THE CLINICAL ENVIRONMENT

Nataša Radovanovič, mag. zdr. nege

Bine Halec, mag. zdr. - soc. manag.

Eva Tisaj, mag. zdr. nege

Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za infektološko intenzivno terapijo

natasa.radovanovic@ukc-mb.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Mentorstvo se v kliničnem okolju izvaja z namenom vodenja in usmerjanja študentov, da lahko pridobljeno teoretično znanje, ki so ga osvojili na fakulteti, uporabijo in preverijo v bodočem poklicnem okolju. Namen študije je raziskati pogled medicinskih sester na mentorstvo študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Raziskava je potekala oktobra 2022 s tehniko anketiranja. V raziskavo je bilo vključenih 36 medicinskih sester. Podatke smo analizirali s statističnim programom Microsoft Excel in SPSS ver. 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opis vzorca populacije smo uporabili opisno statistiko, za preverjanje hipoteze pa smo uporabili Mann-Whitneyjev U test.

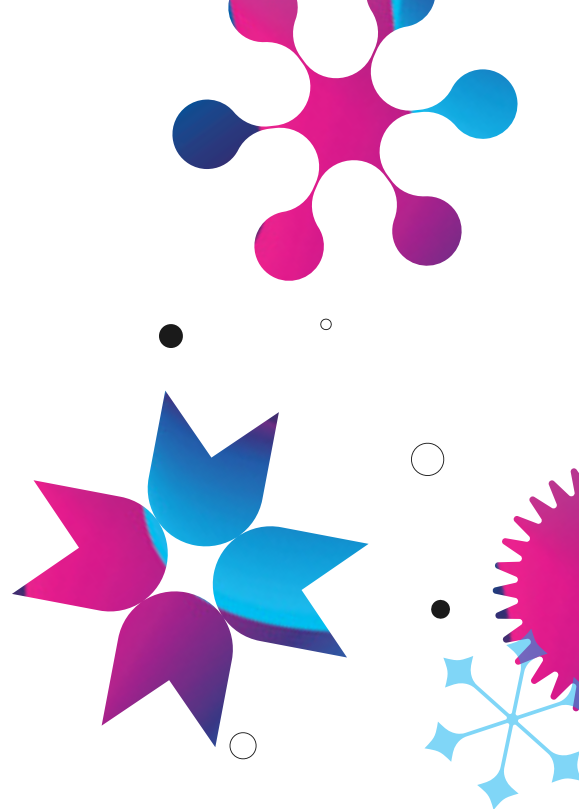
**Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da medicinske sestre niso imele predhodnega pedagoškega usposabljanja za izvajanje mentorskega dela (PV=1,88; SO=0,854), si pa tovrstnega izobraževanja želijo (PV=3,30, SD=1,283), saj jih veseli vloga mentorja (PV=3,77; SO=1,098). Obstaja povezava med starostjo medicinskih sester in željo po izobraževanju na področju mentorstva študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju (Z=2,571; p=0,010).

**Diskusija in zaključek:** Mentorstvo v kliničnem okolju ima pomembno vlogo pri izobraževanju študentov zdravstvene nege in pri njihovi nadaljnji poklicni karieri, zato je bistvenega pomena, da študenta vodi strokovno usposobljena in izkušena medicinska sestra.

**Ključne besede:** mentorstvo, študent, medicinska sestra, klinično okolje

### ABSTRACT

**Introduction:** Mentorship of nursing students in the clinical environment is important for their professional development. With mentorship programs they can upgrade theoretical knowledge acquired in faculty into practice. Purpose of this study is to research the view of senior registered nurses on mentorship programs of nursing students in the clinical environment.



**Methods:** The study took place in the October of 2022 in one of the university medical centers in Slovenia. To gather the data we used quantitative method of research with questionnaires where we enrolled 36 registered nurses. Data was analyzed with Microsoft Excel and SPSS (Inc., Chicago, IL). To summarize data set we used descriptive statistics and the Mann Whitney U test to analyze the hypothesis.

**Results:** We found that enrolled registered nurses had no previous pedagogic training for mentorship (PV=1,88; SO=0,854), but they would like to get more educated in this field (PV=3,30; SD= 1,283), mostly because they enjoy being a mentor to students (PV=3,77; SO 1,098). There is a correlation between age of registered nurse and the will to participate in further pedagogic training of mentorship (Z2,571; p=0,010).

**Discussion:** Mentorship has an important role in education and professional development of nursing students, therefore it is crucial that they are supervised by experienced and adequately educated senior registered nurses.

**Key words:** mentorship, nursing student, registered nurse, clinical environment

## Uvod

Klinično usposabljanje je sestavni del izobraževanja študentov zdravstvene nege (Good, 2021 cited in Griffiths, Creedy, Carter & Donnellan-Fernandez, 2022) in predstavlja polovico celotnega izobraževalnega procesa (Arkan et al., 2018). Izvaja se z namenom razvijanja kliničnega znanja in veščin (Öhman et al., 2016), povezovanja teoretičnega znanja v prakso in širi pričakovanja študentov glede njihove prihodnje kariere (Sundler et al., 2014). S pomočjo kliničnega usposabljanja študenti dobijo tudi vpogled v dejanske naloge in vloge medicinske sestre (Woo & Li, 2020).

Klinično usposabljanje poteka v bolnišnicah, zdravstvenih domovih in socialnovarstvenih ustanovah ter v skupnosti pod nadzorom visokošolskih učiteljev s področja zdravstvene nege v sodelovanju s kliničnimi mentorji (Draginc, Laznik & Leskovic, 2017). Mentorstvo v zdravstveni negi predstavlja neposreden stik med študentom, medicinsko sestro - mentorjem in pacientom (Keinänen et al., 2023). Klinični mentor je v proces vključen z namenom, da študent sledi njegovi praksi, spoznava delovno okolje, se uči poklicnega vedenja, postaja učinkovitejši v lastnih interpretacijah različnih veščin in znanj ter razvija veščine, ki so potrebne za opravljanje določenega dela. S pomočjo mentorjev študenti v kliničnem okolju razvijajo svoje spretnosti in potencialne ter pridobivajo tiste veščine, ki jih potrebujejo za samostojno delo na poklicni poti, za katero se izobražujejo (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016).

Namen raziskave je raziskati pogled medicinskih sester na mentorstvo študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju.

### Cilji, ki smo si jih pri tem zastavili so bili:

- pregledati znanstveno in strokovno literaturo glede na raziskovalno tematiko in
- opisati pomen mentorstva v kliničnem okolju.

### Postavili smo si naslednjo hipotezo:

**H1:** Mlajše medicinske sestre imajo večjo željo po izobraževanju na področju mentorstva študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju v primerjavi s starejšimi medicinskimi sestrami.

## Metode

Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Izvedli smo presečno deskriptivno raziskavo. Za metodo zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik.

### Opis instrumenta

V namen izvedbe raziskave smo uporabili anonimni anketni vprašalnik na podlagi pregleda literature (Giroto et al., 2019; Bjelan, 2010). Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov in je vseboval 10 vprašanj. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke, drugi sklop se je nanašal na izkušnje medicinskih sester z mentorstvom študentov zdravstvene vede v kliničnem okolju, v tretjem sklopu pa so anketiranci odgovarjali na 21 trditev, ki so se nanašale na pogled

medicinskih sester na mentorstvo študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju. Na trditve so se anketiranci opredelili s strinjanjem na 5 stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer je pomenilo; 1- sploh se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3-niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4- se strinjam, 5- popolnoma se strinjam.

### Opis vzorca

Vključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi je bil, da je medicinska sestra hkrati tudi mentor študentom zdravstvene nege v kliničnem okolju. Anketiranje je potekalo v terciarni ustanovi v štirih enotah intenzivne terapije. V raziskavi je sodelovalo 38 medicinskih sester, v analizo smo vključil samo popolno izpolnjene anketne vprašalnike, ki jih je bilo 36.

Največ medicinskih sester (47,7 %) je bilo starih med 31 in 39 let, sledile so medicinske sestre (27,6 %) stare med 22 in 30 let, medicinske sestre (19,8 %) stare med 40 in 49 let in medicinske sestre (4,9 %) stare nad 50 let. Največ medicinskih sester (38,9 %) je zaposlenih v Enoti za intenzivno medicino operativnih strok, sledijo medicinske sestre (27,8 %) zaposlene v Enoti za infektološko intenzivno terapijo, medicinske sestre (22,2 %) zaposlene Oddelku za intenzivno interno medicino in medicinske sestre (11,1 %) zaposlene v Enoti za kardiokirurško perioperativno intenzivno medicino. 63,8 % medicinskih sester ima visokošolsko izobrazbo in 31,2 % medicinskih sester strokovni magisterij. Preden so medicinske sestre začele delovati kot mentor študentom zdravstvene nege jih je največ (47,2 %) imelo med 4 in 5 let delovne dobe, sledile so medicinske sestre (45 %) z delovno dobo med 6 in 9 let, medicinske sestre (5,5 %) z manj kot 3 leta delovne dobe in medicinske sestre (2,3 %) z več kot 10 let delovne dobe.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

V terciarni ustanovi smo za odobritev raziskave zaprosili Službo zdravstvene nege. Po pridobljenem dovoljenju smo vodjem zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije poslali vabilo za sodelovanje preko e-pošte. Vodje zdravstvene nege posameznih enot intenzivne terapije so nato preko e-pošte medicinskim sestram posredovale povezavo do anketnega vprašalnika. Anketiranje je potekalo novembra 2022. Sodelovanje pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost. Sodelujoči so imeli možnost odklonitve sodelovanja. Pri tem smo upoštevali *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Anketni vprašalnik so sodelujoči izpolnjevali v spletnem okolju 1-ka. Podatke smo iz spletnega okolja 1-ka uvozili v program za obdelavo podatkov. Podatke smo analizirali s statističnim programom Microsoft Excel in s programom SPSS ver. 22 (SPSS Inc., Chicago, IL). Za opis vzorca populacije smo uporabili opisno statistiko, v namen preverjanja hipoteze pa smo uporabili Mann-Whitneyjev U test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

## Rezultati

Le majhen delež medicinskih sester (11,2 %) se predhodno pripravi na vlogo mentorja, medtem ko se kar 88,8 % medicinskih sester na to vlogo predhodno ne pripravi. Je pa 69,4 % medicinskih sester mnenja, da bi predhodna priprava na vlogo mentorja vplivala na uspešnejši potek kliničnih vaj, medtem ko se 30,6 % medicinskih sester s tem ne strinja. Kar 88,8 % medicinskih sester žal ne sodeluje s fakulteto v okviru katere se študent izobražuje, kar pomeni, da samo 11,2 % medicinskih sester sodeluje s fakulteto.

V tabeli 1 so prikazani rezultati trditve, ki se nanašajo na pogled medicinskih sester na mentorstvo študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju.

**Tabela 1: Pogled medicinskih sester na mentorstvo**

<b>Trditve</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Študent v kliničnem okolju vpliva na povečano obremenjenost medicinske sestre kot mentorja.	2	5	4,55	0,503
Moje delovne aktivnosti so bile reorganizirane zaradi mentorstva študentom.	1	3	2,11	0,708
Kakovost mojega dela se s prisotnostjo študentov izboljšuje.	1	4	2,69	0,709
Prisotnost študenta v kliničnem okolju ne ugaja pacientom.	1	4	2,19	0,920
Prisotnost študenta ogroža varnost pacientov.	1	5	2,38	0,934
Prisotnost študenta povzroča konflikte v timu.	1	4	2,08	0,554
Pri usposabljanju študentov sodeluje ves tim.	1	5	3,70	0,991
Imel/a sem pedagoško usposabljanje za izvajanje mentorskega dela.	1	4	1,88	0,854
Želim se izobraževati za vlogo mentorja.	1	5	3,30	1,283
Zavedam se lastnih učnih potreb.	1	5	3,47	1,298
Pri svojem mentorskem razvoju imam na delovnem mestu podporo vodstva.	2	5	2,05	0,924
Poznam učni načrt predmeta, v sklopu katerega delujem kot mentor v kliničnem okolju.	1	4	2,38	1,102
Nimam avtonomije pri razvoju izobraževalnih načrtov.	1	4	3,69	0,888
Zanima me poklic učitelja (mentorja).	1	5	3,77	1,098
Študenta ocenim na koncu praktičnega usposabljanja.	1	4	1,77	0,680
Ocenjevanje študenta ni moja odgovornost.	2	5	2,66	1,242
Poznam študenta in upoštevam njegovo predznanje.	1	5	2,33	1,146
Z študenti razvijam raziskovalno dejavnost.	1	4	2,22	0,988
Za delo mentorja sem ustrežno nagrajen/a.	1	3	1,69	0,576
Učim se od študentov.	1	5	3,11	1,089
Moja dejavnost kot mentorja izboljšuje kakovost mojega življenja.	1	4	2,63	1,099

*Legenda: Min. = minimalna ocena; Max. = maksimalna ocena; PV= povprečna vrednost; SO = standardni odklon*

Za preverjanje hipoteze smo uporabili Mann-Whitneyjev U test. Ugotovili smo, da imajo mlajše medicinske sestre (do 30 let) večjo željo po izobraževanju na področju mentorstva študentov zdravstvene nege v kliničnem okolju kot starejše medicinske sestre (nad 40 let) ( $Z=2,571$ ;  $p=0,010$ ). Hipotezo smo potrdili.

## Diskusija

Na podlagi rezultatov anketnega vprašalnika smo ugotovili, da se samo majhen delež medicinskih sester predhodno pripravi na vlogo mentorja in prav tako majhen odstotek medicinskih sester sodeluje s fakulteto v okviru katere se študent izobražuje. Zavedati se moramo, da kakovost izvajanja kliničnega usposabljanja ni odvisna samo od mentorja v kliničnem okolju ampak je odgovornost in rezultat sodelovanja med fakulteto in delovno organizacije, ki omogoča izvajanje kliničnega usposabljanja študentov (Kermavnar, & Govekar-Okoliš, 2016).

O preobremenjenosti medicinskih sester mentorjev so poročali tudi Giroto et al. (2019), ki pravijo, da medicinske, v že tako preobremenjenem urniku, pogosto nimajo še dodatnega časa za izvajanje kakovostnega mentoriranja, se pa strinjamo tudi s Kermavnar & Govekar-Okoliš (2016), ki navajata, da delodajalci v usposabljanju študentov ne vidijo zgolj motnje delovnega procesa, ampak prepoznajo tudi priložnost zase, npr. v odkrivanju in zaposlovanju mladih talentov.

Večina medicinskih sester ni imela predhodnega pedagoškega usposabljanja za izvajanje mentorskega dela, se pa hkrati zavedajo lastnih učnih potreb in si želijo tovrstnega izobraževanja. Veščine in znanja vloge mentorja pogosto pridobijo neformalno, z izkušnjami pri delu s študenti (Griffiths et al., 2022). Vse več avtorjev ugotavlja, da so za izvajanje mentorskega dela v kliničnem okolju potrebne različne vrste mentorskega izobraževanja (Koole, Christiaens, Cosyn & De Bruyn, 2016 cited in Keinänen et al., 2023), saj kakovostno mentorstvo vpliva na študentovo izkušnjo kliničnega usposabljanja in izbiro prihodnje kariere (Griffiths et al., 2022). Mentorsko izobraževanje izboljša sodelovanje med zaposlenimi, jim pomaga pri spoznavanju njihove vloge v organizaciji (Stenfors-Hayes, Lindgren & Tranaeus, 2011 cited in Keinänen et al., 2023) in pozitivno vpliva na študente (Schmutz, Gardner-Lubbe & Archer, 2013) ter krepi kolegialnost in večšine sodelovanja (Kent, Hayes, Glass, & Rees, 2017). Poleg tega mentorji veljajo za strokovnega vzornika študentom, saj podpirajo njihov profesionalni razvoj (Manninen, Henriksson, Scheja & Silén, 2015). Iz teh razlogov mentorstvo zahteva, motivirane, visoko kompetentne mentorje. Mentorske vloge bi tako morale imeti medicinske sestre z višjo izobrazbo in usposabljanjem za mentorstvo (Mikkonen et al., 2022).



Medicinske sestre tudi slabo poznajo študente in posledično ne upoštevajo oziroma ne poznajo njihovega predhodnega znanja. Carlson (2015) in Chang, Lin, Chen, Kang & Chang (2015) navajajo, da je med kliničnim usposabljanjem potrebno upoštevati študentovo predznanje, njegovo kulturo in življenjske izkušnje, saj lahko na tak način pomagamo pri razvoju njihove avtonomije in sposobnosti kritičnega mišljenja.

Medicinske sestre veseli delo mentorja in pri usposabljanju študentov sodeluje ves tim. Medicinske sestre se tudi same veliko naučijo od študentov in nekatere med njimi s študenti razvijajo tudi raziskovalno dejavnost. Študentje so v kliničnem okolju vedno dobrodošli in so pomemben člen negovalnega tima, saj velikokrat s svojo željo po znanju in delu razbremenijo medicinske sestre.

Omejitev raziskave je majhen vzorec, saj smo anketiranje opravili samo v enotah intenzivne terapije.

## Zaključek

Mentorstvo v kliničnem okolju ima pomembno vlogo pri izobraževanju študentov zdravstvene nege in pri njihovi nadaljnji poklicni karieri, zato je bistvenega pomena, da študenta vodi strokovno usposobljena in izkušena medicinska sestra. Iz tega razloga je pomembno, da se medicinske sestre udeležujejo pedagoškega usposabljanja za izvajanje mentorskega dela.

Priporočamo, da se raziskava ponovi v večjem vzorcu in v drugih ustanovah ter rezultate primerjamo med ustanovami in s skupnim sodelovanjem študentom omogočimo kakovostnejše klinično usposabljanje.

## Literatura

- Arkan, B., Ordin, Y. & Yilmaz, D. (2018). Undergraduate nursing students' experience related to their clinical learning environment and factors affecting to their clinical learning process. *Nurse Education in Practice*, 29, 127-132. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.005>
- Bjelan, N. (2010). *Mentorstvo v zdravstveni negi* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
- Carlson, E. (2015). Critical friends: A way to develop preceptor competence? *Nurse Education in Practice*, 15(6), 470-471. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.016>
- Chang, C.C., Lin, L.M., Chen, I.H., Kang, C.M. & Chang, W.Y. (2015). Perceptions and experiences of nurse preceptors regarding their training courses: a mixed method study. *Nurse Education Today*, 35(1), 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.002>
- Draginc, A., Laznik, G., Leskovic, L. & Zupančič, V. (2017). *Vodnik za klinične mentorje*. (Online) Retrieved from: [https://fzv.uni-nm.si/uploads/\\_custom/fzv\\_vodnik\\_za\\_mentorje\\_2017\\_www.pdf](https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/fzv_vodnik_za_mentorje_2017_www.pdf) (Accessed 15,1,2023).
- Giroto, L.C., Enns, S.C., de Oliveira, M.S., Mayer, F.B., Perotta, B., Santos, I.S. & Tempiski, P. (2019). Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system *BMC Medical Education*, 19(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1642-7>
- Griffiths, M., Creedy, D., Carter, A. & Donnellan-Fernandez, R. (2022). Systematic review of interventions to enhance preceptors' role in undergraduate health student clinical learning. *Nurse Education in Practice*, 62, 103349. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103349>.
- Keinänen, A.L., Lähdesmäki, R., Juntunen, J., Tuomikoski, A.M., Kääriäinen, M. & Mikkonen, K. (2023). Effectiveness of mentoring education on health care professionals' mentoring competence: a systematic review. *Nurse Education Today*, 121, 105709. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105709>
- Kent, F., Hayes, J., Glass, S. & Rees, C.E. (2017). Pre-registration interprofessional clinical education in the workplace: a realist review. *Medical Education*, 51(9), 903-917. <https://doi.org/10.1111/medu.13346>
- Kermavnar, N. & Govekar-Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 2016, 22(2), 23-37. <http://dx.doi.org/10.4312/as.22.2.23-37>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Uradni list RS, št. 71/2014. Manninen, K., Henriksson, E.W., Scheja, M. & Silén, C. (2015). Supervisors' pedagogical role at a clinical education ward – an ethnographic study. *BMC Nursing*, 14, 55. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0106-6>
- Mikkonen, K., Utsumi, M., Tuomikoski, A.M., Tomietto, M., Kaučič, B.M., Riklikiene, O. ... Kääriäinen, M. (2022). Mentoring of nursing students-A comparative study of Japan and five European countries. *Japan Journal of Nursing Science*, (2), e12461. <https://doi.org/10.1111/jjns.12461>
- Öhman, E., Alinaghizadeh, H., Kaila, P., Hult, H., Nilsson, G.H. & Salminen, H. (2016). Adaptation and validation of the instrument clinical learning environment and supervision for medical students in primary health care. *BMC Medical Education*, 16(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0809-8>
- Schmutz, A.M., Gardner-Lubbe, S. & Archer, E. (2013). Clinical educators' self-reported personal and professional development after completing a short course in undergraduate clinical supervision at Stellenbosch University. *African Journal of Health Professions Education*, 5(1), 8. <https://www.researchgate.net/publication/271183920>
- Sundler, A.J., Björk, M., Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A.K. & Gustafsson, M. (2014). Student nurses' experiences of the clinical learning environment in relation to the organization of supervision: a questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 34(4), 661-666. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.06.023>
- Woo, M.W.J. & Li, W. (2020). Nursing students' views and satisfaction of their clinical learning environment in Singapore. *Nursing Open*, 7(6), 1909-1919. <https://doi.org/10.1002/nop2.581>

# VPLIV MESTA IN METODE ODVZEMA KRVI NA ŠTEVILO HEMOLIZ PRI ODVZETIH VZORCIH V URGENTNEM CENTRU

## THE EFFECT OF THE LOCATION AND METHOD OF DRAWING BLOOD ON HAEMOLYSIS OCCURRENCE ON EMERGENCY CARE CENTRE SAMPLES

**Ksenja Mesarič, mag. zdr. nege**  
*Splošna bolnišnica Murska Sobota*

[kjenja.mesaric@gmail.com](mailto:kjenja.mesaric@gmail.com)

**Ključne besede:** hemoliza, odvzem krvi, vzorec krvi, intravenska kanila

### IZVLEČEK

**Uvod:** Za pregled krvne slike potrebujemo vzorec bolnikove krvi. Za odvzem lahko izberemo različne metode in mesta. Pri odvzemu vzorcev lahko zaradi različnih dejavnikov vpliva pride do pojava hemolize. Hemoliza lahko povzroči napačne laboratorijske rezultate.

**Metode:** Uporabili smo kvantitativno metodologijo dela. Pri teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela in v raziskovalnem delu izbrali neslučajnostni namenski raziskovalni vzorec. Pri obdelavi rezultatov smo uporabili programa Microsoft Office Professional Plus in IBM SPSS.

**Rezultati:** Večji pojav hemoliziranih vzorcev smo dobili pri odvzemih na distalnem delu roke v 34% v primerjavi s kubitarnim predelom v 14%. Prav tako je pojavnost pri vakuumskih odvzemih v 32% proti brizgalki v 12%. Pri manjših intravenskih kanilah je pojav hemolize v 36% in pri večjih v 14%. V primerjavi odvzemov z iglo in intravensko kanilo je pojavnost manjša pri igli v 6% proti 13% pri kanili. Med hemoliziranimi vzorci je bil v 88,8% vzrok odvzem z IV kanilo in njena velikost.

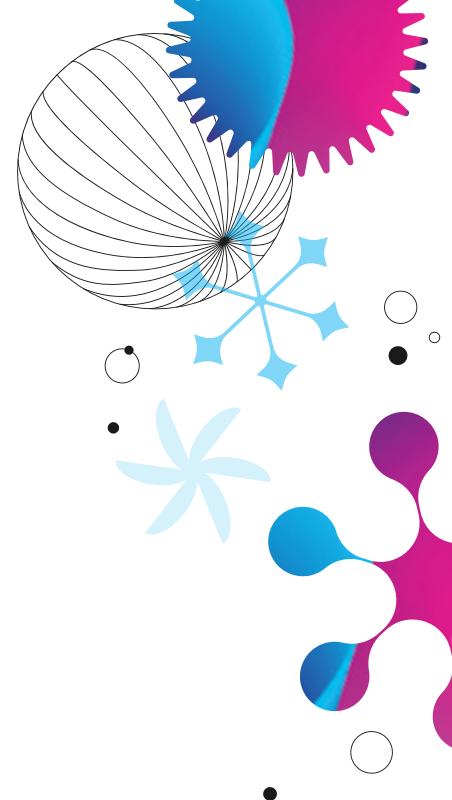
**Diskusija in zaključek:** Pojavnost hemoliz je večja predvsem pri odvzemih z manjšimi IV kanilami in z vakuumskim sistemom ter v distalnem področju roke. Pri več kot polovici primerov hemoliz je bil vzrok odvzem iz intravenske kanile in njena velikost.

**Key words:** haemolysis, drawing blood, blood sample, intravenous cannulae

### ABSTRACT

**Introduction:** A sample of the patient's blood is needed to analyse their blood count. Different locations and methods can be chosen to draw blood. Different factors can cause haemolysis to occur when drawing samples. Haemolysis can cause erroneous laboratory results.

**Methods:** A quantitative method has been used. The theoretic part used a descriptive method, and the research used a non-probability research sample. To process the results, Microsoft Office Professional Plus and IBM SPSS have been used.



**Results:** A larger occurrence of haemolytic samples, 34%, has been recorded when drawing blood from the distal part of the arm as opposed to 12% from the cubital part. Furthermore, 32% of samples were haemolytic when drawing blood via vacuum as opposed to 12% when drawing blood via syringe. 36% of samples drawn with smaller intravenous cannulae indicated haemolysis and 14% of samples drawn with larger cannulae. In comparison to drawn samples via syringe and intravenous cannulae, haemolysis occurred in 6 and 13% of samples respectively. The cause of 88,8% of haemolytic samples was drawing via an IV cannula and its size.

**Discussion and conclusion:** Haemolysis occurrence is larger especially when drawing blood with smaller IV cannulae and via vacuum, as well as from the distal part of the arm. Over half of haemolytic samples were caused by drawing blood via IV cannula and due to its size.

## Uvod

Punkcija vene je postopek prebadanja vene z iglo, ki omogoča pridobitev vzorca za analizo krvi ali nastavitev intravenske (IV) linije za dajanje zdravil. Je najpogostejši invazivni postopek, ki se izvaja v zdravstvu. Približno 60-70% diagnostičnih in terapevtskih odločitev temelji na preiskavah krvi (Masotto, et al., 2015; Skarparis & Ford, 2018). Obstaja veliko različnih metod in mest za odvzem krvi. Pred zbadanjem izberemo najustreznejše mesto za odvzem. Najpogostejša so na rokah. Lahko uporabimo igle in IV kanile ter različne nastavke. Poznamo tako imenovane zaprte oz. vakuumske in odprte sisteme za odvzem krvi. Na voljo so v različnih velikostih in premerih oz. gaugeih. Za večjo varnost zdravstvenega osebja uporabimo nastavke in odvzamemo kri s pomočjo vakuumskega sistema. Kadar vakuumski odvzem ni mogoč, lahko uporabimo iglo in brizgalko ter upravljamo vlek ročno s pomočjo brizgalke (Davies, et al., 2020; Giavarina & Lippi, 2017; Skarparis & Ford, 2018). Odvzema se je potrebno lotiti previdno, da zaščitimo sebe in bolnika (Buowari, 2013). Pri bolnikih lahko odvzem krvi sproži bolečino, nelagodje in tesnobo. Na mestu odvzema lahko pride do okužb, modric ali hematov ter v redkih primerih tudi do poškodb perifernih živcev. Večje število odvzemov povzroča nelagodnost bolnikom in dodatno breme medicinskim sestram (Coventry, et al., 2019; Ialongo & Bernardini, 2016).

Hemoliza je opredeljena kot sproščanje razpadlih rdečih krvnih celic in njihove vsebine znotraj celičnih komponent v zunajcelični prostor, ki ga imenujemo plazma. Je najbolj nezaželeno stanje, ki vpliva na točnost in zanesljivost laboratorijskih rezultatov. Lahko se pojavi tako imenovana »in vivo« ali »in vitro« (de Jonge, et al., 2018; Son, et al., 2014; Wan Azman, et al., 2019). Hemoliza »in vivo« je posledica prezgodnjega razpada eritrocita v obtoku krvi, ki se zgodi zaradi številnih mehanizmov ali bolezni, ki se pojavijo v telesu pred odvzemom vzorca. »In vitro« pa se pojavi izven telesa kot posledica nepravilnosti v katerikoli predanalitični fazi laboratorijske analize vzorca (Mitsios, 2018). Trenutno se v predanalitični fazi laboratorijskih analiz pojavlja največja razširjenost napak (Davidson, 2014).

Do nastanka hemolize privedejo različni dejavniki, povezani z načinom odvzema, transporta, ravnanja in skladiščenja vzorca ali s centrifugiranjem. Tako se lahko hemoliza pojavi v vseh fazah od odvzema do analize vzorca (Wan Azman, et al., 2019). Heireman, et al. (2017) ugotavljajo, da uporaba IV kanil in tehnika vakuumskega odvzema vzorca izzoveta hemolizo. Lippi, et al. (2013) in Phelan, et al. (2018) potrjujejo, da na povečanje števila hemoliz vplivajo predvsem odvzemi iz IV kanil in mesta odvzema. Masotto, et al. (2015) poročajo o večjem številu hemoliz pri oteženih odvzemih in vzorcih, odvzetih iz tankih žil. Prav tako lahko hemoliza nastane pri odvzemu s preveč tanko iglo (Marques-Garcia, 2020). Večji pojav hemoliz je prisoten tudi pri odvzemu krvi v epruvete z večjim volumnom oziroma pri odvzemu pod večjim vakuumom (Phelan, et al., 2017). V primerjavi z vakuumskim odvzemom se zmanjša število hemoliz, če vzorec iz IV kanile odvzamemo z ročnim vlekem oz. z brizgalko (Heiligers-Duckers, et al., 2013). Drugi dejavniki, ki vplivajo na hemolizo vzorca, vključujejo neprimerne mesta za odvzem vzorca, vzorec pomešan z apliciranimi raztopinami, premajhno količino krvi in neustrezno tresenje epruvet. Do hemolize lahko pride tudi, če se vzorec centrifugira z visoko hitrostjo ali če centrifugiranje traja predolgo. Na večjo stopnjo hemolize vpliva tudi transport vzorcev preko vakuumskih cevni sistemov v primerjavi z ročnim transportom (de Jonge, et al., 2018; Giavarina & Lippi, 2017; Heireman, et al., 2017).

Pri hemoliziranih vzorcih lahko dobimo nezanesljive laboratorijske rezultate, ki lahko prikrijejo življenjsko pomembne rezultate in privedejo do nepravilnega zdravljenja (Heyer, et al., 2012). Hemoliza poviša rezultate koncentracije biokemičnih parametrov v plazmi (Zou, 2013). Odvisno od stopnje hemolize je potrebno nekatere vzorce odvzeti ponovno. To vodi do zamude diagnoze in upočasnjenega zdravljenja, prav tako ima finančne posledice, saj so povzročeni dodatni stroški (Cadamuro, et al., 2016).

Dikmen, et al. (2015) so ugotovili, da se v primerjavi oddelkov v bolnišnicah pojavlja povečano število hemoliz predvsem v urgentnih centrih (UC), kjer je še posebej pomembna hitra in pravilna obravnava bolnikov. V urgentnih centrih je običajna praksa, da se odvzame kri pri vstavljanju IV kanile, saj to zmanjšuje potrebo po dodatnem bolečem zbadanju bolnika in iskanju druge

vene za odvzem pri morda že oteženih dostopih do ven (Coventry, 2019). V našem delovnem okolju se prav tako srečujemo z velikim številom hemoliziranih vzorcev. Laboratorijski tehniki zato glede na odvzem iz IV kanalov predlagajo odvzem krvi posebej z iglo. Kako bi se počutili, če bi nas vsakič zbadali posebej za odvzem in posebej za nastavitev IV kanile?

## Namen in cilji

Na podlagi težav v našem delovnem okolju smo se odločili za raziskavo, kako vplivajo najpogosteje uporabljena mesta in metode odvzema krvi pri nas na število hemoliz? Namen in cilji so bili pregledati tuje raziskave in literaturo, ter raziskati vpliv različnih metod in mest odvzema vzorca krvi na število hemoliz pri odvzetih vzorcih za laboratorijske analize.

Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja in hipotezo:

**RV<sub>1</sub>**: Pri kateri metodi odvzema krvi je manjše število hemoliz?

**RV<sub>2</sub>**: Kako pri odvzemu z IV kanilo vpliva mesto odvzema na število hemoliz?

**RV<sub>3</sub>**: Kakšen vpliv ima na število hemoliz odvzem krvi iz IV kanile z vakuumskim sistemom v primerjavi z brizgalko?

**RV<sub>4</sub>**: Pri katerih velikostih IV kanil je manjše število hemoliz?

**H<sub>1</sub>**: Odvzem krvi skozi IV kanilo in velikost kanile sta v proučevani bolnišnici pri več kot polovici primerov vzrok za hemolizo.

## Metode

Uporabili smo kvantitativno metodo dela, ki se osredotoča na zbiranje numeričnih podatkov ali na razlago določenega pojava (Creswell, 2014). Rezultati, doseženi s to raziskovalno metodo, so logični, statistični in nepristranski (Bhat, 2020).

### Opis instrumenta

Za teoretični del smo uporabili deskriptivno metodo dela. Poiskali in sistematično pregledali ter analizirali smo domačo in tujo literaturo. Pridobili smo jo iz različnih tujih (PubMed, CINAHL, PMC, ScienceDirect, MEDLINE, SAGE in Google Scholar) in domačih (DKUM, Cobiss, Google) podatkovnih baz. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem in tujem jeziku: hemoliza, vzorec krvi, odvzem krvi, iv kanila, predanalitična faza. Zadetke smo omejili na časovni okvir deset let. V raziskavi smo ugotavljali, pri kateri metodi in na katerem mestu odvzema vzorca krvi se pojavi večje število hemoliz. Odvzem vzorcev smo izvajali s pomočjo igel in IV kanil ter vakuumskih nastavkov in brizgalk.

### Opis vzorca

Izbrali smo neslučajnostni namenski raziskovalni vzorec. Kot navaja Bhat (2020) ta vrsta vzorčenja dovoljuje raziskovalcu, da izbere vzorec, ki je najprimernejši za namen raziskave. V raziskavo smo vključili vse starejše od 18 let, ki smo jim odvzeli vzorec krvi za biokemijske laboratorijske preiskave v času raziskovanja. Vzorec pri metodah odvzema je vključeval 100 udeležencev, vsak naslednji posamezni del raziskave pa je vključeval po 50 udeležencev.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v UC ene izmed bolnišnic v severovzhodni Sloveniji. Izvajali smo jo od oktobra 2020 do februarja 2021. Vzorce krvi smo odvzeli s pomočjo igel za odvzem Becton Dickinson (BD) Vacutainer Eclipse in z IV kanilami BD Venflon Pro Safety. Velikost igel za odvzem je 21G, IV kanil pa zelene (18G) in modre (22G). Vzorce smo odvzeli na hrbtni roke oz. na distalnem delu in v kubitalnem delu. Pri odvzemih z iglo smo uporabili nastavek in vakuumski odvzem v epruvete. Vakuumski odvzem iz IV kanil smo izvedli prav tako s pomočjo nastavka in adapterja BD Vacutainer Multiple Sample Luer Adapter. Pri primerjavi števila hemoliz z vakuumskim načinom in ročnim pa smo nastavek in adapter zamenjali za 10 ml brizgalko. Vzorce smo potem iz brizgalko napolnili v epruvete z iglo 18G. Pri vseh odvzetih vzorcih smo uporabili 5.0 ml epruvete BD. Število hemoliz pri posameznih načinih odvzema smo vpisovali v naprej pripravljeno tabelo. Pri predstavitvi rezultatov smo uporabili program Microsoft Office Professional Plus 2016 in statistične razlike preverili s Fisherjevim natančnim testom v programu IBM SPSS. Hipotezo smo preverili s pomočjo Hi-kvadrat testa v programu IBM SPSS, verzija 25.0. Pri izvajanju raziskave smo pridobili ustrezna soglasja in etična dovoljenja za izvedbo raziskave. Upoštevali smo anonimnost in natančnost zbranih podatkov. Spoštovali smo načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014) ter načela *Helsinške deklaracije* (World Medical Association [WMA], 2013).

## Rezultati

V prvem delu raziskave smo primerjali število hemoliz pri metodi odvzema. Odvzem krvi smo beležili pri 100 odvzemih. Odvzemi so potekali z zeleno IV kanilo in z vakuumskim sistemom, kjer se je pojavila hemoliza v 13 primerih (13%). Med 100 odvzemi z iglo in vakuumskim sistemom smo število hemoliz zabeležili pri 6 primerih (6%). S predstavljenimi podatki in s Fisherjevim natančnim testom smo ugotavljali statistični vpliv na pojav hemolize. V analizi nismo ugotovili statistično pomembne razlike ( $p = 0,146$ ).

V drugem delu smo primerjali vpliv mesta odvzema. Pri petdesetih odvzemih na distalnem delu roke je do hemolize prišlo v 17 primerih (34%) in v 7 primerih (14%) pri odvzemih v kubitalnem predelu. Število pojava hemoliz smo uporabili za izračun statistične analize s Fisherjevim natančnim testom. Ugotavljali smo, da prihaja do statistično pomembne razlike ( $p = 0,033$ ).

V tretjem delu raziskave smo med petdesetimi odvzemi skozi IV kanilo z vakuumskim sistemom dobili 16 (32%) vzorcev s hemolizo. Med zbranimi petdesetimi odvzemi skozi IV kanilo in ročnim vlekom z brizgalko je do hemolize vzorca prišlo v 6 primerih (12%). Podatke smo uporabili za statistični izračun, kjer smo ugotovili statistično pomembno razliko ( $p = 0,028$ ).

V četrtem delu raziskave se je med petdesetimi odvzemi z modro IV kanilo hemoliza vzorca pojavila v 18 primerih (36%), medtem se je med petdesetimi odvzemi z zeleno IV kanilo pojavila pri 7 odvzemih (14%). Podatki so uporabljeni za izračun statistične analize s Fisherjevim natančnim testom, kjer je ( $p = 0,019$ ) prišlo do statistično pomembne razlike.

Med skupno 300 odvzemi smo primerjali pojavnost hemolize glede na odvzem in na velikost IV kanile. Pri posameznih 100 odvzemih z iglo, zelenim in modrim IV kanalom smo dobili skupno 54 hemoliziranih vzorcev. Od tega jih je bilo 48 pri odvzemih z IV kanilo in 6 pri odvzemih z iglo. Pri odvzemu z modro IV kanilo je bilo 35 hemoliziranih vzorcev in pri odvzemu z zeleno 13. Med 54 hemoliziranimi vzorci je v 88,8% (48) vzrok za pojav hemolize odvzem skozi IV kanilo in velikost IV kanile. Rezultat Hi-kvadrat testa (Hi-kvadrat = 14,634;  $p < 0,001$ ) kaže, da obstajajo statistično pomembne razlike.

## Diskusija

Glede na metodo odvzema krvi je število hemoliziranih vzorcev manjše pri odvzemih z iglo, kar so v metaanalizi ugotavljali tudi Coventry, et al., (2019).

Vpliv na število hemoliz ima tudi mesto odvzema vzorca krvi. Zmanjšanje pojava hemoliz so na podlagi odvzemov z IV kanilami v prid kubitalnemu predelu v nasprotju z drugimi lokacijami ugotovili Coventry, et al., (2019) in Phelan, et al. (2018), ne glede na velikost IV kanile. Potrdili smo, da je najustreznejše mesto odvzema v kubitalnem predelu roke, kjer je manjša pojavnost hemoliz.

Povečano število hemoliz se pojavlja pri odvzemih z vakuumskim načinom, ki pa je pri odvzemih z brizgalko manjši, saj lahko pri odvzemu z brizgalko moč ustvarjenega vakuuma pri vleki reguliramo. Heiligers-Duckers, et al., (2013) so v študiji na UC primerjali odvzeme iz IV kanil z brizgalko in preko vakuumskega sistema. Pri odvzemih z brizgalko je prišlo do hemolize v 16%, z vakuumskim odvzemom pa v 24%.

Manjše število hemoliziranih vzorcev pri odvzemih z večjimi IV kanilami (9,3%) proti manjšim IV kanilam (16,7%) so ugotavljali tudi Phelan, et al., (2018). Podobne rezultate so dobili tudi Wollowitz, et al., (2013), manjšo pojavnost pri večjih (7,8%) v nasprotju z manjšimi IV kanilami (25,5%). Dokazano je manjše število hemoliz pri odvzemih z večjo velikostjo IV kanil. Pri ugotavljanju vzrokov za nastanek hemolize smo potrdili hipotezo št. 1, saj sta odvzem skozi IV kanilo in velikost IV kanile predstavljala najpogostejši vzrok za pojav hemolize.

Pri raziskavi s strani namenskega vzorca nismo imeli posebnih težav. Vzorce smo odvzeli bolnikom, pri katerih je bil indiciran odvzem krvi za potrebe diagnostike. Nekaj težav nam je predstavljalo zbiranje podatkov posameznega vzorca, ker se večina odvzemov v UC vrši preko zelene IV kanile ali igle. Omejitve raziskave predstavljajo dosedanje izvedene raziskave na tem področju, ki raziskujejo številne različne vzroke hemoliz in pomanjkanje raziskav predvsem na domačem področju.

## Zaključek

Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da je najboljši način za odvzem vzorcev z iglo v kubitalnem predelu roke. V primerih, ko je kri odvzeta iz IV kanile, je priporočljivo, da se uporabljajo večje IV kanile. Velik vpliv na pojav hemolize ima tudi vakuumski sistem, predvsem pri odvzemih iz tanjših žil in/ali z manjšimi IV kanilami.

Poleg vseh dejavnikov na vpliv hemolize, ki smo jih preučevali v raziskavi, na pojav hemolize vplivajo še številni drugi dejavniki. Predvsem v UC je marsikdaj težko zagotoviti vse optimalne dejavnike za odvzem vzorcev, saj prihajajo bolniki, pri katerih je potrebno nastaviti IV kanilo in odvzeti kri čimprej. Velikokrat smo prikrajšani pri izbiri mesta nastavitve IV kanile in odvzema krvi zaradi poškodb pri bolniku ali drugih kontraindikacij. V takšnih primerih je odvzem še težavnejši, kar poslabša še vpliv vakuuma. Kako torej zmanjšati pojav hemolize vzorcev pri že tako slabotnih in hudo bolnih, pri katerih je nujno čimprejšnje zdravljenje in analiza krvi?

Menimo, da bi bilo smiselno preučiti še dejavnike, ki v tej smeri vplivajo na hemolizo vzorca. K zmanjšanju števila hemoliz bi lahko pripomoglo tudi takojšnje seznanjanje s hemolizo in ugotavljanje vzroka za posamezni primer. Povezava z drugimi bolnišnicami in primerjava sistemov in materialnih pripomočkov bi lahko doprinesla k izboljšanju odvzemov krvi. Smiselna bi bila tudi izvedba raziskav v drugih bolnišnicah.

## Literatura

- Alexandrou, E. et al., 2015. International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters. *Journal of Hospital Medicine*, 10(8), pp. 530–533.
- Bhat, A., 2020. *Quantitative research: definition, methods, types and examples*. QuestionPro. [Online] Retrieved from: <https://www.questionpro.com/blog/quantitative-research/> [Accessed 12. 01. 2022].
- Buowari, O. Y., 2013. Complications of venepuncture. *Advances in Bioscience and Biotechnology*, 4(1), pp. 126–128.
- Cadamuro, J. et al., 2016. Hemolysis rates in blood samples: differences between blood collected by clinicians and nurses and the effect of phlebotomy training. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 54(12), pp. 1987–1992.
- Coventry, L. L. et al., 2019. Drawing blood from peripheral intravenous cannula compared with venepuncture: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), pp. 2313–2339.
- Creswell, J. W., 2013. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4th ed. London: Sage Publications.
- Davidson, D. F., 2014. A survey of some pre-analytical errors identified from the biochemistry department of a Scottish hospital. *Scottish Medical Journal*, 59(2), pp. 91–94.
- Davies, H. et al., 2020. Blood sampling through peripheral intravenous cannulas: a look at current practice in Australia. *Collegian*, 27(2), pp. 219–225.
- de Jonge, G. et al., 2018. Interference of in vitro hemolysis complete blood count. *Journal of clinical laboratory analysis*, 32(5), pp. e22396.
- Dikmen, Z. G., Pinar, A. & Akbiyik, F., 2015. Specimen rejection in laboratory medicine: Necessary for patient safety?. *Biochemia medica*, 25(3), 377–385. <https://doi.org/10.11613/BM.2015.037>
- Giavarina D. & Lippi G., 2017. Blood venous sample collection: recommendations overview and a checklist to improve quality. *Clinical Biochemistry*, 50(10–11), pp. 568–573.
- Heiligers-Duckers, C. et al., 2013. Low vacuum and discard tubes reduce hemolysis in samples drawn from intravenous catheters. *Clinical Biochemistry*, 46(12), pp. 1142–1144.
- Heireman, L. et al., 2017. Causes, consequences and management of sample hemolysis in the clinical laboratory. *Clinical Biochemistry*, 50(18), pp. 1317–1322.
- Heyer, N. J. 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. 1012–1032.
- Ialongo C. & Bernardini S., 2016. Phlebotomy, a bridge between laboratory and patient. *Biochemia Medica*, 26(1), pp. 17–33.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Uradni list RS, št. 71/14.
- Lippi, G. & Cadamuro, J., 2017. Novel opportunities for improving the quality of preanalytical phase. A glimpse to the future? *Journal of Medical Biochemistry*, 36(4), pp. 293–300.
- Marques-Garcia, F., 2020. Methods for hemolysis interference study in laboratory medicine – a critical review. *The Journal of the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 35(1), pp. 85–97.
- Masotto, M. et al., 2015. Pre-analytical errors in blood sampling: an observational study on specimen collection technique and laboratory results. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 34(2), pp. 76–85.
- Mitsios, J. V., 2018. *Distinguishing in vivo versus in vitro hemolysis*. [Online] Retrieved from: <https://www.aacc.org/publications/cln/articles/2018/december/distinguishing-in-vivo-versus-in-vitro-hemolysis> [Accessed 02. 11. 2022].
- Phelan, M. P. et al., 2017. Impact of use of smaller volume, smaller vacuum blood collection tubes on hemolysis in emergency department blood samples. *American Journal of Clinical Pathology*, 148(4), pp. 330–335.
- Phelan, M. P. et al., 2018. Preanalytic factors associated with hemolysis in emergency department blood samples. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 142(2), pp. 229–235.
- Skarparis, K. & Ford, C., 2018. Venepuncture in adults. *British Journal of Nursing*, 27(22), pp. 1312–1315.
- Son, J. H. et al., 2014. Hemolysis-free blood plasma separation. *Lab on a Chip*, 14(13), pp. 2287–2292.
- Wan Azman, W. N., Omar, J., Koon, T. S. & Tuan Ismail, T. S., 2019. Hemolyzed specimens: major challenge for identifying and rejecting specimens in clinical laboratories. *Oman Medical Journal*, 34(2), pp. 94–98.
- Wollowitz, A., Bijur, P. E., Esses, D. & John Gallagher, E., 2013. Use of butterfly needles to draw blood is independently associated with marked reduction in hemolysis compared to intravenous catheter. *Academic Emergency Medicine*, 20(11), pp. 1151–1155.
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), pp. 2191–2194.
- Zou, J., Nolan, D. K., LaFiore, A. R. & Scott, M. G., 2013. Estimating the effects of hemolysis on potassium and LDH laboratory results. *Clinica Chimica Acta*, 421, pp. 60–61.

# EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE OKUŽB KIRURŠKE RANE KOT VODILNI KAZALNIK KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE OTROK PO KIRURŠKEM POSEGU

## EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF SURGICAL WOUND INFECTIONS AS A LEADING INDICATOR OF THE QUALITY OF POST-SURGICAL CARE FOR CHILDREN

Aida Sijamhodžič, dipl. m. s.

Alenka Žvikart, dipl. m. s., ET

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Oddelek za otroško kirurgijo

aida.sijamhodzic@kclj.si

**Ključne besede:** Otroška kirurgija, kirurška rana, kazalnik kakovosti

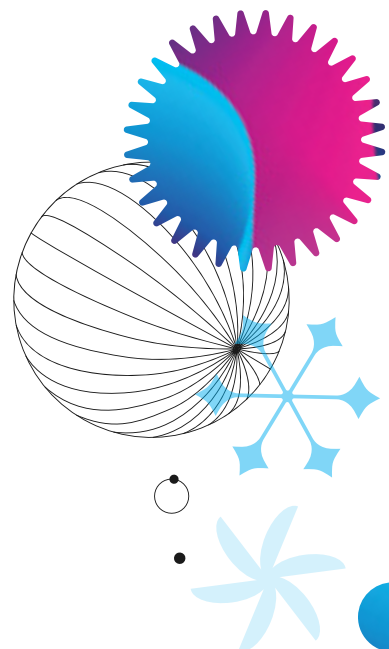
### IZVLEČEK

**Uvod:** Evropski center za nadzor bolezni (angl.: European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) uvršča okužbo kirurške rane (v nadaljevanju OKR) med najpogostejše bolnišnične okužbe (v nadaljevanju BO), ki posledično lahko podaljšajo čas hospitalizacije, zahtevajo dodatne kirurške posege, zdravljenje v intenzivnih terapijah ali celo povečajo umrljivost. Izvajanje epidemiološkega spremljanja zniža incidenčno stopnjo OKR, spremljanje incidenčne stopnje pa omogoča oceno kakovosti zdravstvene oskrbe. Ob naraščajoči pomembnosti preverjanja stopnje kakovosti zdravstvene oskrbe, smo se na Oddelku za otroško kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani odločili za projekt sistematičnega prospektivnega spremljanja OKR pri otrocih.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna raziskovalna metoda s prospektivno in za določene posege retrospektivno analizo podatkov. Projekt raziskovanja je bil razdeljen v več faz. V raziskovalni vzorec so bili vključeni hospitalizirani otroci na Oddelku za otroško kirurgijo po načrtovanih in nujnih operativnih posegih. Otroci so bili spremljani 30 dni po posegu (v primeru vsadka 90 dni). Cilj raziskave je bil vzpostaviti ustaljeno klinično prakso spremljanja OKR pri otrocih, ter uvedba ustreznih preventivnih ukrepov za znižanje pojavnosti OKR.

**Rezultati:** V dveh mesecih je bilo analiziranih 74 kirurških posegov, pri katerih je bila ugotovljena 4,05% kumulativna incidenca okužb kirurške rane. V vseh primerih je šlo za površinsko incizijsko okužbo kirurške rane.

**Diskusija in zaključek:** Preprečevanje OKR postaja pomemben del nacionalnih strategij v zdravstvu številnih razvitih držav. Strokovna spoznanja nas učijo, da precejšen del okužb, povezanih z zdravstvom, lahko preprečimo, dostikrat že z izvajanjem enostavnih ukrepov. S projektom prospektivnega spremljanja OKR želimo v prvi vrsti opredeliti pojavnost OKR po različnih kirurških posegih pri otrocih, prepoznati dejavnike tveganja za pojav OKR in uvesti ustrezne preventivne ukrepe za znižanje pojavnosti OKR.



**Key words:** Paediatric surgery, surgical wound, quality indicator.

## ABSTRACT

**Introduction:** The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ranks surgical wound infection among the most common hospital infections, which, as a result, can prolong the hospitalization time, requires additional surgical interventions, treatments and intensive therapy, or even increases mortality. Implementation of epidemiological monitoring reduces the incidence rate of surgical wound infections, and monitoring the incidence rate enables assessment of the quality of medical care. After increasing importance of verification levels of quality of medical care, the University Clinical Centre Department of Paediatric Surgery decided for the project of systematic prospective monitoring of surgical wound infections in children.

**Methods:** A quantitative research method was used with a prospective and retrospective data analysis for certain interventions. The research project was divided into several phases. The research sample included children at the Department of Paediatric Surgery for planned and emergency surgical interventions. The children were monitored for 30 days after the intervention (in the case of an implant for 90 days). The goal of the research was to establish clinical practice of monitoring surgical wound infections in children, and the introduction of appropriate preventive measures for reducing the incidence of surgical wound infections.

**Results:** In two months, 74 surgical interventions were analysed. Analyse showed a 4.05 % incidence of surgical wound infection. In all cases it was superficial incisional surgical wound infection.

**Discussion:** Prevention of surgical wound infections is becoming an important part of the national health strategies in many developed countries. Expert knowledge teaches us, that a significant part of healthcare-related infections can be prevented, often by following simple rules. With the project of prospective monitoring of surgical wound infection, we first of all want to define the incidence of surgical wound infection after various surgical interventions in children, to recognize risk factors for the occurrence of surgical wound infection and introduce appropriate preventive measures to reduce the incidence of surgical wound infection.

## Uvod

Zdravstvena dejavnost je prav gotovo področje, kjer je podano visoko tveganje za nastanek okužb, ki niso posledica pacientove bolezni. Okužbe namreč lahko nastanejo kot posledica zdravljenja in/ali zdravstvene oskrbe (Kramar, 2013). Bolnišnična okužba (angl. Hospital associated infection, HAI) je vsaka okužba, ki prizadene pacienta med zdravljenjem ali bivanjem v bolnišnici in še ni v inkubaciji ali prisotna pred hospitalizacijo. Med okužbe štejemo tudi okužbo kirurške rane (OKR) (ECDC, 2017).

Bolnišnične okužbe (BO) predstavljajo velik javnozdravstveni problem (NIJZ, 2013). Po Zakonu o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS št. 33/06) in Pravilniku o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb (Ur. l. RS št. 74/99 in Ur. l. RS št. 10/11) morajo vse bolnišnice izvajati program preprečevanja in obvladovanja BO, ki vključuje tudi epidemiološko spremljanje BO.

Problematika okužb, povezanih z zdravstvom (v nadaljevanju OPZ), je danes prepoznana kot resen problem sodobne zdravstvene oskrbe, saj zaradi njih nastopijo resne posledice tako za pacienta, svojce, zdravstvene delavce, zdravstveno institucijo in ne nazadnje tudi za nacionalni zdravstveni sistem. Z razvojem medicine se je povečala prepoznavnost in s tem tudi število opredeljenih okužb in nevarnosti, ki jih seboj prinašajo. Razvoj s seboj prinaša tudi znanja o možnostih za preprečevanje OPZ, kar je opredeljeno kot eno izmed 42 temeljnih področij zagotavljanja varnosti za pacienta in s tem uresničevanje pravice do varne oskrbe.

Najpogostejše OPZ so bakterijske okužbe, predvsem sečil, dihal in kirurških ran. V intenzivnih enotah se pojavljajo celo v 87 % (Petač, 2011; Kramar, 2013), pogoste so tudi na otroških oddelkih, še posebej med novorojenčki in dojenčki (Kuzman, 2013). Operirani bolniki so izpostavljeni povečanemu tveganju za zaplete med zdravljenjem, vključno z OKR (angl.: *surgical site infections* – SSI), ki spadajo med najpogostejše BO. Povezane so s podaljšano hospitalizacijo, z dodatnimi operativnimi posegi, s hospitalizacijo v enotah intenzivnega zdravljenja in višjo smrtnostjo (ECDC, 2017; Jaschinski T, 2017).



Epidemiološko spremljanje OKR prispeva k znižanju incidenčne stopnje OKR. Spremljanje kazalca, kot je incidenčna stopnja OKR po izbranih kirurških posegih, pa omogoča oceno kakovosti zdravstvene oskrbe in oceno kakovosti zdravstvene nege (NIJZ, 2019).

Na Oddelku za otroško kirurgijo zdravimo otroke, ki potrebujejo kirurško oskrbo od rojstva do dopolnjenega 14. leta starosti. Vsi prostori in oprema tako na oddelku kot v operacijskem bloku so prilagojeni starosti bolnikov, omogočajo jim igro v igralnici, na oddelku deluje tudi osnovna šola. Redni so obiski »rdečih noskov«, ki pričarajo nasmeh na še tako zaskrbljenem otroškem obrazu (UKCL, 2023).

Kirurzi, ki operirajo male bolnike, so usmerjeni v otroško kirurgijo, za dobrobit otrok na oddelku pa skupaj z ekipo usposobljenih medicinskih sester, poskrbijo trije specialisti pediatrije.

Medicinske sestre oddelka so posebej usposobljene za delo z malimi bolniki, ravno tako ostali specialisti, s katerimi sodelujejo (anesteziologi, radiologi, pediatri, psihologi, fizioterapevti) (UKCL, 2023).

Edini v Sloveniji operiramo novorojenčke, otroke s tumorji, ter otroke s kompleksnimi prirojenimi nepravilnostmi (v prsni in trebušni votlini, centralnem živčevju ali urotraktu). Edini v Sloveniji vodimo in operativno obravnavamo otroke s sindromom kratkega črevesa. V primeru redkih in zahtevnih posegov se povezujemo z izkušenimi strokovnjaki iz evropskih centrov. Medicinske sestre na oddelku smo usposobljene za učenje staršev kronično bolnih otrok nege in oskrbe traheostome, rokovanja z osrednjimi venskimi katetri, ter respiratorji.

Letno opravimo več kot 8000 ambulantnih pregledov in bolnišnično zdravimo več kot 2000 otrok. Večina teh je operirana. Vsak dan, vse dni v letu obratuje urgentna otroška kirurška ambulanta. Vse več otrok pa operiramo tudi v okviru enodnevnih bolnišničnih obravnav.

Kronične bolnike spremljamo tudi pooperativno in se trudimo, da njim in njihovim družinam omogočimo optimalno kakovost življenja (UKCL, 2023).

Center za nadzor bolezni (angl.: Centre for Disease Control and Prevention, CDC in European Centre for Disease Control, ECDC) opredeljujeta OKR kot pooperativno okužbo v področju operativnega posega, katera se pojavi znotraj 30 dni po kirurškem posegu ali do 90 dni ob uporabi vsadka. Vsadek je vsak tujek nečloveškega izvora, ki se ga bolniku vsadi intraoperativno (NIJZ, 2019; ECDC, 2017).

Nacionalni inštitut za varovanje zdravja (NIJZ) in ECDC razvrščata okužbo kirurške rane na tri stopnje, in sicer:

- Površinska incizijska OKR (angl.: superficial surgical site infection, SSI-S) se pojavi v 30 dneh po operaciji, zajame zgolj kožo in podkožno tkivo kirurškega reza ter ustreza vsaj enemu od naslednjih kriterijev: gnojni izcedek z ali brez dokaza povzročitelja iz površinskega dela kirurškega reza; dokaz mikroorganizmov iz aseptično odvzetega vzorca tekočine ali tkiva iz površinskega dela kirurškega reza z uporabo kultivacijskih ali nekultivacijskih metod; namerno odprtje incizijske rane s strani kirurga v odsotnosti odvzema kužnin iz mesta okužbe in prisotnost vsaj enega od znakov ali simptomov okužbe: bolečina ali občutljivost, lokalizirana otekline, rdečina, toplota; klinična diagnoza površinske OKR postavljena s strani specialista.
- Globoka incizijska OKR (angl.: deep surgical site infection, SSI-D) se pojavi v 30 dneh po operaciji (ali v 90 dneh v primeru vstavitve vsadka), zajema globoka mehka tkiva kirurškega reza (npr. fascijo, mišično tkivo) ter ustreza vsaj enemu od naslednjih kriterijev: gnojni izcedek iz globokega dela kirurškega reza, vendar ne iz organov/telesnih votlin mesta kirurškega posega; spontano ali namerno odprtje kirurške rane s strani kirurga ob prisotnosti vsaj enega od naslednjih znakov ali simptomov: povišana telesna temperatura (> 38°C), lokalizirana bolečina ali občutljivost, razen če je poskus mikrobiološkega dokaza povzročitelja iz vzorca kirurškega reza negativen; prisotnost abscesa ali drugih znakov okužbe globokih tkiv ugotovljenih pri anatomskem pregledu, med ponovno operacijo, s histopatološkim ali radiološkim pregledom; klinična diagnoza površinske OKR postavljena s strani specialista.
- Okužba organa/telesne votline (angl.: organ/space surgical site infection, SSI-O) se pojavi v 30 dneh po operaciji (ali v 90 dneh v primeru vstavitve vsadka), zajema katerikoli organ/telesno votlino, ki je bil odprt ali manipuliran med operacijo, z izjemo kirurškega reza ter ustreza vsaj enemu od naslednjih kriterijev: gnojni iztok iz drenaže, vstavljene skozi vbodno rano v organ/telesno votlino; dokaz mikroorganizmov iz aseptično odvzetega vzorca tekočine ali tkiva iz organa/telesne votline z uporabo kultivacijskih ali nekultivacijskih metod; prisotnost abscesa ali drugih znakov okužbe organa/telesne votline, ugotovljenih pri anatomskem pregledu, med ponovno operacijo, s histopatološkim ali radiološkim pregledom; klinična diagnoza okužbe organa/telesne votline postavljena s strani specialista (NIJZ, 2019; ECDC, 2017).

Cilj projekta je bila opredelitev kumulativne incidenčne stopnje OKR ter pojavnosti OKR po posameznih kirurških posegih na Oddelku za otroško kirurgijo ter vzpostavitve ustaljene klinične prakse prospektivnega spremljanja OKR pri otrocih operiranih na našem oddelku.

## Metode

Prva stopnja je zajemala retrospektivno analizo otrok po abdominalnih, uroloških in nevrokirurških posegih z namenom pridobitve izhodiščne ocene stopnje OKR. Podatke smo pridobili s pregledom digitalne medicinske dokumentacije, pregledom fizičnih popisov in preko telefonskih posvetov s starši oz. skrbniki otrok. Opravili smo 3-mesečno retrospektivno analizo OKR po določenih uroloških (t.j. orhidopeksija, kirurška oskrba hipospadije) in določenih abdominalnih kirurških posegih (t.j. apendektomij, hernioplastika), čemur je sledila še 3-letna retrospektivna analiza 482 nevrokirurških posegov. Zbrani podatki so bili zbrani, sistematično razdeljeni, statistično obdelani in prikazani.

Sledila je ustanovitev delovne skupine z vključitvijo predstavnikov pediatrije, otroške kirurgije, anesteziologije, perioperativne in zdravstvene nege ter predstavnikov službe za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb. V skladu s smernicami ECDC sta bila pripravljena obrazca za peri- in pooperativno spremljanje OKR.

V obrazec za perioperativno spremljanje OKR smo poleg osnovnih demografskih informacij vključili še specifične informacije kot so: podatki o telesni teži in višini bolnika, stopnji ASA klasifikacije, način umivanja kože pacienta na oddelku, vrsta posega, razred kontaminacije rane, uporaba endoskopskega pristopa, stopnja nujnosti operacijskega posega, trajanje operacije, potrebo po re-operaciji v prvih 72 h, tehnika kirurškega umivanja rok, način priprave kože bolnika v aseptičnih pogojih, število oseb v operacijski dvorani, vstavitve drenaže, vstavitve vgradnega materiala, odvzem intraoperativnih kužnin, tehniko in material šiva ter vrsta uporabljenih obližev. Poseben razdelek obrazca smo namenili vrsti, časovnem intervalu in odmerkom perioperativne antibiotične zaščite in morebitni uvedbi pooperativnega antibiotičnega zdravljenja.

V obrazec za pooperativno spremljanje smo predvideli 30 dnevno (oz. 90 v primeru vsadka) aktivno sledenje otrok po kirurških posegih s klinično oceno kirurške rane 1., 2., in 3. dan po operaciji ter telefonskimi poizvedbami 7., 14. in 30. pooperativni dan (oz. tudi 90. v primeru vsadka). Poleg tega smo izdelali informativno zloženko z osnovnimi informacijami o spremljanju OKR ter kontaktnimi številkami za sporočanje znakov in simptomov OKR, ki je namenjena tako staršem oz. skrbnikom otrok, kot tudi pediatrom na primarnem nivoju zdravstva.

Sledilo je dvomesečno poskusno obdobje prospektivnega vključevanja otrok z namenom ovrednotenja in izboljšanja izdelanega protokola. Vsi vključeni otroci so bili 30 dni po operaciji (oz. 90 dni v primeru vsadka) aktivno spremljani na pojav OKR preko telefonskih preverjanj kliničnega stanja s strani osebja. Vključili smo vse otroke, ki so bili v analiziranem obdobju sprejeti na naš oddelek za kirurško oskrbo retence testisov in ingvinalne hernije. Skupno smo analizirali 74 kirurških posegov.

Cilji epidemiološkega spremljanja okužb kirurške rane so bili:

- spremljanje kumulativne incidence, kumulativne incidence pred odpustom in gostote incidence OKR,
- spremljanje dejavnikov tveganja za OKR,
- spremljanje mikroorganizmov, ki povzročajo OKR in njihove občutljivosti za izbrana protimikrobna zdravila in
- spremljanje procesnih in strukturnih kazalnikov (NIJZ, 2019).
- Končni cilj raziskave je bil vzpostaviti ustaljeno klinično prakso spremljanja OKR pri otrocih, ter uvedba ustreznih preventivnih ukrepov za znižanje pojavnosti okužb kirurške rane.

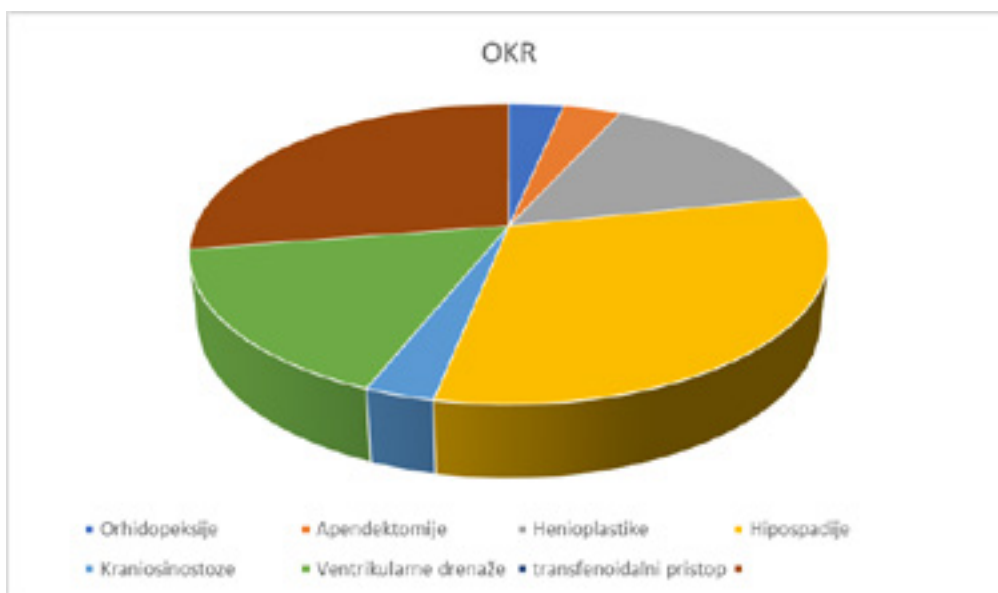
## Rezultati

V retrospektivno analizo je bilo vključenih 482 kirurških posegov z ugotovljeno kumulativno incidenco OKR 6,01 %. Najnižja pojavnost OKR je bila zabeležena pri orhidopeksijah (2 %), apendektomijah (2,1 %), sledile so hernioplastike (9 %) in hipospadije (19 %).

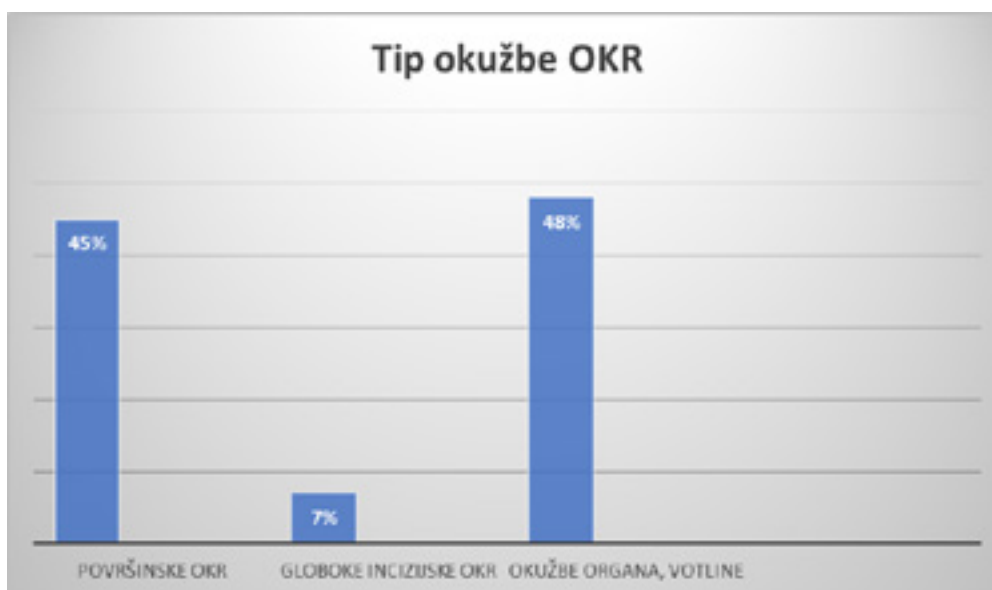
Analiza nevrokirurški posegov je pokazala najnižjo pojavnost OKR pri operacijah kraniosinostoze (1,8 %), relativno nizko pojavnost pri posegih z vstavitvijo ventrikularne drenaže (9,9 %) in pričakovano najvišjo pojavnost pri posegih s transsfenoidalnim pristopom (16,6 %) (slika 1).

V 45% je šlo za površinske incizijske OKR, v 7% za globoke incizijske OKR in v 48% za okužbe organa/telesne votline, kar je neposredna posledica visokega števila analiziranih nevrokirurških posegov (slika 2).

Najpogostejši izoliran povzročitelj je bil *S. epidermidis* (27,6 %), sledili so mu na meticilin občutljiv *S. aureus* (11,6 %), *E. coli* (6,7 %), *P. aeruginosa* (3,7 %), *F. magna* (3,7 %) in *S. mitis* (3,7 %). V 10,3 % so kužnine ob predhodno uvedeni antibiotični terapiji ostale negativne, v 31 % pa kužnine niso bile odvzete.



**Slika 1:** OKR glede na pojavnost specifične veje kirurgije (lasten vir)



**Slika 2:** Tip okužbe rane (lasten vir)

V prospektivno analizo smo vključili vse otroke, ki so bili v analiziranem obdobju (april-maj 2022) hospitalizirani na Oddeleku za otroško kirurgijo po kirurškem zdravljenju retence testisov in ingvinalne hernije.

Skupno je bilo analiziranih 74 kirurških posegov in ugotovljena skupna incidenca OKR 4,05 %. V vseh primerih je šlo za otroke po orhidopeksiji s površinsko incizijsko OKR.

Poleg tega smo na Oddeleku za otroško kirurgijo v obdobju od 1.9.-30.9.2022 sodelovali v Nacionalni raziskavi o okužbah kirurške rane. V raziskavo so bili vključeni vsi otroci po abdominalnih kirurških posegih. Rezultati raziskave so v procesu analize in bodo predstavljeni ločeno.

Trenutno se nahajamo v fazi projekta, kjer smo predvideli vzpostavitev prospektivnega sledenja OKR vseh kirurško oskrbljenih otrok hospitaliziranih na Oddeleku za otroško kirurgijo po vnaprej zastavljeni shemi. V skladu s priporočili ECDC je cilj vzpostavitev trimesečnih intervalih periodičnega sledenja posegov iz posameznih kirurških strok. Končni cilj projekta pa je uvedba svežnja ukrepov za zmanjšanje OKR, ocena uspešnosti uvedbe ukrepov in ocena vpliva ukrepov na zmanjšanje pogostosti OKR.

## Diskusija

BO (med drugim tudi OKR) predstavljajo velik javnozdravstveni problem (NIJZ, 2017; MZZ, 2009). Preprečevanje OKR postaja pomemben del nacionalnih strategij v zdravstvu številnih razvitih držav. Strokovna spoznanja nas učijo, da precejšen del okužb, povezanih z zdravstvom, lahko preprečimo, dostikrat že z upoštevanjem enostavnih pravil, ki bi jih moral poznati vsak zdravstveni delavec (Jaschinski, 2017; ECDC, 2019; NIJZ, 2017). Dejstvo je, da OKR nikoli ne moremo popolnoma preprečiti ali se jim popolnoma izogniti, vendar, to ne pomeni, da z izvedenimi ukrepi incidence OKR ne moremo znižati na sprejemljivo raven. Največje breme nosijo ravno zdravstvene institucije in zdravstveni delavci, ki si morajo nenehno prizadevati in skrbeti, da sledijo postavljenim standardom glede OPZ. S projektom prospektivnega spremljanja OKR skozi kazalnik kakovosti dela na Oddelku za otroško kirurgijo, želimo v prvi vrsti opredeliti pojavnost OKR po različnih kirurških posegih pri otrocih, prepoznati dejavnike tveganja za pojav OKR in uvesti ustrezne preventivne ukrepe za znižanje pojavnosti OKR tako z medicinskega vidika kot iz vidika zdravstvene nege (Osterman, Spazzapan, 2022). Rezultati pridobljeni v retrospektivni analizi na Oddelku za otroško kirurgijo, kateri so pokazali 6,01% kumulativno incidenco so primerljivi s študijami v tujini, katere opisujejo 7,81% pojavnost OKR (Dégbey et al., 2021). Sočasno si želimo okrepiti sodelovanje pri spremljanju pooperativnih zapletov tako s starši oz. skrbniki otroka, kot tudi z izvajalci zdravstvene oskrbe na nivoju primarnega zdravstva in posledično zagotoviti odgovoren odnos do uporabnikov naših zdravstvenih storitev. Verjamemo, da bo projekt doprinesel k povečanju kakovosti, varnosti in izboljšanju celostne zdravstvene oskrbe otrok na Oddelku za otroško kirurgijo, UKCL (Osterman, Spazzapan, 2022). Preprečevanje OKR je vedno veljalo za glavno os boja proti okužbam in je danes bistvenega pomena za zdravstvene organizacije (Haidara, 2008). Za primerjavo lahko vzamemo, da je incidenca OKR po carskem rezu od 3 do 24%; in to v povezavi s pogosto nezadostnimi aseptičnimi pogoji, v katerih se izvajajo (Di Benedetto et al., 2013). Preprečevanje OKR bi moralo predstavljati trajnostno strategijo vsake zdravstvene institucije, zdravstveni delavci pa bi se morali nenehno izpopolnjevati v znanju glede OKR (ECDC, 2017; NIJZ, 2019; Osterman, 2022; Kuzman, 2013). Hkrati pa je potrebno graditi tudi na sistemu osveščanja pacientov o možnostih OKR in njihovem preprečevanju. Samo tako se bo število okužb in okuženih pacientov lahko zmanjšalo, s čimer se bodo posledično zmanjšali tudi stroški zdravljenja (Osterman, 2022).

## Literatura

- Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS (2009). Preprečevanje okužbe kirurške rane. *Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb* (str. 88-101). Pridobljeno s <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Smernice-NAKOBO-za-strokovnjake.pdf>.
- Dégbey, C., Kpozehouen, A., Coulibaly, D., Chigblo, P., Avakoudjo, J., Ouendo, E. M., & Hans-Moevi, A. (2021). Prevalence and Factors Associated With Surgical Site Infections in the University Clinics of Traumatology and Urology of the National University Hospital Centre Hubert Koutoukou Maga in Cotonou. *Frontiers in public health*, 9, 629351. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.629351>.
- Di Benedetto C., Bruno, A., Bernasconi, E. (2013). Infection du site chirurgical: facteurs de risque, prévention, diagnostic et traitement. *Rev Med Suisse*. (2013) 9 :1832–39. Pridobljeno s [https://www.revmed.ch/view/484052/4025325/RMS\\_idPAS\\_D\\_ISBN\\_pu2013-34s\\_sa07\\_art07.pdf](https://www.revmed.ch/view/484052/4025325/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2013-34s_sa07_art07.pdf).
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). *Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals – HAI-Net SSI protocol, version 2.2*. Stockholm: ECDC. Pridobljeno s <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol-v2.2.pdf>
- Haidara, D.B. (2008). Etude des facteurs associés aux infections des plaies opératoires à l'hôpital cone Ouidah au Bénin. *Mémoire de Master en Epidémiologie*. [doi.org/10.53318/msp.v11i1.1894](https://doi.org/10.53318/msp.v11i1.1894)
- Jaschinski, T., Mosch, CG., Eikermann, M., Neugebauer, EAM., Sauerland, S. (2018). Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, Issue 11. Art. No.: CD001546. [doi.org/10.1002/14651858.CD001546.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001546.pub4).
- Kramar, H., (2013). Bolnišnične okužbe. V S. Pivač (ur.). *Izbrane intervencije zdravstvene nege – teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, (str.32–38).
- Kuzman, I., (2013). Bolničke infekcije: vjeran pratitelj zdravstvene skrbi. V L. Šimić (ur.), *Prevenција i kontrola bolničkih infekcija. Zbornik radova sa 1. Simpozija s međunarodnim sudjelovanjem*. (str.8-14). Mostar: Fakultet zdravstvenih studija Sveučilista u Mostaru. Pridobljeno s [http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents\\_travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg\\_Declaration\\_on\\_Patient\\_Safety\\_05042005-1.pdf](http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg_Declaration_on_Patient_Safety_05042005-1.pdf).
- NIJZ, (2019). Mreža za epidemiološko spremljanje bolnišničnih okužb (MESBO), *Epidemiološko spremljanje okužb kirurške rane (ESOKR)*, protokol. Pridobljeno s [mesbo\\_ssi\\_protokol\\_2.0\\_final.pdf](https://www.nijz.si/mesbo_ssi_protokol_2.0_final.pdf) (nijz.si).
- Osterman, V., (2022). Predstavitev projekta sistematičnega prospektivnega spremljanja okužb kirurške rane na Oddelku za otroško kirurgijo, Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. V I. Frangež, J. Nikolič (ur.), *15. Simpozij o ranah. Portorož: Klinični oddelek za kirurške okužbe*, (str.162-176).
- Osterman, V., Spazzapan P., (2022). Okužbe kirurške rane po nevrokirurških posegih v pediatriji - Retrospektivna analiza Oddelka za otroško kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. V R. Komadina (ur.), *Zbornik predavanj 52. podiplomskega tečaja kirurgije. Dobrna: Slovensko zdravniško društvo*, (str. 214-224).
- Petač, H., (2011). Bolnišnične okužbe – vse pogostejše okužbe z bakterijo *Clostridium difficile* tudi v Sloveniji. *Utrip*, 19 (6) 42–43.
- Oddelek za otroško kirurgijo* (2023). Pridobljeno s Oddelek za otroško kirurgijo - UKC Ljubljana.
- Zakonu o nalezljivih boleznih/ZNB/* (1995). Uradni list RS, št. 33/06. pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO433>.

# UPORABA ERGNOMSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV V OBRAVNAVI PACIENTOV NA KLINIKI ZA KIRURGIJO

## USE OF ERGNOMIC TECHNICAL DEVICES IN THE TREATMENT OF SURGERY PATIENTS

Nemanja Spasovski, dipl. zn.

doc. dr. Dušan Čelan

predav. Igor Robert Roj, dipl. zn., univ. dipl. org.

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo

izr. prof. dr. Jadranka Stričević

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede

nemanja.spasovski18@gmail.com

**Ključne besede:** ergonomija, obremenitve, zaposleni v zdravstveni negi, razbremenitev dela, delovno okolje.

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Ergonomija kot veda se ukvarja z oblikovanjem delovnega mesta in preventivnega varovanja zdravja delavcev. Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov pri izvajanju negovalnih intervencij je izjemnega pomena pri zaposlenih v zdravstveni negi, saj varuje njihovo zdravje pred različnimi obremenitvami, ki lahko posledično škodujejo različnim delom telesa, kot so hrbtenica, spodnje in zgornje okončine, glava itd.

**Metode:** Raziskavo smo razdelili na dva dela: teoretični in empirični del. V teoretičnem delu smo opredelili pojem ergonomija, analizirali razne ergonomsko-tehnične pripomočke in ali ter kako le-ti razbremenjujejo delo zaposlenih v zdravstveni negi. V empiričnem delu smo uporabili kvantitativno metodologijo raziskovanja. Uporabili smo anketni vprašalnik v pisni obliki, ki je vseboval 9 vprašanj odprtega tipa in 12 vprašanj zaprtega tipa. Za analizo podatkov smo uporabili osnovno deskriptivno statistiko. Opisne podatke smo prikazali s pomočjo frekvenc in odstotkov. V raziskavi je sodelovalo 60 anketirancev.

**Rezultati:** Z raziskavo smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi v kar velikem številu uporabljajo ergonomsko-tehnične pripomočke. Kar 100 % anketirancev se je strinjalo, da jim ravno ti lajšajo obremenjujoče aktivnosti, ki jih izvajajo pri zahtevnejših pacientih.

**Diskusija in zaključek:** Zaposleni v zdravstveni negi so izpostavljeni različnim obremenitvam pri izvajanju negovalnih intervencij. Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov pri delu s pacienti predstavlja preventivni način za ohranjanje zdravja zaposlenih v zdravstveni negi ter za same paciente.



**Key words:** ergonomics, burdens, employed in healthcare, relieving work, working environment.

## ABSTRACT

**Background:** Ergonomics as a science deals with the creation of a safe workplace and preventive health protection for nursing employees. The implementation of ergonomic and technical devices in nursing interventions is of utmost importance for nursing staff, as it protects their health against various burdens, which can harm various parts of their body such as the spine, lower and upper limbs, head, etc.

**Methods:** The research will be divided into two parts: theoretical and empirical part. In the theoretical part we will define the concept of ergonomics, analyze various ergonomic and technical devices and whether and how they relieve the work for nursing employees. In the empirical part of the thesis we will use the quantitative methodology. We upgraded it with a survey, which contains written questionnaires, that have 9 open-type questions and 13 closed-type questions. Basic descriptive statistics were used to analyze the data. Descriptive data were presented using frequencies and percentages. The survey involved 60 respondents. All participants in the survey participated voluntarily, and all respondents were provided with anonymity in their cooperation.

**Results:** The research showed that nursing employees use ergonomic and technical devices in as many different ways as possible. As many as 100% of respondents agreed that they are being relieved of the burdens of some activities that they perform while working with more demanding patients.

**Discussion and conclusion:** Nursing staff are exposed to various burdens in the implementation of nursing interventions. The use of ergonomic and technical devices while working with patients presents a preventive way to maintain the health of nursing staff and also provides health for patients themselves.

## Uvod

Za zdravje zaposlenih je delovno mesto ključnega pomena. Dela za večino ljudi ne predstavlja samo vir dohodkov, temveč temeljni pomen za socialne stike ter pozitiven vpliv na človekovo samospoštovanje (Urdih Lazar, 2013).

Ergonomija definiramo kot povezavo udobja, ugodja, zdravja in produktivnosti, kar pomeni, da prepleta medicinsko, biološko in inženirsko znanost. Izraz ergonomija izhaja iz grškega jezika, kjer »ergon« pomeni delo, »nomos« pa pomeni naravni zakon. Različne znanstvene discipline, kot so medicina, biomehanika, antropologija, kineziologija, fiziologija, psihologija, sociologija, ekologija, ekonomija, organizacija dela, teorija sistemov, mehanski in industrijski inženiring in industrijsko oblikovanje skupaj obravnavajo fiziološke in kognitivne lastnosti človeka in njegovega delovnega okolja. Iz tega pa okolje ne vključuje samo delovnega okolja, ampak tudi delovnih naprav in materiala, metod človeškega dela in samo organizacije dela (Balantič et al., 2016). Specifični ekološki sistem predstavljata delavec in njegovo delovno okolje. Na delavčev organizem v delovnem okolju vpliva več dejavnikov. Te dejavnike imenujemo obremenitve. Posledica njih pa so obremenjenosti organskih sistemov delavca. Obremenitve so lahko psihične, fizične in ekološke. Obremenjenosti pa so lahko psihične in fizične. Če sistem obremenitve – obremenjenosti ni uravnovešen, se pojavijo morebitne poškodbe, utrujenost, bolniški stalež, poklicne bolezni, invalidnost in v končni fazi tudi smrtnost (Polajnar & Verhovnik, 2007).

Skrb za varnost in zdravje pri delu je dolžnost delodajalca. Delavec ima pravico delati v delovnem okolju, kjer ima zagotovljeno varnost in zdravje pri delu (Pivač et al., 2013)

Pomen ergonomije je razumljiv vsem tistim, ki so kadar koli imeli možnost opraviti delo z napačnim orodjem. Takšno delo lahko povzroči nezadovoljstvo in upad motivacije, kar nadalje vodi k pretirani uporabi sile ter povečuje tveganje in poškodbe. Izpostavljenosti tveganja, neučinkovitosti, povečano število nesreč in odsotnost iz dela so težave, ki izhajajo iz slabega načrtovanja delovnih mest (Balantič et al., 2016).

Če pa delavce spodbudimo, da aktivno sodelujejo pri prepoznavanju ergonomskih težav na delovnem mestu, se bodo te težave lahko bistveno hitreje odpravile (Levovnik, 2014).

Stare (2012) razlaga, da številne raziskave in dobre prakse kažejo, da je skrb za zdravje zaposlenih in s tem povezana vložena finančna sredstva, dolgoročno obrestujejo tako za delodajalca kot tudi za državo.

Stričević et al. (2018) navajajo, da zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu s pacienti so izpostavljeni pred številnim nevarnim obremenitvam za svoje zdravje. Največja grožnja predstavljajo biomehanske obremenitve, kakor tudi psihološke in ekološke. Veliko število opravil, ki jih zaposleni v zdravstveni negi izvajajo med svojim delom, zahtevajo kar nekaj fizične moči in pogosto potekajo v obremenjujočih položajih za telo. Posledice teh obremenitvah so okvare gibal, najpogosteje hrbtenice. Pojavijo se kronične težave, ki zmanjšajo kakovost in kakovost življenja in možnost za opravljanje dela v prihodnje.

Namen raziskave je preučiti in opisati ergonomsko tehnične pripomočke (ETP) na Kliniki za kirurgijo in pomembnost njihove uporabe ter utemeljiti, kako le-ti lajšajo delo zaposlenim v zdravstveni negi pri delu s pacienti.

Poleg tega smo si postavili tri raziskovalna vprašanja, ki so se glasile: 1) Kakšno je poznavanje ETP med zaposlenimi v zdravstveni negi?; 2) Ali zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo ETP, ki je jim na voljo pri delu s pacienti? In 3) Ali ETP lajšajo delo zaposlenim v zdravstveni negi?

## Metode

V prispevku smo uporabili kvantitativno metodologijo.

Za raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil v pisni obliki. Zajemal je 21 vprašanj – devet vprašanj odprtega tipa in 12 vprašanj zaprtega tipa. Za interpretacijo podatkov smo uporabili opisno metodo dela in prikazali s pomočjo frekvenc in odstotkov.

## Raziskovalni vzorec

Za izvedbo raziskave smo uporabili slučajnostno vzorčenje. V vzorec je bilo vključenih 60 zaposlenih v negovalnem timu (diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike in zdravstvene tehnike).

## Potek raziskave

Raziskavo smo izvedli na eni izmed Klinik za kirurgijo. Potekala je na štirih oddelkih: oddelku za abdominalno in splošno kirurgijo, oddelku za travmatologijo, oddelku za ortopedijo in oddelku za urologijo. V raziskavi je sodelovalo 60 oseb - 11 (18 %) moških in 49 (82 %) žensk. Na vsakem oddelku je bilo anketiranih po 15 (25 %) oseb. Med anketiranci je bilo 37 oseb s srednjo izobrazbo, 23 oseb pa je imelo višjo ali visoko izobrazbo. Raziskavo smo izvedli jeseni 2022. Odzivnost je bila 100 %, saj so vsi izpolnili anketni vprašalnik v celoti.

## Etični vidik

Za izvajanje raziskave smo si pridobili pisno soglasje ustanove, kjer je potekala raziskava. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in upoštevali tudi načela Helsinške deklaracije (World Health Organization [WHO], 2001). Vsem anketirancem je bil predstavljen namen in cilji raziskave ter vsebina anketnega vprašalnika. Upoštevali smo anonimnost v anketah, saj ni bilo treba podajati identitete. Anketiranci so sodelovali zgolj prostovoljno in tudi imeli možnost odklonitev sodelovanja.

## Rezultati

Z raziskavo smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi, v kar velikem številu uporabljajo ergonomsko-tehnične pripomočke. Kar 100 % anketirancev se je strinjalo, da jim ravno ti lajšajo obremenjujoče aktivnosti, ki jih izvajajo pri zahtevnejših pacientih.

V raziskavi je sodelovalo 60 oseb - 11 (18 %) moških in 49 (82 %) žensk. Med anketiranci je bilo 13 (22 %) oseb, ki so spadale v starostno skupino od 20 do 30 let. 20 (33 %) oseb je spadalo v starostno skupino od 31 do 40 let. 21 (35 %) anketirancev smo uvrstili v starostno skupino od 41 do 50 let. 6 (10 %) oseb pa je bilo starih nad 51 let. Med anketiranci je bilo 37 (62 %) oseb s

srednjo izobrazbo, preostali delež pa (38 %) pa predstavljajo anketiranci z višjo ali visoko izobrazbo. Med vsemi anketiranci je bilo 19 (32 %) oseb, kateri so imeli delovno dobo od 1 do 10 let. Enajst (18 %) oseb je bilo z delovno dobo med 11 in 20 let. Največ oseb, in sicer 21 (35 %) je imelo delovno dobo od 21 do 30 let. Le 9 (15 %) anketirancev je imelo več kot 31 let delovne dobe. Med anketiranci so 3 (5 %) osebe odgovorile, da negujejo paciente, ki spadajo v I. kategorijo. 30 (50 %) anketirancev, da negujejo paciente II. Kategorije, III. kategorijo pacientov pa neguje 25 (42 %) anketirancev. Samo 2 (3 %) anketiranca pa sta navedla, da negujeta IV. kategorijo pacientov.

Kot vzrok za obremenitev na delovnem mestu je 43 (72 %) oseb podalo trditev o pomanjkanje negovalnega kadra. 30 (50 %) anketirancev je navedlo povečano število nepokretnih pacientov. Za 37 (62 %) oseb pa so vzroki za obremenitev na delovnem mestu pacienti, ki so v zahtevnejših kategorijah po zdravstveni negi.

Na vprašanje, katere ETP uporabljajo med svojim delom, je večina anketirancev, 47 (78 %), navedla električno nastavljivo posteljo. 43 (72 %) anketirancev uporablja posteljni trapez. Desko za premeščanje je navedlo 31 (52 %) anketirancev. 29 (48 %) anketirancev med svojim delom s pacienti uporablja drsno rjuho ali podlogo za premeščanje. 10 (17 %) anketirancev pa uporablja pas za premeščanje. Prostostoječega premičnega dvigala ni označil noben anketiranec.

V raziskavi je sodelovalo 60 anketirancev, od tega je več kot polovica 33 (55 %) takih, ki menijo, da ETP večkrat razbremenjujejo njihovo delo s pacienti. 15 (25 %) anketirancev meni, da so jim v pomoči zelo pogosto. 11 (18 %) anketirancev meni, da so jim ti pripomočki v pomoč le včasih, 1 (2 %) anketiranec pa meni, da ga ETP pri delu s težkimi pacienti ne razbremenjujejo. 23 (38 %) anketirancev navaja, da se samo včasih izogone uporabi ETP zaradi potrebe po hitro opravljenem delu. 21 (35 %) anketirancev se večkrat izogne uporabi le-teh. Samo 6 (10 %) anketirancev navaja pogosto izogibanje uporabi ETP. 10 (17 %) pa jih negira izogibanje.

Večina zaposlenih v zdravstveni negi uporabljajo ETP. Rezultati binomskega testa so pokazali, da je delež zaposlenih v zdravstveni negi, ki uporablja ETP z 0,73 statistično večji od predpostavljenih 0,50 ( $p=0,022$ ), torej obstaja statistično značilna razlika glede na standardno stopnjo značilnosti  $\alpha=0,05$ . Hipotezo 1 potrdimo.

## Diskusija

V raziskavi smo se osredotočili na temo ergonomija in uporabo ETP pri zaposlenih v zdravstveni negi. Raziskovali smo dosežanje izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi na 4 oddelkih, kjer se zdravijo pacienti s kirurškimi obolenji z uporabo ETP. Želeli smo izvedeti, ali in kako so jim le-ti v pomoči pri delu z zahtevnejšimi pacienti. S pomočjo anketnega vprašalnika smo ugotovili, da si zaposleni v zdravstveni negi pri izvajanju aktivnosti med seboj pomagajo. Velika večina zaposlenih v zdravstveni negi pa tudi uporablja ETP. Rezultati so pokazali, da kar 73 % anketirancev uporablja ETP.

Ergonomija kot veda je še vedno nezadostno razvita. V Sloveniji predstavlja velik javnozdravstveni problem, kar je bil temeljni razlog za izbiro teme raziskave. Prav tako ETP kot pripomočki še vedno niso na voljo vsem zaposlenim v zdravstveni negi in jih zaradi neustrezni usposobljenosti ali pomanjkanja časa med delom ne uporabljajo. Zanimalo nas je, katere ETP uporabljajo zaposleni na Kliniki za kirurgijo ter ali je delo z njimi razbremenjujoče. Prav tako smo želeli raziskati njihovo usposobljenost za uporabo.

Delavec in njegovo delovno okolje tvorita specifični ekološki sistem. Dejavniki v delovnem okolju, ki črpajo delavčev organizem, opisujemo kot obremenitve. Kot posledica tega se pojavi obremenjenost. Čim večje so obremenitve v delovnem okolju, tem večje so obremenjenosti delavca (Polajnar et al., 2003).

Zaposleni v zdravstveni negi večino delovnega časa preživijo s pacienti. Njihove naloge so različne, vendar imajo vse skupni cilj, to je pomoč pacientom pri dnevnih aktivnostih, pri katerih niso zmožni sami. Dejstvo je, da zaposleni v zdravstveni negi opravljajo vsestransko, predvsem psihofizično delo. Pri naporu obremenjujejo skupine mišic, ki vzdržujejo položaj zgornjega in spodnjega dela telesa ter glavo. Zato spadajo v ogroženo skupino delavcev, ker so izpostavljeni obremenitvam, ki ogrožajo njihovo zdravje.

Levovnik (2014) razloži, da z ergonomijo dosežemo varnost delavcev, varujemo njihovo zdravje in poboljšamo splošno dobro počutje med delom ter hkrati povečamo tudi njihovo produktivnost. Franko et al. (2016) v svojem delu navajajo, da naj bi mišično-skeletne bolezni obsegale več kot tretjino vseh poklicnih bolezni ter da so zato najpogostejša poklicna bolezen.



**V raziskavi smo si zastavili 3 raziskovalna vprašanja:**

### **Raziskovalno vprašanje 1: Kakšno je poznavanje ETP med zaposlenimi v zdravstveni negi ?**

Za ohranjanje in vzdrževanje dobrega zdravstvenega počutja in stanja zaposlenih v zdravstveni negi je nujno potrebna ozaveščenost in poznavanje ukrepov, ki lahko ščitijo hrbtenico pred nevarnimi obremenitvami. Odgovornost delodajalcev pri osveščanju delavcev s škodljivimi zahtevami dela in učenju pravilnega izvajanja del, kakor tudi opremljenost z ETP pri delu igra zelo veliko vlogo, saj s tem lahko omeji in zmanjša potrebo po fizičnih obremenitvah (Stričević et al., 2018).

Na to vprašanje smo dobili odgovore s pomočjo 13. vprašanja iz anketnega vprašalnika, kjer so anketiranci ocenili svoje znanje in izkušnje s uporabo ETP ter ugotovili, da kar večina anketirancev 73 % svoje znanje in izkušnje z uporabo ETP ocenjuje kot zadovoljivo. 12 % anketirancev navaja, da ima zelo veliko izkušenj ter znanje z uporabo ETP, 15 % anketirancev pa meni, da o njih nima znanja.

### **Raziskovalno vprašanje 2: Ali zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo ETP, ki so jim na voljo pri delu s pacienti?**

V 17. vprašanju v anketnem vprašalniku smo anketirance povprašali, kakšna pomoč jim je zagotovljena pri negovalnih intervencijah, ki jih izvajajo pri pacientih, ter indirektno izvedeli razširjenost uporabe v procentih. Ugotovili smo, da kar 73 % anketirancev pri različnih negovalnih intervencijah uporablja ETP.

### **Raziskovalno vprašanje 3: Ali ETP lajšajo delo zaposlenim v zdravstveni negi?**

Ugotovili smo, da so ETP glavni faktor pri lajšanju dela zaposlenim v zdravstveni negi, saj je 98 % anketirancev to v raziskavi potrdilo. Iz 15. vprašanja anketnega vprašalnika smo izvedeli tudi, da imajo anketiranci različna mnenja glede možnosti 29 olajšanih pristopov dela s pacienti. Več kot polovica (55 % anketirancev) meni, da jim ETP večkrat lajšajo delo. Zelo pogosto ETP lajšajo delo 25 % anketirancev. 18 % meni, da so jim ETP v pomoč samo včasih, 2 % anketirancev pa menita, da jim ETP niso v pomoč.

## **Zaključek**

Zaposleni v zdravstveni negi so med opravljanjem različnih obremenjujočih negovalnih intervencijah izpostavljeni raznovrstnim telesnim obremenitvam. Prav takrat se dejansko srečajo s pojmom ergonomija. Ergonomija, kot veda ponuja zaposlenim varno delovno okolje, jih varuje in ohranja njihovo zdravje. Z ergonomsko-tehničnimi pripomočki je lahko delo zaposlenih v zdravstveni negi veliko lažje, saj jim le-ti lahko pomagajo pri dvigovanju, prenašanju, obračanju in pri drugih aktivnostih, ki jih izvajajo pri pacientih.

Različna področja v zdravstveni negi se po težavnosti med seboj zelo razlikujejo. Pomena uporabe ETP pri svojem delu se zaposleni v zdravstveni negi pogosto zavedo šele takrat, ko se jim že začnejo pojavljati zdravstvene težave, ki so najpogostejše posledica nepravilnega dvigovanja bremen. Menimo, da bi zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu morali upoštevati uporabo ETP, saj bi z njim razbremenili delo in ne bi prihajalo do številnih poškodb na delovnem mestu. Zelo je pomembno, da zaposleni v zdravstveni negi pri izvajanju različnih negovalnih intervencij pri pacientih poznajo pravilne tehnike varnega dvigovanja in premeščanja, pri katerih morajo tako zase kot tudi za paciente poskrbeti s največjo stopnjo varnosti. Kakovost v zdravstveni negi dosežemo takrat, kadar vanjo vključimo celostno obravnavo pacientov ter varovanje zdravja tistega, ki jo izvaja. Le takrat bomo povečali uspešnost zaposlenih v zdravstveni negi in zadovoljstvo pacientov.

Menimo, da se ergonomiji ter njeni pomeni na delovnem mestu velikokrat posveča premalo pozornosti že med šolanjem in kasneje v času dela. Zato je pomembno pogosto pregledovanje opremljenosti zdravstvenih zavodih z ETP, uporabe le-teh s strani zaposlenih v zdravstveni negi ter izobraženost in usposobljenost, na podlagi katerih bi zastavili boljšo ergonomsko ureditev delovnih mest.

## **Literatura**

Urdih Lazar, T. Črnivec, R., Dernovšek Hafner, N., Dodič-Fikfak, M., Lipčnik, K., Molan, M. & Stergar, E. (Eds.). (2013). *Promocija zdravja pri delu: definicije, metode in tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Franko, A., Dodič Fikfak, M., Škerjanc, A. & Kurent, M. (2016). *Izbrane/pomembnejše poklicne bolezni: ocenjevanje tveganja za nastanek poklicnih bolezni*. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije.

- Balantič, Z., Polajnar, A. & Jevšnik, S. (2016). *Ergonomija v teoriji in praksi: znanstvena monografija*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Levovnik, D. (2014). *Ergonomija*. Ljubljana: Združenje delodajalcev in podjetnikov Slovenije GIZ.
- Polajnar, A. & Verhovnik, V. (2007). *Oblikovanje dela in delovnih mest za delo v praksi* (druga izdaja). Maribor: Univerza v Mariboru Fakulteta za strojništvo.
- Pivač, S. et al. (2013). *Izbrane intervencije zdravstvene nege - teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Polajnar, A., Verhovnik, V., Sabadin, A. & Hrašovec, B. (2003). *Ergonomija*. Maribor: Univerza v Mariboru Fakulteta za strojništvo.
- Stričević, J. et al. (2018). *Funkcionalna ergonomija in razbremenitev zdravstvenih delavcev: skripta*. Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede.
- Stare, J. (2012). *Izzivi in priložnost zdravega delovnega okolja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Fakulteta za upravo.
- World Health Organization, (2001). *World Medical Association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Bulletin of the World Health Organization, 79(4), 373.

# PRIDOBITEV MEDNARODNEGA CERTIFIKATA ZA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU ZDRAVLJENJA NEPLODNOSTI

## INTERNATIONAL CERTIFICATION FOR NURSING STAFF IN THE FIELD OF INFERTILITY TREATMENT

Lucija Nikolić, dipl. m. s.

Jasna Muršič, medicinska sestra - babica

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

luckanikolic@gmail.com

**Ključne besede:** zdravljenje neplodnosti, klinična specializacija, ESHRE certifikat, zdravstvena nega

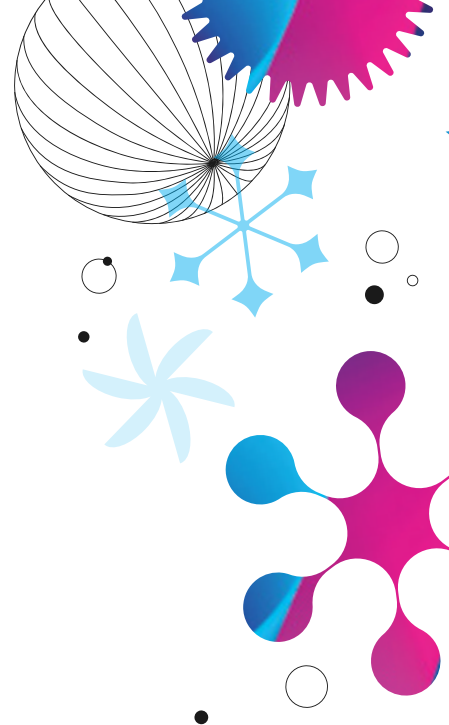
### IZVLEČEK

Neplodnost je globalni zdravstveni problem, s katerim se srečujemo tudi v Sloveniji. Z obravnavo neplodnih parov se v Sloveniji ukvarja malo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, posledično je omejeno tudi število izvajalcev zdravstvene nege, ki delujejo na tem področju. Za kakovostno obravnavo, ki sledi novim spoznanjem in razvoju novih metod zdravljenja neplodnosti je potrebno kontinuirano izobraževanje, ki je v Sloveniji slabše dostopno, veliko bolj pa je dostopno v tujini. Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) je na evropski ravni nosilec razvoja znanosti in izobraževanja na področju zdravljenja neplodnosti. Omogoča tudi pridobitev mednarodnega certifikata za posamezne profile zaposlenih, ki delujejo v centrih za zdravljenje neplodnosti. Ker pridobitev mednarodnega certifikata predstavlja za zaposlenega v zdravstveni negi pomemben korak naprej na osebni profesionalni poti in ker se hkrati poveča ugled centra za zdravljenje neplodnosti, kjer je imetnik certifikata zaposlen, se odločitev za pridobitev certifikata podpira. Namen prispevka je predstaviti ključne zahteve za pridobitev ESHRE mednarodnega certifikata ter možne težave in omejitve v procesu njegovega pridobivanja.

**Key words:** infertility treatment, clinical specialisation, ESHRE certificate, nursing

### ABSTRACT

Infertility is a global health problem that is also present in Slovenia. There are few healthcare centres in Slovenia that provide treatment for infertile couples and accordingly the number of nursing staff in this field is also limited. Quality treatment, which follows new knowledge and the development of new methods of treating infertility, requires continuous education. Such education is less accessible in Slovenia but is much more accessible abroad. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) is the promoter of the science and education in the field of infertility treatment at European level. It also enables the acquisition of an international certificate for individual profiles of employees working in the field of infertility. Since the acquisition of an international certificate represents an important step forward in the personal professional career for an employee in nursing and at the same time enhances the reputation of the infertility treatment centre where the certificate holder is employed, the decision to obtain the certificate is supported. The purpose of the paper is to present the key requirements for obtaining an ESHRE international certificate and to list possible difficulties and limitations in the process of obtaining it.



## Uvod

Na svetovni ravni eden od šestih parov izkusi neko obliko težav s plodnostjo vsaj enkrat v svojem reproduktivnem obdobju. Ocenjuje se, da trenutno prizadene neplodnost, ki traja vsaj 12 mesecev, med 8-12% žensk v starosti med 20-44 let (ESHRE, 2022). Vzroki za neplodnost so približno enakomerno porazdeljeni med žensko in moško populacijo, v 10-20% pa vzroka ni moč določiti. Neplodnost je povezana z življenjskim slogom posameznikov; odlaganje starševstva v kasnejše starostno obdobje ženske pa najbolj pogosto uporabljena razlaga za neplodnost dandanes. Večina postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) se izvede pri ženskah v starosti med 30 in 39 let. Ocenjuje se, da je vsako leto opravljenih cca. 4 milijone ciklov OBMP, katerih rezultat so porodi okoli 1 milijona otrok. V Sloveniji delež otrok, rojenih s pomočjo postopkov OBMP znaša 4% (ESHRE, 2022).

Prvi otrok, spočet z OBMP, je bila Luise Brown, ki se je rodila 25.07.1979 v Manchestru v Veliki Britaniji (Muršič, 2008). Namen prispevka je predstaviti možnosti izobraževanja za zaposlene v zdravstveni negi na področju zdravljenja neplodnosti v Sloveniji in tujini ter možnost uradne potrditve pridobljenih znanj.

Cilj prispevka je skozi opis osebne izkušnje spodbuditi zaposlene v zdravstveni negi na področju zdravljenja neplodnosti za odločitev o pridobitvi mednarodnega certifikata s tega področja ter seznanitev širše strokovne javnosti o njegovem obstoju in zahtevah za njegovo pridobitev.

## Nosilci dejavnosti zdravljenja neplodnosti in možnosti izobraževanja

Zdravljenje neplodnosti je zelo specifično področje znotraj ginekologije. V Sloveniji se z zdravljenjem neplodnosti ukvarja razmeroma malo izvajalcev, zato je tudi zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju zelo malo. Trenutno imamo v Sloveniji štiri specializirane centre, in sicer v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana, v UKC Maribor, v Zdravstvenem centru Dravlje ter v Bolnišnici Postojna. Največji delež ciklov OBMP izvedejo v UKC Ljubljana, sledi UKC Maribor. V Bolnišnici Postojna postopkov OBMP ne izvajajo, izvajajo pa nekatere druge oblike zdravljenja neplodnosti.

Izobraževanja in dodatna izpopolnjevanja na področju zdravljenja neplodnosti se v večjem obsegu izvajajo v tujini, kjer jih nudijo različna združenja in društva za reproduktivno medicino. Ta združenja omogočajo tudi mednarodno članstvo, izobraževanja in izpopolnjevanja pa so večinoma mednarodna. V Sloveniji se zaposleni na področju reproduktivne medicine lahko včlanimo v Slovensko združenje za reproduktivno medicino, znotraj katerega se v okviru sekcije za medicinske sodelavce najdemo medicinske sestre in babice, ki delujemo na področju zdravljenja neplodnosti.

Na evropski kot tudi svetovni ravni je potrebno izpostaviti Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), ki ima eno od vodilnih vlog na področju reproduktivne znanosti in medicine. Gre za mednarodno združenje, ustanovljeno leta 1984, s sedežem v Bruslju, katerega glavna naloga je promoviranje študija in raziskav na področju reproduktivnih znanosti in medicine ter seveda zdravljenje neplodnosti; izdaja svoje publikacije (revije, izjave, priporočila, smernice) in ima trenutno okoli 8000 članov (ESHRE, 2022). ESHRE je prepoznal potrebo po specialnih znanjih za zaposlene na področju zdravljenja neplodnosti ter omogočil certificiranje posameznih profilov, in sicer embriologov, medicinskih sester in babic ter zdravnikov kirurgov (endoskopije v reproduktivni medicini). Tudi sami centri OBMP si lahko pridobijo certifikat dobre klinične prakse ali akreditacijo za subspecialistično izobraževanje na področju reproduktivne medicine.

## Timsko delo v obravnavi neplodnega para in vloga medicinske sestre

Prvi stik para ali posameznika s centrom za zdravljenje neplodnosti večinoma predstavlja medicinska sestra, ki sprejme telefonski klic ali elektronsko pošto s prošnjo za termin obravnave, ali pa pacienta sreča ob osebni naročanju. Tudi sicer je večinoma medicinska sestra prva, na katero se obrnejo pacienti z najrazličnejšimi vprašanji in zahtevami. Čeprav je v obravnavo neplodnega para vključenih več različnih profilov, ki sestavljajo multidisciplinarni tim, je medicinska sestra tista, ki skrbi za koordinacijo in komunikacijo med različnimi profili in pacienti. Ta heterogeni tim sestavljajo zdravniki (specialisti za področje reproduktivne medicine in endokrinologije, specializanti), zaposleni na področju zdravstvene nege (diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice, srednje medicinske sestre-babice in zdravstveni tehniki), biologi s specialnim znanjem klinične embriologije, klinični psiholog ter zdravstvene administratorke.

Medicinska sestra na osnovi znanja, izkušenj in kompetenc daje pacientom praktične napotke pri vseh korakih njihovega zdravljenja; opravlja tako zdravstveno-vzgojno, koordinacijsko in administrativno delo; posreduje in uresničuje želje pacientov; jih spremlja skozi vse faze zdravljenja in skupaj z njimi doživlja uspehe in neuspehe.

Kadar pozna pacientove pravice bolje kot pacienti sami, je z moralno-etičnega vidika dolžna paciente ščititi in informirati. V potencialno konfliktnih situacijah mora prepoznati stisko pacientov in jim strokovno pomagati. Spretnost v komunikaciji je sestavni del vsakodnevnih nalog. Seveda medicinske sestre tudi asistirajo zdravnikom pri preiskavah in posegih, glavno vlogo pa imajo v zdravstveno-vzgojnem delu učenja pravilne aplikacije zdravil, ki se uporabljajo v postopkih OBMP (Muršič, 2008).

V mnogih državah imajo medicinske sestre na področju zdravljenja neplodnosti več odgovornosti in širši krog intervencij kot v Sloveniji, za kar imajo seveda tudi urejene kompetence; samostojno opravljajo folikulometrije (ultrazvočno spremljanje kontrolirane stimulacije jajčnikov), izvajajo intrauterine inseminacije, v nekaterih redkih centrih opravljajo tudi odvzeme jajčnih celic in prenose zarodkov v maternico (sicer medicinske sestre pri teh posegih zdravniku asistirajo)) (Muršič, 2008).

## Specialna znanja in pridobitev ESHRE certifikata

Zaradi nenehnega napredka v spoznanjih o neplodnosti ter razvoja tehnik asistirane reprodukcije obstaja težnja po nenehnem izpopolnjevanju in dopolnjevanju znanja z najnovejšimi izsledki. Zaradi nizkega števila zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju pa zaenkrat ni programov za klinično specializacijo na državni ravni. Vendar imamo zaposleni v zdravstveni negi, ki delujemo na področju reproduktivne medicine, možnost pridobiti ESHRE certifikat. Ta certifikat v tujini predstavlja pomemben doprinos h kvaliteti posameznega centra, v kolikor ga zaposleni v njem imajo.

Izvajalci zdravstvene nege, ki delujemo na področju humane asistirane reprodukcije, imamo širok nabor odgovornosti, ki se nenehno širi in dopolnjuje. ESHRE certifikat ponuja diplomiranim medicinskim sestram oz. babicam formalno priznanje specialnih znanj s področja reproduktivne medicine. Sam proces pridobivanja certifikata z zahtevami, ki morajo biti izpolnjene za sam pristop na končni izpit, definira vse kompetence, ki jih diplomirana medicinska sestra/babica potrebuje za profesionalno izvajanje nalog zdravstvene nege v obravnavi neplodnega para. Obseg kompetenc, zahtev in nalog se razlikuje od države do države in je seveda tudi odvisen od zakonskih določil posamezne države. V Sloveniji je v nasprotju z nekaterimi zahodnejšimi evropskimi državami obseg kompetenc izvajalcev zdravstvene nege manjši, vendar ESHRE certifikat zajema vsa znanja, četudi v določeni državi ne sodijo v krog kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi na področju zdravljenja neplodnosti. Sicer programi certificiranja višajo kvaliteto zdravstvene obravnave z višanjem kriterijev profesionalnih standardov.

Zakaj pridobiti certifikat? Z njim potrdimo in poglobimo svoja znanje, spretnosti in izkušnje, dosežemo višji statusu, pridobimo možnost mednarodne zaposljivosti (s certifikatom imamo prednost pri zaposlovanju v centrih OBMP v tujini), smo na mednarodnem seznamu ESHRE certificiranih diplomiranih medicinskih sester in babic. Seveda pa pridobitev certifikata ne more biti zagotovilo za uspešno delovanje v prihodnosti, saj sam certifikat ne ščiti pred napakami ali nižjo kakovostjo dela v kolikor se izvajalec zdravstvene nege ne izpopolnjuje kontinuirano. Trenutno po pridobitvi certifikata ni postavljenih pogojev za njegovo obnavljanje (ko je certifikat enkrat pridobljen, je trajen), vendar gre razmišljanje v smer, da bi za ohranjanje certifikata bilo potrebno v nekem časovnem obdobju izpolniti določene zahteve glede dodatnih izobraževanj.

Pridobljen ESHRE certifikat zaposlenemu v Sloveniji omogoča določeno kvaliteto znanja in veščin ter suverenost in samostojnost (v okviru kompetenc svojega poklica) na področju zdravljenja neplodnosti; vendar se ne upošteva pri napredovanju oz. dodatnem finančnem ovrednotenju delovnega mesta. Kljub temu se predvideva da bo težnja večine centrov za zdravljenje neplodnosti v prihodnosti ta, da spodbujajo in podpirajo svoje zaposlene pri pridobitvi ESHRE certifikata.

Obseg znanj za pridobitev certifikata ne zajema le dela in nalog izvajalcev zdravstvene nege, temveč tudi poglobljena znanja ciljnih vsebin endokrinologije, embriologije, genetike, epidemiologije, psihologije, zgodnje nosečnosti, kakovosti in varnosti, raziskovanja, zdravstvenega prava (tako na nacionalni kot evropski ravni) in etike.

## Osebna izkušnja

Izpit za pridobitev certifikata je bil prvič izveden leta 2015, in sicer na ESHRE letnem srečanju v Lizboni. Takrat je pristopila k izpitu prva srednja medicinska sestra, babica (pristop dovoljen zaradi izobrazbe babiške smeri; sicer lahko k izpitu pristopijo izvajalci zdravstvene nege z visokošolsko izobrazbo) iz tima v UKC Maribor. Prepoznala je pozitivni učinek priložnosti za nje-no osebno rast in dodatno poglobljanje in tudi verificiranje znanja, ki si ga je pridobila v 27 letih dela na področju zdravljenja neplodnosti. Čez dve leti je njenemu zgledu sledila še ena diplomirana medicinska sestra iz istega tima, ki je opravila izpit na ESHRE letnem srečanju v Ženevi.

Pridobitev certifikata je sicer dolgotrajen postopek, saj je pred zaključnim izpitom potrebno izpolniti kar nekaj zahtev, ki so pogoj za pristop k njemu. Tudi same zahteve in dokumentacija, ki jo je potrebno predložiti, se nekoliko spreminjajo, a v osnovi so naslednje: članstvo v ESHRE, osnovna izobrazba diplomirane medicinske sestre/babice z dokazilom o doseženi stopnji izobrazbe (prevedeno v angleški jezik), dobro znanje angleškega jezika (tako literatura kot izpit sta izključno v angleškem jeziku), fotokopija osebne dokumenta (potni list ali osebna izkaznica), CV v Europass formatu, dve leti kliničnih izkušenj na področju zdravljenja neplodnosti v centru, ki opravlja tudi postopke OBMP (zahtevana doba se je skrajšala iz petih na dve leti), izpolnjen dnevnik intervencij, t.i. logbook, katerega doba izpolnjevanja ne sme biti daljša od predhodnih dveh let in ki mora vključevati opis in analizo enega primera etične dileme, s katero se je kandidat srečal v praksi. K izpitu se lahko pristopi v obdobju treh let po oddaji in odobritvi izpolnjenega dnevnika intervencij in analize etičnega primera. Za pristop k izpitu je potrebno poravnati tudi tečajnino (prvih nekaj let izpit ni bil plačljiv), na samem izpitnem vprašalniku pa je potrebno za pridobitev certifikata doseči minimalno 66% pravih odgovorov.

Za vse interesente so podana natančna navodila na ESHRE spletnih straneh, ki vključujejo tudi obsežen seznam zahtevane literature, on-line tečaje priprav, praktične napotke in možnost podpore s strani ESHRE zaposlenih, ki ob morebitnih nejasnostih pomagajo z razlago in nasveti.

## Diskusija

Izvajalci zdravstvene nege smo zaradi širokega področja delovanja, ki ne zajema le vsebin zdravstvene nege temveč tudi dobro poznavanje fiziologije in patofiziologije neplodnosti ter osnovnih medicinskih principov zdravljenja neplodnosti, pomemben član tima, ki obravnava neplodne pare. Interes za kontinuirano izobraževanje je velik, možnosti v Sloveniji pa omejene. Seveda imajo veliko težo izobraževanja, ki pokrivajo splošne vsebine kot so varnost in kakovost, komunikacija, etika, zakonodaja in zdravstveno-vzgojno delo. Teh izobraževanj je v Sloveniji veliko in so kakovostna. Za poglobljena znanja vezana specifično na zdravljenje neplodnosti pa je potrebno obiskati izobraževanja v tujini, ki so povezana z dobrim poznavanjem angleškega jezika, ki je lahko za zaposlene v zdravstveni negi pomemben omejevalni faktor. Diplomirana medicinska sestra/babica, ki se odloči za pridobitev mednarodnega certifikata, se lahko sooča tudi z drugimi težavami, ki so vezane na pridobivanje ustrezne dokumentacije in literature, učinkovito organiziranje službenega in zasebnega življenja z vključitvijo časa za pripravo na izpit. Ker imata trenutno v Sloveniji ta certifikat le dve izvajalki zdravstvene nege, je težja tudi vzpostavitev podporne mreže, še zlasti med različnimi OBMP centri, saj se izvajalci zdravstvene nege med seboj ne poznamo, se ne srečujemo in si zaenkrat ne izmenjujemo izkušenj. Tako povezovanje in sodelovanje ostaja oprta naloga za naprej in ni nujno vezana le na pridobitev mednarodnega certifikata.

## Zaključek

Ker je odločitev za pridobitev certifikata za diplomirane medicinske sestre/babice prostovoljna, samoiniciativna in trenutno še ne predstavlja pogoja za opravljanje dela v centrih OBMP, so vse aktivnosti za pridobitev certifikata seveda stvar vsakega posameznika, da se znajde kakor ve in zna. Vendar v duhu etičnega kodeksa profesionalne skupine zaposlenih v zdravstveni negi drug drugemu pomagamo in spoštujemo odločitev in osebni angažma za pridobitev certifikata. Vsekakor je potrebno stremeti za tem, da zaposleni na tem področju prepoznajo pozitivno vrednoto v širitvi svojega profesionalnega znanja in ga želijo posredovati tako svojim sodelavcem kot ozaveščati širšo javnost. Zato je potrebno vsako prizadevanje podpreti in spodbujati.

## Literatura

European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE. (2022). *ART fact sheet*. Retrieved February 3, 2023 from <https://www.eshre.eu/Europe/Fact-sheets-and-infographics>

European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE. (2022, January 13). ESHRE Affairs Committee Statement. Retrieved February 5, 2023 from [file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/ESHRE\\_Affairs\\_Committee\\_13Jan22.pdf](file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/ESHRE_Affairs_Committee_13Jan22.pdf)

Muršič, J. (2008). Vloga medicinske sestre v ambulanti za zdravljenje neplodnosti. In Takač, I. (Ed.), *80 let hospitalne ginekologije in porodništva v Mariboru*. (pp. 681-689). Maribor: Univerzitetni klinični center.

# ZNANJE O (NE)PLODNOSTI – SESTAVNI DEL CELOVITEGA PREVENTIVNEGA PROGRAMA ZA OHRANJANJE REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA PREBIVALSTVA

KNOWLEDGE ABOUT (IN)FERTILITY - AN INTEGRAL  
PART OF A COMPREHENSIVE PREVENTION  
PROGRAMME TO MAINTAIN THE REPRODUCTIVE  
HEALTH OF THE POPULATION

Lucija Nikolić, dipl. m. s.

Rebeka Čoprež, TZN

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,  
Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

luckanikolic@gmail.com

**Ključne besede:** reproduktivno zdravje, preventiva, neplodnost, dejavniki tveganja, postopki OBMP

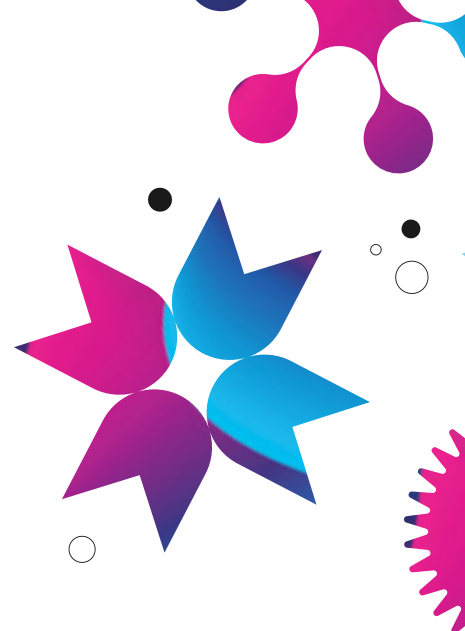
## IZVLEČEK

Reproduktivno zdravje se nanaša tako na ženske kot moške in z vidika ohranjanja oz. zagotavljanja reproduktivnega zdravja se skrb zanj mora začeti še pred reproduktivnim obdobjem posameznika. Skrb za reproduktivno zdravje je v veliki meri usmerjeno v varno spolnost, v varne in učinkovite metode načrtovanja družine, v svobodno odločanje o rojstvu otrok, v varno nosečnost in porod ter v preprečevanje in odkrivanje bolezni reproduktivnih organov. Veliko manj pa se govori o skrbi za reproduktivno zdravje v smislu ohranjanja plodnosti oz. o pravočasnem seznanjanju populacije o vseh dejavnikih, ki zmanjšujejo plodnost ali ki povzročajo neplodnost. Prav tako se ne govori veliko o možnostih zdravljenja (in omejitvah le-tega), ki jih imajo neplodni pari. Soočenje z diagnozo neplodnosti lahko posameznike vodi v globoke duševne stiske, katerim bi se lahko ob pravilnem in pravočasnem informiranju morda izognili. Ozaveščanje populacije o (ne)plodnosti bi lahko postalo eno od osnovnih poslanstev zdravstvenih delavcev zaposlenih na področju reproduktivne medicine, in sicer v okviru Slovenskega združenja za reproduktivno medicino.

**Key words:** reproductive health, prevention, infertility, risk factors, ART procedures

## ABSTRACT

Reproductive health applies to both women and men and, in terms of maintaining or ensuring reproductive health, care must start before a person's reproductive years. Reproductive health care is largely focused on safe sex, safe and effective methods of family planning, the freedom to choose how to have children, safe pregnancy and childbirth, and the prevention and detection of reproductive diseases. Much less is said about reproductive health care in the context of fertility preservation, or about informing the population in a timely manner about all the factors that reduce fertility or cause infertility. Nor is there much talk about the treatment options (and its limitations) available to infertile couples.



Facing a diagnosis of infertility can lead individuals into deep mental distress that could have been avoided with the right and timely information. Raising awareness about (in)fertility could become one of the primary missions of reproductive health professionals, within the Slovenian Association for Reproductive Medicine.

## Uvod

Neplodnost postaja zaradi demografskih in socio-ekonomskih sprememb globalni problem, ki veča potrebo po dostopnejših, natančnejših in učinkovitejših metodah diagnosticiranja in zdravljenja neplodnosti. Vse bolj poglobljene raziskave na tem področju dajejo natančnejše vedenje o vzrokih neplodnosti. Določen del dognanj je potrebno prenašati na širšo populacijo, saj bi dobra in pravočasna informiranost oz. preventiva marsikateremu posamezniku prihranila soočenje z diagnozo neplodnosti (Vlaisavljevič, 2009). Namen prispevka je predstavitev osnovnih dejstev o reproduktivnem zdravju s stališča zdravljenja neplodnosti ter izpostavitve tistih dejavnikov tveganja za neplodnost, ki jih s preventivo in z edukacijo lahko preprečimo. Cilj prispevka je spodbuditi javno razpravo o neplodnosti (ob hkratnem spoštovanju psihološkega bremena s katerim se srečujejo neplodni pari) ter aktivno sodelovanje zaposlenih na področju zdravljenja neplodnosti pri oblikovanju preventivnih programov ter izvajanju le-teh.

## Reproduktivno zdravje in preventivni programi

Reproduktivno zdravje je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje v vseh pogledih, ki se nanašajo na reproduktivni sistem, njegove funkcije in procese, in ne le na odsotnost bolezni in nemoči. Pravice, ki omogočajo oz. zagotavljajo reproduktivno zdravje so pravica do zadovoljnega in varnega spolnega življenja, pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, pravica do enake dostopnosti do znanja o načrtovanju družine, pravica do zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo ženskam varno nosečnost in porod, ter učinkovito preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost in umrljivost (World Health Organization, n. d.).

Reproduktivno obdobje se začne s spolno zrelostjo, t. j. z nastopom pubertete. Dolžina trajanja reproduktivnega obdobja je različna za žensko in moško populacijo. Pri ženskah se prične s prvo menstruacijo ter traja povprečno 20 let do konca predmenopavze, ki je faza postopnega upada delovanja jajčnikov s psihičnimi in telesnimi spremembami. Reprodukivno obdobje se pri ženskah zaključuje z menopavzo, ki jo določa zadnja spontana menstruacija. Osnovna značilnost reproduktivnega obdobja ženske je menstrualni ciklus, vendar obstoj rednih krvavitev/menstruacij sam po sebi še ni zagotovilo za reproduktivno sposobnost (Geršak, 2014).

Optimalna plodnost ženske traja približno 15 let, pri moškem pa do 30 let. Najvišjo verjetnost zanositve pri ženski opazujemo med 20. in 30. letom starosti, pri moškem pa nekje do 40. leta starosti (Knez & Vlaisavljevič, 2016).

Reprodukivni sistem človeka je najbolj občutljiv na škodljive vplive predvsem v obdobju razvoja, začne se že intrauterino in se nadaljuje v zgodnjem otroštvu (Knez & Vlaisavljevič, 2016). V tem obdobju bi seveda skrb za reproduktivno zdravje otroka morali prevzeti starši, ki pa na ta aspekt ne pomislijo; takrat je v ospredju skrb za splošno zdravje otroka, kar je seveda tudi dobro, saj dobro splošno zdravje otroka zaobjema tudi njegovo reproduktivno zdravje.

V Sloveniji imamo preventivne programe za varovanje reproduktivnega zdravja, katerih cilji so zmanjšati ogroženost zaradi bolezni, ki so povezane z reprodukcijo, nenačrtovanimi in neželjenimi nosečnostmi, zgodnje odkrivanje rakavih bolezni rodil, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost, invalidnost in umrljivost, ter zagotoviti uveljavljanje reproduktivnih pravic in promovirati reproduktivno zdravje (Uradni list RS, 2002). Reprodukivno zdravstveno varstvo tako obsega perinatalno varstvo v širokem pomenu besede, in sicer pred zanositvijo, med nosečnostjo in po porodu, načrtovanje družine, neškodljivo kontracepcijo, varno prekinitvev nezaželene nosečnosti, preventivo, zgodnje diagnozo in zdravljenje rakavih bolezni rodil in spolno prenosljivih bolezni, ter preventivo, celovito diagnostiko in zdravljenje neplodnosti (Uradni list RS, 2002).

Vsebine preventivnih programov varovanja reproduktivnega zdravja se osredotočajo na varno spolnost, varne in učinkovite metode načrtovanja družine in svobodno odločanje o rojstvu otroka (uporabo kontracepcije, preprečitev spolno prenosljivih okužb), na varno nosečnost, porod in poporodno obdobje (preventivni pregledi v nosečnosti in po porodu), na preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni reproduktivnih organov (rak materničnega vratu, raka dojke), na predpisovanje hormonskega nadomestnega zdravljenja v perimenopavzi in pomenopavzi ter na promocijo zdravja na primarni ravni (Uradni list RS, 2002).

Programi se osredotočajo na žensko populacijo, preventivni programi za ohranjanje reproduktivnega zdravja moških so slabše definirani.



## O neplodnosti

Po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije je neplodnost globalna zdravstvena težava in je definirana kot bolezen tako ženskega kot moškega reproduktivnega sistema, ki onemogoča spočetje po najmanj 12 mesecih nezaščitenih rednih spolnih odnosov (World Health Organization, n. d.). Približno 85-90% zdravih mladih parov zanosi znotraj enega leta rednih nezaščitenih spolnih odnosov, večina v prvih 6 mesecih. Neplodnost torej prizadene 10-15% parov (Frity & Speroff, 2011).

20-30% primerov neplodnosti je pojasnjenih s fiziološkimi vzroki pri moškem, 20-35% s fiziološkimi vzroki pri ženski, 25-40% primerov neplodnosti pa je vezanih na fiziološke vzroke obeh v paru. V 10-15% vzroka neplodnosti ne moremo jasno opredeliti in jo definiramo kot nepojasnjeno neplodnost (ESHRE, 2022).

Pri ženski lahko vodijo v neplodnost zapleti pri potovanju spolnih celic, disfunkcija jajčnikov ter motnje v razvoju jajčnih celic, endometrioza in nepravilnosti maternice (Knez & Vlajsavljević, 2016).

Vzroki moške neplodnosti so lahko slabo spuščena moda, vnetja in poškodbe mod, varikokela, motnje ejakulacije in/ali erekcije, sistemska obolenja, stanja po zdravljenju rakastega obolenja, genetski vzroki, obstrukcija na poti potovanja semenskega izliva, nepravilnosti v razvoju moških spolnih celic. V 30% ostaja vzrok moške neplodnosti nepojasnen (Majdič, 2014).

Verjetnost zanositve je pri vsakem paru različna in odvisna od številnih okoliščin ter kombinacije lastnosti, ki jih vsak od partnerjev prinaša v skupnost (Knez & Vlajsavljević, 2016). Zmožnost zanositve je torej odvisna od številnih bioloških procesov (npr. proizvodnje in transporta gamet, oploditve in normalnega razvoja zarodka), ki so lahko pogojeni genetsko ali z morebitnimi pridruženimi bolezenskimi stanji. Obsežen vpliv ima tudi življenjski slog posameznika (npr. kajenje, pretirano uživanje alkohola, debelost, stres), socio-ekonomski dejavniki in dejavniki okolja (npr. izpostavljenost škodljivim onesnaževalcem) (World Health Organization, n. d.).

Najpomembnejši dejavnik zmanjšane plodnosti pri ženski je starost oz. odlaganje nosečnosti v kasnejše življenjsko obdobje. Plodnost ženske je najvišja med 20. in 24. letom starosti, po 40. letu pa strmo pade. Razlog za to je končno število jajčnih celic, s katerimi se ženska že rodi. Število jajčnih celic se že od sredine fetalnega obdobja začne neprekinjeno zmanjševati, z višjo starostjo se niža število jajčnih celic in viša pogostost anomalij genetskega materiala v njih. Viša se tudi tveganje za zaplete med nosečnostjo (Knez & Vlajsavljević, 2016).

Prekomerna telesna teža in debelost (ITM nad 25 kg/m<sup>2</sup>, abdominalna distribucija maščobe) povzročata motnje menstrualnega cikla, manjša kakovost spolnih celic, poveča nevarnost spontanih splavov in drugih zapletov v nosečnosti. Tudi pri moških povzročata hormonsko neravnovesje, zniža kakovost semena in povzročata erektilno disfunkcijo (ESHRE, 2022).

Kajenje (aktivno in pasivno) v primerjavi z nekadilci poviša tveganje za neplodnost za 60% predvsem zaradi povečanega oksidativnega stresa (Knez & Vlajsavljević, 2016). Ocenjuje se, negativni učinki kajenja izvenijo po enem letu od prenehanja kajenja (ESHRE, 2022).

Alkohol ter zloraba drugih škodljivih substanc (npr. marihuana, kokain) ima dokazano teratogeni učinek. Alkoholizem lahko zmanjša plodnost tudi za 20-30% (Knez & Vlajsavljević, 2016).

Anabolni steroidi (razširjeni tako med profesionalnimi kot rekreativnimi športniki) lahko popolnoma ustavijo spermatogenezo (Majdič, 2014).

Dejavniki okolja (npr. nekateri pesticidi, konzervansi, ionizirajoče sevanje, težke kovine) vplivajo na plod in genom že intrauterino ali perinatalno (preko izpostavljenosti noseče ali doječe matere) in se lahko prenašajo in izražajo v naslednjih generacijah (Knez & Vlajsavljević, 2016).

Spolno prenosljive bolezni povzročajo vnetja v mali medenici, posledica katerih je lahko prizadeta funkcionalnost občutljivega reproduktivnega sistema (Knez & Vlajsavljević, 2016).

Stres preko stresnega hormona adrenalina ruši občutljivo hormonsko ravnovesje, kar lahko pri ženskah vodi v motnje menstrualnega ciklusa.

## Možnosti in omejitve zdravljenja neplodnosti

Svetovna zdravstvena organizacija je neplodnost označila kot bolezen in ker je zdravljenje boleznici ena izmed temeljnih človekovih pravic, moramo na ta način razumeti tudi pravico do reproduktivnega zdravja.

Zdravljenje neplodnosti po postavitvi diagnoze je lahko vzročno ali simptomatsko. V kolikor vzrok ni pojasnjen, a do zanositve ne pride, ali če vzročno zdravljenje ne prinese želenega rezultata oz. če se vzroka ne da odpraviti, se zdravljenje nadaljuje s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), t.j. s postopki znotrajtelesne oploditve ali s postopki zunajtelesne oploditve. Zdravljenje s postopki zunajtelesne oploditve vključuje nadzorovano spodbujanje jajčnikov z gonadotropini z namenom pridobitve večjega števila jajčnih celic na cikel (Vlaisavljević, 2009). Nevarnost tega zdravljenja obstaja v tem, da se lahko jajčniki na stimulacijo odzovejo prekomerno, kar predstavlja resen zaplet in ogroža zdravje in celo življenje ženske. Pri mladih ženskah je uspešnost enega poskusa oploditve z biomedicinsko pomočjo 30-45%, pri 40. letu znaša 12-13%, po 44. letu uspeh pade pod 2% (Knez & Vlaisavljević, 2016). Pri kadilcih je uspešnost postopka OBMP tudi do 50% nižja kot pri nekadilcih. Prav tako je uspešnost postopkov OBMP nižja pri ženskah z ITM nad 25 kg/m<sup>2</sup> (ESHRE, 2022).

Postopki zunajtelesne oploditve se lahko izvedejo le, če imamo pri paru na voljo spolne celice. V kolikor ženska ali moški nimata lastnih spolnih celic, sta usmerjena v t. i. donorski program, kjer se lahko v postopkih zunajtelesne oploditve uporabi darovane spolne celice anonimnih darovalcev. Glavna omejitev za ta program v Sloveniji je pomanjkanje darovalcev in darovalk.

Posebno pozornost je potrebno nameniti tudi pacientom, ki se soočijo z diagnozo raka. V osnovi pri teh pacientih ne gre za zdravljenje neplodnosti v klasičnem pomenu besede, temveč za ohranjanje plodnosti oz. zmožnosti zanositve za čas po uspešno končanem zdravljenju raka. Ženskam in moškim se pred zdravljenjem raka lahko ponudi zamrzovanje tkiva jajčnikov, spolnih celic ali zarodkov. Časovni okvir za te postopke je zaradi želje po čim hitrejšem začetku zdravljenja raka omejen in predstavlja urgentno stanje na področju zdravljenja neplodnosti (Anderson, 2014).

Neprosto voljno ne-starševstvo ter zdravljenje neplodnosti lahko predstavlja za posameznika veliko duševno in telesno obremenitev. Negativni rezultati zdravljenja vzbujajo negativna čustva in občutke (npr. jezo, razočaranje, žalost, občutek sramu ali krivde, izgubo smisla) in vplivajo na samopodobo. Proces zdravljenja lahko povzroči občutek izgube zasebnosti ter občutek izgube kontrole nad lastnim življenjem. To lahko vodi v kronično tesnobo in depresijo (Covington & Hammer Burns, 2006).

## Diskusija

Zaradi občutljivosti reproduktivnega sistema, katerega razvoj se začne že v materinem telesu, in na katerega vplivajo okoljski dejavniki že v času nosečnosti preko posteljice, nato pa z dojenjem in kasneje z izpostavljenostjo različnim okoljskim dejavnikom, ki jih v telo vnašamo lahko tudi nevede s hrano in pijačo, z življenjskimi navadami, ki jih pridobivamo v času odraščanja (vzgoja, vzgled), je smiselno razmisliti, kdaj bi bilo najbolj smiselno začeti s predstavljanjem določenih dejavnikov tveganja populaciji. Vsebine in obseg je potrebno prilagoditi duševni, telesni in čustveni zrelosti odraščajoče mladine, prav tako pa se preventiva ne sme omejiti le na obdobje odraščanja in mladostništva.

Vsebine morajo zajemati teme vpliva starosti, zdravega in aktivnega življenjskega sloga ter opuščanja razvad. Sodobne tehnike zdravljenja neplodnosti s postopki OBMP lahko namreč v laični javnosti vzbujajo lažno varnost in zanašanje na rešitev težav zgolj s postopki zunajtelesne oploditve. Potrebno je tudi krepiti zavest, da razvade bodočih staršev dolgoročno vplivajo na zdravje njihovih otrok.

## Zaključek

Namen preventivnih programov in programov osveščanja seveda ni spodbujanje v prisiljeno starševstvo ali v prehitro razmišljanje o otrocih, saj na odločitve za odgovorno starševstvo vpliva veliko dejavnikov. Zdravstveni delavci, ki delamo na področju zdravljenja neplodnosti, se z ženskami in moškimi, ki imajo težave z zanositvijo, srečamo šele v centrih za zdravljenje neplodnosti, torej že nekje na 'sredi poti reševanja problemov', ki bi se jim vsaj nekateri, če bi bili prej seznanjeni z določenimi dejstvi, lahko izognili. Zagotovo na primarni ravni določeni programi delno pokrivajo vsebine, vezane na neplodnost, vendar bi bilo potrebno izoblikovati takšen sklop zdravstveno-vzgojnih vsebin, ki bi izhajale iz potrebe po specifičnem informiranju o neplodnosti, in sicer v različnih ciljnih populacijah (t. j. v različnih starostnih skupinah).

## Literatura

- Anderson, R. A. (2014). The patient with malignant disease. In N. S. Macklon (Ed.), *IVF in the medically complicated patient* (2nd ed., pp. 147-156). New York: CRC Press.
- Covington, S. N., & Hammer Burns, L. (2006). Psychology of Infertility. In S. N. Covington & L. Hammer Burns (Eds.), *Infertility counseling* (2nd ed., pp. 1-36). New York: Cambridge University Press.
- European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE. (2022). *ART fact sheet*. Retrieved februar 3, 2023 from <https://www.eshre.eu/Europe/Fact-sheets-and-infographics>
- European Society of Human Reproduction and Embryology - ESHRE. (2022). *Lifestyle-related factors and access to medically assisted reproduction*. Retrieved februar 3, 2023 from [file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/Task%20force%2017%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/Task%20force%2017%20(1).pdf)
- Fritz, M. A., & Speroff, L. (Eds.). (2011). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (8th ed., pp. 1137-1292). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkinson.
- Geršak, K. (2014). Vpliv hormonov pri ženskah v reproduktivnem obdobju in v pomenopavzi. In M. Bunc & I. Gradecki (Eds.), *9. posvet o kronični bolezni srca, Novo mesto 12. april 2014* (pp. 29-31). Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini.
- Knez, J., Vlaisavljević V. (2016). Ženska neplodnost. In I. Takač & K. Geršak (Eds.), *Ginekologija in perinatologija* (1. izd., pp. 170-177). Maribor: Medicinska fakulteta.
- Majdič, G. (2014). Okolje in moška reprodukcija. In B. Zorn (Ed.), *Andrologija* (pp. 105-114). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni* (2002). Uradni list RS, št. 33 (12. 4. 2002). Retrieved from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2002-01-1391?sop=2002-01-1391>
- Vlaisavljević, V. (2009). *Smeri razvoja reproduktivne medicine v Evropi*. Zdravniški Vestnik, 78(Suppl. I), Retrieved februar 3, 2023 from <file:///C:/Users/Uporabnik/Downloads/2727-Manuscript-8249-1-10-20180209.pdf>
- World Health Organization. *Infertility. Overview*. Retrieved februar 2, 2023 from [https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infertility#tab=tab_1)

# NARAVNO NAČRTOVANJE DRUŽINE S POMOČJO SODOBNE MOBILNE TEHNOLOGIJE

## NATURAL FAMILY PLANNING USING MODERN MOBILE TECHNOLOGY

**Tjaša Mencinger, dipl. m. s. (VS)**

*Splošna bolnišnica Jesenice*

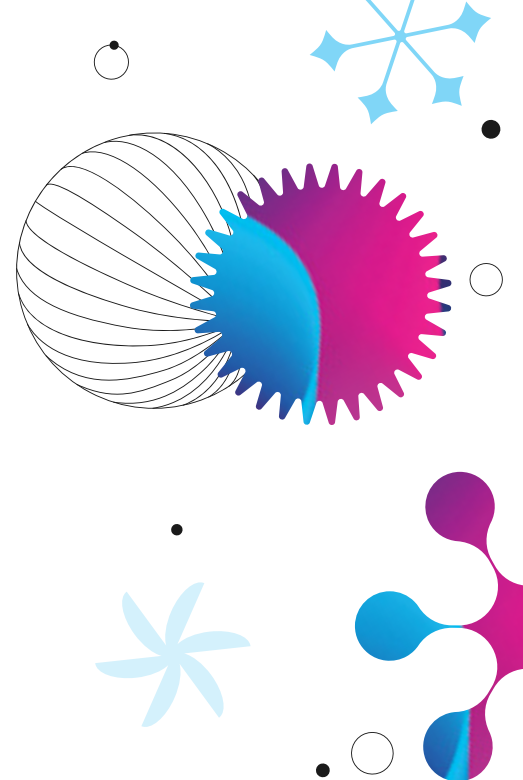
**doc. dr. Andreja Kvas, prof. zdr. vzg.**

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego*

**Alison Kogoj, dipl. m. s.**

*ABILI, Alison Kogoj s.p.*

**mencinger.tjasa@gmail.com**



**Ključne besede:** mobilne aplikacije, naravna plodnost, metode naravnega načrtovanja družine

## IZVLEČEK

**Uvod:** Metode naravnega načrtovanja družine z opazovanjem in vrednotenjem bioloških indikatorjev plodnosti paru omogočajo prepoznati plodne dni v namen odlaganja ali doseganja zanositve. Namen prispevka je opisati metode naravnega načrtovanja družine, opredeliti najprimernejše mobilne aplikacije za posamezne metode naravnega načrtovanja družine, ter opredeliti njihovo zanesljivost.

**Metode:** Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom tuje in domače znanstvene ter strokovne literature v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL with full text, MEDLINE, ERIC, Cochrane library in na spletnem portalu DiKUL. V pregled in analizo smo vključili 14 tujih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov.

**Rezultati:** Mobilne aplikacije so kot pripomoček pri naravnem načrtovanju družine vse bolj priljubljene. V mobilnih aplikacijah se največkrat uporabljajo temperaturna metoda, simptomermalna metoda, koledarska metoda in metoda standardnih dni. Najbolj zanesljive mobilne aplikacije so bile na podlagi simptomermalne metode in metode standardnih dni. Zanesljivost mobilnih aplikacij je po raziskavah nekaterih avtorjev dobra, drugi menijo, da ni.

**Razprava in zaključek:** Zaradi povečanega števila mobilnih aplikacij na področju reproduktivnega zdravja uporaba metod naravnega načrtovanja družine narašča. V sodobnem svetu se mobilne aplikacije na področju reproduktivnega zdravja hitro razvijajo. V prihodnje bi bilo potrebno preučiti še več mobilnih aplikacij kot pripomočkov pri naravnem načrtovanju družine in dati večji pomen medicinskim sestram pri tovrstnih naprednih tehnologijah.

**Key words:** mobile applications, natural fertility, methods of natural family planning

## ABSTRACT

**Introduction:** Natural family planning methods by observing and evaluating biological indicators of fertility allow the couple to identify fertile days in order to delay or achieve conception. The purpose of the paper is to describe natural family planning methods, to define the most suitable mobile applications for individual natural family planning methods, and to define their reliability.

**Methods:** We used a descriptive work method with a review of foreign and domestic scientific and professional literature in the following databases: CINAHL with full text, MEDLINE, ERIC, Cochrane library and on the DiKUL online portal. We included 14 foreign original and transparent scientific articles in the review and analysis.

**Results:** Mobile applications are increasingly popular as an aid in natural family planning. In mobile applications, temperature method, symptothermal method, calendar method and standard day method are most often used. The most reliable mobile applications were based on the symptothermal method and the standard days method. According to research by some authors, the reliability of mobile applications is good, while others believe that it is not.

**Discussion and conclusion:** Due to the increase in the number of mobile applications in the field of reproductive health, the use of natural family planning methods is increasing. In the modern world, mobile applications in the field of reproductive health are developing rapidly. In the future, it would be necessary to study more mobile applications as aids in natural family planning and to give greater importance to nurses in such advanced technologies.

## Uvod

Metode, ki temeljijo na ozaveščanju plodnosti, so metode naravnega načrtovanja družine (NND). NND temelji na identifikaciji ženskih plodnih dni, ki jih določimo s biološkimi označevalni plodnosti, in sicer: sluz materničnega vratu, lega materničnega vratu, bazalna temperatura (Smoley & Robinson, 2012), sprememba sline (Saibaba, Srinivasan, Aarthy, Silambarasan, & Archunan, 2017) in hormonske spremembe (Mihm, Gangooly, & Muttukrishna, 2011). Pari lahko metode uporabljajo za odlaganje ali doseganje zanositve (Frank-Herrmann et al., 2007). Poznamo pet glavnih metod NND: koledarski izračun (predvidi plodno obdobje glede na dolžino prejšnjih menstrualnih ciklov), merjenje bazalne telesne temperature (identifikacija konca ovulacije z dvigom bazalne temperature), spremljanje sluzi materničnega vratu – Billingsova metoda (napove začetek in konec plodnega obdobja, glede na sluz materničnega vratu), simptome termalna metoda (kombinacija Billingsove metode in merjenja bazalne telesne temperature) in laktacijska amenoreja (zaviranje ovulacije z aktivnim dojenjem do pol leta po porodu) (Smoley & Robinson, 2012).

Trenutno živimo v času razvoja tehnologije, zato je v zadnjih letih naraslo število mobilnih aplikacij za beleženje menstruacijskih ciklov (Faust et al., 2019). Uporaba mHealth tehnologije narašča na področju reproduktivnega zdravja in načrtovanja družine (Peterson & Kay Fok, 2019). Njihova bistvena naloga je beleženje menstruacijskih ciklov ter, da predvidijo ženske plodne dni (Stanford, Willis, Hatch, Rothman & Wise, 2020). Na trgu je na voljo na desetine aplikacij za plodnost, zato morajo biti ženske izjemno pazljive, katero mobilno aplikacijo kot pripomoček za NND si izberejo (Summer Starling, Kandel, Haile, & Simmons, 2018).

## Namen in cilji

Namen prispevka je opisati metode NND, opredeliti najprimernejše mobilne aplikacije za posamezne metode NND, ter opredeliti njihovo zanesljivost. Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanji (RV) :

- Katere mobilne aplikacije so najprimernejše za posamezne metode NND?
- Ali so mobilne aplikacije zanesljiv pripomoček pri metodah NND?

## Metode

Uporabljena je metoda pregleda tuje in domače znanstvene ter strokovne literature.

Iskanje literature smo opravili v naslednjih podatkovnih bazah: CINAHL with full text, MEDLINE, ERIC, Cochrane library ter spletnem portalu DiKUL. Za iskanje ustrezne literature smo uporabili naslednje ključne besede v angleškem jeziku: natural family planning, family planning, mhealth, natural family planning IN apps, family planning IN apps, in v slovenskem jeziku: naravno načrtovanje družine, načrtovanje družine IN mobilne aplikacije, mobilne aplikacije. Med vključitvenimi kriteriji iskanja literature smo upoštevali jezik, vrsta članka, časovna omejitev objavljenega članka, dostopnost članka, vsebina naslova in izvlečka ter enovitost. Pregledali smo izvlečke pridobljenih člankov in jih na podlagi teh izključili glede na neprimerno vsebino, relevantnost in ujemanje s trditvami, ki jih želimo preveriti. Če smo uporabili literaturo, starejšo od 10 let, smo upoštevali te naštetje kriterije.

## Rezultati

V pregled literature smo vključili 11 izvirnih in 3 pregledne znanstvene članke, ki so bili skladni s postavljenimi kriteriji. Med iskanjem literature smo opazili, da je področje uporabe mobilnih aplikacij kot pripomočkov pri NND v primerjavi s tujino v Sloveniji še zelo neraziskano, zato smo v pregled vključili le tujo literaturo. V tabeli 1 so prikazane glavne karakteristike raziskav, ki so zajete v pregled in analizo literature na področju mobilnih aplikacij pri NND.

**Tabela 1: Značilnosti raziskav, vključenih v analizo**

<i>Avtor, leto in država</i>	<i>Tipologija raziskave</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
<b>Berglund Scherwitzl et al., 2015, Švedska</b>	Kvantitativna retrospektivna raziskava.	Ocena sposobnosti spletne in mobilne aplikacije NaturalCycles za prepoznavo ženskih plodnih dni in ovulacije.	317 žensk, starih med 18 do 39 let.	Aplikacija se je izkazala za zanesljivo, saj prepozna ženske plodne dni in ovulacijo.
<b>Berglund Scherwitzl et al., 2017, Švedska</b>	Kvantitativna prospektivna opazovalna raziskava.	Ocena zanesljivosti mobilne aplikacije Natural Cycles s Pearl Indexom.	22 785 uporabnic Natural Cycles aplikacije.	Od 100 žensk jih je pri tipični uporabi aplikacije Natural Cycles zanosilo 6,8 %, pri popolni uporabi pa 1 %.
<b>Bull et al., 2019a, Združene države Amerike</b>	Kvantitativna prospektivna opazovalna raziskava.	Raziskati zanesljivost aplikacije Natural Cycles v primerjavi z predhodnim kontracepcijskim sredstvom in oceniti vpliv prehoda z drugih metod na uporabo aplikacije Natural Cycles.	16 331 uporabnic Natural Cycles aplikacije.	Zanesljivost uporabe aplikacije Natural Cycles je pogojena z predhodnim kontracepcijskim sredstvom. Ženske, ki so prej uporabljale kondome, so imele manj možnosti za zanositev kot tiste, ki so uživale hormonsko kontracepcijo.
<b>Bull et al., 2019b, Združene države Amerike</b>	Kvantitativna retrospektivna raziskava.	Opis karakteristik menstrualnega cikla s podatki iz aplikacije in raziskati povezave med menstrualnim ciklom in dolžino cikla, starosti ženske in indeksom telesne mase (ITM).	124 648 uporabnic Natural Cycles aplikacije.	Povprečna dolžina folikularne faze cikla je bila 16,9 dneva, lutealne faze pa 12,4 dneva. Povprečna dolžina cikla se je zmanjšala za 0,18 dneva in povprečna dolžina folikularne faze se je zmanjšala za 0,19 dneva na leto pri ženskah, starih od 25 do 45 let. Povprečna sprememba dolžine cikla je bila za 0,4 dneva pri ženskah z ITM nad 35 v primerjavi z ženskami z ITM 18,5–25.
<b>Duane et al., 2016, Združene države Amerike</b>	Kvantitativna presečna raziskava študija z ocenjevalno lestvico, povzeto po Family Practice Management za ocenjevanje zdravstvenih aplikacij.	Ocena mobilnih aplikacij s pomočjo ocenjevalnega pripomočka (10 kriterijev).	39 mobilnih aplikacij.	Pri vseh, razen simptomermalni metodi se je vsaj ena mobilna aplikacija izkazala kot visoko zanesljiva.
<b>Freis et al., 2018, Nemčija</b>	Kvantitativna presečna raziskava z ocenjevalno lestvico.	Ocena zanesljivosti mobilnih aplikacij, ki temeljijo na dolžini prejšnjih menstruacijskih ciklov.	12 mobilnih aplikacij.	3 od 12 mobilnih aplikacij, vključenih v raziskavo, je po ocenjevalnih kriterijih doseglo zadostno število točk, ki so se izkazale kot zanesljive.
<b>Haile et al., 2018, Združene države Amerike</b>	Kvantitativna raziskava, študija primera.	Uspešnost promocije mobilne aplikacije CycleBeads v 7 različnih državah.	Mobilna aplikacija CycleBeads	Mobilna aplikacija je bila prenesena 356,520-krat, kar pomeni, da je bila promocija uspešna. Veliko žensk se je z naravno metodo po prenosu aplikacije srečalo prvič.
<b>Halsall et al., 2017, Združene države Amerike</b>	Kvalitativna raziskava, študija primera.	Opisati izkušnje, pridobljene med razvojem mobilne aplikacije QFP App v operacijskih sistemih iOS in Android na osnovi nacionalnih priporočil za načrtovanje družine.	Mobilna aplikacija QFP App.	69 zdravstvenih delavcev je testiralo prototip aplikacije. Zdravstvenim delavcem svetujejo, da za razvoj mobilne aplikacije uporabljajo timsko delo in se usmerijo v računalniške inčice aplikacij za tiste, ki jim mobilne aplikacije v praksi niso dostopne.
<b>Hutcherson et al., 2019, Združene države Amerike</b>	Sistematični pregled literature, s kvantitativno raziskavo.	Pregled literature in ocena mobilnih aplikacij s ocenjevalno lestvico Applications Scoring System iz dveh mobilnih trgovin (Apple iTunes in Google Play).	14 brezplačnih mobilnih aplikacij.	Število možnih točk pri ocenjevalni lestvici je bilo 15, mobilne aplikacije, vključene v raziskavo, so dosegle od 9 do največ 13 točk. Orodja za ocenjevanje mobilnih aplikacij se morajo zaradi spreminjanja funkcij aplikacij konstantno razvijati.

<b>Avtor, leto in država</b>	<b>Tipologija raziskave</b>	<b>Namen raziskave</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Ključne ugotovitve</b>
<b>Johnson et al. 2018, Združene države Amerike</b>	Kvantitativna opazovalna raziskava.	Primerjava natančnega predvidevanja ovulacije s pomočjo mobilnih aplikacij (koledarska metoda) in LH hormona v urinu.	949 žensk, starih od 18 do 50 let.	Točnost ovulacije s pomočjo aplikacij ni presegala 21 %. Dan ovulacije v ciklu se z vsako menstruacijo spreminja, zato mobilne aplikacije, ki temeljijo na dolžini cikla, ne morejo predvideti ovulacije.
<b>Kleinschmidt et al. 2019, Švedska</b>	Kvantitativna raziskava, študija primera.	Primerjati zanesljivost ugotavljanja plodnih dni med mobilno aplikacijo Natural Cycles in koledarskimi metodami (Rhythm Method in Standard Days Method).	42,579 uporabnic, starih med 18 in 45 let.	Aplikacija NaturalCycles ima v povprečju 12. ciklov le 0,15 % napačno predvidenih plodnih dni v ciklu – največkrat 5 dni pred ovulacijo. Kar pomeni, da je možnost za zanositev 2,4 %. Aplikacija NaturalCycles ima nižji Pearl Index kot druge metode, uporabljene v raziskavi.
<b>Moglia et al., 2016, Združene države Amerike</b>	Sistematični pregled literature.	Predstaviti mobilne aplikacije za beleženje menstruacijskega cikla in ugotoviti njihovo točnost, uporabnost in predstaviti, kaj ponujajo.	108 brezplačnih mobilnih aplikacij.	Večina brezplačnih mobilnih aplikacij za beleženje menstruacijskega cikla je netočna. 20 od 108 vključenih aplikacij so opredelili kot točne.
<b>Peterson, Kay Fok, 2019, Združene države Amerike</b>	Pregled literature.	Pregledati najnovejšo literaturo o mobilnih zdravstvenih aplikacijah.	12 mobilnih aplikacij.	S pregledom literature so ugotovili, da so potrebne nadaljne raziskave za oceno mobilnih zdravstvenih aplikacij, ki bi jih pacientke lahko zanesljivo uporabljale.
<b>Ramesh, Chandrababu, 2017, Indija</b>	Kvantitativna kvazi eksperimentalna raziskava.	Ugotoviti znanje žensk in učinkovitost učenja metode standardnih dni po CycleBeads sistemu.	120 žensk, starih med 19 in 45 let.	Znanje in uporaba metod NDD sta se po zdravstveni vzgoji vidno izboljšala. CycleBeads sistem je učinkovita in potrebna metoda za odlaganje zanositve.

## Diskusija

S pregledom literature smo ugotovili, da je bilo največ člankov objavljenih v Združenih državah Amerike (9) in na Švedskem (3), eden v Nemčiji in eden v Indiji. Ugotovili smo, da so po mnenju različnih avtorjev mobilne aplikacije kot pripomoček pri NND vse bolj priljubljene na področju reproduktivnega zdravja in načrtovanja družine. Vse večje število mobilnih aplikacij je posledično povečalo zavest oziroma zanimanje za te metode načrtovanja družine. Klasičen sistem beleženja bioloških sprememb se opušča in se jih nadomešča z novo tehnologijo in elektronskimi napravami.

S pregledom literature smo ugotovili, da se v mobilnih aplikacijah največkrat uporablja temperaturna metoda (Bull, Rowland & Lundberg, 2019a; Bull et al., 2019b; Peterson & Kay Folk, 2019; Freis et al., 2018; Berglund Scherwitzl, Lindén Hirschberg, Scherwitzl & 2015), simptotermalna metoda (Freis et al, 2018; Duane, Contreras, Jensen & White, 2016), koledarska metoda (Freis et al., 2018; Johnson, Marriott & Zinaman, 2018) in metoda standardnih dni (Kleinschmidt, Bulla & Lavorinia, 2019; Haile, Fultz, Simmons & Shelus, 2018; Ramesh & Chandrababu, 2017). Mobilne aplikacije, ki temeljijo na podlagi metode opazovanja maternične sluzi (Bilingsova metoda) in laktacijske amenoreje pa v raziskovanju ni vključila nobena od analiziranih raziskav. Od teh naštetih metod je bila simptotermalna metoda med mobilnimi aplikacijami najbolj primerna metoda za uporabo pri NND. Najbolje ocenjene mobilne aplikacije so bile: Lady Cycle, myNFP, Lily (Freis et al., 2018), Ovulation Mentor, Sympto.org, iCycleBeads, LilyPro, Lady Cyle in mfNFP.net (Duane et al., 2016). Med raziskovanjem temperaturne metode se je v velikem številu raziskav pojavila mobilna aplikacija Natural Cycles, ki so jo Freis et al. (2018) spoznali kot neprimerno za uporabo. V kolikor se natančno uporablja v kombinaciji beleženja bazalne telesne temperature, sluzi materničnega vratu in rezultata ovulacijskega testa, pa je bila spoznana kot zanesljiva (Berglund Scherwitzl et al., 2015; Berglund Scherwitzl et al., 2017; Bull et al., 2019a; Bull et al., 2019b). Za metodo standardnih dni smo kot najprimernejšo mobilno aplikacijo spoznali aplikacijo CycleBeads, v kolikor ženske upoštevajo pravilo abstinence med 8. in 19. dnem cikla ter imajo redne dolžine cikla ne na manj kot 26 dni ali več kot 32 dni. (Haile et al., 2018). Ugotovili smo, da večina mobilnih aplikacij s koledarsko metodo NND uporabnicam napove le približen dan ovulacije glede na izračun dolžine prejšnjih ciklov, zato svetujemo, da naj se jim pari izogibajo (Johnson et al., 2018).



Med raziskovanjem same zanesljivosti mobilnih aplikacij kot pripomočka pri NND smo ugotovili, da se jih različno ocenjuje. V nekaterih od raziskav so uporabljali Pearl Index kategorizacijo, ki nam pove število zanositev na 100 žensk ob popolni uporabi in tipični uporabi metode oziroma mobilne aplikacije. V nekaterih od raziskav so preučevali Applications Scoring System, ki nam na podlagi 12 kriterijev pove, kakšna je zanesljivost mobilnih aplikacij za beleženje menstruacijskega cikla (Hutcherson, Cieri-Hutcherson, Donnelly, Feneziani & Grisanti, 2019; Moglia, Nguyen, Chyjek, Chen & Castaño, 2016). Nekateri avtorji pa so po ameriških priporočilih Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U. S. Office of Population Affairs testirali mobilne aplikacije na trgu (Halsall et al., 2017). Ker nobena mobilna aplikacija ni ustrezala ameriškim priporočilom, so Halsall et al. (2017) naredili mobilno aplikacijo QFP App.

Ugotovili smo, da je zanesljivost mobilnih aplikacij kot pripomoček pri NND odvisna od same mobilne aplikacije, kako se jo uporablja in upošteva pravila metod NND. Nadalje, da večina mobilnih aplikacij ni primernih za preprečevanje nosečnosti: ne držijo se načel NND, ne omogočajo predvidevanja plodnih dni, so nezanesljive ali ne delujejo (Bull et al., 2019a; Bull et al., 2019b). Kot omejitve pregleda literature, bi izpostavili različne metode dela, ki so bile uporabljene v raziskavah, izvedene na različno velikem vzorcu in različnih mobilnih aplikacijah, kar lahko vpliva na kakovost pregleda literature. Omejitev predstavlja pomanjkanje raziskav o mobilnih aplikacijah po metodi opazovanja maternične sluzi (Bilingsova metoda) in laktacijske amenoreje kar pomeni, da na RV 1 nismo mogli odgovoriti v celoti. V Sloveniji raziskav, ki vključujejo uporabo mHealth tehnologije oziroma mobilnih aplikacij kot pripomočkov pri NND, nismo našli, zato bi bilo v prihodnje treba preučiti tudi to.

## Zaključek

Metode NND so ženskam in/ali parom še danes neznanke, zato jim posledično ne zaupajo in jih ne uporabljajo. Pari jih tako lahko uporabljajo v namen odlaganja ali doseganja zanositve. Zaradi povečanega števila mobilnih aplikacij pari vse pogosteje uporabljajo metode NND. Mobilne aplikacije se na področju reproduktivnega zdravja hitro razvijajo, saj postajajo vse bolj dostopne in neizogibne. Na raziskovalni vprašanji, ki smo si jih zastavili, smo delno odgovorili, saj je premalo literature, s katere bi lahko izvedeli katere mobilne aplikacije so najprimernejše za posamehne metode. Glede na to, da slovenske literature s tega področja nismo našli, lahko smatramo, da so pri nas metode NND in mobilne aplikacije zelo malo znane. Zato bi bilo na področju mobilnih aplikacij kot pripomočkov pri NND pri nas potrebno obsežnejše nadaljnje raziskovanje. Prav tako bi bilo treba o mobilnih aplikacijah za NND v večji meri ozaveščati celotno slovensko populacijo, zlasti zdravstvene delavce med formalnim in neformalnim izobraževanjem in mladino v sklopu spolne vzgoje.

## Literatura

- Abaza, H., & Marschollek, M. (2017). mHealth application areas and technology combinations. A comparison of literature from high and low/middle income countries. *Methods of information in medicine*, 56(7), e105–e22. <https://doi.org/10.3414/ME17-05-0003>
- Akamike, IC., Okedo-Alex, IN., Madubueze, UC., Umeokonkwo, CD. (2019). Does community mobilisation improve awareness, approval and uptake of family planning methods among women of reproductive age in Ebonyi State? Experience from a quasi-experimental study. *The Pan African medical journal*, 33, 17. <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.17.17401>
- Berglund Scherwitzl, E., Lindén Hirschberg, A., Scherwitzl, R. (2015). Identification and prediction of the fertile window using Natural Cycles. *European journal of contraception and reproductive health care*, 20(5), 403–8. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.988210>
- Berglund Scherwitzl, E., Lundberga, O., Kopp Kallnerb, H., Gemzell Danielssonc, K., Trusselld, J., Scherwitzla, R. (2017). Perfect-use and typical-use Pearl Index of a contraceptive mobile app. *Contraception*, 96(6), 420–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.08.014>
- Bull, J., Rowland, S., Lundberg, O., Berglund-Scherwitzl E., Gemzell-Danielsson, K., Trussell, J., & Scherwitzl, R. (2019a). Typical use effectiveness of Natural Cycles: postmarket surveillance study investigating the impact of previous contraceptive choice on the risk of unintended pregnancy. *British Medical Journal medicine*, 9, e026474. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026474>
- Bull, JR., Rowland, SP, Berglund Scherwitzl, E., Scherwitzl, R., Gemzell Danielsson, K., Harper, J. (2019b). Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *Nature partner journals digital medicine Digital medicine*, 2, 83. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0152-7>
- Chen, W. (2019). Thermometry and interpretation of body temperature. *Biomedical engineering letters*, 9(1), 1–17. <https://doi.org/10.1007/s13534-019-00102-2>
- Daly, DK., Richárd, E., Hilgers, TW. (2019). A quantitative self-assessment of seminarians' response to a curriculum addition on marriage, sexuality, FertilityCare, and Naprotechnology: The Kenrick–Glennon Experience (2006–2015). *The Linacre quarterly*, 86(1), 83–8. <https://doi.org/10.1177/0024363918813126>
- Duane, M., Contreras, A., Jensen, ET., White, A. (2016). The performance of fertility awareness-based method apps marketed to avoid pregnancy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 29(4), 508–11. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.04.160022>
- Fabic, MS., & Choi, Y. (2013). Assessing the quality of data regarding use of the lactational amenorrhea method. *Studies in family planning*, 44(2), 205–21. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2013.00353.x>
- Faust, L., Bradley, D., Landau, E., Noddin, K., Farland, LV., Baron, A., & Wolfberg, A. (2019). Findings from a mobile application-based cohort are consistent with established knowledge of the menstrual cycle, fertile window, and conception. *Fertility and sterility*, 112(3), 450–7. e3. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.05.008>

- Fehring, R.J. (2004). The future of professional education in natural family planning. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 33(1), 34–43. <https://doi.org/10.1177/0884217503258549>
- Fehring, R.J. (2017). Effectiveness of a natural family planning service program. *Maternal child nursing, the American journal of maternal child nursing American journal of maternal child nursing*, 42(1), 43–9. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000296>
- Fehring, R.J., & Manhart, MD. (2021). Natural family planning and marital chastity: the effects of periodic abstinence on marital relationships. *The Linacre quarterly*, 88(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/0024363920930875>
- Fehring, R.J., Schneider, M., Raviele, K., Barron, ML. (2007). Efficacy of cervical mucus observations plus electronic hormonal fertility monitoring as a method of natural family planning. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 36(2), 152–60. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.000129.x>
- Ferreira Moura, ER., Lima de Freitas, G., Bezerra Pinheiro, AK., Tavares Machado, MM., Magalhães da Silva, R., Venicios de Oliveira Lopes, M. (2011). Lactational amenorrhea: nurses experience and the promotion of this alternative method of contraception. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(1), 39–45.
- Foster, C., & Al-Zubeidi, H. (2018). Menstrual irregularities. *Pediatric annals*, 47(1), e23–e8. <https://doi.org/10.3928/19382359-20171219-01>
- Frank-Herrmann, P, Heil, J., Gnath, C., Toledo, E., Baur, S., Pyper, C. ...Freundl, G. (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human reproduction*, 22(5), 1310–9. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem003>
- Freis, A., Freundl-Schütt, T., Wallwiener, L., Baur, S., Strowitzki, T., Freundl, G., & Frank-Herrmann, P. (2018). Plausibility of menstrual cycle apps claiming to support conception. *Frontiers in Public Health*, 3(6), 1–9. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00098>
- Freundl, G., Frank-Herrmann, P, Brown, S., Blackwell, L. (2014). A new method to detect significant basal body temperature changes during a woman's menstrual cycle. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 19(5), 392–400. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.948612>
- Freundl, G., Sivin, I., Batár, I. (2010). State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 15(2), 113–23. <https://doi.org/10.3109/13625180903545302>
- Gambier-Ross, K., McLernon, DJ., Morgan, HM. (2018). A mixed methods exploratory study of women's relationships with and uses of fertility tracking apps. *Digital health*, 4, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2055207618785077>
- Gavin, L., Moskosky, S., Carter, M., Curtis, K., Glass, E., Godfrey, E. ... Zapata, L. (2014). Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. office of population affairs. *Recommendations and reports*, 63(RR-04),1–54. Retrieved September 7, 2021 from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6304a1.htm>
- Haile, LT, Fultz, HM., Simmons, RG., Shelus, V. (2018). Market-testing a smartphone application for family planning: assessing potential of the CycleBeads app in seven countries through digital monitoring. *Mhealth*, 23;4:27. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.06.07>
- Halsall, V., Rogers, J., Witt, J., Song, S., Nguyen, HDH., Kelly, P. (2017). Development of a mobile app for family planning providers. *Maternal child nursing, the American journal of maternal child nursing*, 42(5), 263–8. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000354>
- Händela, P., & Wahlström, J. (2019). Digital contraceptives based on basal body temperature measurements. *Biomedical signal processing and control*, 52, 141–51. <https://doi.org/10.1016/j.bspc.2019.04.019>
- Htet Htet, O., Mya Thanda, S., Ohn, M., Aye, A. (2016). Assessment of premenstrual syndrome among reproductive aged Myanmar women. *Asian journal of medical sciences*, 7(4), 39–43. Retrieved April 24, 2020 from <https://www.nepjol.info/index.php/AJMS/article/view/13298>
- Hutcherson, TC., Cieri-Hutcherson, NE., Donnelly, PJ., Feneziani, ML., Grisanti, KMR. (2019). Evaluation of mobile applications intended to aid in conception using a systematic review framework. *The Annals of pharmacotherapy*, 54(2), 178–86. <https://doi.org/10.1177/1060028019876890>
- Johnson, S., Marriott, L., Zinaman, M. (2018). Can apps and calendar methods predict ovulation with accuracy? *Current medical research and opinion*, 34(9), 1587–94. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1475348>
- Kawamori, A., Fukaya, K., Kitazawa, M., Ishiguro, M. (2019). A self-excited threshold autoregressive state-space model for menstrual cycles: Forecasting menstruation and identifying within-cycle stages based on basal body temperature. *Statistics in medicine*, 38(12), 2157–70. <https://doi.org/10.1002/sim.8096>
- Kelsey, S. (2017). Methods of contraception: the nurse's role in providing care and advice. *Nursing standard*, 32(13), 52–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11038>
- Kleinschmidt, TK., Bulla, JR., Lavorinia, V. (2019). Advantages of determining the fertile window with the individualised Natural Cycles algorithm over calendar-based methods. *European journal of contraception and reproductive health care*, 24(6), 457–63. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1682544>
- Kursun, Z., Cali, S., Sakarya, S. (2014). The standard days method: efficacy, satisfaction and demand at regular family planning service delivery settings in Turkey. *European journal of contraception and reproductive health care*, 19(3), 203–10. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.890181>
- Manhart, MD. (2012). Natural family planning instruction as a marriage requirement a retrospective analysis of the first two years' experience in the diocese of covington. *The Linacre quarterly*, 79(4), 487–98. <https://doi.org/10.1179/002436312804827136>
- Manhart, MD., & Fehring, R.J. (2018). The state of the science of natural family planning fifty years after Humane Vitae: a report from NFP scientists' meeting held at the us conference of catholic bishops, april 4, 2018. *The Linacre quarterly*, 85(4), 339–47. <https://doi.org/10.1177/0024363918809699>
- McCartney, PR. (2016). Nursing practice with menstrual and fertility mobile apps. *Maternal child nursing, the American journal of maternal child nursing*, 41(1), 61. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000202>
- Mihm, M., Gangooly, S., Muttukrishna, S. (2011). The normal menstrual cycle in women. *Animal reproduction science*, 124(3–4), 229–36. <https://doi.org/10.1016/j.anireprosci.2010.08.030>
- Moglia, ML., Nguyen, HV., Chyjek, K., Chen, KT., Castaño, PM. (2016). Evaluation of smartphone menstrual cycle tracking applications using an adapted applications scoring system. *Obstetrics & Gynecology*, 127(6), 1153–60. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001444>
- Monis, CN., & Tetrokalashvili, M. (2021). Menstrual cycle proliferative and follicular phase. *StatPearls.*, StatPearls Publishing; Treasure Island (FL), 2021 Jan.

Navodilo o spremembah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2000). Uradni list RS, št. 26 (24. 3. 2000). Retrieved from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2000-01-1164?sop=2000-01-1164>

Panzetta, S., & Shawe, J. (2013). Lactational amenorrhoea method: the evidence is there, why aren't we using it? *The journal of family planning and reproductive health care*, 39, 136–8. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2012-100493>

Peterson, SF., & Kay Fok, W. (2019). Mobile technology for family planning. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 31(6), 459–63. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000578>

Ramesha, J., & Chandrababu, R. (2018). Community-based educational intervention on necklace method as a natural family planning amongst reproductive age group women in India. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.009>

Saibaba, G., Srinivasan, M., Aarth, AP, Silambarasan, V., Archunan, G. (2017). Ultrastructural and physico-chemical characterization of saliva during menstrual cycle in perspective of ovulation in human. *Drug discoveries and therapeutics*, 11(2), 91–7. <https://doi.org/10.5582/ddt.2017.01008>

Schneider, M., & Fehring, R.J. (2012). Descriptive statistical evaluation of the standard days method of family planning. *The Linacre quarterly*, 79(4), 460–73. <https://doi.org/10.1179/002436312804827064>

Schwandt, HM., Creanga, AA., Danso, KA., Adanu, RMK., Agbenyega, T., Hindin, MJ. (2013). Group versus individual family planning counseling in Ghana: a randomized, noninferiority trial. *Contraception*, 88(2), 281–8. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.03.008>

Serrano-Rivera, M. (2016). The all natural family planning training manual. *The Republic of the Philippines: Department of health*, 1–244.

Simmons, RG., & Jennings, V. (2019). Fertility awareness-based methods of family planning. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 66, 68–82. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.003>

Sinai, I., Lundgren, RL., Gribble, JN. (2012). Continued use of the standard days method. *The journal of family planning and reproductive health care*, 38(3), 150–6. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2011-100097>

Smoley, BA., & Robinson, CM. (2012). Natural family planning. *American family physician* 86(10): 924–8. Retrieved February 2, 2021 from <https://www.aafp.org/afp/2012/1115/p924-s1.html>

Stanford, JB., Smith, KR., Varner, MW. (2014). Impact of instruction in the Creighton model fertilitycare system on time to pregnancy in couples of proven fecundity: results of a randomised trial. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 28(5), 391–9. <https://doi.org/10.1111/ppe.12141>

Stanford, JB., Willis, SK., Hatch, EE., Rothman, JK., Wise, LA. (2020). Fecundability in relation to use of mobile computing apps to track the menstrual cycle. *Human reproduction*, 35(10), 2245–52. <https://doi.org/10.1093/humrep/deaa176>

Summer Starling, M., Kandel, Z., Haile, L., Simmons, RG. (2018). User profile and preferences in fertility apps for preventing pregnancy: an exploratory pilot study. *Mhealth*, 4, 21. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.06.02>

Türk, R., Terzioğlu, F., Eroğlu, K. (2010). The use of lactational amenorrhea as a method of family planning in eastern Turkey and influential factors. *Journal of midwifery & women's health*, 55(1), e1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.015>

Weis, J., & Festin, M. (2020). Implementation and scale-up of the standard days method of family planning: a landscape analysis. *Global health, science and practice*, 8(1), 114–24. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00287>

World Health Organization. (1988). *Natural family planning: a guide to provision of services*. Retrieved September 1, 2021 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39322>

World Health Organization. (2012). *A guide to family planning for community health workers and their clients*. Retrieved February 17, 2021 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44882>

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. (2018). *Family planning a global handbook for providers*. Updated 3rd edition 2018. Retrieved February 17, 2021 from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fp-global-handbook/>

# OBPORODNA BABIŠKA OBRAVNAVE ŽENSK Z IZKUŠNJO SPOLNE ZLORABE

## MIDWIFERY CARE DURING CHILDBIRTH OF WOMEN WITH A HISTORY OF SEXUAL ABUSE

Klavdija Slapar, dipl. bab., mag. zak. in druž. štud., spec. ZDT  
Inštitut Ataleya

info@ataleya-svetovanje.com

**Ključne besede:** babištvo, nasilje, porod, žrtev

### IZVLEČEK

**Uvod:** Ženske z izkušnjo spolne zlorabe sodijo med ranljive skupine prebivalstva. Spolna zloraba v otroštvu vpliva tudi na izkušnjo poroda, zato se pri svojem delu s posledicami spolnega nasilja srečujejo in soočajo tudi diplomirane babice. Namen prispevka je narediti pregled najnovejših in drugih pomembnih raziskav babiške in zdravstvene obravnave v povezavi z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu ali mladostništvu, prikaz pomena kakovostne ter na travmo ozaveščene babiške obravnave žensk (ang. trauma informed care of women).

**Metode:** Opravljen je bil pregled literature, ki obsega pregled domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja babiške in zdravstvene obravnave, spolnih zlorab ter vpliva spolnih zlorab na nosečnost, porod in poporodno obdobje. Viri so bili preko slovenskih in tujih bibliografskih podatkovnih baz ter iskalnikov kot so: CINAHL, Cochrane, PubMed, Google učenjak, Google Books, ScienceDirect, DiKUL, Cobiss ter Digitalne knjižnice Slovenija.

**Rezultati:** Izkušnja spolne zlorabe žensk v otroštvu lahko pomembno vpliva na porodni proces. Diplomirane babice pa s kakovostno, na žensko osredinjeno babiško obravnavo lahko pozitivno vplivajo na doživljanje in potek poroda pri ženski z izkušnjo spolne zlorabe.

**Diskusija in zaključek:** Ugotovili smo pomemben vpliv odnosa med žensko in babico ter uporabo primerne babiške obravnave na samo porodno izkušnjo ter porodni proces. Diplomirane babice za kakovostno delo z ženskami potrebujejo tako znanje s področja obravnave žensk s travmatičnimi izkušnjami, veščin komunikacije kot tudi sodelovanje z drugimi strokovnjaki drugih strokovnjakov.

**Key words:** midwifery, violence, childbirth, victim

### ABSTRACT

**Introduction:** Women who have experienced sexual abuse belong to vulnerable population groups. Sexual abuse in childhood also affects the experience of childbirth, so even a qualified midwife encounters and faces the consequences of sexual violence during her work. The aim was to review the latest and other relevant research on midwifery treatment in connection with the experience of sexual abuse in childhood or adolescence, to show the importance of high-quality and trauma-informed midwifery care of women.



**Methods:** A review of the literature was carried out, which included a review of domestic and foreign professional and scientific literature in the field of midwifery and health care, sexual abuse and the impact of sexual abuse on pregnancy, childbirth and the postpartum period. The sources were via Slovenian and foreign bibliographic databases and search engines such as: CINAHL, Cochrane, PubMed, Google Scholar, Google Books, Science Direct, DiKUL, Cobiss and Digital Library Slovenia.

**Results:** The experience of sexual abuse of women in childhood can significantly affect the birth process. Midwives, with high-quality, woman-centered midwifery care, can positively influence the experience and course of childbirth in a woman who has experienced sexual abuse.

**Discussion and conclusion:** We discovered that there is a significant impact of the relationship between the woman and the midwife and the use of appropriate midwifery care on the birth experience itself and the birth process. For high-quality work with women, qualified midwives need both knowledge in the field of treating women with traumatic experiences, learning communication skills as well as cooperation with other professionals.

## Uvod

Spolna zloraba je vsaka nezaželena spolna aktivnost, pri kateri storilec uporablja silo, grozi ali izkorišča dejstvo, da žrtev nima možnosti odločanja (American Psychological Association, 2021). Spolne zlorabe in druge oblike nasilja ostajajo velik problem javnega zdravstva, saj naj bi bila po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2016) vsaka tretja ženska v času svojega življenja žrtev spolne zlorabe.

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe sodijo med ranljive skupine prebivalstva. Poznamo več oblik spolne zlorabe in sicer telesno (posilstvo, vaginalna ali analna penetracija s prsti ali predmeti, ipd.), psihično (vojerizem, siljenje k ogledu pornografskega gradiva, ipd.) in verbalno (Simkin & Klaus, 2004). Znano je, da so posledice spolne zlorabe številčne ter da vplivajo na več področij življenja žrtve (Repič Slavič & Gostečnik, 2015; Smrkolj & Štolfa, 2015; Drglin, 2011; Simkin & Klaus, 2004; Bass & Davis, 1998). Zaradi slednjega je pomembno, da se v reproduktivnem obdobju ženskam z izkušnjo spolne zlorabe omogoči neprekinjena babiška obravnava (Svavarsdottir et al., 2008), ki je individualna, celostna ter občutljiva (Montgomery et al., 2015; McGregor et al., 2013; Simkin & Klaus, 2004; Wilson, 2011).

Raziskovalci (Barrios et al., 2015; Lukasse et al., 2014) ocenjujejo, da je spolno zlorabo v otroštvu doživelo od 6,4 % do 18 % evropskih nosečnic. V tem obdobju pa se ženske pogosto srečajo tudi z diplomiranimi babicami.

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu se sooča s splošnimi posledicami te travmatične izkušnje, lahko pa doživi tudi nekaj specifičnih izzivov med nosečnostjo in porodom, ki so značilne za žrtve spolne zlorabe, kot so: povišan krvni tlak, poznejši vstop v preporodno zdravstveno varstvo (Smrkolj & Štolfa Gruntar, 2015; Simkin & Klaus, 2004), preeklampsija, gestacijski diabetes, večja verjetnost za prezgodnji porod (Roberts et al., 2013; Simkin & Klaus, 2004) in večja je verjetnost, da se bo porod zaključil s carskim rezom (Repič Slavič & Gostečnik, 2015).

Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji. Prvo vprašanje je bilo: »Kaj ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu med porodom potrebujejo?« in drugo vprašanje je bilo: »Kakšna je primerna babiška obravnava porodnic z izkušnjo spolne zlorabe?«

## Metode

Naredili smo pregled literature, ki obsega pregled domače in tuje strokovne ter znanstvene literature s področja babiške in zdravstvene obravnave, spolnih zlorab ter vpliva spolnih zlorab na nosečnost in porod. Vključeni so bili viri objavljeni od leta 2012 do vključno leta 2022. Viri, ki so starejši od 10 let, so uporabljeni izjemoma zaradi njihove pomembne vloge pri prikazovanju in odkrivanju problematike, povezane s spolnimi zlorabami. Viri so bili pridobljeni s pomočjo slovenskih in tujih bibliografskih baz podatkov ter spletnih iskalnikov: CINAHL, Cochrane, PubMed, Google učenjak, Google Books, ScienceDirect, DiKUL, Cobiss ter Digitalne knjižnice Slovenija. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede: babištvo, nasilje, porod, žrtev.

## Rezultati

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu ali mladostništvu lahko med porodom doživijo t.i. »flashback-e« oziroma nezaželeno, nenadne spomine na preteklo zlorabo zaradi raznih sprožilcev kot so položaj telesa, pregledi, postopki, dotiki in besede (npr. »Sprosti se.«), ki so jih deležne med porodom (Wilson, 2011; Simkin & Klaus, 2004). Zaradi tega je pomembno, da porodnica ve, kaj ji njeno telo med porodom sporoča (Repič Slavič & Gostečnik, 2015) in da se za vsak poseg ter pregled vpraša za informiran pristanek ter da se vsak dotik, pregled in poseg napove (Simkin & Klaus, 2004).

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu si od zdravstvenih delavcev želijo, da se jih ne obravnava kot da so ranljive, da se jih posluša in predvsem si ne želijo, da se zdravstveni delavci vedejo kot rešitelji (Simkin & Klaus, 2004). Odnos med diplomirano babico in žensko naj bo enakopraven, partnerski in usmerjen k zadovoljevanju potreb pacientke (Nelson & Hampson, 2008). Ne glede na to ali diplomirana babica ve za preteklo izkušnjo zlorabe pri ženski ali ne je pomembno, da z žensko vzpostavi zaupljiv odnos saj le ta vpliva na kakovost obravnave (Montgomery et al., 2015). Wendt et al. (2011) so v svoji raziskavi ugotovili, da se zdravstveni delavci izogibajo pogovorom s pacienti o izkušnjah z zlorabo zaradi naslednjih razlogov: nimajo dovolj časa, menijo, da ne bi znali pravilno reagirati, menijo, da nimajo dovolj znanja in veščin, nimajo na voljo ustrezne podpore in/ali supervizije, nimajo primerne prostora oziroma zasebnosti, ipd.

Elfgen et al. (2017) so v svoji raziskavi ugotovili, da so ženske z izkušnjo spolne zlorabe opisovale pomanjkanje čustvene podpore s strani zdravstvenih delavcev in/ali intimnega partnerja, pomanjkanje osebnega stika z diplomirano babico in pogosteje so jih zdravstveni delavci, v primerjavi s kontrolno skupino (9,4 % proti 1,2 %), povprašali o travmatičnih preteklih izkušnjah. Ravno informiranost zdravstvenih delavcev o pretekli izkušnji spolne zlorabe pri ženskah je nekaj za kar nekateri avtorji menijo (Repič Slavič, 2015; Halvorsen et al., 2013), da zmanjša možnost za ponovno travmatizacijo žensk.

Zdravstveni delavci so v večini mnenja, da je za optimalno obravnavo ključno tudi to, da se ženskam povrne moč in nadzor (McGregor et al., 2013). Žrtve spolnih zlorab imajo lahko med porodom tendenco, da si želijo ohraniti več nadzora nad dogajanjem med porodom, ki se lahko kaže kot:

- želja po nadzoru zdravstvenih delavcev in njihovega dela. Žrtev si želi biti aktivno vključena v obravnavo in imeti možnost soodločanja, izražanja skrbi in želja;
- želja po nadzoru nad svojim telesom. Občutek nemoči in izgube nadzora, ki se lahko med porodom pojavi, je za žrtev spolne zlorabe potencialni sprožilec spominov, ki pa lahko v njej sproži različne odzive – lahko se začne upirati ali pa se disociira;
- želja po nadzoru vedenja, ki bo prisotno med porodom. Pogosto se pri ženskah med porodom pojavi strah, da bo njihovo vedenje neprimerno ali pa da bodo osramotile partnerja (Simkin & Klaus, 2004).

Svetovna zdravstvena organizacija (2003) v strategijah in tehnikah ob prvem srečanju z žrtvijo po spolni zlorabi, ki bi jih lahko v obravnavo ženske z izkušnjo spolnega nasilja v otroštvu uporabila tudi babica, navaja naslednja priporočila:

- Zdravstveni delavec se predstavi in predstavi svojo vlogo. Primer: »*Sem diplomirana babica, moja vloga je, da se z vami pogovorim o vaših željah in potrebah, ki se tičejo obravnave, vam izmerim krvni tlak.*« ipd.
- Pacientko se pozdravi po imenu in priimku, zdravstveni delavec jo vpraša kako si želi, da jo naslavlja. Ona je center njegove obravnave.
- Odnos je spoštljiv, strokoven z omejitvami glede na potrebe pacientke.
- Zdravstveni delavec naj si za svoje delo vzame čas.
- Pri poslušanju o spolni zlorabi naj bo zdravstveni delavec empatičen in naj pacientke ne obsoja.

Ko so Halvorsen et al. (2013) raziskovali vpliv pretekle spolne zlorabe na porod, so izkušnje žensk razdelili na dve kategoriji: v prvo kategorijo so bile vključene ženske, ki so med porodom podoživljale posilstvo, doživljanje posilstva; v drugo pa ženske, ki so bile med porodom ponovno travmatizirane. Ti dve kategoriji pa so razdelili še na tri podkategorije. *Reaktivacija ali podoživljanje* so razdelili na boj, predajo in beg. Večinoma so anketiranke omenjale notranji boj, ki so ga bile same s seboj med porodom. V teh primerih so zdravstvene delavce nehote v svojih mislih zamenjale s storilcem nasilja, posiljevalcem. Te ženske so se večkrat znašle tudi v konfliktu z zdravstvenim osebjem, saj slednji niso zmogli ugoditi vsem njihovim potrebam oziroma spremeniti svoje delovne rutine. Vsak dotik intimnega predela so doživljale kot invazivni postopek, predvsem kadar o teh dotikih niso bile prej obveščene. Zaradi opisanega nenehnega notranjega boja in neslišnosti s strani zdravstvenih delavcev so se ženske predale zdravstvenim delavcem v obravnavo. Tu ženske omenjajo, da so se počutile, kot da so njihove telesne in psihične občutke spregledali, zato so se podredile in prepustile njihovemu delu. Ker se ženske niso očitno upirale dodatnim intervencijam in porod po mnenju zdravstvenih delavcev ni napredoval v željenem ritmu, je večina zdravstvenih delavcev to razumela kot da ženske ne zmorejo med porodom sodelovati in so za hitrejše napredovanje poroda uporabili več postopkov

in posegov. V tem trenutku so zdravstveni delavci prevzeli nadzor nad potekom poroda in anketiranke so omenile, da so takrat pobegnile oziroma so se odtujile od svojega telesa, na dogajanje in porod so gledale od daleč. Opisovale so tudi občutek, da so zdravstveni delavci prevzeli nadzor nad njihovim telesom in dogajanjem povezanim z njem. Večina jih tudi omenja, da so se počutile kot pasivni objekt in niso imele možnosti aktivnega sodelovanja pri porodu. Anketiranke so izpostavile tudi to, da so bile obravnavane le kot objekt, ki je potreben za porod, zdravstveni delavci pa niso imeli časa zanje oziroma so bili preveč pod stresom in obremenjeni z rojstvom in njihovim zdravjem. *Ponovno travmatizacija* pa so na podlagi rezultatov razdelili na objektiviziranje, popačenost ter odtujenost od telesa. Večina sodelujočih v raziskavi še ni bila pripravljena deliti izkušenj, povezanih s posilstvom, ker so še vedno bile preplavljene z občutkom sramu, zato o tem dogodku niso želele z nikomer govoriti. Posilstvo in njegove posledice pa so ostali skriti in nepredelani. V obdobju po porodu so se počutile kot med posilstvom. Same sebe so krivile, da niso zmožne roditi, počutile so se umazane, popačeno po vsakem dotiku. Ta občutek jih je spremljal še dolgo po porodu, zaradi tega so se tudi težje soočale z izzivi materinstva. Porod so v večini dojemale kot nov napad na njihovo telo in ti občutki niso bili povezani s tem, da so rodile otroka, ampak z načinom obravnave, ki so jo prejele med porodom.

Nekateri avtorji priporočajo tudi, da se ženske in diplomirane babice že v času nosečnosti oziroma pred porodom (Montgomery et al., 2015), saj lahko s takšno prakso razvijejo pristnejši odnos in boljše je tudi zadovoljstvo z obravnavo, saj se v takem primeru lahko ženskam zagotovi na žensko osredinjena obravnava, ki je prilagojena potrebam vsake ženske oziroma individualizirana (Simkin & Klaus, 2004).

V raziskavi, kjer so raziskovali znanje in odnos diplomiranih babic v zvezi z obravnavo žensk, ki so bile spolno zlorabljene, sta Jackson & Fraser (2009) ugotovila, da se diplomirane babice ne počutijo dovolj usposobljene za prepoznavanje žrtev zlorab, da imajo vsesplošen občutek neznanja in pomanjkanja veščin, ko gre za delo z žrtvami. V okviru slovenskega projekta POND - za prepoznavo in obravnavo žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti (Cukut Krilić et al., 2015) so prišli do podobnih ugotovitev saj so v opravljeni kvalitativni raziskavi, kjer so zdravstvene delavce spraševali o izkušnjah pri delu z žrtvami nasilja, ugotovili, da je v Sloveniji vrzel na področju izobraževanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev o prepoznavi ter obravnavi nasilja v družini v sklopu zdravstvene obravnave. Na podlagi rezultatov omenjenega projekta je razvidno, da bi tudi slovenski zdravstveni delavci potrebovali dodatna znanja in veščine s področja obravnave žrtev nasilja.

## Diskusija

Zaradi vseobsegajočih posledic spolne zlorabe (Repič Slavič & Gostečnik, 2015) več avtorjev omenja, da je priporočljivo, da se ženske z diplomirano babico srečajo že v času nosečnosti, da diplomirana babica ve za preteklo izkušnjo zlorabe, da se med žensko in diplomirano babico vzpostavi zaupljiv odnos in da je diplomirana babica pri svojem delu pozorna na potencialne sprožilce nenadnih, nepričakovanih spominov na preteklo zlorabo (Simpkins 2005; Yampolsky et al., 2010). Ženske imajo zaradi izkušnje spolne zlorabe v otroštvu lahko več različnih izzivov, ki se pojavijo tekom nosečnosti ali med porodom (Repič Slavič & Gostečnik, 2015; Simkin & Klaus, 2004). Na podlagi tujin in domačih raziskav lahko zaključimo, da so tudi pri nas največji izzivi zaradi pomanjkanja znanja, izkušenj ter podpore s strani diplomiranih babicah (Cukut Krilić et al. 2015; Jackson & Fraser, 2009). Omenjeno vpliva tudi na zmanjšano možnost izvajanja na razumevanju travme osredinjeno obporodno obravnavo ženskam z izkušnjo spolne zlorabe.

Da bi diplomirana babica z žensko vzpostavila ter ohranila zaupen odnos je pomembno, da se zaveda pomena ohranjanja nadzora za žrtev, ki ženski predstavlja varnost, ter da je v nosečniško obravnavo in pripravo na porod že vključena babica, ki bo žensko tudi spremljala med samim porodom (Sperlich & Seng, 2008; Simkin & Klaus, 2004).

## Zaključek

Za vzpostavljanje kakovostne babiške obravnave bi morali omogočiti ženskam kontinuirano babiško obravnavo, varno okolje za pogovor o preteklih travmatičnih izkušnjah, poleg tega pa bi morale biti diplomirane babice in drugi zdravstveni delavci pri svojem delu pozorni na potencialne sprožilce. Prav tako bi diplomirane babice morale imeti na voljo psihoterapevko oz. nekoga za pogovor ter supervizijo, da bi se lahko lažje soočala z izzivi, ki jih sreča pri svojem delu. Predvsem pa bi za uspešno delo diplomirane babice potrebovale tudi več dodatnih izobraževanj, ki bi jih podprla pri delu z ženskami z izkušnjo spolnega nasilja. Ženske si od diplomiranih babic želijo predvsem varnega, zaupljivega odnosa, možnosti informiranega pristanka ter spoštovanja njihovih potreb.

Za ugotavljanje razmer na Slovenskem področju bi morali narediti širšo raziskavo o zadovoljstvu z babiško obravnavo pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu s pomočjo katere bi lahko oblikovali tudi klinično pot za kakovostno obravnavo žrtev spolnih zlorab v otroštvu na področju babiške dejavnosti.

## Literatura

- American Psychological Association. (2021). *Sexual abuse*. Available at: <https://www.apa.org/topics/sexual-assault-harassment> [5.10.2021].
- Barrios, Y.V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M.B., Garcio, P.J., Mascaro Sanchez, P.A., Sanchez, S.E., Williams, M.A. (2015). Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. *PLOS one*, 10(1), 1–18. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116609>.
- 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.
- Cukut Krilič, S., Smrke, U., Šimenc, J., & Vah Jevšnik, M. (2015). Raziskava Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini (POND). In J. Šimenc (ed.), *Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: Priročnik za zdravstveno osebje*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 17-20. Available at: <https://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/prirocnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [5.10.2021].
- Drglin, Z. (2011). *Spolna zloraba in materinstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at: [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/spolna\\_zloraba\\_v\\_otrostvu\\_in\\_materinstvo.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/spolna_zloraba_v_otrostvu_in_materinstvo.pdf).
- Elfgen, C., Hagenbuch, N., Görres, G., Block, E., & Leeners, B. (2017). Breastfeeding in women having experienced childhood sexual abuse. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 119–127. Available at: <https://doi.org/10.1177/0890334416680789>.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Óian, P., & Sørli, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *Birth*, 40(3), 182–191. Available at: <https://doi.org/10.1111/birt.12054>.
- Jackson, K. B., & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitude towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25(3), 253–263. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.006>.
- Lukasse, M., Schroll, A.M., Lena, E., Ryding, E.L., Campbell, J., Karro, H., Kristjandottir, H., Laanpere, M., Steingrimsdottir, T., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A.S., Wangel, A.M. (2014). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93, 669–77. Available at: <https://doi.org/10.1111/aogs.12392>.
- McGregor, K., Gautam, J., Glover, M., & Jülich, S. (2013). Health care and female survivors of childhood sexual abuse: health professionals' perspectives. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 761–75. Available at: <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.811143>.
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(15), 1–7. Available at: <https://rdcu.be/dbnf8>.
- Nelson, S., Hapmson, S. (2008). *Yes you can! Working with survivors of childhood sexual abuse*. 2nd ed. Edinburgh: The Scottish Government, 12–48.
- Repčič Slavič, T. (2015). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje* (2nd ed.). Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Repčič Slavič, T., & Gostečnik, C. (2015). The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with a history of sexual abuse. In A. Mivšek (ed.), *Sexology in midwifery*. Available at: <https://www.intechopen.com/chapters/47809>.
- Roberts, A.L., Lyall, K., Rich-Edwards, J.W., Ascherio, A., Weisskopf, M.G. (2013). Association of maternal exposure to childhood abuse with elevated risk for autism in offspring. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 508–15. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3115-3>
- Simkin, P., & 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. In J. Šimenc (ed.), *Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje* (pp. 106–12). Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije. Available at: <https://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/prirocnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0> [5.10.2021].
- Sperlich, M., & Seng, J.S. (2008). *Survivor moms: Women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse*. Eugene: Motherbaby Press.
- Svavarsdottir, E.K., Orlygsdottir, B. (2008). Identifying abuse among women: use of clinical Guidelines by nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 779–88. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04872.x>.
- World Health Organization (2016). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> [13. 2. 2016].
- World Health Organization (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf> [13. 2. 2016].
- Wendt, E.K., Marklund, B.R.G., Lidell, E.A.S., Hildingh, C.I., Westerst hl, A.K.E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse – midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27, 539–46. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.001>.
- Wilson, D.R. (2011). Preparing adult survivors of childhood sexual abuse for pregnancy, labor, and delivery. *Int J Childbirth Educ*, 26(2), 7–8. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/269699061\\_Preparing\\_adult\\_survivors\\_of\\_childhood\\_sexual\\_abuse\\_for\\_pregnancy\\_labor\\_and\\_delivery](https://www.researchgate.net/publication/269699061_Preparing_adult_survivors_of_childhood_sexual_abuse_for_pregnancy_labor_and_delivery).
- Yampolsky, L., Lev Wiesel, R., & Ben-Zion, I. Z. (2010). Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy? *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2025–37. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05387.x>.



# VPLIV ODNOSOV IZ OTROŠTVA NA VZPOSTAVITEV STIKA Z DOJENČKOM

## IMPACT OF CHILDHOOD RELATIONSHIPS ON CONTACT WITH THE INFANT

Tina Žinko, dipl. bab., spec. zakonske in družinske terapije, IBCLC  
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Perinatologija

tinazinko@gmail.com

**Ključne besede:** navezanost, družina, odnosi, svetovanje, ozdravitev

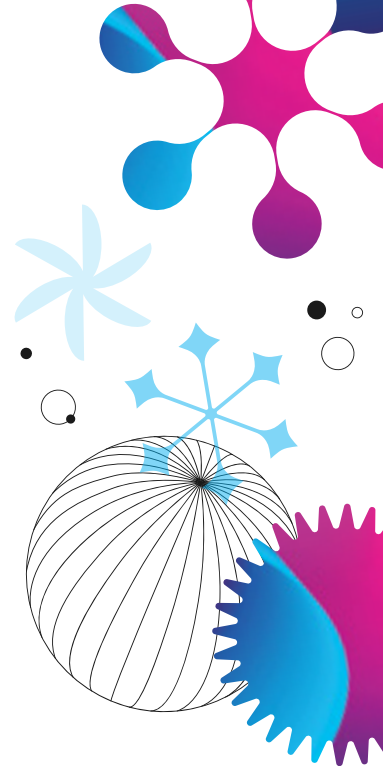
### IZVLEČEK

Otroški možgani za svoj razvoj potrebujejo vodenje odraslega. Namen prispevka se je dotakniti pomena pristnega stika staršev z dojenčkom, kako dogodki in občutja iz starševega otroštva vplivajo na njegov odziv na dojenčka ter kako lahko pomagamo staršem, ki morajo ozdraviti rane, da bi lažje vzpostavili pristen stik s svojim dojenčkom. Veliko avtorjev se ukvarja z odnosi v družini, kot bistvenim elementom razvoja osebnosti. Otroka razumejo kot nekoga, ki je odvisen od odraslih in jih nujno potrebuje ob sebi, da se nanj odzivajo, prepoznajo njegove potrebe in ga vodijo. Če so odnosi v družini varni, se možgani, posebej na področju odnosov in čustvovanja, razvijajo najbolj polno. Kožni stik takoj po porodu, sobivanje matere in otroka, dojenje na željo otroka, bistveno krepijo navezanost matere in otroka. Dojenček, ki ga nahranimo, ko je lačen, se počuti sitega, ljubljenega in spoštovanega ter zaupa, da je na varnem. Vzpostavljane navezanosti je lahko težavno za starše, ki so imeli slabe izkušnje v otroštvu. Zanimarjenost v prvih letih življenja, kot tudi težke razmere kasneje v otroštvu (nasilje, zlorabe, zavrženost), ustvarja rane, ki so zelo globoke. To pa lahko vodi v nove travme v odraslosti, nasilje v partnerskih odnosih, zlorabe, izkušnje splava... kar se lahko odraža tudi pri težjem navezovanju stika matere s svojim novorojenčkom. Človek se razvija celo življenje in lahko preseže travme iz otroštva ter uspe ustvarjati prave pristne odnose z bližnjimi. Odrasli ima možnost tudi v zdravih partnerskih odnosih ali s terapevtom osmisliti pretekle težke izkušnje. Osebno svetovanje ali programi pomoči, lahko prinesejo težko pričakovano olajšanje, ozdravitev in bolj zdrave odnose v sedanjosti.

**Key words:** attachment, family, relationships, counselling, healing

### ABSTRACT

Children's brains need adult guidance to develop. The purpose of the article is to highlight the importance of genuine contact between parents and their infant, how events and feelings from the parents' childhood affect their response to their infant, and how we can assist parents in healing their emotional wounds in order to facilitate a genuine contact with their infants. Many authors studied family relationships as an essential element of personality development. They see a child as someone who is dependent on adults and desperately needs their respond, guidance and recognition of his needs. With healthy family relationships and safe environment, the brain, especially in the area of relationships and emotion, can fully develop. Skin contacts immediately after childbirth, rooming in, breastfeeding at the child's request, significantly enhances the attachment of the mother and child. The baby we feed when he's hungry feels calmed, loved and respected and trusts that he's secured. Establishing attachment can be difficult for parents that had troublesome experiences in childhood. Early neglect as well as difficult conditions later in childhood (violence, abuse, discarding) creates wounds that are very profound. And that can lead to new traumas into adulthood - violence in partnerships, abuse, experience of abortion... which may also be reflected in challenges mother has in developing attachment to her new-born.



Man develops his whole life and can overcome childhood trauma and manage to create real genuine relationships with loved ones. Ones that experience hardship managing relationships can discuss difficult past experiences with professional therapists. Personal counselling or assistance programs can bring much-anticipated relief, recovery and healthier relationships in the present.

## Uvod

Dojenčke, ki so tako prikupni, nežni, ranljivi, sem vedno opazovala z velikim veseljem. Ob opazovanju pa sem videla, da jaz, kot zdravstveni delavec nisem pravi naslov za zmanjševanje stiske, joka, dobrega počutja dojenčka, ampak, da sta pravi naslov za to mama, oče tega otroka. Neizrekljiva so občutja ženske in moškega, ki se veseli rojstva svojega otroka in s tem tudi rojstva samega sebe kot mame ali očeta. Ponos in radost, mehko in toplina, milina in nežnost, zaščita in stabilnost... Življenje nam tako lepih, močnih občutkov v taki meri ne natrosi velikokrat. Seveda pa se ob tem prebudijo tudi naše nemoči, stiske, vprašanja, kar je popolnoma normalno, tudi če smo pripravljene na to poslanstvo (Poljanec, 2015). To poslanstvo posameznika za vedno zaznamuje, to je najgloblja in najbolj trajna preobrazba.

Kako lahko torej največ naredimo za ta drobna bitja? Kaj potrebujejo? V tem prispevku se bomo dotaknili pomena pristnega stika s starši ter nekaj iztočnic kako lahko dogodki in občutja, ki smo jih doživeli v otroštvu, vplivajo na naše odzivanje v odraslosti in kako to vpliva na vzpostavitev odnosa z dojenčkom. Dotaknili se bomo tudi, kako lahko pomagamo staršem, kam jih usmerimo, da bi ozdravili svoje rane in lahko živeli dovolj dobre odnose in vzpostavili pristen stik s svojim dojenčkom.

## Nekaj o relacijskih teorijah- v otroke usmerjeno starševstvo

Pionir novega razmišljanja o pomembnosti odnosa med otrokom in starši je bil John Bowlby (Poljanec, 2015), ki je z raziskovanjem in pisanjem opozoril na nov pogled in utemeljiv pojem varne navezanosti otroka na starše oz. skrbnike. Otroka razumejo kot nekoga, ki je odvisen od odraslih in jih nujno potrebuje ob sebi, da se nanj odzivajo, prepoznajo njegove potrebe in ga vodijo. Tako se zdravo in polno razvija. Prav tako je vedno bolj jasno razvidna podpora odsotnosti telesnega in psihičnega nasilja - ničelna toleranca do nasilja. Vsak otrok v starših spodbuja nezavedne čustvene vsebine in doživetja iz otroštva, ki so organsko vpisana v naše telo, v naš organski spomin. S tem v njih nehote odpira bolečino in stisko, vendar ob tem hkrati omogoča ozaveščanje in predelavo čustvenih vsebin, ki so bile prej še nezavedne. Relacijska teorija temelji na predpostavki, da ponavljajoči se vzorci odnosov v človeškem doživljanju, doživetja iz zgodnje mladosti in zlasti temeljni afekti, ki se pri tem ustvarjajo, se ponavljajo in ohranjajo iz temeljne potrebe po ohranitvi, povezanosti, pripadnosti osebemu svetu odnosov ter domačnosti, ki jih nudijo poznane oblike odnosov (Gostečnik, 2004).

Najboljši in tudi najbolj naraven prostor za predelavo čustvenih nezavednih vsebin je varen partnerski odnos, ki omogoča svobodno izražanje lastnih misli, občutkov in čutenj in s tem predelavo teh vsebin. Možnost zavestnega spoprijemanja s stiskami ter notranjimi konflikti in nezavednimi vsebinami pa ima le odrasel, nikoli otrok (Poljanec, 2015).

## Navezanost

Tako imenovana shema navezanosti je v bistvu povprečje tisočih izkušenj s primarnim skrbnikom, ki na nezavedni ravni postanejo napovedovalci vedenja z drugim. Aktivirajo se avtomatično in stotine milisekund preden naša zaznava sploh doseže zavest (Poljanec, 2015). Zelo pomemben, za graditev navezanosti, je način, kako starši prihajajo do otroka in kako odhajajo od njega. Način kako otrok priključuje odraslega v svojo bližino takrat, ko je v stiski, in ali ga uspe priključiti, je namreč temeljni mehanizem, ki otroku omogoči, da izoblikuje trajne in varne medosebne odnose, od katerih je odvisno njegovo preživetje.

Ainsworthova (1977 cited in Poljanec, 2015) je na osnovi dognanj v svojih raziskovalnih opazovanjih otrok in mater izluščila tri tipične oblike vedenja otrok: varno navezani otroci, ne-varno tesnobno izogibajoče se navezani, ne-varno tesnobno ambivalentno navezani. Kasneje pa so opisali še dezorganizirano navezanost.

Vzorci navezanosti so relativno trajni. Če pa se način ravnanja z otrokom spremeni, oz. se razvija in s tem spreminja, se počasi spreminja tudi vzorec navezanosti. Le ta se ob starših, ki so ob otrocih in v svojem partnerskem odnosu razvijajo, lahko dogradi v varnega (Poljanec, 2015).

## Stik z dojenčkom

Dojenček, ki ga nahranimo, ko je lačen, se počuti sitega, ljubljenega in spoštovanega in zaupa, da je na varnem. Če pa se starši odzivajo tudi na njegova čustva ve, da se nanje lahko vedno zanese (Kompan & Poljanec, 2009). Temeljna potreba vsakega novorojenčka je vzpostaviti trdno in čim bolj globoko vez z odraslim, saj je prav od te vezi odvisno tako njegovo preživetje, kot tudi smer, širina, globina in varnost njegovega razvoja.

Mati in otrok naj bosta čim več skupaj, ker to povečuje njuno navezanost. Izogibati se je potrebno nepotrebnim ločitvam. Odzivne mame, ki v zgodnjem obdobju reagirajo na otrokove potrebe in jih takoj izpolnjujejo, spodbujajo razvoj občutka varnosti pri otroku. Kožni stik takoj po porodu, sobivanje matere in otroka ter spodbujanje dojenja na željo otroka, ustrezajo kriterijem listine WHO (World health organization) in UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) »Deset korakov do uspešnega dojenja« (Hojer, 2010) in so zelo pomembne pri navezovanju stika.

Navezanost matere in otroka okrepimo z rooming-in pristopom. Otrok je hranjen takrat, ko je lačen in lažje se začne spletati čustvena vez med mamo in otrokom. Ko starši ugotovijo, da uspešno zadovoljujejo otrokove potrebe, se počutijo kompetentni in dobri skrbniki.

## Izkušnje iz otroštva

Vsak človek ima svojo osebno zgodovino, ki jo nosi s sabo. Zgodnja zanemarjenost, nasilje, zlorabe in zavrženost so rane, ki so zelo globoke. Najgloblje rane nastanejo zaradi staršev, ki bi morali otroku zagotoviti varnost.

Raziskave dokazujejo, da tudi starši, ki niso imeli dovolj dobrih staršev, lahko imajo zdrave odnose, če jim s partnerjem ali terapevtom uspe osmisliti pretekle dogodke (Poljanec, 2015). Posameznik se namreč more spreminjati vse življenje.

### **Nasilje**

V primeru telesnega nasilja v otroštvu, se to lahko kaže, kot nadaljevanje vloge žrtve v odraslih intimnih odnosih ali pa kot nadaljevanje nasilnega ravnanja do drugih, še posebej do otrok in partnerja (Gostečnik, 2004). Posledica nasilja v otroštvu je lahko tudi permisivna vzgoja svojih otrok, ki izhaja iz tega, da ti odrasli nasilja ne prenesejo, vendar pa se brez njega prav tako ne znajdejo. V tej negotovosti se na otrokove čustvene potrebe sploh ne odzivajo. To pa je način starševstva, kjer gre za zanemarjanje otrokovih potreb, kar je za njegov osebni razvoj še posebej škodljivo (Poljanec, 2015)

Vsaka prekinitev stika z otrokom, besedna, kot posmeh, zaničevanje, cinizem, negovorjenje z otrokom, telesna zloraba, šeškanje, v otroku povzročijo globok sram in zavrnitev. Posebej škodljive so te situacije v primerih, ko starši z otrokom po »incidentu« ne poiščejo otroka in ga ne umirijo. V takih primerih ostane otrok s sramom sam in se počuti vedno bolj ničvrednega in pogreznjenega vase. V primeru, ko se starši po takem pripetljaju lahko notranje umirijo in z otrokom poiščejo stik, pa se lahko posledično umiri tudi otrok in verjame, da je vreden starševske ljubezni in da je dragocen (Poljanec, 2015).

### **Spolna zloraba**

Spolna zloraba je travmatično izkustvo, ki spolno zlorabljenega zaznamuje ne glede na starost, spol, versko pripadnost in pogostost dogajanja, pa čeprav se tega ne spominja (Burke & Readon, 2019). Ni res, da česar ne vemo ne boli. Resnica je ravno obratna, prav tisto, česar ne vemo, ima še večjo moč in vpliv nad nami, ker nezavedno usmerja naše življenje. Zloraba je nedopustno dejanje za katerega ni nobenega opravičila in je zanj odgovoren VEDNO in SAMO tisti, ki zlorablja (Repič, 2008). Žrtev pa velikokrat čuti vso krivdo. Zelo pomembna je podpora in ustrezna reakcija družine ob razkritju zlorabe- če je bila ta prisotna, so poročali, da je žrtev hitreje okrevala in imela manj travmatičnih posledic (Repič, 2008).

Ženske z izkušnjo spolne zlorabe imajo lahko tudi veliko neprijetnih občutij med nosečnostjo, porodom, dojenjem, ker jih lahko ti dogodki spominjajo na zlorabo, lahko čutijo odpor, da bi dojile otroka (Repič, 2008).

Včasih se zgodi, da mora otrok skrbeti za starše- obrnjene vloge. Opazili so jih predvsem pri mamah, ki so bile kot otroci same zlorabljene, saj od otrok »pričakujejo« skrb in pozornost. Na nek način igrajo žrtve za katere je treba poskrbeti, kot so bile v resnici žrtve, kot majhne deklince. Te svoje vloge se ne zavedajo. Otroci se na svoje matere ne morejo zanesti (Burke & Reardon, 2019).

### **Splav**

V Sloveniji je splav do 10. tedna nosečnosti dovoljen na zahtevo nosečnice. Mladoletne osebe za izvedbo ne potrebujejo soglasja staršev. Leta 2021 je bilo v Sloveniji opravljenih 2.926 umetnih splavov (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022).

Za mnoge ženske je splav prelomni trenutek s posebnimi fizičnimi, čustvenimi in duhovnimi posledicami. Mnoge ženske, ki trpijo zaradi posledic opravljenega splava, povedo, da bi bile zelo vesele, če bi pred tem poznale vsa dejstva v zvezi s splavom. Dokazano je, da je splav prizadene psihično zdravje (Burke & Reardon, 2019, Zavod za pravico do življenja, ŽIV!M, 2023). Predhodni splav lahko velikokrat močno vpliva na navezovanje s kasnejšimi otroki. Rojstvo kasnejših otrok je pogosto sprožilec odzivov po splavu. Pogled na novorojenčka, dotik in njegov vonj lahko premagajo posameznikove obrambne mehanizme z ugotovitvijo »Splavila sem otroka, ki je bil tak kot ta čudoviti otrok. Kaj sem storila?« Številne raziskave so prepoznale povezavo med opravljenim splavom in poznejšo zavrnitvijo in zlorabo »načrtovanih« in »zaželenih« otrok. (Burke & Reardon, 2019).

## Oblike pomoči

Travme v človekovi osebnosti pustijo rane, kar lahko vpliva tudi na kasnejše starševstvo, zato poskusimo pomagati staršem, da bi se soočili s travmo in lahko v veselju prevzeli vlogo starša. Zapisanih je nekaj kontaktov za individualne, partnerske, družinske in skupinske terapije.

Nekaj kontaktov:

- Frančiškanski družinski inštitut; Prešernov trg 4, Ljubljana
- Sočutje, zakonske in družinske terapije; Nazorjeva 1, Ljubljana
- Študijsko raziskovalni center za družino; Gosposvetska cesta 1, Ljubljana
- Srčika, inštitut za zakonsko in družinsko terapijo, Cesta v Gameljne 6, 1211 Lj. Šmartno
- Krog, Janja Frelih Gorjanc s.p.; Gorenjesavska cesta 15, 4000 Kranj
- Družinsko središče Rona; Ul. Slavka Gruma, 8000 Novo Mesto
- Družinski inštitut Bližina; Vodnikova ulica 11, 3000 Celje.....

Podpora in svetovanje tistim, ki se borijo s preteklim splavom:

- V Njegovem objemu; Program pomoči po izgubi otroka
- Zavod ŽIV!M; Potočnikova 8a, 1000 Ljubljana
- Rahelin vinograd; Ulica stare pravde 11, 1000 Ljubljana
- Društvo Center Chiara; Zihlerlova 39; 1000 Ljubljana

### **Rahelin vinograd- predstavitev programa**

Psihologinja Theresa Karminski Burke je pričela s prvo terapevtsko skupino za ženske po splavu v ZDA leta 1986. Leta 1994 je objavila delo z naslovom »Rahelin vinograd: psihološko in duhovno potovanje k ozdravitvi po splavu.« To je edinstven model skupinske terapije, ki ponuja zelo konkretno čustveno izkušnjo za ženske in ostale, ki žalujejo, ker so svoje otroke izgubili s splavom. Duhovni vikendi so se pričeli širiti po ZDA zaradi svoje dramatične učinkovitosti. Leta 2015 je imel Rahelin vinograd 700 duhovnih vikendov letno. Potekali so v 47 ameriških zveznih državah in v 25 drugih deželah, v letu 2022 pa so potekali na že več kot 375 krajih širom po svetu. Avtorica je napisala tudi knjigo »Prepovedano žalovanje«, ki je notranji pregled Burkine izkušnje svetovanja stotinam žensk, ki trpijo zaradi čustvenih težav, povezanih s splavom (Burke & Reardon, 2019, Zavod za pravico do življenja, ŽIV!M, 2023).

## Diskusija

Kako lahko torej največ naredimo za te ljube otroke? Kaj potrebujejo? Starše, kajti brez odraslega se otroški možgani ne morejo razviti. Čustveni odzivi staršev na otrokove signale so tisti, ki oblikujejo otrokov mentalni svet. Jedro za razvoj čustvene inteligentnosti (sposobnost za razvoj ter ohranjanje odnosov), je prav v odzivnosti staršev na otrokove potrebe (Poljanec, 2019). Otroci potrebujejo dovolj dobre odnose, da se lahko navežejo. Kakšno varnost in navezanost bo otrok razvil, pa se pozneje kaže na vseh njegovih področjih (Kompan Erzar, 2003). Staršem omogočimo kar najboljše pogoje, da uspejo vzpostaviti stik s svojim novorojenčkom, da se izogibamo nepotrebnim ločitvam, da se spodbuja hranjenje na željo otroka (Hojer, 2010). Starše usmerimo k dodatnim virom pomoči, ko to potrebujejo.

Če smo bili za varne odnose v otroštvu in mladosti prikrajšani, nam možnost, dograditev nevarne navezanosti v varno navezanost, razvoj čustvene zrelosti, sočutja, uglašenosti in empatije zaradi plastičnosti možganov, ostaja na razpolago vse življenje (Poljanec, 2015).

## Zaključek

Ljudje smo bitja odnosov. Otrok za svoj razvoj rabi odziv odraslega. Starša vedno dajeta otrokom vse, kar v danem trenutku zmoreta. Preko hranjenja, spanja, smeha, joka otrok v začetnem obdobju išče mamin odziv. Iz tega se že razvija oblika navezanosti, ki je osnova vsem kasnejšim odnosom. Otrokovi možgani se bodo najbolje razvijali v varnem okolju, kjer se odrasli na njega odzivajo in mu nudijo prostor kjer se počuti varnega, sprejetega,... Možgani pa so plastični in ob pozitivnih odzivih lahko tudi kasneje razvijemo varno navezanost, empatijo, sočutje. Starši imajo možnost v varnih partnerskih odnosih ali s terapevtom, ovrednotiti predhodne stiske in tako ozdraviti svoje rane. S tem so na dobri poti do ozdravljenja in bolj zdravih odnosov v sedanjosti.

Osvetlili smo samo majhen delček vplivov odnosov iz otroštva, majhen del možnih vzrokov težkega navezovanja stikov v odraslosti in le nekaj primerov svetovanj in programov pomoči. Lahko si zastavimo tudi vprašanje ali so bolečine iz preteklosti edini možen vzrok težkega navezovanja stika med mamo in dojenčkom? Lahko rečemo, da temu ni tako in vidimo še veliko priložnosti, poti, novih pogledov, ki bodo osvetlili še druge dejavnike, ki vplivajo na vzpostavljanje stika. Potrebno se mi zdi, da bi se o teh temah več govorilo, kajti nasilja, zlorabe, splavi se še vedno dogajajo v velikih odstotkih, pa je to skrajno krivično najprej do otrok in tudi vseh ostalih vpletenih. Opogumlja pa misel, da se moremo razvijati vse življenje in odrasli lahko z zdravim odnosom do otrok gradimo sebe, družino in nekoliko lepši svet.

## Literatura

- Burke, T., & Reardon, D. C. (2019). *Prepovedano Žalovanje; zamolčana bolečina splava*. Ljubljana: Založba Dravlje.
- Gostečnik, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Hojer, S. (2010). Vloga staršev. In: Felc Z, Skale C, et al. (Eds). *Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC: priročnik*. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije (pp. 257-288).
- Kompan Erzar, K., & Poljanec, A. (2009). *Rahločnost do otrok*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Poljanec, A., (2015). *Rahločnostno starševstvo*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.
- Repič, T., (2008). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.
- Zavod za pravico do življenja, ŽIV!M (2023). *Rahelin vinograd – Konec tedna... je tvoj začetek*. Retrieved January 30, 2023 from <https://rahelinvinograd.si>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje /NIJZ/. (2022). *Fetalne smrti po vrsti in statističnih regijah, Slovenija, letno po sprememljivkah: Vrsta fetalne smrti, Leto in Statistična regija*. Retrieved March 30, 2023 from [https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_04%20Fetalne%20smrti/FS\\_TB\\_1.px/table/tableViewLayout2/](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_04%20Fetalne%20smrti/FS_TB_1.px/table/tableViewLayout2/)

# NA BOLNEGA OTROKA IN DRUŽINO USMERJENA ZDRAVSTVENA NEGA

## NURSING CARE CENTERED TO THE SICK CHILD AND THE FAMILY

Fajfar Maja, dipl. m. s.

Fajfar Marko, dipl. zn.

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pediatrijo

mkmajamark@gmail.com

**Ključne besede:** pediatrična oskrba, na otroka in družino osredotočena zdravstvena nega, koncept, družina

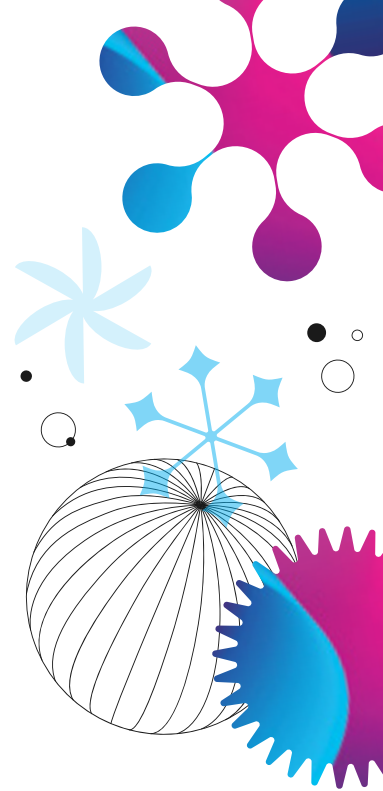
### IZVLEČEK

Zdravstvena nega osredotočena na pacienta in družino, je pristop k načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene oskrbe, ki temelji na vzajemno koristnem partnerstvu med izvajalci zdravstvenih storitev, pacienti in družinami. Oskrba, osredotočena na otroka in družino, velja za osnovo filozofije pediatrične oskrbe. Z napredkom tehnologije je postala oskrba otrok bolj zapletena, s tem pa se je povečal tudi stres staršev ob hospitalizaciji njihovega otroka. Skrajšanje ležalnih dob pacientov v bolnišnicah posvečuje zahteve do staršev in poudarja pomen zagotavljanja oskrbe skozi celoten proces oskrbe od bolnišnice do doma. Družine imajo ključno vlogo pri spodbujanju zdravja in dobrega počutja njihovih otrok, zato ta pristop priznava družino kot ključni element pri doseganju boljših rezultatov v pediatrični zdravstveni oskrbi. Pristop zdravstvene nege, osredotočene na otroka in družino je koristen tako za pacienta in družino, kot tudi za izvajalce zdravstvenih storitev, saj povečuje zadovoljstvo pacienta, družine in zdravstvenih delavcev, izboljšuje rezultate zdravstvenih storitev, učinkoviteje izkorišča vire in zmanjšuje stroške zdravstvenega varstva. V prispevku je predstavljen koncept na otroka in družino osredotočene zdravstvene nege, njegov razvoj ter prednosti in slabosti koncepta.

**Key words:** pediatric care, child and family-centered nursing, concept, family

### ABSTRACT

Patient and family centered nursing is an approach to the planning, implementation, and evaluation of health care based on a mutually beneficial partnership between health care providers, patients, and families. It is considered the foundation of pediatric care philosophy. As technology advances, caring for children has become more complex and the potential for families to experience high levels of stress during the hospitalization of a sick child has also increased. The shortening of hospital stays places greater demands on parents and emphasizes the importance of providing care throughout the entire care process from hospital to home. Families play a critical role in promoting the health and well-being of their children, so this approach recognizes the family as a key element in achieving better outcomes in pediatric health care. A child and family centered nursing approach benefits both the patient and family as well as health care providers by increasing patient, family, and health care provider satisfaction, improving health care outcomes, using resources more efficiently, and reducing health care costs. The paper presents the concept of child- and family-centered nursing care, its development and the advantages and disadvantages of the concept.



## Uvod

Kakovost zdravstvene nege z vidika staršev ima pomembno vlogo pri razvoju in izboljšanju uspešnosti in podobe zdravstvenih storitev. Zadovoljstvo staršev in pacientov je pomemben pokazatelj, ki ocenjuje kakovost zdravstvene oskrbe. Hospitalizacija je za starše stresen dogodek, ki lahko negativno vpliva tudi na otroke, saj ogroža otrokov občutek dobrega počutja, varnosti, neodvisnosti in samokontrole (Adenike Olaogun & Adereti, 2017). Na družino osredotočena oskrba je predlagan način podpiranja vključenosti družine v nego otroka in zmanjševanje stiske, povezane z otrokovo boleznijo, z izboljšanjem komunikacije, pomočjo pri obvladovanju stresa in obvladovanju ter zmanjševanju konfliktov. Ključnega pomena za uspešno izvajanje nege, osredotočene na družino, so medicinske sestre (Coats et al., 2018). Zdravstvena nega osredotočena na otroka in družino, se je kot pomemben koncept zdravstvenega varstva pojavila v drugi polovici 20. stoletja, v času vse večjega zavedanja o pomenu izpolnjevanja psihosocialnih in razvojnih potreb otrok ter o vlogi družine pri spodbujanju zdravja in dobrega počutja otrok. Številne ustanove so sprejele politiko, ki je podpirala družinske člane, da so bili ob otroku 24 ur na dan. Spodbujala je tudi njihovo prisotnost med zdravstvenimi posegi (Eichner et al., 2012). Tudi danes je skrb za družine bistvena za prakso pediatrične zdravstvene nege. Medsebojno spoštovanje, vzajemno sodelovanje in pozitivni odnosi med medicinsko sestro in starši vplivajo na starše, na hospitaliziranega otroka in pediatrične medicinske sestre (Curley, Hunsberger & Harris, 2013). Na družino osredotočena zdravstvena nega se vedno bolj poudarja kot pomemben in nujen element zdravstvene obravnave pediatričnih pacientov (Gooding et al., 2011). Glavni element na otroka in družino osredotočene zdravstvene nege je sodelovanje staršev pri negi otroka. Otrokova bolezen ima travmatičen učinek tako na otroka kot tudi na družino (Adenike Olaogun & Adereti, 2017).

## Razvoj zdravstvene nege osredotočene na otroka in družino

Zgodovinsko gledano so za hospitalizirane otroke v prvi polovici 20. stoletja skrbeli izključno zdravstveni delavci, obiski staršev pa so bili izredno omejeni ali popolnoma prepovedani. Stališča in praksa pediatrične zdravstvene nege so se začeli spreminjati v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja, ko so prepoznali resne čustvene, psihološke in razvojne posledice ločitve matere in otroka. Odnos se je začel spreminjati in v literaturi o pediatrični zdravstveni negi so se pojavili članki, ki so zagovarjali ne le podaljšanje obiskov, ampak tudi dovoljenja mater, da ostanejo v sobi skupaj z otrokom (Harris, 2010). Koncept sodelovanja družine pri oskrbi pediatričnega pacienta medicinske sestre zagovarjajo že več kot 50 let (Kelly, Jones, Wilson & Lewis, 2012). Spremembe v praksi in politiki so bile podprte in postale bolj prepričljive z objavo temeljne raziskave, ki je pokazala, da so imeli hospitalizirani otroci, oskrbovani v ustanovah, ki so materam dovolile bivanje v bolniški sobi, znatno manjšo verjetnost resnih čustvenih in vedenjskih težav po odpustu v primerjavi z otroci, ki so bili oskrbovani v ustanovah z omejenimi obiski. Raziskava je poudarila tudi potrebo po spremembah medsebojnega odnosa pediatričnih medicinskih sester in mater hospitaliziranih otrok (Harrison, 2010). V zadnjih 50 letih je prišlo do dramatičnih premikov v odnosu med starši in pediatričnimi medicinskimi sestrami, s poudarkom na oskrbi, osredotočeni na družino. Trenutni modeli zagotavljanja pediatrične zdravstvene nege priznavajo osrednjo vlogo družine in poudarjajo filozofijo, ki se odziva na družinske potrebe, prednostne naloge, vrednote in skrbi (Curley, Hunsberger & Harris, 2013).

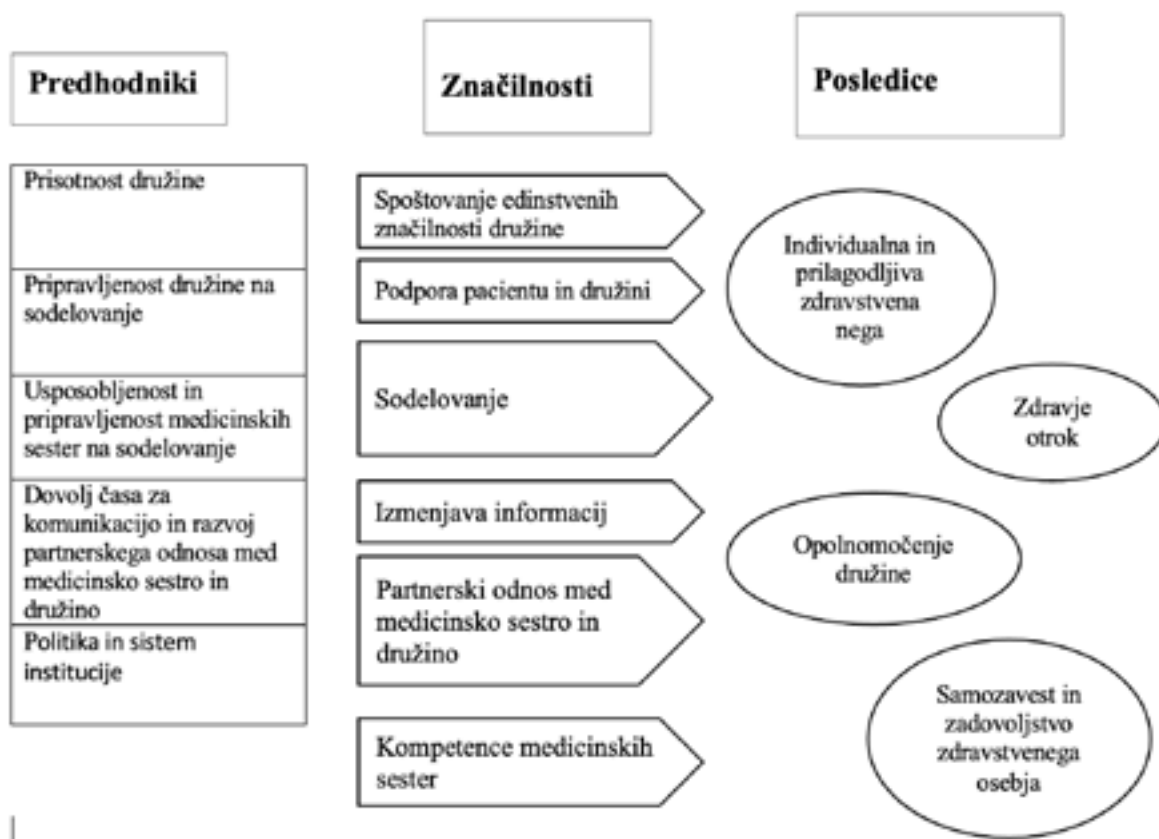
## Koncept zdravstvene nege osredotočene na otroka in družino

Na pacienta in družino osredotočena oskrba je inovativen pristop k načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene oskrbe, ki temelji na vzajemno koristnem partnerstvu med pacienti, družinami in izvajalci zdravstvene oskrbe, ki priznava pomen družine v pacientovem življenju (Eichner et al, 2012). Skrb za družine je bistvena za pediatrično zdravstveno nego. Watsonova opredeljuje človeško življenje kot duhovno, mentalno in fizično bivanje v svetu, ki je neprekinjeno v času in prostoru. Pomembnost pacientovega doživetja dela medicinske sestre pri oskrbi podpira teorija o oskrbi ljudi. Na družino osredotočeno oskrbo v bolnišničnem okolju lahko definiramo teoretično in operativno. Na družino osredotočeno oskrbo lahko teoretično opredelimo kot filozofijo oskrbe, ki priznava družino kot osrednjo vlogo v pacientovem življenju in na pacienta gleda v kontekstu edinstvene družine ter podpira družinske člane v njihovi vlogi skrbnikov. Operativne definicije se osredotočajo na partnerstvo, v katerem izvajalci zdravstvenih storitev, kot so medicinske sestre in družinski člani sodelujejo pri oblikovanju načrta oskrbe, pogajanjih o oskrbi pacientov, sprejemanju odločitev o zdravstveni oskrbi in nenehnem ocenjevanju oskrbe, ki je zagotovljena pacientu (Smith, 2018). Zdravstvena nega osredotočena na otroka in družino, vključuje (Rani & Rahman, 2020):

- Sodelovanje z družino za zagotavljanje varnosti in dobrega počutja vseh družinskih članov.
- Krepitev sposobnosti družin za učinkovito delovanje z osredotočanjem na rešitve.
- Vključevanje, opolnomočenje in partnerstvo z družinami v celotnem procesu odločanja in sprejemanja ciljev.
- Razvijanje odnosa med starši in ponudniki zdravstvenih storitev, za katerega so značilni medsebojno zaupanje, spoštovanje, poštenost in odprta komunikacija.

- Zagotavljanje individualiziranih, kulturno odzivnih, prilagodljivih in ustreznih storitev za vsako družino.
- Povezovanje družin s sodelovalnimi, celovitimi, kulturno pomembnimi mrežami podpore in storitev, ki temeljijo na skupnosti.

Na družino usmerjena zdravstvena nega je koncept, ki se uporablja za pristop k skrbi za otroke in njihove družine v okviru zdravstvenih storitev, pri katerih je oskrba načrtovana za celotno družino, ne le za posameznega otroka ali mladostnika in pri kateri so vsi družinski člani priznani kot prejemniki oskrbe (Harrison, 2010). Temeljna filozofija na otroka in družino osredotočene zdravstvene nege v bolnišničnem okolju zajema postavitev pacienta in družine v središče zdravstvene oskrbe, hkrati pa oskrbo prilagaja potrebam vsake edinstvene družine. Vključuje naslednje koncepte kot so izmenjava informacij, spoštovanje, partnerstvo in sodelovanje, pogajanja in skrb v okviru družine in skupnosti. Oskrba, osredotočena na družino spoštuje posebnosti otrok, spodbuja spoštovanje vrednot, perspektiv in izbire pacientov in njihovih družin ter jih vključuje v načrt zdravstvene oskrbe. Odnosi med medicinsko sestro in starši priznavajo in podpirajo razvoj večje kompetentnosti staršev v vlogi otrokovega primarnega skrbnika (Curley, Hunsberger & Harris, 2013). Osrednjega pomena v konceptu oskrbe, osredotočene na družino je otrok, saj sta nanj osredotočeni oskrba in obravnava (Kelly, Jones, Wilson & Lewis, 2012). Pediatrična zdravstvena nega se, v okviru na družino osredotočene zdravstvene nege, izvaja v več odnosih. Eden ključnih odnosov med starši in pediatrično medicinsko sestro je lastnost vzajemnosti. Vzajemnost ne uteleša le filozofije oskrbe, osredotočene na družino, ampak priznava in podpira večanje usposobljenosti staršev in medicinskih sester. Pediatrične medicinske sestre pomagajo staršem bolj razumeti in sodelovati v zdravljenju njihovih otrok. Skozi vzajemne terapevtske odnose starši in medicinske sestre razvijajo večje samozavedanje in samorazumevanje, kar prispeva k osebni rasti staršev bolnih otrok in tudi pediatričnih medicinskih sester. Spodnja slika 1 prikazuje napredovanje na družino osredotočene zdravstvene nege s predhodniki, značilnostmi in na koncu željenimi posledicami (Smith, 2018).



**Slika 1:** Shema koncepta na družino osredotočene oskrbe hospitaliziranih pediatričnih pacientov (Smith, 2018).

Razumevanje predhodnikov, značilnosti in posledic je ključno za uspešnost na družino osredotočene zdravstvene nege (Smith, 2018). Na pacienta in družino osredotočena oskrba temelji na odnosih in sodelovanju med pacienti, družinami, zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi strokovnjaki v zdravstveni oskrbi in zajema naslednja načela:

- Poslušanje in spoštovanje otroka in njegove družine. Spoštovanje rasnega, etničnega, kulturnega in socialno-ekonomskega ozadja ter pacientovih in družinskih izkušenj. Vključevanje otroka in družine v skladu s pacientovimi in družinskimi preferencami v načrtovanje in zagotavljanje zdravstvene oskrbe.



- Zagotavljanje prilagodljivosti organizacijske politike in prakse ter prilagoditev storitev potrebam, prepričanju in kulturnim vrednotam otroka in družine, ki jim olajšajo izbiro pristopov k oskrbi.
- Izmenjava popolnih in nepristranskih informacij s pacienti in njihovimi družinami na sprejemljivi in koristni način, ki jim zagotavlja učinkovito sodelovanje pri oskrbi in odločanju. Zdravstvene informacije za otroke in družine bi morale biti na voljo v okviru kulturne in jezikovne raznolikosti in bi morale upoštevati zdravstveno pismenost. V bolnišnicah lahko obiski zdravnikov v pacientovih sobah s prisotnim medicinskim osebjem in družino izboljšajo izmenjavo informacij in spodbudijo vključevanje družine v odločanje.
- Zagotavljanje formalne in neformalne podpore za otroke in družino v vsakem obdobju otrokovega življenja.
- Sodelovanje s pacienti in družinami na vseh ravneh zdravstvene oskrbe: pri izvajanju zdravstvene nege otroka, v strokovnem izobraževanju, oblikovanju politike dela, razvoju ustreznih programov ter pri njihovem načrtovanju izvajanju in vrednotenju. Pacienti in družine lahko pri tem sodelujejo kot člani otroških ali družinskih svetovalnih svetov, odborov in delovnih skupin, ki se ukvarjajo z operativnimi vprašanji v zdravstvenih ustanovah. Sodelujejo lahko tudi kot sodelavci pri izboljšanju varnosti pacientov, kot udeleženci pobud za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter kot vodje ali sovodje programov vrstniške podpore. Na področju medicinskih raziskav bi morali pacienti in družine sodelovati na vseh ravneh raziskovalnega programa.

Prepoznavanje in oblikovanje prednosti posameznega otroka in družine ter njihovo opolnomočenje, da zgradijo zaupanje in sodelujejo pri izbiranju in odločitvah o njihovem zdravstvenem varstvu (Eichner et al, 2012).

Na pacienta in družino osredotočena oskrba lahko izboljša rezultate zdravljenja pacienta, izboljša izkušnjo hospitalizacije za pacienta in družino, poveča njihovo zadovoljstvo, poudarja prednosti otroka in družine, poveča poklicno zadovoljstvo in zmanjša stroške zdravstvene oskrbe ter vodi k učinkovitejši uporabi zdravstvenih virov (Eichner et al, 2012). Prednosti oskrbe, osredotočene na pacienta in družino so visokokakovostna, na pacienta in družino osredotočena primarna oskrba, ki je povezana z znatnim zmanjšanjem nenujnih obiskov urgentnih oddelkov pri otrocih. Prisotnost družine med zdravstvenimi posegi zmanjša tesnobo otroka in staršev. Raziskave kažejo, da pripravljenost staršev na zdravstvene storitve skrajša njihovo izvajanje in zmanjša ovire izvajalcev zdravstvenih storitev. Vključevanje staršev in omogočanje 24 urnega sobivanja ob otroku je po raziskavah od 30 do 50 odstotkov zmanjšalo dolžino bivanja dojenčkov v bolnišnici (Rani & Rahman, 2020). Na družino osredotočena zdravstvena nega je dosegla velik napredek, vendar še vedno obstajajo ovire za njeno izvajanje. Zgodovinsko gledano je zdravstvena nega v prakso zelo počasi vključevala oskrbo, osredotočeno na družino, kar lahko izvira iz pomanjkanja znanja medicinskih sester o uporabi na družino osredotočene zdravstvene nege in strahu pred izgubo nadzora pri izvajanju zdravstvene nege pacientov. Za izboljšanje na družino osredotočene zdravstvene nege bi bilo potrebno raziskati specifične ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre (Rani & Rahman, 2020). Čeprav je namen na družino osredotočene oskrbe izboljšati družinsko izkušnjo zdravstvene oskrbe, obstaja tudi tveganje za nenamerne negativne posledice. Od staršev hospitaliziranih otrok se pričakuje, da bodo prisotni in pripravljeni sodelovati pri oskrbi njihovega otroka, vendar so ta pričakovanja za njih pogosto zelo stresna, zlasti če to presega njihovo znanje in sposobnosti. Starši hospitaliziranih otrok namreč morajo ohraniti tudi skrb za ostale člane družine ter finančne odgovornosti. Razjasnitev koncepta na otroka in družino osredotočene oskrbe, ki se uporablja za pediatrične paciente v bolnišničnem okolju, lahko koristi pediatričnim medicinskim sestram, da prepoznajo njegov pomen in premestijo vrzel med teorijo in prakso (Smith, 2018).

## Diskusija

Na družino osredotočena oskrba je model zdravstvenega varstva, ki se osredotoča na razumevanje pacientov znotraj družinskega konteksta in podpira vključevanje staršev v proces odločanja o njihovih otrocih. Družine bi morale biti vključene v načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene oskrbe in njihova mnenja bi morala biti enako pomembna kot mnenja zdravstvenega osebja, ki skrbi za njihovega otroka (Boztepe & Kerimoglu Yildiz, 2017). Na otroka in družino osredotočena zdravstvena oskrba je bila ustrezno sprejeta kot filozofija pediatrične zdravstvene nege. Koncept se je razvil od dovoljenja staršem, da obiščejo svojega hospitaliziranega otroka, do sprejemanja partnerskega odnosa staršev z zdravstvenimi delavci. Raziskave so pokazale, da družine cenijo in si želijo zdravstvene nege, osredotočene na družino in da se medicinske sestre strinjajo s to filozofijo. Več kot 50 let po tem, ko je Blakova (1954) prvič predstavila bistvena načela na družino osredotočene zdravstvene nege, pa še vedno obstaja vrzel ki staršem in izvajalcem pediatrične zdravstvene nege povzroča frustracije in nezadovoljstvo (Harrison, 2010). Praksa pediatrične zdravstvene nege poudarja sodelovanje in vzajemno izmenjavo strokovnega znanja med medicinskimi sestrami in starši. Zdravstvena nega, osredotočena na otroka in družino pomaga oblikovati komunikacijske vzorce in odnose med medicinsko sestro in starši, pomaga vzpostaviti skrben odnos s staršem in oceniti starševsko dožemanje otrokove bolezni, določiti njihova pričakovanja ter poiskati predloge in želje (Curley, Hunsberger & Harris, 2013). Praksa zdra-

vstvene nege, zahteva premik od modela pacient - bolezen k modelu sodelovanja pacient - družina. V okviru osredotočenosti na družinsko oskrbo lahko odnos med medicinsko sestro in družino zgradi zaupanje in podpira razvoj nove družinske dinamike (Smith, 2018). Na pacienta in družino osredotočeno oskrbo podpira vse več raziskav in uglednih zdravstvenih organizacij (Eichner et al, 2012). Kljub skoraj splošnemu sprejetju na družino osredotočene oskrbe v pediatričnih bolnišnicah obstajajo dokazi, ki kažejo, da vključevanje teh temeljnih vrednot v prakso zdravstvene nege morda zaostaja. Številne raziskave poročajo, da si starši želijo več sodelovanja pri negi njihovega otroka in se pogosto počutijo, kot da se od njih pričakuje, da bodo svojo starševsko vlogo prepustili zdravstvenim delavcem, ko bo njihov otrok hospitaliziran. Primerjalno pa nekatere raziskave medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev opisujejo nepripravljenost, da bi opustili nadzor nad zdravstveno oskrbo otroka, pa tudi težave, s katerimi se srečujejo, ko poskušajo vključiti načela oskrbe, osredotočene na otroka in družino v svojo vsakodnevno prakso (Curley, Hunsberger & Harris, 2013). Uspešno izvajanje na družino osredotočene oskrbe lahko koristi tako pacientom, družinskim članom kot tudi medicinskim sestram. Vzdušje medsebojnega spoštovanja, odprte komunikacije in sodelovanja pri razvoju, izvajanju in vrednotenju oskrbe pacientov ima potencial za zmanjšanje družinskega stresa in izboljšanje rezultatov za paciente. Pojasnitev komponent na družino osredotočene nege lahko pomaga medicinskim sestram pri vključevanju načel na družino osredotočene nege v prakso zdravstvene nege (Smith, 2018). Dosedanje raziskave zagotavljajo trdne temelje za napredovanje raziskovanja na družino osredotočene zdravstvene nege v vseh okoljih in situacijah, v katerih so otroci deležni zdravstvene oskrbe (Harisson, 2010). Na vzpostavitev na družino osredotočene zdravstvene oskrbe lahko vpliva več izzivov in sicer osebni, kulturni, organizacijski in vodstveni dejavniki, ki delujejo kot ovire za izvajanje na družino osredotočene oskrbe. (Mirlashari et al., 2020). Na bolnega otroka in družino osredotočena zdravstvena nega je nujna za izvajanje sodobne pediatrične zdravstvene nege, vendar se še vedno pojavljajo omejitve. Pogoste so dileme zdravstvenega osebja o vključevanju družine, ki vplivajo na samo izvajanje na bolnega otroka in družino osredotočene zdravstvene nege.

## Zaključek

Danes velja, da imajo starši pravico ostati v bolnišnici s svojimi bolnimi otroki, saj otroci starše potrebujejo še posebej, ko so bolni. Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Slovenije iz leta 2021 pri nas določa pravico staršem, da sobivajo ob bolnem otroku v bolnišnici do dopolnjenega 15. leta otrokove starosti, kar pomaga ustvarjati ugodne pogoje za izvajanje na otroka in družino osredotočene zdravstvene nege, ki predstavlja zlati standard pediatrične zdravstvene nege. Hospitalizacija otroka pomeni izziv tako za otroka in starše kot tudi za izvajalce zdravstvene nege. Za uspešno izvajanje zdravstvene nege osredotočene na otroka in družino je potrebno kontinuirano izobraževanje zdravstvenih delavcev ter raziskovanje omenjenega področja v pediatrični zdravstveni negi, saj je zadovoljstvo hospitaliziranega pacienta in družine eden glavnih temeljev kakovostne sodobne zdravstvene nege.

## Literatura

- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Boztepe, H., & Kerimoğlu Yıldız, G. (2017). Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(2), e 12175 <https://doi.org/10.1111/JSPN.12175>
- Coats, H., Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Curtis, J. R., Hays, R., & Doorenbos, A. (2018). Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 27(1), 52–58. <https://doi.org/10.4037/AJCC2018353>
- Curley, M. A. Q., Hunsberger, M., & Harris, S. K. (2013). Psychometric evaluation of the family-centered care scale for pediatric acute care nursing. *Nursing Research*, 62(3), 160–168. <https://doi.org/10.1097/NNR.0B013E318286D64B>
- Eichner, J. M., Johnson, B. H., Betts, J. M., Chitkara, M. B., Jewell, J. A., Lye, P. S., Mirkinson, L. J., Brown, C., Heiss, K., Lostocco, L., Salerno, R. A., Percelay, J. M., Alexander, S. N., Abraham, M., Ahmann, E., Crocker, E., DiVenere, N., MacKean, G., Schwab, W. E., & Shelton, T. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Mirlashari, J., Brown, H., Fomani, F. K., de Salaberry, J., Zadeh, T. K., & Khoshkhou, F. (2020). The Challenges of Implementing Family-Centered Care in NICU from the Perspectives of Physicians and Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.06.013>
- Rani, S., & Rahman, J. (2020). Patient and Family Centered Care: Practices in Pediatrics. *International Journal of Nursing Education*, 12(4), 47–43. <https://doi.org/10.37506/ijone.v12i4.11215>

# VIDIKI KAKOVOSTI ŽIVLJENJA PRI OSEBAH S TVEGANJEM ZA RAZVOJ SRČNEGA POPUŠČANJA MED PREBIVALCI MURSKÉ SOBOTE

## ASPECTS OF QUALITY OF LIFE IN PERSONS AT RISK FOR HEART FAILURE AMONG THE INHABITANTS OF MURSKA SOBOTA

**Klaudija Cimbola, dipl. m. s., mag. prom. zdr.**

*Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek*

**prof. dr. Mitja Lainščak, dr. med.**

*Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta in Splošna bolnišnica Murska Sobota, Interni oddelek, Raziskovalna dejavnost*

**doc. dr. Jerneja Farkaš-Lainščak, dr. med.**

*Splošna bolnišnica Murska Sobota, Nacionalni inštitut za javno zdravje in Raziskovalna dejavnost*

[klaudija5a@gmail.com](mailto:klaudija5a@gmail.com)

**Ključne besede:** srčno popuščanje, z zdravjem povezana kakovost življenja, zadovoljstvo z življenjem, depresija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Številne raziskave potrjujejo povezanost srčnega popuščanja in zmanjšane z zdravjem povezane kakovosti življenja, sprememb v zadovoljstvu z življenjem ter višje pojavnosti depresije. Malo je znanega o subjektivnem doživljanju oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja. Navedene vidike kakovosti življenja pri osebah s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja smo želeli primerjati s skupino oseb s srčnim popuščanjem in skupino zdravih posameznikov.

**Metode:** Raziskava je od maja 2017 do decembra 2018 potekala v dveh fazah. V prvi fazi so se izvajali presejalni pregledi, na katere je bil povabljen reprezentativni vzorec prebivalcev Murske Sobote, starih 55 let in več. V drugi fazi so se pri osebah s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja izvajali diagnostični pregledi. Podatke o preiskovancih smo zbrali z različnimi preiskovalnimi postopki ter s pomočjo vprašalnikov in jih statistično obdelali s programoma Microsoft Excel 2016 in SPSS 27.0.

**Rezultati:** V celoti je vprašalnike izpolnilo 929 oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja (med njimi 221 oseb s srčnim popuščanjem) in 106 zdravih posameznikov. O težavah na vseh področjih z zdravjem povezane kakovosti življenja in zmanjšanjem zadovoljstvu z življenjem je poročal najvišji delež oseb v skupini oseb s srčnim popuščanjem, nižji delež oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja ter najnižji delež oseb v skupini zdravih posameznikov. Mejno vrednost za diagnozo depresije je doseglo 18 % oseb s srčnim popuščanjem, 11 % oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja in 8 % zdravih posameznikov ( $p = 0,002$ ).

**Diskusija in zaključek:** Raziskava daje vpogled v povezanost med fizičnim funkcioniranjem ter subjektivnim doživljanjem vidikov kakovosti življenja. Rezultati kažejo, da je v okviru zdravstvene oskrbe pomembno naslavljanje tudi psihosocialne vidike funkcioniranja oseb, ki so sicer pogosto spregledani.

**Key words:** heart failure, health-related quality of life, life satisfaction, depression

## ABSTRACT

**Introduction:** Numerous studies have confirmed the association of heart failure with reduced health-related quality of life, changes in life satisfaction, and a higher incidence of depression, however, little is known about the subjective experience of persons at risk for heart failure. We want to compare these aspects of quality of life in persons at risk for heart failure with a group of persons with heart failure and a group of healthy individuals.

**Methods:** Between May 2017 and December 2018 the research was conducted in two phases: in the first phase we performed screening examinations, to which we invited all persons from a representative sample of the population of Murska Sobota, aged 55 and over, and in the second phase we performed diagnostic examinations for persons at risk for heart failure. Data were collected through various investigative procedures and with the help of questionnaires and statistically processed using Microsoft Excel 2016 and SPSS 27.0.

**Results:** In total, N=929 persons at risk for heart failure (among whom N=221 persons with heart failure were identified) and N=106 healthy individuals completed the questionnaires. Problems in all areas of health-related quality of life and reduced life satisfaction were reported by the highest share of persons in the group with heart failure, a lower share of persons at risk for heart failure and the lowest share of persons in the group of healthy individuals. 18% of people with heart failure, 11% of people at risk for heart failure, and 8% of healthy individuals reached the threshold for the diagnosis of depression ( $p = 0.002$ ).

**Discussion and conclusion:** The research provide insight into the connection between physical functioning and the subjective experience of quality-of-life aspects. The results show that in the context of medical care, it is important to also address the psychosocial aspects of the functioning of persons, which are otherwise often overlooked.

## Uvod

V Sloveniji med najpogostejše kronične bolezni sodijo bolezni srca in žilja ter rak; katerim smo v letu 2019 pripisali kar 69 % vseh smrti (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). Med boleznimi srca in žilja posebej izstopa srčno popuščanje, saj gre za edino zdravstveno stanje v kardiologiji, katerega pogostost izrazito narašča. Pričakuje se, da bo bolezen zaradi staranja prebivalstva in podaljševanja pričakovane življenjske dobe ter vse večjega števila bolnikov, med katere sodijo predvsem tisti z akutnim koronarnim sindromom, ki zaradi boljšega zdravljenja preživijo zaplete in tako kasneje postanejo kandidati za razvoj srčnega popuščanja, kmalu dosegla epidemične razsežnosti (Savarese & Lund, 2017).

Ker je srčno popuščanje kronično zdravstveno stanje s slabo napovedjo izida, je ključno, da osebe s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja čim prej prepoznamo in ustrezno zdravimo ter s tem zmanjšamo njihove zaplete, s tem pa izboljšamo z zdravjem povezano kakovost življenja in podaljšamo čas preživetja. Pri tem si lahko pomagamo z določitvijo koncentracije več oblik možganskega natriuretičnega peptida (*ang. Brain Natriuretic Peptide - BNP*), ki ga ob volumski obremenitvi izločajo celice levega prekata srca in je najboljši presejalni test ob sumu na srčno popuščanje (Ponikowski, et al., 2016).

Spremembe, ki jih prinaša bolezen, so za posameznika stresne in okrepijo doživljanje neprijetnih čustev (kot so žalost, tesnoba, nemoč). Pri nekaterih posameznikih pa tudi sprožijo razvoj depresije ali anksioznih motenj (Lesman Leegte, 2009). Pri tem številne študije kažejo, da prisotnost depresije pri bolnikih s srčnim popuščanjem slabša sodelovanje pri zdravljenju (Compare, et al., 2013), kar se odraža v višji umrljivosti (Fan, et al., 2014) in pogostejši uporabi zdravstvenih storitev (Rumsfel, et al., 2003). Zaradi obremenjujočih simptomov bolezni, zmanjšanja neodvisnosti ter negativnega vpliva bolezni na psihosocialne in ekonomske zmožnosti posameznika, je za bolnike s srčnim popuščanjem značilna tudi zmanjšana stopnja z zdravjem povezane kakovosti življenja (Lesman Leegte, et al., 2009).

Namen naše raziskave je bil ugotoviti z zdravjem povezano kakovost življenja, zadovoljstvo z življenjem in prisotnost depresivne simptomatike pri osebah s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja med prebivalci Murske Sobote, starimi 55 let in več. Obenem smo omenjene vidike kakovosti življenja želeli primerjati med bolniki s srčnim popuščanjem, osebami s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja in zdravimi posamezniki.

## Metode

Podatke smo zbrali v okviru temeljnega raziskovalnega projekta z naslovom »Epidemiologija srčnega popuščanja v Sloveniji: prevalenca, hospitalizacije in umrljivost«, ki ga je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije. V sklopu projekta smo od maja 2017 do decembra 2018 med prebivalci Murske Sobote, starimi 55 let in več, z namenom ugotavljanja pogostosti srčnega popuščanja izvedli presečno epidemiološko raziskavo z naslovom »Screening Of adult urBan pOpulation To diAgnose Heart Failure« oziroma »SOBOTA–HF« (Lainščak, et al., 2019).

Raziskava je potekala v dveh fazah: v prvi fazi smo izvajali presejalne preglede, na katere smo vabili vse osebe iz reprezentativnega vzorca prebivalcev Murske Sobote, starih 55 let in več, ki nam ga je pripravil Statistični urad Republike Slovenije, v drugi fazi pa smo izvajali diagnostične preglede pri osebah s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja glede na vrednost NT-proBNP enako ali več od 125 pg/mL in ugotavljali pogostost srčnega popuščanja. Podatke o preiskovancih smo zbrali na presejalnih in diagnostičnih pregledih z različnimi preiskavnimi postopki in posegi ter s pomočjo standardnih anketnih vprašalnikov. Zbiranje podatkov je potekalo v skladu z načeli Helsinške deklaracije o biomedicinskih raziskavah na človeku, določili Konvencije Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine, slovenskega Kodeksa zdravniške etike in Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in z možnostjo prekinitve sodelovanja brez kakršnihkoli posledic na prejeta zdravstveno oskrbo. Predlog raziskave je pregledala Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, ki je ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva ter ji izdala soglasje za njeno izvedbo (66/12/16).

Za merjenje zadovoljstva z življenjem smo uporabili Lestvico zadovoljstva z življenjem SWLS (*ang. Satisfaction With Life Scale*). Lestvica obsega pet postavk, na katerih posameznik na 7-stopenjski lestvici ocenjuje svoj odnos do življenja na splošno. Pavot in Diener (2009) za lažjo interpretacijo dobljenih vrednosti navajata naslednje kategorije skupnega dosežka: 26–30 točk – zadovoljen; 21–25 točk – nekoliko zadovoljen; 20 točk – vmes med zadovoljstvom in nezadovoljstvom; 15–19 točk – nekoliko nezadovoljen; 10–14 točk – nezadovoljen; 5–9 točk – izrazito nezadovoljen z življenjem. Avtorji lestvice poročajo o njenih dobrih koeficientih notranje zanesljivosti ( $\alpha=0,79$  do  $0,89$ ) in zanesljivosti v času ( $\text{test-retest}=0,50$  do  $0,84$ ).

Za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja smo uporabili Vprašalnik EQ–5D (*ang. EuroQol–5 Dimension*). Obsega pet postavk, ki se nanašajo na posameznikovo zaznavo lastne mobilnosti oziroma pokretnosti, skrbi zase, opravljanja vsakdanjih aktivnosti, občutek bolečine/neugodja ter tesnobe/depresije. Vprašalnik dodatno obsega vprašanje, pri katerem posameznik na lestvici od 0 do 100 označi, kako dobro je po njegovem mnenju njegovo zdravstveno stanje danes (EuroQolGroup, 1990).

Za merjenje depresivne simptomatike smo uporabili Vprašalnik o pacientovem zdravju PHQ–9 (*ang. Patient Health Questionnaire–9*). Vprašalnik temelji na devetih kriterijih depresije po Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj, četrta izdaja (American Psychiatric Association, 2013) in je namenjen presejanju in postavljanju diagnoze depresije (Kroenke, et al., 2001). Obsega devet vprašanj, ki se navezujejo na težave, povezane z depresijo v zadnjih dveh tednih. V naši raziskavi smo kot mejno vrednost za diagnozo depresije uporabili vrednost 9 točk in več (Löwe, et al., 2004; Manea, et al., 2012).

Od skupno  $N=1002$  oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja (tj. oseb iz reprezentativnega vzorca prebivalcev Murske Sobote, starih 55 let in več, ki so na presejalnem pregledu imele izmerjeno koncentracijo NT-proBNP enako ali več kot 125 pg/ml) se je diagnostičnega pregleda udeležilo  $N=930$  oseb (stopnja odzivnosti je znašala približno 93 %) in  $N=108$  naključno izbranih preiskovancev s koncentracijo NT-proBNP pod 125 pg/ml (t. i. negativne kontrole; stopnja odzivnosti je znašala 100 %). Srčno popuščanje je bilo ugotovljeno pri  $N=221$  preiskovancih.

V skupini oseb s srčnim popuščanjem je v primerjavi z ostalima skupinama opaziti višji funkcijski razred NYHA, nižji iztisni delež levega prekata, višji delež oseb ima pridružene bolezni. Skupine se med seboj statistično značilno razlikujejo tudi v nekaterih socialno-demografskih spremenljivkah, in sicer v spolu ( $p < 0,05$ ), starosti ( $p < 0,001$ ), in ravni dosežene izobrazbe ( $p < 0,05$ ). V skupini oseb s srčnim popuščanjem je višji delež žensk, višja je povprečna starost in nižji delež oseb ima doseženih več ali enako 12 let izobrazbe (Tabela 1).

Podatke smo obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Excel 2016 in SPSS 27.0. Razlike v trendih po skupinah med številčnimi spremenljivkami smo analizirali z Wilcoxonovim testom s kontinuiranim popravkom, razlike med kategoričnimi spremenljivkami pa s Cochran-Armitage testom. Povezave med spremenljivkami smo vrednotili s Spearmanovim korelacijskim koeficientom. Za statistično značilno smo šteli vrednost  $p \leq 0,050$ .

## Rezultati

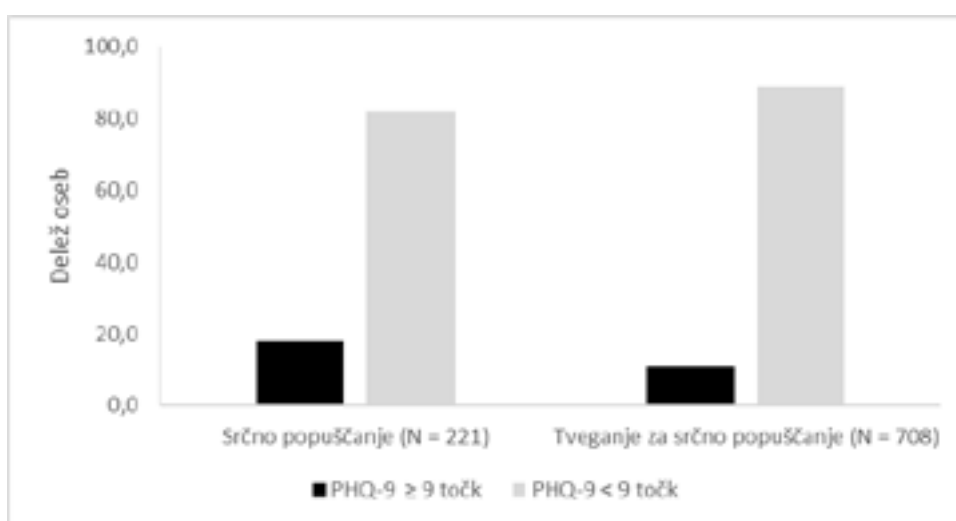
V celoti je vprašalnike izpolnilo N=708 oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja, pri katerih ni bilo ugotovljeno srčno popuščanje, N=221 s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja, pri katerih je bilo ugotovljeno srčno popuščanje in N=106 zdravih posameznikov (Tabela 1).

**Tabela 1:** Primerjava spremenljivk med opazovanimi skupinami oseb

	Srčno popuščanje (N=221)	Tveganje za razvoj srčnega popuščanja (N=708)	Zdravi posamezniki (N=106)	p
Ženski spol, n (%)	101 (46)	226 (32)	43 (41)	0,047
Starost, Me (Q1-Q3)	75 (69-81)	69 (63-74)	64 (60-70)	< 0,001
Razred NYHA, Me (Q1-Q3)	2 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-1)	< 0,001
LVEF, Me (Q1-Q3)	58 (46-66)	65 (60-70)	65 (61-70)	< 0,001
Kajenje, n (%)	82 (38)	295 (43)	49 (47)	0,115
12 ali več let izobrazbe	88 (53 %)	322 (61 %)	65 (64 %)	0,046
Samski, ovdovel	63 (38 %)	173 (34 %)	34 (33 %)	0,391
Srednji ali višji družbeni sloj	124 (76 %)	406 (77 %)	73 (74 %)	0,860
Komorbidnosti, n (%)				
Arterijska hipertenzija	182 (82 %)	415 (59 %)	61 (58 %)	< 0,001
Atrijska fibrilacija	81 (37 %)	62 (9 %)	5 (5 %)	< 0,001
Možganska kap ali TIA	16 (7 %)	44 (6 %)	3 (3 %)	0,157
Sladkorna bolezen	51 (23 %)	77 (11 %)	17 (16 %)	0,004
KOPB	7 (3 %)	17 (2 %)	3 (3 %)	0,723
Rak	27 (12 %)	63 (9 %)	6 (6 %)	0,045

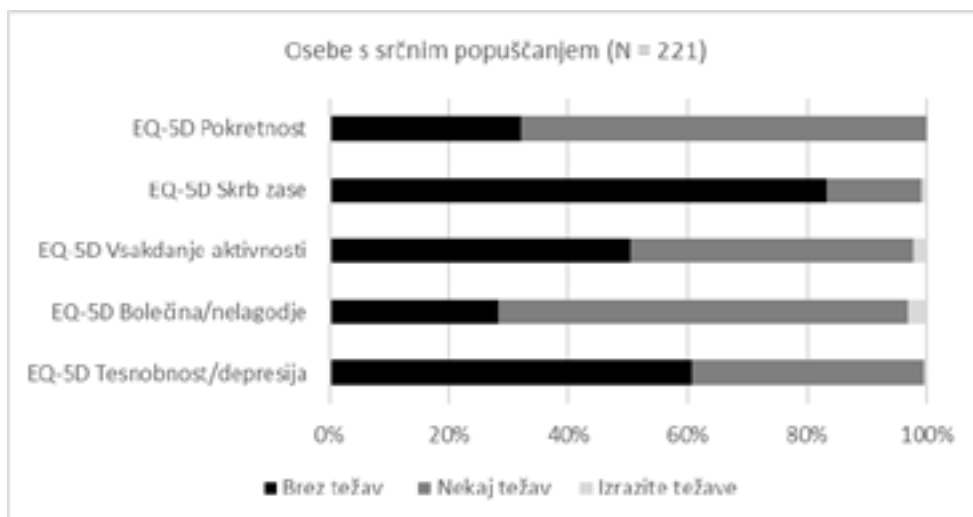
NYHA – funkcijski razred po Newyorškem združenju za srce, LVEF – iztisni delež levega prekata, TIA – tranzitorna ishemična ataka, KOPB – kronična obstruktivna pljučna bolezen, Me – mediana, n – število

V skupini s srčnim popuščanjem je na Vprašalniku o pacientovem zdravju PHQ-9 vrednost za diagnozo depresije doseglo 18 % oseb, v skupini s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja pa 11 % (Slika 1); razlika med skupinama je statistično značilna (p = 0,005). V skupini zdravih posameznikov je mejno vrednost za diagnozo depresije dosegel najmanjši delež oseb (8 %), razlike med tremi skupinami pa so statistično značilne (p = 0,002).



**Slika 1:** Delež oseb, ki na Vprašalniku o pacientovem zdravju PHQ-9 doseže mejno vrednost za diagnozo depresije

Iz podrobnejše porazdelitve odgovorov po postavkah na Vprašalniku o pacientovem zdravju PHQ-9 smo ugotovili, da je večji delež oseb iz skupine s srčnim popuščanjem, v primerjavi z osebami s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja, skoraj vsak dan ali vsak dan v zadnjih 14 dneh pred anketiranjem doživel naslednje simptome: malo interesa in zadovoljstva v stvareh (19 % vs. 10 %), potrto, depresivnost (9 % vs. 7 %), težave s spanjem (32 % vs. 25 %) in utrujenost (27 % vs. 16 %). Razlika med skupinama je statistično značilna (p = 0,004).



**Slika 2:** Porazdelitev odgovornih vrednosti na področjih Vprašalnika EQ 5D pri osebah s srčnim popuščanjem

Slika 2 prikazuje porazdelitev odgovornih vrednosti po področjih Vprašalnika EQ 5D v skupini oseb s srčnim popuščanjem. Na področju pokretnosti o težavah poroča 68 % oseb s srčnim popuščanjem, medtem ko je delež v skupini s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja 43 % ( $p < 0,001$ ). Ostale razlike spremenljivk, vezanih na kakovost življenja, med skupinami prikazuje Tabela 2.

**Tabela 2:** Primerjava spremenljivk, vezanih na kakovost življenja, med skupinami

	Srčno popuščanje (N=221)	Tveganje za razvoj srčnega popuščanja (N=708)	Zdravi posamezniki (N=106)	p
SWLS, Me (Q1-Q3)	32 (28-36)	33 (28-37)	34 (30-39)	0,038
SWLS Kategorije zadovoljstva z življenjem, n (%)				
Zadovoljen (26-30 točk)	173 (82 %)	580 (84 %)	93 (91 %)	0,043
Nekoliko zadovoljen (21-25 točk)	25 (12 %)	52 (8 %)	6 (6 %)	0,039
Vmes med zadovoljstvom in nezadovoljstvom (20 točk)	2 (1 %)	8 (1 %)	0 (0 %)	0,601
Nekoliko nezadovoljen (15-19 točk)	6 (3 %)	18 (3 %)	1 (1 %)	0,404
Nezadovoljen (10-14 točk)	3 (1 %)	6 (1 %)	1 (1 %)	0,601
Izrazito nezadovoljen (5-9 točk)	1 (0 %)	2 (0 %)	0 (0 %)	0,479
EQ-5D-VAS, Me (Q1-Q3)	60 (50-70)	70 (55-80)	80 (60-90)	< 0,001
EQ-5D težave, n (%)				
Pokretnost	150 (68 %)	301 (43 %)	25 (24 %)	< 0,001
Skrb zase	39 (18 %)	55 (8 %)	2 (2 %)	< 0,001
Vsakdanje aktivnosti	114 (52 %)	208 (30 %)	8 (8 %)	< 0,001
Bolečina/nelagodje	164 (75 %)	422 (61 %)	42 (40 %)	< 0,001
Tesnoba/depresija	87 (40 %)	223 (32 %)	21 (20 %)	< 0,001
PHQ-9, Me (Q1-Q3)	4 (2-7)	3 (1-5)	2 (0-4)	< 0,001
PHQ-9 $\geq$ 9 točk	39 (18 %)	78 (11 %)	8 (8 %)	0,002

SWLS – skupno število točk na Lestvici zadovoljstva z življenjem SWLS, EQ5D-VAS – samoocena zdravstvenega stanja označena na odgovorni lestvici od 0 do 100, EQ-5D težave – osebe, ki zaznavajo nekaj težav ali izrazite težave (združeni odgovorni vrednosti 2 in 3), PHQ-9 – skupno število točk na Vprašalniku o pacientovem zdravju PHQ-9, Me – mediana, n – število

## Diskusija

V primerjavi med osebami s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja, osebami s srčnim popuščanjem in zdravimi posamezniki je bil jasno opažen trend, da so najslabši kazalniki subjektivnega doživljanja prisotni pri bolnikih s srčnim popuščanjem, najboljši pa pri zdravih posameznikih. Osebe s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja so se po vseh navedenih spremenljivkah uvrščale med obe skupini.

Rezultati na ta način potrjujejo, da se fizične omejitve odražajo na številnih področjih vsakodnevnega življenja in imajo tudi obremenjujoče psihosocialne posledice (Zambroski, et al., 2015). Pri tem je treba izpostaviti tudi razlike v kliničnih in socialno-ekonomskih spremenljivkah med skupinami; v skupini s srčnim popuščanjem je najvišji delež oseb poročal o pridruženih boleznih, za to skupino je bila značilna najvišja starost ter najvišji delež oseb z nižjo izobrazbo. Tudi omenjene spremenljivke imajo, poleg srčnega popuščanja, lahko pomemben vpliv na preučevane vidike kakovosti življenja (Rutledge, et al., 2006). V okviru zdravstvene oskrbe je tako pomembno prepoznati in obravnavati psihosocialne vidike funkcioniranja bolnikov, pri čemer lahko pomembno vlogo prevzemajo izvajalci zdravstvene nege, ki pri obravnavi oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja in oseb s srčnim popuščanjem sodelujejo v procesih zdravstvene vzgoje o bolezni ter njeni učinkoviti samooskrbi.

Gre za eno redkih raziskav, izvedenih na velikem in reprezentativnem vzorcu. Prav tako je dodana vrednost raziskave, da omogoča primerjanje izraženosti spremenljivk na preučevanem vzorcu s kontrolno skupino zdravih, naključno izbranih posameznikov. Pri interpretaciji rezultatov je potrebno upoštevati, da gre za presečno raziskavo, s katero ni mogoče ugotavljati vzročne povezanosti med spremenljivkami.

V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno skupino oseb s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja longitudinalno spremljati in ugotavljati, kako se preučevani vidiki kakovosti življenja spreminjajo v času in ob pojavu poslabšanj bolezni. Ob tem bi bilo zanimivo preverjati, ali se ob razvoju bolezni vrednosti na preučevanih spremenljivkah približajo vrednostim, o katerih so v naši raziskavi poročale osebe s srčnim popuščanjem. Dodatno bi nas zanimalo, ali se zadovoljstvo z življenjem opazno zniža ob postavljeni diagnozi srčnega popuščanja ter ali se ob prilagoditvi na bolezen vrednosti zopet zvišajo, kot poročajo nekatere raziskave (Rutledge, et al., 2006). Z vidika klinične uporabnosti pa bi bilo smiselno več pozornosti nameniti spoprijemalnim strategijam, ki jih uporabljajo osebe z višjo kakovostjo življenja.

## Zaključek

V naši raziskavi smo pokazali, da so zmanjšana z zdravjem povezana kakovost življenja, manjše zadovoljstvo z življenjem in bolj izražena depresivna simptomatika v večji meri prisotni pri osebah s srčnim popuščanjem, v manjši meri pri osebah s tveganjem za razvoj srčnega popuščanja, v najmanjši meri pa pri zdravih posameznikih.

Raziskava omogoča vpogled v povezanost med fizičnim stanjem in funkcioniranjem ter subjektivnim doživljanjem proučevanih vidikov kakovosti življenja pri treh skupinah oseb. Rezultati kažejo, da je v okviru zdravstvene oskrbe pomembno naslavljati tudi psihosocialne vidike funkcioniranja oseb, hkrati pa nadaljnje raziskave usmeriti v proučevanje spoprijemalnih strategij, ki jih uporabljajo osebe z višjo kakovostjo življenja.

## Literatura

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Compare, A., Zarbo, C., Manzoni, G. M., Castenuovo, G., Baldassari, E., Bonardi, A., Callus, E. & Romagnoli, C., (2013). Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in Psychology*, 1(4), 384-390.
- EuroQol Group, 1990. EurQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 199-208.
- Fan, H., Yu, W., Zhang, Q., Cao, H., Li, J., Wang, J., Shao, Y. & Hu, X., (2014). Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 63, 36-42.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B., (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), pp. 606-613.
- Lainščak, M., Omersa, D., Sedlar, N., Anker, S.D. & Farkaš, J., 2019. The heart failure prevalence in the general population: SOBOTA-HF study rationale and design. *ESC Heart Failure*, 6(5), pp. 1077-1084.
- Lesman Leegte, I., Jaarsma, T., & Coyne, J. C., (2009). Quality of life and depressive symptoms in the elderly: A comparison between patients with heart failure and age and gender-matched community controls. *Cardiac Failure*, 15(1), 17-23.



- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., ..., Herzog, W., (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- Manea, L., Gilbody, S. & McMillan, D., (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(3), pp. E191-196.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, (2021). *Zdravstveni statistični letopis 2019*. Ljubljana.
- Pavot, W. & Diener, E., (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. In: E. Diener, ed. *Social indicators research series. Assessing well-being: The collected works of Ed Diener*. New York: Springer Science, Business Media, 101-117.
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ..., van der Meer, P., (2016). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 18, 891-975.
- Rumsfel, J. S., Havranek, E., Masoudi, F. A., Peterson, E. D., Jones, P., Tooley, J. F., Krumholz, H. M. & Spertus, J. A., (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1811-1817.
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H. & Mills, P. J., (2006). Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527-1537.
- Savarese, G. & Lund, L. H., (2017). Global public health burden of heart failure. *Heart Failure Reviews*, 3, 7-11.
- Zambroski, C. H., Moser, D. K., Bhat, G. & Ziegler, C., (2015). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(3), 198-206.

# IZ MULTIDISCIPLINARNEGA V MULTINACIONALNO SODELOVANJE MEDICINSKIH SESTER NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

## FROM MULTIDISCIPLINARY TO MULTINATIONAL COLLABORATION OF NURSES AT PRIMARY CARE

**Metka Žitnik, mag. zdr. ved**

*Metka Žitnik s.p., zdravstvene storitve in svetovanje*

**Patricija Lunežnik, mag. zdr.-soc. manag.**

*Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor*

**ast.metka@gmail.com**

**Ključne besede:** mednarodno povezovanje, zagovorništvo, zdravstvena nega

178

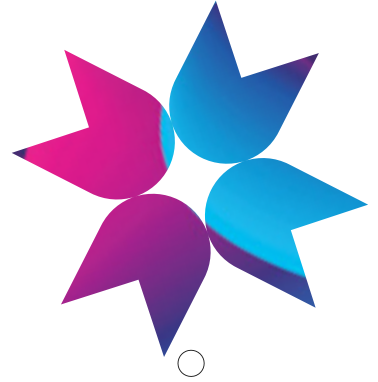
## IZVLEČEK

Na primarni ravni zdravstvenega varstva se v obravnavo pacientov vključujejo različni strokovnjaki, s čimer se zagotavlja celostna oskrba posameznika. Velik del oskrbe zagotavljajo prav medicinske sestre, zato je pomembno, da se z aktivnim vključevanjem v različne organizacije širi pridobljeno znanje ter zastopa stroko zdravstvene nege Slovenije. Za razvoj stroke in zdravstvene oskrbe pacientov je pomembno tudi multinacionalno sodelovanje, s katerim se lahko iz tujine ali v tujino prenaša primere dobrih praks. Organizacija Evropski forum za primarno zdravstvo (ang. European Forum for Primary Care) združuje in povezuje različne strokovnjake, ki delujejo na primarni ravni zdravstvenega varstva prav z namenom prenosa dobrih praks, zagovorništva primarne ravni ter sooblikovanja zdravstvene politike v evropskem prostoru. Članstvo in delovanje v tovrstnih mednarodnih organizacijah omogoča vpogled v delovanje drugih zdravstvenih sistemov, ter uvid, kako k reševanju podobnih problemov pristopajo v tujini. Za opozarjanje na pomembnost vloge medicinskih sester pri oskrbi pacientov je ključno aktivno vključevanje v organizacije na nacionalnem in mednarodnem nivoju. Z dobro prepoznavnostjo se krepi in razvija zdravstvena nega, hkrati pa prepoznavnost omogoča zavzemanje za boljše delovne pogoje in izboljšano oskrbo pacientov na primarni ravni v Sloveniji kot tudi drugod po Evropi.

**Key words:** international networking, advocacy, nursing

## ABSTRACT

In primary care, different professionals are involved in the care of patients to ensure holistic care. Nurses provide a large part of this care, so it is important to disseminate gained knowledge and represent the nursing profession in Slovenia through active involvement in various organisations. Multinational cooperation is also important for developing the profession and patient care so that examples of good practice can be transferred from abroad or to other countries. The European Forum for Primary Care brings together professionals working at the primary level of healthcare to disseminate good practices, advocate for the primary level, and co-shape health policy in the European area. Membership and participation in such international organisations provide insights into how other health systems work and how similar problems are being tackled abroad. Active



involvement in organisations at national and international levels is vital in highlighting the importance of the role of nurses in patient care. Good recognisability strengthens and develops the nursing profession and enables advocacy for better working conditions and improved patient care at primary care both in Slovenia and elsewhere in Europe.

## Uvod

Primarna raven zdravstvenega varstva je pomemben člen vsakega zdravstvenega sistema, saj predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem (WHO, 2018a) in temelj vseh obravnav pacientov. V obravnavo pacientov se vključujejo različni strokovnjaki v sklopu multidisciplinarnih timov, s čimer se zagotavlja hitra, učinkovita in celostna oskrba posameznika (Kuhar, 2012; WHO, 2018b). Velik del oskrbe zagotavljajo prav medicinske sestre, ki igrajo na primarni ravni ključno vlogo pri povezovanju in koordinaciji zdravstvene oskrbe (WHO/Europe, 2023). Različne raziskave so pokazale, da imajo medicinske sestre pomemben vpliv na zagotavljanje primerne, kakovostne zdravstvene oskrbe, ki je prilagojena posamezniku (Lukewich, et al., 2022). Prav zato je pomembno, da z aktivnim vključevanjem v različne organizacije širimo svoje znanje ter zastopamo stroko zdravstvene nege Slovenije.

## Multidisciplinarno sodelovanje

S timskim pristopom si deležniki razdelijo odgovornosti in naloge, kar se odraža v bolj koordinirani in učinkovitejši obravnavi pacientov (HEARTS, 2018), v doseganju skupnih ciljev in visoko kakovostni oskrbi (Schottenfeld, et al., 2016). Multidisciplinarno sodelovanje na primarni ravni se med državami nekoliko razlikuje, a se kot jedro povsod smatra ambulante družinske medicine, kjer sodelujeta zdravnik in medicinska sestra (Kringos, et al., 2010). Veliko raziskav navaja, da diplomirane medicinske sestre lahko zagotovijo finančno bolj ugodno obravnavo pacientov, ter so zmožne doseči visoko kakovost obravnave pacientov (OECD, 2016; Pollock, Fernandes, & Hartling, 2017). Z razširitvijo dela in prenosom dodatnih odgovornosti na medicinske sestre, se na ta način lahko okrepi in stabilizira primarni nivo zdravstvenega varstva (Matthys, Remmen, & Van Bogaert, 2017). Slovenija je svetovnim trendom razvoja primarnega nivoja pričela slediti že leta 2011, ko so se kot novost v našem prostoru pojavile tako imenovane referenčne ambulante in s tem omogočile vstop v ambulanto družinske medicine diplomiranim medicinskim sestram, katerim je bila zaupana naloga opravljanja preventivnih pregledov ter vodenje urejenih kroničnih bolnikov (Poplas Susič, Švab, & Kersnik, 2013). Izjemnega pomena pri razvoju stroke je zagovorništvo zdravstvene nege, ki spodbuja njene vrednosti in s tem zagotavlja, da so medicinske sestre priznane za svoj prispevek k zdravstveni oskrbi (Martin & Zolnierek, 2020).

## Multinacionalno sodelovanje

Multinacionalno sodelovanje v zdravstveni negi omogoča večji vpliv pri zagovarjanju sprememb politike, ki spodbujajo zdravje in dobro počutje, izboljšujejo oskrbo pacientov in podpirajo poklic zdravstvene nege (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021). S sodelovanjem lahko medicinske sestre usmerjajo globalne zdravstvene politike in prakse, ki vplivajo na njihove paciente in skupnosti. Na ta način mednarodno sodelovanje ne podpira le napredka stroke zdravstvene nege, temveč tudi izboljšanje globalnega zdravja (Gallani, 2016). Preko mednarodnih organizacij lahko medicinske sestre sodelujejo z zdravstvenimi delavci iz različnih držav pri reševanju globalnih zdravstvenih izzivov ter spodbujanju zdravja in dobrega počutja. Te organizacije medicinskim sestram zagotavljajo tudi priložnosti za povezovanje, izmenjavo strokovnega znanja in nadaljnji strokovni razvoj, kar jim lahko pomaga, da ostanejo na tekočem z najnovejšimi raziskavami, najboljšimi praksami in tehnološkim napredkom na svojem področju (Rosser, Scammell, Bevan, & Hundely, 2017).

Vidnejši mednarodni organizaciji, ki združujeta vse medicinske sestre, ne glede na področje delovanja, sta Evropska federacija združenj medicinskih sester (ang. *European Federation of Nurses Association – EFN*) in Mednarodni svet medicinskih sester (ang. *International Council of Nurses – ICN*) (Zbornica-Zveza, 2023). EFN je glavna organizacija medicinskih sester v Evropi, ki združuje nacionalne organizacije medicinskih sester z vse celine in zastopa interese več kot 4 milijonov medicinskih sester v Evropi (EFN, 2023). ICN je globalna organizacija, ki zastopa interese medicinskih sester po vsem svetu. Ustanovljena je bil leta 1899 in ima več kot 130 organizacij članic v več kot 100 državah (ICN, 2023). Za razvoj stroke in zdravstvene oskrbe pacientov je multinacionalno sodelovanje in raziskovanje pomembno (Wai-Chan, 2017), saj tako iz tujine ali v tujino prenašamo primere dobrih praks. Najbolj učinkovito je sodelovanje z organizacijami, ki se skladajo s področjem delovanja.

## Evropski forum za primarno zdravstvo

Organizacija Evropski forum za primarno zdravstveno varstvo (ang. *European Forum for Primary Care* - EFPC) je mednarodna organizacija, ki združuje in povezuje različne strokovnjake, ki delujejo na primarni ravni zdravstvenega varstva z namenom prenosa dobrih praks, zagovorništva primarne ravni ter sooblikovanja zdravstvene politike v evropskem prostoru (Wonca, 2023). Aktivno delovanje v EFPC ima za medicinske sestre velik pomen, saj zagotavlja platformo za sodelovanje, strokovni razvoj in zagovorništvo na področju primarne zdravstvene nege. Člani imajo namreč možnost sodelovanja v razpravah in debatah o oblikovanju politik, ki vplivajo na izvajanje primarnega zdravstvenega varstva in prihodnost zdravstvene oskrbe (EFPC, 2023). S sodelovanjem v EFPC lahko torej medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri oblikovanju prihodnosti primarnega zdravstvenega varstva in izboljšanju oskrbe pacientov.

## Primer dobre prakse

Kot primer dobre prakse velja izpostaviti sodelovanje s sosednjo Avstrijo. Na kongresu »*Österreichischen Forum Primärversorgung; Interprofessionalität in der Primärversorgung*« so leta 2017 slišali prispevek z naslovom »*A day in model practice in community health center Ljubljana*«. (Primär Versorgungs Kongress, 2017). Prepoznali so potencial za izboljšavo primarne ravni s pomočjo do takrat že dobro uvedene zgodbe referenčnih ambulant. Kupili so licenco projekta referenčne ambulante za obravnavo kroničnih bolnikov in pripravljene so bili prevodi slovenskih protokolov. Postopno implementirajo tovrsten način dela in hkrati vzpostavljajo t.i. zdravstvene centre, ki so namenjeni združevanju več različnih specialistov in specialnosti. Čeprav ti ne delujejo kot med seboj povezana celota, česar smo vajeni v Sloveniji, pacientom vseeno omogočajo hitrejši in lažji dostop do zdravstvenih storitev. Prav v teh centrih se diplomirane medicinske sestre trudijo z uvajanjem novega pristopa obravnave (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2023). Avstrijci so pričeli tudi s pilotnim projektom patronažne zdravstvene nege (Gesundheit Österreich GmbH, 2023).

## Diskusija

Iz predstavljenega primera dobre prakse je možno razbrati, kako pomembno je mednarodno udejstvovanje za povezovanje in prenos dobrih praks. Medicinske sestre na primarni ravni so zagovornice pacientov, motivirajo paciente za aktivno prevzemanje nadzora nad svojim zdravjem, ugotavljajo zdravstvene potrebe prebivalstva v posamezni lokalni skupnosti, sodelujejo v timski obravnavi in pri razvoju novih pristopov obnav pacientov (WHO/Europe, 2023). Na Finskem in v Veliki Britaniji medicinske sestre že dalj časa izvajajo aktivno vlogo na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Na podlagi raziskav opravljenih na njihovem delu je dokazan izboljššan dostop do zdravstvenih storitev in na ta račun tudi manjše čakalne dobe (Delamaire & Lafortune, 2010). Tudi druge države si prizadevajo za izboljšanje zagotavljanja zdravstvenih storitev. Po raziskavi OECD (2016), imajo pri tem ključno vlogo prav medicinske sestre, saj poznajo potrebe prebivalstva in so pogosto prvi odzivniki v kritičnih situacijah. Za izboljšanje zdravstvenih rezultatov za paciente po vsem svetu in za razvoj zdravstvene nege je pomembno udejstvovanje v mednarodnih organizacijah in zagovorništvo. Za zagovorništvo je potrebno poznavanje aktualne problematike, strateško načrtovanje, poznavanje interesov odločevalcev, premišljena komunikacija ter identifikacija (potencialnih) partnerjev v zagovorništvo (Branden, Clary-Muronda, Hawkins, Mousa, & Shimek, 2023). Zagovorništvo se prične z vključevanjem v stanovsko združenje na nacionalnem nivoju, nadgradi pa z mednarodnim udejstvovanjem. Organizaciji EFN in ICN s svojim zagovorništvom, vplivom na politiko in podporo strokovnemu razvoju pomembno prispevata k zdravstveni negi in prihodnosti zdravstvenega varstva (EFN, 2023; ICN, 2023) medtem ko je organizacija EFPC bolj usmerjena v razvoj in zagovorništvo primarnega zdravstvenega varstva (EFPC, 2023). Za razvoj močno podhranjene primarne ravni je nujno zagotoviti, da se glas medicinskih sester sliši v procesih odločanja, ki vplivajo na zdravstveno nego in izvajanje zdravstvene oskrbe pacientov širom Evrope.

## Zaključek

Za opozarjanje na pomembnost vloge medicinskih sester pri oskrbi pacientov je ključno aktivno vključevanje v organizacije na nacionalnem in mednarodnem nivoju. Zagovorništvo zdravstvene nege na različnih nivojih je bistvenega pomena za varnost pacientov, poklicni napredek, spodbujanje globalnega zdravja in za zavzemanje sprememb v politikah. Z dobro prepoznavnostjo zdravstvene nege lahko svojo stroko krepimo in razvijamo ter se zavzemamo za boljšo oskrbo na primarni ravni tako v Sloveniji kot drugod po Evropi.

## Literatura

- Branden, P. S., Clary-Muronda, V., Hawkins, J., Mousa, D. I., & Shimek, A. (2023, 02. 14.). *Global health advocacy: Building a foundation for transformative impact at the United Nations and beyond*. Retrieved from <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/22148>
- Delamaire, M., & Laforune, G. (2010). *Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries*. Paris: OECD.
- EFN. (2023, 02. 14.). *Statutes – Constitution*. Retrieved from <https://efn.eu>
- EFPC. (2023, 02. 14.). *About EFPC*. Retrieved from <https://euprimarycare.org/background/>
- Gallani, M. B. (2016). International collaboration in the Nursing agenda in the coming decades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2739.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2023, 02. 14.). *Community Nursing*. Retrieved from <https://cn-oesterreich.at>
- HEARTS. (2018). *Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: team-based care*. Switzerland: World Health Organization.
- ICN. (2023, 02. 14.). *ICN mission, vision, constitution and strategic plan*. Retrieved from <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-mission-vision-constitution-and-strategic-plan>
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., . . . Wilm, S. (2010). The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11(81), 1-8.
- Kuhar, M. (2012). *Analiza izvajanja zdravstvenega varstva a primarni ravni v Republiki Sloveniji (magistrsko delo)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Fakulteta za družbene vede.
- Lukewich, J., Asghari, S., Gard Marshall, E., Mathews, M., Swab, M., Tranmer, J., . . . Poitras, M.-E. (2022). Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(440), 1-26.
- Martin, E., & Zolnierek, C. (2020). Beyond the nurse practice act: making a difference through advocacy. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 25(1).
- Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Family Practice*, 18(10), ??
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. Washington, DC: The National Academies Press.
- OECD. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD/European Union.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2023). Retrieved from <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/disease-management.html>
- Pollock, M., Fernandes, R. M., & Hartling, L. (2017). Evaluation of AMSTAR to assess the methodological quality of systematic reviews in overviews of reviews of healthcare interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 23, 17-48.
- Poplas Susič, T., Švab, I., & Kersnik, J. (2013). Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 82(10), 635-647.
- Primär Versorgungs Kongress. (2017, April 7-8). Retrieved from <https://www.pv-kongress.at/kongress-dokumentation-2017/>
- Rosser, E. A., Scammell, J., Bevan, A., & Hundely, V. A. (2017). Strong leadership: The case for global connections. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 946-955.
- Schottenfeld, L., Petersen, D., Peikes, D., Ricciardi, R., Burak, H., McNellis, R., & Genevro, J. (2016). *Creating patient-centered team-based primary care*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Wai-Chan, S. (2017). International research collaboration creates higher impact. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 59-60.
- WHO. (2018a). *Quality in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2018b). *Global conference on primary health care: Declaration of Astana*. Astana: World Health Organization.
- WHO/Europe. (2023, 02. 13.). *Competencies for nurses working in primary health care*. Retrieved from [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf)
- Wonca. (2023, 02. 14.). *European Forum for Primary Care*. Retrieved from <https://www.woncaeurope.org/institutes/display/af893e56-1d28-48e6-9f-26-7d99198a50b2/European-Forum-for-Primary-Care>
- Zbornica-Zveza. (2023, 02. 14.). *Mednarodne organizacije*. Retrieved from <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/funkcionarji-in-predsedniki-delovnih-teles-2/o-zbornici-zvezi/mednarodne-organizacije/>

# DIDAKTIČNI PRIPOMOČKI ZA EDUKACIJO OSEB S SLADKORNO BOLEZNIJO

## DIDACTIC TOOLS FOR THE EDUCATION OF PERSONS WITH DIABETES

Klara Peternelj, dipl. m. s., Jana Klavs, viš. med. ses., Mojca Mesojedec, dipl. m. s.,  
Katarina Peklaj, dipl. m. s., Andreja Semolič Valič, dipl. m. s., mag. diet.

Zbornica - Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji

klara.peternelj@gmail.com

**Ključne besede:** prehransko svetovanje, metode poučevanja, Zofkina košara, Florjanov krožnik, Zofkine tabele

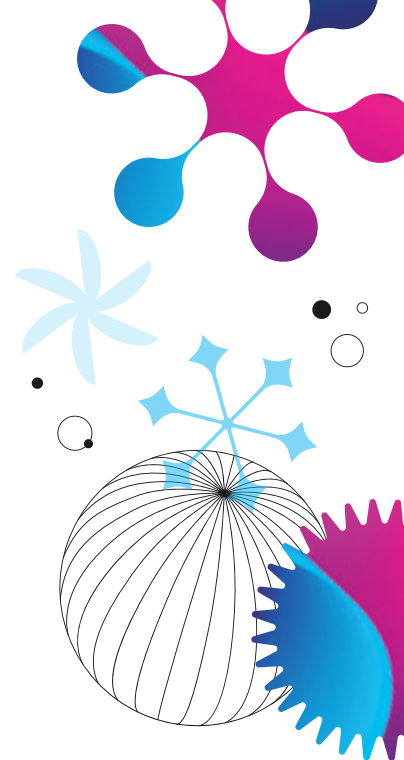
### IZVLEČEK

Prehransko svetovanje je pomemben del edukacije oseb s sladkorno boleznijo (v nadaljevanju osebe). Temelji na prepoznavanju prehranskih navad in želja ter zmožnosti oseb, da v prehranjevalne navade vnesejo ustrezne spremembe, ki pripomorejo k izboljšanju izida zdravljenja. Osebe bodo neustrezne navade lažje spremenile, če bo svetovanje nazorno, enostavno in privlačno. Zato so bili v letu 2022 pripravljene trije novi didaktični pripomočki: Zofkina košara, Florjanov krožnik in Zofkine tabele, ki so namenjeni skupinski ali individualni edukaciji. Nudijo nazoren, vizualen prikaz živil in obrokov ter vpogled v informacije o sestavi in hranilni vrednosti posameznega živila. Ti didaktični pripomočki omogočajo učenje z uporabo treh metod: metodo krožnika, metodo »CUKR« in metodo štetja ogljikovih hidratov. Iz Zofkine košare osebe izberejo živila in jih razvrstijo glede na to, kolikšen vpliv imajo na porast krvnega sladkorja. Florjanov krožnik temelji na že uveljavljeni metodi zdravega krožnika. Dopolnjen je z informacijami o količinah živil, ki zagotavljajo optimalen vnos ogljikovih hidratov in beljakovin. Tako osebe s sladkorno boleznijo lažje razumejo, kako sestaviti obrok s primerno količino izbranih živil. Obenem dopušča možnost, da krožnik dopolnijo z ostalimi jedmi, ki so pogosto vključene v obrok. S pomočjo Zofkinih tabel se osebe naučijo branja deklaracij živil in ocenijo primernost živil.

**Key words:** Nutrition counselling, teaching method, Zofka's basket, Florian's plate, Zofka's tables

### ABSTRACT

Nutrition counselling is an important part of education for persons with diabetes. It is based on identifying the persons' dietary habits and preferences, as well as recognizing their ability to change eating habits in order to improve their treatment outcome. Persons with diabetes are more likely to change inadequate habits if the counselling is illustrative, simple, and interesting. For this purpose, three didactic tools were developed in 2022: Zofka's basket (Zofkina košara), Florian's plate (Florjanov krožnik) and Zofka's tables (Zofkine tabele). These tools provide the opportunity to learn using three methods: the plate method, the "CUKR" method, and the carbohydrate counting method. Designed for group or individual education, the tools provide an illustrative visual representation of foods and meals as well as information on the composition and nutritional value of each food. From the Zofka's basket, persons choose foods and sort them according to how much they affect blood sugar levels. The Florian's plate is based on the well-established healthy plate method but includes information on the quantities of foods that allow for the optimal intake of carbohydrates and proteins. It is designed to help persons with diabetes understand how to create a meal with the correct amount of foods they select. It also allows them to add to the plate other dishes that are often included in a meal. The Zofka's tables help persons to assess the nutritional suitability of foods and learn how to read food labels.



## Uvod

Sladkorna bolezen tipa 2 je kronična in napredujoča bolezen, ki vpliva na vse vidike posameznikovega življenja in ga lahko prizadene telesno, duševno in tudi socialno. Bolezen je obremenjujoča, saj si oseba s sladkorno boleznijo od nje ne more odpočiti. Zdravljenje sladkorne bolezni je trajno in stopenjsko ter se med potekom bolezni tudi spreminja. Temelji na nefarmakološkem pristopu, ki ga po potrebi dopolnjuje še zdravljenje z zdravili. Zdravljenje je prilagojeno urejenosti sladkorne bolezni, motiviranosti osebe za zdravljenje in njenim kognitivnim ter motoričnim sposobnostim, ki so potrebne za uporabo ustreznih pripomočkov, namenjenih urejanju sladkorne bolezni (npr. glukometer, peresniki za aplikacijo zdravil...). Nefarmakološki ukrepi vključujejo primerno prehrano in telesno dejavnost ter zahtevajo spremembo življenjskega sloga posameznika, če ta ni v skladu s strokovnimi priporočili za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni. Znanje in veščine za obvladovanje in življenje s sladkorno boleznijo pridobijo osebe z edukacijo, ki je pomemben del oskrbe teh oseb (Klavs, 2022). Ključni element sodobnega prehranskega svetovanja je upoštevanje želja, navad in potreb oseb s sladkorno boleznijo, kar zagotavlja večjo verjetnost za potrebne spremembe življenjskega sloga oseb. Pristopi k spreminjanju prehranskih navad terjajo od edukatorjev veliko znanja, spretnosti in empatije, da zagotovijo osebam razumevanje, ustrezno znanje in osvajanje veščin, na podlagi katerih bodo sprejemale odločitve, potrebne za uspešno obvladovanje sladkorne bolezni in življenje z njo (Peternelj, 2016). Neustrezno svetovanje, ki ga navadno izvajajo manj veščiči, manj empatični edukatorji – svetovalci in se ne ozira na življenje svetovancev, je sicer udobno za svetovalce, za svetovance pa le dodatno breme.

Slovenija je na pobudo edukatoric dobila prva nacionalna Priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2 leta 2020 (Priporočila) (Klavs et al., 2020). Priporočila so pripravljena na podlagi znanstvenih dognanj in dogovora strokovnjakov iz desetih inštitucij, ki so bili v času nastajanja prepoznani kot ključni partnerji. Delo skupine je podprlo Ministrstvo za zdravje. Vodilo za pripravo priporočil je bilo poenotenje različnih in nasprotujočih prehranskih nasvetov, ki so jih prejemale osebe s sladkorno boleznijo v diabetoloških ambulantah po Sloveniji. V prvem delu so podana znanstveno potrjena in medsebojno usklajena dejstva o prehrani in telesni dejavnosti. V drugem delu pa so prikazani sodobni načini in konkretni predlogi, kako svetovati ter pri tem ohranjati strokovnost in empatičnost svetovalcev pa tudi motiviranost oseb. Priporočila navajajo k stopnjevanju vsebinske zahtevnosti svetovanja. Pri tem imajo edukatorji na razpolago tri metode:

### **A - metoda krožnika**

Je najenostavnejši način prehranskega učenja, ki ponazori izbor živil, kombinacijo živil in velikost porcij na krožniku. Z roko ponazorimo (pest, dlan, palec, odprti dlani) ponazarjajo količino posameznega živila na krožniku in osmislimo velikost porcij (Klavs et al., 2020).

### **B – metoda »CUKR«**

Uči osnove spoznavanja vsebnosti ogljikovih hidratov v živilih in jedeh s pomočjo vrečk namiznega sladkorja po 5 g, s katerimi ponazori, koliko ogljikovih hidratov je v prikazani količini živila (Klavs et al., 2020), npr. 80 g kruha ali 60 g ajdove kaše vsebuje 40 gramov ogljikovih hidratov, kar ustreza 8 vrečkam namiznega sladkorja po 5 g.

### **C – metoda štetja ogljikovih hidratov**

Je najzahtevnejša in najnatančnejša metoda, ki zahteva tehtanje živil in izračun količine ogljikovih hidratov v živilu ali obroku. Namenjena je le najbolj motiviranim osebam ali kadar je natančen vnos ogljikovih hidratov nujen za dobre izide zdravljenja, kar je pri sladkorni bolezni tipa 2 redko (Klavs et al., 2020).

V želji in z namenom, da prehransko svetovanje v skladu s Priporočili čim bolj zaživi in se približa običajnemu življenju osebe s sladkorno boleznijo, smo podpisane v letu 2022 pripravile nove didaktične pripomočke, ki so namenjeni individualni ali skupinski edukaciji. Cilji svetovanja z novimi didaktičnimi pripomočki so, da osebe prepoznajo različen vpliv živil na krvni sladkor, da prepoznajo živila, ki vsebujejo ogljikove hidrate, da znajo sestaviti obrok v katerem ni presežka ogljikovih hidratov in da znajo med nešteti živila oziroma izdelki izbrati ustrezne. Pridobljeno znanje bo osebam omogočalo tudi boljšo urejenost sladkorne bolezni.

## Didaktični pripomočki za edukacijo oseb s sladkorno boleznijo

Didaktični pripomočki *Zofkina košara*, *Florjanov krožnik* in *Zofkine tabele* se med seboj dopolnjujejo in sledijo metodam A, B in C. Poimenovani so po maskotah iz Priporočil. Zofi predstavlja zdravstvenega strokovnjaka, Florjan pa osebo s sladkorno boleznijo. Uporaba omenjenih pripomočkov pri edukaciji vzpodbudi osebe k sodelovanju in sooblikovanju poteka učenja o prehrani. Tak način omogoča interakcijo med osebami samimi kot tudi med osebami in edukatorjem (Richardson & Birge, 1995). Osebe postanejo slišane in aktivne, ne le pasivne poslušalke prehranskih priporočil (Verbič Duh, 2022). Edukator je najprej opazovalec, poslušalec in usmerjevalec, ki pomaga osebam k ustreznim odločitvam. Napačne odločitve oseb je dolžan komentirati, ustrezno argumentirati in odgovoriti na zastavljena vprašanja. Pripomočki so pripravljene na podlagi nacionalnih Priporočil ter OPKP – Odprte platforme za klinično prehrano ([http://www.opkp.si/sl\\_SI/cms/vstopna-stran](http://www.opkp.si/sl_SI/cms/vstopna-stran)).

### Zofkina košara

Je didaktični pripomoček, ki osebi na preprost vizualni način ponazori katera živila imajo večji in katera manjši vpliv na dvig krvnega sladkorja. V košari (slika 1) so modeli živil, ovojnine živil, vrečke z živili in vrečka z 20-imi zavitki namiznega sladkorja po 5 gramov za ponazoritev metode »CUKR«. Košari so priložena navodila za uporabo in podloga na katero osebe razvrščajo živila glede na to, kolikšen vpliv imajo na porast krvnega sladkorja. Na eno stran podloge osebe polagajo živila, ki imajo večji vpliv na porast krvnega sladkorja, na drugo stran pa polagajo živila, ki imajo manjši vpliv na porast krvnega sladkorja (Klavs, 2022). Odločitev, na katero stran podloge oseba položi živilo, komentira oseba, skupina ali edukator, kadar osebam zmanjka argumentov za ustrezno razlago. Vloga edukatorja ob tem je poslušanje razlage oseb in usmerjanje oseb k ustreznim odločitvam.



**Slika 1:** Zofkina košara (vir: arhiv Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji)

V prvi vrsti je Zofkina košara namenjena edukaciji novoodkritih oseb s sladkorno boleznijo, saj se ob postavitvi diagnoze prvič soočijo z vprašanjem, kaj naj jedo in katera živila vplivajo na porast sladkorja v krvi.

### Florjanov krožnik

Izdelan je z namenom, da bo odrasla oseba s sladkorno boleznijo lažje razumela, kako sestaviti obrok s primerno količino izbranih živil. Razvoj didaktičnega pripomočka Florjanov krožnik (slika 2) temelji na že uveljavljeni metodi zdravega krožnika, upoštevajoč nacionalna Priporočila. Ta navajajo, naj obrok ne presega količine od 50 do 60 g ogljikovih hidratov (izjemoma do 80 g), in sicer 40 g iz skupine škrobnih živil in od 15 do 20 g iz neškrobne zelenjave. Priporočena količina beljakovin v obroku je 20 g (Klavs et al, 2020). Nazornejši prikaz količine ogljikovih hidratov v obroku dopolnimo še z metodo »CUKR«. »Florjanov krožnik« vsebuje podlogo - pogrinjek s krožnikom v naravni velikosti, kartice-četrтинke za škrobna živila, zelenjavo, sadje in beljakovinska živila ter dodatne krožnike za juhe, solate, sladice, prigrizke in pijače. Polovica krožnika je namenjena zelenjavi (2 četrтинki), četrтина škrobnih prilog in četrтина beljakovinskim živilom. Krožnik lahko dopolnjujejo kartice jedi, ki so pogosto sestavni del klasičnih slovenskih obrokov, npr. juha, solata, pijača in občasno tudi sladica. Slike živil ne predstavljajo njihove priporočene količine, ampak le vrsto. Najpomembnejši podatek na posamezni četrтинki ali krožniku je vsebnost ogljikovih hidratov v surovem živilu. Kartice so na hrbtni strani opremljene z grafičnim prikazom 5-gramskih vrečk sladkorja, kar dodatno osmisli količino zaužitih ogljikovih hidratov. Četrтинke s škrobnimi živil in stročnicami imajo na hrbtni strani tudi zapis o količini živila, ki ustreza 40 g ogljikovih hidratov. Na četrтинkah z zelenjavo je zapis količine zelenjave, ki vsebuje 10 g ogljikovih hidratov. Z dvema četrтинkami se pokrije polovica krožnika in doseže priporočena količina 15–20 g ogljikovih hidratov. Na četrтинkah s sadjem je količina sadja, ki vsebuje 15 g ogljikovih hidratov. Sadje je na četrтинke uvrščeno namenoma, saj se pogosto srečujemo z osebami, ki ne marajo zelenjave. Četrтинka, ki je namenjena beljakovinskim živilom, ponazarja količino živila, ki vsebuje priporočenih 20 g beljakovin. Na krožnikih s sladnicami je zapisu o vsebnosti ogljikovih hidratov na 100 g sladice dodan še zapis o povprečni porciji in vsebnosti ogljikovih hidratov, beljakovin, maščob ter energijski vrednosti porcije. Enak zapis je na malih krožnikih s prigrizki – oreščki.



**Slika 2:** Florjanov krožnik (vir: arhiv Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji)



Način uporabe pripomočka je zasnovan tako, da osebo s sladkorno boleznijo prosimo, naj si izbere živila in z njimi sestavi svoj običajni obrok. Spodbujamo jo, da sestavi obrok (npr. kosilo), ki ga je jedla npr. dan prej, v nedeljo, na praznovanju rojstnega dne, ali preprosto najljubšega. Smiselno je, da spodbujamo sestavo nekoliko bolj »prazničnega« kosila. Ko je sestavljanje obroka končano, kartice obrnemo in seštejemo grame ogljikovih hidratov. Uporabimo metodo »CUKR« in poleg Florjanovega krožnika položimo vrečke sladkorja (Klavs, 2022). Vizualizacija vsebnosti ogljikovih hidratov v obroku tako doseže še večji učni učinek. Sledi analiza ustreznosti obroka in razmišljanje osebe kaj je potrebno spremeniti. Oseba skuša sama podati čim več predlogov za potrebne spremembe, edukator jo usmerja k ustreznim odločitvam.

### Zofkine tabele

Didaktični pripomoček Zofkine tabele (slika 3) vključuje prehranske karte, deklaracije živil in druge preverjene tabele živil. Prehranske karte je pripravila Pedagoška fakulteta v okviru projekta »Uživajmo v zdravju«. Na kartah so slike živil in preglednice, ki vsebujejo osnovne podatke o živilih: energijsko vrednost živila, vsebnost maščob in nasičenih maščobnih kislin, beljakovin, ogljikovih hidratov, vlaknin, sladkorja in soli. Podatki kažejo kvaliteto in primernost posameznih živil. Pri oceni primernosti živila si pomagamo še s prehranskim semaforjem. Izbira s pomočjo prehranskega semaforja temelji na sodobnih prehranskih smernicah, ki opozarjajo, da je treba zmanjšati dnevni vnos maščob, sladkorja in soli (Verbič Duh, 2022). Količino teh hranil ocenimo z barvami semaforja, ki predstavljajo temelj za pogostost uživanja. Zelena označba pomeni odlično živilo, ki je primerno za vsakodnevno uživanje. Pri živilih, označenih z oranžno barvo, svetujemo zmernost tako v količini, kot v pogostosti uživanja (nekajkrat tedensko). Rdeča barva semaforja opozarja, da so živila neprimerna, zato naj bi se jih izogibali oz. jih uživali v manjših količinah (Jurak et al., 2016).



**Slika 3:** Zofkine tabele (vir: arhiv Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji)

Prehranske karte in prehranski semafor sta pripomočka, s pomočjo katerih se osebe naučijo brati deklaracije na ovojninah živil in vrednotiti primernost izbranih živil. Zato pri učenju te vsebine svetujemo še uporabo ovojnin raznovrstnih živil in prehranskih aplikacij. Učenje lahko dodatno popestrimo še z metodo »CUKR«, pri najbolj motiviranih osebah pa tudi z metodo štetja ogljikovih hidratov.

## Diskusija

Namen razvoja didaktičnih pripomočkov je, da osebe na sodoben, enostaven, privlačen in celo zabaven način lažje dojamejo vpliv hranil na glikemijo. Učenje z njihovo pomočjo zagotavlja aktivno sodelovanje oseb, omogoča jim več avtonomije in samostojnosti ter ponuja možnosti, da primerjajo nove izkušnje s trenutnim razumevanjem (Radovan, 2013). Edukator osebe usmerja, da povežejo prejšnje znanje o prehrani z novim. Spodbuja jih pri razmišljanju, katere prehranske navade spremeniti in jih uskladiti z željami oseb. Pomaga jim do za urejenost sladkorne bolezni boljših odločitev pri izboru in količini živil ter sestavljanju obrokov. Obenem pa jim pušča dovolj svobode in jih razbremenjuje »drugačnosti« zaradi omejitev, ki jih bolezen prinaša. Mnoge osebe, tudi tiste, ki imajo že dlje časa sladkorno bolezen, imajo težave že pri opredeljevanju živil, ki vplivajo na glikemijo. Najpreprostejši način, s katerim to ugotovimo, je razvrščanje živil. V Zofkini košari je nabor živil, ki imajo pomemben vpliv na porast krvnega sladkorja in tistih, katerih vpliv je majhen. Način učenja je preprost, a kljub temu dovolj nazoren, da pri osebah spodbuja razmišljanje in pomnjenje.

Že vrsto let je pri nas in v tujini uveljavljena metoda načrtovanja prehrane po modelu zdravega krožnika. Gre za večino pravnega sestavljanja zdravega krožnika, s pravim razmerjem živil na njem (Hlastan Ribič, 2018). S to metodo se lahko naredijo popolne porcije obrokov z ustreznim ravnovesjem zelenjave, beljakovin in ogljikovih hidratov – brez štetja, računanja, tehtanja

ali merjenja (Mesojedec, 2022). Mera za odmero količine živil je roka (pest, dlan, prsti). Florjanov krožnik je nadgradnja zdravega krožnika. Opredeljuje količine živil v gramih, ki vsebujejo priporočeno količino ogljikovih hidratov in beljakovin. Osnovni krožnik na pogrinjku lahko osebe dopolnijo še z ostalimi jedmi na manjših krožnikih (juha, solata, sladica, pijača), ki jih osebe običajno pojedjo za obrok. Florjanov krožnik je prestopil meje dosedanjega učenja, saj dopušča možnost uživanja običajnega, a količinsko ustreznega obroka. Učenje z uporabo Zofkinih tabel navaja osebe k izboru po sestavi ustreznih živil in izdelkov. Primeren izbor manj slanih, manj sladkih in manj mastnih živil ugodno vpliva na glikemijo in druge dejavnike tveganja (krvni tlak, nivo trigliceridov ipd.), ki vplivajo na celotno urejenost sladkorne in drugih bolezni.

Pri edukaciji oseb s sladkorno boleznijo se soočamo tudi z ranljivimi, socialno ogroženimi, ali slabše izobraženimi osebami. Pogosto naletimo na omejeno zdravstveno pismenost, specifične navade, predvsem zaradi kulture in vere ter slabo razumevanje slovenskega jezika, kar otežuje edukacijo. Z uporabo opisanih didaktičnih pripomočkov in metod je učenje takih oseb lažje in bolj razumljivo.

Znanje, komunikacijske veščine, spretnost, empatija in nenazadnje kreativnost edukatorja, lahko naredijo učno uro z uporabo novih didaktičnih pripomočkov izjemno zanimivo in sproščeno, kar prebije marsikatero bariero v medsebojnem odnosu. Z verifikacijo strukturiranih programov edukacije bo tudi časovna stiska, ki jo zdaj opažamo pri tovrstnem učenju, zmanjšana.

## Zaključek

Želja in namen snovalcev Zofkine košare, Florjanovega krožnika in Zofkini tabel je, da se uporaba teh didaktičnih pripomočkov razširi po vseh diabetoloških ambulantah in centrih za krepitev zdravja/zdravstvenovzgojnih centrih v Sloveniji. Njihova uporaba zahteva izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, ki izvajajo prehransko svetovanje. Izobraževanje izvaja Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji. Prikaz učenja je dostopen tudi na spletni povezavi <https://e-diabetes.si/e-vsebine/>.

S sodobno edukacijo želimo osebam zmanjšati breme bolezni in jim svetovati na zanimiv, privlačen in preprost način. Sporočiti jim želimo, da nobena hrana ni prepovedana in, da z zmernostjo in znanjem lahko ohranijo marsikatero navado in željo po uživanju določene hrane.

Florjanov krožnik bomo v letošnjem letu nadgradili in ga vsebinsko dopolnili s tipičnimi slovenskimi jedmi, modernimi jedmi hitre prehrane ter jedmi, ki so v slovenski prostor prišle od drugod (pica, burek, hamburger itd.). Upoštevanje gastronomskih regionalnih značilnosti bo tako dalo pripomočkom še dodatno težo.

## Literatura

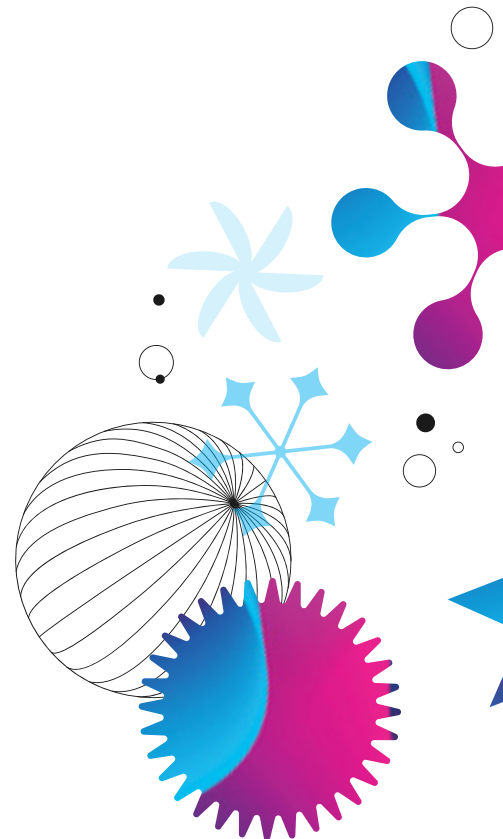
- Jurak, G., Starc, G., Kovač, M., Kostanjevec, S., Radi, P., Erjavšek, M., ... Franjo Krpač (2016). Računalniške in namizne prehranske didaktične igre. In G. Jurak (Ed.), *Priročnik za preventivne timske izpeljave dejavnosti na področju gibanja in prehrane v pilotnem testiranju projekta uživajmo v zdravju* (pp. 34-46). Ljubljana: Univerza v Ljubljani. [http://www.uzivajmovzdravju.si/wp-content/uploads/2016/12/prirocnik\\_UZ\\_gibanje-5.pdf](http://www.uzivajmovzdravju.si/wp-content/uploads/2016/12/prirocnik_UZ_gibanje-5.pdf).
- Klavs, J. (2022). Edukacija. In D. Pongrac Barlovič, *Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2* (pp. 43-45). Ljubljana: Diabetološko združenje Slovenije.
- Klavs, J. (2022). Nacionalna priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni, metode svetovanja in didaktični pripomočki za svetovanje o prehrani. In M. Poljanec Bohnec & K. Peklaj (Eds.) *Sladkorna bolezen - priročnik za zdravstvene delavce*. (pp. 85-92). Ljubljana: Društvo EDMED.
- Klavs, J., Pongrac Barlovič, D., Volčanšek, Š., Jemec Zalar, B., Volk, I., Semolič Valič, A., ... Filipovič, J.I. (2020). Od metode rok do štetja ogljikovih hidratov. In J. Klavs & D. Pongrac Barlovič (Eds.), *Priporočila o prehrani in telesni dejavnosti ob sladkorni bolezni tipa 2* (pp. 74-78). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. [https://e-diabetes.si/wp-content/uploads/2021/05/Priporocila-ob-sladkorni\\_2020\\_kazalo-interaktiv-enostransko.pdf](https://e-diabetes.si/wp-content/uploads/2021/05/Priporocila-ob-sladkorni_2020_kazalo-interaktiv-enostransko.pdf).
- Mesojedec, M. (2022). Zdrav življenjski slog. In M. Poljanec Bohnec & K. Peklaj (Eds.) *Sladkorna bolezen - priročnik za zdravstvene delavce* (p. 39). Ljubljana: Društvo EDMED.
- OPKP - Odprta platforma za klinično prehrano. [http://www.opkp.si/sl\\_SI/cms/vstopna-stran](http://www.opkp.si/sl_SI/cms/vstopna-stran).
- Peternelj, K., Cenčič, A., Colja, L., Eler, G., Stopar, P., Vihtelič, Z., & Zakrajšek, D. (2016). Projekt Zmorem!. In Peklaj, K. (Ed.). *5. Endokrinološki kongres zdravstvene nege: zbornik predavanj*. Portorož, 6. – 8. oktober 2016 (pp. 27-32). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji.
- Poličnik, R., Hlastan Ribič, C., & Bavcon, M. (avtorici dodatnih besedil) (2018) *Zdrava prehrana. Priročnik za izvajalce v zdravstvenih domovih*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje. [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik\\_zdrava\\_prehrana\\_12.1.2018\\_za\\_splet.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_zdrava_prehrana_12.1.2018_za_splet.pdf)
- Radovan, M. (2013). Metode v izobraževanju odraslih. *Andragoška spoznanja*, 19 (4), 5–8. <https://doi.org/10.4312/as.19.4.5-8>.
- Richardson, D. & Birge B. (1995). Teaching physiology by combined passive (pedagogical) and active (andragogical) methods. *American Journal of Physiology*, 268 (13), 66–74.
- Verbič Duh, D. (2022). Nefarmakološko zdravljenje sladkorne bolezni. In M. Poljanec Bohnec & K. Peklaj (Eds.) *Sladkorna bolezen - priročnik za zdravstvene delavce*, 47-53. Ljubljana: Društvo EDMED.

# MULTIDISCIPLINARNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTA – KOMUNICIRANJE Z VIDIKA PACIENTA IN ZDRAVSTVENEGA OSEBJA

## MULTIDISCIPLINARY MEDICAL TREATMENT OF THE PATIENT – COMMUNICATION FROM THE PERSPECTIVE OF THE PATIENT AND MEDICAL STAFF

Mateja Šimec, univ. dipl. org., pred.  
prof. dr. Karmen Erjavec  
Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

[mateja.simec@uni-nm.si](mailto:mateja.simec@uni-nm.si)



**Ključne besede:** multidisciplinarno delo; integrirana oskrba; komunikacija; sodelovanje

### IZVLEČEK

**Uvod:** Komuniciranje pri multidisciplinarnem timskem delu predstavlja pomemben vidik kakovostne zdravstvene obravnave pacienta. Pričujoča raziskava poskuša zapolniti vrzel v raziskovanju komuniciranja pri multidisciplinarni obravnavi pacienta, ocenjenega od pacientov in članov tima. Namen raziskave je analizirati timsko komuniciranje in sodelovanje v multidisciplinarnem timu z vidika pacientov in zdravstvenih delavcev.

**Metode:** V okviru študije primera je bil uporabljen kvantitativni pristop z anketiranjem (N = 150) in kvalitativni pristop z uporabo fokusnih skupin (N = 27) in poglobljenih intervjujev s pacienti (N = 20) in s člani multidisciplinarnega tima (N = 22) v slovenski splošni bolnišnici.

**Rezultati:** Člani multidisciplinarnega tima ocenjujejo komuniciranje kot relativno dobro, najmanj pa so zadovoljni z enakopravno udeležbo v timski komunikaciji, predvsem s komuniciranjem z zdravniki zaradi interdisciplinarnega rivalstva. Izvajalci zdravstvene nege so posebej izpostavili pomanjkanje časa za komuniciranje s pacienti, nezadovoljstvo s komuniciranjem z zdravniki in preobremenjenost z dokumentacijo. Pacienti so bili relativno zadovoljni s komuniciranjem s člani tima, poročali pa so o pomanjkanju komuniciranja med člani tima in pacienti ter nedoslednih sporočilih članov tima.

**Razprava in zaključek:** Komuniciranje v multidisciplinarnih timih je bilo v tem okolju zmerno dobro. Kot glavno vodilo komunikacijskih težav je bilo prepoznano pomanjkanje osebja.

**Key words:** multidisciplinary work; integrated care; communication; collaboration

## ABSTRACT

**Background:** Communication in multidisciplinary teamwork represents an important aspect of the quality of the patient's medical treatment. This study attempts to fill a research gap on communication in multidisciplinary patient care as assessed by patients and team members. The aim of the study is to analyze team communication and collaboration in a multidisciplinary team from the perspective of patients and medical professionals.

**Methods:** The case study used a quantitative approach with surveys (N = 150) and a qualitative approach with focus groups (N = 27) and in-depth interviews with patients (N = 20) and members of the multidisciplinary team (N = 22) in a Slovenian general hospital.

**Results:** Multidisciplinary team members rated communication as relatively good, but were least satisfied with equal participation in team communication, especially with communication with physicians due to interdisciplinary rivalry. Nurses specifically pointed to a lack of time to communicate with patients, dissatisfaction with communication with physicians, and being overwhelmed with documentation. Patients were relatively satisfied with communication with team members but reported a lack of communication between team members and patients and inconsistent messages from team members.

**Discussion and conclusion:** Communication in multidisciplinary teams was moderately good in this setting. Staff shortages were cited as the main cause of communication problems.

## Uvod

Pri zdravstveni obravnavi pacienta je za uspešno sodelovanje v multidisciplinarnem timu ključnega pomena učinkovita komunikacija tako med člani tima kot tudi s pacientom, kar predstavlja osnovo za izgradnjo in ohranitev dobrih odnosov znotraj tima (Kreps, 2016). Jasna in natančna verbalna komunikacija ima pri tem velik pomen (Chen, Xiao & De Bellis, 2016). Skupinsko sodelovanje in dobro komuniciranje v timu in s pacienti je bilo prepoznano kot osnova kakovostne zdravstvene obravnave pacienta (Everink, van Haastregt, Maessen, Schols & Kempen, 2017).

Med člani multidisciplinarnega tima lahko neustrezna komunikacija vodi do slabih izidov zdravljenja pacientov (Ford, 2016; Gray, 2020), pa tudi do ogrožene varnosti pacientov zaradi pomanjkanja ključnih informacij in njihovih napačnih interpretacij ter nejasnih naročil (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Po drugi strani pa velja dobra komunikacija zdravstvenih delavcev med seboj in s pacienti za pomembno moderatorsko spremenljivko za doseganje boljših izidov zdravljenja (Evans-Lacko, Jarrett, McCrone & Thornicroft, 2010; Vanhaecht, De Witte & Sermeus, 2007). Ugotovljeno je bilo, da komuniciranje in razumevanje vlog članov tima statistično značilno prispevata k delovanju multidisciplinarnega tima za obravnavo pacientov po možganski kapi (Cramm & Nieboer, 2011). Različni avtorji (Kreps, 2016; Abdul Aziz et al., 2017; Everink, van Haastregt, Maessen, Schols & Kempen, 2017) tudi ugotavljajo, da je za uspešno obravnavo pacienta ključno aktivno in kompetentno sodelovanje zdravstvenega delavca v multidisciplinarnih timih, kjer posameznik prispeva specializirano znanje in veščine za reševanje zapletenih zdravstvenih izzivov, razvija strategije timskega komuniciranja s spodbujanjem sodelovanja med člani tima, z izmenjavo ustreznih informacij in usklajevanjem pri sprejemanju ustreznih zdravstvenih odločitev. Za uspešno timsko komuniciranje je pomembna odzivnost, poslušanje, sprejemanje in posredovanje informacij vseh članov tima (Dieleman, Farris, Feeny, Johnson & Tsuyuki, 2004). Vsak član multidisciplinarnega tima ima specializirano znanje in izkušnje, ki pomembno prispevajo k sprejemanju utemeljenih odločitev glede zdravstvene obravnave pacienta, zato je zelo pomembno, da člani tima delijo ustrezne informacije z vsemi člani tima ter da najdejo najboljše načine za izmenjavo znanja in informacij (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Dosedanje raziskave kažejo, da so zdravstveni delavci v večini precej zadovoljni s komuniciranjem v timu (Everink et al., 2017), vendar se zdravniki pogosto ne zavedajo odgovornosti za sodelovanje in komuniciranje v multidisciplinarnem timu pri obravnavi pacientov (Hogan, Barry, Burke & Joyce, 2011). Ugotovljeno je bilo tudi, da splošni zdravniki s specialisti dobro komunicirajo, sodelovanje z drugimi strokovnjaki na različnih ravneh zdravstvenega varstva pa je pomanjkljivo (Aquino et al., 2020). Komunikacija v kliničnem okolju, opredeljena kot dvosmerna, usklajena in neprekinjena izmenjava informacij med posamezniki, predstavlja pravočasen, natančen in ustrezen prenos informacij o zdravstveni obravnavi pacienta z uporabo različnih kanalov (Sibiya, 2018), pri čemer je neposredno komuniciranje ključnega pomena za vzpostavitev učinkovite komunikacije

med zdravstvenimi delavci (Chan, Patounas, Dornbusch, Tran & Watson, 2015). Raziskave kažejo, da je znotraj tima potrebna strateška komunikacija (Morgan, Pullon & McKinlay, 2015), v kateri vodje tima usmerjajo skupinske razprave, koordinirajo izmenjavo informacij ter obvladujejo konflikte in skupinske odločitve (Kreps, 2016). Pri timskem komuniciranju ima veliko vlogo tudi klinična pot za obravnavo pacienta in večina obstoječih raziskav na splošno ugotavlja pozitiven vpliv kliničnih poti na timsko komuniciranje (Deneckere et al., 2012; Hellesø, Melby, Brattheim & Toussaint, 2016; Everink, et al., 2017). Klinične poti za paciente z različnimi obolenji optimizirajo njihovo obravnavo, hkrati pa omogočajo boljšo komunikacijo in sodelovanje med zdravniki različnih specialnosti, medicinskimi sestrami in ostalimi strokovnjaki, ki so člani multidisciplinarnega tima v kliničnem okolju (Elliott, Gil & Hemmelgarn, 2017). Raziskave kažejo, da najnovejše ustrezne zdravstvene informacije, ki jih člani multidisciplinarnega tima učinkovito delijo med seboj, še niso dovolj za uspešno sodelovanje pri zagotavljanju oskrbe, za dobro timsko delo je potrebno učinkovito komuniciranje med člani tima in skupno sprejemanje dobrih zdravstvenih odločitev (Van, Mitchell & Krass, 2011; Grover & Niecko-Najjum, 2013; Chichirez & Purcărea, 2018).

Namen naše raziskave je bil analizirati timsko komuniciranje v multidisciplinarnem timu z vidika pacientov in zdravstvenih delavcev. Ker do sedaj ni bila izvedena raziskava o oceni timskega komuniciranja pri multidisciplinarni obravnavi pacienta, podani od pacientov in članov tima, s prispevkom zapolnjevamo raziskovalno vrzel.

## Metode

### *Opis merskega instrumenta*

V raziskavi je bil uporabljen kvantitativni in kvalitativni raziskovalni pristop. Podatke za raziskavo smo zbrali z anketnim vprašalnikom, s poglobljenimi intervjuji in z intervjuji v fokusni skupini. Strukturiran vprašalnik (Cramm & Nieboer, 2011) je vključeval več sklopov, ki so merili socio-demografske podatke in način komunikacije (posameznikovo, timsko komunikacijo) s sedmimi trditvami. Raziskavo, ki je del projekta »Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost« je odobrila Komisija za medicinsko etiko RS (št. 0120-189 / 2021/3).

### *Opis vzorca*

V raziskavo je bilo vključenih 219 sodelujočih, od tega 150 anketirancev in 69 intervjuvancev. Vprašalnik so izpolnjevali zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto (medicinske sestre 74 %, zdravniki 9 %, fizioterapevti 5 %, drugi strokovni delavci 12 %). V vzorcu so prevladovala ženske (n = 124, 83 %). Dobra polovica anketiranih je imela visokošolsko izobrazbo (n=83, 55 %), skoraj polovica srednješolsko (n = 63, 42 %), najmanj pa magisterij/doktorat znanosti (višja medicinska sestra) (n =4, 3 %). V fokusnih skupinah je sodelovalo 27 zdravstvenih delavcev, v poglobljenih intervjujih pa 20 pacientov in 22 članov multidisciplinarnega tima.

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Anketiranje je potekalo septembra 2021 s pomočjo spletne ankete in tudi z vprašalniki v tiskani obliki. Anketiranje je bilo anonimno in prostovoljno. Zbrani podatki so bili računalniško obdelani s programom SPSS. Od intervjuvancev smo predhodno dobili pisno soglasje za prostovoljno sodelovanje v raziskavi. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

## Rezultati

### *Rezultati kvantitativne raziskave*

Ugotavljali smo, kako zdravstveni delavci ocenjujejo medpoklicno timsko komunikacijo. Medpoklicna timska komunikacija s strani zdravstvenih delavcev je bila ocenjena srednje, ocene prikazujemo v tabeli 1. Povprečne ocene so bile med 2,1 in 4,1, kjer na lestvici od 1 do 5 višja povprečna ocena pomeni boljšo oceno medpoklicne timske komunikacije. Anketirani so se najbolj strinjali s trditvijo »Med člani tima zlahka izrazim svoje mnenje« ( $\bar{x}$  = 4,1; SD = 0,87), najmanj pa s trditvama »Člani tima večinoma komunicirajo pasivno« ( $\bar{x}$  = 2,1; SD = 0,87) in »Med člani tima prevladuje konfliktna komunikacija« ( $\bar{x}$  = 2,1; SD = 0,93). Rezultati so tudi pokazali, da je 67,2 % vseh članov tima enakovredno vključenih v timsko komunikacijo.

**Tabela 1:** Ocena medpoklicne timske komunikacije

Trditve	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neopredeljen	Strinjam se	Popolnoma se strinjam	$\bar{x}$	SD
Komunikacija v timu je omejena na formalno komunikacijo.	13 (9,3%)	80 (57,1%)	18 (12,9%)	22 (15,7%)	7 (5%)	2,5	1,03
Med člani tima prevladuje konfliktna komunikacija.	27 (19%)	87 (61,3%)	15 (10,6%)	7 (4,9%)	6 (4,2%)	2,1	0,93
Člani tima večinoma komunicirajo pasivno.	28 (19,9%)	85 (60,3%)	14 (9,9%)	12 (8,5%)	2 (1,4%)	2,1	0,87
Vsi člani tima so enakopravno vključeni v timsko komunikacijo.	3 (2,1%)	21 (15%)	22 (15,7%)	62 (44,3%)	32 (22,9%)	3,7	1,05
Med člani tima zlahka izrazim svoje mnenje.	0 (0%)	7 (4,9%)	18 (12,7%)	74 (52,1%)	43 (30,3%)	4,1	0,79
Člani tima poslušajo moje mnenje.	1 (0,7%)	11 (7,7%)	16 (11,3%)	79 (55,6%)	35 (24,6%)	4,0	0,86
S komunikacijo v timu zlahka rešim problem.	3 (2,1%)	5 (3,5%)	22 (15,5%)	72 (50,7%)	40 (28,2%)	4,0	0,88

### Rezultati kvalitativne raziskave

Intervjuji v fokusni skupini in poglobljeni intervjuji so delno potrdili rezultate anketirancev. Zdravstveni delavci so v poglobljenih intervjujih navajali, da v multidisciplinarnih timih na splošno zelo dobro komunicirajo in čutijo spoštovanje kolegov. Tipična izjava psihologa: »Z vsemi člani tima zelo dobro komuniciram, morda tudi zato, ker sem edini in potrebujejo moje mnenje. Mogoče bi bilo drugače, če bi nas bilo več.«

Intervjuji v fokusni skupini so tudi razkrili, da obstajajo razlike v oceni komunikacije med člani multidisciplinarnega tima. Zdravniki so navedli, da je le del njih enakovredno vključen v timsko komunikacijo, kar posledično prispeva k slabši oceni komuniciranja v timu. Zdravnik 1 je povedal: »Komunikacija s kirurgi je pogosto otežena, ker nam dajo občutek nadrejenosti in nedostopnosti.«

Poglobljeni intervjuji z zdravstvenimi delavci so pokazali, da ocenjujejo medicinske sestre timsko komunikacijo kot slabo, kar se kaže v neustreznih timskih razpravah, nerešenih težavah in pogostih konfliktih z zdravnikih, kot razlog pa navajajo preveliko obremenjenost z izpolnjevanjem dokumentacije, pomanjkanje kadra in posledična preobremenjenost osebja ter netolerantnost. Medicinska sestra 1 pove: »Imamo slabo komunikacijo, kar lahko opazi in potrdi vsak, razlog pa je, da nas je premalo, smo izgoreli in nimamo časa za komunikacijo. In potem se konflikti stopnjujejo, zdravniki od nas zahtevajo preveč, vzdušje v timu je slabo.« Medicinska sestra 2 doda: »Imamo premalo časa za komunikacijo med seboj, ker nas je premalo, pa tudi premalo časa za komunikacijo s pacienti, ker je preveč dela z izpolnjevanjem dokumentacije.«

Poglobljeni intervjuji s pacienti pa so pokazali razmeroma dobro oceno timskega komuniciranja na splošno. Podrobnejša vprašanja o kakovosti komuniciranja pa so razkrila, da vse intervjuvane paciente najbolj zmoti pomanjkljiva komunikacija vseh članov tima z njimi. Pacient 1 pove: »Premalo možnosti imamo za pogovor z zdravnikom, zelo redko ga vidimo. Tudi medicinske sestre zelo hitro odhitijo od nas.« Pacient 2 je izpostavil tudi neskladja podanih informacij: »Medicinska sestra mi je povedala tako, zdravnik pa čisto drugače. Očitno se med seboj ne pogovarjajo veliko o naših težavah.«

## Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti kakovost komuniciranja članov multidisciplinarnega tima z vidika zdravstvenih delavcev in pacientov. Kombinacija kvantitativne in kvalitativne metode je omogočila širši pogled v komunikacijo članov tima in pacientov. Podatki anketirancev so se nekoliko razlikovali od podatkov, pridobljenih iz poglobljenih intervjujev in fokusnih skupin, saj so intervjuvanci slabše ocenili komuniciranje in so navedli tudi razloge za slabšo oceno. Kvalitativna metoda je sodelujočim v raziskavi omogočila, da so s svojimi besedami ocenili komuniciranje.

Ugotovili smo, da člani multidisciplinarnega tima ocenjujejo komunikacijo na splošno dobro, čeprav so izrazili nezadovoljstvo zaradi neenakovrednega komuniciranja članov tima. Naše ugotovitve sovpadajo tudi z ugotovitvami nekaterih avtorjev (Tan, Zhou & Kelly, 2017; Randmaa, Engström, Mårtensson, Swenne & Högberg, 2019), ki podobno ugotavljajo, da medicinske sestre slabše ocenjujejo sodelovanje in komuniciranje v multidisciplinarnem timu kot ostale poklicne skupine, kar pa bi lahko razložili z dejstvom, da so bile hospitalne medicinske sestre v času epidemije covid-19 zelo obremenjene (Llop-Gironés et al., 2021).

Dejstvo, da imajo različne poklicne skupine zdravstvenih delavcev različne načine komunikacijskega usposabljanja, lahko predstavlja razlog za nekatere razlike v komunikaciji med člani multidisciplinarnega tima (Foronda, MacWilliams & McArthur, 2016). Medicinske sestre so v preteklosti prevzele podrejeno vlogo zdravnikom, kar lahko vodi v pomanjkanje samozavesti pri komuniciranju, kjer se morajo zaradi hierarhične strukture, strahu pred ponižanjem in občutkom, da njihovo mnenje ni cenjeno stalno dokazovati z najboljšimi komunikacijskimi praksami (Foronda et al., 2016).

Ocena komunikacije v timu s strani pacientov je bila dobra, kot največjo pomanjkljivost pa so izpostavili nezadostno komunikacijo vseh članov tima s pacienti. Intervjuvani pacienti so navajali nekatere nedoslednosti pri podajanju informacij pacientu s strani različnih članov tima. Tudi drugi avtorji ugotavljajo, da strokovnjakom v zdravstvu predstavlja pomanjkanje časa največjo oviro pri učinkoviti komunikaciji med strokovnjaki in pacienti (Albahri, Abushibs & Abushibs, 2018), pomanjkanje časa zaradi pomanjkanja osebja pa vodi v preobremenjenost in izgorelost (De Hert, 2020; Maunder et al., 2021), zato bi bilo smiselno članom multidisciplinarnega tima za izboljšanje timske komunikacije omogočiti različne vrste timskega usposabljanja z namenom usvajanja novih oz. izboljšanja obstoječih oblik komuniciranja.

Pri interpretaciji rezultatov raziskave je treba upoštevati določene omejitve. V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec, v katerega so bili vključeni zaposleni zdravstveni delavci in pacienti samo ene slovenske splošne bolnišnice. Prav tako raziskava sloni na dokaj majhnem vzorcu, zato rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo zdravstvenih delavcev in pacientov. Ne glede na našeto pa dajejo rezultati, ob redkih tovrstnih raziskavah pri nas, pomemben vpogled v oceno komuniciranja med člani multidisciplinarnega tima.

## Zaključek

Glavni razlog slabe ocene komuniciranja med člani tima je pomanjkanje kadra, zato je potrebno dodatno zaposlovanje članov multidisciplinarnega tima in seveda ohraniti ter razbremeniti obstoječe člane. Za izboljšanje komunikacije med člani tima pa bi bila smotrna uvedba dodatnega usposabljanja članov tima s področja timskega komuniciranja.

## Literatura

- Abdul Aziz, A. F., Mohd Nordin, N. A., Ali, M. F., Abd Aziz, N. A., Sulong, S. & Aljunid, S. M. (2017). The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. *BMC Health Serv Res.* 13; 17(1), 35. doi: 10.1186/s12913-016-1963-8.
- Albahri, A. H., Abushibs, A. S. & Abushibs, N. S. (2018). Barriers to effective communication between family physicians and patients in walk-in centre setting in Dubai: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv. Res.* 18, 637. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3457-3>
- Aquino, M. R. J., Mullis, R., Moore, C., Kreit, E., Lim, L., McKevitt, C.,... Mant, J. (2020). It's Difficult, There's No Formula: Qualitative Study of Stroke Related Communication Between Primary and Secondary Healthcare Professionals. *Int J Integr Care*, 20(4), 1–10. doi:10.5334/ijic.5465
- Chan, V., Patounas, M., Dornbusch, D., Tran, H. & Watson, P. (2015). Is there a role for pharmacists in multidisciplinary health-care teams at community outreach events for the homeless? *Aust J Prim Health.* 21, 379–383.
- Chen, L., Xiao, L. D. & De Bellis, A. (2016). First-time stroke survivors and caregivers' perceptions of being engaged in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing* 72(1), 73-84. doi: 10.1111/jan.12819. Epub 2015 Sep 24. PMID: 26399942.
- Chichirez, C. M. & Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life*, 11(2), 119–122.
- Cramm, J. & Nieboer, A. (2011). Professionals' views on interprofessional stroke team functioning. *Int J Integr Care*, 11(3), 1–8. doi:10.5334/ijic.657
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth.* 28;13, 171-183.
- Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2012). The European quality of care pathways (EQCP) study on the impact of care pathways on interprofessional teamwork in an acute hospital setting: study protocol: for a cluster randomised controlled trial and evaluation of implementation processes. *Implementation Science*, 7:47. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-47>
- Dieleman, S. L., Farris, K. B. & Feeny, D. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care*.18, 75–78.
- Elliott, M. J., Gil, S. & Hemmelgarn, B. R. (2017). A scoping review of adult chronic kidney disease clinical pathways for primary care. *Nephrol Dial Transplant.* 32(5), 838–846.
- Evans-Lacko, S. E., Jarrett, M., McCrone, P. & Thornicroft, G. (2008). Clinical pathways in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 4–5.
- Everink, I. H. J., van Haastregt, J. C. M., Maessen, J. M. C., Schols, J. M. G. A. & Kempen, G. I. J. M. (2017). Process evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. *BMC Health Services Research*, 17; 34. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1974-5>
- Ford, S. (2016). Tools and techniques to improve teamwork and avoid patient harm. *Nursing Times*. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/y2fkno3p>
- Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: an integrative review. *Nurse Educ. Pract.* 19, 36-40.
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P. & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113452. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113452.
- Grover, A. & Niecko-Najjum, L. M. (2013). Primary care teams: Are we there yet? implications for workforce planning. *Acad Med.*, 88(12), 1827–1829. doi:10.1097/ACM.00000000000002820.
- Hellesø, R., Melby, L., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2016). Integrating patient care across Norwegian healthcare settings – a ten-year perspective. *International Journal of Integrated Care*, 16; 6, 1–8. Doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.2810>

- Hogan, C., Barry, M., Burke, M. & Joyce, P. (2011). Healthcare professionals' experiences of the implementation of integrated care pathways. *Int J Health Care Qual Assu.*, 24(5), 334-347. doi:10.1108/09526861111139179
- Kreps, G. L. (2016). Communication and Effective Interprofessional Health Care Teams. *Int Arch Nurs Health Care*, 2: 051. <https://clinmedjournals.org/articles/ianhc/international-archives-of-nursing-and-health-care-ianhc-2-051.pdf>.
- Llop-Gironés, A., Vračar, A., Llop-Gironés, G., Benach, J., Angeli-Silva, L., Jaimez, L., ... Bontempo Scavo, S. (2021). Employment and working conditions of nurses: Where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Human Resources for Health*, 19, 112. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00651-7>
- Materand, W., Adwairi, M. & Ibrahim, R. (2018). Enhanced Teamwork Communication Model for Electronic Clinical Pathways in Healthcare. *The Open Bioinformatics Journal*, 11, 140–163.
- Maunder, R. G., Heeney, N. D., Strudwick, G., Shin, H. D., O'Neill, B., Young, N., ...Born, K. B. (2021). Burnout in hospital-based healthcare workers during COVID-19. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory*, 2, 46.
- Maureen Nokuthula
- Morgan, S., Pullon, S. & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1217–30.
- O'Daniel, M. & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 33.
- Randmaa, M., Engström, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L. & Högberg, H. (2019). Psychometric properties of an instrument measuring communication within and between the professional groups licensed practical nurses and registered nurses in anaesthetic clinics. *BMC Health Serv. Res.* 19, 950.
- Sibiya, M. N. (2018). Effective communication in nursing. *Journal Nursing*, 19, 20-34.
- Tan, T. C., Zhou, H. & Kelly, M. (2017). Nurse-physician communication - An integrated review. *J. Clin. Nurs.* 26(23–24), 3974–3989.
- Van, C., Mitchell, B. & Krass, I. (2011). General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care.* 25, 366–372.
- Vanhaecht, K., De Witte, K. & Sermeus, W. (2007). The care process organisation triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *J Integrated Care Pathways*, 11, 1–8.



# DOŽIVLJANJE MEDPOKLICNEGA SODELOVANJA ŠTUDENTOV NA "COVID ODPRAVAH"

## EXPERIENCING THE INTERPROFESSIONAL COOPERATION OF STUDENTS ON »COVID EXPEDITIONS«

Žiga Metelko, dipl. zn. (VS)

Zbornica – Zveza, Sekcija študentov zdravstvene nege in babišva

viš. pred. dr. Marija Milavec Kapun

Univerza v Ljubljana, Zdravstvena fakulteta

ziga.metelko12@gmail.com

**Ključne besede:** medpoklicno sodelovanje, študenti, zdravstveni tim, epidemija covida-19, domovi starejših občanov,

### IZVLEČEK

**Uvod:** V času epidemije covida-19 je Sekcija študentov zdravstvene nege in babišva organizirala t.i. študentske 'covid odprave' v domovih starejših občanov. Namen raziskave je bil ugotoviti doživljanja medpoklicnega sodelovanja študentov na 'covid odpravah'.

**Metode:** Uporabljen je bil deskriptivni pristop. Populacijo so predstavljali študenti različnih študijskih smeri, ki so bili vključeni v "covid odprave". Povezava do vprašalnika »Izzivi v domovih za starejše (DSO) med epidemijo covida-19« je bila sodelujočim poslana s strani organizatorja odprav. Anketiranci so doživljanja medpoklicnega sodelovanja podali stopnjo strinjanja do 11 trditev na 5-stopenjski lestvici in odgovori na odprto vprašanje. Narejena je bila osnovna deskriptivna statistika in analiza vsebine odgovorov na odprto vprašanje.

**Rezultati:** Kar 86 % anketirancev se je strinjalo, da je sodelovanje na 'covid odpravi' pomembno vplivalo na njihovo zavedanje o pomembnosti prispevka strokovnjakov drugih strok pri obravnavi bolnih ljudi. Anketiranci so večinoma navajali pozitivna občutja glede medpoklicnega sodelovanja, ko so na primer: zaupanje, veselje, hvaležnost.

**Diskusija in zaključek:** Študentske 'covid odprave' so bile spontan in organiziran odziv študentov na težko in zahtevno situacijo v domovih starejših občanov v času epidemije covida-19. Predstavljajo primer dobre prakse in dobrega načina prostovoljnega sodelovanja med študenti različnih zdravstvenih strok. S skupnim delom v zelo težkih razmerah so se učili drug od drugega ter tako pridobivali izkušnje in kompetence medpoklicnega sodelovanja. Izobraževanje študentov na področju medpoklicnega sodelovanja pozitivno vpliva na sodelovanje članov zdravstvenega tima, saj pridobijo uvid v delo drugih strok, kar pozitivno vpliva na celostno obravnavo pacientov.

**Key words:** interprofessional cooperation, students, health team, covid-19 epidemic, nursing homes

### ABSTRACT

**Introduction:** During the covid-19 epidemic, the Nursing and Midwifery Students' Association organized the student 'covid expeditions' in the nursing homes. The purpose of the research was to determine the experiences of interprofessional cooperation of students on 'covid expeditions'.

**Methods:** A descriptive approach was used. The population was represented by students of different studies who were involved in "covid expeditions". The questionnaire "Challenges in DSO during the covid-19 epidemic" was sent to the participants by the expedition organizer. Respondents expressed their agreement with 11 statements on a 5-point scale and answers to an open question regarding their experience of interprofessional cooperation. Basic descriptive statistics and analysis of the content of the answers to the open question were made.

**Discussion and conclusion:** Student 'covid expeditions' were a spontaneous and organized response of students to the difficult and demanding situation in the nursing homes during the covid-19 epidemic. They represent an example of good practice and a good way of voluntary cooperation between students of different medical professions. By working together in very difficult conditions, they learned from each other and thus gained experience and competences of interprofessional cooperation. Students' education in the field of interprofessional cooperation has a positive effect on the cooperation between members of the medical teams, as they gain insight view into the work of other professions, which also has a positive effect on the holistic treatment of the patients.

## Uvod

Decembra 2019 se je na Kitajskem pojavila nova, zelo nalezljiva bolezen, ki jo povzroča virus SARS-CoV-2. Zaradi hitre mobilnosti ljudi se je bolezen hitro razširila po svetu (Lenarčič & Smrdelj, 2020). Prvi primer okužbe z virusom SARS-CoV-2 v Evropi je bil zabeležen v Franciji, 24. januarja 2020. V drugi polovici februarja so iz severnega dela Italije poročali o skupnih okužb, kmalu za tem pa so se okužbe pojavile tudi v drugih evropskih državah. V Sloveniji je bil prvi primer okužbe s SARS-CoV-2 zabeležen, 4. marca 2020. Teden dni kasneje, 11. marca 2020, je Svetovna zdravstvena organizacija razglasila globalno pandemijo. Naslednji dan, 12. marca 2020, pa je Slovenija razglasila epidemijo covida-19 (Vinko, 2021). V skoraj treh letih od razglasitvi epidemije je bilo v Sloveniji potrjenih več kot milijon primerov okužb s SARS-CoV-2 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).

V prvem in drugem valu je epidemija najbolj zaznamovala domove za starejše (DSO), tudi v Sloveniji. V obdobju od 2. 3. 2020 do 31. 1. 2021 so okužbe v DSO predstavljale 7,2 % vseh primerov v Sloveniji. V prvem in drugem valu je v DSO skupaj umrlo 1978 ljudi zaradi covida-19, kar je takrat predstavljalo kar 52,2 % vseh umrlih v Sloveniji pri katerih je bila v zadnji 28 dnevih pred smrtjo potrjena okužba s SARS-CoV-2 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).

Že pred začetkom epidemije covida-19 smo se DSO v Sloveniji soočali s pomanjkanjem kadra, situacija se je med epidemijo drastično poslabšala. Zato sta Sekcija študentov zdravstvene nege in babištva (SŠZNB) ter Zveza študentov medicine Slovenije (ZŠMS) na pobudo Zbornice–Zveze organizirali študentske »covid odprave« v DSO po Sloveniji, kjer je najbolj primanjkovalo kadra. Prva »covid odprava« je se je pričela 2.4.2020 in sicer je pomagala pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe v DSO Šmarje pri Jelšah. Do konca drugega vala epidemije (22. 1. 2021) je bilo sestavljenih 46 »covid odprav«, ki so sodelovale pri oskrbi stanovalcev v 38 DSO.

Študentske »covid odprave« so bile edinstveni primer medpoklicnega učenja in sodelovanja študentov, saj so omogočale, da so se študenti različnih zdravstvenih in nezdravstvenih strok tekom dela v kliničnem okolju pod mentorstvom učili drug od drugega. Svetovna zdravstvena organizacija medpoklicno izobraževanje definira kot skupno učenje pripadnikov dveh ali več poklicev. Sodelujoči v medpoklicnem izobraževanju se učijo drug o drugem in/ali drug od drugega, da bi bolje sodelovali in s tem izboljšali kakovost oskrbe (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010). Danes se bodoči strokovnjaki zdravstvenih ved običajno učijo ločeno. Medpoklicno izobraževanje ima pozitiven vpliv na pridobljeno znanje, spretnosti in odnos študentov do sodelovalnega timskega dela v zdravstvu, vendar je potrebno zagotoviti pogoje za uspešno izvajanje tako v izobraževalnih institucijah kot na klinični praksi. Učitelji morajo pridobiti znanja za uporabo aktivnih oblik poučevanja (Guraya & Barr, (2018). »Covid odprave« prav gotovo niso nudile optimalnih pogojev za medpoklicno izobraževanje in sodelovanje študentov zdravstvenih strok, temveč je bil njihovo oblikovanje odziv na kadrovske stiske v DSO.

Namen raziskave je bil ugotoviti doživljanje medpoklicnega sodelovanja študentov na »covid odpravah« v času epidemije covida-19 v DSO po Sloveniji.

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja. Populacijo so predstavljali študenti, ki so sodelovali v »covid odpravah« v času epidemije covida-19 v DSO po Sloveniji. V »covid odpravah« je sodelovalo 152 študentov. Posamezna »covid odprava« je bilo sestavljena od 5 do 10 študentov zdravstvene nege, medicine, fizioterapije in drugih zdravstvenih in ne

zdravstvenih strok (študenti socialnega dela, radiološke tehnologije, dentalne medicine). Študenti so bili v delo v DSO vključeni 10 dni. Nudili so pomoč pri izvajanju zdravstvene nege in oskrbe stanovalcev. Sodelovali so v timu zdravstvene nege in oskrbe ter spoznali delo različnih strok, ki sodelujejo pri oskrbi za stanovalcev v DSO.

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov in je bil oblikovan iz vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj je vključeval demografske podatke (spol, letnica rojstva, izobraževalna institucija, letnik in stopnja študija, način študija in pogostost srečevanja z oskrbo starejših oseb). Drugi sklop vprašanj se je nanašal na medpoklicno sodelovanje, kar smo priredili po Peterle (2006) in so se nanašala na samooceno nekaterih vidikov medpoklicnega sodelovanja med študenti različnih študijskih smeri. Anketiranci so podali stopnjo strinjanja s posamezno trditvijo na 5-stopenjski lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (zelo se strinjam). Na koncu vprašalnika je bilo še odprto vprašanje. Anketirance smo prosili, da napišejo tri občutja, ki so jih doživljali pri delu s študenti drugih študijskih smeri na »covid odpravi«.

Vprašalnik smo oblikovali v spletni aplikaciji 1KA. Povezava je bila poslana s strani SŠZNB na elektronske naslove vseh študentom, ki so bili vključeni v »covid odprave«. Anketiranje je potekalo med 29. 10. 2021 in 28. 4. 2022.

Za analizo kvantitativnih podatkov smo uporabili Microsoft Excel. Izračunali smo srednjo vrednost ( $\bar{x}$ ) in modus. Odgovore na odprto vprašanja smo analizirali s kvalitativno analizo vsebine (Graneheim & Lundman, 2004). Pri analizi občutij smo si pomagali s Slovarjem čustev (Inštitut za razvoj človeških virov, 2023) in Slovarjem slovenskega knjižnega jezika (Bajec, 2014).

## Rezultati

Anketni vprašalnik je ustrezno izpolnilo 68 študentov, kar predstavlja 44,74 % populacije. Kot je razvidno iz tabele 1, je sodelovalo največ študentov medicine, sledili so študenti zdravstvene nege in nato študenti fizioterapije. Več je bilo žensk, prevladovali so študenti, ki so bili v času sodelovanja na »covid odpravi« vpisani v prvi letnik študija.

**Tabela 1:** Demografski podatki anketirancev

Študijska smer	Zdravstvena nega	Fizioterapija	Medicina	Skupaj	
Moški	8	2	6	16	
Ženske	22	3	27	52	
Skupaj	30	5	33	68	
Prva stopnja študija	1. letnik	/	3	13	
	2. letnik	/	3	10	
	3. letnik	1	3	3	6
	4. letnik	/	/	8	8
	5. letnik	/	/	6	6
	6. letnik	/	/	5	5
	Drugo <sup>1</sup>	8	2	5	15
Druga stopnja študija	1. letnik	2	/	/	2
	2. letnik	1	/	/	1
	Drugo <sup>2</sup>	1	/	/	1

1 – študenti vpisani v dodatno leto dodiplomskega študija; 2 – študenti vpisani v dodatno leto podiplomskega študija

Študenti medicine so navedli, da se malo srečujejo z obravnavo starejših ljudi ( $\bar{x} = 2,3; \pm 1,1$ ), medtem ko so študenti zdravstvene nege navedli, da se pogosto srečujejo s starejšimi osebami v času študija ( $\bar{x} = 4,2; \pm 0,8$ ).

Iz tabele 2 je razvidno, da se vsi študenti zelo strinjajo, da medpoklicno sodelovanje pozitivno vpliva na celostno obravnavo starejših oseb. Prav tako so se strinjali s trditvijo, da enakovredni odnosi pozitivno vplivajo na izide zdravljenja oziroma zdravstveno oskrbo pacientov. Iz primerjave povprečij strinjanja s posameznimi trditvami glede medpoklicnega sodelovanja med študenti medicine in zdravstvene nege lahko razberemo, da so študenti medicine bolje ocenili pridobivanje znanj in spretnosti glede timskega sodelovanja in komunikacije v timu, od študentov drugih študijskih smeri, v primerjavi s študenti zdravstvene nege. Več kot polovica anketirancev ( $n = 39$ ; 57 %) se je zelo strinjala s trditvijo, da si želijo medpoklicnega izobraževanja v času študija; študenti zdravstvene nege so glede tega v povprečju nekoliko bolj strinjali v primerjavi s študenti medicine.

**Tabela 2:** Stopnja strinjanja anketirancev s trditvami glede medpoklicnega sodelovanja

Trditve	Modus (Mo)	Std. odklon	Skupaj $\bar{x}$	Medicina $\bar{x}$	Zdravstvena nega $\bar{x}$
Na 'covid odpravi' sem se učil/a tudi od študentov drugih strok.	Zelo se strinjam (42 %).	1,44	3,6	4,1	3,1
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' mi je pomagalo bolje razumeti težave stanovalcev v DSO-jih.	Zelo se strinjam (36 %)	1,29	3,7	4,1	3,1
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' mi je pomagalo pri boljši komunikaciji s starejšimi.	Niti ne/niti ja (26 %)	1,27	3,3	3,7	2,8
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' mi je pomagalo pri razumevanju zdravstvenega stanja stanovalcev v DSO.	Se strinjam (33 %)	1,30	3,4	3,6	3,0
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' mi je pomagalo pri ustvarjanju dobrega vtisa o drugih zdravstvenih delavcih.	Zelo se strinjam (43 %)	1,14	4,1	4,2	3,9
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' je koristno vplivalo na moje nadaljnje sodelovanje v zdravstvenem timu.	Zelo se strinjam (50 %)	1,07	4,2	4,4	3,9
Sodelovanje s študenti drugih strok na 'covid odpravi' je prispevalo k izboljšanju moje komunikacije z drugimi člani zdravstvenega tima.	Zelo se strinjam (44 %)	1,16	4,1	4,2	3,8
Sodelovanje več različnih strok je pomembno za holistično obravnavo starejših.	Zelo se strinjam (81 %)	0,63	4,8	4,8	4,6
V medpoklicnem sodelovanju so odnosi znotraj tima enakovredni- vsi prispevajo k boljšim izidom zdravljenja/zdravstvene oskrbe.	Zelo se strinjam (81 %)	0,71	4,7	4,8	4,6
Med študijem si želim več izobraževanja o medpoklicnem sodelovanju.	Zelo se strinjam (57 %)	0,90	4,4	4,3	4,4
Po sodelovanju na 'covid odpravi' se bolj zavedam pomembnosti prispevka strokovnjakov drugih strok pri obravnavi bolnih.	Zelo se strinjam (61 %)	0,95	4,4	4,5	4,3

S kvalitativno analizo vsebine odgovorov na odprto vprašanje smo ugotavljali občutja anketirancev glede medpoklicnega sodelovanja v času »covid odprav« v DSO. Z analizo odgovorov smo oblikovali tri kategorije: občutja pri medpoklicnem sodelovanju, pridobivanje novih znanj in doživljanje nepričakovanega. Iz tabele 3 so razvidne kategorije, pripadajoče podkategorije ter kode, ki smo jih tudi kvantificirali.

**Tabela 3:** Kategorije, podkategorije in kode analize odgovorov glede doživljanja občutij ob medpoklicnem sodelovanju

Kategorija	Podkategorija	Koda (n)
Doživljanje občutij pri medpoklicnem sodelovanju	Pozitivna občutja pri medpoklicnem sodelovanju	Veselnje (8) Zabavnost (1) Sreča (1) Ponos (1) Sproščenost (1) Zadovoljstvo (1) Pozitivna občutja (1)
	Negativna občutja pri medpoklicnem sodelovanju	Skrb (1) Razočaranje (1) Zadrega (1)
	Pozitivna občutja v odnosu do drugih	Spoštovanje (8) Hvaležnost (7) Sprejetost (4) Povezanost (4) Zaupanje (3) Občudovanje (3) Empatija (1) Sočutje (1) Pripadnost (1)
	Negativna občutja v odnosu do drugih	Nezaupanje (1)
Pridobivanje novih znanj	/	Radovednost (1) Zanimanje (1)
Doživljanje nepričakovanega	/	Presenečenje (4) Začudenost (3) Zbeganost (1)

Študenti so navajali, da so pri skupnem delu z drugimi študenti in tudi zaposlenimi med »covid odpravami« doživljali različna občutja glede medpoklicnega sodelovanja. Najpogosteje so občutili pozitivna občutja, kot so veselje »veselje, da lahko pomagam« in tudi druga občutja, kot so zabavnost »dobra družba«, sreča, ponos, sproščenost, zadovoljstvo. Nekateri so navajali tudi negativna občutja, kot so skrb, razočaranje »razočaranje, ker so imeli včasih starostnike grdo in jih niso obravnavali kot bi si sama želela biti obravnavana« in zadrega »rahel sram (ker nisem vedela nekih osnovnih stvari)«.

Občutja v odnosu do drugih so prevladovala pozitivna kot je spoštovanje »vsi so bili zelo delavni in pripravljeni ne glede na situacijo pomagati starejšim«, hvaležnost »hvaležna sem bila za mnoga pojasnila«, sprejetost »presenetilo me je kako hitro smo se zblížali« in povezanost »povezanost, da nam bo skupaj marsikaj uspelo«, zaupanje, občudovanje »po eni strani sem jih občudovala, da to počnejo vsak dan« ter druga pozitivna občutja. Redkeje so študenti navedli, da so zaznali negativna občutja v odnosu do drugih, ki se je kazal kot »občutek večvrednosti nekaterih«.

Občutili željo po pridobivanju novih znanj »želja po novih znanjih, želja po prenašanju znanja«.

V medpoklicnem sodelovanju so študenti doživljali, kar niso pričakovali, izražali so presenečenje »bila sem presenečena ker so se tudi študenti medicine ki so imeli veliko obveznosti za faks odločili za to delo kljub temu da se jim ni upoštevalo kot praksa«, začudenost in tudi zbežnost.

## Diskusija

Z raziskavo smo ugotovili, da je sodelovanje na »covid odpravi« študentom pomagalo pri razumevanju pomembnosti vlog drugih strok v zdravstvenem timu za zagotavljanje celostne in kakovostne obravnave pacientov. Tudi Lee et al. (2020) so ugotovili, da je medpoklicno izobraževanje v simuliranem okolju študentom zdravstvene nege pomagalo pri razumevanju profesionalnih vlog in odgovornosti, ki jo nosi vsak posameznik v zdravstvenem timu. Gradnja lastne poklicne identitete in zavedanje profesionalne vloge sta pomembni za uspešno sodelovanje v zdravstvenem timu (Romijn et al., 2016). Pomembno je tudi, da poznamo naloge in delo drugih članov v timu, saj tako lahko bolje zagotavljamo celostno obravnavo pacientov. Z medpoklicnim izobraževanjem damo študentom možnost, da spoznajo in razumejo delovne naloge drugih strokovnjakov v zdravstvenim timu (Shakhman et al., 2020). To so navedli tudi študenti, ki so se udeležili »covid odprav«.

Z medpoklicnim izobraževanjem in učenjem se izboljša medosebno spoštovanje in poveča pripravljenost za medpoklicno sodelovanje (Kamenšek, Kavčič, & Domanjko, 2020). To je skladno z ugotovitvami naše raziskave, saj se je večina anketirancev strinjala, da so jim »covid odprave« pomagale pri ustvarjanju dobrega vtisa o drugih zdravstvenih delavcih. Glede odnosa do drugih so anketiranci povečini občutili pozitivna občutja. Kot najpogostejše občutje se je pojavilo spoštovanje, poleg tega tudi občudovanje, hvaležnost, sprejetost, pripadnost in povezanost. Nekateri pa so tudi doživljali nezaupanje do drugih v zdravstvenem timu.

Večina anketirancev se je strinjala, da so s sodelovanjem v »covid odpravi« pridobili spretnosti komuniciranja z drugimi člani tima in se počutili bolj sposobne za nadaljnje sodelovanje v zdravstvenem timu. Kamenšek et al., (2020) so s pregledom literature ugotovili, da medpoklicno učenje vpliva na boljše timsko delo in komunikacijo, manj varnostnih odklonov in boljši pretok informacij. Pozitiven vpliv interdisciplinarnega sodelovanja študentov na komunikacijske spretnosti je ugotovila tudi Polanič (2023). Tudi v raziskavi Peterle (2006) so ugotovili, da bi po mnenju študentov medicine z medpoklicnim učenjem izboljšali spretnosti komuniciranja z drugimi zdravstvenimi delavci in spretnosti timskega dela kot tudi komunikacijo s pacienti. Strinjanje, da medpoklicno učenje vpliva na boljšo komunikacijo s starejšimi in razumevanju zdravstvenih težav pacientov, smo ugotovili tudi v naši raziskavi.

Večina anketirancev je pri sodelovanju v »covid odpravi« občutila pozitivna občutja glede medpoklicnega sodelovanja, so pa nekateri tudi doživljali skrb, razočaranje in zadrego. Glede na ugotovitve analize lahko sklepamo, da je sodelovanje na »covid odpravi« med anketiranci spodbudilo tudi željo po pridobivanju znanja. Občutja, ki so jih napisali so radovednost in zanimanje. V raziskavi so ugotovili, da je prednost medpoklicnega učenja tudi izmenjava znanj med študenti (Visser, Ket, Croiset, & Kusrkar, 2017). Tudi v naši anketi ugotavljamo, da se je večina anketirancev učila od študentov drugih strok.

Glede na ugotovitve lahko sklepamo, da si študenti želijo več medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja. Železnjak & Skela Savič (2016) sta izvedli raziskavo v kateri se je več kot četrtnina intervjuvancev strinjalo, da bi bilo medpoklicno izobraževanje in sodelovanje potrebno uvesti že v času študija. To je tudi vloga visokošolskih izobraževalnih institucij, da s preoblikovanjem študijskih predmetov nudijo priložnost študentom za medpoklicno učenje (Pahor et al. 2015). Pri tem se izobraževalne institucije soočajo s različnimi izzivi, vendar prav v času priprave na samostojno opravljanje poklica študenti lahko pridobijo pomembne izkušnje za medpoklicno sodelovanje, kar je osnova za preoblikovanje zdravstvenih sistemov (van Diggele et al., 2020).

## Zaključek

Epidemija covid-19 je močno zaznamovala življenje, spremenila življenjske navade in prioritete. Kljub temu so se v času epidemije pisale tudi dobre zgodbe sodelovanja in uspeha. »Covid odprave« so bile edinstveni primer solidarnosti, kot tudi medpoklicnega izobraževanja in sodelovanja med študenti zdravstvene nege, medicine, fizioterapije in drugih strok. Izkušnja z medpoklicnim učenjem in sodelovanjem na »covid odpravah« je pri članih pustila pozitiven pečat, ki bo prav gotovo zaznamoval njihovo poklicno pot in pripravljenost za sodelovanje v timih. Medpoklicno učenje in sodelovanje je zaželeno s strani študentov. »Covid odprave« so lahko primer dobre prakse tudi z vidika medpoklicnega učenja in sodelovanja. Predstavljajo lahko pozitiven vzgled za preoblikovanje izobraževalnih sistemov, ki bodo vključevali ali temeljili na medpoklicnem učenju in sodelovanju. Lahko so izhodišče za boljše odnose med zaposlenimi v zdravstvu, kar bo lahko vplivalo na večjo poklicno zavezanost in manjšo fluktuacijo kadra.

## Literatura

- Bajec, A., Jurančič, J., Klopčič, M., Legiša, L., Suhodolnik, S., Tomšič, F. ... Širčelj-Žnidaršič I. (Eds.) (2014). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*, 2. dopolnjena in deloma prenovljena izdaja. Ljubljana: Založba ZRC, Znanstveno raziskovalni center SAZU. Retrieved Februar 18, 2023 from <https://www.fran.si/iskanje?FilterDictionaryIds=133&View=1&Query=%2A>
- van Diggele, C., Roberts, C., Burgess, A. Mellis, C. (2020). Interprofessional education: Tips for design and implementation. *BMC Medical Education* 20(Suppl 2), 455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
- Gilbert, J. H. C., Yan, J., & Hoffman, S. J. (Eds.). (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: World Health Organization. Retrieved Februar 18, 2023 from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/66399/retrieve>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guraya, S. Y., & Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(3), 160–165. <https://doi.org/10.1016/J.KJMS.2017.12.009>
- Inštitut za razvoj človeških virov (2023). *Slovar čustev*. Retrieved Februar 18, 2023 from <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/osebnost-in-odnosi/slovar-custev>
- Lee, W., Kim, M., Kang, Y., Lee, Y., Kim, S., Lee, J. ...Park, Y. (2020). Nursing and medical students' perceptions of an interprofessional simulation-based education: A qualitative descriptive study. *Korean Journal of Medical Education*, 32(4), 317–327. <https://doi.org/10.3946/kjme.2020.179>
- Lenarčič, B., & Smrdelj, R. (2020). Družabnost, fizična distanca in informacijsko-komunikacijske tehnologije v obdobju epidemije SARS-CoV-2. *Družboslovne razprave*, 36(94/95), 125–148. Retrieved Marec 2, 2023 from <https://www.druzboslovne-razprave.org/pdf/stevilke/DR93-WEB.pdf>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2023). *Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (covid-19)*. Retrieved Februar 18, 2023 from: <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/koronavirus/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19/>
- Pahor, M. (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. In M. Pahor (Ed.), *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (pp.13–40). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
- Peterle, H. (2006). Stališča študentov medicine in zdravstvene nege Univerze v Ljubljani do medpoklicnega izobraževanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), 129–136. Retrieved Februar 14, 2023 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2590/2523>
- Polanič P. (2023). Študentsko doživljanje interdisciplinarnega dela. In M. Kavalir & Milavec Kapun, M. (Eds.), *Mednarodni študenti in zdravstvena komunikacija v Sloveniji* (pp.108–128). Ljubljana: Filozofska fakulteta. <https://doi.org/10.4312/9789612970826>
- Romijn, A., Teunissen, P. W., de Bruijne, M. C., Wahner, C., & de Groot, C. J. M. (2016). Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: Are perceptions aligned. *BMJ Quality & Safety*, 27(4), 279–286. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006401>
- Shakhman, L. M., Al Omari, O., Arulappan, J., Wynaden, D. (2020). Interprofessional education and collaboration: Strategies for implementation. *Oman Medical Journal*, 35(4), e160. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.83>
- Vinko, M. (2021). *Prvi val epidemije covid-19 skozi prizmo zdravstvenega sistema*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Retrieved Februar 12, 2023 from [https://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/pdf\\_uvod.pdf](https://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/pdf_uvod.pdf)
- Visser, C. L. F., Ket, J. C. F., Croiset, G., & Kusurkar, R. A. (2017). Perceptions of residents, medical and nursing students about Interprofessional education: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. *BMC Medical Education*, 17(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0909-0>
- Železnjak, V. & Skela-Savič, B. (2016). Medpoklicno izobraževanje zaposlenih v nujni medicinski pomoči. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 296–307. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.98>

# ZAKONODAJNE IN ETIČNE PODLAGE KULTURNIH KOMPETENC

## LEGISLATIVE AND ETHICAL BASES FOR CULTURAL COMPETENCES

viš. pred. dr. Helena Kristina Halbwachs<sup>1,2</sup>,  
izr. prof. ddr. Helena Blažun Vošner<sup>1,3</sup>,  
zasl. prof. ddr. Marija Ovsenik<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Alma Mater Europaea -ECM, <sup>2</sup> SeneCura Group, <sup>3</sup> Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

hk.halbwachs@gmail.com

**Ključne besede:** kultura, etika, zakonodaja, zdravstvena nega

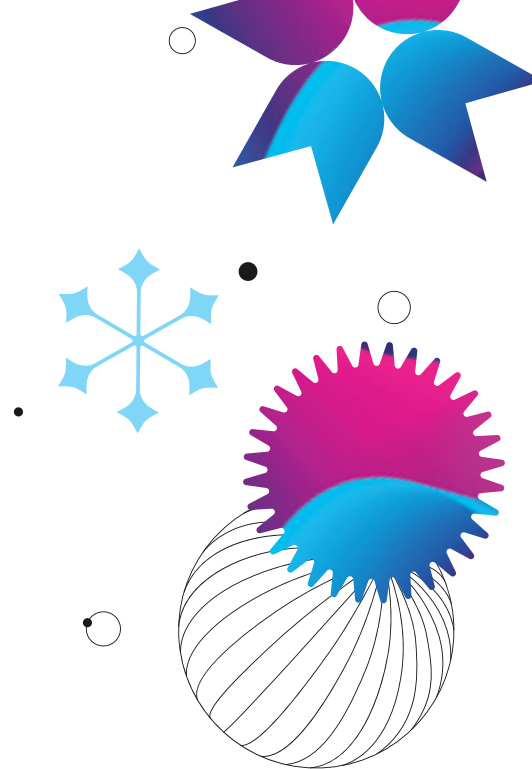
### IZVLEČEK

Kulturne kompetence zajemajo skupek znanj in veščin, ki omogočijo, da posameznik izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. So veščine zdravstvenih delavcev, da na podlagi spoštovanja in razumevanja kulturnih razlik in posebnosti zagotavljajo učinkovito in prilagojeno zdravstveno oskrbo. V prispevku so prikazane mednarodne in nacionalne zakonodajne in etične podlage, ki narekujejo dolžnost in potrebe po kulturni kompetentnosti zdravstvenih delavcev. Že Splošna deklaracija človekovih pravic iz leta 1948 omenja kot osnovno človeško pravico tudi zagotavljanje kulturnih pravic, ki so nepogrešljive za človeško dostojanstvo. Pravice do kulturno kompetentne zdravstvene obravnave opredeljuje vrsta mednarodnih konvencij, katerih podpisnica je Slovenija. Te pravice najdemo tudi v slovenski zakonodaji in nacionalnih resolucijah. Prav tako nas h kulturnim kompetencam zavezujejo etični kodeksi, kot na primer nedavno prenovljen kodeks Mednarodnega sveta medicinskih sester ali Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Kljub številnim zakonodajnim in etičnim podlagam, ki narekujejo kulturne kompetence, pa raziskave kažejo, da le-te pogosto niso prepoznane kot nujno potrebne ter da obstaja pomanjkanje izobraževanj in drugih aktivnosti za njihovo pridobivanje.

**Key words:** culture, ethics, legislation, nursing

### ABSTRACT

Cultural competence comprises a set of knowledge and skills that enable individuals to improve their understanding of, sensitivity to, acceptance of, respect for, and responsiveness to cultural differences and the relations that result from them. They are the skills of health professionals to provide effective and personalised health care based on respect and understanding of cultural differences and specificities. The paper outlines the international and national legislative and ethical bases that dictate the duty and need for cultural competence of health professionals. As early as 1948, the Universal Declaration of Human Rights mentions as a basic human right the guarantee of cultural rights, which are indispensable for human dignity. The right to culturally competent healthcare is defined in a number of international conventions to which Slovenia is a signatory. These rights are also found in Slovenian legislation and national resolutions. Besides, we are bound to cultural competence by ethical codes, such as the recently revised code of the International Council of Nurses and the Slovenian Code of Ethics in Nursing and care. Despite the many legislative and ethical bases that dictate cultural competences, research shows that they are often not recognised as essential and that there is a lack of training and other activities to acquire them.



## Uvod

Kulturno ozadje je močno povezano z zdravjem, saj določa, kako posameznik ali skupina gleda na zdravje, bolezen, mladost, staranje in druge življenjske pojave. Oblikuje odnos do zdravja in lastnega telesa, vpliva na vlogo bolnika in pričakovanja, ki jih ima od zdravstvene oskrbe (Capell & Dean, 2007). Vpliva na potek in doživljanje bolezni, zdravstvene izide, iskanje strokovne pomoči ter odzivanje na preventivne ali terapevtske posege (Kleinman & Benson, 2006; Kirmayer, 2012), pa tudi na dostopnost in doživljanje ovir v zdravstvenem sistemu (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding & Normand, 2003; Lipovec Čebren & Pistotnik, 2015).

Za zagotavljanje kongruentne, dostopne ter nediskriminatorne zdravstvene oskrbe so potrebne kulturne kompetence. Te so skupek skladnih vedenj, odnosov ter načel, prisotnih v sistemu, pa tudi v organizaciji ali pri izvajalcih, ki omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih situacijah (Cross, Bazron, Dennis & Isaacs, 1989), oziroma »skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki posamezniku omogoči, da izboljša svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo« (Berkeley Diversity, 2015 cited in Bofulin et al., 2016). Ob tem je potrebno upoštevati, da se kulturne razlike ne nanašajo le na raznolikost v smislu etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih ozadij, temveč tudi na množico duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti posameznika ali družbene skupine, kot tudi na načine sobivanja, življenjske sloge, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (UNESCO, 2009).

Zahteve po kulturnih kompetencah v zdravstvenem sistemu niso nadstandardne, saj temeljijo na zagotavljanju osnovnih človekovih pravic in socialne pravičnosti, kar bi moralo predstavljati tudi temelje sodobne družbe (Douglas et al., 2014). Naš prispevek ponuja pregled najpomembnejših pravnih in etilnih podlag kulturne kompetentnosti, tako na mednarodnem kot tudi na nacionalnem nivoju. Namen našega prispevka je ozavestiti potrebe po pridobivanju in negovanju kulturnih kompetenc ter prikazati, da te niso le zaželene, temveč nujno potrebne za zagotavljanje pravnih in etičnih okvirjev našega dela.

## Mednarodne pravne in etične podlage kulturnih kompetenc

Pravice do kulturno kompetentne zdravstvene obravnave opredeljuje vrsta mednarodnih konvencij. Že Splošna deklaracija človekovih pravic, ki jo je sprejela Generalna skupščina Organizacije združenih narodov v Parizu 10. decembra 1948, govori o tem, da je »vsakdo upravičen do uživanja vseh pravic in svoboščin, zapisanih v tej deklaraciji, brez vsakršnega razlikovanja, zlasti glede na raso, barvo kože, spol, jezik, vero, politični ali drugi nazor, narodno ali družbeno poreklo, premoženje, rojstvo ali katerokoli drugo okoliščino.« (Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948, 2. čl.) Med te pravice spadajo tudi pravice do socialne varnosti, do uresničevanja kulturnih pravic, ki so nepogrešljive za človeško dostojanstvo, ter do zdravstvene oskrbe (Splošna deklaracija človekovih pravic, 1948).

Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah, ki ga je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov leta 1966, pa govori o tem, da je potrebno vsakomur priznavati pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja (Organizacija združenih narodov, 1966). Svet Združenih narodov za ekonomske, socialne in kulturne pravice v podrobnejši obrazložitvi pravice do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja med drugim navaja, da se ta pravica nanaša na dostopnost zdravstvenih ustanov, ki jo opredeljujejo štiri dimenzije: ne-diskriminacija, fizična dostopnost, ekonomska dostopnost ter dostopnost do informacij. Poleg tega morajo biti vse zdravstvene ustanove spoštljive do etičnih ter kulturnih načel in spoštovati kulturo posameznikov, manjšin ter drugih družbenih skupin (United Nations Economic and Social Council, 2000).

Tudi Mednarodna konvencija o odpravi vseh oblik »rasne« diskriminacije opredeljuje prepoved in odpravo ´rasne´ diskriminacije na vseh področjih, kot tudi zajamčene pravice enakosti pred zakoni vsakomur, ne glede na ´raso´, barvo kože, narodno ali etnično poreklo - med drugim tudi kadar gre za pravice do ugodnosti, ki jih dajejo zdravstveno varstvo in zdravstvene ustanove (Združeni narodi, 1965, 5. čl.). Podobno opredeljuje Evropska direktiva o ´rasni´ enakosti pravico do enake obravnave ne glede na ´rasno´ ali etnično ozadje vsem ljudem, tudi v zdravstvu, hkrati pa poziva, da je potrebno na različnih področjih, med njimi na področju zdravstva, narediti še več za boj proti diskriminaciji (Direktiva Sveta 2000/43/ES). Besedo ´rasa´ in vse izpeljanke te besede namerno označujemo v navednicah, saj je, biološko gledano, človeška rasa le ena. Izraz rasa je preživel sociološki konstrukt, ki se uporablja za klasifikacijo ljudi, pogosto glede na njihove fenotipske značilnosti (Nayak, 2006; Banton, 2010).

Bolj konkretno govori o pravicah pacientov Deklaracija o promociji pacientovih pravic v Evropi, izdana s strani Evropskega Ura-da Svetovne zdravstvene organizacije. Poudarja pomembnost enake dostopnosti do zdravstvene oskrbe za vse, ki živijo v določeni državi ali geopolitičnem območju ter poziva k odstranitvi nepravilnih in diskriminatornih ovir, najsi bodo finančne, geografske, kulturne, sociološke ali psihološke. Navaja pravice, kot so pravice do spoštovanja moralnih, kulturnih, verskih in filozofskih vrednot ter do zdravstvene oskrbe, ki mora biti zagotovljena v luči tega spoštovanja (Svetovna zdravstvena organizacija, 1994).



Na evropskem nivoju govori o pravicah v povezavi s kulturnim ozadjem tudi kasnejša Evropska listina o pravicah pacientov. V tej listini so navedene pravice do kulturne, jezikovne in verske raznolikosti kot osnovne človeške pravice, nadalje pa je opredeljenih 14 pravic pacientov, med katerimi omenjamo pravico do dostopnosti zdravstva, pravico do informacij, pravico do individualne obravnave ter pravico do varnosti. Ob tem je navedeno, da je potrebno zagotoviti pravice ne glede na raznolikost potreb, bodisi zaradi starosti, spola, vere, socialno-ekonomskega statusa, pismenosti itd. Opredeljene so tudi pravice do aktivnega državljanstva, med katere spada tudi pravica do sodelovanja pri določanju zdravstvenih politik (European Charter of Patients Rights, 2002). Evropska ekonomska in socialna komisija je v svojem mnenju leta 2008 te pravice priznala ter opozorila na pomen njihovega izvrševanja. Med drugim to mnenje govori tudi o dostopnosti do personaliziranih informacij (zagotavljanje informacij v jeziku pacienta ter o dostopnosti do celotne košarice zdravstvenih storitev ne glede na socialni ali ekonomski položaj pacienta (European Economic and Social Committee, 2008).

Kulturno kompetentnost opredeljujejo tudi številni strateški dokumenti mednarodnih organizacij izvajalcev zdravstvene oskrbe. Na področju zdravstvene nege tako Mednarodni svet medicinskih sester v svojem pozicijskem dokumentu o kulturni in lingvistični kompetentnosti navaja stališče, da imajo vsi uporabniki pravico do kulturno in klinično primerne zdravstvene nege. Medicinske sestre morajo biti vedno in povsod zavezane zagovorništvu in spoštovanju človeških pravic, še posebno pri ranljivih skupinah kot so ženske, otroci, starejši, begunci in stigmatizirane skupine. Kulturno kompetentnost naj demonstrirajo preko samozavedanja o lastnem kulturnem ozadju, znanja in razumevanja drugačnosti, sprejemanja in spoštovanja kulturnih razlik, prilagajanja storitev in zagotavljanja kulturi primerne zdravstvene nege. Ob tem opozarjajo, da sprejemanje in spoštovanje kulturne raznolikosti in prilagajanje zdravstvene nege ne sme imeti za posledico kršenje etičnih in strokovnih standardov ter osnovnih človekovih pravic (International Council of Nurses, 2013).

Osnovne zahteve po kulturni kompetentnosti so opredeljene tudi z mednarodnimi etičnimi kodeksi različnih izvajalcev zdravstvenih dejavnosti. Tako npr. Etični kodeks Mednarodnega sveta medicinskih sester, prenovljen v letu 2021, navaja, da morajo medicinske sestre zagotavljati okolje, v katerem se priznavajo in spoštujejo človekove pravice, vrednote, navade ter verska in duhovna prepričanja posameznika, družine in skupnosti. Zagotoviti morajo, da pacienti in svojci prejmejo razumljive, pravilne, zadostne in pravočasne informacije na način, ki upošteva njihovo kulturo, pa tudi jezikovne, kognitivne in fizične potrebe ter psihično stanje pacienta. Izvajati morajo torej na človeka osredotočeno, kulturno kompetentno zdravstveno nego, ki je občutljiva za vrednote, navade in prepričanja ljudi, brez predsodkov ali nepravilne diskriminacije (International Council of Nurses, 2021).

## Nacionalne pravne in etične podlage kulturnih kompetenc

Potrebe po kulturnih kompetencah lahko zaznamo že v slovenski ustavi, ki v sklopu Človekove pravice in temeljne svoboščine v 14. členu določa, da so v Sloveniji vsakomur zagotovljene »enake človekove pravice in temeljne svoboščine, ne glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj, invalidnost ali katerokoli drugo osebno okoliščino«. V 34. členu nadalje določa, da ima vsakdo pravico do osebne dostojanstva in varnosti, v 35. členu pa, da je vsakomur zagotovljena nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic (Ustava Republike Slovenije, 1991).

Kulturne kompetence nadalje narekuje Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki v 45. členu določa, da opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci zdravstveno dejavnost »v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri opravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštovati njihove ustavne in zakonske pravice.« Zakon o pacientovih pravicah pa navaja že bolj konkretne zahteve po kulturni kompetentnosti. Pravi, da se morajo pri uresničevanju pravic pacientov upoštevati načela, kot so spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj (Zakon o pacientovih pravicah, čl. 3). Prepoveduje diskriminacijo in pravi, da ima pacient »pravico do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino« (Zakon o pacientovih pravicah, čl. 7).

Pomembno podlago kulturni kompetentnosti postavlja Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja« (2016), ki navaja, da:

- K neenakostim v zdravju prispeva tudi slabša dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe posameznih skupin prebivalstva zaradi njihove drugačne etnične pripadnosti, slabega socialno-ekonomskega položaja (revni, brezposelni, osebe v negotovih zaposlitvah, starejši z nizkimi prihodki) ali različnih oblik oviranosti ali odvisnosti. Poleg ovir pri dostopu, s katerimi se sooča večina prebivalstva (npr. čakalne dobe), imajo ranljive skupine težave tudi zaradi geografske oddaljenosti, neprilagojenosti zdravstvenih ustanov za osebe z različnimi oviranostmi, doplačil za zdravstvene storitve in zdravila,

stigmatiziranosti, jezikovnih in kulturnih razlik ter neprilagojenosti programov njihovim potrebam. Za te skupine je nujna senzibilizacija sistema zdravstvenega varstva za njihove specifične potrebe in prilagoditev tako zdravstvene obravnave kot zdravstvenih programov.

Nadalje opredeljuje, da je za izboljšanje zdravja ter podaljšanje življenjske dobe:

- potrebno poglobljeno razumevanje kompleksnosti in prepletenosti vplivov širših socialno-ekonomskih, okolijskih, kulturnih in drugih dejavnikov ter individualnih danosti na zdravje posameznika in populacije. Ti dejavniki pomembno vplivajo na življenjski slog, dejavnike tveganja, koriščenje zdravstvenih in drugih storitev ter v končni fazi na obolevnost, umrljivost in pričakovano trajanje življenja.« (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025, 2016).

Zdravstveni delavci so zavezani k spoštovanju in upoštevanju kulturnih značilnosti pri svojem delu tudi preko kodeksov etike. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) že v svojem prvem načelu določa, da:

- dejavniki, kot so ´rasa´, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, zdravstveno stanje, invalidnost ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta; pacienta je treba obravnavati individualno ter celostno. Upoštevati je potrebno njegove ne le fizične, ampak tudi psihične, socialne in duhovne potrebe ter spoštovati njegovo kulturo ter osebna prepričanja.

Tudi druga načela narekujejo potrebe po kulturnih kompetencah, kot na primer načelo, ki govori o delovanju izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v korist pacienta ali načelo, ki govori priznavanju in spoštovanju dela sodelavcev (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014). Prav tako določa Kodeks etike za babice, da le-te pri svojem delu spoštujejo in zagovarjajo temeljne človekove pravice, pravice matere, otroka in družine, da spoštujejo pravico ženske do izbire in odločanja (Kodeks etike za babice Slovenije, 2014).

## Diskusija

Pravne in etične podlage so jasne – zdravstveni delavci smo zavezani k nudenju kakovostne in kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, kar med drugim pomeni, da je zdravstvena oskrba dostopna, nediskriminatorna, kulturno občutljiva, spoštljiva in prilagojena pacientovim potrebam. Doseganje kakovostnih standardov v zdravstvu brez upoštevanja vpliva kulture na zdravje ni mogoče (Napier et al., 2014). Železnikova s sodelavci ugotavlja, da spadajo večšine s področja kulturne kompetentnosti (medkulturna komunikacija, zdravstvena oskrba raznolikih ljudi, naslavljanje globalnih zdravstvenih potreb) med ključne veščine zdravstvene nege v prihodnosti (Železnik et al., 2017). Vendar raziskave kažejo, da te kompetence v Sloveniji niso zadostno prepoznane kot strategija za zmanjševanje razlik na tem področju (Halbwachs & Zurc, 2016) ter da obstaja zelo malo izobraževanj za njihovo pridobivanje (Lipovec Čebren & Huber 2020, 76). Potrebno se je zavedati, da kulturna kompetentnost ni prirojena, temveč pridobljena lastnost- kontinuirano izobraževanje je zato ključnega pomena (Lin & Hsu, 2020). Brez kulturnih kompetenc ni mogoče prepoznavanje skupin in posameznikov, ki doživljajo neenakost in diskriminacijo (Chiarenza, 2012; Handtke et al., 2019).

Kot smo prikazali v našem prispevku, pa kulturne kompetentnosti ne narekujejo le pravne podlage, temveč tudi etične podlage zdravstvenih delavcev. Nekateri raziskave kažejo, da se zaposleni v zdravstvu dobro zavedajo etičnih načel, kar je bilo na primeru zdravstvene nege prikazano tudi v Sloveniji (Mlinšek, 2012). Druga slovenska raziskava kaže, da se zdravstveni delavci pogosto soočajo z etičnimi dilemami, povezane pa so predvsem z dolgimi čakalnimi vrstami, ohranjanjem človeškega dostojanstva, slabimi medosebnimi odnosi ter odnosi med njimi in pacienti. V nasprotju s tujimi raziskavami so etične dileme redkeje povezane s socialno neenakostjo (Grosek et al., 2020). Ob tem je potrebno znova opozoriti na prepoznavanje in odnos odnos do neenakosti. V preteklosti se je v Sloveniji namreč izkazalo, da neenakost v družbi ni prepoznana kot gonilo za nadaljnji razvoj in napredek (Ovsenik, 2000). Zanimivo je, da zdravstveni delavci pogosto doživljajo delovno okolje kot največjo bariero pri zagotavljanju etične prakse, saj v njem vidijo omejitve njihovih zmožnosti zagotavljanja kompetentne oskrbe. Etične dileme pogosto rešujejo konformistično, pogojeno s tradicionalnimi pravili in normami delovnega mesta, mnogo manj pa s pomočjo kreativne in kritične refleksije, ki bi osvetlila njihovo vlogo (de Casterlé et al., 2008). V luči teh ugotovitev zopet izpostavljamo samorefleksijo kot osrednji del procesa pridobivanja kulturnih kompetenc.

## Zaključek

Kulturna kompetentnost je zahteva, ki bi jo moral izpolnjevati vsak zdravstveni delavec, pa tudi zdravstvena organizacija in zdravstveni sistem. V mednarodnem in slovenskem prostoru obstaja kopica pravnih in etičnih podlag, ki narekujejo to zahtevo. Zavedati se moramo, da ne gre za nadstandardno zahtevo, saj brez tovrstnih kompetenc ne moremo zagotavljati pravno in etično skladne zdravstvene oskrbe. Redke razpoložljive raziskave kažejo, da je koncept kulturne kompetentnosti v slovenskem zdravstvu slabo poznan in spregledan, kljub močnim dokazom, da je nujno potreben za doseganje enakosti in dostopnosti v zdravstvu. Pridobivanje in negovanje kulturnih kompetenc, kot vseživljenjski proces, bi zato moralo biti prepoznano kot eno izmed ključnih strategij za zagotavljanje enakosti in dostopnosti v zdravstvenem sistemu ter za zagotavljanje kakovostne, varne in kulturno občutljive zdravstvene oskrbe. V vsakdanji praksi to pomeni, da je potrebno vključiti izobraževanje o vsebinah kulturne kompetentnosti v vse izobraževalne programe v zdravstvu, prav tako pa omogočiti kontinuirano izobraževanje po zaključku šolanja. A vzporedno s tem potrebujemo še kopico drugih strategij, ki bi pripomogle h kulturni kompetentnosti ne le na kliničnem nivoju, temveč tudi na organizacijskem in strateškem nivoju zdravstvenega sistema.

## Literatura

- European Charter of Patients Rights (2002). Retrieved Feb 23, 2023 from <http://www.health-rights.org/index.php/cop/item/european-charter-of-patients-rights>.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding J.E., & Normand J. (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3S), 68–79. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)
- Banton, M. (2010). The vertical and horizontal dimensions of the word race. *Ethnicities*, 10(1), 127–140. <https://doi.org/10.1177/1468796809354529>
- Bofulin, M., Farkaš Lainščak, J., Gosenca, K., Jelenc, A., Keršič Svetel, M., Lipovec Čebbron, U., Pistotnik, S., Škraban, J., & Zaviršek, D. (2016). *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Capell, J., & Dean, E. (2007). Cultural competence in healthcare: Critical analysis of the construct, its assessment and implications. *Journal of Theory Construction & Testing*, 11(1), 30–37.
- Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of cultural competence. In Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé W. & Kotsioni, I. (Eds). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities* (p. 66–81). Antwerp: Garant.
- Cross, T.L. Bazron, B.J., Dennis, K.W. & Isaacs, M.R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for Minority Children who are severely emotionally disturbed*. Washington DC: CASSP Technical Assistance center, Georgetown University Child Development Center.
- de Casterlé, D., Shigeko Izumi, B., Godfrey N.S. & Denhaerymck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540–549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>
- Direktiva Sveta 2000/43/ES z dne 29. junija 2000 o izvajanju načela enakega obravnavanja oseb ne glede na raso ali narodnost. Ur. l. ES, št. 23 (L 180/22). Retrieved Jan 27, 2023 from [https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/pdf/pravni\\_dokumenti/direktiva\\_rasna\\_enakost.pdf](https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/pravni_dokumenti/direktiva_rasna_enakost.pdf).
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., ... & Purnell, L. (2014). Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109–121. <https://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- European Economic and Social Committee (2008). *Opinion of the European Economic and Social Committee on Patients' Rights* (2008/C 10/18). Retrieved Feb 27, 2023 from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007IE1256&qid=1609604596857&from=EN>
- Grosek, Š., Kučan, R., Grošelji, J., Oražem, M., Grošelji, U., Erčulj, V., ... & Ivanc, B. (2020). The first nationwide study on facing and solving ethical dilemmas among healthcare professionals in Slovenia. *Plos one*, 15(7), e0235509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235509>
- Halbwachs, H.K. & Zurc, J. (2016). Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. In Filej, B. (Ed). *Družba in znanost v celostni skrbi za človeka: zbornik prispevkov z recenzijo, 4. mednarodna znanstvena konferenca* (pp. 60–68). Maribor: Alma Mater Europaea – ECM.
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare—A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PloS one*, 14(7), e0219971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
- International Council of Nurses. (2013). *Cultural and linguistic competence*. Position Statement. Retrieved Dec 2, 2022 from [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B03\\_Cultural\\_Linguistic\\_Competence.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B03_Cultural_Linguistic_Competence.pdf).
- International Council of Nurses. (2021). The ICN code of Ethics for Nurses. Retrieved Dec 2, 2022 from [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf).
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*, 3(10), 1673–1676. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- 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.
- Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Lin, M. H., & Hsu, H. C. (2020). Effects of a cultural competence education programme on clinical nurses: A randomised controlled trial. *Nurse education today*, 88, 104385. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104385>

- Lipovec Čebtron, U. & Pistotnik, S. (2015). Iluzija o univerzalnem dostopu do zdravstvenega zavarovanja: ndržavljeni, prekarni, revni kot zdravstveno nezavarovani prebivalci. *Etnolog*, 25, 89–111.
- Lipovec Čebtron, U. & Huber, I. (2020). Cultural Competence and Healthcare. Experiences from Slovenia. *Etnološka tribina: Godišnjak Hrvatskog etnološkog društva*, 50(43), 68–88.
- Mlinšek, A. (2012). Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(1), 20–29.
- Napier, A. D., Depledge, M., Knipper, M., Lovell, R., Ponarin, E., Sanabria, E., & Thomas, F. (2017). *Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Nayak, A. (2006). After race: Ethnography, race and post-race theory. *Ethnic and Racial Studies*, 29(3), 411–430. <https://doi.org/10.1080/01419870600597818>
- Organizacija združenih narodov. (1966). *Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah*. Retrieved Jan 14, 2023 from [https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/PRAVNE\\_PODLAGE/Mednarodne\\_konvencije\\_-\\_OZN/Mednarodni\\_pakt\\_o\\_ekonomskih\\_socialnih\\_in\\_kulturnih\\_pravicah/Mednarodni\\_pakt\\_o\\_ekonomskih\\_socialnih\\_in\\_kulturnih\\_pravicah.pdf](https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/PRAVNE_PODLAGE/Mednarodne_konvencije_-_OZN/Mednarodni_pakt_o_ekonomskih_socialnih_in_kulturnih_pravicah/Mednarodni_pakt_o_ekonomskih_socialnih_in_kulturnih_pravicah.pdf).
- Ovsenik, M. (2000). Social management in Slovenia- transition problems or towards a new social work theory? Društvena istraživanja: *Journal for General Social Issues*, 9(1), 137–155.
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. (2016). Uradni list RS, št. 25 (6.4.2016). Retrieved Jan 23, 2023 from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO102>.
- Splošna deklaracija človekovih pravic*. (1948). Retrieved Jan 23, 2023 from: <https://www.varuh-rs.si/index.php?id=102>.
- Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). (1994). *A Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe*. Retrieved Jan 25, 2023 from [https://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf).
- UNESCO. (2009). *Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue: UNESCO World Report*. Paris: UNESCO Publishing.
- United Nations Economic and Social Council. (2000). *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14, 2000*. Retrieved Feb 27, 2023 from: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbol-no=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbol-no=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en).
- Ustava Republike Slovenije /URS/*. (1991). Retrieved Jan 24, 2023 from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA>.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti /ZZDej/*. (2005). Uradni list RS, št. 23 (10.3.2005). Retrieved Jan 23, 2023 from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
- Zakon o pacientovih pravicah /ZpacP/* (2008). Uradni list RS, št. 15 (11.2.2008). Retrieved Feb 3, 2023 from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- Združeni narodi - Generalna skupščina. (1965). *Mednarodna konvencija o odpravi vseh oblik rasne diskriminacije*. Retrieved Feb 3, 2023 from <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZZ/Dokumenti/multilateralala/clovekove-pravice/porocila-SLO-po-instrumentih-o-clovekovih-pravicah/a948f0676d/Mednarodna-konvencija-o-odpravi-vseh-oblik-rasne-diskriminacije.pdf>.
- Železnik, D., Kokol, P., & Vošner, H. B. (2017). Adapting nurse competence to future patient needs using Checkland's Soft Systems Methodology. *Nurse education today*, 48, 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.015>

# STRUKTURIRANA TIMSKA PREDAJA V ZDRAVSTVENI NEGI ZA ZAGOTAVLJANJE KONTINUIRANE OBRAVNAVE

## STRUCTURED TEAM HANDOVER IN NURSING TO ENSURE CONTINUOUS TREATMENT

pred. Danijela Pušnik, mag. zdr. nege,  
viš. pred. mag. Jožefa Tomažič, viš. med. ses., univ. dipl. org.

*Univerzitetni klinični center Maribor, Služba zdravstvene nege, Klinika za interno medicino*

[danijela.pusnik@ukc-mb.si](mailto:danijela.pusnik@ukc-mb.si)

**Ključne besede:** predaja pacienta, komunikacija, zdravstvena dokumentacija, delovna izmena; varnost; medicinske sestre

### IZVLEČEK

**Uvod:** Predaja pacienta v izmeni je prenos informacij, pristojnosti in odgovornosti med medicinskimi sestrami z namenom zagotavljanja kontinuiteto informacij za varno in kakovostno obravnavo pacientov. Je komunikacijska aktivnost z velikim tveganjem za izgubo ali izpustitev pomembnih informacij, kar se lahko s strukturirano metodo zmanjša ali odpravi. V terciarnem zavodu je bilo ugotovljeno, da poteka predaja pacientov med izmenami v dogovorjenem času in prostoru, kjer sodelujejo vsi zaposleni. Predaja poteka ustno in pisno, uporabljajo se različne formalne in neformalne evidence vsebin poročanja, brez strukturirane oblike. Namen nadaljnje raziskave je ugotoviti potek predaje, prenos informacij in uporabo enotnih evidenc v vseh organizacijskih enotah. Cilj raziskave je pripraviti model strukturirane predaje.

**Metode:** Izvedena je bila kvalitativna raziskava z metodo primarnega zbiranja podatkov z opazovanjem poteka predaje pacientov med nočno in dopoldansko izmeno v negovalnih enotah različnih klinik v terciarni ustanovi. Opazovana je bila komunikacija, vsebina predaje, pisne evidence ter postopek.

**Rezultati:** Predaje pacientov so na izbranih oddelkih potekale ob dogovorjenem času, večinoma v delovnih prostorih medicinskih sester. Prisotni so bili vsi izvajalci iz nočne in dnevne izmene ter strokovne vodje zdravstvene nege. Na večini oddelkov zaposleni niso poznali delovnega razporeda pred izvedbo predaje. Predajo so izvajale diplomirane medicinske sestre nočne izmene ali iz dežurstva, vsi so poslušali predajo o vseh pacientih. Najpogosteje uporabljena dokumentacija za predajo je bil izpis raporta, ročno dopolnjen s posebnostmi. Na dveh oddelkih imajo obrazec »list predaje pacienta«, na dveh vodijo zapise o posebnostih v elektronski obliki, delno strukturirano, vendar brez zapisov »predal-prevzel«.

**Diskusija in zaključek:** Elementi varne in kakovostne strukturirane predaje so komunikacijske veščine, ustrezni zapisi strukturiranih informacij ter zagotovljen prostor in čas brez motečih dejavnikov. Ustna predaja je potekala v dogovorjenem času in prostoru, kjer so sodelovali vsi izvajalci zdravstvene nege obeh delovnih izmen. Vendar pa je potrebno v zavodu pripraviti ustrezna pisna navodila za izvedbo strukturirane predaje s pisnimi dokumenti.

**Key words:** patient handover, communication, medical documentation, work shift, safety, nurses

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient handover during a shift is a transfer of information and responsibilities between nurses to ensure the continuity of information for safe and quality treatment of patients. It is a communication activity with a high risk of losing or omitting important information, which can be reduced or eliminated with a structured method. It was established at the tertiary institution, that patient handover between shifts is performed at the agreed time and place with all employees participating. The handover takes place orally and in writing, various formal and informal records of reporting content are used, without a structured form. The purpose of further research is to determine the process of handover, transfer of information and the use of uniform records at all organizational units. The objective is to prepare a model of structured handover.

**Methods:** A qualitative study was performed using the method of primary data collection by observing the process of patient handover during the night and morning shifts at nursing units of different divisions within the tertiary institution. Communication, the content of the handover, written records and the procedure were observed.

**Results:** Patient handover took place at selected departments at the agreed time, mostly at the working premises of nurses. All healthcare providers from the night and day shifts and professional heads of nursing were present. In most departments, employees were not familiar with the working schedule before the handover. The handover was performed by registered nurses from the night shift or on duty, and everyone was paying attention to the information handed over about all the patients. The most frequently used documentation for submission was a printout of the report, manually supplemented with specifics. Two departments use a "Patient handover sheet" form, at two departments they keep records of specifics in an electronic form, partially structured, but without any record of the handover-takeover process.

**Discussion and conclusion:** The elements of a safe and quality structured handover are communication skills, adequate records of structured information and guaranteed space and time free from distractions. The oral handover took place at the agreed time and place, where all nursing care providers of both working shifts participated. However, it is necessary to prepare appropriate written instructions at the institute for the implementation of a structured handover with written documents.

## Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2021) je varnost pacientov ocenila kot globalno prednostno nalogo v vseh zdravstvenih sistemih s ciljem zagotoviti kontinuirano varno in kakovostno obravnavo kot osnovno pacientovo pravico. Kontinuiteto med drugim zagotavljamo z ustrezno predajo pacientov v pisni in ustni obliki, kjer igra pomembno vlogo komunikacija. Biti mora pravočasna, jasna in pravilna. Predaja pacientov je dinamičen proces, v katerem si zdravstveni delavci izmenjujejo informacije v kliničnih okoljih, tako znotraj organizacijskih enot kot tudi med različnimi organizacijskimi enotami z namenom zagotavljanja učinkovite in varne oskrbe pacientov in preprečitve neželenih dogodkov (Haena, Miseon, & Nam-Ju 2022). Izvedba predaje pacientov med delovnimi izmenami, med organizacijskimi enotami in med različnimi poklicnimi skupinami zahteva od medicinskih sester profesionalne komunikacijske veščine. Dokazano je, da je neustrezna komunikacija ob predaji ključni dejavnik, ki prispeva k škodi pacientu, saj 80 % neželenih dogodkov vključuje napačno komunikacijo med predajo (Joint Commission International, 2018).

## Predaja pacienta med izmenami

Učinkovita predaja pacienta je ključen vidik varne in kontinuirane zdravstvene oskrbe, ki vodi k zadovoljstvu zaposlenih. Zdravstvena obravnava pacientov poteka na različnih nivojih zdravstvenega varstva, pa tudi med različnimi specialnostmi znotraj ustanove. To lahko vodi do pomanjkljive informiranosti o pacientovem zdravstvenem stanju, kar lahko povzroči resne zdravstvene posledice (UpToDate, 2022).

Cilj predaje pacienta je zagotoviti natančen prenos informacij o pacientovem zdravljenju, zdravstveni negi, trenutnem stanju in nedavno nastalimi in pričakovanimi spremembami za zagotavljanje kakovostne in varne kontinuirane zdravstvene obravnave (Maxon, Derby, Wroblewski, & Foss, 2012). Prenos informacij vključuje tudi pristojnosti in odgovornosti, nudi priložnosti postavljanja vprašanj, pojasnil in potrditev (The Joint Commission, 2017). Prenos in prevzem odgovornosti za oskrbo pacienta dosežemo z učinkovito komunikacijo (Slade, Pun, Murray, & Eggins, 2018).

Predaja v zdravstveni in babiški negi je aktivnost prenosa informacij o pacientu od enega izvajalca na drugega:

- če pacient spremeni lokacijo v zavodu (napotitev v drugo organizacijsko enoto, v funkcionalno enoto,...),
- ob menjavi izmene,
- ob premeščanju pacienta v drugo ustanovo.

Poznamo več metod strukturirane predaje, pri čemer je pomembno, da zagotovimo pravočasnost, stalnost in kakovost vseh pomembnih informacij ter dogodkov in s tem podpiramo varnost pacientov ves čas neprekinjeno. Gre za proces posredovanja informacij, specifičnih za pacienta, od enega tima zdravstvene nege do drugega, da se zagotovi kontinuiteta in varnost oskrbe (Galatzan, & Carrington, 2018). Strukturirana klinična predaja zmanjšuje komunikacijske napake, saj vsebinska opredelitev zmanjšuje tveganje, da bi ne bile prenesene kritične informacije (Ghosh, Ramamoorthy, & Pottakat, 2021).

Neustrezna komunikacija, ki se zgodi med predajo pacientov (med vsemi izvajalci zdravstvenih storitev), zajema približno 80 % neželenih dogodkov v zdravstvenem okolju (Galatzan, & Carrington, 2018). Za zmanjševanje in preprečevanje napak med predajo pacientov med izmenami in drugimi prehodi pacientov obstaja več standardiziranih orodij z vnaprej opredeljeno vsebino, lahko tudi strukturo (Manias, Geddes, Watson, Jones, & Della, 2015; Galatzan, & Carrington, 2018). To zagotavlja skladnost postopkov predaje.

Obstajajo tudi elektronske oblike predaje pacientov. Uporaba je enostavna, dokazano je tudi zmanjšanje preprečljivih neželenih dogodkov (Ghosh, Ramamoorthy, & Pottakat, 2021).

V terciarnem zavodu je bila izvedena kvantitativna raziskava z anketiranjem o izvedbi predaje pacientov med delovnimi izmenami v zdravstveni negi. Ugotovljeno je bilo, da poteka predaja pacientov v dogovorjenem času in prostoru, kjer sodelujejo vsi zaposleni. Predaja poteka ustno in pisno, uporabljajo se različne formalne in neformalne evidence vsebin poročanja, brez strukturirane oblike. Navodilo za delo za izvedbo predaje pacientov med izmenami za celoten zavod je zastarelo in ni v sistemu kakovosti. Ena od klinik ima izdelan protokol predaje ter obrazec z obveznimi podatki za predajo kot del pacientove dokumentacije in se izpolnjuje v vsaki izmeni. Niso pa vključene vse priporočene vsebine (Pušnik, & Tomažič, 2022).

## Namen in cilji

Z nadaljnjo raziskavo smo želeli podkrepiti rezultate predhodne kvantitativne raziskave in raziskati potek predaje med izmenami v zdravstveni negi ter pridobiti informacije o komunikaciji, o poteku predaje ter uporabljeni dokumentaciji v času predaje. Dobljeni podatki bodo prispevali k načrtovanju aktivnosti na področju zagotavljanja varnosti v procesu predaje pacientov med izmenami.

## Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodologiji z uporabo metode opazovanja.

### *Opis merskega instrumenta*

Za kvalitativno metodo raziskovanja z opazovanjem smo se odločili na podlagi pregleda literature (The Joint Commission, 2017; Galatzan, & Carrington, 2018; Fealy et al., 2018; Kramar, 2022; UpToDate, 2022). Za izvedbo smo pripravili obrazec za evidenco opazovanih elementov, in sicer:

- prostor in čas predaje (kje poteka predaja, ob kateri uri se je pričela, do kdaj je trajala, kdo je prisoten, moteči elementi),
- dokumentacija, ki je v času predaje uporabljena (dokumentacija zdravstvene nege, medicinska dokumentacija, dodatno obrazci v sistemu kakovosti, drugi obrazci, ki niso v sistemu kakovosti),
- komunikacija (kdo predaja, kdo prejema, vsebina predaje).

### *Opis vzorca*

Vzorec so predstavljali izvajalci zdravstvene nege na opazovanih oddelkih negovalnih enot, ki so na dan opazovanja bili v nočni izmeni in v dnevni izmeni ter dokumentacija, ki jo posamezni oddelki uporabljajo med predajo službe. Na vsaki kliniki smo izbrali 2 organizacijski enoti, skupaj je bilo spremljanj na 8 oddelkih. Iz raziskave so bile izključene enote intenzivnih terapij.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po odobrenem dovoljenju za izvedbo raziskave smo strokovne vodje zdravstvene nege na vseh oddelkih seznanili po elektronski pošti o izvedbi nenapovedanega opazovanja predaje službe med nočno in dopoldansko izmeno v mesecu januarju in februarju 2023. Raziskava je potekala tako, da sta raziskovalki, diplomirani medicinski sestre, nemo spremljali potek predaje in dokumentirali opazovane vsebine. Kvalitativna analiza vsebine je potekala s prepisom dobljenih podatkov ter grupiranje teh na spremljane elemente.

## Rezultati

### Prostor in čas

Predaja službe je na vseh oddelkih potekala v dogovorjenem času, s pričetkom ob 6.45 in je trajala do 7.00 ure, na enem oddelku do 7.05. Predaje so se izvajale v delovnih prostorih medicinskih sester ali v seminarskih sobah. Na predaji so bili povsod prisotni zaposleni iz nočne in dnevne izmene, prisotne so bile tudi strokovne vodje zdravstvene nege. Na vseh oddelkih so se v času predaje pojavljali moteči dejavniki: alarmi na infuzijskih črpalkah, zvonec v bolniški sobi, delavke čistilnega servisa.

### Dokumentacija ob predaji pacientov

Na dveh oddelkih uporabljajo za predajo obrazec »list predaje pacienta«. Ta obrazec je del pacientove zdravstvene dokumentacije in vsebuje vse pomembne informacije strukturirane predaje. Na obrazcu se po predaji podpišejo medicinske sestre, ki so zaključile delovno izmeno in tiste, ki so paciente prevzele. Na dveh oddelkih so imeli na mizi poročila zdravstvene nege, vendar jih za predajo niso uporabljali. Na enem oddelku so za predajo uporabili tudi temperaturno terapevtske liste ter napotnice za diagnostične posege. Na enem oddelku so imeli na mizi še diabetične liste. Na dveh oddelkih si dnevno za vsako izmeno pripravijo v računalniku podatke za predajo vseh pacientov. Navedeno imajo ime, priimek, številko bolniške sobe. Od informacij, ki jih predajo so večinoma zapisi diagnostično terapevtskih režimov ter nekatere negovalne posebnosti. Na enem oddelku te zapise arhivirajo, vendar brez podpisov za prevzem pacientov, na enem oddelku pa te zapise sproti zavržejo. Na ostalih oddelkih vršijo predajo po izpisu raporta, kamor ob imenu in priimku nekaterih pacientov zapišejo morebitne posebnosti. Na vseh oddelkih, razen na dveh, kjer imajo liste predaje pacientov, imajo vsi zaposleni, ki prevzemajo službo, izpise raporta, kamor si evidentirajo sporočene informacije.

### Komunikacija

Predajo so vršile diplomirane medicinske sestre iz nočne izmene ali dežurstva, na nekaterih oddelkih so vsebine ustno dopolnjevali tehniki zdravstvene nege iz nočne izmene. Na dveh oddelkih so imeli ločeno predajo diplomirane medicinske sestre in ločeno zdravstveni tehniki. Vsi prisotni iz dopoldanskih izmen so poslušali predajo za vse paciente. Na nekaterih oddelkih so zaposleni že bili razporejeni po deloviščih, na nekaterih je razpored pripravila strokovna vodja zdravstvene nege po predaji.

Vsebina in struktura predaje: na vseh oddelkih so medicinske sestre povedale ime in priimek pacienta ter številko bolniške sobe, le na enem oddelku so povedali samo številko sobe in položaj postelje. Nadalje so poročali o izvedenih aktivnostih, posebnostih ter planirane diagnostično terapevtske aktivnosti v dopoldanski izmeni. Pri nekaterih pacientih, kjer je to bilo potrebno, so poročali tudi o posebnostih zdravstvene nege.

## Diskusija

Avtorji (The Joint Commission, 2017; Galatzan, & Carrington, 2018; Fealy et al., 2018; Kramar, 2022; UpToDate, 2022) navajajo, da je za varno in učinkovito izvedbo predaje pacienta pomembna priprava ter ustrezna pisna in ustna komunikacija po strukturiranem oz. standardiziranem modelu. Učinkovito predajo zagotavljamo:

- z neposredno predajo pacientov ene osebe drugi,
- z zagotovljeno dvosmerno komunikacijo med predajo,
- z zadovoljivim časom za predajo,
- z vključeno ustno in pisno predajo (vsa potrebna pisna dokumentacija),
- z izvedbo predaje ob bolniški postelji, kadar je to mogoče in z vključenostjo pacienta,
- z ustrezno komunikacijsko tehniko,
- s prenosom odgovornosti od enega na drugega zdravstvenega delavca,
- z uporabo razpoložljivih informacijskih tehnologij,
- brez prisotnih motečih dejavnikov (klepet, zvonci, telefoni, zdravniške vizite,...).



Priporočene pisne in ustne informacije o pacientu ob predaji v izmeni so:

- ime in priimek pacienta,
- medicinska diagnoza,
- objektivna ocena pacientovega stanja (ali je stabilno ali ne),
- pacientove trenutne in predvidene potrebe,
- pomembna zdravila, ki so predpisana,
- načrtovane aktivnosti (ZBN, terapija, diagnostika) in časovni okvir zanje.

Na spremljanih izvajanja predaj pacientov med izmenami je bila ugotovljena ustrezna komunikacijska tehnika, vendar pa na večini oddelkov ni bila zagotovljena pisna kontinuiteta informacij o pacientih. S tem tudi ni bila podeljena odgovornost za nadaljnjo oskrbo, kar je bilo podkrepjeno tudi z dejstvom, da zaposleni niso imeli krajevnega razporeda. To lahko predstavlja tveganje, saj se odgovornost razprši na celotno ekipo.

Komunikacijska in druga tveganja so vedno prisotna. Dejavniki tveganja pri izvedbi predaje med izmenami so bili moteči faktorji, kot so odzivi zaposlenih na alarmne naprave, klicne naprave, prihodi drugih poklicnih skupin. Neučinkovita komunikacija lahko povzroči nestrukturirano predajo z nedoslednimi, nepomembnimi ali ponavljajočimi informacijami (Chien et al., 2021). Predaja pacientov je dejavnost z visokim tveganjem in neučinkovita praksa predaje predstavlja tveganje za varnost pacientov (Fealy et al., 2018).

Iz dobljenih podatkov je razvidno, da predaja pacientov na večini oddelkov ne poteka strukturirano, za to nimamo sprejetih protokolov in ne obrazcev, razen na oddelkih ene od klinik. Medicinske sestre smo zagovornice varnega ravnanja v zdravstveni oskrbi. Natančna komunikacija med izvajalci in ob predaji pacientov je s tega stališča bistvena. Pozabljene, izpuščene ali izbrisane in zavržene informacije imajo lahko resne posledice. Dokazi kažejo, da se učinkovitost predaje doseže z usposabljanjem osebja in standardiziranimi primopredajnimi protokoli (Fealy et al, 2018).

## Zaključek

Uvajanje in izboljševanje predaje pacientov pomeni spreminjanje kulture, organizacije in vedenja v kliničnih okoljih. Spreminjanje je mogoče z ustreznimi izobraževanji, vključevanjem vseh zaposlenih in z na dokazih podprtimi dejstvi. Učinkovita, sistematična in strukturirana predaja je temelj izboljševanja klinične prakse, saj zmanjšuje komunikacijske šume. Potrebujemo še dodatne raziskave za pripravo ustrezne dokumentacije zdravstvene nege, kjer bodo vsi pomembni podatki strukturirane predaje na enem mestu. Tehnik in orodij strukturirane predaje je več, na nivoju zavoda se bo potrebno opredeliti in izbrati učinkovito orodje ter pripraviti jasno navodilo za izvedbo. S tem in s predhodno znanim razporedom na delovišča lahko optimiziramo proces predaje ter organizacije dela. Raziskavo je potrebno razširiti na več organizacijskih enot. Tako bomo imeli bolj jasno sliko poteka predaj pacientov med izmenami.

## Literatura

- Chien, L. J., Slade, D., Dahm, M. R., Brady, B., Roberts, E., Goncharov, L., ..., Thornton, A. (2022). Improving patient-centred care through a tailored intervention addressing nursing clinical handover communication in its organizational and cultural context. *Journal of advanced nursing*, 78 (5), 1413-1430. <https://doi.org/10.1111/jan.15110>
- Fealy, G., Donnelly, S., Doyle, G., Brenner, M., Hughes, M., Mylotte, E., ..., Zaki, M. (2018). Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 80–88. <https://doi.org/10.1111/jocn.14643>
- Galatza, B.J., & Carrington, J.M. (2018). Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication. *Computers, Informatics, Nursing*, 36(10), 484-493. Retrived maj 20, 2022 from <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00024665-201810000-00004.pdf>
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L., & Pottakat, B. (2021) Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*. 2021;8. Retrived januar 5, 2023 from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2374373521997733>
- Haena, J., Miseon, L., & Nam-Ju, L. (2022). Communication education regarding patient safety for registered nurses in acute hospital settings: a scoping review protocol. *British Medical Journal Open*, 1,12(2). Retrieved september 4, 2022 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35105581/>
- Joint Commission International. (2017). *Inadequate hand-off communication*. Retrieved september 4, 2022 from [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea\\_58\\_hand\\_off\\_comms\\_9\\_6\\_17\\_final\\_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Joint Commission International. (2018). *Communicating clearly and effectively to patients: How to overcome common communication challenges in health care*. Retrieved januar 5, 2023 from [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final\\_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)
- Kramar, Z. (2022). *Kakovost in varnost v zdravstvu - priročnik*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della P. (2015). Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1–2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>

Maxon, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D., & Foss, D. M. (2012). Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(3), 140-145. Retrieved april 14, 2022 from <http://blog.aahs.org/wp-content/uploads/Bedside-Nurse-to-Nurse-Handoff-Promotes-Patient-Safety.pdf>

Pušnik, D., Tomažič, J. (2022). Pomen predaje pacienta med izmenami v zdravstveni negi z vidika kulture varnosti. In M. Dobnik & A. Lešnik (Eds.), *Zdravstvena in baboška nega sodobnega časa: zbornik predavanj. 5. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege. Maribor, 7. oktober 2022 (pp 13-21)*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.

Slade, D., Pun, J., Murray, K. A., & Eggins, S. (2018). Benefits of Health Care Communication Training for Nurses Conducting Bedside Handovers: An Australian Hospital Case Study. *Journal of continuing education in nursing*, 1;49(7):329-336. Retrieved januar 5, 2023 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939381/>

UpToDate. (2022). *Patient handoffs*. Retrived september 4, 2022 from [https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=patients%20handower&source=search\\_result&selectedTitle=1~12&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=patients%20handower&source=search_result&selectedTitle=1~12&usage_type=default&display_rank=1)

World Health Organisation. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Retrieved maj 14, 2021 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

# SPOLNO ŽIVLJENJE ISTOSPOLNO USMERJENIH MOŠKIH S KOLOSTOMO: NARATIVNI PREGLED LITERATURE

## SEXUALITY OF HOMOSEXUAL MEN WITH A COLOSTOMY: A NARATIVE REVIEW

Milan Panić, dipl. zn. (VS)

Univerzitetni rehabilitacijski center SOČA

viš. pred. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Ljubiša Pađen, dipl. zn., mag. zdr. nege

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

milan.panic0@gmail.com

**Ključne besede:** stoma, spolnost, gej, zdravstvena nega, medicinska sestra

### IZVLEČEK

**Uvod:** Zdravstveni delavci se po večini osredotočajo na fizične vidike oskrbe in zdravljenje osebe po operaciji stome ter zanemarjajo spolno življenje, ki pa ima velik pomen pri splošnem počutju in zdravju. Namen prispevka je predstaviti spolno življenje oseb s kolostomo.

**Metode:** Izveden je bil narativni pregled strokovne ter znanstvene, domače in tuje literature. Za sintezo rezultatov je bil uporabljen opisan metoda dela.

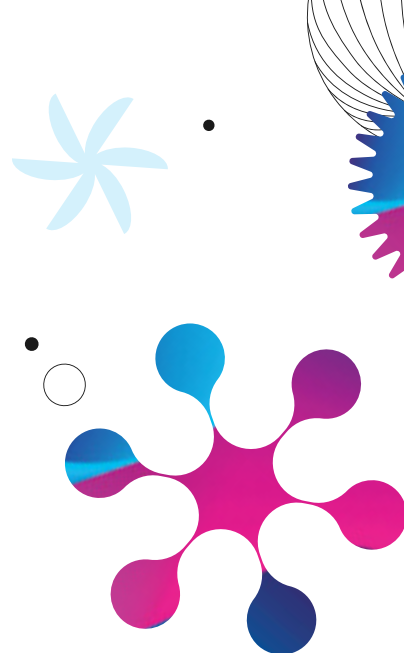
**Rezultati:** Izsledki raziskav kažejo, da je spolnost pri osebah s stomo prizadeta in obenem nenaslovljena. Zelo malo raziskav naslavlja spolnost istospolno usmerjenih oseb s stomo in vlogo medicinskih sester pri izvajanju sočutne in kompetentne zdravstvene nege in spolne vzgoje.

**Diskusija in zaključek:** Potrebne so izboljšave obstoječih in uvajanje novih ustrežnejših intervencij zdravstvene nege, s katerimi lahko odgovorimo na potrebe oseb s kolostomo na področju spolne identitete in spolnosti. Z ustrežno zdravstveno vzgojo in zdravstveno nego, osredičeno na posameznika in njegove bližnje, bi lahko izboljšali posamezne domene kakovosti življenja in tako zagotovili celostno obravnavo istospolno usmerjenih oseb. Posebno pozornost bi bilo potrebno nameniti tudi dodatnemu izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev na področju zdravja istospolno usmerjenih oseb.

**Key words:** stoma, sexuality, gay, nursing care, nurse

### ABSTRACT

**Introduction:** Healthcare professionals tend to focus on post-stoma treatment, neglecting patients' sex life, which is of great importance for their overall well-being and health. The aim of this article was to identify and present the sexuality and sexual relationships of people with colostomy.



**Methods:** A narrative review of professional and scientific, domestic and foreign literature was carried out. A descriptive method for data synthesis was used.

**Results:** Findings from studies show that sexuality in people with a stoma is affected and at the same time unaddressed. Very little research addresses sexuality of non-heterosexual people with a stoma and the role of nurses in providing compassionate and competent nursing care and sexual health education.

**Discussion and conclusion:** Improvements and the introduction of appropriate nursing interventions are needed to respond to the needs of people with colostomy in the areas of gender identity and sexuality. Appropriate health education and care focused on the individual and their loved ones could improve the individual domains of quality of life, thus ensuring holistic treatment of non-heterosexual people. Special attention should also be given to additional education and training of health professionals in health of non-heterosexual individuals.

## Uvod

Stoma negativno vpliva na pacientovo fizično, psihično in socialno zdravje (Ang et al., 2013), in sicer izsledki raziskav kažejo, da pridobitev stome pri ljudeh povzroči tako fiziološke kot psihološke spremembe, ki vplivajo na vse domene življenja, vključno s spolnostjo (Sprunk & Altender, 2000). Black (2004) navaja, da le manjši delež raziskav naslavlja spolno zdravje oseb s stomo kot stanje čustvenega, mentalnega, telesnega in socialnega dobrega počutja. Zdravstveni delavci se v večini osredotočajo na fizično oskrbo pred in po operaciji ter menijo, da je spolno življenje manj pomembno za okrevanje pacienta (García-Rodríguez et al., 2021). Ker spolnost predstavlja sestavni del osebe, je zelo pomembno, da ji namenimo pozornost. Mnogi pacienti težko naslovijo svoje spolne občutke, predvsem v luči spremembe telesne podobe z drugimi ljudmi, zato bi morali biti zdravstveni delavci kompetentni in sočutni, da pomagajo pacientom prepoznati in se prilagoditi na to spremembo v spolni samopodobi. Prav tako pri tem ne smemo pozabiti na kulturno ozadje, ki ima pomembno vlogo v življenju pacientov, vključno z njihovimi prepričanji ter spolno usmerjenostjo (Black, 2004). V prispevku smo za opredelitev raznolikosti spolne usmerjenosti, identitete in izraza uporabili kratico LGBTIQ+, ki zajema lezbijke, geje, biseksualne, transspolne, interspolne, kvir in aseksualne osebe.

Namen prispevka je predstaviti problematiko spolnosti in spolnih odnosov oseb, ki imajo kolostomo.

Cilji prispevka so odgovoriti na raziskovalna vprašanja:

- Kakšen vpliv ima kolostoma na življenje in spolno zdravje oseb?
- Kako se s kolostomo in spolnostjo spopadajo istospolno usmerjeni moški?
- Kakšna je vloga medicinske sestre/zdravstvenika pri privajanju na spremembe, ki vplivajo na spolnost oseb s kolostomo?

## Metode

Uporabili smo opisno metodo dela. Naredili smo narativni pregled strokovne in znanstvene, domače ter tuje literature. Literatura smo identificirali preko podatkovnih baz MEDLINE, CINAHL in EMBASE. Slovensko literaturo smo iskali preko spletnega kataloga COBISS.si. Uporabili smo članke, ki so bili publicirani v slovenskem in angleškem jeziku, ter dostopni v celoti (full-text). Pri izboru literature nismo uporabili časovnih omejitev, in sicer ker gre za tematsko področje s sorazmerno omejeno zbirko referenc, zato je zaradi relevantnosti izjemoma uporabljena tudi starejša literatura. Glede na uporabljeno metodologijo ter namen in cilje prispevka nismo zasnovali natančnejše iskalne sintakse, temveč smo literature iskali s prostimi ključnimi besedami, kot na primer: slovenske - kolostoma, stoma, spolnost, gej ter angleške - colostomy, ostomy, sexuality, gay, surgical stoma. Uporabili smo Boolove funkcije s ciljem omejevanja množice zadetkov. Zaradi heterogenosti literature so rezultati sintetizirani narativno.

## Rezultati

### *Vpliv kolostome na življenje in spolno zdravje*

Raziskave kažejo (Brewer, 2005; Burch, 2016; Peate, 2006; Turnbull, 2001, Qin et al., 2019, Sun et al., 2016), da kolostoma negativno vpliva na spolno zdravje posameznikov, in sicer je te vplive moč razdeliti na dva glavna vidika; fizični in psihosocialni vidik. Med fizični vidik uvrščamo samo stomo, izločke – blato, pline, fekalno inkontinenco in tudi druge specifične z zdravljenjem

povezane vplive kot so na primer: rane in prizadeta integriteta kože. Na spolne odnose vpliva tudi oslABLJENA spolna funkcija, ki je povezana z operacijo. Spolna disfunkcija se glede na raziskave pojavlja bolj pri ženskah kot pri moških. Pri nekaterih pacientih so prisotne analne brazgotine ter akutne bolečine v nožnici, kar lahko privede do nezmožnosti spolnega odnosa (Ang et al., 2013). Moški se soočajo s težavami, ki se nanašajo na erekcijo in orgazmom ter zmanjšano željo po spolnosti (Štemberger Kolnik et al., 2017). Psihosocialni vplivi, zlasti pa spremenjena telesna samopodoba, depresija in anksioznost prav tako pomembno vplivajo na spolno zdravje (Salomé et al., 2014). Nekatere raziskave implicirajo, da je osebna stiska večja pri pacientih z nizko osebnostno čvrstostjo in kontrolo (Almont et al., 2019; Grabski et al., 2019; Rose et al., 2017).

### *Življenje istospolno usmerjenih moških s kolostomo ter vpliv na spolno zdravje in odnose*

Na relevantnost vprašanja kako kolostoma vpliva na spolno zdravje in odnose istospolno usmerjenih moških ter kakšne so specifične zdravstvene nege opozori Humphreys (2017) v eni izmed prebojnih kvalitativnih študij. Izsledki le-te podarjajo, da bi medicinske sestre morale izvajati zdravstveno nego na način, da nestereotipizirajo istospolno usmerjenih moških, jih sprejemajo in zdravstveno nego izvajajo še posebej občutljivo (Humphreys, 2017).

Istospolno usmerjeni osebe imajo podobne težave kot heteroseksualne osebe, vključno s strahom pred zavrnitvijo in nepri-  
vlačnostjo. Moški, ki imajo analne spolne odnose lahko trpijo spremembo spolne vloge (sprememba iz receptivne v insertivno vlogo) zaradi odstranitve rektuma in zaprtja anusa (Peate, 2006). Izsledki raziskave, ki jo je izvedel Grabski et al. (2019) kažejo, da istospolno usmerjeni moški prikrivajo svojo spolno usmerjenost zdravstvenim delavcem iz strahu zavrnitve, manjšinskega stresa (stres, ki je s katerim se soočajo pripadniki stigmatiziranih manjšinskih skupin) in predsodkov (Grabski et al., 2019, Meyer, 2003) ter potencialno manj kakovostne zdravstvene obravnave (Lick et al., 2013; Meyer, 2003). Schuler (2013) opozarja, da v kolikor je prekinjen terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom obstaja tveganje, da pacient v prihodnosti ne bo iskal dodatne podpore in pomoči, ki jo potrebuje.

Geji, ki živijo s kolostomo so izpostavljeni večjemu tveganju za neustrezno svetovanje, če ne razkrijejo svoje spolne usmerjenosti zaradi strahu pred predsodki, zato je pomembno, da medicinske sestre izražajo pri zdravstveni negi empatijo, spoštovanje in odprtost. Če pacient začuti, da je medicinski sestri ob tej temi neprijetno, lahko je terapevtski odnos prekinjen ter na ta način pacient ne bo več iskal dodatne podpore (Schuler, 2013). Za oceno in izboljšanje kakovosti spolnega življenja gejev je treba poleg njihove spolne funkcije upoštevati tudi manjšinski stres, ki ga doživljajo, zlasti internalizirano homofobijo (Grabski et al., 2019).

Različne študije (Brewer, 2005; Burch, 2016; Peate, 2006; Turnbull, 2001) so pokazale, da se medicinske sestre izogibajo pogovorom o spolnih težavah s pacientom, mnogi celo menijo, da je to tema, ki bi jo moral pacient odpreti sam. Obstajajo različni razlogi, zaradi katerih medicinske sestre s pacienti težko razpravljajo o spolnosti. Študije (Davies & Macdowall, 2006; O'Byrne et al., 2018; McCann & Baker, 2015) trdijo, da to tega fenomena pride zaradi pomanjkanja izobraževanja in usposabljanja na področju spolnosti in spolnega zdravja, osebno nelagodje, strah, da bi bolnika užalili ali spravili v zadrego, časovne omejitve, pomanjkanje zasebnosti. Mnogim medicinskim sestram je težko nasloviti kakovost spolnih odnosov po pridobljeni kolostomi ter kako kolostoma vpliva na spremembo spolne vloge (Humphreys, 2017).

### *Vloga medicinske sestre oz. zdravstvenika pri privajanju na spremembe, ki vplivajo na spolnost oseb s kolostomo*

Almont et al. (2019) navaja, da se zelo majhen del pacientov s kolostomo spomni razprave, pogovora, svetovanja z zdravstvenimi delavci o spolnosti, kar potrjuje ugotovitve da se medicinske sestre s pacienti redko pogovarjajo o spolnosti pred operacijo stome (Schuler, 2013). Velik vpliv na svetovanje in pogovor o tej temi ima starost zaposlenih, ki so vključeni v zdravstveno vzgojo oz. oskrbo osebe s kolostomo (Almont et al., 2019). Ang et al. (2013) navaja, da se večina pooperativnih zdravstveno vzgojnih programov osredotoča na fizično zdravje pacienta medtem, ko sta psihično predvsem pa spolno zdravje nekoliko zanemarjena.

Celostna oskrba osebe s kolostomo vključuje tudi svetovanje in zdravstveno vzgojo o spolnosti (Peate, 2015). Svetovanje in podpora pacientom morata biti omogočena dolgotrajno s pričetkom že pred operacijo v posvetovalnicah za osebe s stomo. Pri zdravstveni vzgoji in svetovanju medicinske sestre lahko uporabljajo raznolike vzgojne in učne metode ter pristope, vključno z uporabo sodobne informacijske tehnologije (Ang et al., 2013, Rosso et al., 2021).

Medicinske sestre, ki skrbijo za moške s stomo, ki imajo spolne odnose z moškimi lahko za vzpostavitev in vzdrževanje terapevtskega odnosa uporabijo vrsto pisnih in ustnih pristopov, pri čemer lahko izkoristijo tako imenovano coming-out tehniko, in sicer z odprtim vprašanjem o spolni usmerjenosti. Z zagotavljanjem pisnih in ustnih možnosti izražanja se ustvarja odnos, da gej ali biseksualni moški razkrije svojo spolno usmerjenost, kar utira pot odprtemu dialogu, natančni oceni in ustrezni podpori (Dibley et al., 2014). Zdravstveni delavci morajo biti previdni, da ne delajo domnev o spolni usmerjenosti ali razmerjih pacientov, ki jih obravnavajo (McInnis & Pukall, 2020).

## Diskusija

Zdravstveni delavci še vedno pogosto pri svoji obravnavi izhajajo iz biomedicinskega modela, kjer so posamezni vidiki kakovosti življenja zanemarjeni (García-Rodríguez et al., 2021). Pri tem se kaže pomembna vloga medicinskih sester in zdravstvenikov, ki pacientu nudijo podporo v času procesa sprejemanja diagnoze in prognoze bolezni, zdravljenja in oskrbe, soočanja in prilagajanja ter mu pomagajo pri normalizaciji življenja s pomočjo učenja adaptacijskih strategij (Meleis, 2015) in drugih intervencij (Bavčar & Škrabl, 2009). Pogovor in ozaveščenost pacientov o spolnih odnosih s kolostomo je ključ do zdravja, zdrave spolnosti in zdravih spolnih odnosov (Štemberger Kolnik et al., 2017), do česar pa ne moremo priti, če pacienti ne dobijo ustreznih in zadostnih informacij s strani zdravnikov, medicinskih sester ter drugih. Izsledki raziskave (Schuler, 2013) kažejo, da zdravstveni delavci pričakujejo, da bodo pacienti sami odprli temo o spolnosti v procesu zdravstvene vzgoje, nasprotno pa so pacienti velikokrat v zadregi in s težavo sami iniciirajo pogovor o spolnosti. Z dobro vsebinsko zasnovanimi in strukturiranimi programi zdravstvene vzgoje bi lahko zagotovili ustrezno podporo in pravilne informacije, s katerimi bi pacienti s stomo lahko opolnomočili ter jim tako pomagali pri izboljšanju samopodobe, zavedanja samega sebe in sprejemanja samega sebe, kljub ogromni spremembi v življenju. V zdravstveno-vzgojni program bi morali vključevati tudi partnerje pacientov, saj se tudi oni lahko znajdejo v stiski (Smith et al., 2017).

Zdi se, da je pri istospolno usmerjenih moških spolno zdravje in spolnost še večji izziv, saj je LGBTIQ+ populacija še vedno stigmatizirana in diskriminirana s strani zdravstvenih delavcev, o čemer poročajo raziskave (Urek et al., 2022). Medicinske sestre in zdravstveniki kljub etičnim zahtevam (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014) o splošnem družbenem ozaveščanju in sprejemanju drugačnosti še vedno ne zmorejo govoriti in jih pristno in zavedno jemati kot sprejemljive in vsakdanje, saj sta stigma in diskriminacija pogosta družbena pojava (Bibič et al., 2011). Medicinske sestre bi morale izvajati celovito oceno stanja, ki vključuje tudi oceno spolnega življenja, izvajati popolnejšo negovalno diagnostiko, načrtovati intervencije in ocenjevati izide zdravstvene nege. Vendar je lahko to izziv, saj ima zadnja izdaja priročnika NANDA International le dve negovalni diagnozi, ki naslavljata spolno zdravje, prav tako ni negovalnih diagnoz, ki bi celovito naslavljal spolnost pri LGBTIQ+ populaciji (Herdman & Kamitsuru, 2018). Torej, če je v standardiziranem jeziku negovalnih diagnoz spolnost slabo naslovljena, potem lahko impliciramo, da medicinske sestre in zdravstveniki ne izvajajo specifičnih intervencij, s katerimi bi zadovoljile potrebe pacientov, kar sta s sodelavci (2018) in Sun s sodelavci (2016) v svojih raziskavah potrdila, saj so pacienti izpostavili, da medicinske sestre in zdravstveniki uporabljajo univerzalen pristop ne glede na posameznika, ki pa je očitno bolj prilagojen heteroseksualnim osebam.

Mnogi zdravstveni delavci ocenjujejo, da za področje zdravstvene vzgoje o spolnem zdravju nimajo kompetenc (Skoberne, 2004b). Pojavlja se strah, negotovost in številna vprašanja o spolnosti, ki ostajajo nenaslovljena. Pogovor o spolnosti je potrebno razumeti, kot nekaj normalnega in vsakdanjega. Zdravstvenim delavcem pogovor o spolnosti ne bi smela predstavljati problem o katerem se ne govori ali celo pričakovati, da jo bo pacient odprl sam (Peate, 2015). Pričujoči pregled je potrjen tipičnim metodološkim omejitvam narativnih pregledov literature (Greenhalgh, Thorne, & Malterud, 2018), in sicer s tveganji za pomankljivo identifikacijo virov, povezanih z izbiro, presojo in sintezo raziskav ter omejeno ponovljivostjo. Te omejitve lahko vplivajo na objektivnost, popolnost in zanesljivost ugotovitev pregleda, vendar menimo, da je pričujoči narativni pregled opisuje najverjetnejšo razlago fenomena. Prav tako je koristen saj osvetljuje in opozarja, da je spolnost integralni del vsakega posameznika in njegovega zdravja.

## Zaključek

V prispevku smo naslovlili spolno življenje oseb s kolostomo s poudarkom na istospolno usmerjene moške ter ugotovili, da kolostoma negativno vpliva na vse domene kakovosti življenja. Prav tako smo ugotovili, da je spolnost pogosto tabu tema, tako pri zdravstvenih delavcih kot tudi pri pacientih. Moški, ki imajo spolne odnose z moškimi zaradi družbeno-kulturnih, etničnih, religioznih in drugih razlogov sami redko povedo, kako se s spolnostjo spopadajo, saj jim je o spolnosti velikokrat

neprijetno govoriti. Potrebne bi bile izboljšave obstoječih in uvajanje novih negovalnih intervencij, s katerimi bi odgovorili na potrebe pacientov glede spolne identitete in spolnosti. Predvsem bi bilo potrebno o spolnosti začeti govoriti in ustvarjati varno in sprejeto okolje za paciente s kolostomo, da lahko naslovijo vprašanja in težave, s katerimi se soočajo, ter tako ustvariti pogoje za izboljšanje kakovosti življenja, vključno s spolnim zdravjem. Še posebej občutljivo bi morali obravnavati LGBTIQ+ populacijo. Z vseživljenjskim izobraževanjem ter prenosom dobrih praks iz tujine bi lahko izboljšali kakovost zdravstvene nege ter na ta način humanizirali in izboljšali obravnavo LGBTIQ+ in heteroseksualnih oseb s črevesno stomo.

## Literatura

- Almont, T., Bouhnik, A.-D., Ben Charif, A., Bendiane, M.-K., Couteau, C., Manceau, C., ... Huyghe, E. (2019). Sexual health problems and discussion in colorectal cancer patients two years after diagnosis: A national cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(1), 96–110. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.11.008>
- Ang, S. G., Chen, H. C., Siah, R. J., He, H. G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncology Nursing Forum*, 40(6), 587–594. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.587-594>
- Bavčar, K., & Škrabl, N. (2009). Kakovost življenja pacientov s stomo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 43(4), 243–251.
- Bibič, Š., Lemaic, V., Oblak T., Piriš T & Topolovec, M. (2011). LGBT Slovar. Dostopno na: [https://www.kulturnicenterq.org/lgbtqslotar/wp-content/themes/04LGBTQslotar/pdf/LGBTQ\\_slotar.pdf](https://www.kulturnicenterq.org/lgbtqslotar/wp-content/themes/04LGBTQslotar/pdf/LGBTQ_slotar.pdf), dne 18. 7. 2022
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12), 692–697. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.12.13254>
- Brewer, B. W. (2005). United ostomy association provides help for ostomy patients and caregivers. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*, 23(6), 353–354. <https://doi.org/10.1097/00004045-200506000-00003>
- Burch, J. (2016). Intimacy for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 25(17), S26–S26. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.S26>
- Davies, M., & Macdowall, W. (2006). Health professionals' attitudes and intervention practices for promoting sexual health in patients with chronic illness: An exploratory survey. *Journal of Nursing Education*, 45(10), 398–405.
- Dibley, L., Norton, C., Schaub, J., & Bassett, P. (2014). Experiences of gay and lesbian patients with inflammatory bowel disease: a mixed methods study. *Gastrointestinal Nursing*, 12(6), 19–30. <https://doi.org/10.12968/gasn.2014.12.6.19>
- Fingren, J., Lindholm, E., Petersén, C., Hallén, A. M., & Carlsson, E. (2018). A prospective, explorative study to assess adjustment 1 year after ostomy surgery among swedish patients. *Ostomy/wound management*, 64(6), 12–22.
- García-Rodríguez, M. T., Barreiro-Trillo, A., Seijo-Bestilleiro, R., & González-Martin, C. (2021). Sexual dysfunction in ostomized patients: A systematized review. *Healthcare*, 9(5), 520. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050520>
- Grabski, B., Kasperek, K., Muldner-Nieckowski, L., & Iniewicz, G. (2019). Sexual quality of life in homosexual and bisexual men: The relative role of minority stress. *The Journal of Sexual Medicine*. 16(6), 860–871. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.274>
- Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews?. *European journal of clinical investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *Nanda International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2018-2020* (11th ed.). New York, NY: Thieme Publisher.
- Humphreys, N. (2017). Sexual health and sexuality in people with a stoma: a literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(10), 18–26. <https://doi.org/10.12968/gasn.2017.15.10.18>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. (2014). *Uradni list RS*, št. 71/14.
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority Stress and Physical Health Among Sexual Minorities. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 8(5), 521–548. <https://doi.org/10.1177/1745691613497965>
- McInnis, M. K., & Pukall, C. F. (2020). Sex after prostate cancer in gay and bisexual men: A review of the literature. *Sexual Medicine Reviews*. 8(3), 466–472. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.01.004>
- McCann, E., & Baker, S. A. (2015). The dilemmas and challenges faced by nurses discussing sexual health with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2297–2307.
- Meleis, A. I. (2015). Transition therapy. (Ed.) *Nursing theories and nursing practice*, (pp. 361-380). F. A. Davis company. [http://mis.kp.ac.rw/admin/admin\\_panel/kp\\_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Nursing%20theories%20and%20Nursing%20practice\[4th%20ed\]%20by%20Smith,%20Marlaine%20C.pdf#page=382](http://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/SelectiveBooks/Nursing/Nursing%20theories%20and%20Nursing%20practice[4th%20ed]%20by%20Smith,%20Marlaine%20C.pdf#page=382)
- Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- O'Byrne, L., Smith, S., Sevigny, M., Newman, C., & DeLugt, J. (2018). Nurses' comfort level with sexuality assessment and patient communication about sexual health. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e169-e177.
- Peate, I. (2006). The provision of nursing care for gay men with GI issues. *British Journal of Nursing*, 15(4), 220–224. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.4.20548>
- Rose, D., Ussher, J. M., & Perz, J. (2017). Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), e12469.

- Rosser, B. R. S., Kohli, N., Leshner, L., Capistrant, B. D., DeWitt, J., Kilian, G., ... West, W. (2018). What gay and bisexual men treated for prostate cancer want in a sexual rehabilitation program: Results of the restore needs assessment. *Urology Practice*, 5(3), 192–197. <https://doi.org/10.1016/j.urpr.2017.05.001>
- Rosso, C., Aaron, A. A., Armandi, A., Caviglia, G. P., Venero, M., Saracco, G. M., Aste-giano, M., Bugianesi, E., & Ribaldone, D. G. (2021). Inflammatory bowel disease nurse-practical messages. *Nursing reports*, 11(2), 229–241. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020023>
- Salomé, G. M., de Almeida, S. A., & Silveira, M. M. (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 34(4), 231–239.
- Schuler, M. (2013). "No one said this would be an issue..." Intimacy after ostomy surgery. *Nursing*, 43(9), 1–4. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000432916.59376.1c>
- Smith, J. A., Spiers, J., Simpson, P., Nicholls, A. R. (2017). The psychological challenges of living with an ileostomy: An interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology*, 36(2), 143–151. <https://doi.org/10.1037/hea0000427>
- Sprunk, E., & Alteneeder, R. R. (2000). The impact of an ostomy on sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 85–88.
- Skoberne, M. (2004b). Spolnost in spolno zdravje: spolno zdravje, 2. del. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(2), 117–127.
- Sun, V., Grant, M., Wendel, C. S., McMullen, C. K., Bulkley, J. E., Herrinton, L. J., Hornbrook, M. C., & Krouse, R. S. (2016). Sexual function and health-related quality of life in long-term rectal cancer survivors. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(7), 1071–1079. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.005>
- Štemberger Kolnik, T., Batas, R., Majcen Dvoršak, S., Klemenc, D., Jelen, A., Oberstar, A., Vilar, V., Zima, M., Bizjak, M., Hribar, B., Mrevlje, I., Strojini, M., Kalan, I., Hari, T., & Franko, A. (2017). *Stoma – nov začetek: učimo vas živeti s stomo: priročnik za paciente s stomo in zdravstvene delavce* (2. izd.). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; Fundacija za financiranje invalidskih in humanitarnih organizacij Republike Slovenije; Zveza invalidskih društev ILCO Slovenije.
- Turnbull G. B. (2001). Sexual counseling: The forgotten aspect of ostomy rehabilitation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(3), 14–16.
- Urek, M., Buitenkamp, C., Hafford-Letchfield, T., Higgins, A., Keogh, B., Lewis-Brooke, S., Pezzella, A., Rabelink, I., van der Vaart, N., Jurček, A. (2022). "Teta, s kom si ti lezbijka?" Z izobraževanjem proti nevidnosti LGBT+ starih ljudi v socialni in zdravstveni oskrbi. *Socialno delo*, 61(1), 7–26. <https://doi.org/10.51741/sd.2022.61.1.7-26>
- Qin, F., Ye, X., Wei, H., Wen, Y., Shi, L., Zhen, L., Zhi, M., & Zhang, L. (2019). Sexual experience and stigma among chinese patients with an enterostomy: A Cross-sectional, Descriptive Study. *Wound Management & Prevention*, 65(12), 22–30.



# VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V ZMANJŠEVANJU ALKOHOLNE PROBLEMATIKE

## THE ROLE OF HEALTH CARE AT THE PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE IN REDUCING ALCOHOL PROBLEMS

Lea Šepul, dipl. m. s. (VS)

Zdravstveni dom Slovenj Gradec

mag. Erika Povšnar, univ. dipl. ped., viš. pred.

OZG OE Zdravstveni dom Kranj - Center za krepitev zdravja, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

erika.povsnar@zd-kranj.si

**Ključne besede:** tvegano in škodljivo pitje alkohola, individualno svetovanje, zdravstveni delavci

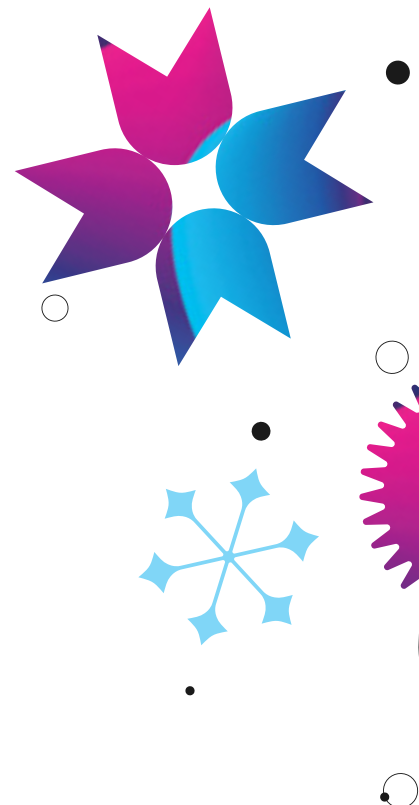
### IZVLEČEK

**Uvod:** Problematika povezana s pitjem alkohola je v Sloveniji zelo razširjena in pereča. Potrebni so ukrepi za zmanjšanje negativnih posledic prekomernega pitja alkohola. Cilj raziskave je bil ugotoviti mnenja diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov in zdravnikov družinske medicine v primarnem zdravstvenem varstvu o doseganju praksi in poznavanju pristopov individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola.

**Metode:** Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Podatki so bili aprila 2020 zbrani elektronsko, s strukturiranim vprašalnikom v štirih slovenskih zdravstvenih domovih. Realizacija je bila 42 %. Podatke smo kvantitativno obdelali s programom SPSS 22.

**Rezultati:** Mnenja o pestrosti načinov posredovanja informacij o škodljivih učinkih pitja alkohola v ambulantah družinske medicine so statistično pomembno višja pri diplomiranih medicinskih sestrah ( $p = 0,004$ ) kot pri zdravnikih družinske medicine. Med splošno slabim poznavanjem pristopov v svetovanju najmanj poznajo »Transteoretični model spreminjanja življenjskega sloga« ( $PV = 2,52$ ;  $SO = 1,144$ ). Diplomirane medicinske sestre slabše kot zdravniki družinske medicine poznajo meje manj tveganega pitja alkohola ( $p = 0,009$ ).

**Diskusija in zaključek:** Vloga zdravstvene nege na primarnem nivoju zdravstvenega varstva se je v zmanjševanju pereče alkoholne problematike pomembno povečala z uvedbo individualnega svetovanja za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola. Ker izvajalcem primanjkuje znanj za kakovostno izvedbo svetovanja, so potrebni ukrepi na področju strokovnih usposabljanj in formalnega izobraževanja.



**Key words:** risky drinking, harmful drinking, individual counseling, health professionals.

## ABSTRACT

**Introduction:** Problems related to risky and harmful alcohol consumption are widespread in Slovenia. Measures are needed to reduce the negative consequences of excessive drinking of alcohol. Our aim was to explore the views of health professionals' current alcohol-related health promotion practices and their knowledge about approaches to stop risky and harmful alcohol consumption.

**Methods:** The research is based on a non-experimental descriptive quantitative method of empirical research. In April 2020 online survey was conducted among graduate nurses and family physicians using a structured questionnaire in four Community Health Centers in Slovenia. The sample realization was 42%. Data was quantitatively processed with Excel 2019 and SPSS 22.

**Results:** Opinions on the diversity of information on the harmful effects of alcohol consumption in the workplace are significantly higher in graduate nurses ( $p = 0.004$ ) than in family physicians. Knowledge about stop risky and harmful alcohol consumption is generally poor. The respondents said that among different behavioral counselling interventions for stop risky and harmful alcohol consumption they are least familiar with the "Transtheoretical Lifestyle Change Model" (Mean = 2.52; SD = 1,144). Graduate nurses and family physicians are less aware of the limits of less risky alcohol consumption ( $p = 0.009$ ).

**Discussion and conclusion:** The role of nursing care at the primary level of health care in reducing the pressing alcohol problem has significantly increased with the introduction of individual counselling for quitting stop risky and harmful alcohol consumption. However, both graduate nurses and family physicians lack knowledge of specific methods and approaches to individual counselling, thus appropriate educational measures in the form of professional development and also in formal education would be needed.

## Uvod

Pretirana raba alkohola je ne le v Sloveniji, temveč tudi drugod po svetu pereč problem. Problematičnost med drugim tiči predvsem v velikem številu alkoholikov (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020). Kot pravijo Može, Pišljarič & Lazar (2015), se posledice poznajo ne le na osebni in družinski dinamiki, temveč tudi širše na socialni, ekonomski in kulturni ravni.

Najpogostejši in najbolj učinkovit način obravnave tveganega in škodljivega pitja alkohola je tudi na primarnem nivoju zdravstvenega varstva svetovanje (Soares, de Vargas, & Formigoni, 2013). Ne obstaja specifičen test, s katerim bi hitro in enostavno odkrili težave, povezane s tveganim in škodljivim pitjem alkohola (T&ŠPA). Identifikacija problema alkoholizma pri posamezniku pomeni, da je bilo do tega trenutka že veliko zamujenega. Naloga zdravstvenih delavcev je, da vprašanja o rabi alkohola postanejo del vsakodnevne klinične rutine in s tem avtomatizem. Tako je mogoče zmanjšati stigmatizacijo pacientov, ki alkohol pijejo na tvegani in škodljivi ravni (Rus Makovec et. al., 2018). Glavni namen programa Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola (SOPA) je v Sloveniji s sistemskim interdisciplinarnim pristopom obravnave T&ŠPA izboljšati zdravje, omejiti negativne posledice in vzpostaviti odgovoren odnos do pitja alkohola (Črnko Papič, Hočevar, & Henigsman, 2018).

## Namen in cilji

Namen raziskave je ugotoviti mnenja zdravstvenih delavcev - diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov (DMS) in zdravnikov družinske medicine (ZDM) na primarni ravni zdravstvenega varstva o obravnavi pacientov, ki prekomerno pijejo alkoholne pijače.

Cilja raziskave sta bila med zdravstvenimi delavci:

- ugotoviti dosedanja prakso obravnave T&ŠPA
- raziskati mnenja o poznavanju pristopov individualnega svetovanja za opuščanje T&ŠPA.

Skladno z zastavljenimi cilji sta bili oblikovani raziskovalni vprašanji:

- Kakšna je dosedanja praksa zdravstvenih delavcev v obravnavi T&ŠPA?
- Kako zdravstveni delavci ocenjujejo poznavanje pristopov za izvajanje individualnega svetovanja za opuščanje T&ŠPA?

## Metode

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

### Opis instrumenta

Uporabili smo metodo anketiranja. Merski instrument, strukturirani vprašalnik smo oblikovali delno na podlagi vprašalnika (The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire - ASUPPQ) (Connors et al., 2019) ter na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature (Soares et al., 2013; Gonzalez et al., 2017). Vprašalnik so sestavljali trije sklopi vprašanj oz. trditve (Likertova merska lestvica). Prvi del vprašalnika je vseboval demografske podatke, drugi del trditve, s katerimi so anketiranci izrazili dosedanja prakso v obravnavi T&ŠPA, tretji sklop pa postavke o poznavanju pristopov v svetovanju za opuščanje T&ŠPA.

### Opis vzorca

Neslučajnostni, namenski vzorec so sestavljali zdravstveni delavci primarnega zdravstvenega varstva zaposleni v štirih zdravstvenih domovih v Sloveniji. Odzivnost anketiranih je bila 42 %. Sodelovalo je 84,1 % DMS in 15,9 % ZDM iz ambulantne družinske medicine, centra za krepitev zdravja/zdravstveno vzgojnih centrov, patronažne službe, dispanzerjev). Žensk je bilo 89,8 %, moških 10,2 %. Povprečno so bili stari dobrih 38 let.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobljenih soglasjih smo vprašalnike s povezavo za izpolnjevanje v spletnem portalu 1ka in podanimi jasnimi navodili ter informacijo, da je sodelovanje anonimno in prostovoljno, posredovali po elektronski pošti zdravstvenim domovom. Anketiranje je potekalo od 7. do 29. aprila 2020. Dobljene rezultate smo kvantitativno obdelali v statističnem računalniškem paketu Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), verzija 22. Pri obdelavi podatkov smo uporabili: osnovno deskriptivno statistiko (frekvence, deleže, povprečne vrednosti, standardne odklone), t test (Independent samples test - test razlike dveh neodvisnih skupin) in Pearsonov korelacijski koeficient. Kot standardno mejo smo v analizah upoštevali statistično značilnost  $p \leq 0,05$ .

## Rezultati

Iz tabele 1 je razvidna najvišja stopnja strinjanja anketiranih (PV = 4,58, SO = 0,638) v trditvi »Svetovanje se mi zdi smiselno in koristno«. Mnenja so v tej trditvi tudi najbolj razpršena (SO = 1,093). S tem se najmanj strinjajo tudi DMS (PV = 3,31). ZDM pa se najmanj strinjajo s trditvijo, da njihovo delovno okolje nudi informacije o posledicah pitja alkohola (PV = 3,00). V tej trditvi ugotavljamo med DMS (PV = 3,78) in ZDM (PV = 3,00) statistično pomembno razliko ( $t = -2,928$ ;  $p = 0,004$ ).

**Tabela 1:** Dosedanja praksa zdravstvenih delavcev v obravnavi T&ŠPA

Trditve	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Svetovanje za opuščanje T&ŠPA se mi zdi smiselno in koristno	88	4,58	0,638	4,57	0,664	4,64	0,497	0,403	0,688
Moja praksa je z več načini (svetovanje, druge obravnave..) usmerjena v obravnavo T&ŠPA	88	3,67	0,690	3,68	0,685	3,64	0,745	-0,162	0,872
Moje delovno okolje pacientom na več načinov (plakati, zloženke..) dobro sporoča negativne učinke pitja alkohola	88	3,66	0,958	3,78	,926	3,00	,877	<b>-2,928</b>	<b>0,004</b>

Legenda: N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstveniki; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

Rezultati v Tabeli 2 kažejo, da anketirani najslabše poznajo Transteoretični model spreminjanja vedenja (PV = 2,52; SO = 1,144). Najmanj tuje jim je poznavanje mej manj tveganega ter T&ŠPA (PV = 3,76; SO = 0,935) in poznavanje značilnosti zasvojenosti (PV = 3,67 SO = 0,867). Statistično pomembno razliko ( $t = 2,693$ ;  $p = 0,009$ ) ugotavljamo v trditvi poznavanja mej manj tveganega ter T&ŠPA. Razvidna je tudi šibka povezanost med poznavanjem Transteoretičnega modela spreminjanja vedenja in starostjo anketiranih ( $r = 0,236$ ;  $p = 0,027$ ).

**Tabela 2:** Poznavanje pristopov za svetovanje o opuščanju T&ŠPA

Trditev	Zdravstveni delavci			DMS		ZDM		t	p
	N	PV	SO	PV	SO	PV	SO		
Dobro poznam meje manj tveganega, T&ŠPA	88	3,76	0,935	3,65	0,943	4,36	0,633	<b>2,693</b>	<b>0,009</b>
Poznam značilnosti zasvojenosti	88	3,67	0,867	3,64	0,885	3,86	0,770	0,877	0,383
Poznam osnovne principe motivacijskega intervjuja	88	3,33	1,101	3,28	1,117	3,57	1,016	0,895	0,373
Poznam osnovne principe svetovalnega postopka	88	3,24	1,259	3,16	1,304	3,64	0,929	1,315	0,192
Poznam kratko intervencijo »5A« priporočila	88	2,93	1,337	2,82	1,328	3,50	1,286	1,754	0,083
Poznam Transteoretični model spreminjanja vedenja	88	2,52	1,144	2,46	1,125	2,86	1,231	1,195	0,235

*Legenda:* N = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t test; p = statistična značilnost; DMS = diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDM = zdravnik družinske medicine; Lestvica: 1 = nikakor se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 = strinjam se, 5 = popolnoma se strinjam

## Diskusija

Rezultati so pokazali, da se zdravstveni delavci v visoki meri strinjajo, da je individualno svetovanje za opuščanje tveganega in škodljivega pitja alkohola pomembno. V okviru dosedanjih praks DMS pomembneje bolj (a ne popolnoma) kot ZDM pacienti na različne načine informirajo o zdravstvenih posledicah prekomernega pitja alkohola. Sklepamo, da se DMS zavedajo pomembnosti preventivnega zdravstveno vzgojnega delovanja in informiranja. Kolšek (2017) ugotavlja, da je svetovanje za opuščanje T&ŠPA ena pomembnejših nalog DMS in ZDM. V potek preventivnega pregleda za preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni je vključeno tudi področje pitja alkoholnih pijač. Prav tako je to del nemedikamentoznih obravnav v zdravstveno vzgojnih centrih / centrih za krepitev zdravja. Za to delo pa morajo biti zdravstveni delavci ustrezno usposobljeni. Bakhshi & While (2014) sta v okviru pregleda znanstvene literature proučevala z alkoholom povezane prakse preventivnega delovanja in obravnave alkoholne problematike. Ugotovitve so pokazale, da zdravstveni delavci uporabljajo vrsto metod za pomoč pacientom. Do nekoliko drugačnih ugotovitev glede praks so v raziskavi prišli Gonzalez in sodelavci (2017). Več kot polovica anketirancev se namreč z dosedanjimi praksami ne strinja, ker te niso zadovoljivo zastavljene in pacientom ne omogočajo dobrega napredka. Sorkova (2010) ugotavlja, da je področje obravnave problematičnega pitja alkohola in zasvojenosti pogosto podvrženo stigmatizaciji in zato zanemarjeno. To potrjujejo tudi rezultati raziskave (Gašperlin & Povšnar, 2018) v kateri ugotavljajo, da so DMS nekoliko bolj kot študenti odklonilni do dela na področju alkoholne problematike.

Meje manj oz. tveganega pitja alkohola anketirani poznajo, a je poznavanje DMS pomembneje slabše kot pri zdravnikih. V poznavanju drugih pristopov pa razlik med poklicnima skupinama nismo ugotovili, ugotavljamo pa, da v praksi pristope poznajo slabše. Najmanjše poznavanje in velika razpršenost mnenj je razvidna v poznavanju modela 5A in »Transteoretičnega modela spreminjanja vedenja«. V poznavanju modela smo ugotovili šibko povezanost starostjo anketiranih. Model, ki je bil razvit leta 1986 in se je kasneje dopolnjeval in spreminjal je zelo uporaben na področju spreminjanja razvad (alkohol, kajenje ...) (Sedlar, 2015). Slabo poznajo tudi model 5A. To je pet kratkih, 5 – 10 minutnih nasvetov, ki temeljijo na vedenjskem svetovanju (WHO, 2009). Najučinkovitejši so kratki ukrepi z več stiki ali nadaljevanji, ugotavljajo Alvarez-Bueno, Rodriguez-Martin, Garcia-Ortiz, Gomez-Marcos & Martinez-Vizcaino (2015). Bakhshi & While (2014) sta s pregledom znanstvene literature ugotovila, da to metodo zdravstveni delavci pogosto uporabljajo. Če primerjamo rezultate naše raziskave z raziskavo, ki so jo opravili Connors et al. (2019), ugotovimo, da anketirani zdravstveni delavci v naši raziskavi prav tako kažejo na pomanjkljivo znanje metod kot v omenjeni raziskavi. V največji meri pri Transteoretičnem modelu spreminjanja življenjskega sloga

ter metodi 5A ukrepa. Z namenom preprečevanja težav pri uporabi škodljivih substanc so preučevali svetovanja in v obsežni raziskavi ugotovili, da kar 78 % anketiranih ne pozna v raziskavi izpostavljenih šestih metod pri obravnavi individualnega svetovanja pri prekomernem pitju alkohola oziroma zasvojenosti.

Med omejitvami raziskave omenjamo majhno velikost vzorca. Slabo odzivnost zdravstvenih delavcev za izpolnjevanje vprašalnika delno pripisujemo tudi epidemiološki situaciji; predvidevamo, da je bila motivacija za izpolnjevanje vprašalnika slaba. Zaradi kratkega povprečnega časa reševanja vprašalnika se poraja dilema, če odgovori res odražajo dejanska mnenja udeležencev. Tretja omejitev raziskave je omejitev na izbrane zdravstvene ustanove, saj se mnenja in stališča zdravstvenih delavcev drugod po Sloveniji morda delno ali v celoti razlikujejo.

## Zaključek

V Sloveniji je prekomerno pitje alkohola zelo razširjen problem, ki predstavlja mnoge izzive tudi v zdravstvu, saj so njegove posledice zelo razdiralne na vseh področjih življenja. Spraševanje o pivskih navadah bi morali skladno z uvedbo vključiti v »vsakodnevno« obravnavo pacientov. Glede na pomanjkljivo poznavanje pristopov bi bilo potrebno razmisliti o ustreznih izobraževalnih ukrepih na nivoju strokovnega izpopolnjevanja in tudi formalnega izobraževanja.

## Literatura

Alvarez-Bueno, C., Rodriguez-Martin, B., Garcia-Ortiz, L., Angel Gomez-Marcos, M. & Martinez-Vizcaino, V. (2015). Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive Medicine*, 76, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.010>

Bakhshi, S. & While, E. (2014). Health Professionals' Alcohol-Related Professional Practices and the Relationship between Their Personal Alcohol Attitudes and Behavior and Professional Practices: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 218-248. <https://doi.org/10.3390/ijerph110100218>

Connors, E., McKenzie, M., Robinson, P., Tager, M., Scardamalia, K., Oros, M. & Hoover, S. (2019). Adaptation of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire to assess healthcare provider attitudes toward adolescent substance use. *Preventive Medicine Reports*, 14:100852, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100852>

Črnko Papič, J., Hočevnar, T. & Henigsman, K. (2018). Slovenska mokra kultura in poglobljeno kratko svetovanje v okviru projekta skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola: interdisciplinarna celostna obravnava tvegane in škodljivega pitja alkohola. In: M. Šmit, A. Kvas & S. Vrbovšek (Eds.), *Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih* (pp. 81-90). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji.

Gašperin, N. & Povšnar, E. (2019). Poznavanje rehabilitacije ter zanimanje študentov in zaposlenih v zdravstveni negi za strokovno delo v klubih zdravljenih alkoholikov. In: N. Sorko (Ed.), *A path to collaboration : integration of different approaches to alcoholism and other addictions = Pot k sodelovanju : integracija različnih oblik strokovne pomoči na področju zdravljenja obravnave alkoholizma ter drugih odvisnosti* (pp. 50-58). Ljubljana: Društvo Žarek upanja - pomoč pri odvisnosti in zasvojenosti.

Gonzalez, S., Grubb, J., Kowalchuk, A., Sidani, M., Spooner, K. & Zoorob, R. (2017). *Addressing Alcohol Use. Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved September 15, 2019 from [https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/alcohol/alcohol-manual.pdf](https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/alcohol/alcohol-manual.pdf)

Kolšek, M. (2017). *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Može, A., Pišljarič, M., & Lazar, A. E. (2015). *Odvisnost od alkohola: razvoj in zdravljenje*. Idrija: Bogataj, ABC Merkur.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). *Projekt SOPA - skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola*. Retrieved November 11, 2020 from <https://www.nijz.si/sl/projekt-sopa-skupaj-za-odgovoren-odnos-do-pitja-alkohola>

Rus Makovec, M., Lovrečič, B., Lovrečič, M., Kolšek, M., Franko, A., Škvarč Kirn, K. & Radovanovič, M. (2018). Perspektive: Alkohol. *Javno zdravje*, 2(1), 49-59.

Sedlar, N. (2015). *Proces spreminjanja nezdravega življenjskega sloga*. Ljubljana: CINDI Slovenija.

Soares, J., de Vargas, D. & Formigoni, M.L. (2013). Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa [Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention]. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1178-1185. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500023>

Sorko, N. (2010). *Me mora biti sram, ker delam z alkoholiki? Stigmatiziranost strokovnjakov* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana.

# INOVATIVNO PEDAGOŠKO- RAZISKOVALNO SODELOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE

## INNOVATIVE TEACHING-RESEARCH COLLABORATION OF NURSING STUDENTS

Mateja Šimec, univ. dipl. org., pred.

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

[mateja.simec@uni-nm.si](mailto:mateja.simec@uni-nm.si)

**Ključne besede:** zdravstvena nega, sodelovanje v zdravstveni negi, mednarodno raziskovanje študentov

### IZVLEČEK

**Teoretična izhodišča:** Zdravstvena nega je mlada znanstvena disciplina, ki se srečuje z izzivi šibke raziskovalne in pedagoške razvitosti. Strokovnjaki na tem področju so si soglasni, da se lahko manko razvoja vsaj delno nadoknadi z boljšo povezanostjo različnih institucij na vseh ravneh. Zato je lahko inovativna praksa mednarodnega pedagoško-raziskovalnega sodelovanja ena od priložnosti za izboljšanje sodelovanja na področju zdravstvene nege. Po zgledu dobre evropske prakse je bil na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede v šolskem letu 2021/2022 prvič uveden mednarodni projekt sodelovanja študentov zdravstvene nege. V prispevku so predstavljeni rezultati evalvacije projekta.

**Metode:** V raziskavi je sodelovalo 114 študentov zdravstvene nege. Podatki so bili pridobljeni s kvantitativnim pristopom s tehniko anketiranja.

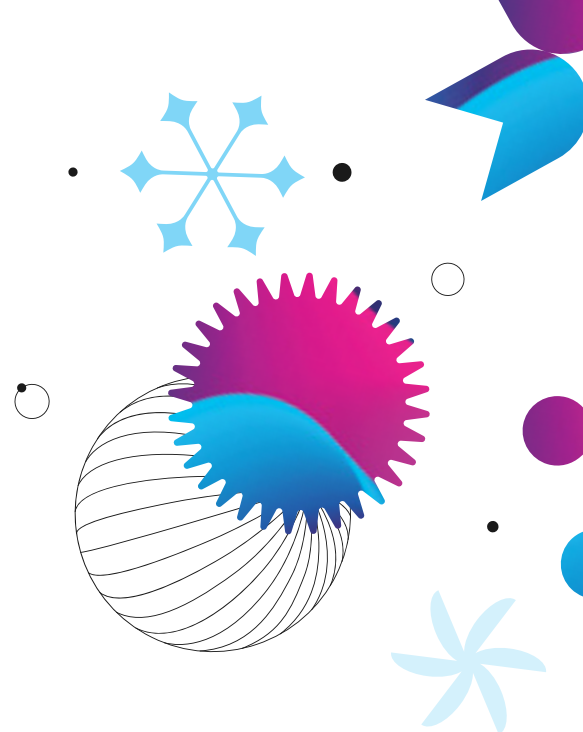
**Rezultati:** Rezultati kažejo, da je bila večina študentov najbolj zadovoljna s pridobljenimi izkušnjami mednarodnega timskega sodelovanja, s pridobljenim znanjem pri predstavitvah projektnih nalog ter z uporabo sodobnih digitalnih orodij, najmanj pa s predstavitvijo v tujem jeziku. Največjo oviro pri sodelovanju v projektu je študentom predstavljalo sporazumevanje v tujem jeziku, pa tudi nepoznavanje članov tima, medtem ko jih je pri sodelovanju najmanj oviralo nepoznavanje novih oblik dela.

**Razprava:** Predstavljen inovativni način sodelovanja študentov zdravstvene nege prispeva k izboljšanju njihovih medkulturnih in jezikovnih kompetenc ter jih opolnomoči z različnim znanjem, hkrati pa omogoča povezovanje tako sodelujočih pedagoških delavcev kot tudi izobraževalnih institucij na področju zdravstvene nege.

**Key words:** nursing, nursing collaboration, international student research

### ABSTRACT

**Background:** Nursing is a young scientific discipline struggling with the challenges of weak research and pedagogical development. Experts in the field agree that the lack of development can be compensated, at least in part, by better linkages between different institutions at all levels. Therefore, innovative practice of international collaboration in pedagogy and research can be one of the ways to improve collaboration in the field of nursing. Following the example of good European practice, an international collaboration project for nursing students was launched for the first time at the College of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, in the academic year 2021/2022. The paper presents the results of the project evaluation.



**Methods:** 114 nursing students participated in the study. Data were obtained through a quantitative approach using a survey technique.

**Results:** The results show that the majority of students were most satisfied with international team collaboration experiences, skills in presenting project tasks, and use of modern digital tools, and least satisfied with presentation in a foreign language. Communication in a foreign language and unfamiliarity with team members was the biggest obstacle for students to participate in the project, while the least obstacle to participation was unfamiliarity with new ways of working.

**Discussion:** the presented innovative way of collaboration of nursing students contributes to the improvement of their intercultural and linguistic competences and empowers them with different knowledge, while enabling the connection of the involved teachers and educational institutions in the field of nursing.

## Uvod

V današnjem svetu je zelo pomembna sposobnost sodelovanja z drugimi (Flogie, 2016). Mednarodno sodelovanje ima v pedagoškem procesu pomembno vlogo, saj zagotavlja priložnosti in aktivnosti za doseganje ciljev izobraževalnega zavoda (Ažman & Zavašnik Arčnik, 2017). Ugotovitve raziskav so pokazale, da slovenski visokošolski učitelji iščejo priložnosti za mednarodno sodelovanje (Aškerc Veniger & Flander, 2017). Omenjeno sodelovanje vključuje tudi sodelovanje v mednarodnih projektih, kar pozitivno vpliva na delo študentov, na motiviranost, samostojnost, samozavest pri govorjenju tujega jezika in željo po sodelovanju z vrstniki iz drugih držav (Sentočnik, 2013). Mednarodna izkušnja pri študentih krepi samoiniciativnost, timsko delo, iznajdljivost, sposobnost kritičnega mišljenja, reševanje težav, odgovornost, prilagajanje spremembam in samostojnost (Erčulj, 2006). Projektno delo v timu sodi med metode aktivnega pristopa k poučevanju, pri katerem je pomembna lastna aktivnost udeležencev, ki v procesu projektne dela usvajajo nova znanja in spretnosti (Dumont, Istance & Benavides, 2013), omenjen način pa omogoča konstrukcijo boljšega in trajnejšega znanja (Erjavšek & Kostanjevec, 2022), saj spodbuja študente k razvoju dobrih idej, produktivnih zamisli, medsebojnemu sodelovanju, poslušanju in sprejemanju mnenj drugih, kar pozitivno vpliva na razvoj njihovih socialnih kompetenc (Polak, 2007). Učinkovito timsko delo opredeljujeta dobra komunikacija in sodelovanje med člani tima, s kakovostnim medosebnim odnosom pa je posledično olajšana tudi komunikacija (Bardorfer, 2017). Komunikacijske veščine, ki jih študenti izboljšujejo z raziskovanjem in razvijanjem idej z drugimi so pomembne, hkrati pa se poglobljata njihovo razumevanje in razmišljanje (Dall et al., 2018). Rezultat timskega dela je timska učinkovitost (Hwang, 2018), ki je merljiva tudi z zadovoljstvom članov z delom v timu (Guchait, Lei & Tews, 2016).

Za uspešno sodelovanje članov tima je potrebno prilagajanje, ki izhaja iz poznavanja kulture, tudi zaradi razumevanja, da je vedenje posameznika posledica kulturne različnosti (Shore & Cross, 2005), ki je lahko vir inovativnosti in produktivnosti, pa tudi nesporazumov (Stahl & Tung, 2013), prav ti pa lahko med člani tima povzročijo daljšo in zapletenejšo komunikacijo, nižjo raven zaupanja, slabši odnos med člani tima in dezorganizacijo (Baack et al., 2015). Prednost multikulturnih timov je v večji inovativnosti, tudi zaradi različnih stališč in pogledov na odločanje, ne zaupanje članov in posledično slabše sodelovanje med njimi pa je slabost multikulturnih timov (Lahe & Kaučič, 2006). Eno pomembnejših medkulturnih ovir, ki je lahko vzrok nesoglasij in napačnega razumevanja med člani tima, predstavlja jezikovna ovira (Kralj & Svetličič, 2017).

Izobraževalne ustanove, ki izvajajo študijske programe s področja zdravstvene nege, se soočajo z izzivi doseganja ustreznih kompetenc pri študentih (Karnjuš, Prosen & Ličen, 2020). Medicinske sestre potrebujejo za uspešno delo v praksi obsežno kakovostno znanje in spretnosti, zato je pomembno, da v procesu izobraževanja dosežejo ustrezno raven kognitivnega, afektivnega in psihomotoričnega razvoja (Oermann & Gaberson, 2017). Motivacija študentov zdravstvene nege za pridobivanje novega znanja in študij je odvisna od načina študija in podajanja novih vsebin, pa tudi od vloženega truda in končnih rezultatov (DePasque & Tricoli, 2015). Montgomery (2010) navaja, da študenti ne želijo sodelovati s kolegi iz različnih kulturnih okolij, drugi avtorji (Fernandes, 2014; Arora, Saxena & Gangwar, 2017; Erjavšek & Kostanjevec, 2022) pa ugotavljajo, da so študenti pri različnih oblikah raziskovalnega in projektne dela bolj motivirani in aktivneje vključeni v učni proces, da razvijajo kritično in analitično mišljenje, da se učijo iskati in vrednotiti informacije, da samostojno rešujejo probleme, pridobivajo komunikacijske spretnosti in spretnosti sodelovanja v timu, razvijajo pa tudi veščine in sposobnosti za poklicno ter osebno življenje.

Za uspešno delo v zdravstveni negi je potreben timski pristop, kjer je uspešno sodelovanje in iskrena komunikacija članov ključnega pomena. Pomembno je, da se v proces komunikacije aktivno in enakovredno vključujejo vsi člani tima. Mednarodno timsko delo s sodelovanjem članov različnih narodnosti ima tudi medkulturne razsežnosti (Hoffmann, 2004), z mednarodnim raziskovanjem oz. projektne delom pa lahko študenti razvijajo medkulturne kompetence (Beelen & Jones, 2015). Sprejemanje različnih kultur in posameznikov, sodelovanje v jezikovno heterogenih skupinah ter usklajevanje različnih medsebojnih pričakovanj med študenti predstavlja priložnosti za razvoj medkulturnih kompetenc ter spodbuja opolnomočenje vseh študentov za delovanje v globalnem okolju (Sardoč, Žagar & Mlekuž, 2018).

K sodelovanju smo povabili študente slovenske in hrvaške fakultete za zdravstvene vede in oblikovali tim z mednarodno sestavo študentov. Omenjeno mednarodno timsko sodelovanje študentov na področju zdravstvene nege predstavlja novo obliko sodelovanja in je kot tako slabo raziskano, zato se postavlja vprašanje zadovoljstva študentov z inovativno obliko mednarodnega timskega sodelovanja in soočanja z različnimi ovirami. Ker do sedaj ni bilo izvedene raziskave o zadovoljstvu in ovirah študentov zdravstvene nege glede inovativnega mednarodnega timskega sodelovanja, s prispevkom zapolnujemo raziskovalno vrzel. Namen prispevka je ugotoviti zadovoljstvo študentov z izvedbo projektnega sodelovanja ter ovire pri sodelovanju študentov ob izvajanju mednarodnega raziskovalnega dela na področju zdravstvene nege. V ta namen smo si zastavili raziskovalni vprašanji, in sicer »Kakšno je zadovoljstvo študentov z mednarodnim projektnim sodelovanjem?« in »Katere ovire jih omejujejo pri mednarodnem projektnem sodelovanju?«

## Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja in deskriptivna metoda dela, podatke za raziskavo smo zbrali z anketnim vprašalnikom.

### Opis merskega instrumenta

Vprašalnik je bil oblikovan na osnovi pregleda literature (Ivanuš, Javornik Krečič & Ograjšek, 2020; Aškerc, 2013). Prvi del vprašalnika je vključeval sociodemografske podatke anketirancev, drugi del je z dvanajstimi trditvami meril zadovoljstvo s sodelovanjem, tretji del pa je meril ovire sodelovanja z dvanajstimi trditvami.

### Opis vzorca

Vzorec je bil namenski, k sodelovanju v raziskavo pa so bili povabljeni vsi študenti (144) drugega letnika dodiplomskega študija prve stopnje študijskega programa zdravstvene nege na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede in Sveučilištu Sjever iz Varaždina. K raziskavi je pristopilo 129 študentov, anketni vprašalnik pa je v celoti izpolnilo 114 študentov, od tega 82 (72 %) študentk in 32 (28 %) študentov.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo junija 2022 s pomočjo spletne ankete [www.1ka.si](http://www.1ka.si). Študenti so bili povabljeni k sodelovanju po zaključenem projektu. Raziskavo je odobrila Komisija za znanstvenoraziskovalno dejavnost UNM (FZV-159/2021). Anketiranje je bilo anonimno in prostovoljno. Uporabili smo deskriptivno analizo. Zbrani podatki so bili računalniško obdelani s programom SPSS 24.0. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

## Rezultati

Raziskali smo, kako so študentje ocenjevali zadovoljstvo z mednarodnim projektnim sodelovanjem. Zadovoljstvo s strani študentov zdravstvene nege je bilo ocenjeno visoko, ocene prikazujemo v tabeli 1. Povprečne ocene so bile med 3,24 in 4,86, kjer na lestvici od 1 do 5 višja povprečna ocena pomeni boljše oceno zadovoljstva. Študenti so glede zadovoljstva s sodelovanjem pri projektu najbolje ocenili pridobljene izkušnje mednarodnega timskega sodelovanja ( $\bar{x} = 4,86$ ;  $SD = 0,86$ ), pridobljeno znanje glede projektnega dela ( $\bar{x} = 4,81$ ;  $SD = 0,72$ ), nekoliko slabše so ocenili uporabo sodobne digitalne tehnologije ( $\bar{x} = 4,78$ ;  $SD = 0,94$ ), najmanj pa so bili zadovoljni s komuniciranjem v tujem jeziku ( $\bar{x} = 3,24$ ;  $SD = 0,96$ ).

**Tabela 1:** Zadovoljstvo študentov z mednarodnim projektnim sodelovanjem ( $n = 114$ )

Zadovoljstvo	$\bar{x}$	SD
S timskim delom na splošno	3,92	0,92
S pripravo na timsko sodelovanje	4,72	0,54
Z razdelitvijo dela pri timskem delu	3,42	1,02
Z načinom komuniciranja med študenti	4,11	0,66
Z reševanjem konfliktov pri timskem delu	4,18	1,09
S sodelovanjem pri mednarodnem projektu na splošno	4,24	0,82
S pridobljenim znanjem glede projektnega dela	4,81	0,72
Z uporabo sodobne digitalne tehnologije	4,78	0,94
S sodelovanjem z mentorji pri projektnem delu	4,76	0,54
S pridobljenimi izkušnjami mednarodnega timskega sodelovanja	4,86	0,86
S komuniciranjem v tujem jeziku	3,24	0,96
S pridobljenimi izkušnjami komuniciranja v mednarodnem okolju	4,66	0,89



Anketirane smo spraševali, v kolikšni meri se strinjajo s posamezni dejavniki, da jim le ti predstavljajo ovire, zaradi katerih se težje odločijo za sodelovanje pri projektu. Odgovarjali so s pomočjo Likertove lestvice, kjer so ocene predstavljale od 1 – zelo se ne strinjam do 5 – zelo se strinjam. V tabeli 2 so prikazane ovire, s katerimi so se srečevali študenti pri mednarodnem projektnem delu. Anketiranim študentom je največjo oviro predstavljalo sporazumevanje v tujem jeziku ( $\bar{x}$  = 4,62; SD = 0,62) in nepoznavanje članov tima ( $\bar{x}$  = 4,58; SD = 1,01), nekoliko manjša ovira pa je bila organizacija dela v timu ( $\bar{x}$  = 4,16; SD = 0,88) in način dela tujih študentov ( $\bar{x}$  = 4,12; SD = 0,60). Najmanjšo oviro pa je študentom predstavljalo nepoznavanje novih oblik dela ( $\bar{x}$  = 3,12; SD = 0,84).

**Tabela 2:** *Ovire pri sodelovanju študentov pri mednarodnem projektu (n = 114)*

Ovire	$\bar{x}$	SD
Sporazumevanje v tujem jeziku	4,62	0,62
Neosebni stik s člani tima	3,22	0,58
Kulturne razlike med mano in tujimi študenti	4,02	1,02
Organizacija dela v timu	4,16	0,88
Študenti drugih narodnosti	4,08	0,87
Uporaba digitalnih komunikacijskih orodij	3,14	0,94
(Ne)dostopnost do mentorjev	3,26	1,01
Način dela tujih študentov (odzivnost, vključevanje)	4,12	0,60
Samostojno delo	3,96	0,72
Nepoznavanje novih oblik dela	3,12	0,84
Nepoznavanje članov tima	4,58	1,01
Timsko delo	3,28	0,78

## Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti zadovoljstvo študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege s sodelovanjem pri mednarodnem timskem delu ter ovire, s katerimi so se soočali. Študenti so na splošno izrazili zadovoljstvo s tovrstno obliko sodelovanja in so z omenjenim načinom pridobivanja in utrjevanja veščin na dodiplomskem študiju zdravstvene nege zelo zadovoljni. Na področju zdravstvene nege ima timsko sodelovanje ključno vlogo pri kakovostni in varni obravnavi pacienta. Z mednarodnim sodelovanjem študenti pridobivajo raznoliko znanje in izkušnje, posledično pa bolj samozavestno vstopajo v klinično okolje. Študenti v naši raziskavi, kot tudi v drugih (Baptista et al., 2016; Schlairet, 2011) izražajo zadovoljstvo s projektnim timskim delom, saj le to predstavlja dobro podlago za uspešno opravljanje dela in nalog v realnem kliničnem okolju ter omogoča učenje veščin vodenja, sodelovanja in komunikacije znotraj tima. Raziskava Lepkowska-White in Parsonsove (2012) je pokazala, da imajo študenti radi delo na projektih. To študente motivira in za motivirane študente je bolj verjetno, da bodo delali več in se na koncu več tudi naučili. Študentom timsko sodelovanje s tujimi študenti predstavlja povsem novo obliko sodelovanja, s katero nimajo predhodnih izkušenj, zato se lahko pojavi manjša mera stresa in tesnobe (Kim et al., 2015; Tosterud et al., 2015), zelo močni negativni občutki pa ovirajo študentovo učinkovitost pri sodelovanju, zadržanost in zavračanje aktivnega sodelovanja pa predstavljata glavni oviri za uspešno timsko delo.

Za učinkovito timsko delo sta ključna dobra komunikacija in sodelovanje med člani tima na poti do skupnega cilja. Sestava tima, struktura dela in razdelitev nalog v timu dokazano vplivajo na učinkovitost timskega dela (Hwang, 2018). Ugotovili smo, da študentom predstavlja največjo oviro sporazumevanje v tujem jeziku, nemška raziskava o izzivih pri mednarodnem projektnem sodelovanju pa je pokazala, da predstavljajo kulturne razlike med člani tima bistveno večji izziv kot jezikovne ovire (Hoffmann, 2004). Med jezikovnimi ovirami je bila najpogosteje izpostavljena napačna interpretacija besed in situacij, tudi zaradi različnih vrednot posameznikov in pomanjkanja zaupanja (Baack et al., 2015). Šimec, Erjavec & Blažič (2022) so z raziskavo med študenti ugotovili, da ne obstajajo statistično značilne razlike v zadovoljstvu pri sodelovanju v mednarodnem projektu glede različne narodnosti študentov. S kvalitativno raziskavo pa je bilo ugotovljeno, da so študenti najbolj zadovoljni s pridobljenimi izkušnjami tovrstnega mednarodnega sodelovanja ter novimi spoznanji na področju zdravstvene nege zaradi pridobljenih informacij od študentov iz druge države ter izboljšanja veščine sporazumevanja v tujem jeziku. Poleg kulturnih razlik in komunikacijskih ovir so študentje izpostavili tudi težave pri usklajevanju skupnih terminov, kar so ugotavljali tudi Moseley & Connolly (2021) in Rauer et al. (2021).

Sodelovanje v mednarodnem projektu študente potisne v realno situacijo, v kateri se morajo sodelujoči znajti v tujem okolju, se prilagoditi načinu komuniciranja in naravi dela. Kljub temu da gre za kratkotrajno mednarodno sodelovanje, to prinaša dolgoročen učinek, verjetno ravno zaradi neposredne osebne izkušnje. Težave, ki se lahko pojavijo pri delu skupin, so slaba

skupinska dinamika, izločanje posameznih članov skupine, neprimerne naloge ali kriteriji ocenjevanja, premalo nadzora in podpore učitelja, študenti pa lahko občutijo tudi časovni pritisk, ki se v skupini lahko poveča zaradi usklajevanja aktivnosti (Bergmann & Sams, 2014; Fullan, 2016).

Pri virtualnih timih lahko dislociranost članov predstavlja dodatne izzive, kot je različna usposobljenost članov za učinkovito rabo informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki podpira interakcijo med člani tima, oblikovanje zaupanja in povezanosti med člani, kar lahko ovira vzpostavitev zaupljivih medosebnih odnosov, ki so ključni za uspešno timsko sodelovanje (Divjak, 2019), z raziskavo pa smo ugotovili, da so bili študenti zadovoljni prav z možnostjo uporabe sodobnih digitalnih orodij.

Pri interpretaciji rezultatov raziskave je treba upoštevati določene omejitve. V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec, v katerega so bili vključeni študenti zdravstvene nege zgolj ene slovenske izobraževalne ustanove. Prav tako raziskava sloni na dokaj majhnem vzorcu, zato rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo študentov zdravstvene nege. Ne glede na našeto pa dajejo rezultati, ob redkih tovrstnih raziskavah pri nas, pomemben vpogled v mednarodno timsko delo študentov na področju zdravstvene nege.

## Zaključek

Izobraževanje študentov zdravstvene nege v domačem okolju med pripadniki iste kulture in družbe lahko vodi v nezmožnost razumevanja drugega, globalizacija, razvoj tehnologije in množične migracije pa študentom omogočajo stik s tujimi jeziki in kulturo. Aktivnosti mednarodnega sodelovanja omogočajo preplet osebnostnega, profesionalnega in kariernega razvoja študentov, timsko sodelovanje v projektih pa pozitivno vpliva na študentovo samozavest pri uporabi in govorjenju tujega jezika, motivacijo, zanimanje, spoštovanje različnosti zaradi ozaveščenosti o različnih kulturah. Sprejemanje različnih kultur in posameznikov, sodelovanje v jezikovno heterogenih skupinah ter usklajevanje različnih medsebojnih pričakovanj med študenti ponuja priložnosti za razvoj tudi medkulturnih kompetenc ter spodbuja opolnomočenje študentov za delovanje v globalnem okolju. Pozitivne izkušnje in zadovoljstvo študentov predstavljajo pomembna izhodišča, ki potrjujejo smiselnost vpeljevanja tovrstne oblike sodelovanja v študijske programe zdravstvene nege.

## Literatura

- Arora, V. P. S., Saxena, P., & Gangwar, N. (2017). Project based learning and research based learning. In V. M. S. Manna (Eds.), *Higher Education Faculty Career Orientation and Advancement* (pp. 76–91). New Delhi: Centre for Education Growth and Research.
- Aškerc Veniger K., & Flander A. (2017). Nove poti internacionalizacije v visokem šolstvu Internacionalizacija doma in/ali internacionalizacija kurikulumu, *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu* (pp. 23–34), Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Ažman, T., & Zavašnik Arčnik, M. (2017). Usposabljanje strokovnih delavcev za vodenje strokovnih aktivov. *Vodenje v vzgoji in izobraževanju*, 15(1), 25–44.
- Baack, D. W., Dow, D., Parente, R., & Bacon, D. (2015). Confirmation Bias v Individual-Level Perceptions of Psychic Distance: An Experimental Investigation: *Journal of International Business Studies*, 46(8), 938–959.
- Baptista, S. B., Raposo, L., Santos, L., Ramos, R., Calé R, Jorge E, ... Fernandes R. (2016). Impact of Routine Fractional Flow Reserve Evaluation During Coronary Angiography on Management Strategy and Clinical Outcome: One-Year Results of the POST-IT. *Circ Cardiovasc Interv.* 9(7):e003288. [https://doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.115.003288](https://doi.org/10.1161/CIRCINTERVENTIONS.115.003288).
- Bardorfer, A. (2017). Učinki in načini vzpostavljanja medosebnega stika med visokošolskimi učitelji in študenti: perspektiva učiteljev. In S. Rutar, S. Konrad Čotar, T. Štemberger in S. Bratož, S. (Eds.). *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu. Perspectives of internationalisation and quality in higher education*. (pp. 243–256) Koper: Univerza na Primorskem.
- Beelen, J., & Jones, E. (2015). Redefining Internationalization at Home. In A. Curaj, L. Matei, R. Pricopie, J. Salmi, P. Scott (Eds.), *The European higher education area: between critical reflections and future policies* (pp. 59–72). Springer, Cham.
- Bergmann, J., & Sams, A. (2014). *Flipped learning: gateway to student engagement*. Washington: International Society for Technology in Education.
- Dall, I., Dickinson, D., Payne, R., & Tiemey, S. (2018). *Microsoft, transforming education: Empowering the student of today to create the world of tomorrow*. National Library of Australia Cataloguing
- DePasque, S., & Tricomi, E. (2015). Effects of Intrinsic Motivation on Feedback Processing During Learning. *NeuroImage*, 119, 175–186.
- Divjak, M. (2019). Delo v virtualnih timih - kompetenca prihodnosti. *Kompetence 21. stoletja*. Retrieved November 16, 2022 from <https://www.fakulteta.doba.si/doba-znanja/delo-v-virtualnih-timih-kompetenca-prihodnosti>
- Dumont, H., Istance, D., & Benavides, F. (2013). *O naravi učenja: Uporaba raziskav za navdih prakse* (2nd ed.). Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Erčulj, J. (2006). Šole kot učeče se skupnosti. In S. Možina & J. Kovač (Eds.), *Menedžment znanja: znanje kot temelj razvoja, na poti k učečemu se podjetju* (pp. 245–256). Maribor: Založba Pivec.
- Erjavšek, M., & Kostanjevec, S. (2022). *Gospodinjska pismenost slovenskih osnovnošolcev* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Ljubljana.

- Fernandes, S., Mesquita, D., Assunção Flores, M., & Lima, R. M. (2014). Engaging students in learning: findings from a study of project-led education, *European Journal of Engineering Education*, 39(1), 55-67.
- Flogie, A. (2016). *Vpliv inovativnega izobraževanja in informacijsko-komunikacijske tehnologije na spremembe pedagoške paradigme* (Doktorska disertacija). Univerza v Mariboru, Fakulteta za naravoslovje in matematiko, Maribor.
- Fullan, M. (2016). *The new meaning of educational change* (5th ed.). London: Teachers College Press.
- Guchait, P., Lei, P., & Tews, M. J. (2016). Making Teamwork Work: Team Knowledge for Team Effectiveness. *Journal of Psychology*, 150(3), 300–317.
- Hoffmann, H. E. (2004). Die Bedeutung kultureller Unterschiede. *Projektmanagement*, 5(3), 12–15.
- Hwang, A. (2018). Online and Hybrid Learning. *Journal of Management Education*, 42(4), 557–563.
- Karnjuš, I., Prosen, M., & Ličen, S. (2020). Vpeljava simulacij kot sodobne metode učenja in poučevanja na dodiplomskem študiju zdravstvene nege: opisna raziskava. *Revija za elementarno izobraževanje*, 13, 9–24.
- Kim, K. H., Lee, A., Avila, S., Ouyang, A., & Walker, A. (2015). Application of High Fidelity Simulation for Acquisitions of Nursing Skills: Nursing Students Perspective. *International Journal for Innovation Education and Research*, 3(1), 78–95.
- Kralj, T., & Svetličič, M. (2017). Nepoznavanje kulturnih razlik kot ovira mednarodnega poslovanja slovenskih podjetij. *Teorija in praksa*, 54(3-4), 552–571.
- Lahe, M., & Kaučič, B. M. (2006). Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege: kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, 149–155.
- Lepkowska-White, E., & Parsons, A. L. (2012). Novel Teaching Approaches in Transitional Economies: A Case of Client-Based Learning in Croatia. *Journal of the Academy of Business Education*, 13, 1–14.
- Montgomery, J. E., Parsons, M. J., & Hyde, D. R. (2010). A novel model of retinal ablation demonstrates that the extent of rod cell death regulates the origin of the regenerated zebrafish rod photoreceptors. *The Journal of comparative neurology*, 518(6), 800–814.
- Moseley, A., & Connolly, J. (2021). The use of inquiry-based learning in public administration education: Challenges and opportunities in the context of internationalization. *Teaching Public Administration*, 39(3), 270–286.
- Oermann, M. H., & Gaberson, K. B. (2017). *Evaluation and testing in Nursing education* (6th ed.). New York: Springer publishing company.
- Polak, A. (2007). *Timsko delo v vzgoji in izobraževanju*. Ljubljana: Modrijan.
- Rauer, J. N., Kroiss, M., Kryvinska, N., Engelhardt-Nowitzki, C., & Aburaia, M. (2021). Cross-university virtual teamwork as a means of internationalization at home. *The International Journal of Management Education*, 19(3), 100512–100525.
- Sardoč, M., Žagar, I. Ž., & Mlekuž, A. (2018). *Raziskovanje v vzgoji in izobraževanju*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- Schlairet, M. C. (2011). Simulation in an undergraduate nursing curriculum: Implementation and impact evaluation. *The Journal of Nursing Education*, 50(10), 561–568.
- Sentočnik, S. (2013). *Študija učinkov programa Vseživljenjsko učenje na osnovno in srednješolsko izobraževanje z vidika nacionalnih prioritet*. Ljubljana: CMEPIUS.
- Shore, B., & Cross, B. J. (2005) Exploring the Role of National Culture in the Management of Large-Scale International Science Projects. *International Journal of Project Management*, 23, 55–64.
- Stahl, G., & Tung, R. (2015). Towards a more balanced treatment of culture in international business studies. The need for positive cross-cultural scholarship. *Journal of International Business Studies*, 46(4), 391–414.
- Šimec, M., Erjavec, K., & Blažič, M. (2022). Inovativna didaktična metoda: meduniverzitetno online projektno delo. *Pedagoška obzorja*, 37 (3/4), 3–22.
- Tosterud, R. (2015). *Simulation used as a learning approach in nursing education students' experiences and validation of evaluation questionnaires* (doctorial thesis). Faculty of Health, Science and Technology, Karlstad University, Karlstad.

# RAZLOGI ZDRAVSTVENIH DELAVCEV ZA PODALJŠEVANJE ZAPOSLOTITVE PO IZPOLNITVI POGOJEV ZA UPOKOJITEV

## HEALTH WORKERS' REASONS FOR EXTENDING THEIR EMPLOYMENT AFTER FULFILLING THE CONDITIONS FOR RETIREMENT

**Brigita Stojnšek, dipl. m. s. (VS)**

*Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za splošno kirurgijo*

*Fakulteta za zdravstvene vede v Celju*

**doc. dr. Boris Miha Kaučič**

*Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za paliativno oskrbo*

**brigita.stojnsek1@gmail.com**

**Ključne besede:** delovna doba, starejši odrasli, podaljševanje poklicne aktivnosti

228

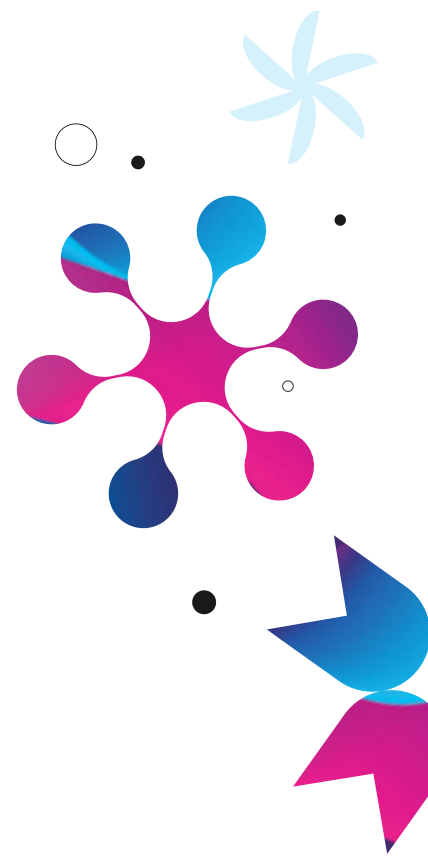
### IZVLEČEK

**Uvod:** Osebne odločitve zdravstvenih delavcev, vezane na podaljševanje zaposlitve, postajajo v zdravstvu čedalje bolj aktualen dejavnik. Namen raziskave je bil ugotoviti ključne razloge zdravstvenih delavcev za podaljševanje zaposlitve po izpolnitvi pogojev za upokožitev, vezane na obliko in izkušnje ob samem obdobju podaljševanja.

**Metode:** Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja, z uporabo kvalitativne vsebinske analize empiričnega gradiva. V namenski vzorec je bilo vključenih 5 zdravstvenih delavcev. Polstrukturirani intervjuji so bili opravljeni od marca do aprila 2022. Sodelujoči zdravstveni delavci so bili starejši odrasli, ki so izpolnjevali vključitvena merila, vezana na pogoje za upokožitev in prostovoljno odločitev za podaljševanje delovne dobe. Prav tako so bila podana informirana soglasja za sodelovanje v raziskavi.

**Rezultati:** Identificirano je bilo 23 kod, ki smo jih združili v 4 podkategorije: (1) Podaljševanje zaposlitve po obliki, (2) Podaljševanje zaposlitve po razlogih, (3) Pozitivne izkušnje ob podaljševanju zaposlitve, (4) Negativne posledice zaradi podaljševanja zaposlitve in v dve glavni kategoriji.

**Diskusija in zaključek:** Odločitev za podaljševanje zaposlitve lahko zelo ugodno vpliva na zdravje, odnos in počutje zaposlenega. Sodelujoči v intervjuju pravijo, da prostovoljna odločitev za podaljševanje zaposlitve v zdravstvu vodi izključno v nekaj dobrega in pozitivnega tako za njih, kot za druge, kjer lahko starejši zaposleni z več izkušnjami prenašajo znanja na mlajše generacije v delovnem okolju.



**Key words:** working age, older adults, prolongation of professional activity

## ABSTRACT

**Introduction:** The personal decision of healthcare workers regarding the extension of their employment is becoming an increasingly important factor in health care. The aim of this study was to identify the main reasons that lead healthcare workers to extend their employment after they have met the requirements for retirement, in terms of form and experience during the extension period itself.

**Methods:** The research was based on a qualitative research method using qualitative content analysis of the empirical material. Five health care workers were included in the purpose sample. Semi-structured interviews were conducted from March to April 2022. Participating health professionals were older adults who met inclusion criteria related to retirement conditions and a voluntary decision to extend their working lives. Informed consent was given to participate in the research.

**Results:** Twenty-three codes were identified and classified into 4 subcategories: (1) Extension of employment by form, (2) Extension of employment by reason, (3) Positive experiences with extension of employment, (4) Negative consequences of employment, and 2 categories.

**Discussion and conclusion:** The decision to extend employment can have a very positive impact on the employee's health, attitude, and well-being. Interview participants say that voluntarily choosing to extend employment in the health care leads exclusively to something good and positive for both themselves and others, with older employees with more experience being able to pass on their knowledge to younger generations in the work environment.

## Uvod

Zaposlitev je pomemben gradnik življenja. Nekateri se delu izogibajo, drugi za njega in z njim živijo. V obeh primerih pa se lahko starejši odrasli, ki že dosega upokojitveni status zaradi položaja dela, ki ga je opravljal v obdobju upokojitve, sreča tako s prijetnimi situacijami kot z neštetimi težavami, ki negativno vplivajo na počutje in nadaljnjo življenje (Olds, Burton, Sprod, Maher, & Ferrar, 2018). V zadnjih letih se je pričakovana življenjska doba povečala za več kot šest let, kar je možno deloma razložiti z izboljšanjem trenutnega življenjskega standarda in sodobne medicine ter zdravstva, kar pa ne pomeni, da se je s tem izboljšala kakovost življenja. Poleg produktivnosti in ekonomske koristi naj bi zaposlovanje zgoraj opredeljenih starejših odraslih prinašalo številne koristi pri čemer raziskave navajajo, da sta se med posamezniki, ki so se ukvarjali z delom nad upokojitveno starostjo, počutje in zdravje izboljšala (Chia & Hartanto, 2021).

Upokojitev je lahko prostovoljna ali prisilna. Razlika med njima se kaže v tem, da se lahko s prisilno upokojitvijo doseže več neželenih posledic posameznih dejavnikov, ki vodijo v slabo zdravje in počutje (Iveson & Deary, 2019). Nekateri znanstveniki domnevajo, da lahko upokojitev zaradi izgube delovne vloge pomeni izgubo kontrole nad lastnim življenjem, drugi pa so mnenja, da z upokojitvijo pridobimo več časa, priložnost za uresničevanje ciljev in uresničevanje načrtov, s čimer lahko vplivamo na povečanje osebne učinkovitosti (Kim & Moen, 2022). Med dejavnike, ki lahko vplivajo na spremembe v počutju in življenju starejših odraslih po upokojitvi, štejemo zgodovino zaposlitev, časovni pritisk, delovno obremenitev, fizične potrebe, socialno ekonomski status gospodinjstva, družbeno angažiranost ter zakonski in družbeni odnos (Odone, Gianfredi, Vigezzi, Amerio, & Ardito, 2018). To, da se v svetu pojavljajo dinamične spremembe tako v družbi kot v dobi našega življenja, v svoji raziskavi omenjajo tudi Halama, Záhorcová, & Škrobáková (2021), ki navajajo, da se bodo ljudje z več finančnimi sredstvi za izpolnitev svojih potreb ob upokojitvi bolje prilagodili upokojitvi v primerjavi s tistimi z manjšimi sredstvi.

Ovire in spodbujevalci za podaljševanje zaposlitve na področje dela, se med starejšimi odraslimi razlikujejo. Izpostavljeni so komponentam zdravja, socialnih in pozitivnim dejavnikom na delovnem mestu, finančni varnosti in pokojninski odgovornosti, iz katerih pa je ugotovljeno, da se bolj zdravi ljudje pozneje upokojijo in da so programi zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu ključni za omogočanje starejšim delavcem, da podaljšajo svoje delovno življenje (Edge, Cooper, & Coffey, 2017).

## Namen raziskave

Namen raziskave je ugotoviti razloge zdravstvenih delavcev za podaljševanje zaposlitve po izpolnitvi pogojev za upokožitev. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema, smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kateri so ključni razlogi zdravstvenih delavcev za podaljševanje zaposlitve po izpolnitvi pogojev za upokožitev?
- Kako se izkušnje, vezane na obdobje podaljševanja zaposlitve, odražajo v odnosu do osebnega počutja in življenja starejših odraslih?

## Metode

Za raziskavo smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop.

### Opis merskega instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo vnaprej pripravljenega polstrukturiranega intervjuja z zdravstvenimi delavci, ki kljub izpolnitvi pogojev za upokožitev, delo še vedno opravljajo. Vprašanja za intervju so bila oblikovana na podlagi pregleda literature (Chia & Hartanto, 2021; Di Gessa, Corna, Price, & Glaser, 2018; Edge, Cooper, & Coffey, 2017; Halama, Záhorcová, & Škrobáková, 2021; Kim & Moen, 2002; Iveson & Deary, 2019; Odone et al., 2021; Olds et al., 2018; Sjöberg, 2021). Med zastavljenimi vprašanji smo za pridobivanje podatkov po strategiji lijaka prehajali od splošnih vprašanj k bolj specifičnim.

### Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, v katerega smo vključili pet zaposlenih starejših odraslih zdravstvenih delavcev starih 63 let in več, ki so izpolnjevali vnaprej postavljena vključitvena merila. Vključeni so bili trije zdravniki in dve medicinski sestri. Dva zdravnika sta bila kirurga. Eden je delovno dobo podaljševal 4 leta in je bil zaposlen s polnim delovnim časom, drugi pa je delo opravlja s polovičnim delovnim časom 2 leti. Tretji zdravnik je bil fizioter, ki je delovno dobo podaljševal s polnim delovnim časom 3 leta in medicinski sestri, od katerih je ena delovno dobo podaljševala 1 leto in 6 mesecev, druga pa 4 leta.

### Opis zbiranja in analize podatkov

Vse intervjuvance v raziskavi smo k sodelovanju povabili osebno. Razložili smo jim namen, cilj in način raziskovanja ter se glede na njihovo dosegljivost dogovorili za predviden termin in kraj intervjuja. Intervjuji so potekali marca in aprila 2022 v prostorih, kjer so bili intervjuvanci zaposleni. Upoštevali smo VII. načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Sodelujoči so pred izvedbo intervjuja podpisali izjavo za prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Seznanjeni so bili z namenom, cilji, potekom raziskave, tveganji, koristmi, varovanjem zaupnosti podatkov in anonimnostjo. Intervjuji so bili zvočno snemani na mobilni telefon, nato je sledila transkripcija in ureditev besedila. Podatki so bili analizirani in sintetizirani z kvalitativno vsebinsko analizo. Izvedba posameznega intervjuja je trajala v povprečju 23 min. Intervjuje smo za nadaljnjo analizo označili z zaporedjem od I1 do I5. Kvalitativna vsebinska analiza je potekala tako, da smo kodirnim enotam pripisali kode. Postopek analize je potekal v šestih korakih: urejanje besedila/transkripta, določitev enot kodiranja, kodiranje, oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in oblikovanje teoretične formulacije (Vogrinc, 2008).

## Rezultati

Rezultati kažejo, da so zdravstveni delavci ob podaljševanju zaposlitve bili deležni izključno pozitivnih izkušenj, kar so na osnovi lastne pripadnosti in dostojanstva najpogosteje poudarjali z izrazi zadovoljstva in dobrega počutja. Vse omenjeno se izpostavlja v analizi, v kateri so bile identificirane štiri podkategorije: (1) Podaljševanje zaposlitve po obliki, (2) Podaljševanje zaposlitve po razlogih, (3) Pozitivne izkušnje ob podaljševanju zaposlitve, (4) Negativne posledice zaradi podaljševanja zaposlitve. Te pa smo združili v dve glavni kategoriji, in sicer: (1) Podaljševanje zaposlitve po izpolnitvi pogojev za upokožitev, (2) Izkušnje in posledice zdravstvenih delavcev vezane na obdobje podaljševanja zaposlitve (Slika 1 in 2).

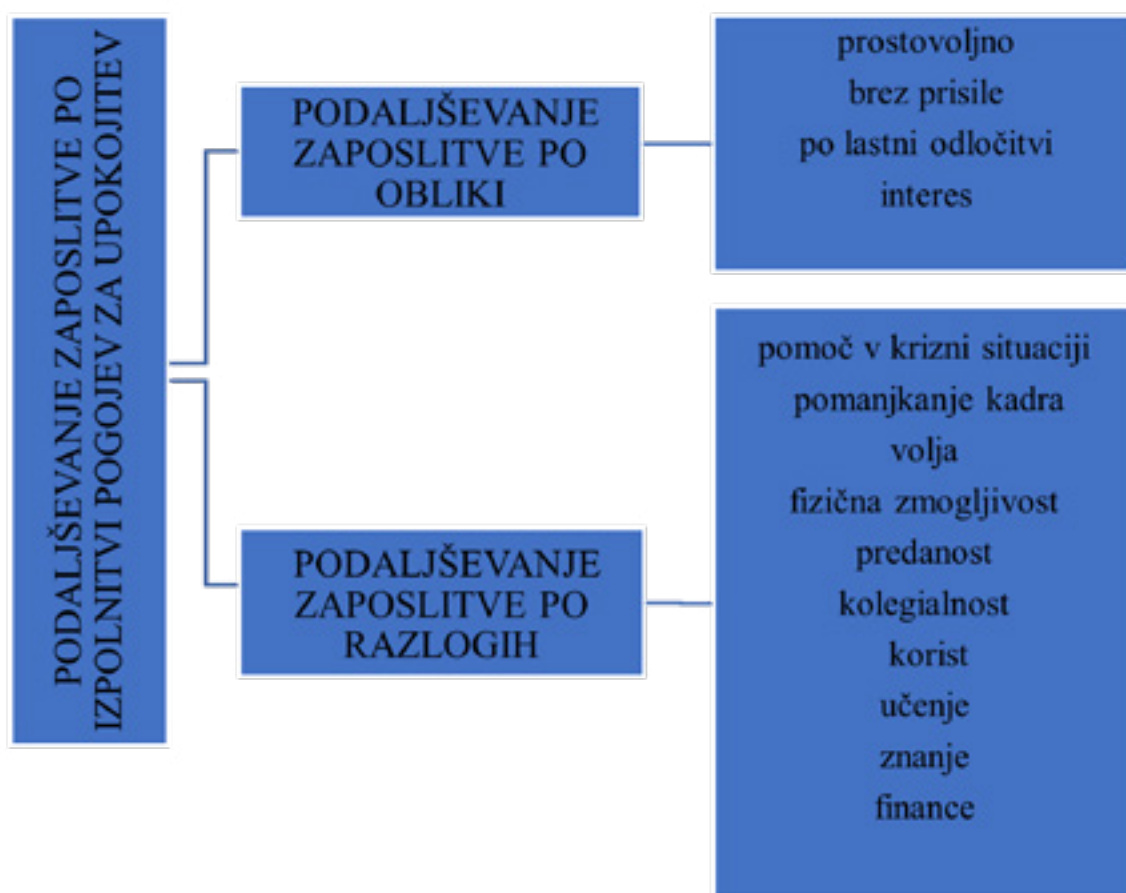
### Podaljševanje zaposlitve po obliki

Intervjuvani zdravstveni delavci so izpostavili, da so se, kljub pogojem za upokožitev, za podaljševanje delovne dobe odločili izključno prostovoljno po lastni odločitvi. »Moj razlog za podaljševanje zaposlitve je bil čisto kolegialen zaradi razmer v službi. Kadrovska stiska je bila kar huda. Prihajam iz časov, ko je med nami vladala pripadnost in smo se dogovorili da jim bom pomagala čez

ta prehod» (11). Povedali so, da jih v to odločitev ni silil nihče in da so zanj sicer imeli razloge, ki pa vsekakor niso bili povezani s strahom pred novim obdobjem življenja. »Odločitev je bila prostovoljna, za vse sem se odločala sama. K temu ni pripomogel niti mož niti otroci in to je bila čisto moja odločitev ali bom podaljšala in kdaj bom šla» (11).

### Podaljševanje zaposlitve po razlogih

Med intervjuvanimi zdravstvenimi delavci sta bila dva, ki sta kot prvotni razlog za podaljševanje zaposlitve navedla finančno stisko, za katerega sta dala pojasnilo, da je bil le začasni, dokler se situacija njihovega življenjskega položaja, ni izboljšala. Po izboljšanju situacije, za katero sta povedala, da je trajala le par mesecev, so se njuni razlogi primerjali in dopolnjevali z razlogi ostalih intervjuvanih zdravstvenih delavcev. »Denar ni več razlog za podaljševanje dela, ker sem materialno že vse rešil, kar sem mislil» (12). Razlog podaljševanja zaposlitve so najpogosteje uporabili besede in besedne zveze: »pomoč v krizni situaciji«, »pomanjkanje kadra«, »volja do dela«, »fizična zmogljivost«, »predanost delu« (11, 12, 13, 14, 15). »Fizično se še vedno počutim zdravega, rad delam, pomagam in poklic katerega opravljam imam rad» (12). Poleg vsega naštetega, pa so se še vedno počutili koristne za delo in bili pripravljeni z učenjem deliti izkušnje in znanje. »Izkušnje starejših in znanja mladih je potrebno združiti in to izkoristiti, ker tempo starejših ni več takšen, kot je bil nekdaj, ko je bil ta še mlad» (11). »Počutim se sposobnega, da še lahko delam in da s svojimi izkušnjami lahko dajem znanje mladim in jih še kaj naučim» (12).



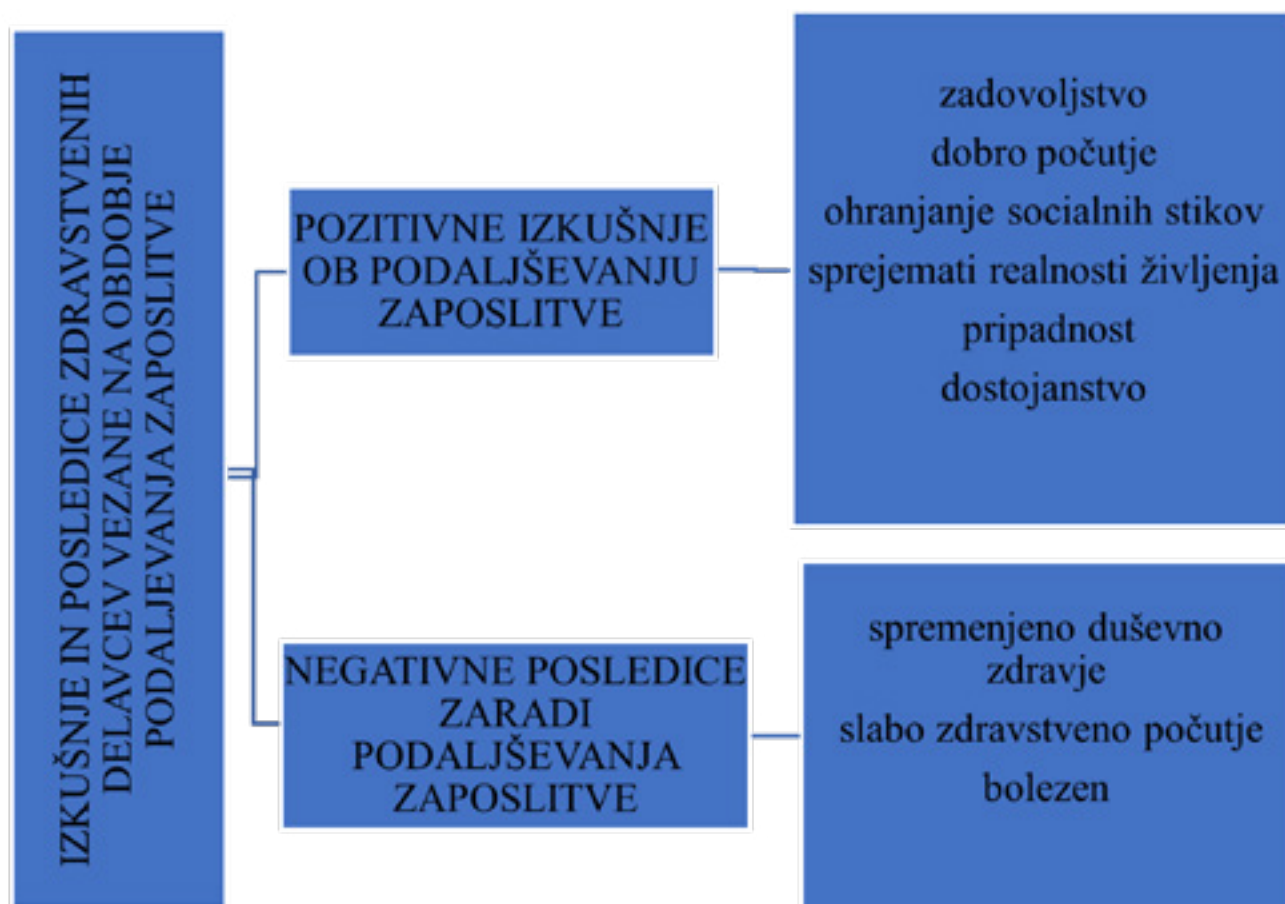
Slika 1: Prikaz kategorije: Podaljševanje zaposlitve po izpolnitvi pogojev za upokojitvev

### Pozitivne izkušnje ob podaljševanju zaposlitve

Iz zapisov intervjujev je razvidno, da so imeli intervjuvani zdravstveni delavci izključno pozitivne izkušnje ob podaljševanju zaposlitve in da jim je to nudilo zadovoljstvo in dobro počutje na delovnem mestu, kar izražajo z besedno zvezo »ni mi žal« (11, 12, 13, 14, 15). »Absolutno delo ugodno vpliva na človeka, sploh če ga rad delaš in ob enem spremljaš dogajanje, ki se spreminja» (11). Povedali so, da podaljševanje zaposlitve niso izkoristili za to, da bi se izogibali realnosti življenja. »V življenju znam uživati in si znam zapolniti prosti čas. Rad hodim v hribe in plezam. Na gorenjskem imam vikendico. Imam tudi manjšo kmetijo, traktor, gozd, tako da mi dela nikoli ne zmanjka» (14). Pravijo, da je le tega potrebno sprejeti in da je zelo pomembno »ohranjati socialni stik« (11, 12, 13, 14, 15). »Delo zelo rada opravljam sicer za krajši delovni čas in mi to tudi zadošča. Ne nudim pomoči vsem, ker ne zmorem, jih je preveč. To prepuščam mladim. Ohranila sem stik s pacienti, ki jih obravnavam že od začetka in jih po njihovih potrebah obravnave tudi najbolj poznam» (13).

## Negativne posledice zaradi podaljševanja zaposlitve

Poleg pozitivnih izkušenj so bili intervjuvani zdravstveni delavci mnenja, da se lahko zaradi razlogov podaljševanja zaposlitve oseba, ki podaljšuje delovno dobo, v življenju sreča tudi z negativnimi posledicami, ki pa vsekakor lahko zelo neprijetno in negativno vplivajo na zdravje človeka. »Ne, kljub temu da je bila to moja prostovoljna odločitev, meni ni koristilo. Že prej sem imela zdravstvene težave, ki so se samo stopnjevale...in ker moraš delati v enakem tempu kot si prej in kot vse mlade zaposlene, mi verjetno ni koristilo in mojemu zdravstvenemu stanju» (11). Strinjajo se, da takšna prisilna izkušnja lahko tako spremeni duševno zdravje človeka, da privede do zdravstvenih težav ali celo bolezni. »Ja se strinjam, seveda lahko vpliva ampak ne pri meni. Poznam pa eno medicinsko sestro, ki sicer ni podaljševala zaposlitve ampak mi je zaupala, da je skoraj pol leta po tistem, ko se je upokojila, imela velike težave s spanjem. Noči je imela neprespane in ker tega ni zdržala se je pogodbeno zaposlila v privat kliniki» (15).



**Slika 2:** Prikaz kategorije: Izkušnje in posledice zdravstvenih delavcev vezane na obdobje podaljševanja zaposlitve

## Diskusija

Intervjuvani zdravstveni delavci, ki so podaljševali zaposlitev, navajajo izključno samo pozitivne razloge za njihovo odločitev, kot so pomoč, fizična zmogljivost in volja do dela. Pravijo, da so se z vsem pridobljenim znanjem in predanostjo delu počutili koristni sebi in vsem tistim, ki so se od njih učili. Strinjajo se z razmišljanjem nekaterih, da prehod v drugačno življenjsko obdobje lahko posega po volji človeka, njegovem zdravju in počutju z negativnimi prehodi, kar pa vztrajno in odločno zanikajo pri svojih odločitvah. Pojasnjujejo, da je bila njihova odločitev za podaljševanje zaposlitve prostovoljna, ker so se telesno in fizično še vedno dobro počutili. Strinjajo se, da se ljudje na upokojitev lahko različno odzovejo. Lahko pomeni zgolj izkušnjo, ki spodbuja občutek pozitivnega vzdušja, dobrega počutja, ko delavci odhajajo iz zahtevnih ali stresnih poklicnih mest ali pa pomeni prehod k zmanjševanju blaginje zaradi izgube poklicne navezanosti, socialne mreže sodelavcev in glavno sidro za lastno identiteto (Kim & Moen, 2002).



V življenju starejših odraslih ima lahko življenjski prehod različne posledice. Lahko pomeni veselje in zadovoljstvo pred novim obdobjem ali strah po spremembi (Olds et al., 2018). Vse bolj se zavedamo izboljšav življenjskih standardov zdravstva in sodobne medicine s čimer pa se povečuje tudi delovna aktivnost in produktivnost starejših odraslih (Chia & Hartanto, 2021). Skozi pregled literature ugotavljamo kot ključni razlog podaljševanja zaposlitve finančno nujo ali strah pred obdobjem upokojitve (Di Gessa et al., 2018).

Ljudje na različne načine zapolnjujejo svoj prosti čas. Bodisi, da gre za delo ali druge obveznosti, vsaka poraba časa na različen način vpliva tako na počutje, kot tudi zdravje posameznika (Olds et al., 2018). S tem se strinjajo tudi intervjuvanci s čimer, pa ne morejo z gotovostjo trditi, da v obdobju podaljševanja zaposlitve z lastno odločitvijo le ta kakorkoli vpliva na njihovo kakovost življenja. Kdorkoli se odloči za podaljševanje zaposlitve, nikoli ne mora zagotovo vedeti s kakšnimi izkušnjami v danem obdobju se bo srečal. Vsak se zanj odloči z razlogom, kar pa ne pomeni, da izbrana odločitev vodi izključno le v pozitivne izkušnje. Če primerjamo rezultate izkušenj, ki se v prispevku dotikajo drugega raziskovalnega vprašanja prepoznamo, da ti zajemajo izključno pozitivne vidike doživljanja podaljševanja zaposlitve v primerjavi s podatki iz pregleda literature, ki kažejo predvsem negativne izkušnje s spremembami v počutju, zdravju s posledicami prisotnih bolezni. Ugotavljamo, da se intervjuvane osebe, v življenju katerega živijo pri starosti 63 let in več, zelo dobro znajdejo. Sjöberg (2021) ugotavlja, da tisti, kateri v svojem delu znajo uživati in katero delo radi opravljajo se bodo z zdravstvenimi težavami srečevali manj kot tisti, ki v delu ki ga opravljajo ne uživajo. Pri tem lahko rečemo, da so vse pozitivne izkušnje dobrodošle in vse negativne izkušnje pomemben pokazatelj hitrega ukrepanja za pravočasno preprečevanje zdravstvenih težav in počutja.

### *Omejitev raziskave*

Raziskava je bila izvedena na malem vzorcu (5) in samo med dvema poklicnima skupinama v zdravstvu (medicina in zdravstvena nega). Potrebno bi bilo izvesti poglobljene intervjuje med različnimi zdravstvenimi delavci in na večjem vzorcu (15). Dejstvo je tudi, da je bila raziskava izvedena med zaposlenimi v enem javnem zdravstvenem zavodu. Interpretacija podatkov je bila tudi odvisna od raziskovalcev. V prihodnje je smiselno nadaljevati s proučevanjem raziskovalnega problema z uporabo mešanih metod raziskovanja, saj se bomo v prihodnje srečevali s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev in težnjo po podaljševanju delovne dobe.

## **Zaključek**

Svet je danes zdravstveno in tehnološko bolj napreden in izpopolnjen kar pomeni, da se ljudje čedalje bolj zavedajo svojega zdravja in daljšega življenja. Ker smo z raziskavo želeli ugotoviti ključne razloge za podaljševanje zaposlitve ter vpliv le tega na njihovo osebno počutje in življenje, smo s tem namen raziskave dosegli. Ugotovili smo, da podaljševanje zaposlitev lahko ugodno vpliva na zdravje, odnos in počutje zdravstvenih delavcev oz. tistih ki delovno dobo podaljšujejo. Zdravstveni delavci pojasnjujejo, da prostovoljna odločitev ima pozitiven in dober vpliv na podaljševanje zaposlitve, kjer lahko z izkušnjami prenašajo mnoga znanja na mlajše generacije v delovnem okolju. So mnenja, če je starejši odrasli fizično sposoben, aktiven, voljen dela in znanja, tako kot so bili oni, če nima zdravstvenih težav in če ima željo podaljševati zaposlitev, mu je to potrebno zagotoviti.

Za doprinos k opravljeni raziskavi, glede na podane izkušnje intervjuvancev, bi bilo smiselno v bližnji prihodnosti z raziskovanjem nadaljevati z namenom proučiti še bolj poglobljene rezultate tistih, ki zaposlitev podaljšujejo iz podobnih ali drugačnih razlogov.

## Literatura

- Chia, L. J., & Hartanto, A. (2021). Older adult employment status and well-being: a longitudinal bidirectional analysis. *International Journal of environmental research and public health*, 18(23), 12533. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312533>
- Di Gessa, G., Corna, L., Price, D., & Glaser, K. (2018). The decision to work after state pension age and how it affects quality of life: evidence from a 6-year English panel study. *Oxford Journals Age and Ageing*, 47(3), 450-457. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx181>
- Edge, C. E., Cooper, A. M., & Coffey, M. (2017). Barriers and facilitators to extended working lives in Europe: a gender focus. *Publish Health Reviews*, 38(2). <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0053-8>
- Halama, P., Záhorcová, L., & Škrobáková, Ž. (2021). Meaning making in retirement transition: a qualitative inquiry into Slovak retirees. *International journal of Qualitative studies in health and well-being*, 16(1): 1985414. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1985414>
- Iveson, H. M., & Deary J. I. (2019). Early-life predictors of retirement decisions and post-retirement health. *SSM-Population Health*, 8: 100430. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100430>
- Kim, E. J., & Moen, P. (2002). Retirement transitions, gender and psychological well-being: A life-course, ecological model. *Oxford academic the Journals of gerontology: Series B*, P212-P222. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.3.P212>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Uradni list št. 71/2014.
- Odona, A., Gianfredi, V., Vigezzi, G. P., Amerio, A., Arditto, C., & d'Ericco, A. et al. (2021). Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30: e77. <https://doi.org/10.1017/s2045796021000627>
- Olds, T., Burton, W., N., Sprod, J., Maher, C., Ferrar, K., Brown, J., W., & van Uffellen, J. et al. (2018). One day you'll wake up and won't have to go to work: The impact of changes in time use on mental health following retirement. [online] *PLoS ONE*, 13(6): e0199605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199605>
- Sjöberg, O. (2021). Work-retirement transitions and mental health: A longitudinal analysis of the role of social protection generosity in 11 countries. *Scandinavian journal of public health*. 51(1): 90-97. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14034948211042130>
- Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 61-70.



—  
**RAZŠIRJENI  
POVZETKI**  
—

# UPORABA DIGITALNE TEHNOLOGIJE V POUČEVANJU ZDRAVSTVENE NEGE S PERSPEKTIVE UČITELJEV IN ŠTUDENTOV

## THE USE OF DIGITAL TECHNOLOGY IN TEACHING HEALTHCARE FROM THE PERSPECTIVE OF TEACHERS AND STUDENTS

izr. prof. dr. Bojana Filej<sup>1</sup>

*Fakulteta za zdravstvene vede v Celju*

*Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede*

doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Fakulteta za zdravstvene vede v Celju*

<sup>2</sup>*Ministrstvo za zdravje*

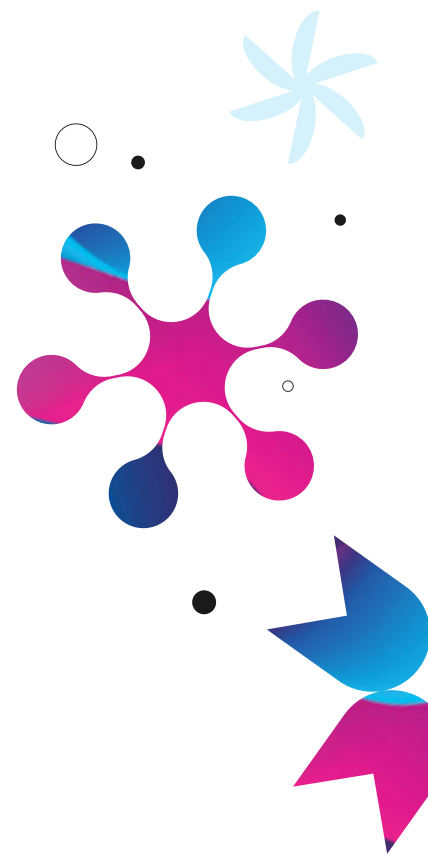
**Ključne besede:** informacijska tehnologija, inovativni pristopi v poučevanju, visokošolsko izobraževanje

236

### RAZŠIRJENI POVZETEK

**Uvod:** Pandemija, ki jo je povzročil virus SARS-CoV-2 v letih 2019 in 2020, je za trenutek zaustavila svet in spremenila življenja ljudi. Pandemija je bila grožnja, hkrati pa tudi izziv, ki je še pospešil uporabo različnih informacijsko komunikacijskih tehnologij tudi v izobraževanju za zdravstveno nego (Pozo, Pérez Echeverría, Cabellos & Sánchez, 2021; Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2022). Številne digitalne tehnologije in platforme za izvajanje učnih procesov v obliki kontaktnih ur s študenti in samostojnega dela študentov so obstajale že pred pandemijo COVID-19, vendar je v času pandemije njihova uporaba postala bolj izrazita (Loureiro et al., 2021). Z raziskavo smo želeli ugotoviti slabosti in izzive uporabe digitalne tehnologije v poučevanju zdravstvene nege ter primerjati mnenja visokošolskih učiteljev in študentov na eni izmed fakultet za zdravstvene vede v Sloveniji.

**Metode:** Raziskava temelji na kvalitativni metodi raziskovanja, da bi ugotovili posameznikovo mnenje in interpretiranje določene situacije. Pri zbiranju podatkov smo uporabili induktivni pristop ter metodo analize besedila. Podatke smo zbrali z delno strukturiranimi intervjuji učiteljev in študentov. Intervjuje smo z dovoljenjem sodelujočih snemali in jih nato prepisali v parafrazirani obliki. Za izvedbo intervjujev smo si za visokošolske učitelje zastavili dve izhodiščni vprašanji (Kakšne so bile vaše izkušnje s preходом na uporabo digitalne tehnologije v poučevanju? Kakšne izzive vidite v uporabi digitalne tehnologije v poučevanju zdravstvene nege v prihodnje?) ter za študente eno izhodiščno vprašanje (Kakšno zadovoljni oziroma nezadovoljni ste z uporabo digitalne tehnologije v poučevanju in učenju?). Poleg izhodiščnih vprašanj so se z ozirom na dinamiko poteka intervjuja pojavila tudi podvprašanja. V raziskavo smo vključili 6 visokošolskih učiteljev, ki sodelujejo v študijskem programu zdravstvene nege, in 7 študentov izrednega študija. Intervjuje smo izvedli v mesecu aprilu 2022. Po večkratnem prebiranju zapisov smo izvedli odprto kodiranje, dobljene kode pa smo nato smiselno razvrstili v podkategorije (podteme) in nato v kategorije (teme). Zapisanim kodam smo dodali dobresedne izjave sodelujočih. Vsi intervjuvanci so bili pred pričetkom intervjuja seznanjeni z namenom in cilji raziskave ter so podali informirano soglasje za sodelovanje in za navedbo citatov iz intervjujev. Da bi zagotovili anonimnost sodelujočih, smo prava imena anomizirali.



**Rezultati:** Z ozirom na faze poteka kvalitativne analize besedila smo odgovore na vprašanji za učitelje v študijskem programu zdravstvene nege združili v dve kategoriji (temi): (1) Izkušnje s prehodom na uporabo digitalne tehnologije poučevanja in (2) Izzivi za uporabo digitalne tehnologije v poučevanju zdravstvene nege v prihodnje.

V sklopu prve teme smo identificirali pet podkategorij (podtem) in v sklopu druge teme sedem podtem. Odgovore študentov smo združili v dve kategoriji: (1) Zadovoljstvo (4 podkategorije) in (2) Nezadovoljstvo (4 podkategorije).

**Razprava in zaključek:** Z raziskavo smo ugotovili, da je uporaba tehnologije v izobraževanju diplomiranih medicinskih sester / diplomiranih zdravstvenikov kompleksen proces. Tako učitelji kot tudi študenti so morali ob pojavu epidemije v zelo kratkem času preiti s tradicionalnega načina poučevanja in učenja na uporabo digitalne tehnologije. Pri tem so se oboji soočali s tehničnimi težavami, pomanjkanjem znanja, nezmožnostjo razvoja digitalnih kompetenc v tako kratkem času ter pomanjkanjem socialnih stikov, kar so raziskovali in potrdili tudi drugi avtorji (Mercader & Gairín, 2020). Istočasno pa so spoznavali možnosti izzivov in zadovoljstva z uporabo digitalne tehnologije v prihodnje. Tudi za izobraževalne institucije mora biti uporaba digitalne tehnologije izziv, saj bodoči diplomanti zdravstvene nege potrebujejo digitalne kompetence, ki jih bodo uporabljali na svojih delovnih mestih. To je edini način, da bodo lahko uspešno delovali v digitalni družbi.

Rezultati so del širše raziskave, ki je potekala v petih državah, sodelujočih v projektu Erasmus+ Digital Education in Nursing project-DEN.

---

**Key words:** information technology, innovative approaches in teaching, higher education

## EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** The pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus in 2019 and 2020 brought the world to a halt and changed people's lives. The pandemic posed a threat, but at the same time further accelerated the use of various information and communication technologies, among them in the field of nursing education (Pozo, Pérez Echeverría, Cabellos & Sánchez, 2021; Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2022). Many digital technologies and platforms for the implementation of learning processes in the form of contact hours with students and independent work by the student existed before the COVID-19 pandemic, however, during the pandemic their use became more prominent (Loureiro et al., 2021). The present research hopes to identify the weaknesses and challenges of using digital technology in teaching nursing and compare the opinions of university teachers and students at one of the faculties of health sciences in Slovenia.

**Methods:** The research is based on a qualitative research method which determines an individual's opinion and interpretation of a certain situation. In collecting data, we used an inductive approach and the method of text analysis. Data were collected through semi-structured interviews with teachers and students. With participants' permission, we recorded the interviews and then transcribed them in paraphrased form. To conduct the interviews, we prepared two basic questions for university teachers (What were your experiences with the transition to the use of digital technology in teaching? What challenges do you see in the use of digital technology in teaching nursing in the future?) and one basic question for students (How satisfied or dissatisfied are you with the use of digital technology in teaching and learning?). In addition to the initial questions, sub-questions emerged during the interview process. We included 6 university teachers from the nursing study program and 7 part-time students in the research. We conducted the interviews in April 2022. After thoroughly examining the records, we carried out open coding. The resulting codes were meaningfully classified into subcategories (subtopics) and then into categories (topics). Verbatim statements of the participants were added to the recorded codes. All interviewees were informed of the purpose and goals of the research before the start of the interview. They gave their informed consent to participate and have their quotes cited. To ensure the anonymity of the participants, real names have been anonymized.

**Results:** Considering the phases of the qualitative analysis of the text, we grouped the answers to the questions for teachers in the nursing study program into two categories (themes): (1) Experiences with the transition to the use of digital teaching technology and (2) Challenges for using digital technology in teaching nursing care in the future. We identified five subcategories (subtopics) within the first topic and seven subtopics within the second topic. We grouped the students' answers into two categories: (1) Satisfaction (4 subcategories), (2) Dissatisfaction (4 subcategories).

**Discussion and conclusions:** The research found that the use of technology in the education of graduate nurses / graduate medical doctors is a complex process. Due to the epidemic, both teachers and students had to switch from the traditional way of teaching and learning to the use of digital technology in a very short time. In doing so, they both faced technical problems, lack of knowledge, inability to develop digital competences in such a short time and lack of social contacts, which was also researched and confirmed by other authors (Mercader & Gairín, 2020).

At the same time, they learned about the possibilities, challenges and satisfaction relation to the use of digital technology in the future. The use of digital technology must also be implemented in educational institutions, as future nursing graduates need digital competences to operate with in their workplaces. This is the only way they will be able to function successfully in a digital society.

The results are part of a wider survey that took place in five countries which participated in the Erasmus+ Digital Education in Nursing project-DEN.

## Literatura

Loureiro, F., Sousa, L. & Antunes, V., (2021). Use of Digital Educational Technologies among Nursing Students and Teachers: An Exploratory Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11 (10), 1010. <https://doi.org/10.3390/jpm11101010>

Mercader, C., & Gairín, J., (2020). University teachers' perception of barriers to the use of digital technologies: the importance of the academic discipline. *International Journal of Educational Technology in Higher*, 17(4), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s41239-020-0182-x>

Pozo, J.-I., Pérez Echeverría, M.-P., Beatriz, C. & Sánchez, D.L. (2021). Teaching and Learning in Times of COVID-19: Uses of Digital Technologies During School Lockdowns. *Sec. Educational Psychology*, 12(656776), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.656776>

Prosen, M., Karnjuš, I. & Ličen, S., (2022). Evaluation of E-Learning Experience among Health and Allied Health Professions Students during the COVID-19 Pandemic in Slovenia: An Instrument Development and Validation Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4777. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084777>

# VREDNOTENJE NAPREDKA MENTORIRANCA V PROCESU PRAKTIČNEGA USPOSABLJANJA

## EVALUATION OF THE MENTEE'S PROGRESS IN THE PRACTICAL TRAINING PROCESS

**Jure Blatnik, študent 2. letnika magistrskega študija Fizioterapije**

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

**Janez Kac, študent 2. letnika magistrskega študija Fizioterapije**

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

**doc. dr. Andreja Kvas**

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego*

**janez.kac@gmail.com**

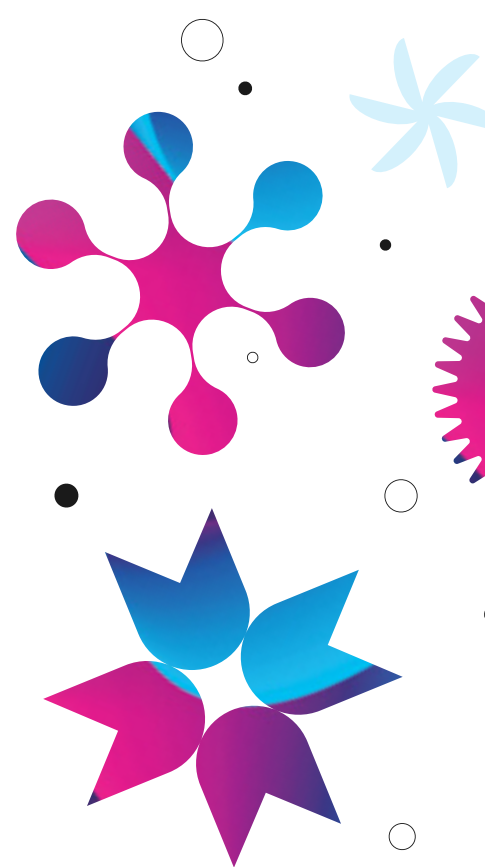
**blatnikjure97@gmail.com**

**andreja.kvas@zf.uni-lj.si**

**Ključne besede:** mentor, študenti zdravstvenih ved, sprotno ocenjevanje, samoocenjevanje, kompetence

## RAZŠIRJENI POVZETEK

Del izobraževalnega procesa bodočih zdravstvenih delavcev poteka v obliki praktičnega usposabljanja v kliničnem okolju. Gre za povezovanje teoretičnega znanja in praktičnega dela ter nosi skupno odgovornost mentorjev v kliničnih okoljih, učiteljev in mentorirancev. Mentorji v kliničnem okolju s svojimi dejanji, obnašanjem in delovanjem dajejo vzor in zgled mentorirancem. V procesu mentoriranja je poglobljen cilj ocenjevanja praktičnega usposabljanja povratna informacija mentorirancu. Namen raziskave je bil s pomočjo pregleda literature predstaviti načine vrednotenja praktičnega usposabljanja mentorirancev. Izvedli smo pregled strokovne in znanstvene literature, ki smo jo iskali v podatkovnih zbirkah PubMed in CINAHL s pomočjo ključnih besed: valuation/vrednotenje, practical training/praktično usposabljanje, evaluating clinical practice/ocenjevanje klinične prakse, clinical competence/klinične kompetence, students/študenti. Vključitveni kriteriji iskanja literature so bili: članki v angleškem ali slovenskem jeziku, dostopni v polnem besedilu, vključen vsaj en način vrednotenja mentoriranja v procesu praktičnega usposabljanja, eksperimentalne, kohortne, kvalitativne raziskave, ankete in metaanalize, raziskave ocenjevanja kliničnih kompetenc za študente zdravstvenih ved. Ugotovili smo, da so bili za ocenjevanje praktičnega usposabljanja mentorirancev zdravstvenih ved razviti različni načini ocenjevanja, kot so ocenjevanje z opazovanjem, ocenjevanje kompetenc, sprotno ocenjevanje, stopenjsko ocenjevanje mentoriranja ter ocena dnevnika praktičnega usposabljanja. Ocenjevanje z opazovanjem poteka skozi celotno praktično usposabljanje, kjer mentor neposredno spremlja mentorirancev v različnih situacijah z vnaprej določenim opazovalnim urnikom. Ocenjevanje kompetenc in samoocenjevanje se uporablja za oceno doseženih ciljev in kompetenc mentoriranja. Sprotno ocenjevanje in povratne informacije mentoriranja potekajo tekom praktičnega usposabljanja, skladno s predstavljenim ocenjevalnim načrtom ter zajame oceno strokovnega in osebno-stnega razvoja. Stopenjski način ocenjevanja dopolni ocenjevanje opravil/ni opravil s številsko lestvico od 1 do 10, ki oceni kakovost opravljene naloge. Dnevnik praktičnega usposabljanja predstavlja proces pridobivanja znanja, veščin, razumevanja in spodbuja h kritičnemu razmišljanju ter prevzemanju odgovornosti za lastno delo mentoriranja. Raziskave kažejo, da opazovanje in sprotno ocenjevanje omogočata spremljanje mentoriranja v različnih situacijah skozi daljše časovno obdobje, tako da lahko mentor oceni njegov razvoj in napredek. Pomanjkljivosti tega ocenjevanja sta vpliv pasivne prisotnosti opazovalca na obnašanje mentoriranja in časovna zahtevnost. Ocenjevanje kompetenc zajema kompleksnost klinične situacije in



združuje tako strokovnost/etičnost ravnanja, integracijo znanja, vodenje in organizacijo kot tudi osebnostni razvoj mentoriranca. Stopenjsko ocenjevanje skupaj z opazovanjem omogoča zaznavo dejavnikov in okoliščin, ki bi sicer ostale neopažene in oceni kakovost izvedbe določene naloge. Slabost tega ocenjevanja je subjektivno podajanje višje ocene mentorja zaradi želje o pozitivni izkušnji mentoriranca s praktičnim usposabljanjem. Dnevniki praktičnega usposabljanja niso standardizirani in zahtevajo veliko časa za določitev končne ocene. Raziskave so pokazale, da je v ocenjevanju praktičnega usposabljanja ključen celostni pristop, ki vključuje kombinacijo stališč, vrednot, veščin in znanj mentoriranca. Postopek ocenjevanja pa mora biti objektivni, ponovljiv in kombinacija različnih načinov, ki jih mentor zna pravilno uporabiti.

**Key words:** mentor, students of health sciences, ongoing assessment, self-assessment, competences

## EXTENDED SUMMARY

Part of the educational process of future healthcare professionals takes place in the form of practical training in a clinical environment. The aim is connecting theoretical knowledge and practical skills, therefore it bears the common responsibility of mentors in clinical environments, teachers and mentees. Through their actions and performance, mentors present a learning model to mentees. In the process of mentoring, the main goal of evaluating practical training is feedback to the mentee. The purpose of the research was to present ways of evaluating the practical training of the mentee by means of a literature review. We performed a review of the professional and scientific literature, which we searched in the PubMed and CINAHL databases using keywords: valuation, practical training, evaluating clinical practice, clinical competence, students. The inclusion criteria for literature search were: articles in English or Slovene, available in full text, including at least one way of evaluating a mentee in the clinical training process, experimental, cohortal, qualitative research, surveys and meta-analysis, research on clinical competences for healthcare students. In order to evaluate the clinical training of healthcare students, different ways of evaluation were developed, such as observing, competencies evaluation, ongoing evaluation, grading assessment of the mentee and the assessment of the clinical portfolio. Observation evaluation takes place throughout clinical training, where the mentor directly monitors the mentee in different situations with a predetermined observation schedule. Assessment of competencies and self-assessment is used to evaluate the achieved goals and competencies of the mentee. Ongoing evaluation and feedback of the mentees are carried out during the clinical training, in accordance with the presented evaluation plan and captures the assessment of professional and personal development. The grading assessment supplements the evaluation of perform/did not perform with a numeric scale of 1 to 10, which evaluates the quality of performance. Clinical portfolio documents the process of acquiring knowledge, skills, comprehension and encourages critical thinking and taking responsibility for mentees own work. Research shows that observation and ongoing evaluation over a long period of time allow the mentor to evaluate mentees development and progress in different situations. The disadvantages of these assessments are the influence of the passive observer on the mentees behavior and time consumption. Competency assessment covers the complexity of the clinical situation and combines both professionalism/ethical conduct, knowledge integration, leadership and organization as well as personal development of the mentee. Grading assessment, together with observation, enables the detection of factors and circumstances that would otherwise remain unnoticed and assesses the quality of the performance of a specific task. Disadvantage of this evaluation is the mentors bias of giving higher grade of the mentee due to the desire for a positive experience of clinical training. Clinical portfolios are not standardized therefore require a lot of time to grade. Research has shown that a holistic approach, which includes a combination of attitudes, values, skills and knowledge of the mentee, is crucial in evaluating clinical training. The evaluation process must be objective, repeatable and a combination of different methods that the mentor knows how to use correctly.

## Literatura

- Andersson, P. L., Ahlner-Elmqvist, M., Johansson, U. B., Larsson, M., & Ziegert, K. (2013). Nursing students' experiences of assessment by the Swedish National Clinical Final Examination. *Nurse Education Today*, 33(5), 536–540. <https://doi:10.1016/j.nedt.2011.12.004>
- Bradshaw, C., O'Connor, M., Ergan, G., Tierney, K., Butler, M. P., Fahy, A. ... McNamara, M. C. (2012). Nursing students' views of clinical competence assessment. *British Journal of Nursing*, 21(15), 923–927. <https://doi:10.12968/bjon.2012.21.15.923>
- Cassidy, I., Butler, M. P., Quillinan, B., Egan, G., Mc Namara, M. C. ... Tierney, C. (2012). Preceptors' views of assessing nursing students using a competency based approach. *Nurse Education in Practice*, 12(6), 346–351. <https://doi:10.1016/j.nepr.2012.04.006>
- Chimea, T., Kanji, Z., & Schmitz, S. (2020). Assessment of clinical competence in competency-based education. *Canadian Journal of Dental H*, 54(2), 83–91.
- Hashmi, I., Abu Sharour, L. M., Arulappan, J., Al Hadid, L., & Nandy, K. (2021). Development and validation of the nursing clinical assessment tool (NCAT): A psychometric research study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 18(1), [20200091].



Helminen, K., Coco, K., Johnson, M., Turunen, H., & Tossavainen, K. (2016). Summative assessment of clinical practice of student nurses: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 308–319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.014>

Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A. M., Kaučič, B. M., Filej, B., Riklikiene, O., Vizcaya-Moreno, M., Flores Perez-Cañaveras, R. M., De Raeve, P., & Mikkonen, K. (2019). Assessment of nursing students' competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *International journal of nursing studies*, 100, 103414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103414>

Lai, C. Y., & Wu, C. C. (2016). Promoting Nursing Students' Clinical Learning Through a Mobile e-Portfolio. *Computers, Informatics, Nursing*, 34(11), 535–543. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000263>

Wu, X. V., Enskär, K., Lee, C. C., & Wang, W. (2015). A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 35(2), 347–359. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.016>

# MENTORSTVO – OBLIKOVANJE SODELAVCEV PRIHODNOSTI

## MENTORING – SHAPING THE COWORKERS OF THE FUTURE

Tjaša Šarić, mag. zdr. nege,  
Patricija Lunežnik, mag. zdr.-soc. manag.  
*Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor*

tjasa.saric@zd-mb.si

---

**Ključne besede:** mentor, študent, mentoriranje, klinično okolje.

### IZVLEČEK

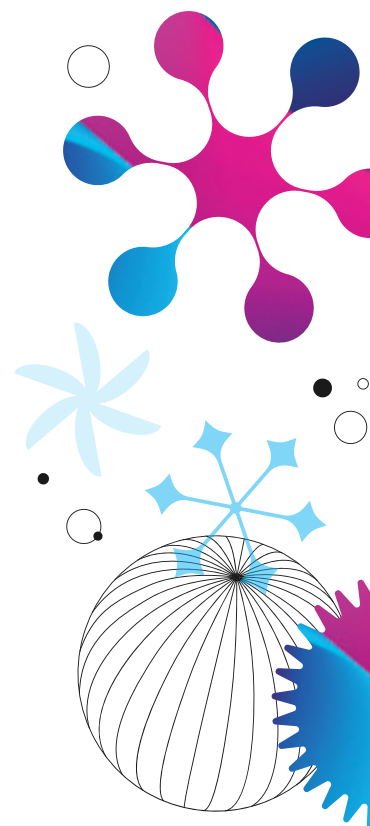
Mentorstvo je vzajemen odnos mentorja in mentoriranca, torej študenta, pri katerem gre za prenos teoretičnega znanja v klinično okolje. Je najpomembnejša oblika učenja in predstavlja priložnost za doprinos in razvoj na obeh straneh, tako mentoriranca kot mentorja. Mentor je oseba, ki daje oporo, predaja svoje znanje in pomaga reševati izzive. V svojem mentoriranju vzbuja zaupanje, da lahko v učnem procesu pridobiva samozavest, strokovnost in samostojnost, kar je v zdravstveni negi zelo pomembno, saj mora zdravstveni delavec delovati strokovno v korist pacienta. Kljub pomembnosti mentorskega procesa je mentorstvo pogosto pomanjkljivo. Za mentorje predstavlja dodatno delovno obremenitev, študentje pa tako ne dobijo dovolj podpore in priložnosti za praktično usposabljanje. Čeprav je organizacija mentorstva v domeni izobraževalne in zdravstvene institucije, bi bilo med medicinskimi sestrami potrebno širiti zavedanje o pomenu mentorstva ter kako lahko dobro organizirano in vodeno mentorstvo doprinese k zadovoljstvu in usposobljenosti študentov. Mentorski proces ni zgolj prenos znanja in podpora študentom, temveč gre za proces oblikovanja zdravstvenih delavcev, torej sodelavcev prihodnosti.

---

**Key words:** mentor, student, mentoring, clinical environment

### ABSTRACT

Mentoring is a mutual relationship between a mentor and a mentee, i.e. a student, which involves the transfer of theoretical knowledge to the clinical environment. It is the most important form of learning and represents an opportunity for contribution and development on both sides, both mentee and mentor. A mentor is a person who provides support, imparts his knowledge and helps solve challenges. He inspires confidence in his mentee that he can gain self-confidence, expertise and independence in the learning process, which is very important in nursing, as a healthcare worker must act professionally for the benefit of the patient. Despite the importance of the mentoring process, mentoring is often lacking. It represents an additional workload for tutors, and students do not get enough support and opportunities for practical training. Although the organization of mentoring is in the domain of educational and health institutions, it would be necessary to spread awareness among nurses about the importance of mentoring and how well-organized and managed mentoring can contribute to the satisfaction and competence of students. The mentoring process is not only the transfer of knowledge and support to students, but rather the process of forming health workers, i.e. colleagues of the future.



## Uvod

Mentorstvo je dvosmeren odnos med mentorjem in mentorirancem, v katerem mentor investira svoje znanje, energijo in čas v mentoriranca z namenom, da se ta razvija in postane uspešen pri svojem delu (Nayanee, Bishop, Gwede, Petkova, & Szumacher, 2019). Gre za dolgotrajen proces (Vasilič, 2022), pri katerem se mentoriranca uvede v proces dela in v kulturo organizacije (Esih & Novak, 2019). Mentorstvo je tako eden pomembnih procesov vsake delovne organizacije, saj predstavlja način razvijanja tako novih kot že obstoječih kadrov (Vasilič, 2022). Preko nalog mentoriranec razvija svoje kompetence in uresničuje zadane cilje (Esih & Novak, 2019), pri njegovem profesionalnem in osebnostnem razvoju pa ima mentor izjemno pomembno vlogo (Nayanee et al., 2019). Uspešen mentorski proces zahteva od mentorja in mentoriranca sodelovanje in dobro komuniciranje (Vasilič, 2022), s čimer lahko hkrati uresničujeta tudi svoje karijerne načrte (Esih & Novak, 2019). Namen prispevka je predstaviti pomen dobrega mentoriranja za oblikovanje bodočih sodelavcev v zdravstveni negi.

## Vloga mentorja

Mentorstvo je lahko formalno ali neformalno. Neformalno se zgodi spontano, formalno je pa veliko bolj kompleksno, saj zahteva kurikulum in posebna izobraževanja (Nayanee et al., 2019). Formalni mentor mora tako poleg ustrezne strokovne izobrazbe in licence imeti tudi najmanj tri leta delovnih izkušenj in opravljeno usposabljanje za kliničnega mentorja (Skela Savič et al., 2009). Najpomembnejša vloga mentorja je prenos teoretičnega znanja na mentoriranca (Lorber & Donik, 2009), za kar mentorji potrebujejo različne kompetence, motivacijo in osebnostne lastnosti (Tuomikoski et al., 2019). Mentor nima le strokovnih znanj, izkušenj ter čustvenih in motivacijskih sposobnosti, temveč je vse to sposoben ustrezno uporabiti v določenih okoliščinah. Največkrat opredeljujemo naslednje tri skupine kompetenc: strokovne, odnosno-komunikacijske in organizacijsko-administrativne (Govekar Okoliš & Kranjčec, 2010). Dober mentor je iskren in odličen v komunikaciji (dober poslušalec in opazovalec), saj lahko le na tak način opazi mentorirančevo govorico telesa in reakcije (Nayanee et al., 2019).

Mentor zavzema vlogo učitelja, svetovalca, vzora in podpornika (Nayanee et al., 2019). Odnos med mentorjem in mentorirancem se odraža skozi številne faktorje (strokovno znanje, percepcija, zaupanje, spoštovanje, pohvala ali ocena), ki na koncu dajo sliko medosebnega odnosa (Nielsen, Tindall-Ford, & Sheridan, 2002). Razvoj posameznika je mogoč le iz tistega, kar ta ima in ne iz tistega, česar nima. Z opazovanjem mentor odkrije, kako iz posameznika izvleči tisto najboljše, kar lahko razvije. Mentor je usmerjen v posameznika, v tisto, v čemer je dober, da lahko razvije svojo vrednost in potencialne. Pomembne so tudi pozitivne in negativne povratne informacije, ki jih daje posamezniku in način podajanja le-teh (Kermavnar, 2009). Vključevanje v poklicno negovalno okolje je za novega diplomanta stresno in pogosto ga spremljajo občutki negotovosti zaradi sprejetja v delovno okolje in strahu. Skozi mentorski odnos lahko izkušene medicinske sestre olajšajo samo tranzicijo pri začetniku kot tudi nudijo zavetje, kamor se lahko zateče po informacije, podporo, zaščito in nasvet (Foster & Hull, 2019).

## Prednosti mentorstva

Mentorstvo predstavlja prednosti za vse vključene – za mentoriranca (študenta, novozaposlenega), mentorja in za organizacijo. Mentoriranec, ki se vključuje v klinično okolje, je deležen prenosa znanja določenih intervencij, komunikacijskih veščin in drugih vsakodnevnih izkušenj, hkrati pa je deležen zgleda, kako graditi spoštljiv in profesionalen odnos (Vasilič, 2022). Mentorstvo lahko mentorju predstavlja dodatno izpolnitev, pozitivne izzive in večje zadovoljstvo na delovnem mestu (Nayanee et al., 2019). Za organizacije je pomembno, da je mentorski proces zastavljen tako, da omogoča pridobivanje novih idej in perspektiv, vzpostavlja prijetno organizacijsko kulturo, izboljša ugled organizacije in zadovoljstvo zaposlenih (Esih & Novak, 2019).

## Problematika mentorstva

Od mentorjev se pričakuje, da pri pacientu svoje delo opravijo strokovno, profesionalno in natančno, hkrati pa da študentom posredujejo znanja in veščine, jih nadzirajo in ocenjujejo (Lorber & Donik, 2009). Potrebno se je zavedati, da v mentorskem odnosu obstajajo številne pomanjkljivosti, ki lahko mentorski odnos obstruirajo, ogrozijo in postavijo v skrajno neprofesionalen položaj. Najpogostejše pomanjkljivosti so: pomanjkanje časa za izvedbo mentorskega programa, pomanjkanje usposobljenega kadra za delo mentorja, pomanjkanje razumevanja do mentorjev znotraj kliničnih institucij, pomanjkanje strokovnih izobraževanj in delavnic za mentorje, pomanjkljivosti v mentorskem odnosu ter odsotnost želje postati mentor (Wachira, 2019). Velikokrat nepravilen način izvajanja mentorskega procesa privede do tega, da je mentoriranec nezadovoljen, izgubi motivacijo in postopoma se prebudi želja po odhodu (Esih & Novak, 2019).

Mentorji imajo sicer veliko praktičnih izkušenj, vendar se velikokrat srečujejo s težavo, kako posredovati svoja praktična znanja, saj imajo premalo pedagoško-andragoških izkušenj (Lorber & Donik, 2009). Ob prisotnosti kadrovskega primanjkljaja in povečani preobremenjenosti medicinskih sester se pogosto zgodi, da mentorju primanjkuje časa za spremljanje študenta (Meden, Kvas, & Hoyer, 2017), lahko se pa tudi zgodi, da mentor na študenta pozabi oz. ga ne zmore vključiti v delovni proces (Mihelič Zajec & Ramšak Pajk, 2006). Že vrsto leto se opozarja na problematiko izgorelosti mentorjev. Pojavil se je tudi izraz »strupeni mentorji« (ang. *toxic mentors*), pod katerim razumemo, da mentorji niso sposobni oblikovati konstruktivnih odnosov z mentoriranci (Webb & Shakespeare, 2008). Do negativnih konotacij v mentorskem odnosu lahko pride tudi zaradi mentorjevega pomanjkanja strokovnega znanja. Slednje se lahko odraža v distanciranju med mentorjem in mentorirancem (Hu, Li, & Kwan, 2022) ter rezultira v slabših učnih izidih mentorskega procesa.

## Predlogi za izboljšave mentorstva z namenom razvoja kadra prihodnosti

Čeprav je organizacija mentorstva v domeni izobraževalne in zdravstvene institucije, je potrebno med medicinskimi sestrami širiti zavedanje o pomenu mentorstva, saj je za dober mentorski odnos potrebna samorefleksija, vzajemno spoštovanje in jasna komunikacija med mentorjem in mentorirancem (Nayanee et al., 2019). Pri formiranju mentorstva je potrebno definirati komponente (Nowell, Norris, Mrklass, & White, 2017) in pričakovane izide (Nayanee et al., 2019). Mentorjem je potrebno omogočiti dovolj časa za pripravo na mentoriranje (Babuder, 2016) in jih o poteku ustrezno informirati, saj naj bi študente večkrat sprejeli nepričakovano, nepripravljeni (Meden et al., 2017). Če želi mentor svoje mentorstvo opravljati učinkovito, se mora neprestano izobraževati tudi na tem področju, da pridobi potrebne veščine za predajanje znanja (Nayanee et al., 2019). K usposabljanju mentorjev bi bilo potrebno dodati pedagoške vsebine, vsebine s področja psihologije (Babuder, 2016) in usposabljanje o različnih pristopih mentorstva (training veščin, sodelovanje, vzor, ...) (Nayanee et al., 2019). Za vzpostavljanje zaupanja v mentorskem odnosu bi bilo dobrodošlo, če bi vsak študent lahko imel svojega kliničnega mentorja (Rožnik, Božič, Prosen, & Ličen, 2022), a vemo, da temu pogosto ni tako. Predlaga se vsaj orientacijsko srečanje, kjer se mentor in mentoriraneec dogovorita o poteku usposabljanja. Končno srečanje in nenazadnje ocenjevanje naj temeljita na pregledu pričakovanj in obveznosti, ki bi jih naj mentoriraneec v času usposabljanja opravil (Meden et al., 2017).

## 244 Vzajemno zadovoljstvo

Mentorski proces ni zgolj prenos znanja in podpora študentom, temveč gre za proces oblikovanja zdravstvenih delavcev, torej sodelavcev prihodnosti. Mnogi študentje so indentificirali prav svojega mentorja kot pomembno osebo pri odločanju za svojo karierno pot (Nayanee et al., 2019). Ob dobrem mentorskem procesu lahko pridobita oba, tako mentor kot mentoriraneec (Burgess, van Diggele & Mellis, 2018). V kolikor je možno, bi bilo torej smiselno mentorja in mentoriranca izbrati tako, da se ujameta, saj je tako mentorski proces bolj učinkovit in prijetnejši (Nowell et al., 2017). Mentorstvo zahteva spoštljiv medosebni odnos (Burgess et al., 2018), dobro komunikacijo ter zavedanje lastnih odgovornosti in zadolžitvev (Babuder, 2016). Mentoriranci bi naj bili proaktivni in odgovorni do odnosa, ki ga imajo z mentorjem, so pa jim pri mentorju bolj pomembne osebne lastnosti kot akademski nazivi (Nayanee et al., 2019). Če so študentje vključeni v timsko delo, mentorji pa se zanimajo za njihove učne potrebe, to rezultira v boljših izidih (Rožnik et al., 2022) kar pri študentih zvišuje samoučinkovitost in zadovoljstvo (Burgess et al., 2018). Ob tem lahko mentor pridobi nove ideje, intelektualno stimulacijo in boljše samozavedanje o sebi kot profesionalcu oziroma strokovnjaku, kar se odraža na zadovoljstvu (Nayanee et al., 2019). Vzajemno zadovoljstvo tako izboljšuje mentorski proces in učne izide ter pomembno prispeva k razvoju tako mentoriranca kot tudi mentorja.

## Diskusija

Dobro mentoriranje ima pomemben vpliv na oblikovanje bodočih sodelavcev v zdravstveni negi. Mentor študenta vzgaja, mu svetuje ter ga vodi po poti do zastavljenih ciljev (Wynn, Holden, Romero, & Julian, 2021). Njegova ključna vloga je usmerjanje študenta k pridobivanju kompetenc zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2016) in razvijanje kritičnega razmišljanja (Rožnik et al., 2022). Mentor usmerja tudi študentov osebni razvoj, saj pomembno prispeva k oblikovanju etičnih stališč in vrednot. Potrebno je poudariti, da so si mentoriranci zelo različni in dober mentor se bo mentorirancu prilagodil tako, da ga bo spodbujal k razvoju in izboljševanju veščin (Nayanee et al., 2019). Izkušnje študentov so povezane tudi s samo organizacijo dela v kliničnem okolju (Rožnik et al., 2022), pri čemer je veliko odvisno od naravnosti vodstva do sprejemanja študentov (Babuder, 2016). Študentje si želijo vključenosti v tim, sodelovanja na sestankih in podpore mentorja (Rožnik et al., 2022). Kot največji problem za ukvarjanje s študenti mentorji navajajo pomanjkanje časa (Žerdoner, 2015). Raziskave so pokazale, da morajo študentje pogosto svoje učne naloge opraviti kot delovne naloge, kar jim predstavlja velik stres (Babuder, 2016; Rožnik et al., 2022). Kljub problematiki mentorstva je potrebno neuspešne študente opaziti in jih ustrezno usmeriti. V kolikor kljub svojemu pomankljive-

mu znanju napredujejo brez korekcij, lahko v kliničnem okolju predstavljajo tveganje za nestrokovno delo (Meden et al., 2017). Učinkovito mentorstvo koristi bodočim strokovnjakom zdravstvene nege pri osamosvajanju in prevzemanju poklicnih odgovornosti (Režek, Benceković, & Čorić, 2022) in doprinese k splošnemu dožemanju zdravstvene nege (Tuomikoski, et al., 2019).

## Zaključek

Prednosti mentorstva niso samo za študenta, temveč tudi za mentorja in organizacijo. Za mentorja predstavlja mentorstvo prednosti kot so, povečano zadovoljstvo pri delu, pozitivne izzive, izboljšana samopodoba, profesionalni in osebni razvoj, ter mnoge druge. Doprinos mentorstva k organizaciji pa je v razvoju stroke in organizacije, kakovostni obravnavi zdravstvene nege, zadovoljstvu zaposlenih, zmanjšani fluktuaciji, socializaciji posameznikov in samozavestni ter cenjeni zaposleni. Mentorstvo je tisto, ki pomaga okrepiti kader. Gradi temelje, da dobimo v klinično okolje dober kader. V času kadrovskega pomanjkanja je še posebej pomembno, da smo dobri mentorji našim bodočim zaposlenim in da skupaj gradimo kvalitetno raven zdravstvene nege.

## Literatura

- Babuder, D. (2016). Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: Opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 327–335. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.95>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Esih, E., & Novak, T. (2019). Mentorski sistem - strateški načrt ali nujno zlo? *HRM revija: Strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu*, 5(22), 13–15. <https://doi.org/10.55707/eb.v9i1.108>
- Foster, T., & Hull, J. J. (2019). Mentoring and career satisfaction among emerging nurse scholars. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 17(2), 20–35. <https://doi.org/10.24384/43ej-fq85>
- Govekar Okoliš, M., & Kranjčec, R. (2010). *Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Hu, Z., Li, J., & Kwan, H. K. (2022). The effects of negative mentoring experiences on mentor creativity: The roles of mentor ego depletion and traditionality. *Human Resource Management*, 61(1), 39–54. <https://doi.org/10.1002/hrm.22076>
- Kermavnar, N. (2009). Neformalno mentorstvo. *Andragoška spoznanja*, 15(1), 65–76. <https://doi.org/10.4312/as.15.1.65-76>
- Lorber, M., & Donik, B. (2009). Učenje v kliničnem okolju - pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. In S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & B. M. Kaučič et al. (Eds.), *Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč: 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije* (pp. 112B [1–7]). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Meden, E., Kvas, A., & Hoyer, S. (2017). Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), 320–327. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.157>
- Mihelič Zajec, A., & Ramšak Pajk, J. (2006). Mentorstvo v izobraževalnem procesu medicinskih sester. In D. Babič (Ed.), *Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju: Izkušnje mednarodnega sodelovanja in izobraževanja za zdravstveno nego* (pp. 31–36). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.
- Nayanee, H.-N., Bishop, M., Gwede, C. K., Petkova, E., & Szumacher, E. (2019). Mentorship in medicine and other health professions. *Journal of Cancer Education*, 34(4), 629–637. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1360-6>
- Nielsen, W., Tindall-Ford, S., & Sheridan, L. (2002). Mentoring conversations in preservice teacher supervision: Knowledge for mentoring in categories of participation. *Mentoring & Tutoring*, 30(1), 38–64. <https://doi.org/10.1080/13611267.2022.2030185>
- Nowell, L., Norris, J. M., Mrklass, K., & White, D. E. (2017). A literature review of mentorship programs in academic nursing. *Journal of Professional Nursing*, 33(5), 334–344. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.02.007>
- Ramšak Pajk, J. (2016). Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. In S. Pivač, B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery (Eds.), *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: Zbornik predavanj* (pp. 4–7). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
- Režek, B., Benceković, Ž., & Čorić, J. (2022). Vrednovanje i ocenjivanje u osposobljavanju novozaposlenih medicinskih sestara. In J. Bošnjir, T. Čengić & S. Čukljek et al. (Eds.), *21. konferencija medicinskih sestara i tehničara i 7. konferencija zdravstvenih profesija Global trends in nursing and healthcare* (p. 17). Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Rožnik, A., Božič, A., Prosen, M., & Ličen, S. (2022). Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem: Opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 123–131. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3158>
- Skela Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K., Kastelic, M., Skinder Savič, K., & Filej, B. (2009). *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje - vodnik za študente in mentorje: študijski program prve stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Tuomikoski, A.-M., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K., Miettunen, J., Juvonen, S., Sivonen, P., & Kääriäinen, M. (2019). How mentoring education affects nurse mentors' competence in mentoring students during clinical practice - A quasi-experimental study. *Nursing Research Foundation*, 34(1), 230–238. <https://doi.org/10.1111/scs.12728>
- Vasilich, K. (2022). Mentorstvo v organizacijah. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 9(1), 84–107. <https://doi.org/10.55707/eb.v9i1.108>
- Wachira, J. W. (2019). Perception on mentorship practices among nursing students at Kabarnet Kenya Medical training College. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(40), 17–40. <http://dx.doi.org/10.9790/1959-0804031740>
- Webb, C., & Shakespeare, P. (2008). Judgements about mentoring relationships in nurse education. *Nurse Education*, 28, 563–571. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.006>
- Wynn, S., Holden, C., Romero, S., & Julian, P. (2021). The importance of mentoring in nursing academia. *Open Journal of Nursing*, 11(1), 241–248. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.114021>
- Žerdoner, L. (2015). *Samoevalvacija dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.

# DOBRO SPOLNO POČUTJE JE DEL DOBREGA STARANJA

## SEXUAL WELLBEING IS PART OF AGING WELL

Jana Lavtizar, mag. zdr. nege

OZG, Zdravstveni dom Kranj, Center za krepitev zdravja Kranj

[jana.lavtizar@zd-kranj.si](mailto:jana.lavtizar@zd-kranj.si)

**Ključne besede:** menopavza, andropavza, promocija zdravja, delovna mesta

### IZVLEČEK

Menopavza in andropavza. Obe zagotovo prideta, če zadosti dolgo živimo. Vsaka ob svojem času. Obe prineseta spremembe na katere nihče, nikoli ni dovolj pripravljen. V prispevku bomo poskušali osvetliti odgovore na nekatera vprašanja in dileme, kaj imata skupnega menopavza in andropavza. Družine se danes osnujejo pozno, v zgodnjih štiridesetih. In ni izključeno, da se lahko hormonske spremembe, ki jih doživljajo starši, srečajo s hormonskimi spremembami njihovega najstnika. Večina moških in žensk v teh letih je ob pojavu prvih znakov še vedno polno delovno aktivnih. Delovna doba se podaljšuje, delovne sile primanjkuje, delo se prerazporeja na obstoječi kader. Delodajalci in družba od zaposlenih pričakuje stoddostno osredotočenje na delo, hitro odzivnost, stalno prisotnost, enake ali mnogokrat celo boljše rezultate dela kot do sedaj. Opisanim pričakovanjem in zahtevam delodajalcev je pogosto pridruženo še dodatno nalaganje nalog oz. dela, saj je »kader po 50. letu poln izkušenj«. V članku bomo predstavili kako ravnati, ukrepati, da bo to obdobje v družbi staranja kakovostno preživeto življenjsko obdobje. Na nivoju posameznika, družine, delodajalcev in celotne družbe. Zdravstveni negi se na tem področju odpirajo področja dela od promocije zdravja do preventive in zdravstvene vzgoje. Mnogotere potrebe, ki jih bo stroka morala čimprej prepoznati in nanje ustrezno odgovoriti.

**Key words:** menopause, andropause, health promotion, jobs

### ABSTRACT

Menopause and andropause. Both will surely come if we live long enough. Each in its own time. Both bring changes for which no one is ever sufficiently prepared. In this article, we will try to shed light on the answers to some questions and dilemmas, what do menopause and andropause have in common. Today, families are founded late, in the early forties. And it is possible that the hormonal changes experienced at the same time like the hormonal changes of their teenagers. Most men and women in these years are still fully employed when the first signs appear. Working hours are being extended, labor is in short supply, work is being redistributed to the existing staff. Employers and society expect from employees 100% focus on work, quick response, constant presence, the same or many times even better work results than before. The described expectations and demands of employers are often accompanied by additional tasks or works, because "the staff after the age of 50 is full of experience". In the article, we will present how to act, take action, so that this period in the aging society will be a quality period of life. At the level of the individual, family, employers and society as a whole. In this area, nursing care opens up areas of work from health promotion to prevention and health education. There are many needs that the profession will have to recognize as soon as possible and respond it.



## Uvod

Staranje je povezano s spremembami na osi hipotalamus-hipofiza-spolne žleze, ki pri ženskah vodijo v menopavzo, pri spremenljivem deležu moških pa v andropavzo (Martelli, Zingaretti, Salvio, Bracci, & Santarelli, 2021). Postajati starejši, namesto starati se in preživeti skoraj polovico življenja po menopavzi, je izziv zdravega staranja (Rees, Goulis, Lopes, 2020). Menopavza je pomembna prelomnica v življenju žensk, pomeni konec rodnega obdobja in vstop v zadnjo tretjino življenja (Mlinarič et al., 2021). Naravno menopavzo definira izguba menstruacije zaradi prenehanja folikularne aktivnosti jajčnika in jo lahko določimo retrogradno po 12 mesecih od zadnje menstruacije (Boul, 2003). Pri moških se simptomi pomanjkanja testosterona pojavijo med 40. in 55. letom in sicer se nižje vrednosti pojavijo pri moških, ki imajo zdravstvene težave, kot so: diabetes, povišana telesna masa, povišan krvni tlak, povišan holesterol, osteoporozna in bolezen prostate (Železnikar, 2013). Zagovorniki izraza andropavza menijo, da je proces sprememb pri moških podoben menopavzi, fiziološko pogojen, prinaša številne bolezni, ki negativno vplivajo na kakovost življenja in potrebuje zdravljenje (Boul, 2003).

Namen prispevka je predstaviti ukrepe, ki ublažijo simptome menopavze in andropavze ter poskrbijo za izboljšanje telesnega, duševnega in socialnega zdravja. Cilj prispevka je preučiti možnosti za izdelavo načrta posamezniku, za obvladovanje simptomov in možnosti, v okviru zdravstvene nege, pri oblikovanju programov, ki bodo omogočili, da bo staranje, v delovnem in domačem okolju prijetno.

## Simptomi menopavze in andropavze

Menopavza za razliko od andropavze nastopi z izgubo menstruacije in reproduktivne funkcije, andropavza pa nastopi postopoma (Groti Antonić & Jensterle Sever, 2020). Simptome menopavze in pomenopavze razdelimo na fiziološke, vazomotorne in čustvene simptome (Lermer et al., 2011; Llaneza, García-Portillab, Llaneza-Suárez, Armotta, & Pérez-López, 2012; Marn Radoš & Šćepanović, 2014). Simptomi andropavze se kažejo kot čustvene, psihološke in vedenjske spremembe (Mousavi et al., 2018).

Vazomotorični simptomi prizadenejo 80 % žensk, vendar njihova patofiziologija ni jasno razumljena (Gracia & Freeman, 2018), trajajo približno 1-5 minut, lahko tudi do ene ure, večkrat na dan (Yousefi et al., 2016). Ženske navajajo hiter in neprijeten občutek pretirane notranje toplote, ki se pojavi v predelu prsi in se širi na vrat in obraz, skupaj z znojenjem, rdečico, zardevanjem, slabostjo, občutku dušenja, tesnobo, občutkom razbijanja srca v prsni, občutkom tlaka v glavi in prsnem košu, lahko se pojavi tudi občutek mrzlice (Mehrpooya et al., 2018). So pa vročinski oblivi in nočno potenje prisotni tudi pri moških (Marinček Garić & Umičević, 2014), za katere je značilen subjektiven občutek naraščanja temperature na obrazu ali trupu, v nočnem času, ki ju spremlja vidna pordelost kože in znojenje. (Khan, Lewis, & Hughes, 2014). Navali vročine lahko povzročijo utrujenost, nespečnost in razdražljivost ter močno vplivajo na vsakodnevne aktivnosti (Santoro, Roeca, Peters, & Neal-Perry, 2021). Z nastopom menopavze lahko ženska težje zaspi, ima prekinjen spanec, in se pogosto zbuja, če to traja dlje lahko vodi v nespečnost, razdražljivost, težave s koncentracijo (Santoro, Epperson, & Mathews, 2015).

V obdobju menopavze je zaradi spremenjene ravni estrogena povečano tveganje za depresivno razpoloženje, ženske so bolj ranljive, doživljajo potrtost, tesnobo, anksioznost, razdražljivost (Santoro et al., 2015), spremembe razpoloženja, kot so nervoza, nespečnost, čustvena labilnost, tesnoba in depresija ter tudi kognitivne spremembe: motnje pozornosti, koncentracije, spomina (Mlinarič et al., 2021). Moškim psihološke težave ovirajo njihove cilje ter povzročajo nezadovoljstvo (Jakiel et al., 2015). Simptomi čustvenih motenj pri moških so slabše razpoloženje, živčnost, depresija, utrujenost, slabša koncentracija, slabše obvladovanje stresa, odpor do prej priljubljenih dejavnosti, tesnoba, senilnost in neodločnost (Bansal, 2013; Jakiel et al., 2015).

Genitourinarni sindrom menopavze opisuje številne simptome, ki prizadenejo nožnico, vulvo, sečnico in mehur zaradi pomanjkanja estrogena. Ti simptomi so: draženje, suh, pekoč občutek, pogosto uriniranje, ponavljajoče se okužbe sečil, boleči spolni odnosi (The North American Menopause Society (NAMS), 2020).

Pomanjkanje estrogenov pospeši izgubljanje kostne mase ter razvoj osteoporoze (Shulman, 2008 cited in Mlinarič et al., 2021). Prvih nekaj let po menopavzi ženska lahko izgubi 3–5 % kostne mase na leto (Reid et al., 2014).

Trebušna debelost, zvišanje telesne mase na račun zvečanega obsega pasu, ni le posledica staranja in hormonskih sprememb, ampak tudi nepravilne prehrane in pomanjkanja telesne vadbe (Kovač – Blaž & Kolšek, 2002). Pri starejših moških lahko opazimo povečanje abdominalne maščobe to pa povečuje nevarnost za zastoj srca (Saalu, & Osinubi, 2013).

Kardiovaskularne bolezni in osteoporoza sta dolgoročni posledici menopavze, ki imata pomemben vpliv na obolevnost in umrljivost žensk po menopavzi (Takač et al., 2016), hormonske spremembe lahko vplivajo na spremenjen premer žil in nastanek ateroskleroze, (Woodard et al., 2011). Agostini et al. (2018) navajajo, da se zaradi hormonskih sprememb in starosti pojavi osteoporoza s tem pa se povečuje tveganje za zlome. Ob tem pa izguba mišične funkcionalnosti lahko vpliva na omejitve mobilnosti, izgubo samostojnosti, funkcionalne okvare. Saalu & Osinubi (2013) navajata, da imajo pri moških simptomi andropavze zelo velik vpliv na kardiovaskularni sistem saj se lahko pojavi povišana vrednost krvnega tlaka in inzulina, povečane so tudi vrednosti holesterola in trigliceridov v krvi.

## Partnerski odnos, spolnost in menopavza/andropavza

Eden od vidikov kakovosti življenja je kakovost partnerskih odnosov, ki se med menopavzo lahko porušijo (Jafarbegloo, Bakouei, & Dadkhahtehrani, 2017; Roesch, Warren, & Hill, 2021). Mnogi starejši pari želijo ohraniti aktivno in zdravo spolno življenje vendar nekaterim fizične, hormonske in spolne spremembe ovirajo ta cilj (Jannini, & Nappi, 2018). North American Menopause Society (2019) in Rahmani et al. (2022) navajajo da pri ženski vaginalna tkiva postanejo tanjša, suha in manj elastična. Te spremembe prispevajo k bolečini, draženju, pekočim občutkom in/ali srbenju v predelu genitalij in posledično tudi bolečemu spolnemu odnosu. Nekateri ženske težje občutijo orgazem. Jakiel et al. (2015) opisujejo naslednje spolne spremembe v andropavzi: erektilna disfunkcija, zmanjšana pogostnost jutranjih erekcij, zmanjšan libido, oslABLJENA funkcija ejakulacije in orgazma, izguba sramnih in drugih dlak po telesu, zmanjšana vzdržljivost, večja utrujenost. Tsujimura (2013) in Bansal (2013) pa poudarjata pomembnost spolne disfunkcije, ker ima negativen vpliv na moškega in tudi na partnerja. Yafi et al. (2016) navajajo, da moški z erektilno disfunkcijo zelo redko iščejo pomoč in se ne želijo o tem pogovarjati s svojimi partnerji, sprejmejo svoje stanje in se izogonejo zdravljenju, doživljajo veliko razočaranje in se zato izogibajo spolnim odnosom, kar negativno vpliva na partnerski odnos.

## Delo in menopavza/andropavza

Delo, staranje in hormonske spremembe v kasnih življenjskih obdobjih so tesno povezani med seboj, zato je bistvenega pomena razumeti vpliv dela na menopavzo in andropavzo. Motnje spanja vplivajo na spremembe v ravni hormonov kot na pojav simptomov andropavze, kar kaže na to, da lahko pri ženskah in moških, izmensko delo spremeni cirkadiane ritme in vpliva na sintezo hormonov (Martelli et al., 2021). V menopavzi ženski predstavlja skrb tudi skrb za otroke ali starše, druge zdravstvene težave, staranje, kakovost razmerja ter finančna varnost (Atkinson, Beck, Brewis, Davies & Duberley, 2020). Moški so v času, ko se jim pojavijo simptomi andropavze, na vrhuncu svojega družbenega, partnerskega in kariernega življenja zato vse te težave, ki jih prinese andropavza, ovirajo njihove cilje ter povzročajo splošno nezadovoljstvo (Jakiel et al., 2015).

## Razprava

Če želimo, da ženske in moški ustvarijo zdrav odnos do menopavze/andropavze, jih je potrebno vse življenje izobraževati o telesnih in duševnih spremembah, ki se pojavljajo v različnih življenjskih obdobjih, da se bodo lažje spopadli s simptomi andropavze /menopavze, ker kot navajajo Anderson, Seib, McGuire, & Porter-Steele (2015) se v obdobju menopavze pričnejo kazati učinki nezdravega življenjskega sloga (debelost, kajenje, uživanje alkohola, sedeč življenjski slog), posledice pritiska in stresa v službi, družini, ter spremembe zaradi upadanja nivoja spolnih hormonov. Lambrinou et al. (2021) pravijo, da bi morali zdravstveni delavci, ki skrbijo za ženske v menopavzi, oceniti in usmerjati ženske k zdravemu staranju, obravnavati simptome in zagotoviti nasvete o primarni preventivi kroničnih bolezni, kot so osteoporoza in bolezni srca in ožilja. Tudi Gregorin & Ramšak Pajk (2016) pravita, da je pri tem ključno, da zdravstveni delavci znajo pojasniti ženski fizične in psihične simptome.

Prepoznavanje znakov menopavze/andropavze in pomoč pri njih ni tako enostavna in kot navajata Ho & Tan (2013) si moški bolezni nočejo priznati tako zlahka kot ženske, zato so bolj nagnjeni k odlašanju iskanja pomoči zaradi simptomov in tudi bolj verjetno je, da bodo ignorirali zdravstvene preglede in preventivno zdravstveno oskrbo ter, da iskali pomoč, ko se bodo pojavile težave z erektilno disfunkcijo, neplodnostjo in prezgodnjo ejakulacijo.

Redni preventivni pregledi, pri medicinski sestri v ambulantni družinske medicine, so priložnost za zdravstveno vzgojno delo tako žensk kot moških po 30. letu starosti kot navajajo Bray et al. (2018), da je ženskam potrebno ponuditi preventivne načrte, povezane z nacionalnimi presejalnimi programi za raka dojke, debelega črevesa in materničnega vratu. Ruggier et al. (2014) opisujejo učinek izobraževanja o samooskrbi na spremljanje prehrane in telesne dejavnosti za nadzor indeksa



telesne mase (ITM) v obdobju menopavze. World Health Organization (WHO) (2019) in Livingston et al. (2020) navajajo, da je potrebno oceniti stanje krvnega tlaka in zdraviti hipertenzijo, dislipidemijo, sladkorno bolezen, prenehati s kajenjem, se izogibati čezmernemu pitju alkohola, ohranяти je potrebno socialne stike, se družbeno angažirati, brati, se izobraževati in učiti – novih jezikov, novih veščin ....

Ob tem pa ne bi smeli pozabiti moških in po vzoru programov v rodnem obdobju, za ženske, bi lahko v tem obdobju za moške in ženske razvili, preventivo v obliki individualnih in/ali skupinskih svetovanj. Abootalebi et al. (2020) ugotavljajo, da ima izobraževanje moških pozitiven učinek na odnos do andropavze, vendar pa so vidiki moškega zdravja, predvsem spolnega zdravja tabu tema in da se z zdravstveno vzgojo, o andropavzi moškim pomaga, da se lahko postopno prilagodijo na spremembe v starejših letih.

Zdravstvena vzgoja je tako pomembna za oba spola v vseh obdobjih življenja, da posameznik lahko vzdržuje zdrav življenjski slog. North American Menopause Society (2019) in Rahmani et al., (2022) navajajo, da so uravnotežena prehrana, redna telesna vadba, opustitev kajenja in dovolj spanja pozitivne spremembe življenjskega sloga, ki jih lahko uvedejo, da izboljšajo svoje razpoloženje in morda povečajo svojo željo po spolnosti. Mlinarič et al. (2021) navajajo, da strokovnjaki svetujejo reden ritem spanja, izogibanje težki hrani v večernem času, zatemnitev spalnih prostorov, prilagoditev stopnje hrupa in temperature v spalnih prostorih; pa tudi izogibanje kavi, alkoholu in nikotinu, pitje zadostnih količin vode in tudi ustni higieni je v tem obdobju treba nameniti več časa. Redno umivanje, nitkanje zob, redni obiski pri zobozdravniku in profesionalno čiščenje zobnega kamna lahko preprečijo ali vsaj pravočasno odkrijejo bolezni obzobnih tkiv. Marques, Stothers, & Macnab (2010) poudarjajo pomembnost za mišice medeničnega dna, s stiskanjem, vztrajanjem v kontrakciji in s popuščanjem mišic, ki nadzorujejo tok urina bistveno izboljšajo težave z uhajanjem urina medtem, ko za preprečevanje in zdravljenje osteoporoze Marín-Cascales, Alcaraz, Ramos-Campo, & Rubio-Arias (2018) navajajo pomembnost dvigovanja uteži, hojo, tek, poskoke, hojo po stopnicah. Kocjan et al. (2013) opozarja, da je v obdobju po 50. letu smiseln izračun indeksa FRAX za oceno tveganja za zlom kosti.

Za vzdrževanje telesne teže Kovač – Blaž & Kolšek (2002) predlagajo vzpostavitev vzorca redne vadbe, hkrati z omejitvijo vnosa dnevni kalorij, kar lahko zmanjša tveganje in prepreči srčno-žilne bolezni, povezane s trebušno debelostjo in prav tako Neilson et al. (2016) navajajo, da telesna dejavnost zmanjšuje tveganja za nastanek raka dojke, debelega črevesa in endometrija, zmanjša kronično vnetje in oksidativni stres. Silva et al. (2021) pa v študiji poudarijo mediteransko dieto ter zadosten vnos kalcija, vitamina D, vitamina K, selena, magnezija in beta-karotena.

Simptomi menopavze/andropavze lahko pomembno vplivajo na partnerski odnos (Caico, 2013). Tudi Karimi, Seghaleh, Khalili, & Vahedian-Azimi (2022) navajajo, da simptomi menopavze vplivajo na žensko in njen odnos s partnerjem zato je izobraževanje o samooskrbi eden od načinov, ki ga lahko uporabimo za izboljšanje znanja in odnosa žensk do menopavze, izboljša prilagajanje na simptome in poveča zadovoljstvo v zakonu. Medtem, ko moški težko izpostavijo svoje težave, ker kot navajata Ho & Tan (2013) so moški že od malih nog naučeni, da je kazanje čustev in bolečine znak šibkosti, zato zelo redko govorijo o težavah, ki jih doživljajo.

Lajšanje simptomov oziroma zdravljenje menopavze/andropavze je odločitev posameznika in seveda v dogovoru /posvetu z zdravnikom. Urška (2019) navaja, da zdravljenje najpogosteje poteka s hormonsko nadomestno terapijo, zaradi neželenih učinkov le-te pa se ženske odločajo za naravne in nefarmakološke metode z iz zdravilnih rastlin in zelišč. Mlinarič et al. (2021) navajajo, da glede na prisotnost menopavznih težav in osebne preference pacientke lahko ginekolog predlaga hormonsko (nadomestno) zdravljenje. Železnikar (2013) pravi, da je najbolj primerna oblika zdravljenja pri moških s pomanjkanjem testosterona nadomestno hormonsko zdravljenje. Nekatere ženske pa se odločijo za samozdravljenje, saj Vrabič Dežman (2008) cited in Mlinarič et al., (2021) pravi, da sta dve veliki skupini naravnih snovi, ki se na tržišču pojavljajo kot snovi za lajšanje klimakteričnih težav: izvlečke zdravilne rastline Cimicifuga racemosa (grozdnate svetilke) in fitoestrogeni. Pri moških pa se lahko raven testosterona zviša tudi na naraven način s spremembo življenjskega sloga, ki vključuje izgubo telesne teže, dieto in zdravo prehrano, redno fizično dejavnost, zmanjšanje stresa, prehranske dodatke ter izboljšanje spanja, kar ima pozitiven vpliv na raven testosterona. (Bansal, 2013; Corona et al., 2020).

Zdravstveno vzgojno delo na primarnem nivoju bi torej moralo vključevati izobraževanja in delavnice za udeležence v vseh starostnih obdobjih, Ashkenazy & Peterson (2018) za lažjo komunikacijo med zdravstveni delavci in ženskami predlagata uporabo orodja PAUSE in aplikacije MenoPro, ki se jo lahko namesti na mobilni telefon. Njena uporaba, je ena od številnih orodij, ki so na voljo za podporo pri individualni obravnavi ženske ter pri odločitvah o zdravljenju. Kratica PAUSE obsega preventivo, področje anksioznosti in urogenitalnih simptomov, vazomotorne simptome in edukacijo.

Da bo posameznik lahko uspešno, kakovostno in dolgo delal bo potrebno s strani delodajalca uvesti ukrepe, ki bodo krepili zdrav življenjski slog in omogočali varno ter kakovostno delovno okolje. Atkinson, Beck, Brewis, Davies & Duberley (2020) navajajo da so delodajalci na splošno zakonsko dolžni skrbeti za zaščito zdravja in dobrega počutja svojih zaposlenih in da poleg zakonske skladnosti obstaja tudi močan poslovni razlog za podporo ženskam v srednjih letih in pozneje (po menopavzi), saj predstavljajo nadarjeno, izkušeno, a pogosto spregledano ali ‚neizkoriščeno‘ skupino na delovnem mestu.

Pri pisanju prispevka smo naleteli na omejitve in sicer je področje andropavze slabo raziskano in članki, ki so na voljo so starejšega datuma. Medtem, ko je člankov o menopavzi bistveno več a v njih ni konkretnih načrtov za seznanitev žensk in s spremembami.

## Zaključek

Hormonske spremembe so naravni del staranja, ki se pri ženski zgodijo dramatično pri moških pa postopoma. Simptomov, ki spremljajo hormonske spremembe ne moremo posploševati na vse moške in vse ženske. Starostna doba se podaljšuje, podaljšuje se delovna doba in na voljo ni novih zaposlenih, ki bi zapolnili prazna delovna mesta. Zaposleni so polno obremenjeni in je težko pričakovati, da se bodo obremenitve sčasoma zmanjšale. Od uspešnega, strokovnega sodelavca se pričakuje, da stoodstotno opravlja svoje delo, dosega cilje, vpeljuje inovacije, spremlja novosti in je hkrati mentor vsakemu, ki stopi skozi vrata. Za delovne organizacije, ki izvajajo promocijo zdravja na delovnem mestu je pomembno, da izbirajo vsebine, ki bodo zaposlenim dale znanje za kvalitetno preživetje obdobja po 50. letu. Na drugi strani je naloga zdravstvenih ustanov, da prepoznajo katere so tiste vsebine, ki bodo ženskam in moškim dale najboljše informacije za prestop v pomembno življenjsko obdobje.

Centri za krepitev zdravja in zdravstveno vzgojni centri imajo multidisciplinarne time, ki lahko s skrbnim načrtom za spremembe življenjskega sloga, v svojih programih pripravijo vsebine, ki bi se navezovala na simptome menopavze oziroma andropavze. Zdravstvena vzgoja, promocija zdravja in preventiva so pomembne v vseh življenjskih obdobjih. Ni spolnost tista, ki pogojuje dobro staranje. Samo, če se posameznik dobro počuti v svojem spolu lahko živi kvalitetno življenje v vseh življenjskih obdobjih in je tako tudi starost lahko kakovostno, lepo obdobje življenja.

## 250 Literatura

- Abotalebi, M., Vizesfhar, F., Heydari, N., & Azizi, F. (2020). Effect of education about andropause health on level of the knowledge and attitude of men referring to the education and training retirement center of Shiraz. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 23(3), 216–221.
- Anderson, D., Seib, C., McGuire, A., & Porter-Steele, J. (2015). Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: The Women's Wellness Program. *Maturitas*, 81(1), 69–75.
- Ashkenazy, R., & Peterson, M. E. (2018). PAUSE: A Patient-Centric Tool to Support Patient-Provider Engagement on Menopause. *Clinical medicine insights. Women's health*, 11. Retrieved January 17, 2023 from <https://doi.org/10.1177/1179562X18757467>
- Atkinson, C., Beck, V., Brewis, J., Davies, A.B., & Duberley, J. (2020). Menopause and the workplace: New directions in HRM research and HR practice. *Human Resource Management Journal*, 31(1), 49–64.
- Bansal, V.P. (2013). Andropause a clinical entity. *Universal Journal of Medical Science*, 1(2), 54–68.
- Boul, L. A. (2003). Men's health and middle age. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5, 5–22.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424.
- Corona, G., Rastrelli, G., Maseroli, E., Forti, G., & Maggi, M. (2013). Sexual function of the ageing male. Best practice & research. *Clinical endocrinology & metabolism*, 27(4), 581–601.
- Gracia, C. R., & Freeman, E. W. (2018). Onset of the Menopause Transition: The Earliest Signs and Symptoms. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 585–597.
- Gregorin, J., & Ramšak Pajk, J. (2016). Women's experience and attitudes towards menopause and health: descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 264-279.
- Groti Antičić, K., & Jensterle Sever, M. (2020). Pozno nastali hipogonadizem. *Farmaceutski vestnik*, 71(4), 286–93.
- Ho, C. C., & Tan, H. M. (2013). Men's health issues in Asia. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 16(3), 81–84.
- Jafarbegloo, E., Bakouei, S., & Dadkhahtehrani, T. (2017). Marital satisfaction in menopause women with and without sexual dysfunction. *The Journal of Midwifery & Reproductive health*, 5(4), 1053–8.
- Jakiel, G., Makara-Studzińska, M., Ciebiera, M., & Słabuzewska-Jóźwiak, A. (2015). Andropause - state of the art 2015 and review of selected aspects. *Menopause review*, 14(1), 1–6.
- Jannini, E.A., & Nappi, R.E. (2018). Couplepause: A New Paradigm in Treating Sexual Dysfunction During Menopause and Andropause. *Sexual Medicine Reviews*, 6:384-395.
- Karimi, L., Mokhtari Seghaleh, M., Khalili, R., & Vahedian-Azimi, A. (2022). The effect of self-care education program on the severity of menopause symptoms and marital satisfaction in postmenopausal women: a randomized controlled clinical trial. *BMC women's health*, 22(1), 71.
- Khan, A., Lewis, R., & Hughes, S., (2014). Managing hot flushes in menreceiving androgen deprivationtherapy for prostate cancer. *Trends Urol Men's Health*, 5(1), 31–3.

- Kocjan, T., Preželj, J., Pfeifer, M., Jensterle Sever, M., Čokolič, & M., Zavrtnik, A., (2013) Smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoz. *Zdravstveni Vestnik*, 82: 207–17.
- Kovač – Blaž, M., & Kolšek, M., 2002. Debelost. V: Švab I, Rotar - Pavlič D ur. Družinska medicina. Ljubljana: *Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva*, 312–21.
- Lambrinoudaki, I., Paschou, S. A., Lumsden, M. A., Faubion, S., Makrakis, E., Kalantaridou, S., & Panay, N. (2021). Premature ovarian insufficiency: A toolkit for the primary care physician. *Maturitas*, 147, 53–63.
- Lerner, M. A., Morra, A., Moineddin, R., Manson, J., Blake, J., & Tierney, M. C. (2011). Somatic and affective anxiety symptoms and menopausal hot flashes. *Menopause*, 18(2), 129–132.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S. et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), 413–446.
- Llaneza, P., García-Portilla, M. P., Llaneza-Suárez, D., Armott, B., & Pérez-López, F. R. (2012). Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*, 71(2), 120–130.
- Marques, A., Stothers, L., & Macnab, A. (2010). The status of pelvic floor muscle training for women. *Canadian Urological Association Journal*, 4(6), 419–424.
- Marinček Garič, G., & Umičević, S. (2014). Vročinski oblivi. In: Krajnc A, ed. Z dokazi vprakse - obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi. 41. strokovni seminar, Ljubljana, 3. oktober 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 onkologiji*, 51–9.
- Marín-Cascales, E., Alcaraz, P. E., Ramos-Campo, D. J., & Rubio-Arias, J. A. (2018). Effects of multicomponent training on lean and bone mass in postmenopausal and older women: a systematic review. *Menopause*, 25(3), 346–356.
- Marn Radoš, M., & Ščepanović, D.(2014). Telesna dejavnost in zdravje žensk v pomenopavzi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 323-331.
- Martelli, M., Zingaretti, L., Salvio, G., Bracci, M., & Santarelli, L. (2021). Influence of Work on Andropause and Menopause: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10074.
- Mehrpooya, M., Rabiee, S., Larki-Harchegani, A., Fallahian, A. M., Moradi, A., Ataei, S., & Javad, M. T. (2018). A comparative study on the effect of „black cohosh“ and „evening primrose oil“ on menopausal hot flashes. *Journal of education and health promotion*, 7, 36.
- Mlinarič, M., Arko, D., Barbič, M., Pretnar – Darovec, A., Darovec, J., Geršak, K., Kopčavar – Guček, N., Legan, M., Pfeifer, M., Ščepanović, D., Tomažič, M., Žegura Andrič, B., & Vrabič Dežman, L. (2021). Strokovna priporočila o menopavzni medicini. Retrieved January 12, 2023 from <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/2021/priporo%C4%8Dila-menopavza.pdf>
- Mousavi, M., Mahmoudi, M., Golitaleb, M., Khajehgoodari, M., Hekmatpou, D., & Vakilian, P. (2018). Exploratory Study of Andropause Syndrome in 40-65 Years in Arak: A Cross Sectional Study. *Journal of family & reproductive health*, 12(3), 142–147.
- North American Menopause Society. (2019). *Menopause Practice: A Clinician's Guide* (6th ed.).
- Rahmani, A., Afsharnia, E., Fedotova, J., Shahbazi, S., Fallahi, A., Allahqoli, L., Ghanei-Gheshlagh, R., Abboud, S., & Alkatout, I. (2022). Sexual Function and Mood Disorders Among Menopausal Women: A Systematic Scoping Review. *The journal of sexual medicine*, 19(7), 1098–1115.
- Rees, M., D Goulis, P Lopes P & (2020). Online: The Essential Guide to Women's Health in Midlife and Beyond. European Menopause and Andropause Society (EMAS) Care.
- Reid, R., Abramson, B. L., Blake, J., Desindes, S., Dodin, S., Johnston, S., Rowe, T., Sodhi, N., Wilks, P., Wolfman, W., & MENOPAUSE AND OSTEOPOROSIS WORKING GROUP (2014). Managing menopause. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 36(9), 830–833.
- Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. (2019). *World Health Organization*.
- Roesch A., Warren A., & Hill, E. (2021). The relationship between menopause and marital satisfaction in adult women. *Journal of Graduate Medical Education*, 2, 48–60.
- Ruggiero, L., Moadsiri, A., Quinn, L. T., Riley, B. B., Danielson, K. K., Monahan, C., Bangs, V. A., & Gerber, B. S. (2014). Diabetes island: preliminary impact of a virtual world self-care educational intervention for african americans with type 2 diabetes. *JMIR serious games*, 2(2), 10.
- Saalu, L.C., & Osinubi, A.A. (2013). Andropause (Male Menopause): Valid Concepts, Fables and Controversies. *Journal of Basic Medical Sciences*1(1), 33–7.
- Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 44(3), 497–515.
- Santoro, N., Roeca, C., Peters, B. A., & Neal-Perry, G. (2021). The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 106(1), 1–15.
- Silva, T. R., Oppermann, K., Reis, F. M., & Spritzer, P. M. (2021). Nutrition in Menopausal Women: A Narrative Review. *Nutrients*, 13(7), 2149.
- Takač, I., Geršak, K., Borko, E., Rakar, S., Šabec, N., et al (2016). Ginekologija in perinatologija. Maribor, *Medicinska fakulteta*, 49-55.
- The NAMS 2020 GSM Position Statement Editorial Panel (2020). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 27(9), 976–992.
- Tsujimura, A. (2013). The Relationship between Testosterone Deficiency and Men's Health. *The World Journal of Men's Health*, 31(2), 126–135.
- UGOVŠEK, U. (2019). Lajšanje težav in vloga medicinske sestre pri obravnavi žensk v menopavzi. Diplomsko delo. *Univerza v Ljubljani*. Retrieved March 03, 2023 from <https://repozitorij.uni-lj.si/lzpis/Gradiva.php?lang=slv&id=106185>
- Yafi, F. A., Jenkins, L., Albersen, M., Corona, G., Isidori, A. M., Goldfarb, S., Maggi, M., Nelson, C. J., Parish, S., Salonia, A., Tan, R., Mulhall, J. P., & Hellstrom, W. J. (2016). Erectile dysfunction. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16003.
- Yousefi, Z., Abdollahpour, N., Ghazanfarpour, M., Sadeghi, R., & Pourmoghadam, N. (2016). Impacts of herbal medicines on hot flash: a systematic review. *The Journal of Medicinal Plants Research*, 15(59), 40–46.
- Železnikar, Z. (2013). Pot do živahne moškosti. *Ljubljana: ARA založba d. o. o.*, 12–60.
- Woodard, G. A., Brooks, M. M., Barinas-Mitchell, E., Mackey, R. H., Matthews, K. A., & Sutton-Tyrrell, K. (2011). Lipids, menopause, and early atherosclerosis in Study of Women's Health Across the Nation Heart women. *Menopause (New York, N.Y.)*, 18(4), 376–384.

# SPECIALIZACIJA V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI: DOLG PRETEKLOSTI – NUJA PRIHODNOSTI



## OPERATING ROOM NURSING RESIDENCY: A DEBT FROM THE PAST – A CHALLENGE FOR THE FUTURE

**Blaž Brdnik, mag. zdr. nege**

*Univerzitetni klinični center Maribor, Operacijski blok Klinike za kirurgijo*

**Barbara Luštek, dipl. m. s.**

*Splošna bolnišnica Novo mesto, Centralni operacijski blok*

**blaz.brdnik@ukc-mb.si**

---

**Ključne besede:** izobraževanje, operacijske medicinske sestre, operacijska dvorana

### IZVLEČEK

Čeprav je zgodovina kirurgije stara kot samo človeštvo segajo prvi poznani začetki formalnega izobraževanja medicinskih sester v operacijski dvorani, v leto 1876, v Splošno bolnišnico Massachusetts (Združene države Amerike). V Sloveniji začetki formalnega izobraževanja operacijskih medicinskih sester (OPMS) segajo v leto 1946, v Ljubljano. Kljub bogati zgodovini izobraževanja OPMS v Sloveniji, danes le te že vrsto let ostajajo brez formalnega izobraževalnega programa. Posledično so priučene ob delu v sklopu uvajanja v delo, kar ni v skladu s kurikulumom za izobraževanje OPMS in mednarodno prakso. Glede na potrebe po specifičnih znanjih katerega potrebujejo za kakovostno in varno delo v operacijskih dvoranah, se postavlja v ospredje potreba po uvedbi formalnega programa izobraževanja za OPMS, katero bo zagotavljajo kakovostno in varno zdravstveno oskrbo pacienta, ter bo v skladu z mednarodnimi priporočili in prakso.

---

**Key words:** education, operating room nurse, operating theatre

### ABSTRACT

Although the history of surgery is as old as humankind itself, the beginnings of a formal training for nurses working in the operating theatre date back to 1876 at the General Hospital Massachusetts (United States of America). In Slovenia, formal training of operating room nurses was introduced 1946 in Ljubljana. Despite numerous forms of training provided for surgical nurses in Slovenia in the past, this group still remains without a formal educational program. As a result, they are trained alongside their regular job as part of integration, which is not in accordance with the curriculum for the training surgical nurses and international practice. As specific skills are required for performing high-quality and safe work in operating rooms, it is a priority to introduce a formal education program for operating room nurses, which will ensure high-quality and safe health care for patients and will be in accordance with international recommendations and practice.

## Uvod

Bilo je decembra 1876, ko je profesor kirurgije na Harvardski medicinski fakulteti, dr. Bigelow, prvič popeljal učenke zdravstvene nege bolnišnice v Massachusetts-u, na predavanja v operacijsko dvorano. Šola za medicinske sestre v učni bolnišnici v Bostonu (Massachusetts) je bila ena izmed treh ustanovljenih šol Florence Nightingale, v Združenih državah Amerike v tistem obdobju. Omenjen dogodek predstavlja prvi znan obisk učenk zdravstvene nege v operacijski dvorani z namenom poučevanja v Združenih državah Amerike (Metzger, 1976). Vzporedno z globalnim uveljavljanjem antiseptice in asepse, ter izjemnimi rezultati in napredkom kirurgije, se je v osemdesetih letih 19. stoletja, v operacijskih dvoranah pojavila potreba po ustrezno usposobljenih in izobraženih medicinskih sestrah, katere bi obvladovale preventivo infekcij (aseptično tehniko), ter nudile dostojno pomoč kirurgom med operativnim posegom (Lee, 1976; Shoup, 1988; Kneedler & Dodge, 1994). Z letom 1889 je bila operacijska zdravstvena nega (ZN) v Združenih državah Amerike spoznana kot specialno področje delovanja medicinskih sester, ter tako postala prva specializacija sestrskesmeri (Clemons, 1976; Berry & Langridge, 2000; Bull & FitzGerald, 2006). V Sloveniji je bilo prvo formalno izobraževanje za OPMS organizirano leta 1946, zadnji neuspešni poskus leta 2003 (Berkopec, 2015). Danes triindvajset let od zadnjega neuspešnega poskusa uvedbe specializacije za OPMS v Sloveniji, le te ostajajo brez formalnega izobraževanja, so priučene ob delu. Kar ni v skladu z mednarodnimi priporočili in prakso.

Namen prispevka je predstaviti problematiko na področju izobraževanja OPMS v Sloveniji, skozi zgodovino do danes. In ob znanih dejstvih kompleksnosti delovnega okolja (operacijskih dvoran), zahtevanih znanjih in mednarodnih priporočilih ter praksah, izpostaviti potrebo po razvoju podiplomskega formalnega programa izobraževanja za OPMS v Sloveniji.

## Zgodovina izobraževanja operacijskih medicinskih sester v Sloveniji

Prvo znano formalno izobraževanje OPMS v Sloveniji se je pričelo leta 1946 v Ljubljani. Tečaj se je uradno imenoval tečaj za kirurške instrumentarke in ortopedske asistentke (Berkopec, 2015). Tečaj je sprva trajal šest mesecev, leta 1947 že eno leto. Po opravljenem sprejemnem izpitu so se lahko vpisale kandidatke iz različnih šol, pozneje pa so morale opraviti strokovni izpit za naziv medicinski tehnik – instrumentarka (Borko, 1999). Spričevalo o opravljenem tečaju je izdalo Ministrstvo za ljudsko zdravje Federativne ljudske republike Slovenije (Berkopec, 2015). Po letu 1956 je tečaje organiziral Svet za zdravstvo. Pravico do naziva instrumentarka so imele kandidatke s srednjo medicinsko ali babiško šolo. Prvih šest mesecev je tečaj potekal kot teoretično praktični pouk na vseh ljubljanskih klinikah, naslednjih šest mesecev pa so kandidatke opravljale delo v operacijskih dvoranah zavoda, kateri jih je poslal na izobraževanje. Tečaj se je zaključil z izpitom. Osebe z nižjo medicinsko šolo si niso pridobile naziva instrumentarka, temveč so pridobile le pravico do dela v operacijski sobi in možnost, da si s posebnim strokovnim izpitom pri Svetu za zdravstvo v Ljubljani pridobijo naziv medicinska sestra 3. vrste. Zadnji tečaj je bil organiziran leta 1959 (Borko, 1999).

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so potekala intenzivna prizadevanja za vnovično uvedbo organiziranega izobraževanja za OPMS, vendar pa tej ideji na republiškem sekretariatu za zdravstvo in socialno varstvo niso bili najbolj naklonjeni, niso pa ji niti nasprotovali (Berkopec, 2015).

Leta 1972 so številne pobude iz zdravstvenih zavodov, ter izredno pomanjkanje usposobljenih operacijskih medicinskih sester, privedle do organizacije enoletnega podiplomskega tečaja za usposobitev medicinskih sester III. vrste vseh smeri za operacijske sestre – kirurške instrumentarke. Program za tečaj je odobrila komisija za potrjevanje učnih programov pri Zavodu SRS za zdravstveno varstvo v Ljubljani. Tečaj se je izvajal v okviru šole za zdravstvene delavce v Mariboru. Predavanja teorije so potekala po predmetniku v obsegu 384 ur na leto. Praktičen del je obsegal 840 ur dela v operacijskih sobah bolnišnice. Tečaj so zaključile s tridnevним praktičnim izpitom in teoretičnim zagovorom (Berkopec, 2015). V 12 letih delovanja je 129 medicinskih sester uspešno opravilo tečaj (Rebernik Milič, 2009).

V naslednjih letih je Sekcija OPMS in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti večkrat razpravljala o pomenu organiziranega strokovnega izpopolnjevanja OPMS in si na različne načine prizadevala za specialistični študij. Na samo potrebo po ureditvi izobraževanja, je sekcija opozarjala celo v nekaterih medijih (Berkopec, 2015) (Slika 1).

Leta 1979 je bilo na strokovnem srečanju sekcije poudarjeno dejstvo, da je ob vedno bolj zahtevnem delu v operacijskem bloku potrebna sprememba v sistemu izobraževanja medicinskih sester (Jarnovič, 1979).

Leta 1983 Sekcija prizadevno pripravljala opis del in nalog OPMS. Za utemeljitev potrebe po specializaciji (po končani višji stopnji). Ter jo prek ZDMSS posredovala Izobraževalni skupnosti za zdravstveno usmeritev (Majerič, 1983).

Leta 1984 Sekcija OPMS poda predlog, da bi bila za opravljanje dela operacijske medicinske sestre potrebna višje šolska izobrazba, predlog so obravnavali na sejah predsedstva ZDMSS tema bolnišnični in izven bolnišnični komisiji pri ZDMSS v Ljubljani. Predlog je podprl razširjen strokovni kirurški kolegij v Ljubljani v decembru 1984, niso pa ga podprle članice komisije – medicinske sestre, ker so OPMS sprejele kot nerazumljivo dejanje s strani kolegic, ki niso pokazale podpore (Ličen, 1985).

Leta 1985 je Joža Tomšič na redni letni skupščini Zveze društev medicinskih sester Slovenije posredovala mnenje Sekcije operacijskih medicinskih sester, da si je specifično znanje, ki ga zahteva poklic operacijske medicinske sestre, mogoče pridobiti samo s specializacijo (Tomšič, 1985).

**Slika 1:** Časovnica dogodkov na področju izobraževanja operacijskih medicinskih sester (Vir: prilagojeno po Brdnik (2013))

Po večletnih prizadevanjih je leta 2003 začel podiplomski specialistični študij na takratni Visoki zdravstveni šoli v Mariboru (Fakulteta za zdravstvene vede, Univerze v Mariboru). Vendar je potekal le dve leti. Rebernik Milić (2008) navaja, da izobraževanje ni naletelo na pričakovan odziv, saj ga delovne organizacije niso sprejele. Izkazalo se je, da način izobraževanja specialistov perioperativne ZN, ni dal potrebnih znanj za osnovna dela v operativni dejavnosti, pač pa znanja za opravljanje vodilnih nalog, ter znanstveno raziskovalno delo v perioperativni ZN.

## Posnetek stanja v Sloveniji danes

Čeprav ima problem izobraževanja OPMS v Sloveniji že dolgo brado, se zadnjih 20 let omenjen problem v strokovni javnosti ni toliko izpostavljala. Pa vendar še danes obstaja. Da znanje, ki ga potrebujejo OPMS za delo v operacijskih dvoranah presega okvir znanj, ki ga pridobijo v dodiplomskem izobraževanju je v letih 2008, 2009, po več letih zatišja, ponovno opozarjala predsednica Sekcije OPMS in zdravstvenih tehnikov Slovenije Manica Rebernik Milić (2008, 2009). Poudarila je, da izobraževanje na delovnem mestu ne daje ustreznih certifikatov in priznavanja, da si kompetenten za opravljanje dela operacijske medicinske sestre (Rebernik Milić, 2008). Prav tako je na problem iz zdravniških vrst opozoril prim. dr. Gorišek, ki v uvodnem razmišljanju Zbornika sekcije, opozarja na probleme izobraževanja, kateri se kažejo v tem, da tako pomembna veja kot je operacijska ZN nima v izobraževanju svoje začrtane usmeritve (Gorišek, 2008). V letih 2012 in 2013, sta bili opravljeni dve raziskavi v okviru magistrskih del, na temo izobraževanja operacijskih medicinskih sester (Brdnik, 2013, Žmauc, 2012), ter leto kasneje diplomsko delo (Kotar Bunderla, 2014). Žmauc (2012), Brdnik (2013) in Kotar Bunderla (2014) poudarijo dejstvo, da v Sloveniji ni formalnega izobraževanja za OPMS, kjer bi pridobile nepotrebno znanje za delo na tako specifičnem področju kot je operacijska ZN. Posledično so primorane pridobivati specifična znanja (teoretičnega in praktičnega) neposredno ob delu, med samim procesom dela, s prenosom znanj iz starejše kolegice na mlajšo (Žmauc, 2012). V večini ustanov program izobraževanja ni strukturiran, pogoji za izobraževanje so s strani mentorjev ocenjeni kot slabi, prav tako se v večini ustanov izobraževanje ne zaključuje s preizkusom znanja (Brdnik, 2013).

## Posnetek stanja na področju izobraževanja OPMS v mednarodnem prostoru

Rautiainen & Vallimies-Patomäki (2016) ugotavljata, da so najpogosteje nudene specializacije v evropskih državah s področja ZN: Intenzivna terapija, mentalno zdravje, operacijska ZN, urgentna stanja in pediatrična ZN. Prav tako sta identificirala tri glavne načine izvajanja podiplomskega izobraževanja v posameznih državah. Specializacije izvajajo univerze, tako imenovane specialistične programe (ang. residency program) izvajajo zdravstvene ustanove pod okriljem regulatornega organa (Ministrstvo za zdravje), ali srečamo kombinacijo obojega. Tako tudi na področju operacijske ZN najdemo v različnih evropskih državah različno organizacijo oziroma izvajalce/ ponudnike podiplomskega izobraževanja. Programi se izvajajo v različnih oblikah in so različno kreditno ovrednoteni. Tako na primer programi izobraževanja za OPMS na Danskem, Franciji, Nemčiji, Cipru, Poljskem, Madžarskem in Švici niso vključeni v kreditni sistem vrednotenja izobraževanja - European Credit

Transfer System (ECTS). Trajajo od 12 mesecev do 24 mesecev. Na Finskem, Belgiji, Irskem, Italiji, Španiji, Švedskem, Hrvaškem in Estoniji je se program izobraževanja izvaja v obsegu 30 ECTS. Islandiji in Portugalskem 90 ECTS in Norveškem 120 ECTS (Rautiainen & Vallimies-Patomäki, 2016; Willems, 2020). Po kurikulumu izobraževanja za OPMS, Evropske zveze operacijskih medicinskih sester – EORNA, je priporočen minimalni obseg izobraževanja 60 ECTS (European Operating Room Nurses Association, 2019). V večini (24) evropskih držav je podiplomsko izobraževanje za OPMS priznано in potrjeno s strani Ministrstva za zdravje ali Ministrstva za izobraževanje (Willems, 2020). Slovenije žal ni med njimi.

## Diskusija

Potrebno se je zavedati, da danes operacijske dvorane kjer delujejo OPMS predstavljajo kompleksno, tehnološko zahtevno in hitro razvijajoče se delovno okolje, kjer se izvaja najzahtevnejša zdravstvena obravnava pacientov, ter se na dnevni ravni zvrstijo številni operativni posegi (Gorgone, Arsenault, Milliman-Richard & Lajoie, 2016). Operacijska ZN zahteva široko bazo znanja, prav tako pa sposobnost posameznika prilagajati se tehnološkim spremembam in fizičnim stresorjem na delovnem mestu, kateri se razlikujejo od bolj tradicionalnih vej zdravstvene nege (Manz, Williams, Jessen & Kirkpatrick, 2021). Prav tako predstavljajo operacijske dvorane visoko rizično področje za pojav medicinskih napak, v katerem imajo znanje in izkušnje posameznika v kirurškem timu ključno vlogo pri preprečevanju le teh (World Health Organization, 2009). V takšnem delovnem okolju mora multidisciplinarni tim delovati učinkovito za doseg optimalnega rezultata zdravstvene oskrbe (Schulthess, Bohnen, Grantcharov & Palter, 2020). Z vidika zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, kakor tudi vidika potreb kliničnega okolja, zdravstvenega sistema, uporabnika in izvajalca storitev potrebno pristopiti k razvoju formalnega izobraževanja za OPMS v Sloveniji. Kako, na kakšen način?

O specializacijah v ZN je bilo v slovenskem prostoru že mnogo napisanega in postorjenega. Tako lahko najdemo številne prispevke uveljavljenih avtorjev (Albreht & Pribakovič Brinovec, 2011; Vilar & Ažman, 2011; Skela Savič & Klemenc, 2011; Horvat, Zaletel, Kramar & Skela Savič, 2013) na temo specializacij. Sama usmeritev za razvoj specializacij je zapisana tudi v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe 2011 – 2020 (Kadivec et. al., 2011, p. 17), kjer je zapisano: »Pristopiti je potrebno k mednarodno primerljivemu razvoju kliničnih specializacij za medicinske sestre kot oblike podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi in oskrbi, ki bo podlaga za prenos poklicnih aktivnosti in kompetenc med zdravniki in diplomiranimi medicinskimi sestrami...«.

Ko govorimo o potrebi po specializaciji na področju operacijske ZN (ali drugi obliki podiplomskega izobraževanja) se moramo zavedati, da govorimo z vidika potreb po pridobivanju osnovnih znanj za delo OPMS na področju operativne dejavnosti. Katerih medicinske sestre ne pridobijo tekom dodiplomskega študija. In ne o specializaciji z namenom poglobitve in razširitev znanj že osvojenega področja, kar omogoča prenos določenih kompetenc s strani zdravnika na medicinsko sestro. Čigar namen lahko zasledimo pri specializacijah s področja onkološke ZN (Lokar, 2013), psihiatrične ZN (Bregar et al., 2013) ali gerontološke ZN (Tičar, 2011). Zato je potrebno v prihodnje pri načrtovanju specializacij na področju ZN, ob področjih kjer imajo velik potencial za prenos določenih kompetenc s strani zdravnika na medicinsko sestro (družinska medicina, medicina prometa in športa, gerontologija, psihiatrična ZN, ipd.), prvenstveno vključiti specifična področja ZN, ki potrebujejo specializacijo zaradi potreb po osvojitvi temeljnih znanj specifičnega področja. Saj bazični dodiplomski program izobraževanja za medicinske sestre teh znanj in veščin ne nudi, ali v zelo omejeni količini.

Na podlagi analize preteklih izobraževanj za operacijske medicinske sestre v Sloveniji, identificiranimi potrebami in problematiko izobraževanja danes, ter izhajanju iz Strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva 2013-2020 (Kadivec et al., 2011) in Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 (Ur. list RS, št. 72/2008) katera navaja, da se je pri pripravi specializacij moč zgledovati po sistemu katerega že imajo uspešno uvedena nekateri poklici v zdravstvu (zdravniki, farmacevti, biokemiki, psihologi) se predlaga specializacija za OPMS na sledečih temeljih: Specializacija za OPMS po vzoru zdravniških. Izvaja se v kliničnem okolju. Zakonsko obvezna ter pogoj za samostojno opravljanje dela, oziroma pridobitev naziva. Regulatorni organ pripravi razpis glede na potrebe. Specializantu se dodeli neposredni in nadzorni mentor. Zaključni se s specialističnim izpitom. Specializacija je v skladu s priporočili Evropske zveze operacijskih medicinskih sester v obsegu minimalno 60 ECTS.

## Zaključek

Letos mineva devetintrideset let odkar se je zaključil zadnji formalni program izobraževanja za OPMS, kateri je nudil potrebne vsebine za delo na področju operativne dejavnosti. Prav tako je bil nacionalno in mednarodno odlično sprejet. V dolgem obdobju odsotnosti formalne oblike izobraževanja ter vmesnih neuspešnih poskusih uvedbe specializacije, je še danes OPMS priučena ob delu. Nedvomno je danes, v času reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji čas, da se po več letih prisluhne potrebam kliničnega okolja tudi specifičnih delovnih skupin, kot so OPMS, ter pristopi k razvoju izobraževalnega programa. Programa kateri bo v skladu z evropskimi priporočili in smernicami, operacijskim medicinskim sestram nudil specifična znanja, pacientom pa zagotavljal kakovostno in varno zdravstveno oskrbo na področju operativne dejavnosti.

V okviru nadaljnjega dela predlagamo ustanovitev delovne skupine za pripravo izobraževalnega programa (specializacije) za OPMS, pod okriljem Zbornice – Zveze in Direktorata za zdravstveno nego, Ministrstva za zdravje.

Ob odsotnosti formalne oblike izobraževanja za OPMS v Sloveniji in v prispevku navedeni problematiki, se postavlja vprašanje koliko znanja imajo slovenske OPMS v primerjavi s formalno izobraženimi OPMS v tujini? Ali bi z obstoječim znanjem pridobile mednarodni certifikat – CORN? Pridobiti odgovor na vprašanje naj bo predmet nadaljnjega znanstveno raziskovalnega dela.

## Literatura

- Albreht, T., & Pribaković Brinovec, R. (2011). Specializacije in specialna znanja v zdravstveni negi v Sloveniji – Vidik potreb zdrave in bolne populacije, zdravstvenega sistema in družbe. In B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc et al. (Eds.), *Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: Moja kariera, 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 8.3.2011* (pp. 45-49). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Berkopec, M.(ed.). (2015). *Operacijske medicinske sestre in razvoj perioperativne zdravstvene nege na slovenskem*. In Operacijske medicinske sestre na slovenskem (pp. 40-78). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Berry, K., & Langridge, M. (2000). Being a postgraduate student in the OR - an educational perspective. *ACORN Journal: Official Journal of the Australian Confederation of Operating Room Nurses*, 13(1), 41.
- Borko, E. (1999). Pogled na operacijsko medicinsko sestro nekoč in danes. In N. Papler (ed.), *Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege: Zbornik IX, 12 in 13 november* (pp. 5–9). Laško: Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Brdnik, B. (2013). *Izobraževanje operacijskih medicinskih sester* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
- Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljič, S., Stopar Stritar, A.,...Peterka Novak, J. (2013). In B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery (eds.), *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: Moja kariera, 6. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 27.3.2013* (pp. 63-75). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Bull, R., & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3–7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x>
- Clemons, B. (1976). Lister's day in America. *AORN Journal*, 24(1), 43–51.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative nursing*. Bruxelles: EORNA.
- Gorgone, P. D., Arsenault, L., Milliman-Richard, Y. J., & Lajoie, D. L. (2016). Development of a New Graduate Perioperative Nursing Program at an Urban Pediatric Institution. *AORN Journal*, 104(1), 23-29.e2. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.006>
- Gorišek, B. (2008). Zbornik strokovnih predavanj na sekcijem sestanku operacijskih medicinskih sester. In M. Rebernik Milič (ed.), *Vseživljensko izobraževanje: zbornik XXIV, Bled 21. in 22. november* (pp.3-4). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Horvat, M., Zaletel, M., Kramar, Z. & Skela Savič, B. (2013). Posvet o specializacijah 2010: Kje smo danes? In B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery (eds.), *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: Moja kariera, 6. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 27.3.2013* (pp. 48-56). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Kadivec, S., Bregar, B., Buček Hajdarevič, I., Černivec, J., Horvat, M., Klemenc, D.,...ZavrI Džananović, D. (2011). *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za od 2011 do 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Kneedler, J. A., & Dodge, G. H. (1994). *Perioperative Patient Care: The Nursing Perspective*. Jones & Bartlett Learning.
- Kotar Bunderla, M. (2014). *Primerjava dela operacijske medicinske sestre v Sloveniji in Belgiji* (diplomsko delo). Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Izola.
- Lee, R. M. (1976). Early operating room nursing. *AORN Journal*, 24(1), 124–138. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)64638-9](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)64638-9)
- Lokar, K. (2013). Specializacije v zdravstveni negi: Primer onkološke zdravstvene nege. In B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery (eds.), *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: Moja kariera, 6. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 27.3.2013* (pp. 57-62). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Manz, J., Williams, K., Jessen, J., & Kirkpatrick, A. (2021). Addressing the Perioperative Nursing Shortage Via a Perioperative Nursing Preceptorship for Baccalaureate Nursing Students. *AORN Journal*, 113(1), 52–63. <https://doi.org/10.1002/aorn.13277>



- Metzger, R. S. (1976). The beginnings of OR nursing education. *AORN Journal*, 24(1), 737580848890–778185.
- Rautiainen, E., & Vallimies-Patomäki, M. (2016). A review of the organization, regulation, and financing practices of postgraduate education in clinical nursing in 12 European countries. *Nurse Education Today*, 36, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.004>
- Rebernik Milič, M. (2008). Razvoj kadrov v perioperativni dejavnosti. In M. Rebernik Milič (ed.), *Vseživljensko izobraževanje: zbornik XXIV, Bled 21. in 22. november* (pp. 9 - 15). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
- Rebernik Milič, M. (2009). *Razvoj kadrov v operativni dejavnosti slovenskega zdravstva* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.
- Schulthess, P., Bohnen, J., Grantcharov, T., & Palter, V. (2020). The OR Black Box Nursing Education Curriculum: Using Video Review to Optimize Patient Safety. *AORN Journal*, 112(5), 536–544. <https://doi.org/10.1002/aorn.13218>
- Shoup, A. J. (1988). The nurse as circulator. Historical perspective, future possibilities. *AORN Journal*, 47(5), 1231–1234, 1236–1240.
- Skela Savič, B. & Klemenc, D. (2011). Opredelitev izobraževanja v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v RS za obdobje 2011 do 2020. In B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc et al. (Eds.), *Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: Moja kariera, 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 8.3.2011* (pp. 20-33). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Tičar, Z. (2011). Predstavitev specializacije iz gerontologije - Primer Španije. In B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc et al. (Eds.), *Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: Moja kariera, 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 8.3.2011* (pp. 75-80). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery 2009: Safe surgery saves lives. *Safe Surgery Saves Lives, WHO/IER/PSP/2008.08-1E*, 124.
- Vilar, V. & Ažman, M. (2011). Nekatera izhodišča za razvoj specializacij: program, pooblaščen izvajalci, razpis, mentorstvo, zagotavljanje kakovosti izvedbe, potrebe po specializacijah, izvedba. In B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc et al. (Eds.), *Specializacije v zdravstveni negi – partnerstvo med zdravstveno nego in medicino: Moja kariera, 4. posvet z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 8.3.2011* (pp. 54-63). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- Ur.list RS, št.72/2008. (2008). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013*.
- Willems, C. (2020). *Perioperative Nursing Education in Europe Survey* (str. 1–34). European Operating Room Nurses Association. Retrieved Februar 22, 2023 from: [https://www.esno-congress.eu/resources/media/Congress\\_2020/Spreker\\_Presentaties/Session\\_2\\_-\\_Christine\\_Willems\\_-\\_Plenary\\_Room\\_-\\_11.00-11.30.pdf](https://www.esno-congress.eu/resources/media/Congress_2020/Spreker_Presentaties/Session_2_-_Christine_Willems_-_Plenary_Room_-_11.00-11.30.pdf)
- Žmauc, T. (2012). *Ali dodiplomski študij zadovoljuje potrebe po znanju operacijskim medicinskim sestram* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.

# SINDROM PROFESIONALNOG SAGOREVANJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

**Tatjana M. Dinić, strukovna medicinska sestra**

*Specijalna bolnica za psihijatrijske bolesti, G. Toponica, Niš, Srbija*

**tatjanadinic@yahoo.com**

Ne može svaka osoba na ovom svetu u kojem živimo imati oči, uši, nos i želudac... da vidi i gleda krvave scene, da svojim ušima čuje jauk i patnju, njuhom da oseti mirise smrti a želudac da to stoječki podnese... ne, ne može svako biti zdravstveni radnik... svaka nam čast!

Tokom pandemije, zdravstveni radnici, uključujući lekare, medicinske sestre/tehničare i drugo zdravstveno osoblje, susreli su se sa nizom različitih problema, koji pre toga nisu postojali: susret sa nepoznatom bolešću, nova organizacija službe, briga za sebe, briga za pacijente i porodicu, intenzivan rad i preopterećenost.

Faktori koji su u vreme pandemije dodatno opteretili sestrinsku profesiju i povećali rizik za pojavu koronarne bolesti, mentalnih poremećaja i sindroma sagorevanja su mali broj zaposlenih medicinskih sestara/tehničara u redovnom radnom vremenu, duple smene zbog bolovanja, prekovremeni rad, rad bez dovoljno odmora između smene, rad u smenama bez ritma, neadekvatne plate, izolacija za vreme pandemije. Najčešći stresori u sestrinskoj profesiji su svakodnevne nepredvidive situacije, hitne odluke, koje sestre donose same bez mogućnosti konsultacije, odgovornost i niz drugih stresora, svakodnevni rad i komunikacija s teškim ili neizlečivim bolesnicima i bolesnom decom, osećaj bespomoćnosti, visoki zahtevi koji se postavljaju medicinskim sestrama, prevelika i nerealna očekivanja od bolesnika i članova porodice, verbalna i fizička agresija i pretnje od strane bolesnika ili članova njihovih porodica.

## Uzroci profesionalnog sagorevanja

Jednostavno rečeno, sagorevanje je povezano sa stresom na poslu, koji iz nekog razloga nije efikasno prevaziđen: psihosomatski problemi (slabost i nesanica), emocionalni problemi (anksioznost i depresija), socijalni problemi (neprijateljstvo, apatija, nepoverenje), problemi ponašanja (agresivnost, razdražljivost, izolacija), kao i mnogi drugi .

## Rezultati upitnika rađenog na uzorku od 30 ispitanika, oba pola, različitih starosnih grupa, različitih dužina radnog staža

Starost i godine radnog staža su u pozitivnoj korelaciji sa iscrpljenošću. Tip ličnosti i zadovoljstvo na radu: ekstrovertne, optimistične i emocionalno stabilne osobe imaju manju predispoziciju sindroma sagorevanja, imaju veće zadovoljstvo u radu i bolje zdravlje. Tip ličnosti i nezadovoljstvo na radu: pesimisti, perfekcionista, introverti, visoko odgovorne emocionalno labilne osobe podložnije su razvoju sindrome sagorevanja.

Varijable o karakteristikama radnog okruženja: noćni rad, dužina radnog staža, prekovremeni rad, rukovodeća pozicija.

## Uzroci sindrom sagorevanja zdravstvenih radnika

Medicinske sestre, koje pokazuju veću emocionalnu inteligenciju, imaju manjak učestalosti burnout sindroma a imaju veće zadovoljstvo poslom i bolje zdravlje. Nema razlike među ispitanicima u odnosu na bračno stanje, radni staž i godine starosti. Individualni i situacioni faktori utiču na razvoj ovog sindroma. Konstantna preopterećenost poslom, nedostatak mogućnosti za odmorom, nametanje tempa i načina rada direktno su povezani. Burnout sindrom ne izaziva samo previše radnih sati i obaveza. Kada poslodavac ne prepoznae trud i ne nagrađuje radnike (psihološki ili finansijski), povećava se vulnerabilnost ka razvoju sindroma, zbog toga što se time obezvređuje i posao i sam radnik. Navedeno se automatski povezuje sa osećanjem neefikasnosti. Nasuprot tome, nagrađivanje radnika pruža satisfakciju i daje motivaciju za dalji rad.



Kada su individualni faktori u pitanju, često se postavlja pitanje zašto u istim radnim uslovima ima individualnih razlika u odgovoru na stres. Odgovor bi bio, da svaka osoba jedinstveno doživljava i reaguje na određeni stres, odnosno da od karaktera najviše zavisi da li će osoba razviti sindrom. Osobe, koje su ekstrovertne i emotivno stabilnije, imaju manju predispoziciju da razviju sindrom, dok su osobe koje su visokoodgovorne, sa izraženom potrebom za kontrolom, uz težnju ka perfekcionizmu i pesimistične, podložnije razvoju ovog sindroma.

## Strategija prevazilaženja ovog sindroma

Određivanja prioriteta u životu, odnosno napraviti balans između privatnog i poslovnog života! Pitanje je, da li je zaista posao na prvom mestu ili je preveliko profesionalno angažovanje bežanje od drugih životnih problema. Proceniti obim posla, koji se može obaviti u okvirima radnog vremena, voditi računa o dužini radnog vremena i potrebi za prekovremenim radom. Preporuka je da se neguju zdravi odnosi sa kolegama i da se poprave oni koji su loši. Socijalni kontakti su prirodni antidot za stres. Razgovor sa osobom od poverenja je najbrži i najefikasniji način da se umanjí stres, a ako ne postoji takva osoba, nikada nije kasno da se izgrade nova prijateljstva i da se prošire socijalne relacije. Ukoliko se dolazi u kontakt s ljudima koji negativno utiču, poželjno je to vreme limitirati.

## Održavanje zdravih društvenih veza

Pokušajte da odvojite vreme za komunikaciju sa porodicom i prijateljima, kako biste imali primer pozitivne interakcije pred očima i prebacili fokus sa teških iskustava. Odvojite određeni deo vremena u danu koji ćete provoditi isključivo za sebe – gledanje omiljenih serija, pletenje, kupanje u vrućoj kupki...

## Balans između posla i slobodnog vremena

U prevenciji i prevazilaženju ovog sindroma pomoći će fizička aktivnost, relaksacija i zdrava ishrana. Preporučuju se redovne šetnje, kao i slušanje muzike, čitanje, sport, planinarenje, pletenje, gledanje televizije... Ukoliko sve to ne dovede do poboljšanja, onda je potrebno potražiti pomoć psihoterapeuta.

## Održavanje ličnih granica

Emocionalna inteligencija se povezuje sa manjom učestalošću burnout sindroma i većim zadovoljstvom poslom i boljim zdravljem zdravstvenih radnika.

Redovno uključivanje u stručne seminare može biti od pomoći, koji osim novih znanja pa time i mogućnosti boljeg profesionalnog funkcionisanja i eventualnog napredovanja, omogućavaju pojedincu odaljavanje od svakodnevne rutine i nove socijalne kontakte.

## Zaključak i predlog mera

Najbolja stvar koju zdravstveni radnik može učiniti za sebe je, da ukoliko ima probleme potražiti pomoć. Ključni aspekt prevencije je rana detekcija prvih znakova burnouta. Nemojte se plašiti da potražite pomoć! Niko se ne stidi da ode kod doktora sa slomljenom nogom ili kod medicinske sestre za injekciju, ne treba se stideti ni kontaktirati psihologa ili psihijatra. Ako smatrate da ste na ivici, obratite se stručnjaku! S verom u znanje, iskustvo, mudrost, odgovornost, poštovanje, strpljenje, radimo za budućnost naše struke, jer imamo dovoljno radnog entuzijazma, hrabrosti, energije i ideja...kreirajući aktivno sadašnjost stvaramo budućnost zdravstvene struke. Činimo mnogo puta i nemoguće, zaboravljajući na sopstveno zdravlje i život a za kvalitetniji život građana, dece, mladih i starijih!

# DOJEMANJE DIMENZIJ INFORMACIJSKE VARNOSTNE KULTURE NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE V REPUBLIKI SLOVENIJI – PRESEČNA RAZISKAVA

## THE PERCEPTION OF DIMENSIONS OF INFORMATION SECURITY CULTURE IN THE FIELD OF NURSING IN THE REPUBLIC OF SLOVENIA - A CROSS-SECTIONAL STUDY

**Samanta Mikuletič, mag. zdr. nege**

*Zdravstveni dom Postojna, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin*

**izr. prof. dr. Boštjan Žvanut**

*Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju*

**prof. dr. Brigita Skela-Savič**

*Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin*

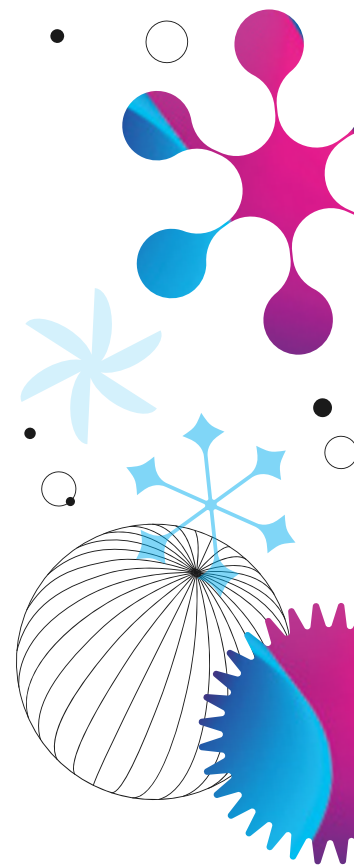
[samanta.mikuletic@gmail.com](mailto:samanta.mikuletic@gmail.com)

260

**Ključne besede:** zasebnost in varnost podatkov, zdravstveni podatki, kršenje varnosti podatkov, informacijska varnost, zdravstvo, izvajalci zdravstvenih storitev

### RAZŠIRJEN POVZETEK

**Uvod:** Na področju zdravstvenega sektorja je zaslediti povečanje kršitve varnosti osebnih podatkov. V letu 2017 je visoko na vrhu kotirala kršitev nepooblaščenega dostopa do podatkov in njihovega razkritja (McCoy & Perlis, 2018; Dolezel & McLeod, 2019). Oddelek za zdravstvo in službo za državljsanske pravice ZDA na svojem spletnem portalu redno evidentira omenjene kršitve (U.S. DSS, n.d.). Kljub temeljitemu pregledu razpoložljivih virov, nismo identificirali uradnih podatkov o kršitvah varnosti in zasebnosti zdravstvenih podatkov v Sloveniji. Gre za alarmanten problem in področje, za katero si organizacije nikakor ne smejo dovoliti zaustavitve posodabljanj. Zaščita zdravstvenih podatkov je še posebej zahtevna (Terry, 2017), zaradi potencialnih groženj in vse večjega števila kršitev varnosti informacij. Zdravstveni podatki so najbolj občutljivi in zaupni osebni podatki, katerih nepooblaščen razkritje vodi do pravnih in finančnih posledic (Johnson, 2009). Poleg teh posledic sta pomembni tudi etična in moralna odgovornost (Price & Cohen, 2019). Za učinkovito spoprijemanje z omenjenimi tveganji je za organizacije izjemnega pomena informacijska varnostna kultura (Safa, 2017). Z njeno ustrežno kultivacijo lahko zdravstvene organizacije pomagajo razvijati ustrežno varnostno vedenje med zaposlenimi (Sari et al., 2021) in pripomorejo k učinkovitejšemu soočanju z omenjenimi varnostnimi tveganji. Skupni imenovalec opravljenih raziskav so organizacijski, vodstveni in tehnični vidiki. Vendar, ko govorimo o disciplini, kot je zdravstvena nega, je potrebna razširitev onkraj teh vidikov. Namen izvedene raziskave je bil preučiti dožemanje dimenzij informacijske varnostne kulture in ugotoviti, katera izmed dimenzij je prevladujoča in bi lahko bila napovedovalec vedenjske namere kršitve varnosti zdravstvenih podatkov s strani zaposlenih v zdravstveni negi. Skladno s tem, je cilj raziskave bil *preveriti koncept dimenzij in stanje informacijske varnostne kulture pri zaposlenih v zdravstveni negi v Republiki Sloveniji.*



**Metode:** Uporabljen je bil kvantitativni, neeksperimentalni pristop z izvedbo deskriptivne (opisne) raziskave. Izvedena je bila presečna raziskava z enkratnim vzorcem, kar velja za najpogosteje uporabljen raziskovalni dizajn v socioloških znanostih (Kumar, 2011). Za merjenje dimenzij informacijske varnostne kulture smo uporabili preveden in prilagojen vprašalnik avtorjev Nasir, Abdullah Arshah in Ab Hamid (2019). Elementi vprašalnika so rezultat dela številnih raziskovalcev. Vprašalniku smo dodali dva nova konstrukta, in sicer »*usmerjenost k varnosti podatkov*« (angl. »Security Oriented« - v nadaljevanju SO) in »*usmerjenost k zagotavljanju zasebnosti*« (angl. »Privacy Oriented« - v nadaljevanju PO). Omenjena sta nastala pri pregledu literature in na podlagi rezultatov izvedene preliminarne kvalitativne raziskave. Zbiranje podatkov je potekalo od aprila 2021, do marca 2022. Zbornica-Zveza je posredovala e-novice, skupaj s povezavo do spletne ankete, na več kot 12. 000 elektronskih naslovov. V raziskavo je bilo vključenih 527 udeležencev, zaposlenih v zdravstveni negi z različno stopnjo izobrazbe, iz vseh treh ravni zdravstvenega varstva in iz socialno-varstvenih ustanov. Udeleženci raziskave zato predstavljajo heterogeno skupino, naključnega vzorca ciljne populacije. Zbrani podatki so bili analizirani z orodjem SPSS. Za ugotavljanje različnih zvez med podatki, smo uporabili opisne statistične analize (predstavitev velikosti vzorca (N), odstotki (%), frekvence (f), minimalne (Min), maksimalne (Max) in srednje vrednosti). V nadaljevanju so bile uporabljene inferenčne statistične analize, s katerimi smo ocenili in preverili hipoteze.

**Rezultati** so pokazali, da imata najnižjo vrednost mediane dimenziji *nadzorovanje/spremljanje varnosti* (angl. »Security Monitoring« - v nadaljevanju MON) ter *izmenjava znanja o informacijski varnosti* (angl. »Information Security Knowledge Sharing« - v nadaljevanju ISKS), medtem, ko je najvišja pri dimenziji PO. Identificirana je bila šibka, pozitivna povezava med starostjo udeležencev ter dimenzijo *obvladovanje tveganj* (angl. »Risk Management« - v nadaljevanju RM), ter med delovno dobo in *postopkovnimi protiukrepi* (angl. »Procedural Countermeasures« - v nadaljevanju PCM), delovno dobo in *varnostnim izobraževanjem, usposabljanjem in ozaveščanjem* (angl. »Security Education, Training and Awareness« - v nadaljevanju SETA). Identificirane so bile statistično značilne razlike v povprečnih rangih med moškimi in ženskami, za dimenziji MON in ISKS. Rezultati Kruskal-Wallisovega H testa so pokazali, da ni statistično značilnih razlik v povprečnih vrednostih rangov dimenzij informacijske varnostne kulture glede na stopnjo izobrazbe, organizacijami ali nivoji zdravstvenega varstva. *Rezultati, prikazani v prispevku, so del sklopa večje raziskave, ki je bila opravljena v okviru doktorske disertacije in se nanašajo na njen prvi cilj.*

**Diskusija in zaključek:** Najnižji vrednosti mediane sta bili identificirani pri dimenziji MON in ISKS, medtem, ko je najvišja pri PO. S tem rezultatom je argumentiran vnos novega konstrukta PO, v že obstoječi model avtorjev Nasir et al. (2019). Nekateri avtorji predlagajo razvoj vsebin in metod, specifične za panoge, kot je npr. zdravstvo, ki se srečuje z dilemami med varnostjo zdravstvenih podatkov, strogimi predpisi in blaginjo pacientov (Hedström, Karlsson & Kolkowska, 2013; Karlsson, Hedström, & Goldkuhl, 2017). Rezultati kažejo na močno dožemanje in strinjanje o PO dimenziji za področje zdravstvene nege. Gre za konstrukt, ki se nanaša na zavezanost k poklicni molčečnosti, zavezi zagotavljanja zasebnosti pacientov, varovanju zasebnosti pacientov, zagovarjanju pravic pacientov do zasebnosti ter pravila: »*Ne delaj drugim, kar ne želiš, da bi drugi naredili tebi.*«, glede zasebnosti pacientov, ki vsebuje etično komponento. Ker je zdravstvena nega sama po sebi praksa etike in etičnega odločanja je etično ravnanje medicinskih sester v zvezi z informacijsko varnostjo izjemnega pomena za spoštovanje idealov in etičnih norm poklica. Ta predstavlja posebnost zdravstvene nege. Zato ni presenetljivo, da ima poklicno specifična dimenzija informacijske varnostne kulture, ki je povezana s področjem etike v zdravstveni negi najvišjo mediano. Spoštovanje človekove pravice do dostojanstva je sestavni del zdravstvene nege (International Council of Nurses, 2021), ohranjanje zasebnosti informacij pa pomemben element pozornosti do dostojanstva pacientov (Jamalimoghadam, Yektatalab, Momennasab, Ebadi & Zare, 2019; Mohammadi, Tabatabaei, Sadate, Mozafari & Gillespie, 2020). Na žalost so v kliničnih okoljih pacienti ranljivi za izgubo dostojanstva glede informacijske zasebnosti (Mohammadi et al., 2020). Prav zaradi tega je pomembno vzpostaviti ustrezno kulturo, ki spodbuja dostojanstvo pacientov v klinični praksi (Baillie, 2009; Bidabadi, Yazdannik & Zargham-Boroujeni, 2019) Pozornost do pacientovega dostojanstva je neločljiv del poklica zdravstvene nege (International Council of Nurses, 2021; Kearns, 2017). Pri tem se pojavi zanimivo vprašanje. Hipotetično, če bi bile v organizaciji dimenzije informacijske varnostne kulture popolnoma izključene (npr. PCM, MON, TMC), ali bi identificirana dimenzija PO, specifična za poklic zdravstvene nege, zadostovala za preprečitev morebitnih kršitev varnosti informacij? Najnižjo mediano ima dimenzija informacijske varnostne kulture ISKS. Rezultati kažejo, da izmenjava znanja o informacijski varnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi ni tako pomembna oz. je okrnjena ali pa ne poteka. Predhodne raziskave iz drugih področij so pokazale ISKS (Safa, Von Solms & Furnell, 2016; Nasir et al., 2019) in prav tako tudi SETA (Chen, Ramamurthy, & Wen, 2015; Nasir et al., 2019) kot relevantni dimenziji informacijske varnostne kulture. Domnevamo lahko, da prenos znanja in veščin informacijske varnosti zaposleni v zdravstveni negi ne dojemajo kot prioriteto, ki bi jo bilo treba vključiti v stalno usposabljanje in izobraževanje, ali kot ključni element v procesu izmenjave znanja. Rezultati so presenetljivi, saj medicinske sestre predstavljajo populacijo, ki dojemata nenehno usposabljanje, izobraževanje (Price & Reichert, 2017) ter izmenjavo znanja (Yoo, Zhang & Yun, 2019) kot ključnega pomena za njihov poklic in razvoj kariere. Poleg dimenzije ISKS ima najnižjo

mediano dimenzija MON, kar kaže, da se zaposleni ne zavedajo ali celo ne poznajo posledic kršenja varovanja osebnih podatkov pacienta. Obenem so bile za dimenzijo MON identificirane statistično značilne razlike v povprečnih vrednostih med moškimi in ženskami. Povprečna vrednost je bila višja pri ženskah. Farzandipour, Sadoughi, Ahmadi in Karimi (2010), Zafar (2013) in Peikari, Shah in Lo (2018) navajajo, da je MON eden od ključnih faktorjev, ki oblikujejo zaupanje pacientov. Dojemanje pacientov, o varnostnemu spremljanju zaposlenih je povezano z zaupanjem v bolnišnico in pomisleke glede kršitev varnosti. Rezultati nakazujejo, da obstaja povezanost, pa četudi šibka, pozitivna, med starostjo, delovno dobo zaposlenih v zdravstveni negi in dimenzijo RM. Iz rezultatov sklepamo, da delovne izkušnje zaposlenih lahko zmanjšajo tveganje za kršitve varnosti podatkov. Zaposleni, ki delujejo vrsto let v neki organizaciji, bolje poznavao politiko. Zaznali nismo statistično značilnih razlik v povprečnih vrednostih rangov dimenzij informacijske varnostne kulture glede na *stopnjo izobrazbe* ali *vrste zdravstvenih organizacij*. Zaradi organizacijskih ustrojev med nivoji zdravstvenega varstva in socialnovarstvenimi zavodi ter velikostmi organizacij in izobraževalnih programov, smo pričakovali različna dojetanja dimenzij informacijske varnostne kulture. Zato se pojavljata vprašanji: a) ali so obstoječi izobraževalni programi zadostni, da bi lahko bodoče zaposlene v zdravstveni negi oplemenitili z znanjem za rokovanje z zdravstvenimi podatki in b) ali lahko dobljene rezultate povežemo z težavami pri prenosu pridobljenega znanja v prakso zdravstvene nege? Izsledki opravljene raziskave predstavljajo izhodišče za nadgradnjo izobraževalnih programov, ki lahko stroko zdravstvene nege oplemenitijo z dodatnim praktičnimi znanji, ki so nepogrešljiva pri uporabi sodobne informacijske komunikacijske tehnologije.

---

**Key words:** data privacy and security, healthcare data, data security breach, information security, healthcare, healthcare providers.

## EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** The healthcare sector is witnessing an increase in personal data security violations. In 2017, the highest-ranking issues were the breach of unauthorized access and disclosure of data (McCoy and Perlis, 2018; Dolezel and McLeod, 2019). The U. S. Department of Health and Human Services regularly records these violations on its website (U. S. DSS, n. d.). Despite a thorough review of available sources, we have not identified any official data on breaches of security and privacy of health data in Slovenia. This is an alarming problem and an area that organizations cannot afford to stop updating. Protecting health data is particularly challenging due to potential threats and the increasing number of data security breaches (Terry, 2017). Health data is the most sensitive and confidential personal data, the unauthorized disclosure of which leads to legal and financial consequences (Johnson, 2009). In addition to these consequences, it is important to underline the ethical and moral responsibility linked to data security (Price and Cohen, 2019). In order for organizations to effectively deal with the aforementioned risks, an information security culture is of utmost importance (Safa, 2017). By cultivating it appropriately, healthcare organizations can help to develop appropriate safety behaviors among employees (Sari et al., 2021) and contribute to successfully controlling these safety risks. The common denominator of the conducted research is organizational, managerial and technical aspects. However, when we talk about a discipline, such as nursing, there is a need to expand beyond these aspects. The aim of the study was to examine the perception of the dimensions of information security culture and to identify which of them is predominant and could be a predictor of behavioral intention to breach the security of health data by nursing staff. Accordingly, the aim of the study was *to examine the concept of dimensions and the state of information security culture among nursing staff in the Republic of Slovenia*.

**Methods:** a quantitative, non-experimental approach was used, using descriptive research. A cross-sectional study with a one-off sample was conducted, which is considered the most commonly used research design in the social sciences (Kumar, 2011). To measure the dimensions of information security culture, a questionnaire by Nasir, Abdullah Arshah and Ab Hamid (2019) was translated and adapted. The elements of the questionnaire are the result of the work of many researchers. Two new constructs were added to the questionnaire, namely Security Oriented (hereafter referred to as SO) and Privacy Oriented (hereafter referred to as PO). They were formed during the review of the reference literature and based on the results of preliminary qualitative research. The data collection took place from April 2021 until March 2022. The Nurses and Midwives Association of Slovenia sent the newsletter, including the link to an online survey, to more than 12,000 e-mail addresses. 527 participants, employed in nursing with different levels of education, from all three levels of health care and from social welfare institutions took part in the survey. The participants therefore represent a heterogeneous group, a random sample of the target population. The data collected was analyzed using SPSS. To identify the different associations between the data, descriptive statistical analyses were used (i.e., the representation of the sample size (N), percentages (%), frequencies (f), minimum (Min), maximum (Max) and mean values). Inferential statistical analyses were then used to evaluate and verify the hypotheses.

**The results** have shown that the two dimensions with the lowest median value are *Security Monitoring* (hereafter referred to as MON) and *Information Security Knowledge Sharing* (hereafter referred to as ISKS), while the highest median value was discovered in the dimension PO. A weak, positive association was identified between the age of the participants and the dimension *Risk Management* (hereafter referred to as RM), as well as between the number of years of service, *Procedural Countermeasures* (hereafter referred to as PCM), RM and *Security Education, Training and Awareness* (hereafter referred to as SETA). Statistically significant differences in the median ranks between men and women were identified for the MON and ISKS dimensions. The results of the Kruskal-Wallis H test showed that there were no statistically significant differences in the mean values of the ranks of the dimensions of information security culture according to education level, organizations or healthcare levels. *The results presented in this paper are a part of a larger research carried out as part of a PhD thesis and relate to its primary objective.*

**Discussion and conclusion:** The lowest median values were identified for the MON and ISKS dimensions, while the highest was found for the PO dimension. This result argues for the introduction of a new construct, PO, into the existing model of Nasir et al. (2019). Some authors suggest the development of industry-specific content and methods, specific to industries such as healthcare, which faces dilemmas between health data security, strict regulations and patient welfare (Hedström, Karlsson and Kolkowska, 2013; Karlsson, Hedström and Goldkuhl, 2017). The results indicate a strong perception and agreement on the PO dimension for nursing. It is a construct that refers to the commitment to professional confidentiality, the commitment to and protection of patients' privacy, the defense of patients' privacy rights and the rule: »Don't do unto others what you do not want others to do to you«, regarding patient privacy, which has an ethical component. As nursing is a practice of ethics and ethical decision-making, the ethical conduct of nurses in relation to data security is of paramount importance for respecting the ideals and ethical norms of the profession. This is a specialty of nursing. It is therefore not surprising that the profession-specific dimension of information security culture, which is linked to the field of ethics in nursing, has the highest median. Respect for the human right to dignity is an integral part of nursing care (International Council of Nurses, 2021), and maintaining the privacy of data is an important element in the area of upholding the dignity of patients (Jamali-moghadam, Yektatalab, Momennasab, Ebadi and Zare, 2019; Mohammadi, Tabatabaei, Sadate, Mozafari and Gillespie, 2020). Unfortunately, in clinical settings, patients are vulnerable to a loss of dignity regarding data privacy (Mohammadi et al., 2020). It is for this reason that it is important to establish an appropriate culture that promotes patient dignity in clinical practice (Baillie, 2009; Bidabadi, Yazdannik and Zargham-Boroujeni, 2019). Attention to patient dignity is an integral part of the nursing profession (International Council of Nurses, 2021; Kearns, 2017). This raises an interesting question. Hypothetically, if the dimensions of information security culture were completely excluded from an organization (e. g. PCM, MON, TMC), would the identified profession-specific PO dimension, specific to the nursing profession, be sufficient to prevent potential data security breaches? The lowest median is for the dimension information security culture ISKS. The results show that the sharing of information security knowledge among healthcare professionals is not as important, or it is diminished or even non-existent. Previous research in other fields has shown ISKS (Safa, Von Solms and Furnell, 2016; Nasir et al., 2019) and also SETA (Chen, Ramamurthy and Wen, 2015; Nasir et al., 2019) as relevant dimensions of information security culture. It can be assumed that the transfer of information security knowledge and skills is not perceived by healthcare professionals as a priority to be included in ongoing training and education, or as a key element in the knowledge sharing process. The results are surprising, as nurses represent a population that perceives continuous training, education (Price and Reichert, 2017) and knowledge sharing (Yoo, Zhang and Yun, 2019) as crucial to their profession and career development. In addition to the ISKS dimension, the MON dimension has the lowest median, indicating that employees are unaware or even ignorant of the consequences of a breach of patient personal data protection. At the same time, statistically significant differences in mean values between men and women were identified for the MON dimension. The mean value was higher for women. Farzandipour, Sadoughi, Ahmadi and Karimi (2010), Zafar (2013) and Peikari, Shah and Lo (2018) state that MON is one of the key factors that shape patient trust. Patients' perception of staff safety monitoring is related to trust in the hospital and concerns about safety breaches. The results suggest that there is a positive association, albeit weak, between age, years of service of nursing staff and perceptions of the RM dimension. The results suggest that the work experience of employees can reduce the risk of data breaches. Employees who have worked for an organization for many years have a better understanding of politics. We did not detect any statistically significant differences in the mean values of the ranks of the dimensions of information security culture according to *the level of education or the types of healthcare organizations*. Due to the organizational structures between the levels of healthcare and social care institutions and the size of organizations and educational programs, we expected different perceptions of the dimensions of information security culture. This raises the questions: a) are existing educational programs sufficient to equip future nursing staff with the knowledge to handle health data and b) can we relate the results obtained to the difficulties of applying the acquired knowledge in nursing practice? The results of the survey therefore provide a starting point for the upgrading of educational programs that can enrich the nursing profession with additional practical skills that are indispensable in the use of modern information and communication technologies.

## Literatura

- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), pp. 23–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>.
- Bidabadi, F. S., Yazdannik, A., & Zargham-Boroujeni, A. (2019). Patient's dignity in intensive care unit: A critical ethnography. *Nursing Ethics*, 26(3), pp. 738–752. <https://doi.org/10.1177/0969733017720826>.
- Chen, Y., Ramamurthy, K. (Ram), & Wen, K.W. (2015). Impacts of Comprehensive Information Security Programs on Information Security Culture. *Journal of Computer Information Systems*, 55(3), pp. 11–19. <https://doi.org/10.1080/08874417.2015.11645767>.
- Dolezel, D., & McLeod, A. (2019). Cyber-Analytics: Identifying Discriminants of Data Breaches. *Perspectives in Health Information Management*, 16, 1a.
- Farzandipour, M., Sadoughi, F., Ahmadi, M., & Karimi, I. (2010). Security requirements and solutions in electronic health records: Lessons learned from a comparative study. *Journal of Medical Systems*, 34(4), pp. 629–642. <https://doi.org/10.1007/s10916-009-9276-7>.
- Hedström, K., Karlsson, F., & Kolkowska, E. (2013). Social action theory for understanding information security non-compliance in hospitals: The importance of user rationale. *Information Management & Computer Security*, 24(4), pp. 266–287. <https://doi.org/10.1108/IMCS-08-2012-0043>.
- International Council of Nurses (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. [pdf] International Council of Nurses. Retrieved Januar 26, 2023 from [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf).
- Jamalimoghadam, N., Yektatalab, S., Momennasab, M., Ebadi, A., & Zare, N. (2019). Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 26(3), pp. 728–737. <https://doi.org/10.1177/0969733017720828>.
- Johnson, M. E. (2009). Data Hemorrhages in the Health-Care Sector. In: R. Dingledine & P. Golle, eds. *Financial Cryptography and Data Security: Lecture Notes in Computer Science*. Berlin Heidelberg: Springer, pp. 71–89.
- Karlsson, F., Hedström, K., & Goldkuhl, G. (2017). Practice-based discourse analysis of information security policies. *Computers & Security*, 67, pp. 267–279. <https://doi.org/10.1016/j.cose.2016.12.012>.
- Kearns, A. J. (2017). A Duty-Based Approach for Nursing Ethics & Practice. In: P. A. Scott, ed. *Key Concepts and Issues in Nursing Ethics*. Cham: Springer International Publishing, pp. 15–27. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49250-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49250-6_2).
- Kumar, R. (2011). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. 3rd edn. London: Sage Publications Ltd.
- McCoy, T. H., & Perlis, R. H. (2018). Temporal trends and characteristics of reportable health data breaches, 2010–2017. *Jama*, 320(12), pp. 1282–1284. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.9222>.
- Mohammadi, F., Tabatabaei, H. Sadate, Mozafari, F., & Gillespie, M. (2020). Caregivers' perception of women's dignity in the delivery room: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 27(1), pp. 116–125. <https://doi.org/10.1177/0969733019834975>.
- Nasir, A., Abdullah Arshah, R., & Ab Hamid, M. R. (2019). A dimension-based information security culture model and its relationship with employees' security behavior: A case study in Malaysian higher educational institutions. *Information Security Journal: A Global Perspective*, 28(3), pp. 55–80. <https://doi.org/10.1080/019393555.2019.1643956>.
- Peikari, H. R., Shah, M. H., & Lo, M. C. (2018). Patients' perception of the information security management in health centers: The role of organizational and human factors. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1), pp. 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0681-z>.
- Price, W. N., & Cohen, I. G. (2019). Privacy in the age of medical big data. *Nature Medicine*, 25(1), pp. 37–43. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0272-7>.
- Price, S., & Reichert, C. (2017). The Importance of Continuing Professional Development to Career Satisfaction and Patient Care: Meeting the Needs of Novice to Mid- to Late-Career Nurses throughout Their Career Span. *Administrative Sciences*, 7(2), pp. 17. <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>.
- Safa, N. S. (2017). The information security landscape in the supply chain. *Computer Fraud & Security*, 2017(6), pp. 16–20. [https://doi.org/10.1016/S1361-3723\(17\)30053-2](https://doi.org/10.1016/S1361-3723(17)30053-2).
- Safa, N. S., Von Solms, R., & Furnell, S. (2016). Information security policy compliance model in organizations. *Computers & Security*, 56(1), pp. 70–82. <https://doi.org/10.1016/j.cose.2015.10.006>.
- Sari, P. K., Prasetyo, A., Candiwan, Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Syauqina, S., Astuti, E. F., & Tallei, F. P. (2021). Information security cultural differences among health care facilities in Indonesia. *Heliyon*, 7(6), pp. e07248. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07248>.
- Terry, N. (2017). Existential challenges for healthcare data protection in the United States. *Ethics, Medicine and Public Health*, 3(1), pp. 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.02.007>.
- U.S. Department of Health & Human Services - Office for Civil Rights (n.d.). *Breach Portal: Notice to the Secretary of HHS Breach of Unsecured Protected Health Information*. Retrieved March 15 2021 from [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/breach/breach\\_report.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/breach/breach_report.jsf).
- Yoo, K. H., Zhang, Y. A., & Yun, E. K. (2019). Registered Nurses (RNs)' knowledge sharing and decision-making: The mediating role of organizational trust. *International Nursing Review*, 66(2), pp. 234–241. <https://doi.org/10.1111/inr.12488>.
- Zafar, H. (2013). Human resource information systems: Information security concerns for organizations. *Human Resource Management Review*, 23(1), pp. 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2012.06.010>.



# NOV NAČIN NAROČANJA NA STORITVE AMBULANT DRUŽINSKE MEDICINE

## A NEW WAY OF ORDERING ON SERVICES OF FAMILY MEDICINE CLINIC

**Petra Hlade Kodrič, dipl. m. s.**

**Maja Arzenšek, dr. med. spec. druž. med.**

*Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Splošno zdravstveno varstvo*

**petra.kodric@zd-mb.si**

### RAZŠIRJEN POVZETEK

Pandemija koronavirusne bolezni (Covid-19) je povzročila veliko sprememb v kakovosti življenja ljudi. Ljudje so v kratkem času bili prisiljeni se prilagoditi novim pravilom tako v zasebnem kot poklicnem življenju. Z novimi strokovni in organizacijskimi izzivi smo se kar hitro soočili tudi v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Kljub epidemiji smo se trudili ostati v stiku s pacienti na različne možne načine. V času epidemije so se pacienti posluževali komunikacije z izbranim družinskim zdravnikom z pisanjem e-poštnih sporočil, kar pa ni v skladu s pravili in navodili varovanja osebnih podatkov.

V letu po intenzivnem ukvarjanju s COVID epidemijo, z novimi možnostmi zaposlovanja dodatnega kadra v ambulantah družinske medicine in z novimi možnostmi digitalizacije, smo v ambulante družinske medicine v Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor uvedli nov sistem naročanja oziroma komuniciranja z ambulanto družinske medicine (ADM). K prenovi nas je vodila tudi misel vse večjega nezadovoljstva tako zaposlenih kot pacientov.

Uvedli smo dva, navidezno ločena, vendar povezana sistema in sicer Center za naročanje ambulant družinske medicine (CN) in novo spletno aplikacijo priZdravniku.

V CN smo zaposlili dodatne srednje medicinske sestre (po normativu ZZZS nam namreč od leta 2022 pripada dodatnega 0,3 administratorja na eno ADM) in postopoma prevezali vse klice iz posameznih ambulant v CN. Hkrati je bila vpeljana nova spletna aplikacija priZdravniku, ki nadomešča klasično elektronsko pošto in preko katere lahko pacient varneje naroči določene listine, kot so recept, napotnica, medicinsko tehnični pripomoček, bolniški stalež, odda sporočilo zdravniku ali se zgolj naroči na termin pri izbranem zdravniku. Z uvedbo aplikacije priZdravniku in novim načinom naročanja, smo nadomestili uporabo navadne elektronske pošte in telefonsko naročanje direktno v ambulanto družinske medicine. V Centru za naročanje smo torej zaposlili izključno srednje medicinske sestre, saj je komunikacija s pacientom po telefonu na primarni ravni precej zahtevna in posebna. V praksi ne gre samo za naročanje, ampak za natančno pridobivanje informacij pacienta, motiviranje in poslušanje ter podajanje informacij za pacientu. Naročanje v ambulantah družinske medicine je izredno specifično, saj zahteva veliko strokovnega znanja, nikoli namreč ni znano, s kakšno zdravstveno težavo se bo oglasil pacient saj lahko gre za čisto administrativno zahtevo ali življenje ogrožajočo stanje.

Zakon o pacientovih pravicah navaja, da je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan zagotoviti naslednje oblike naročanja: elektronsko, po pošti, po telefonu in osebno v ordinaciji, kar pa z gotovostjo lahko trdimo, da se z uvedbo CN in aplikacije priZdravniku zagotavljajo.



Pacientom mlajših generacij oz. tistim, ki so večji uporabe spletnih aplikacij, smo z vzpostavitvijo aplikacije omogočili varnejši, hitrejši in dostopnejši način elektronske komunikacije ter naročanja na storitve ambulate družinske medicine.

Nov način dela nam omogoča lažje in boljše sodelovanje medicinske sestre in zdravnika v ambulanti družinske medicine.

Z vsem omenjenim smo razbremenili predvsem medicinsko sestro v ambulanti družinske medicine, ki lahko postopoma prevzame določene dodatne naloge in tako olajša delo zdravnika, hkrati pa smo torej z aplikacijo priZdravniku vnesli več varnosti in reda v zahteve oz. prošnje, ki jih dnevno oddajajo naši pacienti.

Medicinska sestra v ambulanti se ob takšni organizaciji dela lažje ter s strokovnega vidika gledano kakovostnejše in celostno posveti pacientu, ki je obravnavan v ambulanti. V kolikor se izkaže potreba, da mora pacient komunicirati s svojo ambulanto, ga tim ambulate družinske medicine po naročilu medicinske sestre iz CN preveže direktno v ambulanto.

V ambulantah družinske medicine se srečujemo s številnimi izzivi, eden izmed največjih je pomanjkanje specialistov družinske medicine in s tem posledično preveliko število vpisanih pacientov na eno ambulanto/zdravnika. Posledično so pritiski na posamezno ambulanto zelo veliki. Povprečno število obravnav v eni ambulanti družinske medicine je od 50 - 100 obiskov dnevno (odvisno od velikosti ambulate in dneva v tednu).

Z vsem zgoraj smo ob predpostavki, da se v ambulanti uporablja izključno elektronska kartoteka, spletna aplikacija priZdravniku ter prevezava klicev v Center za naročanje ambulant družinske medicine omogočili več časa srednji medicinski sestri, ki bi z dodatnim prenosom kompetenc na nacionalnem nivoju lahko samostojno opravila več administrativnega dela, npr. izdaja bolniškega lista (na podlagi navodila zdravnika), naročilnic za medicinsko tehnične pripomočke (glede na pretekle izdaje do spremembe stanja), telefonske posvete s pacienti, ki ne potrebujejo nujno zdravniške obravnave in drugo.

Na strani bolnikov smo v prvih mesecih naleteli na delni odpor, predvsem smo veliko časa vložili v razlago delovanja spletne aplikacije in CN. Po osmih mesecih smo spletno aplikacijo tudi že delno nadgradili, tako da omogoča skoraj vse, kar so pacienti v začetku izpostavili kot pomanjkljivost (recimo oddaja priponke preko aplikacije). Prav tako so se večinoma že navadili na CN, ki je dostopen bolnikom ves dan med tednom, in ne samo takrat, ko dela njihova ambulanta, kar ocenjujemo kot pomembno pridobitev za pacienta. Kljub temu pa se srečujemo v CN s pomanjkanjem kadra, bolniškimi in drugimi odsotnostmi, zato sistem ne deluje idealno. V prihodnje bi si v CN želeli zaposliti še več medicinskih sester.

Po osmih mesecih ocenjujemo, da je delovanje spletne aplikacije priZdravniku in Centra za naročanje ambulant družinske medicine velika pridobitev tako za paciente kot zaposlene. Potrebno je omeniti, da je s tem načinom dela zdravnik še bolj obremenjen, zato bi bilo smiselno, da bi imeli priznано vsaj polovico zdravstvenega administratorja (srednjo medicinsko sestro glede na naše izkušnje), eno srednjo medicinsko sestro v ambulanti družinske medicine in eno celo diplomirano medicinsko sestro. Na ta način bi lahko s prenosom kompetenc na omenjene poklice v ambulantah družinske medicine bistveno kvalitetnejše in ažurnejše izvajali zdravstveno dejavnost na primarni ravni.

## Priporočena literatura

Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP), 2022, Uradni list RS št.15 (11. 2. 2008). Retrived from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

# MULTIDISCIPLINARNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVENI NEGI NA PODROČJU KREPITVE USTNEGA ZDRAVJA

## MULTIDISCIPLINARY COLLABORATION IN NURSING CARE IN THE FIELD OF ORAL HEALTH STRENGTHENING

Damjana Marc, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Ajdovščina, Vzgoja za ustno zdravje

[zobozdravstvena.vzgoja@zd-ajdovscina.si](mailto:zobozdravstvena.vzgoja@zd-ajdovscina.si)

**Ključne besede:** ustno zdravje, zdravstvena nega, primarni nivo

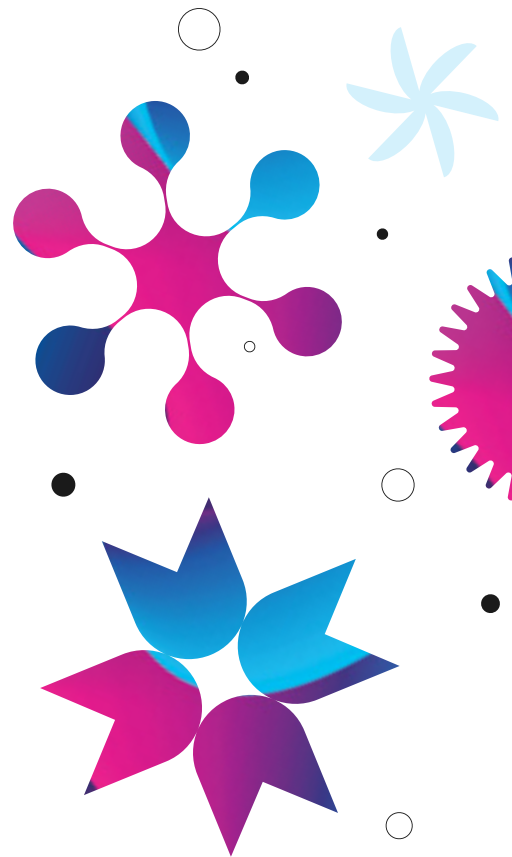
### IZVLEČEK

Ustno zdravje vpliva na zdravje celega telesa, zato je nujno potrebno, da krepitev ustnega zdravja poteka vzporedno ob zdravstveni vzgoji v patronažnem varstvu, vzgoji nosečnic v dispanzerjih za ženske, otrok in staršev v otroških in šolskih dispanzerjih, v referenčnih ambulantah in dispanzerjih za diabetes in pljučne bolezni. Naloga medicinske sestre na primarnem nivoju je, da paciente obravnava celostno. Ker pa se formalno izobraževanje samo dotakne krepitev ustnega zdravja, bi bilo potrebno oblikovati priporočila za krepitev ustnega zdravja na vseh področjih zdravstvene nege na primarnem nivoju. Veliko vlogo pri oblikovanju teh smernic ima skupina za ustno zdravje na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Članek je vsebuje kratko raziskavo in razlago poznavanja področja ustnega zdravja in izvajanje krepitev ustnega zdravja izvajalcev zdravstvene nege na primarnem nivoju.

**Key words:** oral health, nursing, primary level

### ABSTRACT

Oral health affects the health of the whole body, so it is absolutely necessary that the strengthening of oral health takes place in parallel with health education in patronage care, education of pregnant women in women's dispensaries, children and parents in children's and school dispensaries, in reference clinics and dispensaries for diabetes and lung diseases. The task of the nurse at the primary level is to treat patients holistically. However, since formal education only touches on strengthening oral health, it would be necessary to formulate recommendations for strengthening oral health in all areas of nursing care at the primary level. The oral health group at the National Institute of Public Health plays a major role in the development of these guidelines. The article contains a short survey and explanation of the knowledge of the field of oral health and the implementation of strengthening the oral health of nursing providers at the primary level.



## Uvod

Zdrava ustna votlina in zdravi ter lepi zobje imajo nedvoumno vpliv na fiziološki, zdravstveni, estetski kot tudi družbenoekonomski pogled posameznika. Z ustrezno načrtovanim in kakovostnim zdravstveno vzgojnim delom lahko nastanek bolezni ustne votline preprečimo in tudi ozdravimo. Medicinske sestre na primarnem nivoju so izredno pomembne za vzgojo pacienta v vseh vidikih njihovega zdravja. So v idealnem položaju za zgodnje odkrivanje bolezni zob in ustne votline, potrebe po ustni negi in promociji zdravja. Naloga medicinske sestre kot samostojne strokovne delavke je prepoznavanje bolezenskih stanj v ustni votlini, ugotavljanje potreb po zdravstveno vzgojnem delu in njegovem izvajanju. Ustrezna oskrba ustne votline bi morala biti značilnost dobre zdravstvene nege in preventivno zdravstveno vzgojno delo na področju ustnega zdravja kot temeljna dejavnost zdravstvene nege (Žagar, 2022) Medicinske sestre na primarnem nivoju potrebujejo ustrezno izobrazbo, organizacijsko podporo, ustrezne vire in podporo multidisciplinarnega tima, da lahko zagotovijo optimalno promocijo ustnega zdravja (Garry, Boran, 2017).

## Metode

Kot izvajalka vzgoje za ustno zdravje v Zdravstvenem domu Ajdovščina sem v sodelovanju z območno enoto NIJZ Nova Gorica pripravila informativno anketo, za izvajalke zdravstvene nege na primarnem nivoju, glede poznavanja vsebin, ki se dotikajo ustnega zdravja. Sodelovali so Zdravstveni domovi Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin. Anketa ni bila testirana in je bila izvedena v januarju 2023. Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Vključili smo medicinske sestre v patronažnem varstvu, dispanzerjih za ženske, otroških dispanzerjih, šolskih dispanzerjih, referenčnih ambulantah ter pljučnih in diabetičnih dispanzerjih. Od devetdeset povabljenih jih je na anketo odgovorilo oseminpetdeset.

## Rezultati

### 1. Spol

- Moški
- Ženska 100 %

### 2. Izobrazba

- srednja **14,3 %**
- višja šola **8,2 %**
- visoka šola, fakulteta, akademija **67,3 %**
- podiplomski študij (specializacija, magisterij ali doktorat znanosti) **10,2 %**

### 3. Področje dela

- dispanzer za ženske **12,2 %**
- otroški dispanzer **28,6 %**
- šolski dispanzer **4,1 %**
- patronažna služba **30,6 %**
- (ADM)-referenčna ambulanta **20,4 %**
- diabetični dispanzer **6,1 %**
- pljučni dispanzer **6,1 %**
- drugo **2 % ni opisa**

### 4. Ali ste v času šolanja pridobili znanje o skrbi za ustno zdravje (označite za vsako posebej)

	DA
Tehnike ščetkanja	59,2 %
Čiščenje medzobnih prostorov	42,9 %
Pripomočki za ustno higieno	61,2 %
Pomen fluoridov	55,1 %
Prehrana in ustno zdravje	77,6 %
Bolezni zob in obzobnih tkiv	63,3 %
Zobne obloge/plak	49 %
Vzroki za zobno gnilobo	69,4 %
Vzroki za vnetje dlesni	51 %

Vzroki za paradontalno bolezen	38,8 %
Preprečevanje ortodontskih anomalij	26,5 %

**5. Ali je bilo v vaši delovni organizaciji kdaj organizirano izobraževanje iz področja krepitev ustnega zdravja?**

- Da 34,7 %
- Ne 65,3 %

**6. Ali ste se ga udeležili?** Opomba: seštevek deležev je enak deležu pri odgovoru **da** vprašanje 5 (34,7 %)

- Da 30,6 %
- Ne 2,6 %
- 2,1 % ni odgovorilo

**7. Ali je katero od vaših strokovnih izobraževanj vključevalo tudi vsebino ustnega zdravja?**

- Da 32,7 %
- Ne 67,3 %

**8. Ali bi želeli, da bi izobraževanja vključevala tudi vsebine ustnega zdravja?** Opomba: seštevek deležev je enak deležu pri odgovoru **na vprašanje 7** (67,3 %)

- Da 55,1 %
- Ne 12,2 %

**9. Prosim ocenite z oceno od 1 do 5 ali je za vaše področje dela pomembno poznati tudi vsebine ustnega zdravja**

- 1 0 %
- 2 4,1 %
- 3 14,3 %                      povprečna ocena je 4,2
- 4 32,7 %
- 5 49 %

**10. Ali poznate delo medicinske sestre na področju vzgoje za ustno zdravje?**

- Da 42,9 %
- Delno 46,9 %
- Ne 10,2 %
- Drugo /

**11. Ali sodelujete z medicinsko sestro, ki dela na področju vzgoje za ustno zdravje?**

- Da **22,4 %**
- Občasno **16,3 %**
- Ne **61,2 %**
- Drugo /

**12. Kako pogosto pri svojem delu vključujete tudi vsebine ustnega zdravja?**

- Da 16,3 %
- Občasno 51 %
- Nikoli 32,7 %
- Drugo /

**13. Iz katerih virov črpate informacije?** Opomba: v obdelavo vzeti le odgovori redno in občasno pri vprašanju 12

	DA	NE	Ni odg.
strokovna literatura	17/51,5%	14/42,4%	2/6,1%
priporočila strokovnega sodelavca	17/51,5%	14/42,4%	2/6,1%
spletna stran	11/33,3%	20/60,9%	2/6,1%
Drugo	1/3%	30/90,9%	2/6,1%

**14. Ali poznate pravice iz zobozdravstvene dejavnosti?**

- Da 10,2 %
- Delno 53,1 %
- Ne 36,7 %
- Drugo /

**15. Ali veste kje jih lahko preberete/poiščete?**

- Da 65,3%
- Ne 34,7%
- Drugo /

**16. Ali bi pacientu znali svetovati pri katerem osebnem zobozdravniku se lahko opredeli?**

- Da 69,4 %
- Ne 28,6 %
- Drugo 2 % Ni opisa

**Obdelava glede na področje zaposlitve in poznavanje dela DMS v vzgoji za ustno zdrav.**

	<i>Da</i>	<i>delno</i>	<i>ne</i>
Dispanzer za ženske	50 %	16,7 %	33,3 %
Otroški	42,9 %	50 %	7,1 %
Šolski	100 %		
Patronaža	33,3 %	60 %	6,7 %
ADM	50 %	40 %	10 %
Diabetični	66,7 %	33,3 %	
Pljučni	66,7 %	33,3 %	

**Obdelava gleda na področje zaposlitve in sodelovanja z DMS v vzgoji za ustno zdravje**

	<i>Da</i>	<i>Občasno</i>	<i>Ne</i>
Dispanzer za ženske	50 %	16,7 %	33,3 %
Otroški	14,39 %	14,3 %	71,4 %
Šolski			100 %
Patronaža	26,7 %	13,3 %	60 %
ADM	20 %	20 %	60 %
Diabetični		33,3 %	66,7 %
Pljučni		33,3 %	66,7 %

**Obdelava gleda na področje zaposlitve in vključevanja vsebin vzgoje za ustno zdravje**

	<i>Redno</i>	<i>občasno</i>	<i>nikoli</i>
Dispanzer za ženske	16,7 %	33,3 %	50 %
Otroški	21,45 %	57,1 %	21,45 %
Šolski		100 %	
Patronaža	20 %	53,3 %	26,7 %
ADM		40 %	60 %
Diabetični	33,3 %	66,7 %	
Pljučni	33,3 %	66,7 %	

## Diskusija

Na anketo so odgovarjale samo ženske, v večini s fakultetno izobrazbo, največ iz področja patronažne zdravstvene nege in referenčnih ambulant. Prijetno me je presenetilo, da so v času šolanja pridobile znanje o skrbi za ustno zdravje, ki se pa kasneje pri večini ne nadgrajuje. Samo 30 % se je udeležilo izobraževanja iz področja krepitev zdravja, ki je bilo organizirano v njihovi delovni organizaciji. Strokovne sekcije iz anketiranih področij zdravstvene nege so v 32,7 % organizirale tudi vsebine ustnega zdravja.

Malo več kot polovica jih čuti potrebo po izobraževanju iz področja ustnega zdravja. Poznavanju vsebin iz področja ustnega zdravja pa prisujejo z oceno 4,2, kar je zelo spodbudno. Manj kot v 50 % poznajo delo medicinske sestre v vzgoji za ustno zdravje in samo v 22,4 % zares sodelujejo z njo. Zato bi lahko medicinska sestra v vzgoji za ustno zdravje organizirala občasna strokovna srečanja, z izvajalkami zdravstvene nege na primarnem nivoju. Samo 16,3 % jih pri svojem delu redno vključuje tudi vsebine ustnega zdravja. Zanje iz tega področja črpajo iz strokovne literature in v sodelovanju s strokovnjaki. Kar v 33,3 % pa pri tem uporablja spletno strani, kar je osebna izbira in je lahko nekritično. 53,1 % jih pozna pravice iz zobozdravstvene dejavnosti in 65 % ji bi znalo tudi poiskati.

Glede svetovanja opredeljevanja k osebni zobozdravniku bi svojim pacientom znalo svetovati 69,4 % anketirank. Najbolj poznajo delo medicinske sestre v vzgoji za ustno zdravje v šolskih dispanzerjih, najmanj pa patronažni dejavnosti, kar se odraža tudi v sodelovanju. Najmanj vključujejo vsebine ustnega zdravja v referenčnih ambulantah in v dispanzerjih za ženske, zato bo potrebno najprej opolnomočiti z vsebinami glede krepitve ustnega zdravja prav ti dve področji zdravstvene nege na primarnem nivoju.

## Zaključek

Ker formalno izobraževanje za medicinske sestre nesistematično pokriva področje ustnega zdravja, bi bilo potrebno v sodelovanju z Zbornico - Zvezo, Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu, delovno skupino medicinskih sester v vzgoji za ustno zdravje in odborom za zobozdravstvo na NIJZ pripraviti vsebine krepitve ustnega zdravja za vse nivoje šolanja v zdravstveni negi. Medicinske sestre, ki izvajajo vzgojo za ustno zdravje, lahko v svojem zavodu izvedejo predavanje za vse zaposlene v zdravstveni negi s področja ustnega zdravja. Prav tako lahko z novostmi in usmeritvami seznanja sodelavce, ki so bili vključeni v anketi. Odbor za zobozdravstvo na NIJZ bi moral pripraviti strokovno literaturo, ki bo pomagala izvajalcem zdravstvene nege na primarnem nivoju, pri zdravstveno vzgojnem delu, s področja krepitve ustnega zdravja. Priporočila in usmeritve bi bile tako enotne za vso Slovenijo. Krepitev ustnega zdravja, pa bi tako postala obveza in ne samo dobra volja posameznika. Na področju preventivnega vzgojnega dela v povezavi z ustnim zdravjem je potrebno storiti še veliko. Prvi potreben korak je vpeljati poučevanje o boleznih ustne votline in krepitve ustnega zdravja na srednjo in visoko raven izobraževanja zdravstvene nege. Predvsem, pa je potrebno zdravstveno vzgojno delo na področju krepitve ustnega zdravja izvajati kontinuirano, načrtovano in sistematično, že od nosečnosti dalje.

## Literatura

Nina Žagar, (2022). Zobozdravstvo v primežu preteklosti in sedanjosti. Parodontalna bolezen in vloga medicinske sestre. 30. strokovni seminar, Bernardin 23. in 24. september 2022, 48-51. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v zobozdravstvu.

Barbara Artnik, Martin Ranfl, Jona Blatnik, Anja Magajna, Katja Rostohar, (2020). Ustno zdravje otrok in mladostnikov, 2019. Ljubljana: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Barbara Artnik, Martin Ranfl, Jona Blatnik, Anja Magajna, Katja Rostohar, (2020). Ustno zdravje odraslih, 2019. Ljubljana: Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Garry, B., Boran, S. (2017). Promotion of oral health by community nurses. *British Journal of community nursing*. 22(10):496-502. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.10.496.

<https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/ustno-zdravje>

## Zahvala

Iskrena hvala Ingrid Markočič Tadič in NIJZ Enota Nova Gorica za pomoč pri oblikovanju in razlagi rezultatov ankete. Zahvala tudi vsem kolegicam, medicinskim sestram na primarnem nivoju, ki so se odzvale in anketo tudi izpolnile.

# NAVIGACIJSKA ZDRAVSTVENA PISMENOST NA PODROČJU SRČNEGA POPUŠČANJA – POGLED MEDICINSKIH SESTER

## NAVIGATION HEALTH LITERACY AND HEART FAILURE - NURSES' VIEW

doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik<sup>1,2</sup>,  
viš. pred. dr. mag. Andreja Hrovat Bukovšek<sup>2</sup>,  
izr. prof. dr. Bojana Filej<sup>2</sup>,  
viš. pred. Andreja Ljubič, mag. zdr. nege<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ministrstvo za zdravje

<sup>2</sup>Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

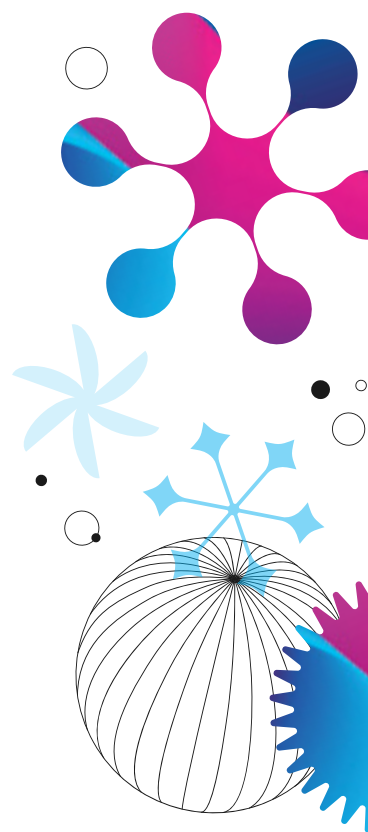
tamara.stemberger-kolnik@fzvce.si

**Ključne besede:** krmarjenje po zdravstvenem sistemu, pacient s srčnim popuščanjem, pot pacienta, zdravstveni sistem

### RAZŠIRJENI POVZETEK

**Uvod:** Kompleksnost zdravstvenih obravnav in zdravstvenega sistema od pacientov vse bolj zahteva večšine in spretnosti na področju zdravstvene pismenosti, ki zajemajo »kompetence za dostop, razumevanje, oceno in uporabo zdravstvenih informacij« ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012) pomembnih za sprejemanje odločitev povezanih z zdravjem, za spodbujanje zdravja, aktivno sodelovanje pri obvladovanju zdravja in bolezni v vsakdanjem življenju ter za uporabo zdravstvenega sistema (Griese, Schaeffer, & Berens, 2023). Pomembno dimenzijo zdravstvene pismenosti predstavlja navigacijska zdravstvena pismenost, ki zajema odnos med okoljem zdravstvenega varstva in njegovimi strukturami, ki prispevajo k individualnim sposobnostim za orientacijo in navigacijo posameznikov po zdravstvenem sistemu (Dadaczynski, Orkan, Messer, Leung, Rosário, et al. 2021). Spretnosti na področju navigacijske zdravstvene pismenosti so povezane z informacijami in izkušnjami kot virom znanja ter so konceptualizirane kot potencialni rezultat zdravstvene pismenosti (Fields, Rodakowski, Everette, & Beach, 2018). Breme navigacije po vse bolj zapletenem in zahtevnem zdravstvenem sistemu običajno pade na pacienta in njegovo družino, ki so v situaciji, ko potrebujejo pomoč bolj ranljivi in s tem manj zdravstveno pismeni (Tang, Wu, Chen, Pan, & Yang, 2019). Medicinske sestre se s pacientom srečajo ob vstopu v zdravstveni sistem, ga spremljajo od diagnostike, preko zdravljenja, rehabilitacije in življenja z boleznijo, zato so lahko pomemben dejavnik za dvig zdravstvene pismenosti in spodbujanje samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem. Namen raziskave je bil proučiti pot pacienta s srčnim popuščanjem po slovenskih bolnišnicah ter ugotoviti, kako potekajo aktivnosti za dvig zdravstvene pismenosti pacientov s srčnim popuščanjem na področju zdravstvene nege.

**Metode:** Izvedena je bila kvalitativna raziskava, ki zajela 11 medicinskih sester v slovenskih bolnišnicah, kjer potekajo obravnave pacientov s srčnim popuščanjem. Instrument za zbiranje podatkov so bili polstrukturirani intervjuji, zbiranje podatkov pa je potekalo od septembra 2022 do januarja 2023. Intervjuvane so bile medicinske sestre, ki v posamezni bolnišnici najbolje poznajo pot pacienta s srčnim popuščanjem. Zbrani podatki so bili na podlagi pregleda transkriptov kodirani in s pomočjo tematske analize združeni v tematska področja, ki so na koncu oblikovala 5 kategorij: splošna zdravstvena pismenost, navigacija po zdravstvenem sistemu, digitalna pismenost, komunikacijska zdravstvena pismenost, in medpoklicno sodelovanje.





**Rezultati:** Na podlagi pregleda pridobljenih podatkov smo ugotovili, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri opolnomočenju pacienta na poti po zdravstvenem sistemu od vstopa v bolnišnico, vse do spremljanja na vseh ključnih točkah v bolnišnici, kot tudi v povezovanju s strukturami izven bolnišnice, ki delujejo na področju srčnega popuščanja. Vse bolj se izpostavlja ključno vlogo pacienta pri samoobvladovanju bolezni (Jiang & Wang, 2021), kjer se intervencije osredotočajo predvsem na izboljšanje pacientove samooskrbe, ki je temelj obvladovanja srčnega popuščanja (Jeon, Kraus, Jowsey, & Glasgow, 2010). Medicinske sestre na poti pacienta po zdravstvenem sistemu z informacijami za pacienta s srčnim popuščanjem, ki so ključne za omogočanje samoučinkovitega pacienta, pomembno vplivajo na sprejemanje novih življenjskih navad in skrb za zdravje pri pacientu. Na poti po slovenskem zdravstvenem sistemu pacient sodeluje z različnimi strokovnjaki, ki z usklajenim delovanjem in enotnimi navodili lahko učinkovito podprejo pacienta s srčnim popuščanjem pri spreminjanju vedenja povezanega z zdravjem in krepitvi njegove samoučinkovitosti. Pridobljeni podatki dokazujejo, da se v slovenskem zdravstvenem sistemu na sekundarni ravni, izvajajo vse aktivnosti, ki so potrebne za podporo pacientu s srčnim popuščanjem in vplivajo na različne dimenzije zdravstvene pismenosti pri pacientu.

**Diskusija in zaključek:** Pri krepitevi navigacijske zdravstvene pismenosti, je nujna dosledna, enotna in učinkovita obravnava pacienta s srčnim popuščanjem, ki omogoča enostavno in varno prehajanje po zdravstvenem sistemu ter učinkovito diagnostiko, zdravljenje in rehabilitacijo, ne glede kje v Sloveniji pacient vstopi v zdravstveni sistem.

---

**Key words:** navigating health system, patient with heart failure, patient journey, health system

## EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** The complexity of healthcare treatments and the healthcare system increasingly requires from patients' specific health literacy skills, which include "competencies to access, understand, evaluate and use health information" ((HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European et al., 2012) relevant to health-related decision-making, to promote health, actively participate in the management of health and disease in everyday life, and to use the healthcare system (Griese, Schaeffer, & Berens, 2023). An important dimension of health literacy is navigational health literacy, which encompasses the relationship between the healthcare environment and its structures, which contribute to individual abilities for orientation and navigation of individuals through the healthcare system (Dadaczynski Dadaczynski, Orkan, Messer, Leung, Rosário, et al. 2021). Navigational health literacy skills are related to information and experience as a source of knowledge and are conceptualized as a potential outcome of health literacy (Fields, Rodakowski, Everette, & Beach, 2018). The burden of journey (navigating) through an increasingly complex and demanding healthcare system usually falls on the patient and their family, who are more vulnerable and therefore less medically literate when they need help (Tang, Wu, Chen, Pan, & Yang, 2021). Nurses meet patients upon entering the healthcare system, accompany them from diagnosis, through treatment, rehabilitation and living with the disease, so they can be an important factor in raising health literacy and promoting self-care in patients with heart failure. The purpose of the research was to study the journey of a patient with heart failure through Slovenian hospitals and to find out how the activities to increase the health literacy of patients with heart failure in the field of nursing are carried out.

**Methods:** A qualitative research was conducted, which included 11 nurses from Slovenian hospitals where patients with heart failure are treated. The instrument for data collection was semi-structured interviews, which took place from September 2022 to January 2023. Nurses who best know the path of a patient with heart failure in each hospital were interviewed. Based on a review of the transcripts, the collected data were coded and, with the help of thematic analysis, grouped into thematic areas, which ultimately formed 5 categories: general health literacy, navigation through the healthcare system, digital literacy, communication health literacy, and interprofessional collaboration.

**Results:** Based on the review of the obtained data, we found that nurses play an important role in empowering the patient on the way through the healthcare system, from entering the hospital, to monitoring at all key points in the hospital and in connecting with out-of-hospital facilities working in the field of heart failure. The key role of the patient in the self-management of the disease is increasingly highlighted (Jiang & Wang, 2021), where interventions focus mainly on improving the patient's self-care, which is the basis of heart failure management (Jeon, Kraus, Jowsey, & Glasgow, 2010). Nurses on the patient's journey through the healthcare system with information for the patient with heart failure, which is crucial for enabling the self-efficacy of the patient, have a significant influence on the adoption of new lifestyle habits and care for the patient's health. On the way through the Slovenian healthcare system, the patient cooperates with various specialists who, with

coordinated action and uniform instructions, can effectively support the patient with heart failure in changing health-related behavior and strengthening his/her self-efficacy. The obtained data prove that in the Slovenian healthcare system at the secondary level, all the activities necessary to support the patient with heart failure are carried out and affect various dimensions of the patient's health literacy.

**Discussion and conclusion:** When strengthening navigational health literacy, consistent, uniform and effective treatment of a patient with heart failure is necessary, which enables easy and safe journey through the healthcare system and effective diagnosis, treatment and rehabilitation, regardless of where in Slovenia the patient enters the healthcare system.

## Literatura

Dadaczynski, K., Orkan, O., Messer, M, Leung, A. Y. M., Rosário, R., Darlington, E. & Rathmann, K. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study". *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24097. doi: 10.2196/24097.

Fields, B., Rodakowski, J.A., Everette, J., & Beach, S. (2018). Caregiver Health Literacy Predicting Healthcare Communication and System Navigation Difficulty. *Families, Systems, & Health*, 36(4), 482–92. doi: 10.1037/fsh0000368.

Griese, L., Schaeffer, D., & Berens, E.-M. (2023). Navigational Health Literacy among People with Chronic Illness. *Chronic Illness*, 19(1), 172–83. doi: 10.1177/17423953211073368.

(HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European, Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand. H. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Jeon, Y.-H., Kraus, S.G., Jowsey, T. & Glasgow. N. J. (2010). The Experience of Living with Chronic Heart Failure: A Narrative Review of Qualitative Studies. *BMC Health Services Research*, 10(1), 77. doi: 10.1186/1472-6963-10-77.

Ying, J., & Wang. W. (2021). Health Promotion and Self-Management Among Patients with Chronic Heart Failure. V G. Haugan in M. Eriksson (eds). *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, (pp. 269–85). Cham: Springer International Publishing.

Tang, C., Wu, X., Chen, X., Pan, B., & Yang, X., (2019). Examining Income-Related Inequality in Health Literacy and Health-Information Seeking among Urban Population in China. *BMC Public Health* 19(1), 221. doi: 10.1186/s12889-019-6538-2.

# DEJAVNIKI VPLIVA KAKOVOSTNE OBRAVNAVE PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNE BOLEČINE

## FACTORS AFFECTING QUALITY TREATMENT IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN

asist. Viki Kotar, mag. zdr. nege

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča

**Ključne besede:** kronična bolečina, zdravljenje kronične bolečine, anesteziologija, zdravstvena nega

### RAZŠIRJENI POVZETEK

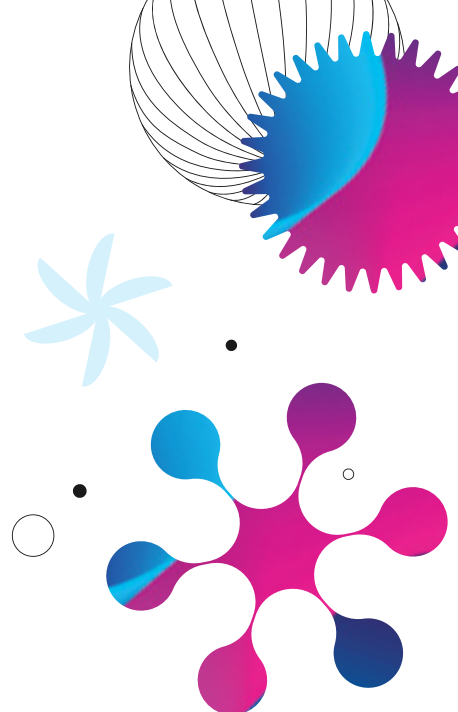
**Uvod:** Kronična bolečina je najpogostejši sindrom iskanja zdravstvene pomoči bolnikov, predstavlja pomemben zdravstveni problem in medicinsko ter tudi negovalno diagnozo. Pomembno vpliva na splošno kvaliteto življenja bolnika in njegovih svojcev.

**Namen:** Je identificirati faktorje, ki vplivajo na kakovost pri zdravljenju kronične bolečine, ter spoznati doživljanje kronične bolečine z vidika bolnika, medicinske sestre in zdravnika.

**Metode:** Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom obstoječe domače in tuje literature. Predstavili smo KB, njeno anatomijo in patofiziologijo, najpogostejše pridružene bolezni, načine zdravljenja ter vrste terapevtskih obravnav. Opisali smo različne dimenzionalnosti disciplinarnih pristopov pri obravnavi bolnika s KB. Poudarili smo pomen zdravstvene nege pri obravnavi bolnika s KB in vlogo zdravega prehranjevanja. Prav tako smo predstavili kompetence in znanja, ki so potrebni za zdravstvene delavce pri obravnavi KB. Raziskava temelji na triangulaciji podatkov, ki smo jih pridobili s kvantitativno in kvalitativno metodo raziskovanja. Pripravili smo Vprašalnik o faktorjih, ki vplivajo na kakovostno obravnavo pri zdravljenju kronične bolečine, ki smo ga aplicirali na vzorcu 101 bolnika pred začetkom terapije v Ambulanti za terapijo bolečine v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Pri tem so vsi bolniki pred terapijo in po njej rešili tudi Kratak vprašalnik o bolečini, s katerim smo spremljali učinkovitost zdravljenja. Odzivnost anketiranih bolnikov je bila 100 %. Z namenom fenomenološkega raziskovanja doživljanja kronične bolečine smo izvedli delno strukturirane intervjuje s skupinami šestih bolnikov, petih medicinskih sester ter sedmih zdravnikov anesteziologov.

**Rezultati:** Kot statistično pomembni napovedniki učinkovitosti zdravljenja kronične bolečine so se izkazali trajanje kronične bolečine, čakalna doba na terapijo, poznavanje izvora bolečine in zaupanje v predpisano terapijo. S kakovostno obravnavo zdravljenja kronične bolečine so se statistično pomembno povezovali: sodelovanje svojcev, bolnikovo pričakovanje o uspešnosti zdravljenja, čutenje nemoči, bolnikova predhodna izkušnja pri zdravljenju, zaupanje bolnika v izbrano terapijo, zadovoljstvo s terapijo in slišnost ter razumljenost pri zdravstveni obravnavi. Dokazali smo, da ima sama vrsta terapije vpliv na učinkovitost zdravljenja kronične bolečine. Bolnikovo soodločanje o terapiji in zadovoljstvo s pojasnitvijo in razlago predpisane terapije se nista izkazala kot statistično pomembna faktorja vpliva pri zdravljenju kronične bolečine. Z intervjuji smo identificirali 12 tem, ki opisujejo proces zdravljenja kronične bolečine z vidika bolnika, medicinske sestre in zdravnika.

**Diskusija in zaključek:** Rezultati kažejo na pomembnost multidisciplinarnе obravnave bolnika s kronično bolečino in prepoznavanja faktorjev kakovostne obravnave pri zdravljenju kronične bolečine. Udeleženci raziskave so najmanj poudarili oviranost bolnika na različnih področjih življenjskih aktivnosti ter na področju bolnikovega socialnega okolja. Ugotavljamo, da je potrebno razširiti znanje tako s področja spremljanja funkcioniranja in oviranosti bolnikov s kronično bolečino kot tudi sodelovanja z bolnikovimi svojci.



**Key words:** chronic pain, chronic pain treatment, anesthesia, health care

## EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** Chronic pain is the most common syndrome and reason of seeking medical attention, it is an important health problem and presents both medical and nursing diagnosis. It has an important influence on the overall quality of life of the patient and his relatives.

**Purpose:** The purpose of the master's thesis is to identify the factors that influence the quality of the treatment of chronic pain and to learn about the experience of chronic pain from the perspective of the patient, the nurse and the doctor.

**Methods:** The research is based on the triangulation of the data obtained by the quantitative and qualitative research method. We prepared the Questionnaire on factors that influence the quality of treatment of chronic pain. The questionnaire was applied on a sample of 101 patients before the start of therapy at the Clinic for pain therapy at the University Medical Centre Ljubljana. All patients also completed the Brief pain inventory before and after the therapy, with which we estimated the effectiveness of the treatment. The response rate of the surveyed patients was 100 %. With the aim of the phenomenological investigation of the experience of chronic pain, we conducted partially structured interviews with groups of six patients, five nurses and seven doctors of anesthesiology.

**Results:** Statistically significant predictors of the effectiveness of chronic pain therapy were the duration of chronic pain, time of waiting for therapy, knowledge about the pain and trust in the prescribed therapy. Results showed that the cooperation of relatives, the patient's expectation of the treatment success, the feeling of helplessness, the patient's previous treatment experience, the patient's trust in the chosen therapy, satisfaction with the prescribed therapy and the understanding of medical treatment are statistically important linked with the quality of treatment of chronic pain. We have shown that the type of therapy itself has an effect on the effectiveness of treating chronic pain. The patient's codecision about the therapy and satisfaction with clarification and explanation of the prescribed therapy were not proved to be statistically significant effective at treating chronic pain. With the interviews we identified 12 topics that describe the process of treating chronic pain from the point of view of the patient, the nurse and the doctor.

**Discussion and conclusion:** The results show the importance of multidisciplinary treatment of the patient with chronic pain and the recognition of factors that have influence on quality of treatment of chronic pain. Participants in the study gave the least emphasis on the patient's obstruction in various areas of life activity and in the patient's social environment. We find that it is necessary to expand knowledge in the field of monitoring the functioning and obstruction of patients with chronic pain, as well as cooperation with patients' relatives.

## Literatura

- Georgiev D, Meh K, Meh D (2015). Psychological approach to pain as transdisciplinary phenomenon. In: Zbornik 18. mednarodne multikonference Informacijska družba – IS 2015, Zvezek C, Ljubljana, 8. oktober 2015. Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan, 15–9.
- Guyton AC, Hall JE (2016). Somatic sensations: II. pain, headache, and thermal sensations. In: Textbook of medical physiology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 621–32.
- Kotar V (2014). Vloga medicinske sestre pri obravnavi bolnika s kronično bolečino. In: Zbornik predavanj z recenzijo, Z znanjem in sodelovanjem rešujemo življenje, Rogaška Slatina, 4.–6. april 2014. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, ZZBNS, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 239–42.
- Meh D, Georgiev D (2013). Osnove zaznavanja, dojetanja (spoznavanja) in prepoznavanja bolečine. Med Razgl 52: 105–18.
- Rijavec N (2013). Anksioznost depresija in funkcionalni bolečinski sindromi. In: Kamenik M, Krčevski Škvarč N, Požlep G, eds. Visceralna bolečina in funkcionalni bolečinski sindromi, zbornik prispevkov, 16. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, 89–100.
- Rus Makovec M (2014). Uporaba psihofarmakoloških zdravil v obravnavi kronične bolečine: Kaj lahko dejansko naredimo? In: Vodenje in rehabilitacija bolnikov s kronično bolečino, Izbrane teme s področja vodenja rehabilitacije bolnikov s kronično bolečino, redna letna učna delavnica, zbornik predavanj, Ljubljana, oktober 2014, 61–7.
- Stanos SP, Tburski MD, Harden RN (2011). Chronic pain. In: Braddom RL, ed. Physical medicine and rehabilitation. Saunders, Elsevier Inc, 871–963.
- Turk DC, Swanson KS, Wilson HD (2010). Psychological aspects of pain. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, eds. Bonica's management of pain, fourth edition. Lippincott Williams & Williams, a Wolters Kluwer business, 74–85.
- Vintar N in Lopuh M (2011). Bolečina. In: Košnik Mitja et al., eds. Interna medicina, 49–53.

# CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA – ŠTUDIJA PRIMERA V PALIATIVNI OBRAVNAVI

## HOLISTIC CARE - A CASE STUDY IN PALLIATIVE CARE

viš. pred. Lucija Matić, MSc (Švedska)

viš. pred. dr. Darja Thaler

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

lucija.matic@zf.uni-lj.si

**Ključne besede:** celostna obravnava, paliativna oskrba, izobraževanje v zdravstveni negi, evtanazija

### RAZŠIRJEN POVZETEK

**Uvod:** Celostna obravnava je ena najzahtevnejših veščin, ki jih medicinska sestra izpopolnjuje skozi celotno delovno in življenjsko obdobje. Študija primera opisuje celostno obravnavo pacientke z neozdravljivo progresivno boleznijo v zadnjem stadiju, ki je šolski mentorici nepričakovano vpricho dveh dijakov izrazila željo po aktivni evtanaziji.

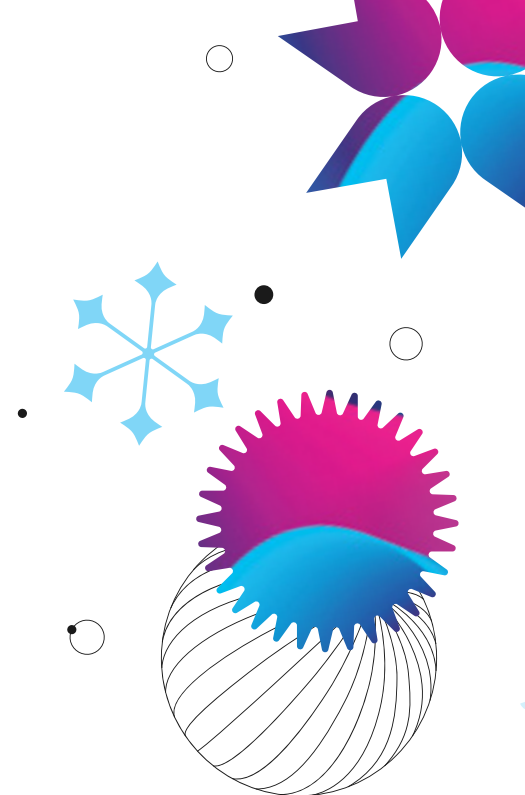
**Metode:** Uporabljena je kvalitativna raziskava – deskriptivna, fenomenološka, retrospektivna študija primera posnetka stanja. Izvedena je bila tudi fokusna skupina izvedene z namenom refleksije dogodka. Prikazani primer uporablja hevristični pristop, ki prikazuje in raziskuje marginalni primer v izobraževanju zdravstvene nege.

**Rezultati:** V analiziranem primeru evtanazija ne samo, da ne bi rešila problemov, ampak bi jih potencialno celo povečala. Dejstvo da je evtanazija kazniva, ne preprečuje odkritega pogovora ob izraženi želi po njej.

**Diskusija:** Študija primera prikazuje direktno izražena željo po evtanaziji, ki je po avtoričinih izkušnjah sicer izjemno redka, ki se je izkazala za željo po zmanjšanju trpljenja, ki jo je uspešneje naslovila paliativna obravnava oz. terapevtski pogovor, kot bi jo v tem primeru lahko naslovila evtanazija. Pomembno je dodatno raziskati področje, izobraževati za celostno obravnavo in razvijati paliativno oskrbo na lokalnem in državnem nivoju.

Celostna obravnava osebe/pacienta je ena najzahtevnejših veščin, ki jih medicinska sestra izpopolnjuje skozi celotno delovno in življenjsko obdobje. V učnih vsebinah zdravstvene nege se poudarja poznavanje in razumevanje vseh dimenzij človeka, medtem ko je višje taksonomske stopnje znanja težje dosegati že v času izobraževanja. Prikaz primera celostne obravnave pacientke temelji na kvalitativni raziskavi v teku – deskriptivni, fenomenološki, retrospektivni študiji marginalnega primera. Prikazuje rezultate analize terapevtskega pogovora, ki se je vpricho dijakov odvijal med pacientko in mentorico in fokusne skupine izvedene z namenom evalvacijskega pogovora med mentorico in dijaki.

Pacientka starostnica z neozdravljivo progresivno boleznijo v zadnjem stadiju, vključena v paliativno obravnavo je mentorici izrazila željo po dostavi in aplikaciji zdravil, ki bi povzročila njeno smrt. Želja je bila izražena vpricho dveh dijakov programa zdravstvene nege, ki sta v okviru praktičnega pouka izvajala posteljno kopel. Terapevtski pogovor in izvajanje posteljne kopeli se je sporazumno nadaljevalo hkrati in neprekinjeno. Med pogovorom z usmerjenimi vprašanji je pacientka povedala, da:



1. je vzrok njeni želji po smrti njeno prepričanje o trpljenju in obremenitvi, ki ga naj bi doživljal njen mož ob njegovih vsakodnevni obiskih in skrbi zanjo ter da njeno trpljenje zanjo osebno sicer ni prehudo.
2. kasneje je spoznala, da njenemu možu njena takojšnja smrt verjetno ne bi prenesla olajšanja, temveč nasprotno, saj je kasneje ugotovila, da njemu obiski, pogovor in skrb zanjo veliko pomenijo.
3. zatem je spoznala tudi, da bi njena takojšnja smrt, ki bi jo sprožila sama, njenemu možu še povečalo trpljenje;
4. njena zaključna ugotovitev je bila, da bi tudi ona sama, če bi zbolel njen mož, raje videla, da bi mu lahko nudila podobno skrb, kot jo nudi on njej in da ne bi želela, da bi njen mož sprožil svojo smrt.

Dijaki so v kasnejšem pogovoru med refleksijo dogodka izrazili neprijetna čustva, zaskrbljenost in negotovost ob doživetih izkušnjah. Menili so, da niso ustrezno pripravljene na tovrstne dogodke in so bili zadovoljni, da se je terapevtski pogovor odvil pozitivno.

V Sloveniji se pojavljajo družbene pobude po spremembi statusa evtanazije, ki naj bi bila po zgledu drugih držav tudi pri nas zakonjena pravica pacienta. Študija primera prikazuje izraženo željo po evtanaziji, ki je po avtoričinih izkušnjah sicer izjemno redka (edina v njeni 23 letni praksi dela kot medicinska sestra), ki se je kasneje izkazala za željo po zmanjšanju trpljenja, ki jo je uspešno razrešil terapevtski pogovor in nadaljevanje paliativne obravnave. V prikazanem primeru bi evtanazija potencialno celo povečala trpljenje. Za zagotavljanje lajšanje trpljenja neozdravljivo bolnih je pomembno je raziskati področje soočanja s smrtjo in umiranjem, poglobljeno izobraževati/usposablјati zdravstvene delavce za celostno obravnavo in razvijati paliativno oskrbo na lokalnem in državnem nivoju.

---

**Key words:** holistic treatment, palliative care, nursing education, euthanasia

## EXTENDED SUMMARY

**Introduction:** Holistic treatment is one of the most demanding skills that a nurse perfects throughout the entire working and life period. The case study describes the holistic treatment of a patient with an incurable progressive disease in the last stage, who unexpectedly expressed her wish for active euthanasia to the school mentor in front of two students.

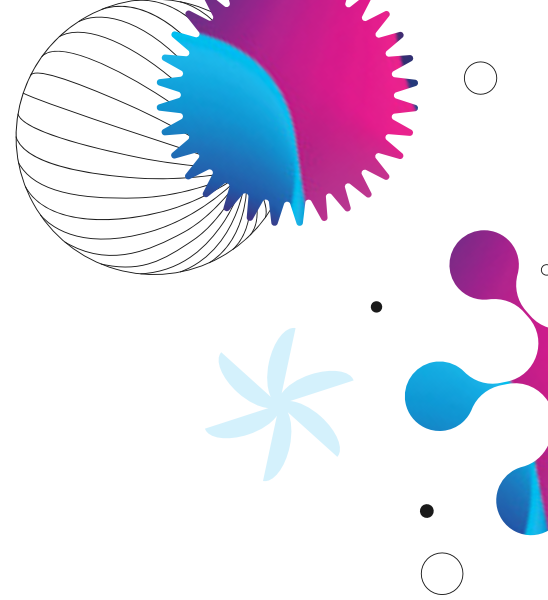
**Methods:** Qualitative research is used - a descriptive, phenomenological, retrospective case study of a state recording. A focus group was also held in order to reflect on the event. The case presented uses a heuristic approach that illustrates and explores a marginal case in nursing education.

**Results:** In the described case, euthanasia would not only not solve the problems, but would potentially even increase them. The fact that euthanasia is a crime does not prevent an open discussion about it.

**Discussion:** The case study shows how a directly expressed desire for euthanasia, which in the author's experience is otherwise extremely rare, was in fact a hidden desire to reduce suffering, which was more successfully addressed by palliative treatment and/or therapeutic conversation in this case. It is important to expand research in the field, educate for holistic treatment and develop palliative care at the local and national level.

## Literatura

- Adams, N. E. (2015). Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 103(3), 152–153. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.103.3.010>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fifth edition). SAGE.
- Lopuh, M. (2018). Na razpotju med paliativno oskrbo, etiko in pravom. 27. Posvetovanje *Medicina, Pravo in Družba: Sodobni Izzivi in Dileme*: 23. - 24. Marec 2018, Maribor, Slovenija, Konferenčni Zbornik. 53-58
- Starman, A. B. (2013). Študija primera kot vrsta kvalitativne raziskave. *Sodobna pedagogika*. 64(1), str. 66-81
- Zwitter, M., (2018). Etični pogled na evtanzijo. 27. Posvetovanje *Medicina, Pravo in Družba: Sodobni Izzivi in Dileme*: 23. - 24. Marec 2018, Maribor, Slovenija, Konferenčni Zbornik. 73-78.



# POUČEVANJE KLINIČNEGA SKLEPANJA IN ODLOČANJA

## TEACHING CLINICAL REASONING AND DECISION MAKING

**pred. dr. Manca Pajnič, dipl. m. s., mag. posl. in ekon. ved.**

**pred. dr. Mirjam Ravljen, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.**

**pred. Renata Vettorazzi, dipl. m. s., univ. dipl. org.**

**viš. pred. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Ljubiša Pađen, dipl. zn., mag. zdr. neg.**

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

[manca.pajnic@zf.uni-lj.si](mailto:manca.pajnic@zf.uni-lj.si)

**Ključne besede:** klinična praksa, model Levett-Jones, prepoznavanje kliničnih problemov, procesiranje informacij, sprejemanje odločitev

### RAZŠIRJENI POVZETEK

Klinično sklepanje je mogoče opredeliti kot ciklični postopek uporabe strokovnega znanja in izkušenj v klinični situaciji s ciljem sprejemanja klinične odločitve. Sklepanje je kompleksen kognitivni proces, ki vključuje formalne in neformalne miselne strategije za zbiranje in analizo informacij o pacientih, ovrednotenje pomena teh informacij in tehtanje alternativnih dejanj. Klinično sklepanje ni sinonim za kritično mišljenje, je širši pojem in obsega klinično presojo in sprejemanje odločitev za in s pacientom.

Učenje kliničnega sklepanja in odločanja je zahtevno in pogosto poteka po korakih oziroma fazno. Pri poučevanju si učitelji pomagajo z različnimi teoretičnimi modeli kliničnega sklepanja in sicer model Levett-Jones, IRUEPIC Webbrov model ter Bakkerjev model. Skupno vsem modelom je, da zajemajo korake kliničnega sklepanja od prepoznavanja kliničnega problema, pridobivanja in procesiranja informacij, sprejemanja in vrednotenja odločitev ter ocene načrtovanih in izvedenih korakov. V modele kliničnega sklepanja je moč integrirati raznovrstna orodja in pristope (ABCDE, ISBAR) in ocenjevalne lestvice (MEWS, VAS, Waterlow, NRS 2002), ki študentom na sistematičen način pomagajo pri zbiranju in procesiranju informacij ter učenju postopnosti sprejemanja kliničnih odločitev.

Poučevanje kliničnega sklepanja najbolj pogosto temelji na uporabi prikaza in reševanja kliničnih scenarijev oziroma primerov iz klinične prakse v obliki papirnatih scenarijev, simulacij, video iger in podobno. Preko izkušnje reševanja kliničnega primera se študent nauči prepoznati pacientovo situacijo, zbrati informacije in namige, procesirati relevantne informacije (najti povezave, izluščiti pomembno do trenutno nepomembnega, predvideti možne izide), prepoznati probleme ter izvesti naslednje korake sprejemanja odločitev, in sicer postavljanje ciljev, izvedba in vrednotenje. Pomemben del kliničnega sklepanja je tudi sposobnost refleksije na proces učenja ter pridobivanja in utrjevanja novega znanja.

#### Razširjeni povzetek je nastal v okviru projekta:

Clinical Reasoning in nursing/midwifery education and clinical practice (Project code 2021-1-BE02-KA220-HED-000023194, Erasmus+ KA220 HED Cooperation Partnerships in Higher Education)

**Key words:** clinical practice, Levett-Jones model, identification of clinical problems, processing the information, decision making

## EXTENDED SUMMARY

Clinical reasoning can be defined as a cyclical process of applying professional knowledge and experience in a clinical situation with the goal of making a clinical decision. Reasoning is a complex cognitive process that involves formal and informal mental strategies for gathering and analysing information about the patient, evaluating the meanings of that information, and weighing alternative actions. Clinical reasoning is not synonymous with critical thinking. It is a broader concept that encompasses the scope of clinical judgment and decision making for and with the patient.

Learning clinical reasoning and decision-making is challenging and often takes place in steps or phases. In teaching, various theoretical models of clinical reasoning can be used to assist students, such as the Levett-Jones model, the IRUEPIC Webber model, and the Bakker model. Common to all models is that they involve the steps of clinical reasoning from recognising a clinical problem, obtaining and processing information, making and evaluating decisions, and evaluating planned and completed steps. Various tools and approaches, such as ABCDEF and ISBAR, and rating scales, such as MEWS, VAS, Waterlow, and NRS 2002, can be integrated into clinical reasoning models to systematically help students gather and process information and learn the steps involved in making clinical decisions

The teaching of clinical reasoning is most often based on presenting and solving clinical scenarios or cases from clinical practice in various formats such as paper-based, simulations, and video games. Through the experience of solving a clinical case, the student learns to recognise the patient's situation, collect information and cues, process relevant information (find connections, extract the important from the currently unimportant, predict possible outcomes), identify problems and carry out the next steps of decision making, namely setting goals, implementation, and evaluation. An important part of clinical reasoning is also the ability to reflect on the learning process, acquire and consolidate new knowledge.

### 280 This conference abstract was created within the project:

Clinical Reasoning in nursing/midwifery education and financial practice (Project code 2021-1-BE02-KA220-HED-000023194, Erasmus+ KA220 HED Cooperation Partnerships in Higher Education).



# POMEN SODOBNIH PRISTOPOV MOTIVIRANJA PRI POUČEVANJU DIJAKOV ZDRAVSTVENE NEGE

## THE SIGNIFICANCE OF MODERN MOTIVATIONAL APPROACHES IN TEACHING SECONDARY SCHOOL STUDENTS OF NURSING

Živa Kramar, dipl. m. s., univ. dipl. ekon.  
Srednja šola Zagorje

zkramar@sszagorje.si

**Ključne besede:** pristopi motiviranja dijakov, izkustveno učenje, učni stili, notranja motivacija učitelja.

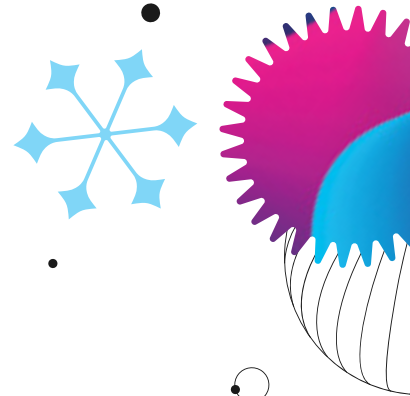
### IZVLEČEK

Pred kratkim sva bili s sodelavko na odlični delavnici v organizaciji Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije izvajalke dr. Andreje Lavrič, kjer smo se pogovarjali o inovativnih učnih pristopih motiviranja dijakov in študentov. Kasneje sva predstavili ključne ugotovitve tudi najinim sodelavcem v okviru konference v šoli. Kar nekaj izmed njih se je strinjalo s tem, da je čedalje večji izziv prav motiviranje dijakov zdravstvene nege. Pri tem ima vsekakor pomembno vlogo prav zgled in odnos učitelja oziroma predavatelja do predavane vsebine. Poučevanje in izobraževanje novih generacij dijakov je vsekakor svojevrsten izziv. Dobro moramo poznati njihove značilnosti, navade, vrednote ter nato temu prilagoditi cilje in naš način dela. Pri tem nam poleg uporabe različnih digitalnih pripomočkov in učil lahko pomaga tudi izkustveno učenje, ki omogoča pridobivanje trajnejšega znanja in drugačnih razmerij med šolo, učečim in okoljem. Kako torej kot učitelj motivirati dijake? Poleg novodobnih metod dela in pomagal potrebujemo predvsem močno notranjo motivacijo. Ker le tako lahko z dovolj entuziazma in dobre volje učinkovito podajamo svoje strokovno znanje dijakom. Seveda moramo primarno poskrbeti zase ter za svoje dobro počutje. To je kljub vsemu temelj za to, da na naši poti ne le dosežemo vse zastavljene cilje ampak predvsem vzgajamo odlične zdravstvene delavce.

**Key words:** approaches to motivating secondary school students, experiential learning, teaching styles, intrinsic motivation of teachers

### ABSTRACT

Some time ago, my co-worker and I visited an excellent workshop organised by The Nurses and Midwives Association of Slovenia, which was taught by Andreja Lavrič, PhD. At the workshop, we discussed innovative teaching approaches to motivating secondary school and university students. We later also presented our key findings to the rest of our co-workers at a school conference. Quite a few of them agreed that secondary school students of nursing are becoming the ones whose motivation is starting to present an increasingly difficult challenge. One of the most important influences in this context is the example and attitude of the teacher or lecturer towards the content that is being taught. Teaching and educating new generations of students is definitely a challenge in its own right. We have to be well acquainted with their characteristics, habits, values according to which we can then modify our goals and methods of teaching. We can not only use various digital gadgets and teaching aids to help us do so, but we can also make use of experiential learning, which enables students to



acquire knowledge that is more long-lasting and encourages the development of different relationships between school, the students, and the environment. So how should we as teachers motivate our students? Aside from modern teaching methods and aids we especially need strong intrinsic motivation, because this is the only way for us to be enthusiastic and cheerful enough to efficiently relay our expert knowledge to the students. First and foremost, we should of course take care of ourselves and of our well-being. This is, after all, the foundation that allows us to reach all our goals along the way, and most importantly helps us shape the students into exceptional healthcare workers.

## Uvod

V izobraževalnem procesu se prepletata tako poučevanje, kot tudi vzgajanje. Težko bi opisali in zajeli vse, kar je v resnici pomembno, da izobraževalni proces steče. Mogoče si še najlažje predstavljamo, da v jutranji sadno-zelenjavni napitek dodamo idealno razmerje ciljev, vsebin, različnih didaktičnih sredstev ter ščepec skrivnostnih začimb. Le tega pa nato prijazno serviramo tako dijakom, kot tudi učiteljem.

Pri pripravi obstoječega članka sem se osredotočila le na nekaj, po mojem mnenju, pomembnejših aspektov sodobnih pristopov motiviranja dijakov, na katere moramo biti pozorni kot učitelji. Namen prispevka je predvsem na kratko orisati značilnosti poučevanja novih generacij dijakov zdravstvene nege ter izpostaviti nekaj načinov, kako se lahko dijakom približamo in tako dosežemo boljše rezultate na področju izobraževalnega procesa.

## Učni stili

V vsakem primeru moramo kot dobri učitelji ne glede na izbrano metodo dela poskrbeti, da z dijaki ves čas izobraževanja gradimo nek enakovreden-partnerski odnos. Klasične metode in pristopi poučevanja v obliki frontalnega pouka in razlage, le v redkih primerih pri dijakih še učinkujejo. Dijaki novih generacij si namreč v večini želijo bolj dinamično delo ter aktivno vključevanje k pouku. Prav zato je uporaba spletnih orodij, kot so aplikacija Mentimeter v primeru izvajanja možganske nevihte, aplikaciji Quizziz ali Kahoot ob preverjanju znanja dijakov ali aplikacija LiveWorksheets ob ponavljanju učne snovi, lahko pri motiviranju dijaka zelo učinkovita. Možnosti je veliko, učitelji sami pa lahko glede na posamezno situacijo izberemo primerno orodje.

Kar se tiče podajanja vsebine imamo po mojem mnenju učitelji vsakodnevno veliko več maneverskega prostora, kot si mislimo. Glede na počutje dijakov ja včasih zato smiselno prilagoditi način podajanja snovi. Mogoče zamenjati vrstni red, popolnoma izključiti projekcijo, preko zabavne zgodbe podati določeno vsebino. Tu pride do izraza naša kreativnost, kar je meni osebno precej pisano na kožo. Vključevaje humorja, krajših zabavnih vložkov ima po mojih izkušnjah na dijake velik vpliv. Lahko gre predvsem za pridobivanje pozornosti, na dolgi rok pa to lahko uporabimo kot orodje za gradnjo odnosa z dijakom in vzpostavljanje medsebojnega zaupanja. Občutek imam, da s tovrstnim načinom dela pri dijakih lahko sprostimo tudi včasih nekoliko napeto ozračje.

## Notranja motivacija in izkustveno učenje

Delo s praktičnimi primeri je za dijake lahko dobro motivacijsko orodje, še posebej takrat, kadar učitelji znotraj razreda dijake razdelimo za delo v manjše skupine in nato v posamezno skupino kot vodjo namenoma dodelimo dijaka, ki se nam zdi zunanje motiviran ali relativno nezainteresiran za sodelovanje. Včasih lahko na ta način dijaka spodbudimo k bolj aktivnemu odnosu do obravnavane vsebine, ter s tem naredimo korak bližnje k razvoju njegove notranje motivacije. Dijak, ki je notranje motiviran bo namreč določeno nalogo opravljal zaradi svoje lastne želje, ter hkrati ob tem užival. Z veseljem opazujem takšne dijake in njihov pozitiven vpliv na ostale sošolce in klimo v razredu.

Močno notranje motivirani pa moramo ves čas biti seveda tudi mi, kot učitelji. Pri tem ne smemo zanemariti predvsem skrbi za lastno zdravje in dobro počutje, ki pa zajema tudi stalno izpopolnjevanje in nadgrajevanje našega znanja.

Naraščajoča dostopnost in čedalje hitrejši razvoj digitalne tehnologije nas silita v preoblikovanje poučevanja. Že star kitajski pregovor pravi: »Povej mi in bom pozabil, pokaži mi in se bom spomnil, vključi me in bom razumel.« Vsekakor je za dijake daleč najbolj učinkovito, če lahko krepijo svoje znanje, izkušnje in veščine na vključujoč način. Da imajo torej aktivno vlogo pri sooblikovanju izobraževalnega procesa, ter v procesu učenja sodelujejo z vsemi svojimi čuti. Znanje pridobljeno na takšen način je tudi trajnejše.

## Okolje

Seveda pa se včasih kljub vsemu zgodi, da ne glede na naš inovativen pristop, pri dijaku ne dosežemo želene spremembe vedenja. Proces vzpostavljanja motivacije je namreč med drugim tudi zelo odvisen od uspešnosti vzpostavljanja partnerskega odnosa ter seveda podpornega okolja, v katerem dijak odrašča. Kakšno mnenje ima v resnici okolje, v katerem se dijak giba, o samem poklicu in izbrani šoli, kakšne so izkušnje, ki jih ima dijak in njegovi svojci z zdravstvenimi delavci, na kakšen način okolje spodbuja dijaka ob izzivih s katerimi se srečuje med samim izobraževalnim procesom, kakšna je reakcija okolja v primeru, ko se dijak srečuje s slabšimi ocenami, kot so jih pričakovali. V podporno okolje nikakor ne spadajo le starši dijaka in njegovi prijatelji, ampak tudi ostali sorodniki ter učitelji in seveda mentorji dijaka na praksi. Vsi ti lahko skupaj močno vplivamo na to, kakšen odnos bo posamezen dijak razvil do svojega bodočega poklica in stroke na splošno.

## Skrb za dobro počutje dijaka in učitelja

Pomanjkanje gibanja in spanja, slabše prehranjevalne navade, nezadovoljstvo s svojim izgledom, so v srednješolskem obdobju neka stalnica s katero se dijaki v veliko večini vsakodnevno soočajo. Seveda imajo nekateri zaradi tega več stisk in težav, kot drugi. Vse to je v zadnjem času močno prepleteno tudi z digitalnim stresom, ki ga seveda povzroča pretirana uporaba digitalnih pripomočkov. Zaradi zgoraj omenjenih dejavnikov so na preizkušnji predvsem naši možgani, ki zaradi preobremenjenosti včasih ne zmorejo funkcionirati optimalno. Morebiten slabši učni uspeh dijaka pa posledično vpliva tudi na zmanjšano motivacijo dijaka do dela. Ne le dijaki, tudi učitelji se srečujemo s podobnimi težavami. Živeti uravnoteženo je v prehitrem tempu življenja že prava umetnost.

Na izboljšanje počutja dijakov po mojih izkušnjah vpliva tudi pouk na prostem. Predvsem na račun gibanja na svežem zraku namreč, s svojo posebno dinamiko, prinese neko sproščujoče in pomirjujoče vzdušje, ki ga tako dijaki, kot tudi učitelji nujno potrebujemo. Obstaja kar nekaj tehnik in metod dela, kjer lahko z malo iznajdljivosti podajamo snov zunaj učilnic. Seveda je v sklopu nekaterih predmetov to lažje, v sklopu nekaterih drugih pa mogoče malce težje izvedljivo v praksi. Z dijaki se tako lahko odpravimo ven na šolsko dvorišče ali v bližnji park, kjer v manjših skupinah utrjujemo snov, rešujemo delovne liste, igramo igre vlog.

V letošnjem letu smo na naši šoli pričeli tudi z izvajanjem izbirnega modula sprostivne tehnike, kjer dijaki tako v teoriji kot tudi v praksi spoznavajo pomembne tehnike in veščine, s katerimi lahko tako pri sebi, kot tudi pri drugih zmanjšujejo negativne učinke stresnih dejavnikov, lajšajo stiske in občutke tesnobe ter tako izboljšajo svoje počutje. V modul smo med drugim vključili tudi nekaj vsebin s področja osredotočanja na lastne cilje, kot je izdelava table vizij, kjer dijaki lahko razmišljajo o tem, kaj si v življenju želijo, zakaj je izbran poklic za njih v resnici pomemben. Spoznali smo tudi tehniko »brain gym«, kjer gre za krepitev možganskih povezav med levo in desno polovico možganov.

Dijaki so ob polletni evalvaciji programa s pomočjo aplikacije Mentimeter izrazili veliko navdušenje nad tovrstnimi aktivnostmi. Tovrstna povratna informacija meni, kot učiteljici, da še dodaten elan in voljo za ustvarjanje zanimivih vsebin in predajanje znanja dijakom na včasih tudi malce drugačen način ter ima hkrati pomembno vlogo pri krepitevi moje notranje motivacije.

## Interes dijakov

Vključevanje dijakov v razširjeni program je lahko tisto, kar dijakom zveča samozavest, okrepi pogum, zmanjša strah pred nastopanjem ter hkrati poskrbi za obogatitev znanja. To je lahko tudi eden izmed načinov za povečanje interesa do samega učenja na sploh. Prav tako pa interes in motivacijo dijakov do učenja in pridobivanja znanja vsakodnevno gradimo tudi mi učitelji s svojim zgledom. Prav naš odnos in v končni fazi naš interes do poklica sta tista, ki lahko dodatno vplivata na vzpostavitev notranje motivacije pri dijaku. Z dijaki namreč v resnici preživimo zelo veliko kvalitetnega časa in zato je prav, da smo v odnosu do njih pristni in iskreni.

## Diskusija

Včasih se zalotim ob razmišljanju o tem, kakšen privilegij pravzaprav imam, da lahko prav vsak dan podajam snov in delim svoje izkušnje dijakom in hkrati z njimi rastem, se razvijam in bogatim.

S prispevkom želim predvsem izpostaviti pomen drugačnega pristopanja k poučevanju dijakov novih generacij, ki naj bi bilo po mojem mnenju predvsem bolj usmerjeno v izkustveno učenje. Sodobni pristopi k poučevanju in motiviranju dijakov zdravstvene nege zahtevajo, da v sam izobraževalni proces učitelji vpeljujemo več vodenja, samostojnega raziskovanja in odkrivanja. Ob tem ne smemo pozabiti kako pomembno je, da dijaki čim prej razvijejo in oblikujejo svoje zdravo podporno okolje. Takšno, ki jim hkrati nudi zaščito, pomoč ter skrbstvo, saj je to za dijaka in kasneje za razvoj njegove motivacije izredno pomembno. Učitelj je sicer tudi v okviru sodobnih pristopov še vedno avtoriteta, vendar pa je za uspešno delo na področju motivacije gledano z vidika izobraževalnega procesa pomembnejše in praviloma tudi učinkovitejše, da sta učenec in učitelj čim bolj enakovredna ustvarjalca.

Skrb za dobro počutje je vsekakor naša prioritarna naloga. Le učitelj in dijak, ki bosta na pravi način znala poskrbeti zase in prisluhniti sebi, bosta v resnici lahko notranje motivirana ter bosta lahko dosegala svoje zastavljene cilje. Še več, učitelji bomo le v takšnem primeru lahko s svojim entuziazmom navduševali in vzgajali odlične zdravstvene delavce, ki jih tako zelo potrebujemo.

## Zaključek

Prav vsak moj dan v srednji šoli je poln izzivov. Zavedam se, da je tako ne le za učitelje, ampak tudi za dijake. Loviti ravnovesje, prisluhniti drug drugemu in slišati kaj je pravzaprav tisto, kar potrebujemo in si želimo. Res je, da je motiviranje dijakov zdravstvene nege včasih pravi izziv. Z malce več prilagodljivosti, aktivnega vključevanja ter skrbi za dobro počutje vseh deležnikov, bi bil le ta lažje rešljiv. Seveda je kljub vsemu na koncu le od nas samih odvisno ali znamo opaziti, prepoznati in se osredotočiti predvsem na prijetne dogodke okoli nas. Pa naj bo to prijazen nasmeh dijaka/sošolca, iskrena pohvala sodelavca/učitelja, skrbno in okusno pripravljena malica naših kuharic. Le ti so lahko v resnici naša gonilna sila za premik v pravo smer.

Včasih ob koncu kakšne šolske ure čutim še posebno zadovoljstvo, ker so me dijaki tako zbrano in zavzeto poslušali. No, mogoče me potem, ko opazim, da je dijak v tretji vrsti, ki je ves čas »poslušal« in kimal, v resnici preko slušalk poslušal najljubšo glasbo ali pa, da je dijakinja v zadnji vrsti celo uro brskala po telefonu, navdušenje malo mine. Ampak tudi to so zanimivi izzivi našega poklica in prav takšni in podobni dogodki te po svoje brusijo in oblikujejo. In ja, pravzaprav so prav takšni dogodki tisti, ki jih učitelji nujno potrebujemo za rast. Vam zaupam še kakšnega? Mogoče bo priložnost za to kdaj drugič, v kakšnem izmed prihodnjih prispevkov.



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