

RAZISKOVANJE ZA ZNANJE, ZNANJE ZA ZDRAVJE

*12. študentska konferenca
s področja zdravstvenih ved*



*Zbornik prispevkov
z recenzijo*

Programski odbor

Katja Bezek, Darja Maganja

Organizacijski odbor

Mariza Bulič, Sebastjan Cvetrežnik

Amadej Jelen

Sandra Martinuč

Jan Marušič

Nastja Podrekar

Helena Skočir

Maja Šumanski

Jure Žitnik

Uredniški odbor Založbe Univerze na Primorskem

Gregor Pobežin, *UP Fakulteta za humanistične študije*

Maja Meško, *UP Fakulteta za management*

Vito Vitrih, *UP FAMNIT in UP IAM*

Silva Bratož, *UP Pedagoška fakulteta*

Matej Vranješ, *UP Fakulteta za turistične študije – Turistica*

Ana Petelin, *UP Fakulteta za vede o zdravstvu*

Janko Gravner, *University of California, Davis*

Krstivoje Špijunović, *Učiteljski fakultet Užice*

Miloš Zelenka, *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
in Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre*

Jonatan Vinkler, *Založba Univerze na Primorskem*

Alen Ježovnik, *Založba Univerze na Primorskem*

*raziskovanje za znanje,
znanje za zdravje*



Univerza na Primorskem • Fakulteta za vede o zdravju
Università del Litorale • Facoltà di scienze della salute
University of Primorska • Faculty of Health Sciences

Pokrovitelj



**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

Raziskovanje za znanje, znanje za zdravje

*12. študentska konferenca
s področja zdravstvenih ved*

*Zbornik prispevkov
z recenzijo*



Vsebina

9 NAGOVORI DEKANOV

19 UVODNO PREDAVANJE

Stefanos Mantzoukas

21 Qualitative research findings as valid sources of evidence for practice

23 KONFERENČNI PRISPEVKI

Dominika Češek, Katja Bezek, Mihaela Jurdana

25 Uživanje probiotikov pri gibalno/športno aktivni populaciji

Nika Gregorc, Marjana Benigar Manias, Boštjan Žvanut

33 Pomen hrane pri povečanju možnosti zanositve

Nina Lapornik, Mihaela Jurdana, Mojca Stubelj

41 Prehranska dopolnila pri rakavi kaheksiji

Luka Trapara, Tamara Poklar Vatovec

51 Prehranski status in prehranjevalne navade članske ekipe vaterpolistov

Jerca Brina Jeran, Tamara Poklar Vatovec

59 Prehranjevalne navade veganskih družin

Tjaša Kamnik, Urška Bobnar, Mojca Jevšnik

65 Prevare na področju živil

Tjaša Vidic Malovrh, Laura Zupanc, Mojca Jevšnik

77 Varnost živil v prehrani nosečnic

Karmen Knez, Andreja Hrovat Bukovšek, Rok Poličnik

85 Zdrava prehrana nosečnice kot eden ključnih dejavnikov za zdravje bodoče matere in otroka

Špela Centrih, Tamara Štemberger Kolnik, Boris Miha Kaučič

93 Prehranjevalne navade veganov

- Tina Čeh, Nejc Šarabon*
 103 Spremembe globalne in lokalne gibalne zmogljivosti pri osebah z osteoartrozo kolena
- Nina Ogrinc, Nejc Šarabon*
 111 Prisotnost asimetrij in njihova povezanost z dolžino trenažnega procesa in mišično-skeletnimi poškodbami pri baletnih plesalcih
- Ana Dekleva, David Ravnik*
 119 Analiziranje dela operacijske medicinske sestre v ortopedskem centru Artros po opazovalni metodi OWAS
- Ilirjana Kuliqi, Katarina Galof*
 125 Učinek z omejevanjem spodbujajoče terapije na osebe po možganski kapi
- Lea Zgonc, Sonja Hlebš*
 133 Dejavniki tveganja za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih – sistematični pregled literature
- Tina Tominc, Blaž Hudobivnik, Zdenka Tavčar, Elvis Kudich, Špela Bizjak, Monika Zadnikar*
 143 Promocija zdravja pri delu in fizioterapija
- Matjaž Ogris, David Ravnik*
 151 Uporaba udarnih globinskih valov pri zdravljenju tendinopatij
- Tjaša Musar Kumer, Denis Fatič, Denish Ivanov, Uroš Trstenjak, Monika Zadnikar*
 161 Pomen fizioterapevtskih metod v športu – nogomet: pregled literature
- Sara Kožuh, Mirko Prosen*
 167 Odnos staršev šoloobveznih otrok do cepljenja proti okužbi s humanim papiloma virusom: deskriptivna raziskava
- Maja Drčar, Tita Stanek Zidarič*
 173 Prisotnost doule pri porodu in njen vpliv na potek poroda in porodno izkušnjo ženske
- Tinkara Odar, Tita Stanek Zidarič, Metka Skubic*
 179 Zgodnji odpust iz porodnišnice in obveščanje patronažnih medicinskih sester
- Sara Knego, Sašo Ozvatič, Edvard Jakšič*
 189 Medgeneracijsko sodelovanje med mlajšo in starejšo populacijo Pomurja
- Tina Vodopivec, Kristina Rakuša Krašovec*
 199 Vloga staršev pri odločitvi za cepljenje otroka
- Florijan Rozman Ravnikar, Kristina Rakuša Krašovec*
 205 Letovanje otrok na Debelem rtiču ter delo varuha prostovoljca
- Kerstin Kodrič, Vesna Zupančič*
 211 Z znanjem in uporabo sodobne tehnologije do varne obravnave pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1
- Tina Rus, Kristina Rakuša Krašovec*
 219 Izobraženost izvajalcev zdravstvene nege pri pacientih z astmo

- Maja Jovanović, Nika Lončar, Klara Pušar, Tajda Spahič, Špela Zupančič, Monika Zadnikar*
- 225 Fizioterapija pri slabi drži šolskih otrok
Patricija Šraj, Barbara Kegl, Petra Klanjšek
- 231 Ohranjanje oralnega zdravja otrok v patronažnem varstvu
Katja Filej, Igor Karnjuš
- 239 Odnos zdravstvenih delavcev do obravnave potencialnega darovalca organov: sistematični pregled literature
Tjaša Lešničar Ojstrež, Anže Uratnik, Roman Parežnik
- 249 Lokacije in dostopnost do avtomatskih zunanjih defibrilatorjev v Mestni občini Celje
Lidija Koqinaj, Boris Miha Kaučič
- 257 Izkušnje medicinskih sester z vnaprej izraženo voljo pacienta v kliničnem okolju
Gregor Romih, Sabina Žunko, Sergej Kmetec, Dominika Vrbnjak, Majda Pajnkihar
- 265 Opis, analiza in vrednotenje teorije obvladovanja simptomov
Denis Vihar, Matej Strnad, Nino Fijačko, Zvonka Fekonja
- 273 Ocena zdravstvenega stanja pacienta za izvajalce zdravstvene nege
Urška Fekonja, Zvonka Fekonja, Dominika Vrbnjak
- 279 Izkušnje medicinskih sester z aplikacijo intramuskularne injekcije na primarnem nivoju zdravstvenega varstva
Lucija Madjar, Monika Bergant, Brigita Skela Savič
- 285 Stres pri zaposlenih v urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana – interpretativna analiza mnenj
Katarina Godeša, Sedina Kalender Smajlovič
- 291 Uporabnost ocenjevalnih lestvic v enoti intenzivne terapije
Iris Ahmetaj, Blaž Ferkulj, Marija Ferkulj, Domen Peče, Elvira Selimović, Mirko Prosen, Igor Karnjuš
- 299 Značilnosti profesionalne identitete medicinskih sester: deskriptivna raziskava
Maruša Magister, Andreja Kvas
- 305 Znanje in stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja proti gripi
Tina Razlag Kolar, Boris Miha Kaučič
- 313 Magnet bolnišnice ustvarjajo pozitivno delovno okolje za zaposlene v zdravstveni negi
Urška Lah, Barbara Donik, Nataša Mlinar Reljič
- 323 Nasilje nad študenti zdravstvene nege na klinični praksi: presečna študija
Patricija Lunežnik, Ana Sajovic, Polona Šprajc
- 329 Motivacija zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih v odvisnosti od delovne dobe in stopnje izobrazbe
Lana Ritlop
- 335 Etične dileme zdravstvenih delavcev v Gambiji

- Karmen Petek*
 343 Medicinska sestra in njena vloga v medijih
Alen Osmanović, Ljiljana Leskovic
- 349 Avtentično vodenje v zdravstveni negi in zadovoljstvo zaposlenih
Nina Zaletelj, Ljiljana Leskovic
- 359 Konstruktivno reševanje konfliktov med člani negovalnega tima
Mirela Milanković, Vesna Zupančič
- 367 Vloga vodje pri uvajanju inovacij
Filip Krajnc, Saša Kadivec
- 377 Odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi
Ivana Nanut, Urška Bogataj
- 385 Stigma na področju duševnega zdravja: Primerjava med Slovenijo in Italijo
Anita Bandelj, Bojana Filej, Boris Miha Kaučič
- 393 Timski pristop v paliativni oskrbi
Metka Černoša, Gorazd Voga, Boris Miha Kaučič
- 403 Stališča dijakov zdravstvene nege o izobraževalnih vsebinah paliativne oskrbe
Dijana Glavaš, Darja Plank
- 413 Ovire pri komuniciranju izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe s svojci neozdravljivo bolnih
Silva Dremelj, Boris Miha Kaučič
- 421 Izkušnje medicinskih sester z uporabo življenjske zgodbe pri osebah z demenco
Jana Lončarič, Vojislav Ivetič, Klavdija Čuček Trifkovič
- 429 Kognitivno vedenjska terapija v psihiatrični zdravstveni negi
Barbara Mrkša, Nataša Mlinar Reljić
- 435 Uporaba lutke pri stanovalcih z demenco: vidik negovalnega osebja
Katja Lebar, Mateja Lorber
- 443 Motnje spanja pri starejših
Veronika Vovk, Andreja Draginc
- 449 Osamljenost pri starejših
Tanja Oven, Gorazd Laznik
- 455 Ugotavljanje negovalnih diagnoz pri pacientu s transtiretinsko amiloidozo
Metka Gorenak, Nataša Mlinar Reljić
- 463 Učinki čuječnosti na življenje žensk, obolelih za rakom dojke: sistematični pregled literature
Vanesa Pintar Topolovec, Edvard Jakšič, Mojca Dreisinger
- 469 Življenje bolnikov z mielodisplastičnim sindromom, ki se zdravijo z transfuzijo

Nagovori dekanov



Ko smo v letu 2019 slovesno prevzeli ključ organizacije 12. študentske konference s področja zdravstvenih ved, nismo slutili, kako pomembna, pomenljiva in prelomna bo. Do včeraj samoumevnost dogodka »v živo« se je spremenila v željo in upanje, da zastavljen datum konference obdržimo. Svetovna epidemija, ki jo je povzročil nov tip korona virusa, nas je prisilila k hitremu prilagajanju novim razmeram. S pomočjo sodobne tehnologije smo uspeli nemoteno izpeljati velik del pedagoškega procesa, a ravno poklici v zdravstvu terjajo neposreden in osebni odnos z ljudmi ter *razvijanje kompetenc*, ki jih »na daljavo« ni mogoče osvojiti. Ta del bo potrebno nadoknaditi.

Poslanstvo vsake konference, tudi naše, je povezovati. Nikoli kot sedaj ni dvoma o tem, da so poklici v zdravstvu poklici prihodnosti, brez katerih – ali bolje rečeno ob pomanjkanju katerih - je ogroženo delovanje sodobne družbe, zato smo ponosni, da se je *povezovanje fakultet* neprekinjeno obdržalo že več kot desetletje. Izobraževalne ustanove smo dolžne opozarjati na pereče probleme družbe in od odločevalcev zahtevati večjo podporo znanstveno-raziskovalnemu delu. Tudi zato iz leta v leto poudarjamo izjemen pomen raziskovanja že v času študija, ki študentom, bodočim strokovnjakom s področja zdravstvenih ved, pomaga razvijati pomembne strokovne in znanstveno-raziskovalne kompetence. Brez raziskovanja ni novega znanja in brez novega znanja ni rešitev za nove zdravstvene izzive, ki pestijo človeštvo.

Študenti boste na konferenci predstavili vaša najpomembnejša dela s področja zdravstvenih ved, ki pripomorejo k napredku stroke in ugledu zdravstvenih poklicev. Želim vam, da bi uspešno predstavili vaše prispevke in dogodek izkoristili za navezovanje novih stikov, ki vam bodo v prihodnosti gotovo koristili.

prof. dr. Nejc Šarabon,
dekan Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem



Vodilo 12. študentske konference s področja zdravstvenih ved je ‚Raziskovanje za znanje, znanje za zdravje‘. Ta pomenljivi naslov je še toliko bolj aktualen v letošnjem letu, ki je pomembno zaznamovano z epidemijo novega koronavirusa. Kako zelo potrebujemo znanje, se še bolj izrazi v novih in nepredvidljivih situacijah. V takih okoliščinah postanejo še bolj pomembne raziskovalne kompetence: kako čim hitreje pridemo do novih spoznanj, kritično vrednotimo rezultate raziskovalnega dela in jih interpretiramo v širšem interdisciplinarnem in družbenem kontekstu. Na osnovi kakovostnih raziskav je mogoče sprejemati kompetentne odločitve.

Letošnja situacija je osvetlila pomembnost zdravstvenega sistema in poklicev v zdravstvu. Zavedanje o pomembnosti poklicev, za katere se izobražujete, pa je pomemben temelj pripadnosti stroki in predanosti njenemu razvoju.

Naj bo sodelovanje na letošnji študentski konferenci kamenček v mozaiku vaše razvijajoče profesionalne identitete in eden od številnih prispevkov k razvoju stroke, ki bodo še sledili.

Študentom in mentorjem želim uspešno delo na konferenci in prijetno druženje.

doc. dr. Nevenka Kregar Velikonja,
dekanja Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto.



Zdravje posameznika ter družbe je v resnici v ospredju in v teh dneh edina ter največja skrb, brez leporečenja ... Znanstveniki mrzlično iščejo cepivo, ki bi zaustavilo pandemijo bolezni covid 19, ki je lahko uničujoča, ne le za naše zdravje, dolgoročne posledice utegne imeti za gospodarstvo in celoten življenjski ustroj družbe. Sedaj je čas, da pokažemo, kaj zmoremo skupaj, kako smo kot družba sposobni mobilizirati vse zmogljivosti, od organizacijskih, raziskovalnih, medicinskih do proizvodnih ...

Naši sodelavci in študenti se aktivno ter po svojih močeh vključujejo. Študenti Zdravstvene in Medicinske fakultete UL so se skupaj odzvali na prošnjo Rdečega križa Slovenije za prostovoljstvo pri izvajanju nalog in aktivnosti v Enoti za oskrbo bolnikov, ki deluje v Mobilnem stacionariju. Prostovoljci, študenti Zdravstvene fakultete, študijskega programa zdravstvene nege in študijskega programa babištva, bodo UKC Ljubljana pomagali pri izvajanju zdravstvene nege pacientov.

Študentske konference so namenjene študentom in podpora njihovem vstopu v raziskovalno področje. Raziskovanje prispeva k razvoju discipline in profesije, naši študenti pa so nosilci bodočega razvoja. Na Zdravstveni fakulteti se zavedamo, da je povezovanje temelj za razvoj naših znanstvenih disciplin, saj daje kakovostnejše rezultate. Naša pomembna prednost je pestrost študijskih programov in dejstvo, da izobražujemo strokovnjake za več strokovnih področij, zato študentom že v času študija poudarjamo pomen medpoklicnega sodelovanja v timu in s tem pomen celostne obravnave uporabnikov zdravstvenih storitev. Vodilo interdisciplinarnosti in povezovanja uresničujemo tudi na področju doktorskega študija, s sodelovanjem s samostojnim znanstvenim področjem v dveh Interdisciplinarnih doktorskih študijih, in sicer Biomedicina in Bioznanosti v okviru Doktorske šole Univerze v Ljubljani.

Ostanimo zdravi!

doc. dr. Andrej Starc,
dekan UL Zdravstvene fakultete.



Uvodnik vam pišem v času, ko je pomen besede »zdravje« prisoten v vsakem trenutku dneva. Skrb za posameznika, za naše najbližje in skrb za zdravje družbe na nacionalnem in globalnem nivoju počasi prodira v naše zavedanje. Naša življenja so se v hipu spremenila, samo za ohranitev ali vrnitev zdravja.

Slogani, tudi slogan letošnje študentske konference ima velik pomen. Za prihodnje nam vsem poudarja, da je raziskovanje pot, s katero bomo utrjevali in razvijali jedro znanja zdravstvene nege za ohranjanje zdravja in učinkovito ter varno obravnavo naših pacientov in družbe. Globalna kriza s korona virusom nam je pokazala, da zdravje ni nekaj samo po sebi umevnega in danega ter bo temeljito spremenila naša življenja jutri. Razvoj znanstvenega jedra znanja v naši »mladi« profesiji zahteva raziskovanje, uporabo znanstvenih dokazov v praksi in v izobraževanju ter v skrbi za naše paciente.

Drage študentke in študenti, raziskovanje bo del vaše življenjske in profesionalne poti za razvoj jedra znanja in znanstvenih dokazov za varno in učinkovito obravnavo pacientov. Raziskovanje vam bo nudilo sodelovanje v praksi, vseživljenjsko povezavo z izobraževanjem in povezovanje ter sodelovanje na mednarodnem in globalnem nivoju. Pomen izmenjave znanja in izkušenj na globalnem nivoju lahko v tem težkem obdobju zasledimo prav tako vsak dan. V negovalnih, zdravstvenih in interdisciplinarnih timih doma in v tujini se poleg znanja, izkušenj in visoko moralno etičnih načel od zdravstvenih delavcev pričakuje pripadnost, skrb timu, odgovornost, medsebojno spoštovanje, zaupanje in profesionalno učinkovitost na osnovi teoretičnega znanja in na znanstvenih dokazih podprtih pristopih pri delu.

Upam in želim, da korona virus ne bo posegel v študentski dogodek, ki ga zaznamuje uspešnost, mednarodno povezovanje, sodelovanje in izmenjava znanja za humano, varno in učinkovito obravnavo pacientov ter na dokazih utemeljeno in k človeku in njihovih družinam usmerjeno obravnavo. Na konferenci želim pozitiven odnos do nadaljnega raziskovanja ter prijetno druženje, organizatorju 12. študentske konference pa čestitam in želim uspešno izvedbo dogodka.

prof. Dr (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majda Pajnikihar, dekanja Univerze v Mariboru Fakultete za zdravstvene vede



Raziskovanje in na dokazih podprta praksa vas usmerja h kritičnemu razmišljanju, refleksiji, reševanju problemov ter vnašanju sprememb in izboljšav na področju zdravstvenega varstva in oskrbe. Pridobivanje novih znanj in uvajanje sprememb je pomembno sredstvo za učinkovito izvajanje zdravstvene oskrbe.

Z vključevanjem študentov v raziskovalno delo prispevamo k medsebojnemu sodelovanju, ki pomembno vpliva na učinkovitost in krepitev odnosov zdravstvenega tima ter krepi kakovost zdravstvene oskrbe pacientov. Medsebojno sodelovanje in izmenjava izkušenj študentov in fakultet s področja zdravstva je izjemno pomemben dejavnik razvoja zdravstva in krepitev profesionalne identitete posameznega poklica.

Vsem študentom želim uspešno predstavitev rezultatov izvedenih raziskav, pozitivno druženje in izmenjavo mnenj, stališč ter veliko novih predlogov za dobrobit družbe.

Organizatorju 12. študentske konference želim uspešno izvedbo dogodka.

Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred.,
vršilka dolžnosti dekanje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin



Kar nekaj časa sem pletla misli o tem, kako vas naj nagovorim ob vaši in tudi naši dvanajsti študentski konferenci. Misli mi uhajajo v čas, ko je bila organizirana prva študentska konferenca s področja zdravstvene nege leta 2009 in postavila temelje za vse nadaljnje študentske konference. Seveda se je zaradi sodelovanja študentov iz drugih zdravstvenih poklicev preimenovala v študentsko konferenco s področja zdravstvenih ved, saj je medpoklicno sodelovanje temelj profesionalnega dela v zdravstvu.

Na današnji konferenci z naslovom »Raziskovanje za znanje, znanje za zdravje« boste predstavili različna raziskovalna dela, ki so nastala na vseh treh stopnjah študija s področja zdravstvene nege in zdravstvenih ved, kar pomeni posebno dodano vrednost, saj si pred leti o študiju na tretji stopnji s področja zdravstvenih ved nismo upali na glas govoriti in danes ponosno ugotavljamo, da vam je to dano. Prepričana sem, da boste v prihodnje z znanjem, s katerim ste se skozi vaš študij opremili, še zelo veliko raziskovali in se soočali z različnimi znanstvenimi dognanji in presenečenji.

Danes vam želim veliko dobre volje, veliko kritičnega razmišljanja, bogatih razprav in odličnega, sproščenega druženja, kar vam čudovito primorsko okolje zagotovo ponuja.

Vse dobro in čuvajte zdravje!

prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik,
dekanja Fakultete za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec



Letošnja, že dvanajsta konferenca študentov zdravstvenih ved s številnimi prispevki študentov zdravstvenih fakultet in visokih šol iz Slovenije in tujine dokazuje, da so takšna srečanja potrebna in koristna. Mednarodna udeležba omogoča širšo izmenjavo znanja in izkušenj ter pomeni dragoceno širjenje obzorja čez meje naše države. Dobro je spoznavati različne načine reševanja zdravstvenih in negovalnih problemov, a pomembno je tudi, da boste lahko naše delo primerjali z delom v drugih državah.

V času, ko so skoraj vsa strokovna besedila zlahka dosegljiva na najrazličnejših medijih in se medsebojni stiki lahko vzpostavljajo ter vzdržujejo s socialnimi omrežji, se marsikdo sprašuje, kakšen je pomen neposrednega druženja »v živo«. Neposredne predstavitve svojega dela in odzivi nanje poleg strokovnih informacij omogočajo tudi komunikacijsko dozorevanje predavateljev in razpravljavcev. In prav strpno, vendar argumentirano razpravljanje na strokovni ravni je dobra podlaga za korektne medsebojne odnose na prihodnjem delovnem mestu.

Zato sem prepričan, da boste po končani konferenci bogatejši za strokovna spoznanja in še bolj večči medsebojnega komuniciranja.

izr. prof. dr. Gorazd Voga,
dekan Visoke zdravstvene šole v Celju



Ponovno naj izrazim čestitke študentom, da brez ideoloških ali lokalističnih predsodkov vabite na študentsko konferenco študente zdravstvenih ved iz vseh fakultet v Sloveniji. Zavedate se, da imajo vse institucije enakovredno akreditacijo, izpolnjujejo enake pogoje ter izvajajo enak evropsko primerljiv akreditirani program za različne smeri zdravstvenih ved in zdravstvenih poklicev. Tudi vsi vi študirate po primerljivih akreditiranih programih, izpolnjujete vse študijske obveznosti na vpisanem programu, se pripravljate na primerljive službe, sledite enaki viziji in enakemu poslanstvu. Tega vse institucije, žal, še niso dojele. Vaša konferenca naj bo dober vzgled tudi za sodelovanje med vsemi fakultetami.

Letošnja konferenca poteka pod naslovom "Raziskovanje za znanje, znanje za zdravje". V povedni obliki ste zapovedali, da je smisel raziskovanja in izobraževanja relevantna, ki se potrdi v zaposljivosti, kakovost, ki se potrdi v konkurenci, in racionalizacija, ki se izkaže v ceni zaposljivega diplomanta.

Letos smo soočeni s pandemijo COVID-19. Ta nesrečna okolnost je razkrila dobre in slabe strani izobraževanja in raziskovanja. Sili nas k varnosti, relevantnosti, kakovosti, racionalizaciji, harmonizaciji in solidarnosti v svetu.

Alma mater Europaea na vseh treh bolonjskih stopnjah sledi principom Evropske akademije znanosti in umetnosti, ki apelira na tri načela visokega šolstva: interdisciplinarnost, transnacionalnost in gradnja mostov med kulturami, narodi in generacijami. Tudi na letošnji znanstveni konferenci »Za človeka gre« se je v znanstvenih prispevkih posvečalo vprašanju »Relevantna v znanosti in izobraževanju«.

prof. dr. Ludvik Toplak,
predsednik AMEU - ECM

Uvodno predavanje

Qualitative research findings as valid sources of evidence for practice

*Stefanos Mantzoukas, PhD, MSc, PgDip Social Research Methods, BSc Health Studies, BS Nursing, Associate Professor in Nursing
University of Ioannina, Greece
smantzoukas@uoi.gr*

The qualitative inquiry has resulted in the last decade into a popularised way of researching within the health sciences. While such methods of inquiry are highly popular and very useful in health care, there has been a relative disproportionate significance attributed to qualitative research as evidence for practice in the evidence-based practice movement. The hierarchy of evidence in the evidence-based practice pyramid values studies that are objective, value-free and accurate representation of the participants and therefore excluding, by all means, the researcher's representation within the research. This assumption of evidence-based practice pyramid is that the research should be unbiased and the studies should exclude by all means the researcher from the study. While this may hold grounds for some inquiries, it is not necessarily the norm or the criteria for evaluating a qualitative inquiry. In this presentation, I will argue that representation of the researcher in qualitative inquiries or for that reason in any inquiry is inevitable and the exclusion or not of the researcher is a mere conventional agreement founded upon a paradigmatic consensus. Therefore, correlating the "who" is represented in qualitative inquiry to the researcher's explicitly stated epistemological and ontological assumptions. I will conclude by suggesting that the hierarchy of evidence and the EBP pyramid needs to be abandoned for the findings of qualitative studies to be useful in the era of evidence-based practice

Keywords: qualitative studies, research evidence, qualitative research evidence

Konferenční prspěvki

Uživanje probiotikov pri gibalno/športno aktivni populaciji

Dominika Češek, Katja Bezek, Mihaela Jurdana

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola
cesek.dominika@gmail.com

Povzetek

Uvod: Priporočena raven gibalno/športne aktivnosti (v nadaljevanju GŠA) ima dokazano pozitiven učinek na zdravje posameznika. Na drugi strani pa lahko pretirana in visoko intenzivna GŠA privede do negativnih posledic, kot so spremenjena prepustnost črevesne pregrade in nastanek okužb zaradi zavrtega delovanja imunskega sistema. Zaradi tesne povezave prebavnega sistema s simbiotskimi mikroorganizmi (v nadaljevanju MO) ali t. i. mikrobioto, lahko uživanje probiotikov posredno ugodno vpliva tudi na počutje posameznikov z visoko intenzivno GŠA. Vedno več študij je usmerjenih na vpliv probiotikov na delovanje imunskega in prebavnega sistema, preventivo pred nastankom respiratornih obolenj in vplive na zmogljivost posameznikov v povezavi z GŠA. Namen zaključne naloge je bil pregled literature o vplivu uživanja probiotikov na zdravje posameznikov z različno stopnjo GŠA in pridobiti podatke o poznavanju in navadah uživanja probiotikov pri izbrani populaciji. *Metode:* Pregled literature obsega tematiko učinkov uživanja probiotikov na zdravje splošne in GŠA populacije, s poudarkom na organskih sistemih, ki so pri GŠA dodatno obremenjeni. Z analizo anketnega vprašalnika, v katerem je sodelovalo 33 preiskovancev, so bili pridobljeni podatki o GŠA, prehranskih navadah, odvajanju blata in poznavanju ter rabi probiotikov. Analizo smo izvedli z računalniškim programom SPSS Statistics 26.0 (IBM, Armonk, NY, ZDA). *Rezultati:* Uživanje probiotikov lahko vpliva na zdravje in zmogljivost posameznika, če so izpolnjeni določeni pogoji, npr. ustrezna izbira seva in količina MO. Poznavanje pojma »probiotik« pri preiskovancih, sodelujočih v anketnem vprašalniku, je dokaj dobro, bolj pomanjkljivo pa je znanje o viru probiotičnih MO. Uživanje MO s potencialnim probiotičnim učinkom z živili ali prehranskimi dopolnilili je bilo v izbrani populaciji nizko. *Razprava:* Na podlagi nizkega števila in pomanjkljivosti študij, kot so majhni vzorci in/ali kratko obdobje uživanja probiotikov, je vključitev uživanja probiotikov s tarčnim delovanjem na GŠA posameznika težavna. Tukaj se odpira potreba po večjem številu raziskav s poenotenimi protokoli, ki bi pokazale želeni učinek na skupino posameznikov z GŠA enake intenzivnosti. Glede na rezultate anketnega vprašalnika sklepamo, da je znanje mlajše populacije o vplivu uživanja probiotikov pomanjkljivo. Na področju ozaveščanja GŠA populacije o pomenu probiotikov je še veliko prostora za izobraževalne aktivnosti z namenom dviga nivoja znanja in s tem sprememb v navadah uživanja prehranskih virov probiotikov.

Gljučne besede: črevesna mikrobiota, probiotiki, gibalno/športna aktivnost

Uvod

Človeški prebavni sistem naseljuje kompleksna in dinamična populacija MO, s skupnim imenom črevesna mikrobiota, ki lahko pomembno vpliva na počutje gostitelja. Gostota in raznolikost črevesne mikrobiote se vzdolž prebavnega sistema spreminja in je najbolj številčna v lumnu debelega črevesa, kjer najdemo 10^{12} bakterij/gram vsebine (Walburga, Monic in Yurdagül, 2018). Čeprav se črevesna mikrobiota oblikuje že v zgodnjem otroštvu, pa lahko kasneje v življenju dejavniki, kot so zdravljenje z antibiotiki, prehrana (Wen in Duffy, 2017) in GŠA pomembno vplivajo na mikrobno ravnovesje (Monda idr., 2017). GŠA v obsegu vsaj 150 minut zmerne aerobne oz. vsaj 75 minut visoko intenzivne aktivnosti tedensko, pozitivno vpliva na zdravje (WHO, 2011). Slednje bi bilo lahko posledica tudi posrednega vpliva GŠA na črevesno mikrobioto. Tako se je aerobna GŠA pri zdravem posamezniku pokazala kot uspešna pri ohranjanju ravnovesja in povešanju funkcionalnega metabolizma črevesne mikrobiote (Dalton, Mermier in Zuhl, 2019). Pri povečani intenzivnosti GŠA pa lahko pride do prebavnih simptomov, npr. slabost, trebušni krči, napihnjenost in diareja, kar je lahko povezano s spremembo delovanja črevesne pregrade in posledično povečano prepustnostjo črevesja, ki lahko vodi v endotoksemijo (Lamprecht in Frauwallner, 2012). Posamezniki z različno stopnjo GŠA tako pogosto posegajo po živilih in prehranskih dopolnilih, ki vplivajo tudi na črevesno mikrobioto, kot so npr. probiotiki in prebiotiki (Colbey idr., 2018). Probiotiki so živi MO, ki po uživanju v zadostni količini ugodno vplivajo na zdravje gostitelja (Hill idr., 2014). Prebiotiki so selektivno fermentabilne komponente živil, ki preko vpliva na sestavo in/ali delovanje črevesne mikrobiote, ugodno vplivajo na zdravje gostitelja (Guarner idr., 2012). Cilj raziskave je bil odgovoriti na sledeča raziskovalna vprašanja: 1) »Kakšno je poznavanje in navade uživanja živil in prehranskih dopolnil z živimi MO med posamezniki z različno stopnjo GŠA?«; 2) »Ali uživanje probiotikov vpliva na zdravje posameznikov z intenzivno GŠA?«; 3) »Ali uživanje probiotikov vpliva na izboljšanje rezultata intenzivne GŠA?«.

Metode

Teoretični del raziskave je vključeval pregled literature o črevesni mikrobioti, GŠA in vplivu uživanja probiotikov na zdravje aktivnih posameznikov. Uporabljene baze podatkov so bile Google učenjak, PubMed, ResearchGate, Science Direct, Semantic Scholar in SpringerLink. Izbrane publikacije niso bile starejše od 10 let. Uporabljene ključne besede pri iskanju virov so bile: »probiotiki«, »športna aktivnost«, »probiotiki in športna aktivnost«, »probiotiki in vzdržljivostni športi«, »probiotiki in športniki«, »probiotiki in tekači«, »probiotiki in vpliv na zdravje športnikov«, »probiotiki in vpliv na imunski sistem športnikov«, »probiotiki in prebavni simptomi pri športnikih«, »probiotiki in respiratorni simptomi pri športnikih«, »probiotiki in vpliv na zmogljivost«, itd. Praktični del naloge je vključeval pripravo anketnega vprašalnika, ki je bil dostopen na www.1ka.si in obdelavo pridobljenih podatkov. Slednji so se nanašali na informacije o poznavanju in uporabi probiotikov pri populaci-

ji tekačev z različno stopnjo GŠA. Povezava do spletnega portala je bila deljena preko e-pošte in socialnih omrežij na naslove izbranih atletskih klubov in športno aktivnih posameznikov. Vsi anketiranci so bili ustrezno obveščeni o anonimnosti in o uporabi podatkov izključno za raziskovalne namene. Podatki so bili analizirani z računalniškim programom SPSS Statistics 26.0 (IBM, Armonk, NY, ZDA), s katerim smo preverili tudi povezave med posameznimi spremenljivkami.

Rezultati

Uživanje probiotikov in učinki na GŠA

Na podlagi pregleda literature so predstavljeni učinki uživanja probiotičnih sevov pri posameznikih z različno stopnjo GŠA (Tabela 1). Slednji se kažejo kot izboljšanje obrambne sposobnosti imunskega sistema, izboljšana funkcija črevesne pregrade in regulacija vnetnih parametrov, lažji potek respiratornih bolezni, izboljšana regeneracija in pomemben vpliv na parametre pri naporu v sklopu GŠA.

Tabela 1: Vpliv uživanja probiotikov na nekatere parametre zdravja pri posameznikih z različno stopnjo GŠA

Probiotični sev	Vzorec preiskovancev	Rezultat uživanja probiotikov (trajanje študije)	Vir
<i>Bifidobacterium bifidum</i> W23, <i>Bifidobacterium lactis</i> W51, <i>Enterococcus faecium</i> W54, <i>Lactobacillus acidophilus</i> W22, <i>Lactobacillus brevis</i> W63, <i>Lactococcus lactis</i> W58	Triatlonci, tekači, kolesarji	Znižanje ravni TNF- α za 25 % v mirovanju in po GŠA, znižanje povišanih vrednosti zonulina; (14 tednov)	Lamprecht idr., 2012
<i>Lactobacillus fermentum</i> VRI-003	Elitni vzdržljivostni tekači	Poročanje o krajšem trajanju in znižani stopnji resnosti respiratornih bolezni; (28 dni)	Cox, Pyne, Saunders in Fricker, 2010
<i>Lactobacillus acidophilus</i> , <i>Lactobacillus delbrueckii</i> ssp. <i>bulgaricus</i> , <i>Bifidobacterium bifidum</i> , <i>Streptococcus salivarius</i> ssp. <i>thermophilus</i>	Vzdržljivostne plavalke	Zmanjšanje števila epizod respiratornih okužb, izboljšani parameter VO ₂ max; (8 tednov)	Salarkia, Ghadamli, Zaeri in Sabaghian Rad, 2013
<i>Lactobacillus</i> , <i>Bifidobacterium</i> , <i>Streptococcus</i>	Tekači	Podaljšanje časa teka do izčrpanosti v okolju z višjo temperaturo; (4 tedni)	Shing idr., 2014
<i>Bifidobacterium longum</i> 35624	Plavalke	Poročanje o boljšem okrevanju po GŠA zadnja 2 tedna v obdobju brez tekmovanj; (6 tednov)	Carbuhn idr., 2018

TNF- α ... tumor nekrotizirajoči faktor alfa

Poznavanje in raba probiotikov v populaciji gibalno/športno aktivnih posameznikov

V anketo smo vključili 33 tekačev, od tega 19 žensk (58 %) in 14 moških (42 %) s povprečno starostjo 19,12 let. Večina (94 %) se jih ukvarja s tekom že več kot 2 leti in kar 76 % trenira v okviru treningov visoke intenzivnosti. Več kot polovica (64 %) se jih ukvarja še z drugimi športnimi dejavnostmi, najpogosteje s fitnessom. Ugotovili smo, da 48 % preiskovancev med tekom nima nobenih težav, pri ostalih so bile najpogostejše težave z dihanjem. Glede na Bristolovo lestvico, je bila najpogostejša oblika blata (63 %) klobasa z razpokami na površini, kar predstavlja normalno obliko blata. Povprečno odvajanje blata je bilo 2x dnevno. V sklopu vprašanj o poznavanju pojma probiotik, samo 18 % preiskovancev pojem zelo dobro pozna, v najvišjem deležu (48 %) pa so za pojem že slišali, vendar ne vedo, za kaj so probiotiki koristni. Vir informacij o probiotikih so v 55 % predstavljali družinski člani. Na vprašanje, ali sami uživajo živila s prisotnimi živimi MO, je samo 37 % odgovorilo pritrdilno. Najpogosteje uživajo fermentirane mlečne izdelke in sicer navadni jogurt in sir. Samo dva preiskovanca uživata probiotike v obliki prehranskih dopolnil, vendar nista izbrala nobenih od na seznamu navedenih. Pri stopnji strinjanja z različnimi trditvami o vplivih uživanja probiotikov na zdravje se je večina preiskovancev strinjala z ugodnim učinkom na imunski sistem in rednim odvajanjem blata. Mnenja pa so se razlikovala glede trditev, ki so se nanašale na težave z dihanjem, zmanjšanje prebavnih težav med GŠA in športno pripravljenost ob uživanju probiotikov. Preiskovanci so mnenja, da uživanje probiotikov nima izrazitega vpliva na prej naštetih zdravstvenih stanj in na športno pripravljenost. Glede na določanje normalnosti spremenljivk smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije rangov, ki kaže na statistično značilno šibko negativno korelacijo ($r_s = -0,351$; $n = 33$; $p < 0,045$) med spremenljivkama starost in čas ukvarjanja s tekom v letih. Drugih statistično značilnih korelacij nismo dokazali.

Razprava

Na prvi dve raziskovalni vprašanji, ki obravnavata vpliv uživanja probiotikov na zdravje GŠA populacije in vpliv uživanja probiotikov na zmogljivost, lahko odgovorimo podobno. Glede na rezultate obstoječih kliničnih študij je razvidno, da uživanje probiotikov lahko vpliva na zdravje in zmogljivost pri GŠA posamezniku, če je izpolnjenih več dejavnikov, npr. ustrezna izbira seva in redno uživanje ter zadostna količina probiotika. Kljub pozitivno usmerjenim rezultatom študij pri slednjih velikokrat naletimo na pomanjkljivosti, npr. nizko število študij, majhni vzorci preiskovancev, kratko obdobje uživanja probiotikov, neprimerljivost študij zaradi različnih doz in seva probiotikov, pomanjkljiv nadzor nad režimom GŠA in prehranskim režimom. V velikem deležu študij se probiotiki uporabljajo tudi v kombinaciji z drugimi snovmi, npr. prebiotiki, beljakovinskimi dopolnili in antioksidanti, kar tudi otežuje primerljivost med študijami. Poleg tega je še veliko neraziskanega o samih mehanizmih delovanja probiotikov. Kljub vsem navedenim raziskavam, je število

le-teh še vedno premajhno, da bi lahko vplive uživanja probiotikov posplošili in na podlagi tega oblikovali dokončne klinične smernice za posameznike z različno stopnjo GŠA. Izključljivo ni niti, da bi lahko zaradi uživanja probiotikov znižana koncentracija vnetnih parametrov, ki so ključni v procesu regeneracije, hipertrofije in fizioloških adaptacij na trenajne obremenitve, negativno vplivala na GŠA posameznika. Na tretje raziskovalno vprašanje smo odgovorili s pomočjo analize rezultatov lastne raziskave z uporabo anketnega vprašalnika. Poznavanje pojma »probiotik« preiskovanci dobro poznajo, kar pa se ne kaže tudi pri znanju o viru in uporabi probiotikov. Glede na to, da so glavni vir informacij o probiotikih družinski člani, lahko preiskovanci pridobijo tudi napačne podatke. Nizko število preiskovancev, ki uživajo živila z živimi MO bi lahko bila posledica ne uživanja mlečnih izdelkov pri skoraj tretjini in zmanjšana potreba po uživanju probiotikov, ker večina ne občuti nobenih težav v povezavi s prebavnim in/ali respiratornim sistemom med tekom. Dodatni razlog za nizko stopnjo uživanja probiotikov je lahko tudi nepoznavanje MO in njihovih učinkov, kar smo preverili tudi s trditvami. Preiskovanci so se enotno strinjali pri dveh trditvah in v povezavi z učinki probiotikov na imunski sistem in pogostejše izločanje blata. Praktične strategije, ki so predlagane za bolj učinkovito uporabo probiotikov v populaciji GŠA posameznikov zajemajo prehransko obravnavo, ki vključuje tudi spremljanje preiskovanca. Dietetik v tem procesu skrbi za pregled informacij o virih probiotikov, njihovega doziranja, času doziranja in uvajanja, možnih kontraindikacij in stranskih učinkov individualno za vsakega posameznika. Kot pomanjkljivosti raziskave lahko izpostavimo: velikost vzorca preiskovancev, pomanjkljivo znanje o probiotikih in v katerih živilih se nahajajo živi MO, upoštevanje izstopajočih vrednosti, uporabili pa bi lahko tudi bolj natančno metodo določanja stopnje GŠA. Naši predlogi za izboljšano dostopnost znanja o probiotikih so: vključitev tematike v predavanja v športnih klubih, delavnice priprave fermentiranih živil, izobraževanje športnih smeri o rezultatih projektov, povezanih s probiotiki.

Zaključek

Kljub velikemu številu študij o vplivih uživanja probiotikov na zdravje splošne populacije, pa je število študij o učinkih uživanja probiotikov pri GŠA omejeno. Poleg tega, so zaradi navedenih omejujočih dejavnikov, rezultati težko oz. niso primerljivi. Potrebno je upoštevati tudi vpliv GŠA, saj aktivnost za telo predstavlja stres, pri katerem se pojavijo drugačni odzivi v primerjavi z mirovanjem. Pozitivni vplivi uživanja probiotikov so se pokazali predvsem na delovanje imunskega, prebavnega in respiratornega sistema ter pri parametrih zmogljivosti in regeneracije po GŠA. Glede na rezultate sklepamo, da je znanje mlajše populacije o vplivu uživanja probiotikov pomanjkljivo in bi lahko temu ustrezno uvedli izobraževalne delavnice. Prehransko svetovanje bi moralo biti prilagojeno glede na učinek uživanja probiotikov v odvisnosti od intenzivnosti GŠA. Poleg tega bi bilo potrebno poznati tudi mehanizme delovanja probiotikov pri GŠA in mehanizme vplivov telesne aktivnosti na

črevesno mikrobioto, kar lahko predstavlja osnovo za razvoj individualizirane režima prehrane in prehranskih dopolnil s probiotiki.

Literatura

- CARBUHN, A.F., REYNOLDS, S.M., CAMPBELL, C.W., BRADFORD, L.A., DECKERT, J.A., KREUTZER, A. in FRY, A.C., 2018. Effects of probiotic (*Bifidobacterium longum* 35624) supplementation on exercise performance, immune modulation, and cognitive outlook in division in female swimmers. *Sports (Basel)*, vol. 6 (4), str. 116. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.3390/sports6040116>
- COLBEY, C., COX, J.A., PYNE, B.D., ZHANG, P., CRIPPS, W.A. in WEST, P.N., 2018. Upper respiratory symptoms, gut health and mucosal immunity in athletes. *Sports medicine*, vol. 48 (1), str. 65-77. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0846-4>
- COX, A.J., PYNE, D.B., SAUNDERS, P.U. in FRICKER, P.A., 2010. Oral administration of the probiotic *Lactobacillus fermentum* VRI003 and mucosal immunity in endurance athletes. *British journal of sports medicine*, vol. 44 (4), str. 222-226. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1136/bjism.2007.044628>.
- DALTON, A., MERMIER, C. in ZUHL, M., 2019. Exercise influence on the microbiome–gut–brain axis. *Gut microbes*, str. 1-14. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1080/19490976.2018.1562268>
- GUARNER, F., KHAN, A.G., GARISCH, J., ELIAKIM, R., GANGL, A. THOMSON, A., KRABSHUIS, J., LEMAIR, T., KAUFMANN, P., DE PAULA, J.A., et. al., 2012. World gastroenterology organisation global guidelines: probiotics and prebiotics october 2011. *Journal of clinical gastroenterology*, vol. 46 (6), str. 468-481. Pridobljeno 02. 03. 2020 s <https://doi.org/10.1097/MCG.0b013e3182549092>
- HILL, C., GUARNER, F., REID, G., GIBSON, G.R., MERENSTEIN, D.J., POT, B., MORELLI, L., CANANI, R.B., FLINT, H.J., SALMINEN, S., et. al., 2014. The International scientific association for probiotics and prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nature reviews gastroenterology & hepatology*, vol. 11, str. 506-514. Pridobljeno 02. 03. 2020 s <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2014.66>
- LAMPRECHT, M., BOGNER, S., SCHIPPINGER, G., STEINBAUER, K., FANKHAUSER, F., HALLSTROEM, S., SCHUETZ, B. in GREILBERGER, J. F., 2012. Probiotic supplementation affects markers of intestinal barrier, oxidation, and inflammation in trained men; a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Journal of the international society of sports nutrition*, vol. 9 (1), str. 45. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1186/1550-2783-9-45>
- LAMPRECHT, M. in FRAUWALLNER, A., 2012. Exercise, intestinal barrier dysfunction and probiotic supplementation. *Acute topics in sport nutrition*, vol. 59, str. 47-56. Pridobljeno 26. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1159/000342169>
- MONDA, V., VILLANO, I., MESSINA, A., VALENZANO, A., ESPOSITO, T., MOSCATELLI, F., VIGGIANO, A., CIBELLI, G., CHIEFFI, S. MONDA, M., et. al., 2017. Exercise modifies the gut microbiota with positive health effects. *Oxidative medicine and cellular longevity*, str. 1-8. Pridobljeno 25. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1155/2017/3831972>
- SALARKIA, N., GHADAMLI, L., ZAERI, F. in SABAGHIAN RAD, L., 2013. Effects of probiotic yogurt on performance, respiratory and digestive systems of young adult female endurance swimmers: a randomized controlled trial. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, vol. 27 (3), str. 141-146. Pridobljeno 25. 02. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917487/>

- SHING, C.M., PEAKE, J.M., LIM, C.L., BRISKEY, D., WALSH, N.P., FORTES, M.B., AHUJA, K.D.K. in VITETTA, L., 2014. Effects of probiotics supplementation on gastrointestinal permeability, inflammation and exercise performance in the heat. *European journal of applied physiology*, vol. 114 (1), str. 93-103. Pridobljeno 24. 02. 2020 s <https://doi.org/10.1007/s00421-013-2748-y>
- WALBURGA, D., MONIC, S. in YURDAGÜL, Z., 2018. Microbiota in the gastrointestinal tract. *Medical sciences (Basel)*, vol. 6 (4), str. 116. Pridobljeno 02. 03. 2020 s <https://doi.org/10.3390/medsci6040116>
- WEN, L. in DUFFY, A., 2017. Factors influencing the gut microbiota, inflammation and type 2 diabetes. *Journal of nutrition*, vol. 147 (7), str. 1468-1475. Pridobljeno 25. 02. 2020 s <https://doi.org/10.3945/jn.116.240754>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2011. *Global recommendations on physical activity for health*. Pridobljeno 23. 02. 2020 s <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf?ua=1>

Pomen hrane pri povečanju možnosti zanositve

Nika Gregorc, Marjana Benigar Manias, Boštjan Žvanut

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

Povzetek

Neplodnost je v današnjem času vse pogostejši problem. Sprememba življenjskega sloga, ki vključuje uravnoteženo prehrano, ustrezne ravni vadbe in zmanjšanje nepotrebne- ga stresa pozitivno vpliva na neplodnost. V pričujočem prispevku smo identificirali prehranska priporočila, ki vplivajo na plodnost pri moških in ženskah. V nadaljevanju pa smo v sklopu projekta PreconNet na osnovi identificiranih priporočil s pomočjo orodja H5P razvili e-vsebino z naslovom Pomen prehrane pri povečanju možnosti zanositve. Rezultati intervjujev in ankete z desetimi uporabniki omenjene vsebine kažejo, da je vsebina primerno razvita in uporabna. Omenjeno vsebino bomo v nadaljevanju projekta prevedli v ostale jezike EU z namenom ozaveščanja parov o pomenu določenih hranil, ki pozitivno vplivajo na zanositev.

Ključne besede: plodnost, makrohranila, mikrohranila, prehranska priporočila, e-vsebina

Uvod

Na plodnost vpliva veliko dejavnikov, kot so starost, splošno zdravje posameznika, usklajenost spolnih odnosov, ovulacije ter tudi raven stresa. Prehrana je le eden od teh dejavnikov, a je kljub temu zelo pomembna (Agarwal in Durairajanayagam, 2015). Zavedati se je treba, da z zadostno količino vnosa omenjenih snovi v telo ni možno odpraviti vseh težav, ki so povezane z neplodnostjo, vendar je s tem možno okrepiti organizem (Hosseini in Eslami-an, 2014). Namen raziskave je bilo ugotoviti kakšen pomen ima hrana pri povečanju možnosti zanositve in na podlagi zbranih podatkov izdelati e-vsebino z namenom izobraževanja parov, ki načrtujejo nosečnost in bodočih staršev.

Metode

V sklopu raziskave so bile izvedene naslednje faze:

- *Pregled literature:* predvsem pregled znanstvene in strokovne literature na področju prehrane pred zanositvijo;

- *Razvoj e-vsebine na temo: pomen prehrane pri povečanju možnosti zanositve, za katero smo uporabili spletno orodje za razvoj e-vsebin H5P;*

V obdobju od 20.2.2019 do 1.8.2019 smo pregledali relevantne vire. Za pregled strokovne literature smo uporabili bibliografski sistem COBISS. Do raziskovalnih člankov smo dostopali preko specializiranih zbirk podatkov, kot so: ScienceDirect, PubMed, EBSCO, BMJ Journals, Google Učenjak idr., ki so na voljo na fakulteti. Za iskanje smo uporabili naslednje ključne besede in njihove povezave: neplodnost (angl. »infertility«), spolni hormoni (angl. »sex hormones«), folna kislina (angl. »folic acid«), vitamini (angl. »vitamins«), beljakovine (angl. »proteins«), maščobe (angl. »fat«), ogljikovi hidrati (angl. »carbohydrates«) prehrana (angl. »nutrition«), prehranska priporočila (angl. »nutrition recommendations«), reprodukcija (angl. »reproduction«). Za razvoj e-vsebine smo uporabili spletno orodje za razvoj e-vsebin H5P. Gre za preprosto orodje, ki omogoča izdelavo interaktivnih e-vsebin, primernih za objavo na svetovnem spletu. Slike, ki smo jih uporabili v e-vsebini, smo pridobili na spletni strani Freepik, ki nudi brezplačno uporabo slik za komercialne namene (Freepik, 2010). Za izdelavo figur, ki spremljajo uporabnika skozi samo e-vsebino, smo uporabili spletno mesto StoryboardThat (StoryboardThat, 2020).

Rezultati

Ugotovitve pregleda literature

Hrana je vir hranil, ki jih delimo na makrohranila in mikrohranila. Med makrohranila uvrščamo beljakovine, maščobe in ogljikove hidrate (Poličnik, 2018). Ta telesu nudijo potrebno energijo za delo in toploto ter sodelujejo v izgradnji celic, tkiv in organov (Suwa Stanojević, 2010). Mikrohranila v telo vnašamo v bistveno nižjih odmerkih (Poličnik, 2018). Med le-te uvrščamo vitamine, ki so potrebni za imunsko delovanje, strjevanje krvi ter druge funkcije, in minerale, ki imajo pomembno vlogo pri rasti, zdravju kosti, ravnovesju tekočin in številnih drugih procesih (Streit, 2018). Ogljikovi hidrati so organska snov, ki je na zemlji najbolj razširjena in je pomemben vir energije v človeškem organizmu. Njihova vloga je oskrba celic z energijo (Lanbein in Skalnik, 2007). Imajo pomembno vlogo v razvoju črevesne mikroflore, pri proizvodnji različnih vitaminov in absorpciji mineralnih snovi ter maščob (Poličnik, 2018). Kakovost in količina ogljikovih hidratov vplivata na homeostazo glukoze in občutljivost na inzulin, kar lahko vpliva na proizvodnjo jajčnikov in njihovo funkcijo. Živila z nizkim glikemičnim indeksom pri ženskah s policističnimi jajčniki zmanjšajo raven testosterona v obtoku, kar bi lahko okrepilo ovulacijsko funkcijo (Chiu, Chavarro in Souter, 2018). Beljakovine so osnovni gradnik celic, organov, tkiv in organizem oskrbujejo z aminokislinami in drugimi dušikovimi spojinami (Poličnik, 2018). Brez beljakovin se naše telo ne more razvijati, rasti in obnavljati (Hlastan Ribič, 2006). Beljakovine v presnovi tvorijo pomembne hormone, kot so rastni in spolni hormoni, inzulin ter encime, ki v telesu vodijo vse kemične procese (Lanbein in Skalnik, 2007). Chavarro, Rich-Edwards, Rosner in Willett (2008) so med preučevanjem žensk, ki se soočajo z ovulacijsko neplodnostjo, ugotovili, da je pri uživanju rastlinskih beljakovin, ki predstavlja-

jo 5 % celodnevne vnosa energije, v primerjavi z živalskimi beljakovinami tveganje za ovulacijsko neplodnost 50 % manjše. Ker imajo živalske beljakovine visoko biološko vrednost, jih ni treba uživati v večjih količinah (Pokorn, 2003). Maščobe so pomemben vir energije, predvsem pri ljudeh, ki opravljajo težka fizična dela in so energijske potrebe večje (Ministrstvo za zdravje, 2004). Najpomembnejša komponenta maščob so maščobne kisline. Esencialne maščobne kisline so tiste, ki jih naše telo ne more proizvesti samo, vendar jih je treba vnesti v telo s hrano (Poličnik, 2018). Med esencialne maščobne kisline uvrščamo omega-3 maščobne kisline in omega-6 maščobne kisline. Omega-3 maščobne kisline so vrsta nenasičenih maščobnih kislin (Inštitut za nutricionistiko, 2016b). Omega-3 maščobne kisline uravnavajo hormonsko ravnovesje in omogočajo povečan dotok krvi v reproduktivne organe (Korošak, 2018). Nahajajo se v morskih ribah, repičnem olju, oreščkih, semenih in mastnih ribah (Stanojević, 2010). Omega-6 maščobne kisline pa se nahajajo v vseh rastlinskih oljih in mesu (Stanojević, 2010). Maščobe imajo pomembno vlogo pri nastanku celičnih membran in so surovina za nastanek ženskih in moških spolnih hormonov (Lanbein in Skalnik, 2007).

Mikrohranila za krepitev plodnosti

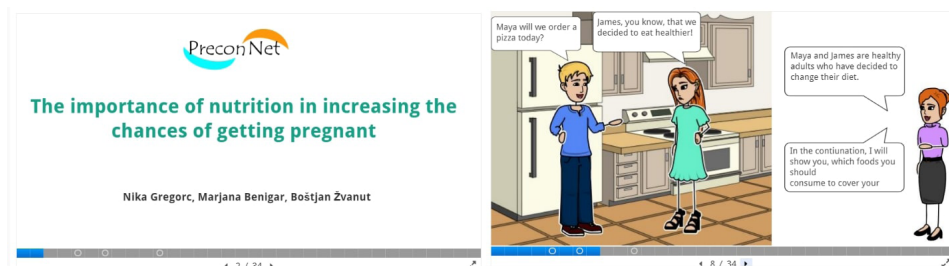
Pomanjkanje cinka lahko pri moškem in ženski povzroči kromosomske spremembe, saj je pomembna sestavina genskega materiala, zmanjšuje plodnost in tudi poveča nevarnost za splav (Bracken, 2017). Cink se pri moških nahaja v prostati (Milič, Kuščer, Pirš, Koren in Percl, 2008). Visoke koncentracije cinka v spermi imajo pomembno vlogo pri razvoju zunanjega ovoja in repa semenčice (Bracken, 2017). Wong idr. (2002) so opravili študijo, v kateri so slabo plodni moški prejeli kombinacijo cinka in folne kisline, kar je povečalo število semenčic za 74 %. Priporočljiv dnevni vnos cinka za odraslo osebo je 7–10 mg (Inštitut za nutricionistiko, 2016a). Dober vir cinka predstavljajo (povzeto po Inštitut za nutricionistiko, 2016a): ostriga (22 mg/ 100 g), sezamovo seme (8 mg/ 100 g), indijski oreščki (6 mg/ 100 g), soja (5 mg/ 100 g), govedina (4 mg/ 100 g). Vitamin C je antioksidant, krepi obrambne sposobnosti belih krvničk in povečuje število protiteles. Sodeluje pri nastajanju in obnavljanju vezivnega tkiva (Mravlje in Pokorn, 2011). Vitamin C je antioksidant, ki pripomore tudi k boljši reprodukciji pri ženskah (Bracken, 2017). Vitamin C pri moških poveča število semenčic za eno tretjino (Bracken, 2017). Priporočljiv dnevni vnos za odraslo osebo je 80 mg (Inštitut za nutricionistiko, 2016c). Pomanjkanje vitamina C pa lahko povzroči spremembe v genskem materialu sperme, zato je priporočljivo, da se vnos le-tega poveča na 110 mg na dan v času načrtovanja nosečnosti (Hosseini in Eslamian, 2014). Dobri viri vitamina C so (povzeto po Inštitut za nutricionistiko, 2016c): črni ribez (177 mg/ 100 g), rdeča paprika (116 mg /100 g), brstični ohrovt (112 mg/ 100 g), cvetača (56 mg/ 100 g), pomaranča (45 mg/ 100 g). Selen v telesu deluje kot antioksidant, ki organizem varuje pred prostimi radikali. Pomembno vlogo ima tudi pri nastajanju sperme in omogoča boljšo gibljivost ter število semenčic v zdravi spermi (Bracken, 2017). Priporočljiv dnevni vnos selena za odraslo osebo je 30–70

µg (NIJZ, 2016a). Dobri viri selena losos (180 µg/ 100 g živila), brazilski oreščki (103 µg/ 100 g), škampi oz. lignji (45 µg/ 100 g), indijski oreščki (20 µg/ 100 g) in soja (18 µg/ 100 g). Vitamin D uravnava imunski sistem, ki ima tudi pomembno vlogo za spočetje in zanositev. Vitamin D zaustavi imunski sistem, ki se na »tujo« DNA partnerja pretirano odzove, s tem omogoči spočetje in obdrži nosečnost (Bracken, 2017). Nizke vrednosti vitamina D se pri moškem lahko odražajo kot slaba gibljivost semenčic in nenormalna oblika semenčic (Bracken, 2017). Priporočljiv dnevni vnos vitamina D za odraslo osebo je 20 µg (NIJZ, 2016a). Dobri viri vitamina D so (povzeto po Inštitut za nutricionistiko, 2016): ribje olje (250 µg/ 100 g živila), losos (16 µg/ 100 g), sardine (11 µg/ 100 g), jajca (3 µg/ 100 g) in polnomastni sir (1 µg/ 100 g). Pri moški neplodnosti sta najpomembnejši aminokisljini L-arginin in L-karnitin. Za produkcijo sperme je bistven L-arginin, ki jo tudi ščiti pred oksidativno poškodbo (Bracken, 2017). Dobri viri L-arginina so mlečni izdelki, perutnina, morska hrana, pšenični kalčki, sezamova, bučna in sončnična semena, orehi, soja in čičerika (Athlete, 2015). Če se poveča vrednost L-karnitina v semenčicah, se ob tem povečata tudi gibljivost in število semenčic (Bracken, 2017). Dober vir L-karnitina je meso, v rastlinskih živilih ga skoraj ne najdemo ali pa v izredno majhnih količinah (Korošec, b.d.). Folna kislina je vitamin iz skupine B (Milič idr., 2008). Priporočljivo je, da ženske pred zanositvijo povečajo vnos folne kisline, saj ima pomembno vlogo pri človeški reprodukciji (Chiu, 2018). Folna kislina vpliva tudi na normalen razvoj nevrnalne cevi otroka, oblikuje DNK in vpliva na razmnoževanje celic (Kažinič Kreho, 2011). Priporočen dnevni vnos folne kisline je 300 µg (NIJZ, 2016a). Dobri viri folne kisline so (povzeto po Inštitut za nutricionistiko, 2016b): čičerika (557 µg/ 100 g), črn fižol (444 µg/ 100 g), soja (190 µg/ 100 g), kuhana leča (181 µg/ 100 g), špinaca (145 µg/ 100 g). Bracken (2017) navede, da je vitamin E antioksidant in dokazano poveča plodnost pri obeh spolih. Priporočen dnevni vnos za odraslo osebo je 12 mg, vendar vrednosti ne smejo presegati 300 mg dnevno, saj lahko škodljivo vpliva na zdravje (Inštitut za nutricionistiko, 2016d). Dobri viri vitamina E so (povzeto po Inštitut za nutricionistiko, 2016d): olje iz pšeničnih kalčkov (151 mg/ 100 g), repično olje (50 mg/ 100 g), Mandlji, lešniki (26 mg/ 100 g), pšenični kalčki (22 mg/ 100 g), arašidi (10 mg/ 100 g).

Razvita e-vsebina

Razvita e-vsebina je dostopna na spletni strani projekta PreconNet (Gregorc, Benigar in Žvanut, 2020). Sestoji iz 33 strani, v njej so v začetku predstavljene organizacije, ki pri samem projektu sodelujejo. V nadaljevanju se prikaže »dietetičarka«, ki uporabniku skozi celotno e-vsebino podaja nasvete in opozarja, na kaj vse morajo biti pari pozorni na področju prehrane v času načrtovanja nosečnosti. Med samo e-vsebino nas spremljata tudi Maja in Jaka, ki se na začetku predstavita, v nadaljevanju pa se Maja prikaže ob priporočilih za ženske, Jaka pa ob priporočilih za moške. Hranila za moške in ženske so ločena, prav tako so pri vsakem spolu predstavljena druga živila, kljub temu, da se določena hranila med spoloma ponovijo. Pri vsakem hranilu je dietetičar-

ka, ki uporabnika opozori, koliko določenega hrnila je priporočljivo zaužiti. Nad samimi slikami je opisano, s katerimi živili in kakšna naj bo količina teh živil, da pokrijemo potrebe po teh hranilih. E-vsebina je sestavljena iz slikovnega in besedilnega prikaza, vključeni so tudi kvizi, ki uporabnika spodbudijo k nadaljevanju ogleda e-vsebine. Za prehajanje med stranmi so na voljo puščice za navigacijo na dnu e-vsebine.



Slika 1: Izsek dveh zaslonских slik razvite e-vsebine

Razprava

Z raziskavo smo pridobili podatke o hranilih, ki pozitivno vplivajo na zmožnost zanositve. V sklopu projekta PreconNet smo na podlagi pridobljenih podatkov izdelali e-vsebino. Omenjeni projekt obravnava aktualne teme ohranjanja zmožnosti zanositve v poznih tridesetih letih starosti. Na osnovi ključnih dokumentov omenjenega projekta ugotovimo, da ima že obdobje adolescence pomemben vpliv na plodnost, nosečnost in tudi zdravje otroka. Mladi odrasli odlašajo s tem, da bi imeli otroka. Zaradi pomanjkanja znanja o tem, kako starost, seštevek zdravstvenih težav in življenjski slog vplivajo na naravno plodnost, pa narašča zdravljenje neplodnosti, prav tako ostaja število otrok v družinah manjše, kot bi pričakovali. Stopnja rodnosti se zmanjšuje in tako nekateri pari ostanejo brez otrok proti njihovi volji (PreconNet, 2019). Ker smo želeli pridobiti mnenja o izdelani e-vsebin, smo izvedli anketo. V anketi je bilo vključenih 10 potencialnih uporabnikov, od tega 4 moški in 6 žensk, v starosti med 23 in 31 let. Trije od desetih anketirancev pričakujejo otroka. Sedem anketirancev je zelo zadovoljnih z navigacijo. Vseh 10 anketirancev je odgovorilo, da so zelo zadovoljni s slikami, besedilom in sporočilom e-vsebine. Osem anketirancev je bilo zelo zadovoljnih z e-vsebino in menijo, da je leta v celoti uresničila njihove cilje in pričakovanja. Devet od desetih jih meni, da je e-vsebina poučna, medtem, ko je eden neopredeljen. Na vprašanje, komu bi priporočili e-vsebino, so vsi odgovorili, da parom, ki želijo zanositi ali se že dalj časa trudijo zanositi. Osem od desetih bi e-vsebino priporočilo parom, ki že pričakujejo otroka. Šest anketirancev bi jo priporočilo nosečnicam in srednješolcem. Štirje od desetih bi e-vsebino priporočili vsem moškim. Na vprašanje, ali bodo sedaj, ko so si ogledali e-vsebino, drugače gledali na prehrano, so odgovorili štirikrat z da in štirikrat mogoče, dva pa sta odgovorila z ne. Vseh 10 anketirancev je e-vsebino ocenilo z najvišjo možno oceno.

Zaključek

Neplodnost je v današnjem času vse pogostejši problem. Z različnimi raziskavami so ugotavljali, ali ima tudi življenjski slog kakšen vpliv na plodnost, in ugotovili, da uravnotežena prehrana, telesna aktivnost, izogibanje stresu in normalna telesna masa pozitivno vplivajo na zanositev. Prehrana je le eden od teh dejavnikov, vendar vsekakor pomemben člen. E-vsebina, ki smo jo razvili v sklopu projekta PreconNet, je namenjena vsej populaciji, predvsem pa parom, ki načrtujejo nosečnost. Primerna bi bila tudi za izobraževanja v šolah in zdravstvenih ustanovah na ravni promocije zdravja. Odziv anketiranih nad samo e-vsebino je bil pozitiven. Menimo, da se v današnjem času premalo govori o problemu neplodnosti, zato se nam zdi projekt PreconNet dober začetek ozaveščanja ljudi o tem. Če bi pari upoštevali priporočila za zdrav življenjski slog in uravnoteženo prehrano, bi lahko pripomogli k izboljšanju ali ohranitvi zdravega reproduktivnega sistema. Upamo, da bomo z razvito e-vsebino pripomogli k cilju omenjenega projekta.

Literatura

- AGARWAL, A. IN DURAIRAJANAYAGAM, D. (2015). Lifestyle factors and reproductive health. V R. R. Watson (ur.), *Handbook of fertility* (str. 145–157). Arizona: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800872-0.00013-5>
- ATHLETE. (2015). *Aminokislina – osnovni gradniki v telesu*. Pridobljeno s <https://athlete-nutrition.eu/sl/blog/aminokislina/>
- BRACKEN, A. (2017). *Um, telo, dojenček*. Izola: založba Vita.
- CHAVARRO, J. E., RICH-EDWARDS, J. W., ROSNER, B. A., WILLETT, W. C. (2008). Protein intake and ovulatory infertility. *American journal of obstetrics & gynecology*, 198(2), 210.e1–210.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.057>
- CHAVARRO, J. E., WILLETT, W. C. IN SKERRET, P. J. (2008). *The fertility Diet*. New York idr.: McGraw-Hill. Pridobljeno s <http://www.harvardhealthbooks.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Fertility-Diet-Sample.pdf>
- CHIU, Y., CHAVARRO, J. E. IN SOUTER, I. (2018). Diet and female fertility: doctor, what should I eat?. *Fertility and sterility*, 110(4), 560-569. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.027>
- FREEPIK (2010). *Graphic resources for everyone*. Pridobljeno 8.2.2020 s: <https://www.freepik.com/>
- GREGORC, N., BENIGAR, M. IN ŽVANUT, B. (2020). The importance of nutrition in increasing the chances of getting pregnant. Pridobljeno 7.2.2020 s: <http://preco.tamk.fi/the-importance-of-food-in-increasing-the-chances-of-getting-pregnant-2/>
- HLASTAN RIBIČ, C. (2006). Pomen beljakovin v prehrani. V R. Pandel Mikuš, A. Kvas (ur.), *Oblikovanje celostnega pristopa k ohranjanju in krepitvi zdravja: Prehrana, gibanje in pozitivna samopodoba*, Ljubljana, 23. november 2006 (str. 7). Ljubljana: Strokovno združenje nutricionistov in dietetikov.
- HOSSEINI, B. IN ESLAMIAN G. (2014). *Association of dietary factors with male and female infertility: Review of current evidence*. Pridobljeno 1. 7. 2019 s <http://thritajournal.com/en/articles/18212.html>
- INŠTITUT ZA NUTRICIONISTIKO. (2016a). *Cink*. Pridobljeno 10. 3. 2019 s <http://www.prehrana.si/sestavine-zivil/minerali/cink?highlight=WyJjaW5rll0=>

- INŠTITUT ZA NUTRICIONISTIKO. (2016b). *Maščobe*. Pridobljeno 25. 3. 2019 s <https://www.prehrana.si/sestavine-zivil/mascobe?highlight=WyJtYXNjb2JlIl0=>
- INŠTITUT ZA NUTRICIONISTIKO. (2016c). *Vitamin C*. Pridobljeno 11. 3. 2019 s <https://www.prehrana.si/sestavine-zivil/vitamini/vitamin-c?highlight=WyJ2aXRhbWluliwiYyIsIn-ZpdGFtaW4gYyJd>
- INŠTITUT ZA NUTRICIONISTIKO. (2016d). *Vitamin E*. Pridobljeno 11. 3. 2019 s <https://www.prehrana.si/sestavine-zivil/vitamini/vitamin-e>
- KAŽINIČ KREHO, L. (2011). *Prehrana 21. stoletja za ženske*. Ljubljana: Modrijan.
- KLINIČNI ODDELEK ZA REPRODUKCIJO. (2016). *Neplođnost*. Pridobljeno 28. 2. 2019 s <http://www.reprodukcija.si/neplođnost/#>
- KOROŠAK, M. (2018). S prehrano do zanositve? *ABC zdravja*, 13(5), 37–38.
- KOROŠEC, Ž. (b.d.). *L-karnitin*. Pridobljeno 29. 9. 2019 s <https://www.nutris.org/prehrana/abc-prehrane/druge-snovi/209-l-karnitin.html>
- LANBEIN, K. IN SKALNIK, C. (2007). *Veliki zdravstveni vodnik: kaj resnično pomaga*. Kranj: Modita.
- MILIČ, K., KUŠČER, S., PIRŠ, M., KOREN, M. IN PERCL, M. (2008). *Vitamini, minerali in druga prehranska dopolnila*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE. (2004). *Referenčne vrednosti za vnos hranil*. Pridobljeno s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2014/_Referencne_vrednosti_za_vnos_hranil-pdf_.pdf
- MRAVLJE, Ž. IN POKORN, D. (2011). Prehrana. V M. Košnik, F. Mravlje, D. Štajer, P. Černelč in M. Koželj (ur.), *Interna medicina* (str. 725–734). Ljubljana: Tiskarna Pleško, d. o. o.
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE (NIJZ). (2016a). *Referenčne vrednosti za energijski vnos ter vnos hranil*. Pridobljeno 20. 9. 2019 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/referencne_vrednosti_za_energijski_vnos_ter_vnos_hranil_obl.pdf
- POKORN, D. (2003). *Prehrana v različnih življenjskih obdobjih*. Ljubljana: Marbona.
- POLIČNIK R. (2018). *Zdrava prehrana*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 14. 6. 2019 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_zdrava_prehrana_12.1.2018_za_splet.pdf
- PRECONNET (2019). *Preconception health of youth, bridging the gap in and through education*. Pridobljeno 18. 9. 2019 s <http://preco.tamk.fi/>
- STORYBOARDTHAT (2020). *Digitalno pripovedovanje zgodb*. Pridobljeno 8.2.2020 s: <https://www.storyboardthat.com/sl>
- STREIT, L. (2018). Micronutrients: types, functions, benefits and more. *Healthline*. Pridobljeno 20. 9. 2019 s <https://www.healthline.com/nutrition/micronutrients>
- SUWA STANOJEVIČ, M. (2010). *Prehrana in zdravje*. Ljubljana: Zavod IRC. Pridobljeno 4. 7. 2019 s http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Prehrana_in_zdravje-Suwa_Stanojevic.pdf
- WONG, Y. W., MERKUS, H. M. W. M., THOMAS, C. M. G., MENKVELD, R., ZIELHUIS, G. A. IN STEEGERS-THEUNISSEN, R. P. M. (2002). Effects of folic acid and zinc sulfate on male factor subfertility: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and sterility*, 77(3), 491–498. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)03229-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(01)03229-0)

Prehranska dopolnila pri rakavi kaheksiji

Nina Lapornik, Mihaela Jurdana, Mojca Stubelj
Fakulteta za vede o zdravju Izola, Polje 42, 6310 Izola

Povzetek

Kaheksija je sindrom, ki vodi do propadanja maščobne in skeletno mišične mase, pogosto je prisoten pri rakavih bolnikih. Vpliva na bolnikovo zdravstveno stanje, vodi lahko tudi v smrt. Prehranska podpora je pri teh bolnikih, poleg zgodnjega odkrivanja in preprečevanja nastanka kaheksije, ključnega pomena, pri izvedbi le-te pa so nam lahko v pomoč tudi prehranska dopolnila. Namen prispevka je pregled aktualne literature glede učinkovitosti različnih prehranskih dopolnil v podpori pri rakavi kaheksiji. Iz literature je razvidno, da so najbolj uporabljene omega-3-maščobne kisline, obstajajo pa tudi druga prehranska dopolnila, ki so se v nekaterih raziskavah izkazala za učinkovita: BCAA, L-karnitin, grelin, glicin, arginin in glutamin. Uporaba le-teh bi lahko imela pozitivne učinke na telesno maso bolnikov in plazemske koncentracije citokinov. Za natančno odmerjanje in širšo klinično uporabo prehranskih dopolnil so potrebne dodatne raziskave, ugotovili pa smo, da se uporaba funkcionalnih živil v namene preprečevanja in zdravljenja kaheksije do zdaj ni izkazala kot učinkovita.

Ključne besede: rak, kaheksija, prehranska dopolnila

Uvod

Kaheksija je večfaktorski sindrom z nehoteno in napredno izgubo telesne mase (Jurdana, 2009). Ta se zgodi zaradi presnovnih sprememb, ki vodijo do ekvivalentnega propadanja skeletne mišične mase in maščobnega tkiva. Najpogosteje se pojavi pri onkoloških bolnikih in je opredeljena kot nenamerna izguba telesne mase za 5–10 % glede na telesno maso pred boleznijo, ob tem pa vzrok za izgubo telesne mase ni očitno prisoten (Kozjek in sod., 2009). Vanhoutte in sod. (2016) ocenjujejo, da kaheksija prizadene od 50 do 80 % bolnikov z rakom in je odgovorna za neke 20 % njihovih smrti.

Pri kliničnem sindromu kaheksije je pomembna predvsem izguba puste telesne mase, seveda pa se ob propadanju mišične mase v enaki meri zmanjša tudi maščobna masa (Kozjek in sod., 2009). Simptomi, ki spremljajo kaheksijo so anoreksija, hitra sitost, anemija in mišična utrujenost (Jurdana, 2009). Pri tera-

piji rakave kaheksije je izjemnega pomena pravočasna prehranska podpora in presejanje bolnikov (Bauer, 2007). Tako jim lahko nudimo prehransko terapijo in uvedbo prehranskih dopolnil pred pojavom rakave kaheksije ter s tem zmanjšamo njeno agresivnost in izboljšamo prognozo bolnikov.

Metode

Uporabljena je bila strokovna in znanstvena literatura, pridobljena z različnimi spletnimi brskalniki, kot so ScienceDirect, Google Učenjak, Wiley Online Library itd. Uporabili smo naslednje ključne besede: kaheksija (cachexia), rak (cancer), prehrana onkoloških bolnikov (oncology nutrition), prehranska podpora (nutritional support), prehranska dopolnila (nutritional supplements) ...

Rezultati

Pomembni dejavniki, ki vplivajo na razvoj kaheksije, so mesto in vrsta tumorja, stadij bolezni in zdravljenje, ki ga bolnik prejema (Bauer, 2007). Pojav kaheksije je povezan s spremembami in izmenjavami, ki se zgodijo med telesom in tumorjem (Stephens in Fearon, 2008). V telesu se kot odgovor na tumorsko tkivo sproži akutni in nevroendokrini stresni odziv. Ta odziv zviša prisotnost provnih citokinov, ki jih proizvajajo telesne celice. Poleg proizvodnje citokinov lahko tumorsko tkivo proizvaja tudi prokahektične dejavnike, ki neposredno vplivajo na katabolne procese v telesu, prav tako pa posredno ojačevalno vplivajo na vnetne procese. Hitro razvijajoči tumorji potrebujejo glukozo, laktat, maščobne kisline (v nadaljevanju MK) in aminokisline (v nadaljevanju AK) za rast in vzdrževanje visokih energijskih potreb (Das in Hoefler, 2013). Sklepamo lahko, da ima tumor od kaheksije koristi, saj pridobi omenjene substrate. Telesna masa je za diagnosticiranje rakave kaheksije ključna, saj je kaheksija opredeljena kot presnovno stanje, prav tako je za postavljanje diagnoze kaheksije pomembna tudi telesna sestava, razmerje vode, maščobnega tkiva in puste telesne mase v telesu (Tuca in sod., 2013). Prehrana pri bolnikih s kaheksijo mora biti najprej energijsko zadostna (Stephens in Fearon, 2008). Prehranska podpora pa mora vsebovati prehransko svetovanje, uporabo prehranskih dopolnil in enteralne prehrane (Tuca in sod., 2013).

Najpogostejša prehranska dopolnila, ki se uporabljajo pri obravnavi kaheksije, so:

- *Aminokisline BCAA*

De Campos-Ferraz in sod. (2014) navajajo, da je dieta, obogatena z BCAA, izboljšala izkoriščanje AK za beljakovinsko sintezo v skeletnih mišicah, brez povečanja tumorske mase, prav tako pa so bolniki, ki so 4 tedne pred operacijo prejeli BCAA, imeli izboljšan vnos hrane.

- *Levcin*

V študijah na glodalcih so ugotovili, da je prehrana, obogatena z levcinom, izboljšala telesno in mišično maso (Cruz in sod., 2017).

- *Glutamin*

Argilés in sod. (2011) navajajo, da je glutamin kot protivnetna terapija pri rakavi kaheksiji uporabno prehransko dopolnilo za bolnike s presajenim kostnim mozgom, saj naj bi se pri njih izboljšala dušikova bilanca in zmanjšala pojavnost kliničnih okužb.

ESPEN v smernicah prehrane onkoloških bolnikov iz leta 2017 označi glutamin kot nizko priporočljivo snov za uporabo pri diareji, kot posledici radioterapije, saj ne obstaja dovolj doslednih kliničnih dokazov, ki bi priporočali glutamin ob vnetju sluznic črevesja (Arends in sod., 2017).

- *L-karnitin*

Madeddu in sod. (2012) so pri uporabi L-karnitina v kombinaciji s Celecoxibom zabeležili povišanje puste telesne mase in izboljšanje fizične moči.

- *Arginin*

Smernice ESPEN iz leta 2017 za prehrano onkoloških bolnikov priporočajo uporabo arginina v perioperativni negi pri bolnikih z rakom na zgornjem delu GI-trakta (Arends in sod., 2017).

- *Glicin*

Ham in sod. (2014) so v študiji, narejeni na miših, dokazali, da je pri dodajanju glicina izguba maščobnega in skeletnega tkiva oslABLJENA, znižani so bili tudi vnetni markerji. Manjša je bila izguba telesne mase in mišične funkcije.

Maščobne kisline

- *Omega-3-MK*

Smernice ESPEN za prehrano onkoloških bolnikov iz leta 2017 navajajo šibke dokaze med vnosom omega-3-MK za izboljšanje apetita in telesne mase (Arends in sod., 2017). Priporočajo le uporabo dolgoveržnih omega-3-MK ali ribjega olja za bolnike z napredovalim rakom, ki prestajajo kemoterapijo in so v ogrožajoči skupini za izgubo telesne mase. Pri bolnikih z rakom na zgornjem delu GI-trakta priporočajo uporabo omega-3-MK v perioperativni negi.

- *EPA*

Ribje olje (vir eikozapentanoične kisline (v nadaljevanju EPA)) v odmerku med 4–6 g/dan dokazano zmanjšuje proizvodnjo vnetnih citokinov in ima protivnetne učinke (Ardens in sod., 2017).

Hormoni

- *Melatonin*

Leta 2018 so Sadeghi in sod. za melatonin zapisali, da zavira delovanje citokinov in TNF α , kar je skladno z raziskavo Lissoni in sod. (1996), kjer so poleg razlike v serumskih vrednostih TNF α zabeležili tudi nižje število bolnikov z izgubo telesne mase v primerjavi s kontrolno skupino.

- *Nevroendokrini hormoni*

- *Grelin*

V raziskavi, opravljeni na miših, so ugotovili, da je grelin zaviral indukcijo CRP, TNF α , IL-1 in IL-6, ublažil je zmanjšan vnos hrane ter porabo telesne maščobe, posledično se je izboljšala telesna masa (Tsubouchi in sod., 2014), vendar so nekatere raziskave ugotovile, da bi lahko grelin spodbujal tumorsko rast (Sadeghi in sod., 2018), zato ima uporaba grelina varnostne zadržke.

- *Anamorelin*

Temel in sod. so leta 2013 objavili raziskavo, v kateri so preučevali anamorelin, ki je izkazal pozitivne učinke na telesno maso že po 1 tednu prejetja, po 12 tednih je skupina, ki je prejela 100 mg anamorelina dnevno, zabeležila povišanje v telesni masi.

- *Progestini*

Progestini, med katere spada megesterol acetat (v nadaljevanju MA), so edino odobreno zdravilo za zdravljenje kaheksije, uporabljajo se za povečanje apetita in s tem vnosa hrane (Madeddu in sod., 2012). V smernicah ESPEN za prehrano onkoloških bolnikov iz leta 2017 priporočajo uporabo MA ob tehtnem premisleku, za bolnike z anoreksijo in napredovano obliko raka, saj lahko ima MA resne stranske učinke (Arends in sod., 2017).

Antioksidanti

Assi in sod. so leta 2016 v raziskavi na miših ugotovili, da je antioksidantno prehransko dopolnilo povečalo izgubo telesne mase in povzročilo predčasno smrt miši. Smernice ESPEN za prehrano onkoloških bolnikov iz leta 2017

ne priporočajo prekoračitve priporočenega dnevnega vnosa vitaminov in mineralov, razen ob očitnih pomanjkanjih določenih (Arends in sod., 2017).

Reservatol

Pozitivne učinke rezervatola so študije na različnih modelih kaheksije dokazale, vendar istih rezultatov pri *in vivo* študijah ni bilo (Gullett in sod., 2011).

Cerebrosidi

Učinek cerebrosidov so Du in sod. (2015) raziskovali na miših. Miši, ki so prejemale 50 mg/kg t. m./dan cerebrosida, so imele manjšo izgubo telesne mase zaradi lajšanja atrofije adipoznega tkiva v primerjavi s kontrolno skupino, prav tako so pri uporabi cerebrosidov opazili zmanjšane serumske vrednosti TNF α , IL-1 in IL-6.

Encimi

Yeh in sod. (2013) so v raziskavi o učinkih Ethanwell/Ethanzyme (v nadaljevanju EE) (Ethanwell – beljakovinsko in energijsko bogato prehransko dopolnilo z glutaminom, selenom in koencimom Q10; Ethanzyme – encimski produkt iz probiotikov in vitaminov) pri kahektičnih bolnikih ugotovili, da so bolniki iz skupine z ITM pod 19 lažje obdržali začetno telesno maso v prvih 4 tednih kot osebe v kontrolni skupini, povečale pa so se tudi njihove serumske vrednosti albumina in prealbumina.

Kanabinoidi

Smernice ESPEN kanabinoidov za povečanje apetita ne priporočajo, saj ni zadostnih doslednih kliničnih podatkov, ki bi dokazovali izboljšanje okusa ali anoreksije pri onkoloških bolnikih (Arends in sod., 2017).

Hranila za imunski sistem (omega-3-MK, arginin, glutamin, BCAA in nukleotidi)

Omega-3-MK, arginin, glutamin, BCAA in nukleotidi imajo dokazane sposobnosti ohranitve imunske funkcije in vpliv na produkcijo vnetnih citokinov (Prieto in sod., 2017).

Smernice ESPEN za prehrano onkoloških bolnikov iz leta 2017 priporočajo uporabo hranil za imunski sistem za bolnike z rakom zgornjih prebavil pred operacijo, v kontekstu tradicionalne perioperativne nege (Arends in sod., 2017).

Funkcionalna živila

- Probiotiki, prebiotiki

V smernicah ESPEN za prehrano onkoloških bolnikov iz leta 2017 probiotike, pri zdravljenju diareje kot posledice radioterapije, povezujejo z nezadostnimi kliničnimi raziskavami, ki bi dokazali njihovo učinkovitost (Arends in sod., 2017). Trenutni dokazi o učinkovitosti prebiotikov in probiotikov temeljijo zgolj na eksperimentalnih modelih raziskav (Bindels in Thissen, 2015).

- Kurkumin

Gullett in sod. (2011) navajajo, da so si rezultati različnih raziskav o kurkuminu zelo nasprotujoči, na podlagi teh rezultatov so zaključili, da je kurkuma kot protikahektično zdravilo neuporabna.

Razprava

Pri pregledu literature smo ugotovili, da obstaja kar nekaj prehranskih dopolnil, ki so se izkazala učinkovita v podpori pri zdravljenju kaheksije. To so: anamorelin, levcin, glutamin, BCAA, cerebrosidi, glicin, L-karnitin in terapija z Ethanwell/Ethanzyme ter omega-3-MK in arginin, ki ju v določenih stanjih priporoča tudi ESPEN. Iz pregleda raziskav lahko sklepamo, da najverjetneje obstajajo prehranska dopolnila, ki bi lahko omilila razvoj kaheksije, vendar za večino omenjenih prehranskih dopolnil ESPEN navaja, da ni dovolj kliničnih podatkov za uporabo. To nakazuje, da je potrebno več raziskav nameniti tovrstni tematiki. Pomembna povezava, ki so jo odkrili v povezavi s kaheksijo, je imunski sistem, katerega rakavo obolenje in protirakave terapije oslabijo. Hranila za imunski sistem imajo sposobnost ohraniti imunske funkcije in vplivajo na produkcijo vnetnih citokinov. Prehrana, obogatena s hranili za imunski sistem, je zaenkrat pomembna pred večjimi operacijami GI-trakta. Področje imunskega sistema bi lahko bilo obetavno tudi na področju raziskav o črevesni mikroflori, ki je pomemben gradnik imunskega sistema, vendar trenutni dokazi o učinkovitosti prebiotikov in probiotikov temeljijo zgolj na eksperimentalnih modelih raziskav. Dober primer obetavnega prehranskega dopolnila so leta 2013 odkrili Yeh in sod. v raziskavi Ethanwell/Ethanzyme (EE), kjer so dokazali, da kombinacija EE pripomore k ohranjanju telesne mase pri kahektičnih bolnikih ter da ima zmožnost zvišanja serumskih vrednosti albumina in prealbumina, kar nakazuje na zmanjšanje podhranjenosti. Od vseh omenjenih prehranskih dopolnil pri rakavi kaheksiji so se najslabše izkazali antioksidanti, saj so imeli pri kahektičnih miših ravno obraten rezultat od pričakovanega. Pri pregledu raziskav na področju funkcionalnih živil pa smo ugotovili, da kurkumin ni učinkovita terapevtska možnost pri kaheksiji.

Zaključek

Pravočasno odkrivanje bolnikov, ki so v fazi prekaheksije in kaheksije, vodi do učinkovitejšega zdravljenja. Ob ugotovitvi podhranjenosti je treba bolnika takoj vključiti v prehransko svetovanje in mu nuditi prehransko podporo tudi s prehranskimi dopolnili. Raziskave na področju zdravljenja kaheksije so usmerjene v različna področja prehranskih dopolnil, z vplivom na kaheksijo. Velik potencial imajo prehranska dopolnila, ki vsebujejo več različnih sestavin, saj ima vsaka od njih posebno funkcijo. Pri imuno prehrani so to arginin, omega-3-MK in nukleotidi, v encimski formuli Ethanwell/Ethanzyme pa glutamin, selen, koencim Q10 in encimski produkti iz probiotikov in vitaminov. Tudi L-karnitin, glicin in BCAA lahko vplivajo na telesno maso ali zavirajo vnetno citokinsko delovanje.

Literatura

- ARENDS, J., BACHMANN, P., BARACOS, V., BARTHELEMY, N., BERTZ, H., BOZZETTI, F., FEARON, K., HÜTTERER, E., ISENRING, E., KAASA, S. et al., 2017. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients [online]. *Clinical Nutrition*, vol. 36, (1), 11–48. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- ARGILÉS, J. M., BUSQUETS, S. in LÓPEZ-SORIANO, F. J., 2011. Anti-inflammatory therapies in cancer cachexia [online]. *European Journal of Pharmacology, Pharma-Nutrition*, vol. 668, (S1), str. 81–86. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2011.07.007>
- ASSI, M., DERBRÉ, F., LEFEUVRE-ORFILA, L. in RÉBILLARD, A., 2016. Antioxidant supplementation accelerates cachexia development by promoting tumor growth in C26 tumor-bearing mice [online]. *Free Radical Biology and Medicine*, vol. 91, str. 204–214. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2015.12.019>
- BAUER, J., 2007. Nutritional Management and Dietary Guidelines for Cancer Cachexia [online]. *European oncological disease*, 1(2), 12–14. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <http://doi.org/10.17925/EOH.2007.0.2.12>
- BINDELS, L. B. in THISSEN, J-P., 2016. Nutrition in Cancer Patients with Cachexia: A Role for the Gut Microbiota [online]? *Clinical Nutrition Experimental*, vol. 6, str. 74–82. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.jyclnex.2015.11.001>
- CRUZ, B., OLIVEIRA, A. In GOMES-MARCONDES, M. C. C., 2017. L-leucine dietary supplementation modulates muscle protein degradation and increases pro-inflammatory cytokines in tumour-bearing rats [online]. *Cytokine*, vol. 96, str. 253–260. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2017.04.019>
- DAS, S. K. in HOEFLER, G., 2013. The Role of Triglyceride Lipases in Cancer Associated Cachexia [online]. *Trends in Molecular Medicine*, vol. 19, (5), str. 292–301. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2013.02.006>
- DE CAMPOS-FERRAZ, P. L., ANDRADE, I., DAS NEVES, W., HANGAI, I., ALVES, C. R. R. in LANCHAJA JR., A. H., 2014. An Overview of Amines as Nutritional Supplements to Counteract Cancer Cachexia [online]. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, vol. 5, (2), str. 105–110. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1007/s13539-014-0138-x>
- DU, L., XU, J., XUE, Y., TAKAHASHI, K., XUE, C-H., WANG, J-F. in WANG, Y-M., 2015. Cerebrosides from sea cucumber ameliorates cancer-associated cachexia in mice by attenuating adipose atrophy [online]. *Journal of functional foods*, vol. 17, str. 352–363. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.jff.2015.05.040>

- GULLETT, P. N., MAZURAK, V., HEBBAR, G. in ZIEGLER, R. T., 2011. Nutritional interventions for cancer-induced cachexia. *Current problems in cancer*, vol. 35, (2), str. 58–90. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2011.01.001>
- HAM, D. J., MURPHY, K. T., CHEE, A., LYNCH, G. S. in KOOPMAN, R., 2014. Glycine Administration Attenuates Skeletal Muscle Wasting in a Mouse Model of Cancer Cachexia [online]. *Clinical Nutrition*, vol. 33, (3), str. 448–458. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.06.013>
- JURDANA, M., 2009. Cancer cachexia-anorexia syndrome and skeletal muscle wasting [online]. *Radiology and oncology*, vol. 43, (2), str. 65–75. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.2478/v10019-009-0007-y>
- KOZJEK, N. R., LAHAJNAR, S., SNOJ, Z. in SMRDEL, A. C. Š., 2009. Podporna terapija raka. V: NOVAKOVIČ, S., HOČEVAR, M., NOVAKOVIČ, B. J., STROJAN, P. IN ŽGAJNAR, J., ur. *Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka*. (str. 184–201). Ljubljana: Mladinska knjiga.
- LISSONI, P., PAOLOROSSO, F., TANCINI, G., BARNI, S., ARDIZZOIA, A., BRIVIO, F., ZUBELEWICZ, B. in CHATIKHINE, V., 1996. Is There a Role for Melatonin in the Treatment of Neoplastic Cachexia? *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, vol. 32A, (8), str. 1340–1343.
- MADEDDU, C., DESSI, M., PANZONE, F., SERPE, R., ANTONI, G., CAU, M. C., MONTALDO, L., MELA, Q., MURA, M., ASTARA, G. et. al., 2012. Randomized Phase III Clinical Trial of a Combined Treatment with Carnitine + Celecoxib ± Megestrol Acetate for Patients with Cancer-Related Anorexia/Cachexia Syndrome [online]. *Clinical Nutrition*, vol. 31, (2), str. 176–182. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.10.005>
- PRIETO, I., MONTEMUÍÑO, S., LUNA, J., DE TORRES, M. V. in AMAYA, E., 2017. The role of immunonutritional support in cancer treatment: Current evidence [online]. *Clinical Nutrition*, vol. 36, (6), str. 1457–1464. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.11.015>
- SADEGHI, M., KESHAVARZ-FATHI, M., BARACOS, V., ARENDS, J., MAHMOUDI, M. in REZAEI, N., 2018. Cancer Cachexia: Diagnosis, Assessment, and Treatment [online]. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, vol. 127, str. 91–104. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2018.05.006>
- STEPHENS, N. A. in FEARON, K. C. H., 2008. Anorexia, Cachexia and Nutrition [online]. *Medicine*, vol. 36, (2), str. 78–81. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2007.11.004>
- TEMEL, J., BONDARDE, S., JAIN, M., ALLEN, S. in MANN, W., 2013. Efficacy and safety of anamorelin HCL in NSCLC patients: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter phase II study. *Eur J Cancer*, vol. 49, (2), Abstract 1308.
- TSUBOUCHI, H., YANAGI, S., MIURA, A., MATSUMOTO, N., KANGAWA, K. in NAKAZATO, M., 2014. Ghrelin relieves cancer cachexia associated with the development of lung adenocarcinoma in mice [online]. *European Journal of Pharmacology*, vol. 743, str. 1–10. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2014.09.025>
- TUCA, A., JIMENEZ-FONSECA, P. in GASCÓN, P., 2013. Clinical Evaluation and Optimal Management of Cancer Cachexia [online]. *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, vol. 88, (3), str. 625–636. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.07.015>
- VANHOUTTE, G., VAN DE WIEL, M., WOUTERS, K., SELS, M., BARTOLOMEEUSSEN, L., DE KEERSMAECKER, S., VERSCHUEREN, C., DE VROEY, V., DE WILDE, A., SMITS, E. et. al., 2016. Cachexia in cancer: what is in the definition [online]? *BMJ open gastroenterology*, vol. 3, (1), str. 1–9. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgast-2016-000097>

YEH, K-Y., WANG, H-M., CHANG, J.W.-C., HUANG, J.-S., LAI, C.-H., LAN, Y.-J., WU, T.-H., CHANG, P.-H., WANG, H., WU, C.-J. et al., 2013. Omega-3 Fatty Acid-, Micronutrient-, and Probiotic-Enriched Nutrition Helps Body Weight Stabilization in Head and Neck Cancer Cachexia [online]. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, vol. 116, (1), str. 41–48. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.01.015>

Prehranski status in prehranjevalne navade članske ekipe vaterpolistov

Luka Trapara, Tamara Poklar Vatovec

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola
lukat996@gmail.com

Povzetek

Uvod: Šport, kot je vaterpolo, je sestavljen iz intenzivnih treningov v bazenu in telovadnici, zahteva dobro fizično pripravljenost, za katero je osnovni pogoj pravilna športna prehrana. Vaterpolo je ekipni šport, vsak član ekipe pa ima svoje prehranjevalne navade. Namen raziskave je vpogled v prehranski status in prehranjevalne navade vaterpolistov ter pridobivanje določenih vzorcev, ki predstavljajo celotno ekipo s ciljem ugotavljanja ustreznosti le-teh, ter ozaveščanja o pomenu pravilne športne prehrane in prehranskega svetovanja v športu. *Metode:* V raziskavi je bilo vključeno 10 vaterpolistov Vaterpolo kluba Koper, starih med 18 in 40 let. Podatke o prehranjevalnih navadah vaterpolistov smo dobili s pomočjo vprašalnika na 17 straneh, ki se nanaša na uživanje živil. Uporabili smo antropometrične meritve telesne sestave, katere smo izvedli s telesnim analizatorjem. Vse pridobljene podatke smo statistično obdelali. *Rezultati:* Vaterpolisti uživajo živila iz vseh glavnih skupin, vendar z določenimi primanjkljaji, ki se nanašajo na nezadosten vnos ogljikohidratnih živil in nadomeščanjem le-teh z beljakovinskimi živili in prehranskimi dopolnili, saj 7 vaterpolistov uživa prehranska dopolnila, ki so večinoma na beljakovinski bazi. Večina ima ustrezen režim prehranjevanja, kar vključuje več kot 3 obroke na dan s časovnim razmikom od 2 do 4 ure. Ugotovili smo, da imajo ustrezno oceno hranjenosti, saj je povprečni indeks telesne mase $25,9 \pm 2,3 \text{ kg/m}^2$, delež maščobe $14,2 \pm 4,6 \%$ in $2,9 \pm 2,2$ raven visceralne maščobe. *Razprava:* Raziskava je pokazala, da imajo vaterpolisti v večji meri ustrezne prehranjevalne navade, ter da imajo ustrezno oceno prehranskega stanja. Nezadostno uživanje ogljikohidratnih živil se lahko pokaže na zmanjšani zmogljivosti in uspešnosti nastopa športnika, kar potrjuje dejstvo, da so za njih prav ti najbolj pomemben vir energije. Uporaba prehranskih dopolnil je nezaželena in odsvetovana, glede na to, da se z uravnoteženo prehrano lahko pokrijejo vse potrebe športnika. Večina vaterpolistov se zaveda pomena pravilne prehrane v športu, vendar je tudi razvidno, da imajo prisotne določene napačne vzorce, s pomočjo katerih pristopajo k doseganju le tega.

Ključne besede: prehrana, antropometrija, športnik, vaterpolo, prehransko svetovanje

Uvod

Hrana zagotavlja energijo za vzdrževanje telesne temperature in človeške aktivnosti, omogoča normalno rast in razvoj ter obnovo organizma. Je dejav-

nik zdravstvene zaščite, preprečuje občutek lakote in žeje in je nezanemarljiv užitek pri uživanju hrane. Makrohranila, ki predstavljajo osnovne sestavine hrane, predstavljajo tudi energijsko bogate snovi, so ogljikovi hidrati (OH), beljakovine (B) in maščobe (M). Raznolika in uravnotežena prehrana ob primerni razporeditvi skozi ves dan zadovolji potrebe organizma po vseh hranljivih snoveh, energiji in zaščiti zdravja (Dervišević in Vidmar, 2009). Telesna aktivnost in zdrava prehrana sta izredno pomembni sestavini zdravega načina življenja. Pri vrhunskem športu gre za organizirano in dokaj usmerjeno športno dejavnost. Redni treningi razvijajo vse večje psihofizične zmogljivosti ter visoko športno kondicijo, ki omogoča vrhunske športne dosežke na tekmovanjih. Pravilna in uravnotežena prehrana ima pri tem tudi izreden pomen (Pokorn, 1991). Neustrezno vodena in neprilagojena prehrana pri športniku na dolgi rok lahko povzroči izčrpanost, ki je eden izmed najbolj pomembnih dejavnikov za slab nastop tako posameznika kot celotne ekipe. S pojmom izčrpanost označujemo več specifičnih pomenov, ki opisujejo športnikovo nezmožnost, da vzdrži hitrost, moč, veččine, koncentracijo in odločanje. Omogočanje optimalnega nastopa zahteva reduciranje ali prelaganje izčrpanosti na čim kasnejši čas (Burke in Cox, 2010). Vsi imajo različne prehranske potrebe in ni enakega načina prehranjevanja, ki bi odgovarjal vsem (Bean, 2013). Bean (2010) navaja, da uživanje dobrih virov hranil in zadostno pitje tekočine pred, med in po treningu ali tekmovanju pomaga športnikom, da imajo boljši nastop, zmanjšajo izčrpanost in preprečijo nastanek prehlada. Športnik mora razporediti svoje celodnevne energijske potrebe v ustreznih deležih makrohranil (OH, B in M) skozi cel dan, tako, da obroke časovno prilagodi svojem treningu ali nastopu (Burke in Cox, 2010). Pogosta neskladnost športnika med nastopom in v času treninga je signal za trenerja, da napoti športnika k dietetiku na prehranski posvet. Poleg prehranskega pregleda se opravljajo še dodatne biokemijske preiskave, antropometrične meritve in ocena prehranjevanjih navad (Deakin in sod., 2015). Namen raziskave je dobiti vpogled v prehranski status in prehranjevalne navade članske ekipe vaterpolistov VK Koper ter iz tega priti do določenih vzorcev, ki se navezujejo na celotno ekipo.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali vaterpolisti uživajo glavne skupine živil?
- Ali imajo vaterpolisti ustrezen režim prehranjevanja?
- Ali vaterpolisti uživajo prehranska dopolnila?
- Ali so vaterpolisti primerno, prekomerno prehranjeni ali debeli?

Metode

Testiranje smo naredili konec aprila 2019, v prostorih UP Fakultete za vede o zdravju. V predavalnici so vaterpolisti pod vodstvom študenta podpisali izjave o sodelovanju ter izpolnjevali na 17 straneh zajet vprašalnik o prehranjevalnih navadah. Po izpolnitvi vprašalnikov so pristopili k merjenju telesne

sestave. Na meritvah smo na začetku imeli 12 vaterpolistov iz Vaterpolo kluba Koper. Preiskovanci so bili stari med 18 in 40 let, vsi moškega pola. Poleg domačih vaterpolistov iz Slovenije so bili v ekipi tudi člani iz Srbije in Italije. Iz obravnavane skupine, po analizi, smo iz raziskave izključili dva kandidata zaradi pomanjkljivih podatkov in dokumentacije. Pri raziskavi smo uporabili vprašalnik o uživanju glavnih skupin živil, katerega smo prenesli iz spletnega programa »Odprta platforma za klinično prehrano« (OPKP. n. d.). Omenjeni program je spletno orodje za spremljanje prehranjevalnih navad. Vsebina vprašalnika je razdeljena na 9 skupin živil, pri katerih so vaterpolisti lahko označili »pogostost uživanja« (devetstopenjska lestvica) in »običajno velikost porcije na obrok« (petstopenjska lestvica) pri navedenih podskupinah živil. Na zadnji strani vprašalnika so bila različna vprašanja namenjena vpogledu v specifične prehranjevalne vzorce ekipe. Antropometrične meritve smo izvedli takoj po reševanju anketnih vprašalnikov. Izmerili smo telesno višino v stoječem položaju, brez obutve. Telesno sestavo smo izmerili s telesnim analizatorjem (bioelektrična impedanca), proizvajalca Tanita model MC-980MA Plus. Program izračuna zelene parametre in nam jih številčno, grafično in slikovno predstavi na izpisu rezultatov. Osem elektrod je nameščenih tako, da se električni tok napaja iz elektrod na konicah prstov obeh stopal in da se napetost meri na peti obeh nog. Tok teče v zgornje ali spodnje okončine, odvisno od delov telesa, ki jih treba izmeriti (Tanita Corporation, 2016). Vse podatke, katere smo dobili z anketnimi vprašalniki in meritvami telesne sestave, smo analizirali s pomočjo programa IBM SPSS verzija 22.0. Zbrane podatke smo statistično obdelali s pomočjo opisne statistike. Pri obdelavi podatkov iz anketnega vprašalnika in rezultatov meritve telesne sestave smo uporabili osnovne univariatne analize podatkov, kot so frekvenca, izračun povprečja, standardni odklon, najmanjše in največje vrednosti. Za določene antropometrične parametre smo naredili bivariatno analizo, »Spearmanov test korelacije«, kje smo vrednost $p \leq 0,05$ vzeli kot prag statistične značilnosti.

Rezultati

Rezultati anketnega vprašalnika o uživanju živil

Glede na to, da so rezultati prvega dela vprašalnika o uživanju glavnih skupin živil preveč obsežni, jih predstavljamo le v skrajšani obliki. Iz skupine »mleko in mlečni izdelki« je 5 vaterpolistov označilo, da 1x na dan uživajo mleko, 4 vaterpolisti pa 1x na dan uživajo jogurt, kisl mleko in kefir, kar predstavlja dve živila, ki jih skupno največ uživajo. Največje porcije uživajo 4 vaterpolisti, in sicer uživajo 2 kozarca (4 dcl) jogurta, kislega mleka ali kefirja po obroku. Najpogostejše zaužito živilo iz skupine »maščobe in maščobna živila« je olivno olje, saj ga vsi uživajo, od tega ga 4 vaterpolisti več kot 2–3x na dan. Največje porcije uživata 2 vaterpolista, 3 jedilne žlice ali več, za tem so 4 vaterpolisti, ki uživajo 1 jedilno žlico olivnega olja. Iz skupine »sadje« je najpogosteje zaužito sveže sadje, saj ga vsi uživajo, od tega ga 4 vaterpolisti uživajo 2–3x na dan, 2 vaterpolista pa 1x na dan. Največjo porcijo na obrok uživajo 4 vaterpolisti, 2 porciji svežega sadja (300 g). Iz skupine »zelenjava« vaterpolisti najbolj

pogosto uživajo svežo zelenjavo, saj jo vsi uživajo, med njimi jo 2 vaterpolista uživata 2–3x na dan, 3 vaterpolisti 1x na dan in 2 vaterpolista 5–6x na teden. Opazne so velike porcije sveže zelenjave, saj jih 6 uživa 1 porcijo (150 g), 2 vaterpolista pa 2 porciji (300 g) in 1 vaterpolist 3 porcije ali več (več kot 300 g) na dan. Najpogosteje užita živila iz skupine »meso, mesni izdelki in jajca« so rdeče meso, ki ga 2 vaterpolista uživata 1x na dan, 6 jih uživa 2–4x na teden ter perutninsko meso, katero uživajo 3 vaterpolisti 1x na dan ter 4 vaterpolisti 2–4x na teden. Velike porcije so opazne pri perutnini, rdečem mesu in ribah, kjer več kot 4 vaterpolisti uživajo 2 porcije (300 g). Iz skupine »žita in žitni izdelki« vaterpolisti najpogosteje uživajo riž in testenine, od tega jih 1 vaterpolist uživa 2–3x na dan, 3 uživajo 1x na dan in 4 uživajo 2–4x na teden. Pri rižu in testeninah opazimo, da 6 vaterpolistov uživa 1 porcijo (200 g). Od drugih skupin živil vaterpolisti najpogosteje uživajo iz skupine »sladka živila«, saj 9 vaterpolistov uživa palačinke, sladoled ter med, marmelado in džem, ter iz skupine »druge jedi« več kot 7 vaterpolistov najpogosteje uživa živila in jedi, kot so hitra prehrana, juha in jedi z dodanimi vitamini in minerali. Iz skupine »pijače« vaterpolisti najpogosteje pijejo vodo, in sicer 4–5x na dan. Večina vaterpolistov, od tega jih je 6, uživa 4 ali več obrokov na dan, ostali pa uživajo 3 obroke na dan. Največji časovni razmik med obroki in malicami je več kot 4 ure, opažen le pri 1 vaterpolistu. Pri 4 vaterpolistih med obroki in malicami minejo 3–4 ure, pri 4 vaterpolistih 2–3 ure in pri 1 vaterpolistu mine 1–2 uri. Zajtrk vsak dan uživa 7 vaterpolistov, kar je tudi najpogosteje, 2 vaterpolista pa uživata zajtrk 4–6x tedensko. Redkeje, 2–3x tedensko, uživa zajtrk samo 1 vaterpolist. Malice kot vmesni obrok med glavnimi obroki vsak dan uživa 5 vaterpolistov, kar je najpogostejši odgovor. Malice pogosto uživa 1 vaterpolist, redko 3 vaterpolisti in 1 vaterpolist je nikoli ne uživa. Večina vaterpolistov, od tega jih je 9, meni, da se zdravo prehranjujejo. Vseh 10 vaterpolistov je istega mnenja, da hrana pomaga pri doseganju boljšega treninga in nastopa. Uživanje prehranskih dopolnil je zastopano pri 7 vaterpolistih, v celi ekipi le 3 ne uživajo prehranskih dopolnil. Najpogosteje vaterpolisti kot prehransko dopolnilo uživajo proteine, od tega jih uživa 5 vaterpolistov, za tem so vitamini, ki jih uživajo 4 vaterpolisti, ter BCAA in aminokisliline, katere uživajo 3 vaterpolisti. Najmanj pogosto zaužita prehranska dopolnila so minerali in izotonični pripravki, saj jih uživata le 2 vaterpolista, in kreatin, ki ga uživa le 1 vaterpolist.

Rezultati meritve telesne sestave

Statistično značilno, močno, pozitivno korelacijo ($r_s = 0,872$; $p < 0,001$) opažamo med indeksom telesne mase (ITM) in visceralno maščobo (VM). Statistično značilno, močno, pozitivno korelacijo ($r_s = 0,830$; $p < 0,003$) opažamo tudi med deležem maščobe (DM) in ITM.

Tabela 1: Opisna statistika parametrov meritve telesne sestave (n=10)

Parameter	Enota	\bar{x}	σ	Min.	Max.
Telesna masa	kg	90,6	8,6	74,4	103,3
Delež maščobe	%	14,2	4,6	7,4	23,1
Pusta telesna masa	kg	77,6	6	65,2	85,5
Indeks telesne mase	kg/m ²	25,9	2,3	22,2	29,7
Višcelarna maščoba	1–59	2,9	2,2	1	7
Starost	leta	24,3	6,1	18	40
Višina	cm	187,2	5,6	181	196

\bar{x} - povprečje, σ - standardni odklon, min. - najmanjša vrednost, max. - največja vrednost.

Razprava

Rezultati, ki smo jih pridobili, predstavljajo sistematičen prikaz prehranskega statusa in prehranjevalnih navad članske ekipe vaterpolisto VK Koper. Predstavljene rezultate smo primerjali s podobnimi raziskavami in smernicami za zdravo prehrano ter pravilno prehrano športnikov.

Na osnovi pridobljenih rezultatov meritve telesne sestave ter povprečja izmerjenih parametrov smo po priporočilih izračunali celodnevne energijske potrebe (CEP) po makrohranilih (OH, B in M), ki predstavlja povprečje celotne ekipe, ter na osnovi tega izračunali, kakšne količine takšen primer potrebuje določenih enot iz posamezne skupine živil. Pri primerjanju rezultatov s smernicami smo opazili, da vaterpolisti ne uživajo zadostne količine iz skupine »škrobna živila«, katera predstavljajo pomemben vir OH, ter da imajo rahlo zvišan vnos živil iz skupine »meso in zamenjave«. Opazno je tudi nezadostno uživanje živil iz skupine »mleka in fermentiranih mlečnih izdelkov« ter pri določenih vaterpolistih nezadosten vnos živil iz skupini »sadje« in »zelenjava«. Naše rezultate o uživanju živil smo primerjali s podobno raziskavo, ki so jo Farajian in sod. (2004) naredili na grških elitnih športnikih in športnicah vaterpola in plavanja. Raziskovali so njihov prehranski vnos in prehranjevalne navade ter ugotovili, da je izjemno visok delež športnikov užival manj OH od priporočenih vrednosti, imeli pa so zadosten vnos B ter visoko vsebnost M, da bi pokrili energijsko nezadosten vnos OH. Groba primerjava naših rezultatov z navedenim virom kaže, da imajo vaterpolisti VK Koper podobne prehranjevalne pomanjkljivosti, ker je uživanje živil iz skupine »škrobna živila« pri vaterpolistih neustrezno, iz česar lahko sklepamo, da imajo nezadosten vnos OH ter da na osnovi povečanega vnosa B (hrana in prehranska dopolnila) nadomeščajo nastalo energijsko pomanjkanje OH. Rezultati kažejo, da vaterpolisti uživajo vse skupine živil, kar je obenem odgovor na raziskovalno vprašanje. Gabrijelčič-Blenkuš in Kuhar (2009) navajata, da naj bi pravilen ritem prehranjevanja za splošno populacijo obsegal 3 do 6 dnevni obrokov: 3 glavne obroke (zajtrk, kosilo in večerja) in 1 do 3 dopolnilne obroke oz. malice. Naši rezulta-

ti kažejo, da vaterpolisti uživajo zadostno število obrokov na dan ter da večina uživa malice dovolj pogosto. Omenjeni vir navaja, da glavni obroki naj ne bi bili količinsko preobilni, med njimi pa naj bi bil 3- do 4-urni presledek. Glede na podane smernice lahko trdimo, da imajo vaterpolisti ustrezen razmik med obroki. Glede na podane rezultate raziskave lahko ocenimo in odgovorimo na raziskovalno vprašanje, da vaterpolisti imajo ustrezen režim prehranjevanja. Iz podatkov, ki smo jih dobili v raziskavi, je razvidno, da vaterpolisti uživajo prehranska dopolnila, tako da s tem lahko pritrdilno odgovorimo na to raziskovalno vprašanje. Burke in Read (1993) navajata, da študije, ki raziskujejo prehranske navade športnikov kažejo, da se prehranska dopolnila pogosto uporabljajo, ter da je njihova uporaba odvisna od športa. Večina vaterpolistov uživa prehranska dopolnila. Tisti, ki so označili, da jih uživajo, so imeli v podvprašanju podane predloge različnih prehranskih dopolnil, kjer so lahko označili več odgovorov. Opazno je tudi, da vaterpolisti hkrati uživajo več različnih vrst prehranskih dopolnil. Iz rezultatov je razvidno (Tabela 1), da je povprečen ITM vaterpolistov $25,9 \pm 2,3$ kg/m², kar nam pove, da imajo nekoliko povečane vrednosti, saj je po priporočilih ustrezna vrednost od 18,5–24,9 kg/m² (Bean, 2013). Deakin (2010) navaja, da metoda ITM ne ustreza vsem športnikom, ker so določeni športniki bolj mišičasti in so na račun tega ocenjeni kot prekomerno težki, kljub nizkemu deležu telesne maščobe (TM). Zaradi tega dejstva smo za ocenjevanje prehranjenosti vaterpolistov poleg ITM upoštevali še delež maščobe (DM), ki je v povprečju $14,2 \pm 4,6$ %, kar je sprejemljivo glede na podano literaturo. Kyle in sod. (2003) navajajo, da je zdrav razpon DM za moške med 12 % in 20 %. Kljub temu, da sta različna kriterija opazna, je pa statistično značilna, močna, pozitivna korelacija med DM in ITM, kar nam pove, da pri tistih vaterpolistih, ki imajo večji ITM, je prisoten tudi večji DM. Glede na to, da nam sam DM ne pove vsega v povezavi s telesno maščobo, smo kot verodostojen parameter uporabili nivo viscelarne maščobe (VM), ki je pokazatelj ravni maščobe v abdominalni votlini, katera obdaja vitalne organe v tem področju. Visok nivo VM predstavlja tveganje za nastanek določenih nenalezljivih bolezni in presnovnega sindroma. Po navodilih proizvajalca je zdrav razpon VM med 1 in 12 (Tanita Corporation, 2016). Rezultati vaterpolistov kažejo, da imajo povprečno raven VM $2,9 \pm 2,2$, kar lahko ocenimo kot zelo dober rezultat, ki ne predstavlja dejavnika tveganja za zdravje. Pri izračunu Spearmanovega koeficienta korelacije med izmerjenimi telesnimi parametri smo opazili statistično značilno, močno, pozitivno korelacijo med VM in ITM, kar nam pove, da tisti, ki imajo večji ITM, poleg višjega DM imajo tudi povečano reven VM. Iz navedenih rezultatov, s primerjanjem smernic, lahko pritrdilno odgovorimo na raziskovalno vprašanje, da so vaterpolisti primerno prehranjeni.

Zaključek

Iz predstavljenih rezultatov vaterpolistov VK Koper lahko zaključimo, da imajo ustrezne prehranjevalne navade z določenimi primanjkljaji, ki se nanašajo predvsem na pomanjkanje vnosa OH. Večina vaterpolistov posega po

prehranskih dopolnilih, kar lahko predstavlja problem, saj so prehranska dopolnila odsvetovana in nezaželena, zlasti ko se nekontrolirano uživajo, pa tudi njihova kakovost je lahko vprašljiva. Vaterpolisti imajo ustrezen prehranski status, kar samo potrjuje dejstvo, da se zavedajo pomena prehrane v športu in da se trudijo, da imajo dobre prehranjevalne navade. Ali je to res, ostaja odprto vprašanje. Rezultate raziskave lahko uporabijo tako vaterpolisti kot drugi športniki, kot vodilo skozi spremembe v prehrani, katera jim bo prinesla več koristi. Pomembno je izpostaviti vlogo prehranskega svetovanja ter izobraževanja športnikov o pravilni prehrani, ki se bo obrestovalo ne le v športu, ampak tudi skozi celotno življenje.

Literatura

- BEAN, A., 2010. *Anita Bean's sports nutrition for young athletes*. London: A&C Black.
- BEAN, A., 2013. *The complete guide to sports nutrition*. 7. izd. London: Bloomsbury Publishing.
- BURKE, L. in COX, G., 2010. *The complete guide to food for sports performance: a guide to peak nutrition for your sport*. Crows Nest: Allen & Unwin.
- BURKE, L. M. in READ, R. S., 1993. Dietary supplements in sport. *Sports medicine*, vol. 15 (1), str. 43-65. <https://doi.org/10.2165/00007256-199315010-00005>
- DEAKIN, V., 2010. Measuring nutritional status of athletes: clinical and research perspectives. V: Burke L in Deakin V., ur. *Clinical sports nutrition*. 4. izd. North Ryde: McGraw-Hill.
- DEAKIN, V., KERR, D. in BOUSHEY, C., 2015. Dietary assessment of athletes: clinical and research perspectives. V: Burke L in Deakin V., ur. *Clinical sports nutrition*. 5. izd. Sydney: McGraw-Hill.
- DERVIŠEVIČ, E. in VIDMAR, J., 2009. *Vodič športne prehrane*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- FARAJIAN, P., KAVOURAS, S. A., YANNAKOULIA, M. in SIDOSSIS, L. S., 2004. Dietary intake and nutritional practices of elite Greek aquatic athletes. *International journal of sport nutrition and exercise metabolism*, vol. 14 (5), str. 574-585. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.14.5.574>
- GABRIJELČIČ-BLENKUŠ, M. in KUCHAR, D., 2009. Prehranjevalne navade in prehranski status - pregled stanja v Sloveniji in svetu. V: Gabrijelčič-Blenkuš M., Gregorič M., Tivadar B., Koch V., Kostanjevec S., Fajdiga-Turk V., Žalar A., Lavtar D., Kuhar D in Rozman U., ur. *Prehrambene navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani. Pridobljeno 9. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prehrambene_navade_odraslih_prebivalcev_slo_z_vidika_varovanja_zdravja.pdf
- KYLE, U. G., SCHUTZ, Y., DUPERTUIS, Y. M. in PICHARD, C., 2003. Body composition interpretation: contributions of the fat-free mass index and the body fat mass index. *Nutrition*, vol. 19 (7), str. 597-604. [https://doi.org/10.1016/S0899-9007\(03\)00061-3](https://doi.org/10.1016/S0899-9007(03)00061-3)
- ODPRTA PLATFORMA ZA KLINIČNO PREHRANO, (OPKP), n. d. Pridobljeno 18. 7. 2019 s http://opkp.si/sl_Sl/cms/predstavitev
- POKORN, D., 1991. *Prehrana športnika in rekreativca*. Ljubljana: Forma 7.
- TANITA CORPORATION., 2016. *Instruction manual*. Pridobljeno 18. 7. 2019 s <http://convert-dk.dk/frb/wp-content/uploads/2017/07/mc-980ma-plus.pdf>

Prehranjevalne navade veganskih družin

Jerca Brina Jeran, Tamara Poklar Vatovec

Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola
brina.jeran@gmail.com

Povzetek

Uvod: V razvitem svetu postajajo vse bolj priljubljeni vegetarijanski načini prehranjevanja, med katerimi je tudi veganstvo, ki velja za enega izmed bolj omejujočih. Mladi starši svoje prehranjevalne vzorce prenašajo na otroke, kar lahko v primeru malomarnosti privede do pomanjkanj določenih hranil pri otrocih. Namen naloge je bil raziskati razširjenost veganskega načina prehranjevanja med otroki iz veganskih družin, preveriti ozaveščenost staršev veganov o dobrih virih hranil, ki so kritična za normalen razvoj otrok in navade poseganja po prehranskih dopolnilih. *Metode:* Uporabili smo kvantitativne metode dela. Pregledali smo strokovne in znanstvene članke, do katerih smo dostopali preko specializiranih baz podatkov, za pridobitev informacij o prehranjevalnih navadah veganskih družin pa smo uporabili vprašalnik, oblikovan s pomočjo aplikacije 1ka, s katero so bili podatki tudi obdelani. Velikost vzorca je bila 34 staršev iz različnih družin, od tega 29 žensk in 5 moških, ki se prehranjujejo vegansko. *Rezultati:* Z vprašalnikom smo prišli do ugotovitev, da je razširjenost striktnega veganstva pri otrocih prisotna pri približno polovici družin, v katerih se vsaj eden izmed staršev prehranjuje vegansko. Starši vegani so v večini dobro ozaveščeni o pomembnosti dopolnjevanja prehrane svojih otrok, ki se prehranjujejo s pretežno rastlinsko ali striktno vegansko hrano, z vit. B₁₂ in vit. D, vendar slabo poznajo dobre naravne vire pomembnih hranil v rastlinski prehrani. Ugotovili smo, da večina staršev informacije išče preko spleta in se po nasvete ne obračajo na dietetike, pediatre ali drugo strokovno osebje. *Razprava:* Ker trend veganskega načina prehranjevanja otrok narašča, je potrebno starše, ki se za to odločijo, ustrezno ozaveščiti o otrokovih spreminjajočih se potrebah po hranilih, katerim je z rastlinsko hrano težje zadostiti. Izobraziti jih je potrebno glede dobrih rastlinskih virov omenjenih hranil in jih pozvati, naj se z otrokom redno udeležujejo kontrolnih pregledov pri pediatru in prehranskih obravnav pri dietetiku, kjer bodo dobili tudi zanesljive informacije glede priporočene prehrane za posamezno obdobje razvoja svojega otroka.

Ključne besede: veganska prehrana, otroci vegani, veganstvo

Uvod

Veganstvo se kot oblika alternativnega prehranjevanja tako v svetu kot v Sloveniji širi (Craig, 2009; Van Winckel in sod., 2011). Posebna skupina so otro-

ci, ki običajno prevzamejo prehranjevalne navade staršev. Zanima nas, v kolikšni meri je veganstvo razširjeno med otroki v slovenskih družinah, kjer se vsaj eden od staršev prehranjuje vegansko. Ker so nekatere skupine živil izločene iz tovrstne prehrane (Key in sod., 2006), je naš namen preveriti tudi ozaveščenost staršev glede dobrih rastlinskih virov kritičnih hranil. Pri veganškem načinu prehranjevanja je potrebno nekaj načrtovanja, da se zadosti potrebam po vit. B₁₂, vit. D, kalciju, železu, cinku, omega-3 maščobnih kislinah (v nadaljevanju m.k.) in beljakovinah z ustrežno hrano ali prehranskimi dopolnili (Dietitians of Canada, 2014; Melina in sod. 2016; Garton in Hood, 2017). Naš glavni cilj je pripomoči ugotavljanju, kako resen problem lahko v trenutnem okolju predstavlja odločitev staršev, da se odločijo svoje otroke prehranjevati izključno z rastlinsko hrano.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri je veganstvo kot način prehranjevanja prisotno pri otrocih v slovenskih veganskih družinah?
- Kateri so glavni viri črpanja informacij staršev veganov o veganski prehrani?
- Ali so starši vegani pravilno ozaveščeni o dobrih virih kritičnih hranil, ki vplivajo na otrokov razvoj?

Metode

Uporabili smo kvantitativno metodologijo dela. Za uvodni pregled literature smo pregledali strokovne in znanstvene članke, do katerih smo dostopali preko specializiranih baz podatkov: Science Direct, PubMed in Medline, pomagali pa smo si tudi s sistemom COBISS. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede in njihove kombinacije v slovenskem in angleškem jeziku: veganska prehrana (angl. »vegan nutrition« in »vegan diet«), vegetarijanska prehrana (angl. »vegetarian nutrition« in »vegetarian diet«), otroci vegani (angl. »vegan children«), veganstvo (angl. »veganism«) in vegan (angl. »vegan«).

Podatke o prehranjevalnih navadah veganskih družin smo pridobili s pomočjo anonimnega spletnega vprašalnika z vprašanji pretežno zaprtega tipa, ki smo ga oblikovali s pomočjo aplikacije 1ka. Povezavo do vprašalnika smo delili v 3 različne skupine na socialnem omrežju Facebook, k reševanju pa smo pozvali starše iz različnih družin, ki se prehranjujejo vegansko in živijo v Sloveniji. Pridobivanje podatkov je potekalo od 7. 4. do 11. 4. 2018. Velikost vzorca je bila 34 odraslih oseb, od tega 29 žensk in 5 moških. Omejitev našega raziskovalnega dela je bil majhen vzorec sodelujočih in kratek vprašalnik.

Rezultati

Rezultati vprašalnika kažejo, da se partnerji vprašanih v skoraj polovici prav tako prehranjujejo vegansko, ostali pa izbirajo različne podvrste vegetarijan-

stva ali mešano prehrano. Iz odgovorov povzemamo, da je približno polovica njihovih otrok striktnih veganov. Večina otrok, ki se v vrtcu ali šoli prehranjuje drugače kot doma, doma uživa vegansko prehrano, v izobraževalni ustanovi pa mešano. Ugotovili smo, da daleč največ staršev informacije o veganski prehrani išče na spletu, nekateri so navedli branje revij, knjig, znanstvenih člankov, tujih smernic in poslušanje predavanj ali udeleževanje veganskih prireditev. Slaba polovica vprašanih je vključena v društva, kjer si izmenjujejo informacije glede veganske prehrane. Večina veganskih staršev se o prehrani ne posvetuje z nikomer, nekateri se posvetujejo z dietetikom, pediatrom ali drugimi starši. Večina jih je odgovorila, da pediater ni seznanjen z alternativnim prehranjevanjem njihovih otrok ali pa, da ta le delno podpira to odločitev in ustrezno svetuje. Nihče od vprašanih se še ni soočil z zdravstveno težavo otrok, ki bi bila posledica neustrezne prehrane. Vprašani starši otrok striktnih veganov se v visokem deležu poslužujejo uporabe prehranskih dopolnil. Vsi od teh pri otrocih uporabljajo vit. B₁₂, večina posega tudi po vit. D, v manjšem številu pa še po probiotikih, železu in omega-3 m.k. 19 % vprašanih staršev otrok striktnih veganov ne dopolnjuje prehrane svojih otrok s prehranskimi dopolnili. Z nekaj vprašanji smo želeli preveriti znanje veganskih staršev o virih pomembnih hranil (vit. B₁₂, omega-3 m.k. in železa) v rastlinski prehrani. Razpršenost izbire odgovorov nam pove, da starši vegani ne pridobivajo pravih ali zadostnih informacij glede veganske prehrane.

Razprava

Statistika načina prehranjevanja otrok veganskih staršev kaže na to, da se veliko otrok v izobraževalnih ustanovah prehranjuje drugače kot doma. Najverjetneje je temu tako zaradi okrnjene ponudbe veganske prehrane v izobraževalnih ustanovah, zato starši sprejmejo kompromis. Zaradi množičnega zanimanja staršev za vrtce, ki ponujajo vegansko prehrano, lahko v prihodnje pričakujemo vse večji delež otrok, ki se bodo prehranjevali striktno vegansko.

Odgovori na zastavljena vprašanja kažejo, da starši vegani ne zaupajo strokovnjakom ali pa se z njimi zaradi drugih razlogov ne želijo posvetovati o ustreznih prehrani za svoje otroke. Zaskrbljujoči so podatki, da veliko staršev pediatra ne seznanjajo z alternativnim prehranjevanjem svojih otrok in da pediatri le delno podpirajo to odločitev in staršem ustrezno svetujejo. Pomembno je, da so pediatri seznanjeni z aktualnimi priporočili glede veganske prehrane v otroštvu in si tako pridobijo več zaupanja s strani staršev, družino pa napotijo na obravnavo k dietetiku. Rezultati vprašalnika kažejo, da je večina staršev veganov dobro ozaveščena o dveh najpomembnejših mikrohranilih, ki v veganski prehrani primanjkuje: vit. B₁₂ in vit. D, saj velika večina z njima dopolnjuje prehrano svojih otrok v obliki prehranskih dopolnil. Po ostalih prehranskih dopolnilih posegajo le redki, zato je izredno pomembno, da poznajo dobre naravne vire pomembnih hranil (Craig in Mangels, 2009). Kljub temu, da veganski starši dajejo vtis, da sami veliko raziskujejo na temo veganske prehrane, sklicujoč se na rezultate vprašalnika ne pridobivajo pravih ali zadostnih informacij o vsebnosti pomembnih hranil v živilih rastlinskega iz-

vora. Skoraj polovica vprašanih je namreč kot najbolj zanesljiv vir vit. B12 izbrala spirulino, ki pa vsebuje njegov analog, ki ni izkoristljiv in moti absorpcijo aktivne oblike vit. B12 (Watanabe in sod., 2013). Če se veganska prehrana ne dopolnjuje z vit. B12 v obliki prehranskih dopolnil, je nabolj zanesljivo redno posegati po obogatenih živilih (Amit, 2010; Agnoli in sod., 2017). Glede živil z višjo vsebnostjo omega-3 m.k. so v večini pravilno ozaveščeni, vendar pa to ne velja za vsebnost železa v rastlinski hrani, saj je pravilen odgovor izbral le majhen delež vprašanih. Starše veganskih otrok je potrebno ustrezno usmeriti pri iskanju zanesljivih virov informacij in jim te informacije podati v obliki, ki ji zaupajo. Dobro načrtovana veganska prehrana je kot izbira za zdrav življenjski slog sprejemljiva in lahko zadosti potrebam rasti in razvoja otrok, vendar morajo biti otroci vegani napoteni k dietetiku, njihova rast in razvoj pa morata biti skrbno spremljana (Craig in Mangels, 2009; Amit, 2010).

Preden ustvarimo zaključke, se moramo zavedati omejitev te naloge, ki je predvsem majhen vzorec sodelujočih. Poleg tega smo uporabili kratek vprašalnik, v katerega nismo vključili vprašanj o pogostosti jemanja prehranskih dopolnil, njihovih oblikah in odmerkih, prav tako pa se nismo osredotočili na uživanje obogatenih živil ter spremljali hranilnega vnosa veganskih otrok.

Zaključek

Z našo nalogo smo ugotovili, da se približno polovica slovenskih otrok, ki prihaja iz družine, kjer se vsaj eden od staršev prehranjuje vegansko, prav tako prehranjuje izključno vegansko. Ugotovili smo, da starši največ informacij o veganski prehrani pridobivajo preko spleta in se redko posvetujejo s strokovnjaki. Z vprašalnikom smo preverili informiranost veganskih staršev o dobrih virih kritičnih hranil v rastlinski prehrani in prišli do zaključkov, da se njihovi odgovori pogosto razhajajo z uveljavljeno literaturo. Prehrano svojih otrok v visokem deležu dopolnjujejo s prehranskimi dopolnili vit. B₁₂ in vit. D. Kljub temu obstaja manjši delež staršev z otroki striktnimi vegani, ki njihove prehrane ne dopolnjujejo z nobenim prehranskim dopolnilom. To je skupina ljudi, na katero dietetiki ne smemo pozabiti, kadar širimo spoznanja o tovrstni prehrani, ki govorijo v prid človekovega zdravja, okolja ali moralnih vrednot. Dietetiki imamo ključno vlogo pri seznanjanju veganskih staršev o hranilnih potrebah njihovih otrok ter posledično pri preprečevanju pojavnosti pomanjkanj ali bolezni. S pozitivnim pristopom je potrebno pridobiti zaupanje veganov v strokovno osebje in pozvati zdravstvene in prehranske organizacije, da zagotovijo več izobraževalnih virov, ki bi jim pomagali pri izbiri hranilno in energijsko uravnotežene rastlinske prehrane.

V času raziskovanja se nam je odprlo tudi mnogo drugih vprašanj, ki zadevajo otroke, ki se prehranjujejo striktno vegansko. Zanimajo nas njihovi prehranjevalni vzorci, uravnoteženost prehrane, telesna sestava in drugi parametri, ki kažejo njihov telesni in mentalni razvoj.

Literatura

- AGNOLI, C., BARONI, L., BERTINI, I., CIAPPELLANO, S., FABBRI, A., PAPA, M., PELLEGRINI N., SBARBATI, R., SCARINO, M. L., SIANI, V. et al., 2017. Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of Human Nutrition [online]. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, vol. 27 (12), str. 1037–1052. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2017.10.020>
- AMIT, M., 2010. Vegetarian diets in children and adolescents [online]. *Paediatrics and Child Health*, vol. 15 (5), str. 303–308. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1093/pch/15.5.303>
- CRAIG, W. J., 2009. Health effects of vegan diets [online]. *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 89 (5), str. 1627S-1633S. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.26736N>
- CRAIG, W. J. IN MANGELS, A. R., 2009. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets [online]. *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 109 (7), str. 1266–1282. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.027>
- DIETITIANS OF CANADA, 2014. *Healthy eating guidelines for vegans* [online]. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://www.dietitians.ca/Your-Health/Nutrition-A-Z/Vegetarian-Diets/Eating-Guidelines-for-Vegans.aspx>
- GARTON, L. in HOOD S., 2017. *Plant-based diet* [online]. Pridobljeno 7. 6. 2018 s https://www.bda.uk.com/foodfacts/plant-based_diet
- KEY, T. J., APPLEBY, P. N. in ROSELL, M. S., 2006. Health effects of vegetarian and vegan diets [online]. *The Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 65 (1), str. 35–41. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1079/PNS2005481>
- MELINA, V., CRAIG, W. in LEVIN, S., 2016. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets [online]. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, vol. 116 (12), str. 1970–1980. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.09.025>
- VAN WINCKEL, M., VANDE VELDE, S., DE BRUYNE, R. in VAN BIERVLIET, S., 2011. Clinical practice: vegetarian infant and child nutrition [online]. *European Journal of Pediatrics*, vol. 170 (12), str. 1489–1494. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1547-x>
- WATANABE, F., YABUTA, Y., TANIOKA, Y. in BITO, T., 2013. Biologically active vitamin B12 compounds in foods for preventing deficiency among vegetarians and elderly subjects [online]. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, vol. 61 (28), str. 6769–6775. Pridobljeno 7. 6. 2018 s <https://doi.org/10.1021/jf401545z>

Prezare na področju živil

Tjaša Kamnik, Urška Bobnar, Mojca Jevšnik

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
t.kamnik@gmail.com, urskaa.bobnar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Prezare na področju živil so namerno spreminjanje, napačno označevanje, napačno predstavljanje, zamenjava ali ponarejanje živila. Z raziskovalnim delom smo želeli ugotoviti razsežnost prevar in s primeri prikazati resnost problematike, ki lahko močno vpliva na zdravje potrošnikov. *Metode:* Za raziskavo predstavljene tematike smo uporabili deskriptivno oz. opisno metodo. Priprava članka temelji na pregledu in analizi znanstvene literature na področju prevar živil. *Rezultati:* Rezultati 14 vključenih študij so pokazali, da so prezare na področju živil zelo pogoste. Z analizo študij smo ugotovili, da so se prezare zaradi globalizacije razširile po celem svetu. Kljub temu, da večina prevar živil ne predstavlja večjega tveganja in so dostikrat neodkrita, je pa tudi nekaj primerov prevar, kjer so zabeležena resna zdravstvena tveganja za potrošnike. V raziskavi smo ugotovili, da je največ prevar na področju mesa in mesnih izdelkov, mleka in medu. *Razprava:* Zaznali smo paradoks, napredne živilske tehnologije, ki na eni strani omogočajo, da se prezare na področju živil sploh lahko dogajajo, jih po drugi strani strokovnjaki s pomočjo različnih naprednih analiz tudi razkrivajo. Da bi se število prevar zmanjšalo, bi bila potrebna korenita sprememba svetovne živilske industrije z vidika etike in zaščite potrošnika. Tudi potrošnike je potrebno ozaveščati o pasteh, ki so jim vsak dan izpostavljeni pri uživanju različnih živil.

Ključne besede: prezare na področju živil, varnost živil, živilska industrija, tveganja

Uvod

Prezare oziroma goljufije na področju živil (ang. Food fraud) pomenijo namerno spreminjanje, napačno označevanje, napačno predstavljanje, zamenjavo ali ponarejanje katerega koli prehranskega izdelka na katerikoli točki v verigi preskrbe s hrano. Prezare na področju živil so problematične, saj lahko vplivajo na zdravje potrošnikov, zato moramo biti nanje pozorni. Prve zabeležene prezare s področja živil segajo že v 13. stoletje (Albala, 2015). Že v Rimskem imperiju so bile prezare živil prepovedane. V času vladanja kralja Johna je veljal zakon o prevarah s hrano, ki je prepovedoval redčenje vina z vodo, dodajanje pepela v poper in pakiranje moke s kreda. V 19. stoletju so v Londonu

mleko redčili z vodo iz reke Temze (Fabiansson, 2019). Ne gre torej za nekaj novega, vsekakor pa se dogaja pogosteje, število prevar pa zaradi novih iznajdb hitro raste. Večina prevar s hrano ostane neopaženih ali neodkritih, ker večina le-teh ni škodljivih za zdravje potrošnikov (redčenja, dodajanje sirupov, itd.). Kljub temu, da večina prevar na področju prehrane ne predstavlja večjega tveganja, pa je bilo nekaj primerov, ki so povzročili resna obolenja. Zamenjava enega izdelka z drugim, uporaba neodobrenih izboljšav ali dodatkov, napačna predstavitev, napačno trženje, ponarejanje, ukradene pošiljke hrane, namerno onesnaževanje s kemikalijami, biološkimi povzročitelji ali drugimi škodljivimi snovmi, vse to zaradi finančnega zasluzka, ki je največja motivacija vključenih v prevare. Zato so prevare z živili aktualen problem, pri zagotavljanju varnosti živil za končnega potrošnika. Namen raziskave je analizirati podatke različnih raziskav, ki se nanašajo na prevare živil in ugotoviti, katera živila so največkrat prevarana in na kakšen način. Cilj raziskave je ugotoviti, kako lahko prevare na področju živil vplivajo na zdravje potrošnikov.

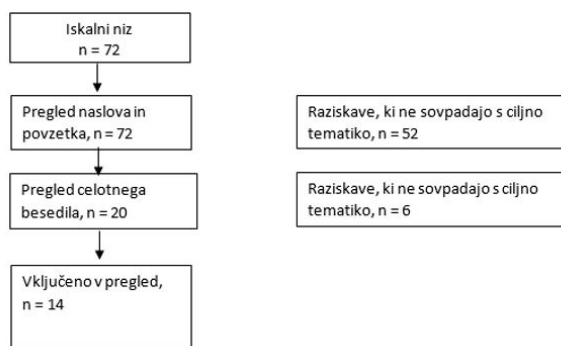
Metode

Uporabili smo deskriptivno metodo dela oz. sinteze in analize znanstvene literature. Priprava članka temelji na pregledu in analizi znanstvene literature na področju prevar živil. Iskanje literature je potekalo v januarju, februarju in marcu 2020. Za pregled literature smo uporabili podatkovne zbirke Cobiss, Science Direct, ResearchGate, Pubmed, Focus on food safety. Članke smo iskali po ključnih besedah (Food AND Fraud; Food AND Adulteration; Adulterated and Food) v obdobju od 2007 do 2019. V analizo smo vključili samo tiste, pri katerih smo imeli dostop do celotne vsebine članka. Vse v analizo vključene študije so bile v angleškem jeziku. V raziskavo smo vključili 14 študij, ki so ustrezale vključujočim kriterijem.

Rezultati

Na Sliki 1 je predstavljen potek izbire znanstvenih objav, ki so bile zajete v vsebinski pregled in analizo.

Ob upoštevanju vključitvenih kriterijev je bilo v pregled in analizo vključenih skupno 14 znanstvenih objav. Avtorji zajetih objav z različnimi metodološkimi pristopi obravnavajo prevare živil. Študije so med seboj primerjalne po določenih kriterijih prikazanih v Tabeli 1. Študije izhajajo iz različnih držav ($n = 7$, pri čemer se Kitajska in Kanada pojavita v več študijah) in celin ($n = 4$): (Kitajska (1, 2, 7, 9, 12), Španija (3), Indija (4), Pakistan (5), Velika Britanija in Severna Irska (6), Kanada (10, 14), Avstralija (13), Amerika (8), Evropa (11)), kar potrjuje, da so se prevare zaradi globalizacije razširile po celem svetu. Večina prevar živil ne predstavlja večjega tveganja za zdravje ljudi in tako posledično ostanejo neodkrite. Ker ostajajo prevare prikrite, jih med seboj težje primerjamo po kriteriju »Koga so prevare prizadele« in »Kolikšno število ljudi« je bilo prizadetih. Število prizadetih ljudi sta vključili le 2 raziskavi (2, 3), saj je v teh primerih šlo za zdravju zelo nevarne prevare (na Kitajskem so v surovo mleko



Slika 1: Prikaz poteka izbire znanstvenih objav, ki so bile zajete v vsebinski pregled in analizo. Legenda: n – število

dodajali melamin, zaradi česar se je zastrupilo več kot 290.000 dojenčkov in otrok, zaradi katerih so zabeležili tudi smrtne žrtve, v Španiji pa so mešanico olj, primerno za industrijsko uporabo, prodajali kot olivno olje, zaradi česar se je zastrupilo več kot 20.000 oseb). O prevarah mleka in mlečnih izdelkov poročajo 4 študije (2, 4, 5, 8), saj je mleko na drugem mestu po pogostosti prevar. O prevarah mesa in mesnih izdelkov poročata 2 študiji (6, 10). O prevarah medu navajata 2 študiji (11, 13), prav tako o prevari rib (12, 14). Ostale prevare vključujejo še olivno olje, sojino omako, sir in rake ter morske sadeže. Število študij o prevarah mesa in mlečnih izdelkov je bilo pričakovano višje, saj v medijih pogosto zasledimo zapise o tem. Prav tako je bilo pričakovano višje število študij o prevarah olivnega olja, saj je to najpogosteje prevarano živilo.

Razprava

Z raziskavo smo razkrili problematiko na področju prevare živil. Ugotovili smo, da prevare niso nekaj novega, ampak segajo že v 13. stoletje (Albala, 2015). Večina prevar, kot so: redčenje mleka, redčenje olja z manj kakovostnimi olji, dodajanje raznih sirupov medu, ne vplivajo na zdravje ljudi in zato ostanejo prikrite ali neodkrite. Nekaj prevar pa je povzročilo resna obolenja. Leta 1981 je v Španiji zbolelo več kot 20.000 oseb (angl. *Toxic oil syndrome* -TOS), ker so zaužili mešanico olj, ki je bila predvidena za industrijsko uporabo in so jo prodajali kot deklarirano olivno olje (Kushlaf, 2009). Pri olivnem olju predstavlja težavo redčenje olivnega olja z arašidovim in sojinim oljem, saj lahko to pomeni življenjsko ogroženo situacijo za alergike na arašide in sojo. Leta 2009 se je na Kitajskem okužilo več kot 290.000 dojenčkov in otrok, ker so uživali mleko v prahu, ki je bilo okuženo z melaminom. Melamin v mlečnih izdelkih je prizadel še prebivalce v 35 drugih državah, med njimi tudi Slovenijo (Gossner, in drugi, 2009). Mleto meso je pomemben mesni izdelek v prehranski industriji, vendar pa mletje spremeni obliko mesa in je zato bolj primerno za goljufije. Varnost izdelkov iz mletega mesa se je v Evropi izboljšala po pojavu škandala s konjskim mesom. V letu 2013 je bilo namreč konjsko meso vmešano v mleto meso govedine, kar pa ni bilo razvidno na deklaraciji.

Tabela 1: Prikaz študij o prevarah živil s kriteriji primerjave.

PODATKI		KRITERIJI PRIMERJAVE							
AVTORJI	LETO IZDAJE ŠTUDIJE	DRŽAVA PREVARE	VRSTA PREVARE	VRSTA ŽIVILA	VRSTA PRESKUŠANJA ŠT. VZORCEV	KOGA JE PRIZADELO	KOLIKO LJUDI JE PRIZADELO		
Yuen in drugi	2007	KITajska	Nedovoljene dodane snovi v prehranskih dodatkih, ki se uporabljajo za hujšanje.	PREHRANSKI DODATKI	Št. testiranih vzorcev	n.n	n.n		
					n= 26			Št. vzorcev	
					sibutramin			n = 7	
					tiratricol			n = 4	
					fenfluramin			n = 2	
					tiroksin			n = 1	
penteramin	n = 1								
Gossner in drugi	2009	KITajska	Dodajanje melamina v razredčeno surovo mleko.	MLEKO	ORGANIZACIJA/ IZDELEK	n.n	294.000 zastrupitev 51.900 hospitaliziranih 6 smrtnih žrtev		
					mlečni izdelki v prahu			KO ¹ (n=77)	NO ² (n = 249)
					tekoče mleko in jogurti			31	23
					otroško mleku v prahu			24	17
					sladšice			22	/
					/			/	158

PODATKI		KRITERIJI PRIMERJAVE						
AVTORJI	LETO IZDAJE ŠTUDIJE	DRŽAVA PREVARE	VRSTA PREVARE	VRSTA ŽIVILA	VRSTA PRESKUŠANJA/ ŠT. VZORCEV	KOGA JE PRIZADELO	KOLIKO LJUDI JE PRIZADELO	
Kushlaf, Hani	2009	ŠPANIJA	Prodaja mešanice olj za industrijsko rabo kot užitno olje.	OLIVNO OLJE	n.n	Vse osebe, ki so olje zaužile.	>20.000 zastrupitev; 330 smrtnih žrtev	
Soomro in drugi	2013	INDIJA	Redčenje mleka z vodo, dodajanje škroba in sečnine. Dodajanje mlečnega konzervansa vodikovega peroksida (H ₂ O ₂).	MLEKO	Št. testiranih vzorcev	Št. vzorcev	n.n	
					n = 40	n = 40		
					Mesto Hyderabad (n = 20)	voda		20
						H ₂ O ₂		8
						škrob		6
					Okolica Hyderabad (n = 20)	sečnina		5
voda	20							
					H ₂ O ₂	2		

PODATKI				KRITERIJI PRIMERJAVE				
AVTORJI	LETO IZDAJE ŠTUDIJE	DRŽAVA PREVARE	VRSTA PREVARE	VRSTA ŽIVILA	VRSTA PRESKUŠANJA/ ŠT. VZORCEV	KOGA JE PRIZADELO	KOLIKO LJUDI JE PRIZADELO	
Faraz in drugi	2013	PAKISTAN	Redčenje mleka z vodo. Dodajanje sečne kisline, vodikovega peroksida ali trsnega sladkorja.	MLEKO	n = 60	n = 58		
						voda	29	
						sečna kislina	19	
						H ₂ O ₂	7	
					trdni sladkor	26	n.n	
					voda	27		
					sečna kislina	26		
					H ₂ O ₂	1		
					trdni sladkor	29		
					Menze iz ostalih javnih objektov (n = 30)			
Walker in drugi	2014	VELIKA BRITANIJA, SEVERNA IRSKA	Najdeno konjsko in svinjsko meso v govejih burgerjih	MESO	n = 58	n = 48		
						Konj	27	
						Svinjina	23	n.n
						Konj	0	
					Svinjina	21		
					Restavracije (n = 27)			
					Ostali goveji izdelki (n = 31)			
Helmenstine	2015	KITAJSKA	Izdelava sojine omake iz človeških las.	SOJINA OMAKA	n.n	n.n		
								n.n

PODATKI			KRITERIJI PRIMERJAVE				KOLIKO LJUDI JE PRIZADELO
AVTORJI	LETO IZDAJE ŠTUDIJE	DRŽAVA PREVARE	VRSTA PREVARE	VRSTA ŽIVILA	VRSTA PRESKUŠANJA ŠT. VZORCEV	KOGA JE PRIZADELO	
Tamma	2016	AMERIKA	Namesto naribanega parmezana, so prodajali zmljet les.	SIR	n.n	n.n	n.n
White	2016	KITAJSKA	Gel vbrizgan v kožice, morske konjičke in morske klobase.	RAKI MORSKI SADEŽI	n.n	n.n	n.n
Hanner in drugi	2017	KANADA	Napačno označevanje, kontaminiranje mesa z neko drugo vrsto mesa	KLOBASE	n = 85		
					goveje klobase n = 27	n = 7	
					piščančje klobase n = 20	n = 4	n.n
					svinjske klobase n = 38	n = 1	
Trotta	2017	EVROPA	Prodaja cenejšega multifloralnega medu za med visoke kakovosti. Dodajane različnih sirupov v med. Predčasno pobiranje in sušenje medu.	MED	n.n	n.n	n.n

PODATKI		KRITERIJI PRIMERJAVE						
AVTORJI	LETO IZDAJE ŠTUDIJE	DRŽAVA PREVARE	VRSTA PREVARE	VRSTA ŽIVILA	VRSTA PRESKUŠANJAJ ŠT. VZORCEV	KOGA JE PRIZADELO	KOLIKO LJUDI JE PRIZADELO	
Xiong in drugi	2018	KITAJSKA	Namesto ribe Xue Yu, so pekli druge vrste rib.	RIBE	n = 153	n = 88	n.n	n.n
Zhou in drugi	2018	AVSTRALIJA	Napačno označevanje, večanje volumna z sladkorja in trsnega ali koruznega sirupa.	MED	n = 100	n = 32	n.n	n.n
					*vključene celine z ≥ 9 testiranimi vzorci	* vključene celine z ≥ 9 testiranimi vzorci		
					Azija n = 21	n = 11		
					Evropa n = 21	n = 6		
					Severna Amerika n = 9	n = 0		
					Avstralija n = 29	n = 5		
Hanner in drugi	2019	KANADA	Ribe napačno označijo. Napačna oznaka ostaja skozi celotno dobavno verigo.	RIBE	n = 203	n = 64	n.n	n.n
					Trgovci na drobno n = 141	n = 53		
					Uvozniki n = 51	n = 8		
					Predelovalni obrati n = 11	n = 3		

Leganda:

n - število vzorcev, n.n. - ni navedeno, 1 - kitajske oblasti, 2 - nacionalni organi.

ji izdelka. Podobni primeri so se nato pojavili tudi v Rusiji, ZDA in na Kitajskem. V študiji (Lu, in drugi, 2017) so ugotavljali natančnost metode določanja količine dodane drobovine v mletem govejem mesu. Za določanje snovi v pripravljenih vzorcih so uporabili Fourerovo Transformirano IR spektroskopijo (FT-IR Spektroskopija), v kombinaciji s kemometričnimi modeli. S to metodo so uspeli 1) ločiti verodostojno goveje meso od govejega mesa, ponarejenega z eno do šest vrst dodane drobovine, 2) identificirati specifičen kos dodane drobovine in 3) natančno določiti pet vrst drobovine. Določanje različnih dodanih komponent s to metodo ima glede na rezultate resen potencial za uporabo v nacionalnih laboratorijih posameznih držav. Proizvajalci in prodajalci se prevar poslužujejo zaradi skupnega imenovalca – zaslužka. Slednji imajo zaradi goljufij z živili 40 milijard \$ letnega dobička (Fabiansson, 2019).

Tovrstne raziskave še ni v slovenskem prostoru, zato bi jo bilo smiselno še nadgraditi s poročilom Evropske komisije. Raziskava ima nekatere omejitve, saj se vseh prevar živil ne da ugotoviti, vse prevare niso javno objavljene. Je pa raziskava vsekakor dobra osnova za nadaljnje raziskovanje in boljše razumevanje prevar živil.

Zaključek

Prevare na področju živil so razširjene po celem svetu in napredujejo skupaj z gospodarskim razvojem. Dokazovanje in preiskovanje prevar je lahko velik izziv, saj je vedno več živil dobavljenih iz drugih držav, njihova dobavna veriga pa je vedno bolj zapletena. Napredna tehnologija in iznajdljivost proizvajalcev po eni strani omogočata, da se prevare na področju živil sploh lahko dogajajo in po drugi strani s pomočjo različnih analiz tudi razkrivajo. Večje organizacije kot sta Interpol in Europol odkrivajo prevare. V Sloveniji ukrepa Uprava za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin. V kolikor prejmejo informacijo o možnih prevarah, izvedejo dodatno poizvedovanje, vzorčenje in inšpekcijske preglede.

Literatura

- ALBALA, KEN, [URED.]. 2015. *The Sage encyclopedia of food issue*. London : SAGE, 2015. 978-1-4522-4301-6.
- EUROPEAN COMISSION. 2019. Food Fraud summary reports. *European comission*. [Elektronski] 2019. [Navedeno: 19. 2 2020.] https://ec.europa.eu/knowledge4policy/node/35384_sl.
- FABIANSSON, STEFAN. 2019. Food fraud - Milk. *Focus on food safety*. [Elektronski] 9. april 2019. [Navedeno: 10. januar 2020.] <https://focusonfoodsafety.wordpress.com/2019/04/09/food-fraud-milk/>.
- FARAZ, A, in drugi. 2013. Detection of adulteration, chemical composition and hygienic status of milk supplied to various canteens of educational institutes and public places in faisalabad. [Elektronski] 2013. [Navedeno: 5. 3 2020.] https://www.researchgate.net/publication/298226885_detection_of_adulteration_chemical_composition_

- and_hygienic_status_of_milk_supplied_to_various_canteens_of_educational_institutes_and_public_places_in_faisalabad.
- FEELEY, JEF. 2016. Wal-Mart Sued Over Parmesan Cheese With Wood Pulp Filler. *Bloomberg*. [Elektronski] 24. 2 2016. [Navedeno: 6. 3 2020.] <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-02-24/wal-mart-sued-over-parmesan-cheese-with-wood-pulp-filler>.
- GOSSNER, CÉLINE MARIE-ELISE, in drugi. 2009. The Melamine Incident: Implications for International Food and Feed Safety. *Environmental Health Perspective*. [Elektronski] 6. 8 2009. [Navedeno: 18. 2 2020.] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799451/>.
- HANNER, ROBERT. 2019. Seafood Mislabelling Persists Throughout Canada's Supply Chain, Study Reveals. *University of Guelph*. [Elektronski] 7. 2 2019. [Navedeno: 4. 3 2020.] <https://news.uoguelph.ca/2019/02/persistent-seafood-mislabeled-persistent-throughout-canadas-supply-chain-u-of-g-study-reveals/>.
- . 2017. U of G Conducts First-Ever Sausage Mislabelling Study. *University of Guelph*. [Elektronski] 4. 8 2017. [Navedeno: 5. 3 2020.] <https://news.uoguelph.ca/2017/08/smislabelling/>.
- HELMENSTINE, ANNE. 2015. Soy Sauce Made From Human Hair. *Science Notes*. [Elektronski] 15. 8 2015. [Navedeno: 7. 3 2020.] <https://sciencenotes.org/soy-sauce-made-from-human-hair/>.
- KUSHLAF, HANI. 2009. Toxic oil syndrome. *ScienceDirect*. [Elektronski] 2009. [Navedeno: 18. 2 2020.] <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/toxic-oil-syndrome..>
- LU, XIAONAN, in drugi. 2017. Detection and quantification of offal content in ground beef meat using vibrational spectroscopic-based chemometric analysis. *A natureresearch journal*. [Elektronski] 9. 11 2017. [Navedeno: 17. 2 2020.] <https://www.nature.com/articles/s41598-017-15389-3..>
- SHEHATAA, HANAN R., in drugi. 2018. Survey of mislabelling across finfish supply chain reveals mislabelling both. *Science Direct*. [Elektronski] 24. 18 2018. [Navedeno: 5. 3 2020.] <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2018.12.047>.
- SOOMRO, in drugi. 2013. Detection of adulterants and their effect on the quality characteristics of market milk. *Researchgate*. [Elektronski] 1. 1 2013. [Navedeno: 4. 3 2020.] https://www.researchgate.net/publication/284180605_detection_of_adulterants_and_their_effect_on_the_quality_characteristics_of_market_milk.
- TAMMA, PAOLA. 2017. Honeygate: How Europe is being flooded with fake honey. *Euractiv*. [Elektronski] 8. 9 2017. [Navedeno: 8. 3 2020.] <https://www.euractiv.com/section/agriculture-food/news/honey-gate-how-europe-is-being-flooded-with-fake-honey/>.
- TROTTA, DANIEL. 2013. U.S. charges five in 'Honeygate' anti-dumping probe. *Reuters*. [Elektronski] 21. 2 2013. [Navedeno: 8. 3 2020.] <https://www.reuters.com/article/usa-china-honey/u-s-charges-five-in-honeygate-anti-dumping-probe-idus1n0bkcrx20130220>.
- WALKER, MICHAEL J. 2014. Horse meat in Beef Products - Species Substitution 2013. *Researchgate*. [Elektronski] 15. 1 2014. [Navedeno: 4. 3 2020.] https://www.researchgate.net/publication/281475877_Horse_meat_in_beef_products-species_substitution_2013.
- WHITE, CLIFF. 2016. Gel-injected shrimp a growing problem in China. *seafoodsource*. [Elektronski] 7. 10 2016. [Navedeno: 6. 3 2020.] <https://www.seafoodsource.com/news/food-safety-health/gel-injected-shrimp-a-growing-problem-in-china>.

- XIONG, XIONG, in drugi. 2018. Multiple fish species identified from China's roasted Xue Yu fillet products using DNA and. *ScienceDirect*. [Elektronski] 6 2018. [Navedeno: 5. 3 2020.] <https://sci-hub.tw/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095671351730614x>.
- YUEN, YP, IN DRUGI. 2007. Adulteration of over-the-counter slimming products with pharmaceutical analogues—an emerging threat. *HKMJ*. [Elektronski] 6 2007. [Navedeno: 8. 3 2020.] <https://www.hkmj.org/system/files/hkm0706p216.pdf>.
- ZHOU, XIAOTENG, in drugi. 2018. Authenticity and geographic origin of global honeys determined using carbon isotope ratios and trace elements. *A natureresearch journal*. [Elektronski] 2. 10 2018. [Navedeno: 19. 2 2020.] <https://www.nature.com/articles/s41598-018-32764-w>.

Varnost živil v prehrani nosečnic

Tjaša Vidic Malovrh, Laura Zupanc, Mojca Jevšnik

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
tjasa.vidic.m@gmail.com, laura.zupanc98@gmail.com

Povzetek

Uvod: Varnost živil v obdobju nosečnosti je pomembna tako za nosečnico, kot za njeno še nerojenega otroka. S pregledom literature smo preučili tveganja za nastanek okužb in/ali zastrupitev s hrano, analizirali poznavanje tveganj in upoštevanje dobrih higienskih navad med nosečnicami ter predstavili preventivne higienske postopke in ukrepe za preprečevanje tveganj. *Metode:* Kvalitativna raziskava je temeljila na pregledu strokovne in znanstvene literature v bibliografskih zbirkah v obdobju med leti 2007 in 2020. *Rezultati:* Bakterija *Listeria monocytogenes* in parazit *Toxoplasma gondii* predstavljata visoko tveganje za okužbo in/ali zastrupitev z živili, saj nosečnice uvrščamo v ogroženo skupino prebivalstva. Nosečnice morajo biti posebej pozorne na živila z visokim tveganjem, zato morajo upoštevati osnovne higienske postopke, s katerimi se preprečujejo okužbe in/ali zastrupitve z živili. Glede na izsledke raziskav je razvidno, da večina vključenih nosečnic pridobi podatke o varnosti živil med nosečnostjo pri ginekologu. Prav tako jih večina pozna osnovni ukrep preprečevanja okužb – higiena rok. *Razprava:* Glede na izsledke raziskav je razvidno, da se pridobivanje informacij o varnosti živil pri nosečnicah razlikuje glede na geografsko lego držav, v katerih so potekale raziskave. V vseh analiziranih raziskavah ženske pridobivajo informacije o varnosti živil na spletu, preko tiskanih medijev in pri znanjcih. O povzročiteljih okužb in/ali zastrupitev z živili je bolj poznan parazit *Toxoplasma gondii* kot bakterija *Listeria monocytogenes*.

Ključne besede: nosečnice, tveganje, varnost živil, *Toxoplasma gondii*, *Listeria monocytogenes*

Uvod

V obdobju nosečnosti je varnost živil še posebej pomembna, saj nosečnice, poleg otrok, starejših ljudi in bolnikov z oslabljenim imunskim sistemom, predstavljajo ogroženo skupino prebivalstva. Ogrožena sta tako nosečnica, kot tudi njen še nerojeni otrok. Nosečnost je obdobje, v katerem so ženske bolj motivirane za prejemanje informacij o zagotavljanju varnosti živil zaradi skrbi za svoje in otrokovo zdravje (Jevšnik in sod., 2008). Številne organizacije poudarjajo pomen preventive in izobraževanja nosečnic o varnosti živil

in uživanju živil z nizkim tveganjem za okužbo (Health Canada, 2015; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017b). Jevšnik in sodelavci (2008) so ugotovili, da je 75 % anketirank pridobilo informacije o zagotavljanju varnosti živil med nakupovanjem živil ali doma prek različnih medijev. Guneri s sodelavci (2017) prav tako poroča, da so nosečnice večino informacij o zagotavljanju varnosti živil prejele preko televizije. Le 14 % anketirank je pridobilo informacije v šoli za starše od zdravstvenih delavcev (Jevšnik in sod., 2008). Namen pregleda literature je preučiti tveganja za nastanek okužb in/ali zastrupitev z živili pri nosečnicah, predstaviti higienske postopke in preventivne ukrepe pri pripravi živil ter poiskati živila, za katere so nosečnice bolj dovzetne za okužbo. Cilj raziskave je analizirati poznavanje tveganj in upoštevanje dobrih higienskih navad med nosečnicami. Pri raziskovanju smo si postavili dva raziskovalna motiva: a) Število primerov listerioz in toksoplazmoz se iz leta v leto zmanjšuje; b) Nosečnice v večini informacije o varnosti živil pridobijo pri ginekologu.

Metode

Pri izdelavi prispevka je bila uporabljena kvalitativna raziskovalna metoda. Pregledali smo strokovne in znanstvene članke v bibliografskih zbirkah Core, ScienceDirect, Web Of Science in PubMed. Iskanje člankov smo omejili na obdobje od 2007 do 2020. Vključili smo članke v angleškem in slovenskem jeziku. Ključne besede pri iskanju člankov so bile: (pregnancy) AND (food safety); (pregnancy) AND (*Listeria monocytogenes*) OR (*Toxoplasma gondii*). Poljudno znanstvene članke smo iskali na spletnem brskalniku Google Scholar. Nekateri rezultati so predstavljeni tabelarično v programu MicrosoftWord 2016.

Rezultati

Glede na poročila Evropskega centra za preprečevanje in obvladovanje bolezni (angl. *European Centre for Disease Prevention and Control* - ECDC) je bilo v letu 2015 v državah Evropske unije (EU) zabeleženih 41 primerov kongenitalne toksoplazmoze, od tega eden v Sloveniji. Leta 2016 je bilo v EU zabeleženih 5 primerov več kot leta 2015, eden v Sloveniji. Leta 2017 sta bila v Sloveniji zabeležena 2 primera od skupno 40 v EU. V istem letu je bila v Sloveniji zabeležena najvišja incidenca kongenitalne toksoplazmoze (9,83/100 000 rojstev) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016, 2017a, 2018).

V poročilu Evropske agencije za varnost hrane (angl. *European Food Safety Authority* - EFSA) iz leta 2017 so bili zabeleženi primeri listerioz pri otrocih in materah v dveh starostnih skupinah (tabela 1). Glede na zabeležene primere listerioz ne moremo trditi, da se trend naraščanja oz. padanja primerov spreminja glede na leto.

Nosečnost je obdobje, v katerem so ženske bolj motivirane za prejemanje informacij o zagotavljanju varnosti živil zaradi skrbi za svoje in otrokovo zdravje (Jevšnik in sod., 2008). Ricchi in sodelavci (2016) so raziskovali ozaveščenost italijanskih nosečnic in mladih mater o poznavanju varnosti živil v času nosečnosti. Rezultati raziskave so pokazali, da je 91,9 % ženskam

Tabela 1: Število zabeleženih primerov listerioz pri otrocih in materah v obdobju od 2009 do 2015 (prirejeno po EFSA, 2017).

Leto	Število primerov v posamezni starostni skupini (leta)		
	Otroci < 1	Matere (15 – 24)	Matere (25 - 44)
2009	10	11	32
2010	63	20	26
2011	29	10	46
2012	20	10	44
2013	27	6	51
2014	35	14	60
2015	16	18	54

pomembna varnost živil. 78,5 % žensk informacije o varnosti živil pridobi pri obisku ginekologa, 45 % na svetovnem spletu in 34,2 % iz knjig in letakov. Guneri in sodelavci (2017) pa so ugotovili, da več kot dve tretjini (62,3 %) žensk ni seznanjenih z načeli varnosti živil. Ostale ženske (37,7 %) so pridobile informacije o varnosti živil preko medijev (57 % preko televizije, 16 % iz časopisov in revij), 20 % pa preko izobraževanja, družine in prijateljev. Zgolj 7 % jih je informacije pridobilo od zdravstvenih delavcev (Guneri in sod., 2017). Na vprašanje katera od bakterij oz. parazitov lahko vpliva na zdravje ženske in njen plod (Ricchi in sod., 2016) je 94 % žensk seznanjenih s parazitom *Toxoplasma gondii*, medtem ko jih 39,5 % ni seznanjenih z bakterijo *Listeria monocytogenes*. Ženske vedo, da čiščenje hladilnika, upoštevanje predpisanih temperatur shranjevanja živil ter izogibanje uživanju surovih in toplotno nezadostno obdelanih živil pripomore k uživanju zdravstveno ustreznih živil. Guneri in sodelavci (2017) so ugotovili, da je 96,6 % turških nosečnic seznanjenih s priložnostmi za izvajanje umivanja rok, vendar le 62,6 % pozna poti prenosa mikroorganizmov na živila. 30,6 % žensk je seznanjenih s pravilnim postopkom odtajevanja zamrznjenih živil. Na trditev, da morajo trgovine in obrati, ki nudijo hrano imeti certifikat, da izpolnjujejo pogoje za varnost živil je 87,9 % žensk odgovorilo pritrdilno, a samo 77,4 % daje prednost takim trgovinam.

Listeria monocytogenes je gram pozitivna paličasta bakterija, ki se nahaja v naravnem okolju. Bakterija povzroča zoonozo, ki jo imenujemo listerioza (Gholipour in sod., 2020). Čeprav je število okužb z listerijo majhno, je leta eden glavnih vzrokov smrti pri okužbah z živali (Pusztahelyi in sod., 2016; World Health Organization, 2018). Bakterija živi in raste v vlažnem in hladnem okolju v hladilniku, na onesnaženih površinah in živilih (World Health Organization, 2018). Razmnožuje se v temperaturnem območju od -1,5 °C do 45 °C (Burgueño, 2016). Bakterijo uničita kuhanje in pasterizacija (World Health Organization, 2018). Dovzetnost nosečnic, da zbolijo za listeriozo, je v primerjavi z zdravimi odraslimi 18-krat večja (Lamont in sod., 2011). Posledice okužbe z listerijo se izražajo kot splav, mrtvorojenost ali zgodnja smrt novorojenčka (Mateus in sod., 2013). Popa in sodelavci (2016) so raziskovali odnos in znanje o bakteriji *Listeria monocytogenes* med romunskimi nosečnicami. O bakteriji je pri zdravniku poizvedovalo 35,5 % žensk, od tega 23,2 % žensk, ki so že

zanosile. Le 2,3 % anketiranih je trdilo, da se izogibajo uživanju surovega mesa, nepasteriziranih mlečnih izdelkov, vnaprej pripravljene hrane, delikatesnih izdelkov in surove zelenjave. Čeprav 45 % žensk upošteva preventivne ukrepe za preprečevanje okužb z bakterijo *Listeria monocytogenes*, še nikoli niso zasledile informacij o listeriozi. *Toxoplasma gondii* je enocelični parazit, ki pri človeku povzroča parazitsko okužbo imenovano toksoplazmoza. Za popolni razvoj toksoplazma potrebuje mačko, ki predstavlja njenega končnega gostitelja. Mačka se okuži z zaužitjem okuženih glodavcev, ptičev ali z nezadostno toplotno obdelanim mesom, ki vsebuje tkivne ciste parazitov. Oociste, ki nastanejo pri razmnoževanju toksoplazme v črevesju mačke, se izločijo z iztrebki v okolje (Seid Javadi in sod., 2014). Možne posledice okužbe ploda se lahko izražajo kot splav, prezgodnji porod in mrtvorojeni plod (Li in sod., 2014). Millar in sodelavci (2014) so v raziskavi izvedeni v Riu de Janeiro ugotovili, da 72,2 % anketiranih žensk še nikoli ni zasledilo informacij o parazitu *Toxoplasma gondii* in njenih preventivnih ukrepih. Od 27,8 % žensk, ki so seznanjene s toksoplazmozo, se 95,5 % žensk zaveda načina prenosa parazita (okuženi mačji feces). Anketirane v 36,9 % vedo, da se parazit prenaša s surovim in toplotno nezadostno obdelanim mesom. 25,2 % jih kot vzrok okužbe navaja slabo oprano zelenjavo. Več kot 30 % (Andiappan in sod., 2014) azijskih žensk se zaveda, da se morajo izogibati potepuškim mačkam, prepustiti dnevno čiščenje mačjega fecesa in čistiti kuhinjske pripomočke po vsaki uporabi. Večina anketiranih (80 %) izvaja higieno rok po vrtnarjenju, ravnanju z odpadki in rokovanju s surovim mesom. Jevšnik in sodelavci (2008) so ugotavljali stopnjo osveščenosti slovenskih nosečih in ne-nosečih žensk o varnosti živil. Rezultati raziskave so pokazali, da nosečnice pri nakupu živil večkrat preverijo rok uporabnosti živil in nepoškodovanost embalaže. Tako nosečnice kot tudi ne-noseče ženske so najmanj pozorne na pogoje shranjevanja hitro pokvarljivih živil. Nosečnice si redkeje pripravljajo jedi, ki jih uvrščamo med živila z visoko stopnjo tveganja na okužbo. Anketirane ženske informacije o zagotavljanju varnosti živil večinoma pridobijo preko različnih medijev, redkeje iz materinske šole in pri zdravnikih. Nosečnice slabše poznajo priporočila za zagotavljanje varnosti živil kot ne-noseče ženske. Čeprav večina anketiranih po nakupu hitro pokvarljiva živila shrani v hladilnik, to počne več nosečnic. Nosečnice tudi preverjajo rok uporabnosti v hladilniku večkrat kot ne-noseče ženske, ampak tretjina nosečnic ne preverja temperature v hladilniku.

Razprava

Glede na izsledke raziskav je razvidno, da se pridobivanje informacij o varnosti živil pri nosečnicah razlikuje glede na geografsko lego držav, v katerih so potekale raziskave. V vseh analiziranih raziskavah ženske pridobivajo informacije o varnosti živil na spletu, preko tiskanih medijev in pri znancih. O povzročiteljih okužb in/ali zastrupitev s hrano je bolj poznan parazit *Toxoplasma gondii* kot bakterija *Listeria monocytogenes*. Poleg higiene rok je potrebno za preprečevanje okužb in/ali zastrupitev s hrano upoštevati pet osnovnih higienskih postopkov; vzdrževanje higiene, ločevanje živil, toplotna obdelava

Tabela 2: Preventivni ukrepi za preprečevanje okužb z bakterijo *Listeria monocytogenes* in s parazitom *Toxoplasma gondii* v tveganih živilih (prirejeno po NSW Government, 2011).

Živilo	Preventivni ukrep
Nepasterizirano mleko	Uporaba pasteriziranega mleka in mlečnih izdelkov.
Mehki siri (tudi iz pasteriziranega mleka)*	Izogibanje mehkim sirom, izjemoma le z zadostno toplotno obdelavo, 75 °C. Uživanje trdih sirov iz pasteriziranega mleka.
Surovo, toplotno nezadostno obdelano meso	Zadostna toplotna obdelava: središčna temperatura 74 °C: večji kosi mesa; središčna temperatura več kot 82 °C: cela perutnina.
Surove, toplotno nezadostno obdelane in dimljene ribe	Izogibanje surovim ribam. Zadostna toplotna obdelava nad 63 °C.
Školjke in morski sadeži	Izogibanje školjkam in morskim sadežem. Uživanje rib, ki so zadostno toplotno obdelane.
Surova slabo oprana zelenjava in sadje, surovi kalčki, nepasterizirani sokovi	Temeljito očiščena in oprana zelenjava in sadje, tudi če ju olupimo. Čimprejše zaužitje narezanega sadja ali shramba v hladilnik. Zadostna toplotna obdelava kalčkov.
Mesni izdelki (klobase, poltrajni suhi mesni izdelki, predpakirani mesni izdelki)	Uživanje sveže pripravljenega in zadostno toplotno obdelanega mesa.
Delikatesni izdelki (delikatesne solate, mesni namazi, paštete, bakalar ...)	Izogibanje naštetim živilom.
Sladoled	Uživanje predpakiranega sladoleda.
Fekalno onesnažena pitna voda**	Uporaba zdravstveno ustrezne pitne vode za pitje in pripravo živil.

Legenda: * velja samo za bakterijo *Listeria monocytogenes*, ** velja samo za parazit *Toxoplasma gondii*

živil, shranjevanje živil pri ustrezni temperaturi in uporaba varne vode in varnih surovih (svežih) živil (World Health Organization, 2006; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017b). Najpomembnejši ukrep za preprečevanje okužb in zastrupitev z živili je higiena rok, ki jo je potrebno izvajati pred pričetkom priprave in med pripravo hrane, po stiku z deli telesa in po nečistih opravilih. Namen ločevanja živil je preprečevanje navzkrižnega onesnaženja, zato se surova živila obravnava kot onesnažena (Centers for Disease Control and Prevention, n. d). Potrebno je paziti, da ne pridejo v stik z gotovimi živili (World Health Organization, 2006). Ustrezna toplotna obdelava, s središčno temperaturo gotovih jedi nad 74 °C, pa zagotavlja varno uživanje živil (Na-

cionalni inštitut za javno zdravje, 2017b). Toplotno obdelana živila je potrebno vzdrževati pri temperaturi nad 63 °C, živila, ki so že toplotna obdelana in niso namenjena takojšnjemu zaužitju, pa hraniti v hladilniku pri temperaturi pod 5 °C (Inštitut za varovanje zdravja, 2011). Toplotno obdelanih živil se ne sme shranjevati na sobni temperaturi več kot dve uri. Živila se od taljuje v hladilniku, nikoli pri sobni temperaturi, prav tako je prepovedano ponovno zamrzniti že odtajana živila. Pri pripravi živil se lahko uporablja le zdravstveno ustrezna pitna voda (World Health Organization, 2006; Inštitut za varovanje zdravja, 2011). Poleg naštetih higienskih postopkov je potrebno za preprečevanje bolezni upoštevati tudi preventivne ukrepe pri pripravi in uživanju tveganih živil, ki lahko vsebujejo bakterijo *Listeria monocytogenes* ali parazit *Toxoplasma gondii* (tabela 2).

Zaključek

Vsak posameznik si prizadeva za uživanje zdravstveno ustreznih živil, ki ne predstavljajo tveganj za okužbe in/ali zastrupitve z živili. Pri nosečnicah je zato izbor živil in njihov način priprave eden najpomembnejših dejavnikov za zmanjšanje tveganja za okužbo nosečnice in ohranjanje zdravja nerojenega otroka. Pri tem mora biti pozornost za varnost živil od nakupa do zaužitja obroka. Na podlagi pregleda literature lahko prvi raziskovalni motiv zavrnamo, saj podatki ne kažejo trenda upadanja toksoplazmoze in listerioze. Drugi raziskovalni motiv lahko delno potrdimo, ker se delež žensk, ki pridobijo informacije o varnosti živil pri ginekologu, razlikuje od geografske lege držav, kjer so potekale raziskave.

Literatura

- ANDIAPPAN, H., NISSAPATORN, V., SAWANGJAROEN, N., KHAING, S., SALIBAY, CHEUNG, M.M., DUNGCA, J.Z., CHEMOH, W., TENG, C.X., LAU, Y.L. in ADENANM, N.M., 2014. Knowledge and practice on *Toxoplasma* infection in pregnant women from Malaysia, Philippines, and Thailand [online]. Pridobljeno 22. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4052801/>
- BURGUEÑO, C., 2016. *Listeria monocytogenes* in meat products [online]. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://core.ac.uk/reader/78543466>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, n. d. Four steps to food safety [online]. Pridobljeno 1. 3. 2020 s <https://www.cdc.gov/foodsafety/keep-food-safe.html>
- EFSA PANEL ON BIOLOGICAL HAZARDS (BIOHAZ), RICCI, A., ALLENDE, A., BOLTON, D., CHEMALY, M., DAVIES, R., FERNANDEZ ESCAMEZ, P.S., GIRONES, R., HERMAN, L., KOUT-SOUMANIS, K., et al., 2017. *Listeria monocytogenes* contamination of ready-to-eat foods and the risk for human health in the EU [online]. Pridobljeno 7. 3. 2020 s <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2018.5134>
- GHOLIPOUR, S., NIKAEEN, M., FARHADKHANI, M. in NIKMANESH, B., 2020. Survey of *Listeria monocytogenes* contamination of various environmental samples and associated health risks [online]. Pridobljeno 20. 1. 2020 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956713519304323>

- GUNERI, S.E., SEN, S., SATIR, D.G., OZTURK, R., CETISLI, N.E. in SIRIN, A., 2017. Knowledge, Attitudes and Behaviors of Pregnant Women about Food Safety: A Cross Sectional Survey, vol. 10(2), str. 704-715.
- HEALTH CANADA, 2015. Safe food handling for pregnant woman [online]. Pridobljeno 6. 3. 2020 s <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/alt/pdf/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/safety-salubrite/vulnerable-populations/pregnant-enceintes-eng.pdf>
- INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA, 2011. Higienska priporočila za varnost živil za potrošnike [online]. Pridobljeno 10. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/higienska_priporocila_za_varnost_zivil_za_potrosnike_2011.pdf
- JEVŠNIK, M., HOYER, S. in RASPOR, P., 2008. Food safety knowledge and practices among pregnant and non-pregnant women in Slovenia. *Food Control* 19(5): 526-34. Pridobljeno 4. 3. 2020 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0956713507001247?via%3Dihub>
- LAMONT, R.F., SOBEL, J., MAZAKI-TOVI, S., KUSANOVIC, JP., VAISBUCH, E., KIM, S.K., ULDBJERG, N. in ROMERO, R., 2011. Listeriosis in Human Pregnancy: a systematic review [online]. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593057/>
- LI, X.L., WEI, H.X., ZHANG, H., PENG, H.J. in LINDSAY, D.S., 2014. A Meta Analysis on Risks of Adverse Pregnancy Outcomes in *Toxoplasma gondii* Infection [online]. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022675/>
- MATEUS, T., SILVA, J., MAIA, RL. in TEIXEIRA, P., 2013. Listeriosis during Pregnancy: A Public Health Concern. Hindawi Publishing Corporation, 2013 [online]. Pridobljeno 13. 1. 2020 s <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/851712/>
- MILLAR, P.R., MOURA, F.L., BASTOS, O.M., MATTOS, D.P., FONSECA, A.B., SUDRÉ, A.P., LELES D. in AMENDOEIRA M.R., 2014. Toxoplasmosis-related knowledge among pregnant and postpartum women attended in public health units in Niterói, Rio de Janeiro, Brazil [online]. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4172116/pdf/0036-4665-rimtp-56-05-433.pdf>
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2016. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2016 [online]. Pridobljeno 7. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/epidemiolosko_spremljanje_nb_slo_2016.pdf
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2017a. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2017 [online]. Pridobljeno 7. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nb_v_sloveniji_2017_november2018_1.pdf
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2017b. Varnost živil v prehrani nosečnic [online]. Pridobljeno 10. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost_zivil_v_prehrani_nosecnic_koncna_junij_2017_1.pdf
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2018. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2018 [online]. Pridobljeno 7. 3. 2020 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_v_sloveniji_v_letu_2018.pdf
- NSW GOVERNMENT – DEPARTMENT OF PRIMARY INDUSTRIES: FOOD AUTHORITY, 2011. Food safety during pregnancy [online]. Pridobljeno 18. 2. 2020 s https://www.foodauthority.nsw.gov.au/sites/default/files/_Documents/foodsafetyandyou/pregnancy_brochure.pdf
- POPA, L.G., GHEORGHE, A.S., PREDA, M., HUHU, M.H., IOGHEN, O.C. in POPA, M.I., 2016. Listeriosis attitudes and knowledge in pregnant women from Romania [online]. Prido-

- bljeno 24. 2. 2020 s <https://www.morressier.com/article/listeriosis-attitudes-knowl-edge-pregnant-women-romania/56d5ba2fd462b80296c9543f>
- PUSZTAHELYI, T., SZABÓ, J., DOMBRÁDI, Z., KOVÁCS, S. in PÓCSI, I., 2016. Foodborne *Listeria monocytogenes*: A Real Challenge in Quality Control [online]. Pridobljeno 23. 2. 2020 s <https://core.ac.uk/reader/208293003>
- RICCHI, E., SERAFINI, A., TROIANO, G., NANTE, N., PETRAGLIA, F. in MESSINA, G., 2016. Food related risks during pregnancy: how much do women know about it?, vol. 13(3), str. 1-6.
- SEID JAVADI, E.H., HAGHDOOST, M., TAGHIZADEH, S. in OWEYSEE, H., 2014. Toxoplasma infection in pregnancy: Diagnosis and treatment. International journal of current research and academic review, vol. 2(8), str. 274-280.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. Five keys to safer food manual [online]. Pridobljeno 2. 2. 2020 s https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43546/9789241594639_eng.pdf;jsessionid=EB6CB3D27FC85791F6F61F032877EEEB?sequence=1
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018. Listeriosis [online]. Pridobljeno 22. 2. 2020 s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>

Zdrava prehrana nosečnice kot eden ključnih dejavnikov za zdravje bodoče matere in otroka

Karmen Knez, Andreja Hrovat Bukovšek, Rok Poličnik

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje
karmen.knez93@gmail.com

Povzetek

Uvod: Prehrana v nosečnosti vpliva na zdravje nosečnice, bodoče matere ter na rast in razvoj ploda. Pomembno je, da nosečnica pozna načela zdrave uravnotežene prehrane in jih tudi upošteva. Z raziskavo smo želeli ugotoviti ozaveščenost nosečnic o pomenu pravilne prehrane. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja, in sicer metodi deskripcije in kompilacije. Uporabili smo tehniko spletnega anketiranja, in sicer anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregledane literature. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili 130 nosečnic različnih starosti v vseh obdobjih nosečnosti. Pravilno izpolnjenih je bilo 120 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 92-odstotno realizacijo vzorca. Podatki so bili zbrani in obdelani s programom Microsoft Office Excel 2010. *Rezultati:* Zajtrk vsak dan zaužije 106 (83,3 %) anketiranih nosečnic, dopoldansko malico 71 (59,2 %) anketirank, kosilo 114 (95,0 %) anketirank, popoldansko malico 73 (60,8 %) anketirank in večerjo 107 (89,2 %) anketirank. 35 (29,2 %) anketiranih nosečnic uporablja za pripravo hrane dušenje, 98 (81,7 %) anketirank pečenje, 36 (30,0 %) kuhanje, 22 (18,3 %) cvrtje, 17 (14,2 %) anketirank uporablja za pripravo mesa žar, 12 (10,0 %) anketirank mesa ne uživa. 46 (38,3 %) anketiranih nosečnic uživa zelenjavo enkrat dnevno, 35 (29,2 %) dvakrat dnevno, 14 (11,7 %) trikrat dnevno, pet (4,2 %) anketirank več kot trikrat dnevno, ena (0,8 %) anketiranka zelenjave ne uživa. Osem (6,7 %) anketiranih nosečnic je ob obisku dispanzerja za ženske od medicinske sestre pridobilo zelo veliko informacij, 14 (11,7 %) veliko, 20 (16,7 %) srednje veliko, 41 (34,2 %) anketirank malo informacij in 37 (30,8 %) anketirank ni dobilo glede prehrane v nosečnosti nobenih informacij. *Razprava:* Ugotavljamo, da je približno polovica anketiranih nosečnic ozaveščenih o pomenu zdrave prehrane med nosečnostjo, kar pomeni, da je še vedno veliko nosečnic, ki nimajo dovolj znanja na tem področju. Izkazalo se je, da medicinske sestre zelo slabo informirajo nosečnice o pomenu zdrave prehrane v nosečnosti. Boljšo ozaveščenost nosečnic o pomenu zdrave prehrane v nosečnosti bi lahko dosegli z intenzivnejšim svetovanjem medicinskih sester nosečnicam.

Ključne besede: nosečnost, prehrana, prehrana nosečnice, medicinska sestra, zdravstvena vzgoja.

Uvod

Nosečnost je fiziološko stanje in sama po sebi ni bolezen, a je posebno stanje, ki ga spremljajo številne fiziološke spremembe (Bilban, 2012). Zdrava prehrana je tisti del zdravega načina življenja, ki človeka krepi, preprečuje bolezen in vpliva na delovno storilnost (Svetovna zdravstvena organizacija, 2000). Zdrava prehrana je uravnotežena, varna in varovalna ali funkcionalna. Uravnotežena prehrana pomeni vnos vseh potrebnih hranilnih snovi (energijskih in neenergijskih) v pravem razmerju, pravilno razporejen vnos hranilnih snovi čez cel dan ter ustrezno energijsko vrednost hrane (Radivo, 2011). Ustrezno načrtovana prehrana med nosečnostjo je temeljna za zdravje bodoče matere in otroka. Prehranjevalne navade žensk je smiselno oceniti že pred zanositvijo. Pravilna in pestra prehrana ne zajema posebnega dodajanja vitaminov in mineralov, razen folne kisline, pogosto tudi železa (Rakić, 2016). V prehrani nosečnice naj bo zadostna količina vlaknin, zaužije naj dovolj tekočine, hrana naj vsebuje primerne količine soli (Belović, 2015). V nosečnosti se energijske potrebe povečajo zaradi razvoja ploda in materinih tkiv (Mlakar – Mastnak in sod., 2015). Mahmood (2015) poudarja, da lahko čezmerna masa nosečnice (100 kg in več) predstavlja tveganje za nevrološke okvare ploda ter dvakrat večje tveganje za srčne okvare ploda. Svetovna zdravstvena organizacija (2006) med nosečnostjo odsvetuje uživanje alkohola, ker lahko ta že v majhnih količinah vpliva na razvoj ploda. Žontar Kristanc (2016) v nosečnosti odsvetuje uživanje toplotno neobdelanih jajc, surovega ali premalo pečenega mesa, suhih mesnin, surovih oziroma premalo pečenih rib, nepasteriziranih mlečnih izdelkov, alkohola, plesnivih in mehkih sirov, jeter in nepasteriziranih svežih sokov. Medicinska sestra je v dispanzerju za ženske nepogrešljiv del zdravstvenega tima. S svojim znanjem, poslušanjem in svetovanjem lahko izjemno pozitivno vpliva na pacientko, kar se kaže tudi na njenem počutju. Medicinska sestra in babica sta zagovornici pravic nosečnic do celostne in varne obravnave (Hrovat Bukovšek, 2015). Najpomembnejše pri zagotavljanju pravilne prehrane med nosečnostjo je dobro informiranje (Pleskonjić, 2010). Nosečnica mora poznati osnove uravnotežene prehrane. Informacije naj bodo kratke, jasne, praktične in uporabne (Belović, 2015). Namen raziskave je ugotoviti ozaveščenost nosečnic o pomenu zdrave prehrane med nosečnostjo. Cilji raziskave so ugotoviti prehranjevalne navade nosečnic, ugotoviti vir pridobivanja informacij nosečnic glede prehranjevanja med nosečnostjo in koliko medicinske sestre svetujejo nosečnicam o prehrani ob preventivnih pregledih v nosečnosti. Na podlagi zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja: Kakšne so prehranjevalne navade nosečnic? Kje nosečnice pridobijo največ informacij glede zdravega prehranjevanja med nosečnostjo? Koliko medicinske sestre svetujejo nosečnicam o prehrani ob preventivnih pregledih v nosečnosti? Za izbiro tega raziskovalnega problema smo se odločili, ker smo pri pregledu literature ugotovili, da v Sloveniji (še) nimamo uradno sprejetih smernic o zdravi prehrani nosečnic.

Metode

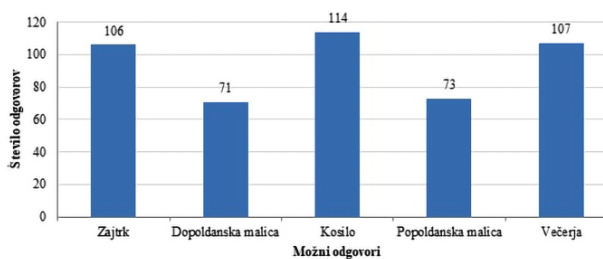
Raziskovalna metoda in tehnika zbiranja podatkov: Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop; uporabljeni sta bili metodi deskripcije in kompilacije. Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko spletnega anketiranja. Primarni viri podatkov so bili pridobljeni iz strokovnih in znanstvenih člankov, publikacij in zbornikov konferenc ter iz domače in tuje strokovne literature. Uporabili smo bibliografske baze (COBISS, PUBMED). *Opis instrumentarija:* Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature (Belović, 2015; Karmel, 2015; Geršak, 2016; Rakić, 2016; Suwa Stanovejić, 2017). Sestavljen je iz 23 vprašanj; zaprtega, kombiniranega in odprtega tipa ter vprašanja z mersko lestvico od 1 do 5. Vprašanja so razdeljena v tri sklope: na prehranjevalne navade nosečnic, ozaveščenost in vire pridobivanja informacij o prehrani med nosečnostjo in demografske podatke. *Opis vzorca:* Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili nosečnice različnih starosti v vseh obdobjih nosečnosti. Anketni vprašalnik je izpolnilo 130 anketirank, od tega je bilo 120 vprašalnikov ustrezno in v celoti izpolnjenih. Realizacija vzorca je bila 92-odstotna. *Opis zbiranja in obdelave podatkov:* Anketiranje smo izvedli s spletnim anketnim vprašalnikom. Anketni vprašalnik so anketiranke izpolnile preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje 1KA. Pridobljene podatke smo statistično obdelali v programu Microsoft Excel 2010. Raziskava je potekala 22. 1. 2019. *Anamnestične značilnosti vzorca:* Večina anketiranih nosečnic je starih od 20 do 29 let. Največ anketirank prihaja iz osrednje Slovenije, več kot pol anketirank je nosečih med 21 in 30 tedni.

Etični vidik raziskovanja: Vsi pridobljeni podatki so varovani. Anketirankam smo zagotovili pravico do neškodovanja, pravico do samoodločbe, pravico do pojasnitve ter pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (Zbornica – Zveza, 2014) ter Oviedsko konvencijo (Svet Evrope, 2009).

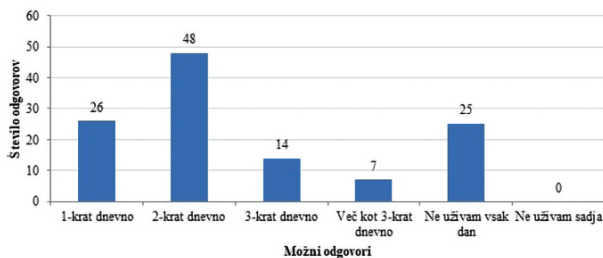
Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave.

Slika 1 prikazuje obroke, ki jih dnevno zaužijejo anketirane nosečnice. Na vprašanje je odgovorilo 120 anketirank, izbrale pa so lahko več odgovorov. Skupaj so podale 471 odgovorov. Z grafa je razvidno, da 106 (83,3 %) nosečnic vsak dan zaužije zajtrk, 114 (95,0 %) anketirank vsak dan zaužije kosilo in 107 (89,2 %) anketiranih nosečnic vsak dan zaužije večerjo.

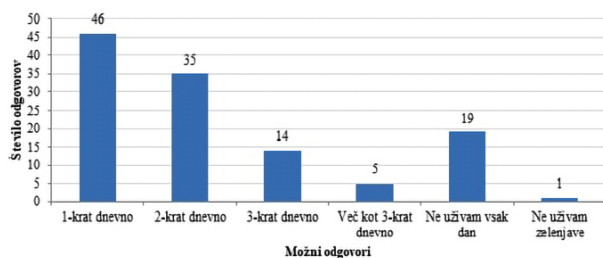


Slika 1: Obroki, ki jih dnevno zaužijejo nosečnice (N = 120)



Slika 2: Pogostost uživanja sadja pri anketiranih nosečnicah (N = 120)

S slike 2 je razvidno, da 26 (21,7 %) anketiranih nosečnic uživa sadje enkrat dnevno, 7 (5,8 %) nosečnic uživa sadje več kot trikrat dnevno, 25 (20,8 %) anketirank sadja ne uživa vsak dan.



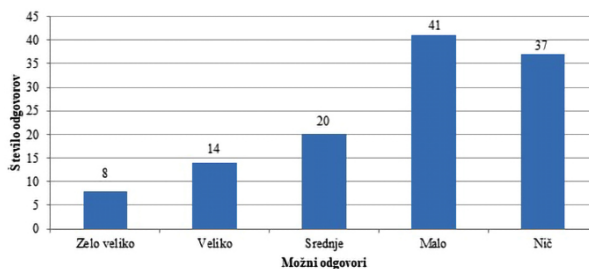
Slika 3: Pogostost uživanja zelenjave pri anketiranih nosečnicah (N = 120)

S slike 3 je razvidno, da 46 (38,3 %) anketiranih nosečnic uživa zelenjavo enkrat dnevno, 5 (4,2 %) nosečnic več kot trikrat dnevno, 19 (15,8 %) anketirank ne uživa zelenjave vsak dan, 1 (0,8 %) anketiranka zelenjave sploh ne uživa.

Tabela 1: Količina pridobljenih informacij anketiranih nosečnic glede zdravega načina prehranjevanja v nosečnosti od posameznih virov (1 – zelo malo, 2 – malo, 3 – srednje veliko, 4 – veliko, 5 – zelo veliko)

Podvprašanja	Odgovori										PV	SO	
	1		2		3		4		5				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Mediji (internet, TV)	11	9,2	8	6,7	17	14,2	18	15,0	66	54,9	120	4,1	1,3
V knjigah, revijah	16	13,3	18	15,0	30	25,0	38	31,7	18	15,0	120	3,2	1,2
Od svojcev, prijateljev	19	15,8	28	23,4	31	25,8	26	21,7	16	13,3	120	2,9	1,3
Od zdravnika	26	21,7	40	33,3	27	22,5	18	15,0	9	7,5	120	2,5	1,2
Od medicinske sestre	44	36,8	25	20,8	19	15,8	19	15,8	13	10,8	120	2,3	1,4

Iz tabele 1 je razvidno, da je od zdravnika 26 (21,7 %) anketirank pridobilo zelo malo informacij glede zdravega načina prehranjevanja, 40 (33,3 %) malo in 9 (7,5 %) anketirank zelo veliko informacij (PV = 2,5, SO = 1,2). Od medicinske sestre je pridobilo 44 (36,8 %) anketirank zelo malo informacij glede zdravega načina prehranjevanja v nosečnosti, 25 (20,8 %) malo in 13 (10,8 %) anketirank zelo veliko informacij (PV = 2,3, SO = 1,4).



Slika 4: Količina pridobljenih informacij o prehrani med nosečnostjo, ki so jih anketiranke pridobile od medicinske sestre ob obisku dispanzerja za ženske (N = 120)

S slike 4 je razvidno, da je 8 (6,7 %) anketiranih nosečnic pridobilo od medicinske sestre zelo veliko informacij glede prehrane med nosečnostjo, 41 (34,2 %) malo informacij in 37 (30,8 %) anketirank ni pridobilo nobenih informacij od medicinske sestre glede prehrane v nosečnosti.

Razprava

V raziskavi smo proučevali, kakšne so prehranjevalne navade nosečnic. Izsledki raziskave kažejo, da večina anketiranih nosečnic zaužije le tri obroke dnevno, in sicer zajtrk, kosilo in večerjo. Le dobra polovica anketirank zaužije tudi dopoldansko in popoldansko malico, torej pet obrokov dnevno. Belović (2015) poudarja, da je priporočljivo, da ima nosečnica obroke enakomerno porazdeljene čez cel dan, ker – kot navaja Rakić (2016) – preveliki razmiki med obroki ali izpuščanje le-teh prikrajšajo plod za potrebne hranilne snovi in energijo. Bezjak (2012) pojasnjuje, da pravilna in uravnotežena prehrana v nosečnosti zagotavlja rast in razvoj zdravega otroka, pri čemer nezdrava in nezadostna prehrana otroku škodi veliko bolj kot materi. Z raziskavo smo ugotovili, da anketirane nosečnice zaužijejo premalo sadja in zelenjave, saj petina anketirank sadja sploh ne uživa vsakodnevno, slaba polovica anketirank ga uživa dvakrat dnevno, desetina trikrat dnevno, zanemarljiv pa je delež tistih nosečnic, ki ga uživajo več kot trikrat dnevno. Ugotovili smo, da približno tretjina nosečnic uživa zelenjavo enkrat oziroma dvakrat na dan, ena desetina trikrat dnevno in le zanemarljiv delež anketirank več kot trikrat dnevno, medtem ko slaba petina anketiranih nosečnic sploh ne uživa zelenjave vsak dan. Navedene ugotovitve raziskave kažejo, da so prehranjevalne navade nosečnic slabe, saj Mlakar-Mastnak in sodelavci (2015) priporočajo, naj nosečnica zaužije od štiri do šest obrokov dnevno, od tega naj dva obroka vključujeta sadje in zelenjavo. V raziskavi smo ugotovili, da so anketirane nosečnice največ informacij glede zdravega načina prehranjevanja v nosečnosti pridobile v medijih (internet, televizija), temu sledijo informacije iz knjig in revij, informacije od svojcev in prijateljev, šele nato informacije, pridobljene od zdravnika in medicinskih sester. Zamisliti se je treba nad tem, da so nosečnice najmanj informacij o zdravem načinu prehranjevanja v nosečnosti pridobile od medicinskih sester. Turk (2010) ugotavlja, da nosečnice vse pogosteje poiščejo odgovore na vprašanja, ki se jim porajajo, na spletu; na primer tako, da obišejo spletne forume. Vedno bolj priljubljeni so številni razpravljalni forumi, na katerih se najlažje in najhitreje dobijo informacije, saj tam uporabniki forumov neposredno delijo svoje lastne izkušnje in izražajo svoja mnenja. Z raziskavo smo ugotovili, da je zelo veliko informacij o prehrani med nosečnostjo od medicinske sestre dobil le zanemarljiv delež anketiranih nosečnic, tretjina anketirank je dobila malo informacij, skrb vzbujajoč je podatek, da ravno toliko anketirank, tj. tretjina, ni dobila od medicinske sestre o prehrani med nosečnostjo nobenih informacij. To pomeni, da veliko več kot polovica anketiranih nosečnic sploh ni dobila nobenih informacij ali zelo malo. Nad takšnimi ugotovitvami smo lahko zaskrbljeni, saj Hrovat Bukovšek (2015) navaja, da je medicinska sestra v dispanzerju za ženske nepogrešljiva članica zdravstvenega tima; ima namreč prvi in zadnji stik s pacientko. Poleg tega poudarja, da zdravstvenovzgojno svetovanje medicinske sestre vključuje tudi informiranje glede prehrane med nosečnostjo. Omejitev raziskave, ki bi jo radi izpostavili, je povezana z literaturo; le-te je veliko, vendar je časovno zastarela in večinoma nestrokovna.

Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da ima le polovica anketiranih nosečnic zadovoljive prehranjevalne navade, druga polovica anketirank nima zadostnega števila obrokov dnevno, prav tako zaužijejo premalo sadja in premalo zelenjave. Skrb vzbujajoča je ugotovitev raziskave, da so nosečnice pridobile najmanj informacij o prehrani med nosečnostjo od medicinske sestre in zdravnika. Tretjina anketirank sploh ni dobila nič informacij od medicinske sestre, približno enak delež anketirank pa je pridobil zelo malo informacij. V Sloveniji imamo za vse druge skupine prebivalstva izdanih nemalo priporočil in publikacij o prehrani, le za nosečnice, ki so precej ranljiva skupina, ne. Na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije nismo zasledili objavljenih smernic glede prehrane v nosečnosti. Zasledili smo, da je v prenovljenem programu Šole za bodoče starše sklop predavanj namenjen prehrani med nosečnostjo, do katerih je v rednem preventivnem programu upravičena vsaka nosečnica. Na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje smo našli publikacijo z naslovom Lahko jem v nosečnosti. Menimo, da je v Sloveniji težava v tem, da nimamo objavljenih smernic o zdravi in uravnoteženi prehrani, ki bi jo morale nosečnice uživati. Na spletu je mogoče zaslediti veliko informacij o prehrani nosečnic, vendar so to informacije, ki niso strokovne in verodostojne. Že na pogled se med seboj zelo razlikujejo, ker so objavljene na različnih forumih, nosečnice so lahko ob branju in primerjanju le-teh samo zmedene in negotove. Glede na rezultate raziskave smo ugotovili, da je ozaveščenost nosečnic o pomenu zdrave prehrane med nosečnostjo kljub vsebinam, ki jih nosečnice slišijo v Šoli za bodoče starše, slaba. Zato menimo, da bi bilo dobro še več pozornosti nameniti vsebinam o prehranjevalnih navadah nosečnic med nosečnostjo. Domnevamo, da nosečnice veliko bolj zaupajo informacijam zdravstvenega osebja kot različnim forumom, zato je škoda, da tega zaupanja medicinske sestre ne izkoristimo. Strokovnjaki so dokazali, da so nosečnice veliko bolj pripravljene spremeniti svoje prehranjevalne navade. Zato menimo, da bi bilo boljše informiranje nosečnic smiselno, saj lahko to pomeni spremenjen način prehranjevanja ne le med nosečnostjo, temveč tudi po porodu.

Literatura

- BELOVIČ, B., 2015. Zdrava prehrana nosečnice v vsakdanji praksi. V: NOVAK ANTOLIČ, Ž., ur., *Klinična prehrana v nosečnosti*. Ljubljana: Center za razvoj poučevanja, Medicinska fakulteta, str. 137–148.
- BEZJAK, S., 2012. V času nosečnosti se prehranjujte zdravo. V: BELOVIČ, B. *Lahko jem v nosečnosti*. Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku, str. 9.
- BILBAN, M., 2012. Nosečnost in delazmožnost. *Delo in varnost*, 7(5), str. 21–23.
- GERŠAK, K., 2016. Genetsko svetovanje in prenatalna diagnostika. V: TAKAČ, I. in GERŠAK, K., ur. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta Maribor, str. 447–449.
- HROVAT BUKOVŠEK, A., 2015. *Zdravstvena nega žensk: reproduktivno zdravje, nosečnost, porod in poporodno obdobje*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 11, 57, 62, 80.

- KARMEL, A., 2015. *Jem za dva – popoln prehranski vodnik med nosečnostjo in po njej*. Ljubljana: Debora, str. 9, 13, 18–19, 22, 25–27, 30–31.
- MAHMOOD, T., 2015. Pregnancy complications in obese patients. V: NOVAK ANTOLIČ, Ž. ur., *Klinična prehrana v nosečnosti*. Ljubljana: Center za razvoj poučevanja, Medicinska fakulteta, str. 46–54.
- MLAKAR – MASTNAK, D., KOGOVŠEK, K. in DOVČ, A., 2015. Prehranski pregled in prehrana nosečnice. V: NOVAK ANTOLIČ, Ž., ur. *Klinična prehrana v nosečnosti*. Ljubljana: Center za razvoj poučevanja, Medicinska fakulteta, str. 117–135.
- PLESKONJIČ, N., 2010. Zdravstvena vzgoja nosečnice. In: PUŠNIK, D., in sod., ur. *Zdravstvena obravnava zdrave nosečnice, Maribor 6. maj*. Maribor: Univerzitetni klinični center, str. 52, 56.
- RADIVO, M., 2011. *Prehrana in dietetika*, 1. del. Kranj: Konzorcij šolskih centrov, str. 5–8.
- RAKIČ, K., 2016. Prehrana nosečnice. V: TAKAČ, I. in GERŠAK, K., ur. *Ginekologija in perinatologija*. Maribor: Medicinska fakulteta Maribor, str. 455–458.
- SUWA STANOJEVIČ, M., 2017. *Hrana in prehrana*. Ljubljana: i2 družba za založništvo, izobraževanje in raziskovanje, d. o. o., str. 16, 30, 64–67, 104, 172–173, 176.
- SVET EVROPE, 2009. *Oviedska konvencija*. [online]. Pridobljeno 15. 9. 2019 s https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164_Slovenian.pdf
- SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, 2000. *Cindi dietary guide* [online]. Pridobljeno 15. 9. 2019 s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/119926/E70041.pdf
- SVETOVNA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA, 2006. *Framework for alcohol policy in the WHO European Region* [online]. Pridobljeno 25. 9. 2019 s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf
- TURK, J., 2010. *Nosečnost in zdrava prehrana – analiza pogovorov na spletnih forumih*: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, str. 26.
- ZBORNICA – ZVEZA, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. [online] Pridobljeno 15. 9. 2019 s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_kodeks_etike_za_babice_ul_za_objavo_na_spletni_strani_2_2_2015.pdf[15.9.2019]
- ŽONTAR KRISTANC, A., 2016. *Anina kuhinja za nosečnice in doječe mamice*. Kranj: Ljubezni polna skleda, str. 16–21, 32.

Prehranjevalne navade veganov

Špela Centrih, Tamara Štemberger Kolnik, Boris Miha Kaučič
Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje
spelika.centrih@gmail.com

Povzetek

Uvod: Veganski način prehranjevanja je vedno bolj razširjen. Zanj je značilno prehranjevanje izključno z živili, ki so rastlinskega izvora, ali drugače povedano, vegani ne uživajo živil živalskega izvora. Odločitev za veganstvo zajema vprašanja, ki zadevajo osebno zdravje, ekologijo, etiko in trpljenje živali ter lakoto v svetu. Med najpogostejšimi vzroki, da se posameznik odloči za veganski način prehranjevanja, sta ohranjanje in varovanje zdravja. Namen raziskave je ugotoviti prehranjevalne navade veganov in vpliv le-teh na njihovo kakovost življenja. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvalitativni paradigmi raziskovanja, metodi utemeljene teorije. S kodiranjem smo določili glavne kode, podkategorije in kategorije, ki smo jih nato smiselno povezali v utemeljeno teorijo. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko intervjuja s polstrukturiranim intervjujem. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili šest veganov, ki se vegansko prehranjujejo več kot dve leti. Vse intervjuvane osebe so pred začetkom intervjujev podale informirano soglasje za sodelovanje v raziskavi. *Rezultati:* Z analizo intervjujev smo identificirali pet glavnih kategorij: (1) Prehranjevalne navade veganov; (2) Razlogi za veganstvo; (3) Težave veganov v vsakdanjem življenju; (4) Kakovost življenja pred veganstvom in sedaj; (5) Nadomeščanje vitaminov in mineralov v prehrani veganov. Kategorije se med seboj povezujejo in pomembno prispevajo k pojasnjevanju načina življenja in prehranjevanja intervjuvancev. *Razprava:* Ugotovili smo, da ima veganski način prehranjevanja vpliv na varovanje in krepitev človekovega zdravja, saj so vsi intervjuvanci menili, da so s spremenjenim načinom prehranjevanja izboljšali svojo kakovost življenja. Uspelo jim je izgubiti odvečne kilograme, znižati holesterol, urediti krvni pritisk in omiliti oziroma odstraniti težave s kožo in želodčne težave. Poleg prehranjevanja so spremenili tudi življenjski slog – postali so telesno dejavnejši, spremenili so odnos do okolja in živali.

Gljučne besede: veganstvo, veganska dieta, uravnotežena prehrana, beljakovine, ogljikovi hidrati, vitamini, minerali, vegan.

Uvod

Hrana in prehrana postajata v sodobnem svetu vedno pomembnejša veja znanosti, ker prodirata v najbolj zapletene mehanizme našega življenja, počutja, zdravja in bolezni ter ne nazadnje v kratkost in dolgost našega

življenja. Obstajajo trdni dokazi o pomembni vlogi prehrane pri varovanju in krepitvi zdravja. Zdrava prehrana in redna telesna dejavnost prispevata k varovanju in krepitvi telesnega in duševnega zdravja ter odpornosti telesa, pri otrocih oziroma mladostnikih tudi k pravilni rasti in razvoju. Z zdravo prehrano lahko v zgodnjem, srednjem in poznem življenjskem obdobju omilimo ali preprečimo nekatere kronične bolezni v starosti in vplivamo na optimalno prehranjenost, vse to pa pripomore k boljši psihofizični kondiciji v obdobju starosti (Belović in sod., 2013). Ljudje se vedno bolj zavedamo povezave med hrano in zdravjem. S prehranjevanjem lahko zdravje varujemo in hkrati preprečujemo zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, zvišan krvni sladkor ter debelost, ki so dejavniki tveganja za nastanek kroničnih bolezni, predvsem srčno-žilnih bolezni, rakavih bolezni, sladkorne bolezni tipa 2 in drugih. Že stari kitajski zdravilci, Indijci, Egipčani, Grki in Rimljani so vedeli, da lahko nekatere zdravilne lastnosti živil pomembno vplivajo na človekovo zdravje. Te ugotovitve je pred več kot 2500 leti ubesedil oče medicine, Hipokrat, ki je zapisal: »Hrana naj bo vaše zdravilo in vaše zdravilo naj bo vaša hrana.« (Slate in sod., 2010). Bohlmann in Ullmann (2014) navajata, da so izrečene Hipokratove besede aktualne še danes in jih raziskave vedno znova potrjujejo. Medtem ko je bila v antiki lakota velik problem, ki sicer v nekaterih delih sveta obstaja še danes, sedaj živimo v času presežkov hrane, ki so glavni krivec za pojav čezmerne telesne mase, številnih bolezni in alergij. Prav tako kot je bil nekoč pomemben socialno-ekonomski status, je tudi danes. Vedno je veljalo, da imajo tisti, ki prihajajo iz šibkejšega socialno-ekonomskega okolja, slabše prehranjevalne navade in posledično več zdravstvenih težav. Revščina je bila takrat pogojena s podhranjenostjo, a danes je ravno obratno, saj je ta povezana z vse večjim problemom čezmerne telesne mase. S hrano moramo v telo vnesti toliko energije, kolikor je porabimo, zato moramo količino in vrsto hrane prilagoditi svojemu življenjskemu slogu. Vedenja, ki vplivajo na zdravje posameznika, lahko vodijo do nastanka bolezni ali njen nastanek preprečijo. Če se lotimo spremembe načina prehranjevanja, to storimo postopoma, z veliko volje in vztrajnosti ter brez skrajnih sprememb. Začeti moramo z majhnimi koraki, ki nas bodo pripeljali do velikih ciljev (Ross Watson, 2017). Cramer in sodelavci (2017) navajajo vedno več ljudi, ki opuščajo uživanje živalskih beljakovin, predvsem mesa, in se odločajo za vegetarijanski ali veganski način prehranjevanja, pri katerem uživajo predvsem sadje, stročnice (soja), oreščke in zelenjavo, bogato z beljakovinami, saj naj bi bila ta živila bolj zdrava za človekovo telo. Rådjursöga in sodelavci (2018) menijo, da so v današnjem času podnebni sprememb in razprav o vplivu ljudi na okolje veganske prehranjevalne navade postale zanimive za širšo populacijo. Namen raziskave je ugotoviti prehranjevalne navade veganov. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšno vrsto hrane uživajo vegani?

Raziskovalno vprašanje 2: Kateri razlogi so vplivali na odločitev veganov za veganski način prehranjevanja?

Raziskovalno vprašanje 3: Kako veganski način prehranjevanja vpliva na percepcijo zdravja in počutje veganov?

Raziskovalno vprašanje 4: S katerimi zdravstvenimi in drugimi težavami se srečujejo vegani zaradi načina prehranjevanja?

Raziskovalno vprašanje 5: Na kakšne načine vegani nadomeščajo vitamine in minerale v vsakodnevni prehrani?

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Uporabili smo metodo utemeljene teorije. Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja – polstrukturirani intervju. Primarne vire smo dobili iz znanstvenih in strokovnih člankov, znanstvenih monografij in zbornikov znanstvenih konferenc. Uporabili smo bibliografske baze (COBISS, PUBMED, MEDLINE). Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena v zadnjih desetih letih. Pri iskanju literature v podatkovnih bazah smo uporabili Googlov logični operator (AND). Za raziskavo smo uporabili instrument v obliki intervjuja z vnaprej pripravljenimi odprtimi vprašanji, ki smo jih oblikovali na podlagi pregleda literature (Craig, 2009; Oberbeil in sod., 2009; Merljak in Koman, 2011; Leitzmann, 2014; Dahlke, 2015; Cramer in sod., 2017). Intervju je zajemal 12 odprtih vprašanj, ki so se nanašala na veganski način prehranjevanja, in demografske podatke: spol, starost in izobrazba. V intervju niso bili vključeni osebni podatki, ki bi razkrili identiteto posameznika. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo smo vključili šest naključno izbranih odraslih veganov, pri čemer smo upoštevali naslednja vključitvena merila: tri ženske in tri moške osebe z najmanj srednješolsko izobrazbo brez kroničnega obolenja v starosti od 18 do 60 let in da se vegansko prehranjujejo najmanj dve leti. Intervjuje smo izvedli po predhodnem pisnem soglasju z izbranimi osebami, s katerimi sta bila čas in prostor izvedbe intervjuja vnaprej dogovorjena. Pred intervjujem smo jim podali podrobna navodila, predstavili namen raziskave in potek obdelave podatkov in informacij ter jim predali pisna soglasja, s katerimi so potrdili prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Nagovorili smo jih s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja. Intervjuje smo snemali, na kar so bili intervjuvanci opozorjeni pred začetkom, dodali smo tudi informirano soglasje k intervjuju. Izvedba posameznega intervjuja je trajala od 20 do 30 minut. Raziskava je potekala med 5. in 27. januarjem 2019. V intervju nismo vključili nobenih osebnih podatkov, ki bi razkrili identiteto intervjuvanca. Ko smo intervjuje zaključili, je sledila njihova analiza, ki se je začela s transkripcijo – dobesednim prepisom zvočnih zapisov. Intervjuje smo prepisali dobesedno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost. Intervjuvani je lahko dopolnil svoje odgovore in potrdil, da so odgovori na vprašanja ustrezni. Prepisane intervjuje smo označili s števili od 1 do 12 brez osebnih podatkov, ki bi lahko razkrili identiteto posameznega intervjuvanca. Sledil je proces kodiranja oziroma določevanje pomena (ključnih besed, pojmov in kod) posameznim delom besedila. Besedila je bilo treba večkrat prebrati. Ko je bilo besedilo prepisano in smiselno urejeno, smo ga začeli razčlenjevati na

sestavne dele, s čimer smo dobili enote kodiranja. Ker enota kodiranja vsebuje za raziskavo pomembne informacije, smo ta del natančneje analizirali. Nato smo tem kodirnim enotam pripisali kode, ki smo jih nato primerjali med seboj. Izjave, ki so se nanašale na podobno vsebino, smo združili v podkategorije, ki smo jih ustrezno (smiselno) poimenovali. Te smo nato med seboj povezali v več kategorij. S tem, ko smo posplošili (abstrahirali) skupno značilnost več različnih opisov in opredelili povezave med posameznimi podkategorijami, smo ustvarili glavno kategorijo. V nadaljevanju smo izmed veliko podkategorij in kategorij izbrali tiste, ki so se nam zdele pomembne za raziskavo. Zbrani podatki so bili analizirani v programu MS Word. Pri raziskovanju so bili zagotovljeni vsi etični vidiki: načelo koristnosti, načelo zaupnosti, načelo neškodljivosti, načelo pravičnosti, načelo resnicoljubnosti in načelo varnosti. Vsem intervjuvancem je bila zagotovljena pravica do polne pojasnitve in pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsak sodelujoči je podal informirano soglasje in je bil seznanjen, da lahko kadar koli izstopi iz raziskave.

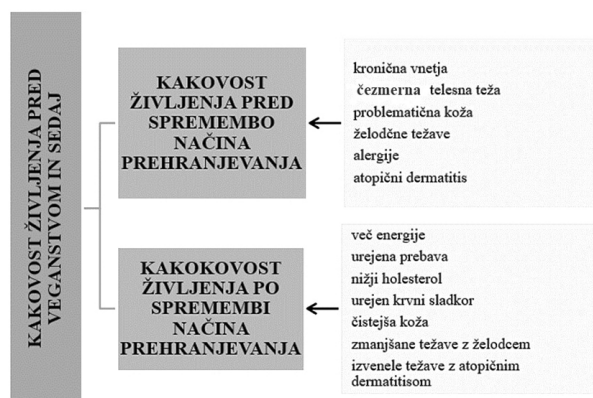
Rezultati

Predstavljena je glavna kategorija »Razlogi za odločitev, da se prehranjujejo vegansko«, ki smo jo razvrstili v tri podkategorije »Skrb za lastno zdravje«, »Skrb za okolje« in »Skrb za živali« (slika 1).



Slika 1: Razlogi za odločitev intervjuvancev, da se prehranjujejo vegansko

S slike 1 je razvidno, da smo kode iz intervjujev na vprašanje o razlogih za vegansko prehranjevanje razvrstili v tri podkategorije, in sicer »Skrb za lastno zdravje«, »Skrb za okolje« in »Skrb za živali«, te pa povezali v glavno kategorijo »Razlogi za odločitev, da se prehranjujejo vegansko«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da so se intervjuvanci najpogosteje odločili za veganski način prehranjevanja iz zdravstvenih razlogov, saj so si želeli spremeniti življenjski slog, se bolj zdravo prehranjevati in s tem doseči boljše počutje. Kot drugo podkategorijo smo izpostavili



Slika 2: Kakovost življenja intervjuvancev pred veganstvom in sedaj

okolje. Intervjuvanci navajajo, da naj bi z veganskim načinom prehranjevanja prispevali k varovanju okolja, manjši porabi vode, manj toplogrednim plinom in manj odpadkom. Tretja podkategorija so živali. Intervjuvancem je skupna ljubezen do živali. Navajajo, da so se za veganstvo odločili predvsem zaradi nepodpiranja živalske industrije in s tem preprečevanja mučenja živali, saj kot je dejala intervjuvanka, ne želi biti del industrije, ki je prežeta z zlorabo, mučenjem in razvrednotenjem živih bitij.

V nadaljevanju je predstavljena glavna kategorija »Kakovost življenja pred veganstvom in sedaj«, ki smo jo razvrstili v dve podkategoriji »Kakovost življenja pred spremembo načina prehranjevanja« in »Kakovost življenja po spremembi načina prehranjevanja« (slika 2).

S slike 2 je razvidno, da smo kode intervjuvancev razporedili v dve podkategoriji, in sicer »Kakovost življenja pred spremembo načina prehranjevanja« in »Kakovost življenja po spremembi načina prehranjevanja«, te pa povezali v glavno kategorijo »Kakovost življenja pred veganstvom in sedaj«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da se intervjuvanci strinjajo o pozitivnem vplivu veganstva na zdravje in počutje. Intervjuvanci so izpostavili težave s kroničnimi vnetji, čezmerno telesno težo, težave s problematično kožo, želodčnimi težavami in alergijami pred veganskim načinom prehranjevanja. Z veganskim načinom prehranjevanja je intervjuvanim uspelo ublažiti želodčne težave, za katere sklepajo, da so posledica uživanja predvsem mlečnih izdelkov, namreč kot navaja intervjuvanka, je imela od rojstva laktozno intoleranco, kar se je kazalo predvsem z želodčnimi in kožnimi težavami po zaužitju mlečnih izdelkov. Odkar jih je z jedilnika izločila, so težave popolnoma izzvenele. Intervjuvanci navajajo, da so z načinom prehranjevanja izginile težave z nečisto kožo in dermatitisom. Kot navajajo, imajo sedaj več energije, bolj urejeno prebavo in čistejšo kožo. Nekaterim je uspelo urediti tudi težave s krvnim pritiskom in znižati holesterol.

Razprava

Z raziskavo smo ugotovili tri glavne vzroke, zaradi katerih so se intervjuvanci odločili, da se bodo prehranjevali vegansko. Kot prvi razlog navajajo skrb za lastno zdravje, saj naj bi veganski način prehranjevanja pozitivno vplival na njihovo zdravje, boljše počutje in s tem na zmanjšanje zdravstvenih težav. Z novim načinom prehranjevanja so spremenili svoj življenjski slog in v vsakdanje življenje dodali tudi več drugih aktivnosti, ki spodbujajo zdrav način življenja. Intervjuvanci navajajo, da so se za veganstvo odločili, ker naj bi bil to bolj zdrav način prehranjevanja, kar potrjuje tudi Dahlke (2015), ki navaja, da je veganska hrana bolj zdrava predvsem zaradi tega, ker ne vsebuje živalskih beljakovin in maščob ter s tem zmanjšuje možnosti za nastanek številnih kroničnih bolezni (sladkorne bolezni, srčno-žilnih bolezni, debelosti, raka ...). Dva intervjuvanca sta se za veganstvo odločila zaradi čezmerne telesne mase in povišanega holesterola. S spremembo prehranjevalnih navad sta želela izgubiti odvečne kilograme in urediti raven holesterola, saj so veganski prehranski vzorci, kot navajajo Gili in sodelavci (2019), povezani z bolj pozitivnim zdravstvenim stanjem, vključno z manjšo razširjenostjo povišane telesne mase ali debelostjo, srčno-žilnih bolezni, presnovnim sindromom, hipertenzijo, diabetesom in nekaterimi vrstami raka. Posamezniki, ki se prehranjujejo vegansko, imajo bolj zdrav življenjski slog, manj nezdravih navad (kajenje tobaka, vnos alkohola) ter nižji indeks telesne mase. Kot drugi razlog intervjuvanci navajajo skrb za varovanje okolja, saj menijo, da je veganska prehrana bolj prijazna do okolja, živilska industrija namreč povzroča veliko porabo vode, veliko toplogrednih plinov in odpadkov. Prav tako kot intervjuvanci tudi Francione in Charlton (2014) navajata, da živinoreja prispeva v ozračje več toplogrednih plinov, ki so neposredno povezani z globalnim segrevanjem, kot izgorevanje fosilnih goriv za transport. Ocenjujeta, da živinoreja proizvede 51 odstotkov celotnih emisij toplogrednih plinov, ki so posledica človeških dejavnosti. Za pridelavo živil živalskega izvora je potrebna tudi znatna količina fosfatnih goriv. Da se vse živali nahranijo, je potrebna ogromna količina rastlinske hrane. Ker primanjkuje prostora za polja, v Aziji in Južni Ameriki krčijo deževni gozd – vsako minuto je samo v Braziliji posekan za šest nogometnih igrišč velik del pragozda. Živinorejska industrija je tudi velik potrošnik pitne vode. Pridelovanje krme za živali zahteva izredne količine vode, čezmerna paša na velikih površinah močno vpliva na vodni cikel, poleg tega pa živinoreja tudi močno neposredno onesnažuje vodo, česar se intervjuvanci dobro zavedajo. Čenčur (2014) meni, da je živinoreja eden od sektorjev, ki najbolj škodljivo vpliva na vedno bolj omejene vodne vire in med drugim prispeva k onesnaževanju pitne vode, evtropikaciji in propadanju koralnih grebenov. Zanj so potrebne ogromne površine tako za živali kot za proizvodnjo krme. To povzroča izsekavanje in uničevanje gozdov, čez 70 odstotkov amazonskega gozda je uničenega zaradi živinoreje, tudi za proizvodnjo soje, ki se uporablja kot krma za živali. Poleg tega je živinoreja eden od glavnih razlogov za izgubljanje biološke raznolikosti in propadanje morskih ekosistemov. Kot ugotavljajo Selb in sodelavci (2017), ima tudi rastlinska prehrana določene negativne vplive na okolje, kot so uporaba pesticidov in gensko spremenjene

rastline, ki lahko s cvetnim prahom kontaminirajo običajne rastline na velike razdalje. Genetsko onesnaženje je nekaj povsem drugega kot kemično onesnaženje, kemikalije se namreč ne razmnožujejo same. Pri genskem onesnaženju je ravno obratno, saj se DNA teoretično lahko razmnožuje sama. Gensko spremenjene rastline, kot npr. soja, bi lahko torej zaradi njim nelastnih genov proizvajale določene snovi, ki bi lahko povzročile alergije pri ljudeh, ki na to živilo drugače niso alergični. Morebitna prevelika količina alergenov v rastlinah, ki se uporabljajo za hrano, lahko predstavlja tveganje za zdravje alergičnih potrošnikov. Kot tretji razlog so intervjuvanci izpostavili skrb in sočutje do živali ter preprečevanje živalske industrije, saj naj bi človeštvo, kot navajata Francione in Charlton (2014), samo za prehrano letno ubilo kar 57 milijard kopenskih živali. Z raziskavo smo ugotovili, kakšne zdravstvene težave so imeli intervjuvanci pred veganstvom ter kako je veganski način prehranjevanja vplival na njihovo zdravje in počutje. Izpostavili so predvsem težave, kot so: kronično vnetje, čezmerna telesna masa, problematična koža, želodčne težave, alergije in atopični dermatitis. Mnogi avtorji (Dahlke, 2015; Hastings et al., 2017) navajajo, da je vzrok škodljivega učinka mesa neugoden vzorec maščobnih kislin, predvsem pa način vzreje živali, pri kateri živali trpijo. V živalih, ki ne živijo na prostem in se ne prehranjujejo svoji vrsti primerno, se razvijajo skrajno nezdrave maščobne kisline, kar pomeni, da jedci mesa zaužijejo veliko stresnih hormonov. Rådjursöga in sodelavci (2018) menijo, da je prehranjevanje z rdečim in predelanim mesom povezano s povečanim tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, debelosti, srčno-žilnih bolezni in raka. Poleg prehrane je seveda veliko odvisno tudi od življenjskega sloga: kajenja, stresa, uživanja alkohola, telesne aktivnosti in duševnega zdravja. Te značilnosti se med posamezniki razlikujejo, zato je težko ugotoviti povezavo med prehrano in zdravjem. Trapp in Barnard (2010) menita, da lahko z vegetarijanskim in zlasti veganskim načinom prehranjevanja preprečujemo sladkorno bolezen tipa 2 ali pozitivno vplivamo na njen potek. Prehranjevanje z rastlinsko prehrano in manjšo vsebnostjo nasičenih maščob preprečuje tveganje za povišano telesno maso in visok krvni sladkor. Veganska prehrana pomaga pri obvladovanju sladkorne bolezni tipa 2, uravnavanju telesne mase, zniževanju glikemije in zmanjšuje tveganje za srčno-žilne bolezni, bolezni ledvic in nevropatije. Previdno načrtovane veganske diete z nizko vsebnostjo maščob so prehransko ustrezne in lahko imajo večjo kakovost prehrane v primerjavi z bolj običajnimi priporočili o prehrani. V našem primeru so prav tako skoraj vsi intervjuvanci trdili, da jim je s spremembo prehrane uspelo ublažiti veliko zgoraj naštetih težav in nekatere celo popolnoma odpraviti. Sedaj imajo več energije, bolj urejeno prebavo, ker zaužijejo več vlaknin, ki jih varujejo pred različnimi črevesnimi boleznimi in pospešujejo prehajanje hrane skozi prebavni trakt. Tomova in sodelavci (2019) ugotavljajo, da prav tako pozitivno vpliva na črevesno mikrobioto, ki je pomembna za imunski sistem našega telesa in predstavlja do 70 odstotkov celotnega imunskega odziva. Vlaknine povečujejo nastajanje mlečnokislinskih bakterij in s tem izboljšajo imunost proti patogenom in uravnavajo funkcijo črevesja. Veganska prehrana je torej učinkovita pri spodbujanju raznovrstnega ekosistema koristnih bakterij, ki

podpirajo floro v črevesju. Veganska prehrana običajno pomeni tudi povečan vnos polnovrednih živil, kot so zelenjava, sadje, stročnice in polnozrnatih pekovski izdelki, kar pomeni več zaužitih antioksidantov, vlaknin, vitaminov in mineralov. Nekaterim je uspelo znižati tudi holesterol in urediti krvni pritisk. Nekaj jih je omenilo, da imajo sedaj manj težav z nečisto kožo in atopičnim dermatitisom, ki je pri eni intervjuvanki popolnoma odpravljen. Želodčne težave, ki naj bi se po besedah intervjuvancev pojavljale predvsem po zaužitju mleka in mlečnih izdelkov, jim je torej z veganskim načinom prehranjevanja uspelo ublažiti ali odpraviti.

Zaključek

Število pacientov s kroničnimi boleznimi zaradi nezdravega načina življenja po svetu zelo narašča. Na to zelo vplivata nezdrava prehrana z veliko nasičene imi transmaščobami, prehranskim holesterolom, preveč sladkorja in soli ter močno predelana hrana, ki je dandanes poceni in dostopna skoraj vsem. Da se izognejo debelosti, srčno-žilnim boleznim, sladkorni bolezni in rakavim obolenjem, se vedno več ljudi odloča za spremembo življenjskega sloga, med njimi tudi vedno več veganov, ki so prepričani, da lahko z veganskim načinom prehranjevanja obvarujejo svoje zdravje in hkrati še okolje ter živali. Po mnenju odraslih, ki so se odločili za veganski način prehranjevanja, je le-ta povezan s pozitivnim zdravstvenim stanjem, vključno z manjšo razširjenostjo povišane telesne mase ali debelosti, srčno-žilnimi boleznimi, presnovnim sindromom, hipertenzijo, diabetesom in nekaterimi vrstami raka, ter pozitivno vpliva na črevesno mikrobioto. Na podlagi intervjujev smo ugotovili, da nihče namreč ni omenil zdravstvenih težav, ki bi jih opazal, odkar se prehranjuje vegansko, in ki bi jih morebiti povzročila veganska prehrana. Pri izbiri hrane so sedaj bolj pozorni na vsebovane sestavine, uživajo manj nezdrave hrane, ki predstavlja veliko tveganje za nastanek kroničnih bolezni. Intervjuvanci so poleg prehrane spremenili tudi druge navade, ki prav tako pripomorejo k boljšemu zdravju. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri promociji zdravega načina prehranjevanja. Vsi zdravstveni delavci morajo namreč upoštevati pristop, ki temelji na razpoložljivih dokazih glede različnih prehranskih diet. Ker je veganstvo vedno bolj razširjeno, morajo poznati značilnosti celovite veganske prehrane, da lahko svojim pacientom pravilno svetujejo. Pomembno je, da se zdravstveni delavci zavedajo, da dobro načrtovana veganska dieta, ki temelji na široki raznovrstnosti rastlinske hrane in izključuje vse živalske derivate, lahko zagotovi ustrezno prehrano v vseh življenjskih obdobjih, vključno med nosečnostjo, v obdobju dojenja, prav tako dojenčkom in otrokom v obdobju otroštva. Uravnotežen veganski način prehranjevanja lahko ustreza vsem energijskim potrebam, če so dodane hranilne snovi, ki so bistvene predvsem v občutljivih obdobjih. Še posebej pozorni morajo biti pri nosečnicah, doječih materah in otrocih, mlajših od dveh let, s povečano potrebo po omega-3-maščobnih kislinah in tistih, ki jih slabše absorbirajo (starejši, ljudje s sladkorno boleznijo ali drugimi kroničnimi boleznimi). Smiselno bi bilo v ta namen izbrati medicinsko sestro, ki bi se

po diplomi kontinuirano izobraževala in izpopolnjevala za pridobitev specialnih znanj iz različnih načinov prehranjevanja in zdravstvenovzgojnega dela, da bi lahko delovala predvsem na področju preventive in svetovanja npr. v referenčnih ambulantah in centrih za krepitev zdravja, saj je pri veganstvu pomembna dobra informiranost. Opažamo, da se vegani najpogosteje po nasvete prej obrnejo na svetovni splet tako za informacije o hranilnih snoveh, za načrtovanje uravnotežene veganske prehrane, s katero bodo dobili potrebna hranila, vitamine in minerale, kot tudi za kuharske recepte. Vse informacije, ki jih najdejo na spletu, seveda niso iz zanesljivih in verodostojnih virov, saj je veliko neresničnih, nepreverjenih in potencialno tudi škodljivih informacij. Zato je pomembno nenehno učenje, pridobivanje novih znanj in izpopolnjevanje strokovnega znanja na tem področju in predvsem širjenje znanja med ljudi. Zdravstvenovzgojno delo lahko namreč pomembno pripomore k zdravju, če se začne že v otroštvu in v šoli, kjer se izoblikuje življenjski slog posameznika. Ta je namreč temelj, ki zelo vpliva na kakovost življenja predvsem v starosti. Ker o veganstvu še ni veliko raziskanega, sploh pri nas, smo imeli težave z iskanjem in izbiro literature. Opravljena raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in velikosti vzorca. Rezultatov raziskave ne moremo posploševati, saj je v raziskavi sodelovalo le šest veganov, zato predlagamo raziskavo, ki bo opravljena z več udeleženci. Predvidevamo, da bi s predhodnim pilotnim intervjujem pridobili še več uporabnih informacij, saj bi ga lahko analizirali in na podlagi analize pripravili bolj poglobljen intervju, s katerim bi pridobili več zelenih in kakovostnih podatkov za raziskovanje področja prehranjevalnih navad veganov.

Literatura

- BOHLMANN, F. in ULMANN, M., 2014. Hrana kot zdravilo. Kranj: Založba Narava, str. 5–49.
- BELOVIČ, B., VERBAN BUZETI, Z., PAPIČ, J., PETRAŠ, T., AMBRUŠ, S. in TKALEC, S., 2013. Praktični pristopi spodbujanja zdravja otrok. Priročnik za vzgojitelje in učitelje. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota in Samouprava županije Zala, str. 15–25.
- CRAMER, H., KESSLER, C., SUNDBERG, T., LEACH, M., SCHUMANN, D. in ADAMS, J., 2017. Characteristics of Americans Choosing Vegetarian and Vegan Diets for Health Reasons. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(7), str. 561–562. Pridobljeno 27. 2. 2018 s <https://www.sciencedirect.com/ezproxy.lib.ukm.si/science/article/pii/S1499404617302300>
- CRAIG, W.J., 2009. Health effects of vegan diets. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89(5), str. 1627–1633. Pridobljeno 5. 7. 2019 s 10.3945/ajcn.2009.26736N
- ČENČUR, M., 2014. Veganstvo otrok. Pridobljeno 2019 .5 .27 s: <http://www.vegan.si/clanki/veganstvo-otrok/>
- DAHLKE, R., 2015. Veganstvo za začetnike – v štirih tednih do trdnega in trajnega zdravja. 1. izdaja. Tržič: Učila International, str. 8–32.
- FRANCIONE, G.L. in CHARLTON, A., 2014. Etika v kuhinji – ali je prav jesti živali?. 1. izdaja. Škofja Loka: Založba Planet, str. 13–151.
- GILI, R.V., LEESON, S., MONTES-CHAÑI, E. M., XUTUC, D., CONTRERAS-GUILLÉN, I.A. & GUERRERO-FLORES, G.N., 2019. Healthy Lifestyle Practices among Argentinian Vege-

- tarians and Non-Vegetarians. *Nutrients*, 11(1), str. 154. Pridobljeno 2. 8. 2018 s <https://doi.org/10.3390/nu11010154>
- HASTINGS, J., GOWER, T., ALTSCHUL, S. in HARRAR, S., 2017. Prehrana za zdravo življenje: uravnavajmo telesno težo, okrepimo srce in živimo dlje. 1. izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 40–41.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- LEITZMANN, C., 2014. Vegan nutrition: past, present, future. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(1), str. 496S–502S. Pridobljeno 3. 8. 2019 s <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.071365>
- MERLJAK, M. in KOMAN, M., 2011. Zdrava prehrana je prava odločitev. Ljubljana: Prešernova družba, str. 23–77.
- RÅDJURSÖGA, M., LINDQVIST, H., PEDERSEN, A., KARLSSON, B., MALMODIN, D. in ELLEGÅRD, L., 2018. Nutritional Metabolomics: Postprandial Response of Meals Relating to Vegan, Lacto-Ovo Vegetarian, and Omnivore Diets. *Nutrients*, 10(8), str. 2–15. Pridobljeno 6. 8. 2019 s <https://doi.org/10.3390/nu10081063>
- ROSS WATSON, R., 2017. Nutrition and Functional Foods for Healthy Aging. United State: University of Arizona, str. 361–367.
- SELB, R., WAL, J.M., MORENO, F.J., LOVIK, M., MILLS, C. in HOFFMANN-SOMMERGRUBER, K., 2017. Assessment of endogenous allergenicity of genetically modified plants exemplified by soybean – Where do we stand? *Food and Chemical Toxicology*, 101, str. 139–148. Pridobljeno 11. 8. 2019 s [doi:10.1016/j.fct.2017.01.014](https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.01.014)
- SLATE, K., MULHERN WHITE, M., ROSE GOLD, S. in KAUPAS, P., 2010. Jejmo zdravo! Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 13.
- TOMOVA, A., BUKOVSKY, I., REMBERT, E., YONAS, W., ALWARITH, J. in BARNARD, N. D., 2019. The Effects of Vegetarian and Vegan Diets on Gut Microbiota. *Front. Nutr.* 6(47). Pridobljeno 2. 8. 2019 s [doi: 10.3389/fnut.2019.00047](https://doi.org/10.3389/fnut.2019.00047)
- TRAPP, C.B. in BARNARD, N.D., 2010. Usefulness of Vegetarian and Vegan Diets for Treating Type 2 Diabetes. *Current Diabetes Reports*, 10(2), str. 152–158. Pridobljeno 4. 8. 2019 s <https://doi.org/10.1007/s11892-010-0093->

Spremembe globalne in lokalne gibalne zmogljivosti pri osebah z osteoartrozo kolena

Tina Čeh, Nejc Šarabon

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola, Slovenija
tina.ceh11@gmail.com, nejc.sarabon@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: Namen študije je bil preveriti spremembe izbranih globalnih in lokalnih gibalnih zmogljivosti oseb z osteoartrozo (OA) kolena ter povezanost zadevnih izhodnih mer. *Metode:* V študijo smo vključili 24 oseb z OA kolena in 24 zdravih oseb. Preverili smo globalne (statično ravnotežje, 30-s vstajanje s stola, vstani in pojdi test, 6-min test hoje) in lokalne gibalne funkcije (gibljivost kolena, navor med največjim hotenim napreznjem stegenskih mišic). Zdravstveno stanje, telesno aktivnost, oviranost in bolečino smo vrednotili s standardiziranimi vprašalniki. *Rezultati:* Ugotovili smo statistično značilno nižjo zmogljivost oseb z OA kolena pri globalnih gibalnih funkcijah, gibljivosti kolena in jakosti iztegovalk kolena ($p < 0,05$). Ugotovili smo nizke do zmerne povezave določenih gibalnih funkcij za zdrave osebe ($p < 0,05$; $0,405 < r < 0,588$) ter nizke do visoke za osebe z OA kolena ($p < 0,05$; $0,420 < r < 0,717$). *Razprava:* Rezultati kažejo na povezanost nekaterih lokalnih funkcij kolenskega sklepa z globalnimi funkcijami. Uporabljen testni protokol bi bil lahko obetavna metoda za razvoj testov gibalnih funkcij v kliničnem okolju za osebe z OA kolena in druga patološka stanja starejših oseb.

Gljučne besede: gibalne funkcije, starejši odrasli, dnevne aktivnosti

Uvod

Osteoartroza (OA) je ena izmed najpogostejših bolezni sinovialnih sklepov (Ashkavand in sod., 2013). Najpogosteje prizadene kolena, kolke, hrbtenico in prste rok (Robinson in sod., 2016; Mobasheri, 2013). Pojavnost in razširjenost narašča s starostjo (Lawrence in sod., 2008). Gre za postopno razgradnjo hrustanca, preoblikovanje, tanjšanje in izgubo subhondralne kostnine, formirajo se izrastki, prisotna je bolečina in izguba normalne funkcije sklepa (Robinson, 2016; El-Tawil in sod., 2016), kar vpliva na vsakdanje naloge in zmanjšuje kvaliteto življenja.

Mednarodno raziskovalno združenje za osteoartritis (eng. Osteoarthritis Research Society International (OARSI)) za oceno gibalne zmogljivosti oseb z OA kolena priporoča teste, ki odražajo številne dnevne aktivnosti (Dobson

in sod., 2013), kot so hoja, usedanje, vstajanje, hoja po stopnicah ipd. Znano je, da nobena raziskava zadnjih let ni vključevala večjega števila teh testov ali pokazala povezav med njimi. Zato smo na skupini starejših oseb z OA kolena in zdravih starejših osebah izvedli meritve globalnih (vstani in pojdi test, 30-s test vstajanja s stola in 6-min test hoje, test mirne stoje na eni nogi) in lokalnih gibalnih funkcij (segmentno specifične/lokalno omejene), kamor smo uvrstili največji obseg giba (NOG) kolena in navor med največjim hotenim mišičnim naprežanjem (NHN_N) upogibalk in iztegovalk kolena. Namen študije je bil preveriti spremembe izbranih globalnih in lokalnih gibalnih zmogljivosti oseb z OA kolena ter povezanost zadevnih izhodnih mer. Predpostavili smo, da imajo osebe z OA kolena nižjo raven zmogljivosti vseh gibalnih funkcij in močnejše povezave med testi v primerjavi z zdravimi osebami.

Metode

Preiskovanci

V raziskavi je sodelovalo 48 preiskovancev (> 55 let), 24 v kontrolni in 24 v eksperimentalni skupini (Tabela 1). Vključitveni kriterij za eksperimentalno skupino je bil diagnosticiran OA kolena, izključitveni kriteriji so bili poškodba ali OA kolka in/ali gležnja, prisotnost nevroloških bolezni (metabolne bolezni z učinkom na živčevje), internistične bolezni, ki vplivajo na telesno zmogljivost, Parkinsonova bolezen, Alzheimerjeva bolezen, možganska kap s posledicami na motoriki in/ali kogniciji, diabetes s poznimi posledicami (diabetično stopalo, nevropatije), motnje ravnotežja, pri čemer vemo, da gre za okvaro vestibularnega aparata, pretekle operacije kolena, akutne poškodbe kolena v zadnjih 12 mesecih, endoproteza kolena, operacija spodnjega dela hrbta in prisotnost kroničnih bolečin v spodnjem delu hrbta, ki presegajo stopnjo 3, pri čemer se pod kronično bolečino smatra stalno prisotna bolečina, ki presega stopnjo 3, ali, kadar se pojavijo 3 ali več krajše epizode bolečine nad stopnjo 3 letno.

Tabela 1: Osnovni podatki preiskovancev

	Spol	N	Starost (leta)	Višina (cm)	Teža (kg)	ITM (kg/m ²)
ES	Ženske	20	66,1 ± 6,0	165 ± 7,0	84,2 ± 17,0	31,0 ± 6,8
	Moški	4	66,1 ± 5,2	178 ± 3,7	98,5 ± 15,8	31,2 ± 4,1
	Skupaj	24	66,1 ± 5,2	167 ± 7,6	86,6 ± 17,4	31,0 ± 6,3
KS	Ženske	17	66,1 ± 4,7	164 ± 4,0	82,1 ± 14,5	30,5 ± 5,0
	Moški	7	60,0 ± 8,5	175 ± 8,5	86,1 ± 15,0	27,0 ± 4,7
	Skupaj	24	66,1 ± 5,8	168 ± 8,0	83,3 ± 14,5	29,5 ± 5,1

ES – eksperimentalna skupina; KS – kontrolna skupina; N – število preiskovancev; ITM – indeks telesne mase

Osebe z OA kolena so bile napotene s strani fiziatrov in zdravnikov družinske medicine Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor (ZD Maribor). Zdrave osebe smo pridobili iz lokalne skupnosti. Raziskavo smo izvedli po predhodni odobritvi s strani Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-321/2017-4) in Etične komisije ZD Maribor, kjer so se meritve izvajale.

Merilni postopki

Preiskovanci so podpisali pristopno izjavo in izpolnili tri vprašalnike za oceno zdravstvenega stanja, telesne aktivnosti, oviranosti in bolečine preiskovancev: Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOM-AC), 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). Vse vprašalnike smo pred pričetkom raziskave prevedli v slovenščino skladno s pravili validiranega prevajanja vprašalnikov. Pred izvedbo merilnih postopkov in po vsaki nalogi so preiskovanci subjektivno ocenili prisotnost bolečine v kolenu na lestvici od 0 (odsotnost bolečine) do 10 (najhujša možna bolečina). Izmerili smo aktivno gibljivost kolena v smeri upogiba in iztega (Yoshidaa, Mizner, Ramsey in Snyder-Mackler, 2008). Za preverjanje statičnega ravnotežja smo opravili test mirne stoje na eni nogi na plošči za merjenje sil na podlago (9260AA, Kistler, Winterthur, Švica). Vrednotili smo čas stoje na eni nogi ter gibanje centra pritiska na podlago (CPP) s pomočjo namenske programske opreme (MARS 4.0 – measurement analysis and reporting software, Kistler, Winterthur, Švica). Sledil je 30-s test vstajanja s stola (Luc-Harley, 2018) ter test vstani in pojdi (Podsiadlo in Richardson, 1991). Nadaljevali smo s 6-min testom hoje (Dobson in sod., 2013), ki je služil tudi kot ogrevanje za nadaljevanje meritev na dinamometru (Knee Dynamometer, S2P, znanost v prakso, d.o.o., Ljubljana, Slovenija), pri čemer smo vrednotili NHN_N v smeri iztega in upogiba kolena. Šlo je za tri mišična naprezanja kakor hitro mogoče z zadržkom največje proizvedene sile 3 s. V nadaljnjo statistično analizo je vstopala vrednost ponovitve, med katero je bila dosežena najvišja vrednost NHN_N .

Statistična obdelava

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili programa Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Santa Rosa, California) in PASW Statistics 18 (IBM Corporation, Armonk, New York, ZDA). V analizo razlik med skupinama smo vzeli prizadeto oziroma bolj prizadeto nogo oseb z OA in stran-ujemajočo nogo pri kontrolni skupini. Za globalne in lokalne gibalne funkcije smo izračunali opisno statistiko (povprečje, standardni odklon), za test normalnosti porazdelitve podatkov smo uporabili Shapiro-Wilk test, za razlike med skupinama t-test neodvisnih vzorcev, za preverbo povezanosti med globalnimi in lokalnimi gibalnimi funkcijami smo izračunali Pearsonov korelacijski koeficient (r). Interpretirali smo ga kot zanemarljiv (0,0 do 0,30), nizek (0,3 do 0,5), zmeren (0,5 do 0,7), visok (0,7 do 0,9) in zelo visoko (0,9 do 1) (Hinkle,

Wiersma in Jurs, 2003; povzeto po Mukaka, 2012). Statistično značilne rezultate smo sprejeli pri stopnji zaupanja $p < 0,05$. Izračunali smo velikost učinka (ES) in o vrednostih poročali po Cohen-u (1988), pri čemer govorimo o majhni velikosti učinka (ES = 0,2), srednji (ES = 0,5) in veliki (ES = 0,8).

Rezultati

Vsi preiskovanci so meritve zaključili brez zapletov. Eksperimentalna skupina je bila heterogena z vidika prizadetosti kolena (OA enega kolena: N = 13, OA obeh kolen: N = 14). WOMAC kaže višjo prisotnost bolečine, okorelosti in težav pri dnevnih aktivnostih v zadnjih 48 urah pri osebah z OA kolena ($p < 0,001$; $0,530 < ES < 0,641$). SF-36 kaže značilne razlike med skupinama v komponentah telesno delovanje, socialno/družbeno delovanje in telesne bolečine ($p < 0,05$; $0,081 < ES < 0,537$). S pomočjo GPAQ vprašalnika nismo ugotovili razlik v telesni aktivnosti pri delu in gibalni-športni aktivnosti, niti pri uporabi aktivnega transporta (pešačenje, kolesarjenje) in času sedenja na dnevni ravni ($p > 0,05$).

Tabela 2: Razlike v lokalnih in globalnih gibalnih funkcijah med skupinama

	KS (N=24)	ES (N=24)	t-test (p)	ES
NOG izteg kolena (°)	3,8 ± 4,0	6,5 ± 3,8	0,019	0,114
NOG upogib kolena (°)	127,5 ± 6,4	119,0 ± 10,4	0,001	0,202
Ravnotežje (s)	23,3 ± 8,2	16,3 ± 11,2	0,017	0,119
Skupna hitrost CPP (mm/s)	74,3 ± 24,1	80,5 ± 22,2	0,393	0,019
Vstajanje s stola (N)	16,2 ± 4,1	13,7 ± 3,7	0,032	0,096
Vstani in pojdi (s)	5,8 ± 0,7	6,8 ± 1,3	0,002	0,196
6-min test hoje (m)	553,0 ± 77,2	444,5 ± 83,0	0,000	0,323
NHN _N iztegovalk kolena (Nm)	106,9 ± 34,2	84,1 ± 32,3	0,022	0,109
NHN _N upogibalk kolena (Nm)	54,6 ± 19,8	46,8 ± 18,8	0,164	0,042

KS – kontrolna skupina; ES – eksperimentalna skupina; N – število preiskovancev; p – statistična značilnost; ES – velikost učinka; CPP – center pritiska na podlago; NHN_N – navor med največjim hotenim mišičnim naprezanjem

Večina izbranih globalnih in lokalnih gibalnih funkcij je normalno porazdeljenih (Shapiro-Wilk, $p > 0,05$). V Tabeli 2 so opisane povprečne vrednosti meritev s standardnim odklonom. Vsi parametri globalnih gibalnih funkcij so pokazali statistično značilno nižjo raven zmogljivosti eksperimentalne skupine ($0,001 < p < 0,032$; $0,096 < ES < 0,323$). Različno ravnotežje med skupinama se je kazalo v (ne)zmožnosti izvedbe naloge v celoti in časih trajanja izvedbe. V značilnostih ohranjanja ravnotežja, merjenega preko parametrov CPP (skupna hitrost) v antero-posteriorni in medio-lateralni smeri, ni bilo razlik med

skupinama ($p > 0,05$). V lokalnih gibalnih funkcijah se razlike med skupinama kažejo v gibljivosti kolena ($0,001 < p < 0,019$; $0,114 < ES < 0,202$) ter NHN_N iztegovalk kolena ($p = 0,022$; $ES = 0,109$). Značilne povezave med gibalnimi funkcijami so nizke do zmerne za kontrolno skupino ($p < 0,05$; $0,405 < r < 0,588$) ter nizke do visoke za eksperimentalno skupino ($p < 0,05$; $0,420 < r < 0,717$). Vse globalne gibalne funkcije eksperimentalne skupine so značilno povezane z NHN_N upogibalk kolena ($p < 0,05$; $0,420 < r < 0,552$), za kontrolno skupino te povezave niso značilne ($p > 0,05$). Nizke do zmerno močne povezave med 6-min testom hoje in NOG upogiba kolena so značilne za obe skupini ($p < 0,05$; $0,431 < r < 0,588$). Zdravi preiskovanci so meritve opravili brez bolečine v kolenu, medtem ko je pri osebah z OA kolena pred pričetkom meritev povprečna stopnja bolečine znašala $2,6 \pm 2,3$ in se je tekom meritev spreminjala. Najvišja je bila po testu vstajanja s stola ($4,0 \pm 2,4$) in po 6-min testu hoje ($3,8 \pm 3,0$). Ob koncu meritev je stopnja bolečine ostala višja od izhodiščne ocene ($3,4 \pm 3,0$). Opravili smo še analize razlik lokalnih gibalnih funkcij in testa mirne stoje na eni nogi med prizadeto in neprizadeto nogo oseb z enostransko prizadetostjo ($N = 13$). Ugotovili smo značilne razlike v NOG v smeri upogiba kolena ($p < 0,001$; $ES = 0,712$), v NHN_N iztegovalk kolena ($p = 0,033$; $ES = 0,326$) in NHN_N upogibalk kolena ($p = 0,015$; $ES = 0,4$).

Razprava

Namen študije je bil preveriti spremembe izbranih globalnih in lokalnih gibalnih zmogljivosti oseb z OA kolena ter povezanost zadevnih izhodnih mer. Ugotovili smo nižjo raven zmogljivosti oseb z OA kolena za teste globalnih gibalnih funkcij, medtem ko smo pri lokalnih gibalnih funkcijah ugotovili oslABLJENO gibljivost kolena v smeri upogiba in iztega ter prav tako značilno nižjo zmogljivost NHN_N iztegovalk kolena. To potrjuje hipotezo o nižji ravni zmogljivosti lokalnih in globalnih gibalnih funkcij pri osebah z OA kolena z izjemo NHN_N upogibalk kolena. Prav tako pri osebah z OA kolena veljajo močnejše povezave med določenimi gibalnimi funkcijami. Razlike med skupinama na podlagi vprašalniških mer si razlagamo zaradi prisotnosti bolečine ter omejitev pri določenih aktivnostih, ki jih preiskovanci opažajo sami (razlike v telesnem delovanju in socialnem/družbenem delovanju). Prav tako je zaradi bolečine morda nižja raven zmogljivosti pri določenih testih. Pri vstajanju s stola je stopnja bolečine bila najvišje izražena. Oslabljen ravnotežje je lahko posledica slabše proprioceptivne funkcije zaradi degeneracije sklepa in zmanjšanega števila receptorjev v sklepu (Shumway-Cook in Wollacott, 2007). Ugotovljena nižja največja jakost iztegovalk kolena se sklada s številnimi študijami (Heiden in sod., 2009; Palmieri-Smith in sod., 2010; Winters in Rudolph, 2014; Ventura in sod., 2018; Aily in sod., 2019), morda se izraža tudi pri izvajanju nekaterih testov globalnih gibalnih funkcij, kot je vstajanje s stola ter vstani in pojdi test, pri čemer je zahteva po aktivaciji iztegovalk kolena visoka. Prav tako smo ugotovili povezavo med NHN_N iztega kolena z vstani in pojdi testom ter 6-min testom hoje. Pri nekaterih preiskovancih je bila prisotna oteklina kolena, kar lahko dodatno vpliva na slabšo gibljivost. Zaradi man-

jšega upogiba kolena se zmanjša površina, po kateri se razporejajo obremenitve. To se lahko odraža v večji bolečini, posledično počasnejši hoji pri 6-min testu hoje. Pri večini je bilo vidno šepanje – gre za spremembo hoje (Jahn, Zwergal in Schniep, 2010), razvijejo se kompenzatorne strategije. S primerjavo razlik med skupinama smo dokazali razlike v NOG v smeri iztega kolena in času mirne stoji na eni nogi, česar pri preiskovancih z enostransko prizadetostjo med prizadeto in neprizadeto ne potrjujemo. To nam lahko kaže na vidik centralnosti sprememb zaradi OA enega kolena, ki ga potrjuje poslabšano statično ravnotežje z vidika časa stanja na eni nogi ne glede na stoji na prizadeti ali neprizadeti nogi v primerjavi z zdravo populacijo. Preiskovanci so bili merjeni ob različnih dnevih ter urah tekom dneva – pri nekaterih bi že lahko bila prisotna utrujenost ter večja izraženost bolečine, ki je vplivala na izvedbo nalog. Morda bi bilo bolje meritve izvajati le dopoldan. Gibalne funkcije smo preverjali v laboratorijskem okolju, odvisne so od številnih dejavnikov (vremena, dela dneva, utrujenosti, razpoloženja, bolečine ipd.). In čeprav so kratka gibanja z veliko hitrostjo pomembne dnevne funkcije, izvedeni testi ne odražajo vseh dnevnih aktivnosti starejših odraslih.

Zaključek

Rezultati so pokazali, da osebe z OA kolena dosegajo nižjo raven zmogljivosti globalnih in lokalnih gibalnih funkcij v primerjavi z zdravimi osebami, z izjemo NHN_N upogibalk kolena. Ugotovitve lahko uporabimo kot vodilo za konzervativno spoprijemanje z OA kolena za izboljšanje vsakodnevnih funkcionalnih nalog in s tem kakovosti življenja. Testni protokol bi bil lahko obetavna metoda za razvoj testov gibalnih funkcij v kliničnem okolju tako za osebe z OA kolena kot za ugotavljanje omejitev gibalnih zmogljivosti tudi drugih patoloških stanj.

Literatura

- AILY, J.B., DE NORONHA, M., ALMEIDA, A.C. DE, PEDROSO, M.G., MACIEL, J.G., MATTIELLO-SVERZUT, A.C. in MATTIELLO, S.M., 2019. Evaluation of vastus lateralis architecture and strength of knee extensors in middle-aged and older individuals with knee osteoarthritis. *Clinical rheumatology*, vol. 38 (9), str. 2603–2611.
- ASHKAVAND, Z., MALEKINEJAD, H. in VISHWANATH, B.S., 2013. The pathophysiology of osteoarthritis. *Journal of pharmacy research*, vol. 7 (1), str. 132–138. <https://doi.org/10.1016/j.jopr.2013.01.008>
- COHEN, J., 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- EL-TAWIL, S., ARENDT, E. in PARKER, D., 2016. Position statement: the epidemiology, pathogenesis and risk factors of osteoarthritis of the knee. *Journal of isakos, joint disorders & orthopaedic sports medicine*, vol. 1 (4), str. 219–228. <http://dx.doi.org/10.1136/jisakos-2015-000002>
- HEIDEN, T.L., LLOYD, D.G. in ACKLAND, T.R., 2009. Knee extension and flexion weakness in people with knee osteoarthritis: is antagonist cocontraction a factor? *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, vol. 39 (11), str. 807–815. <https://doi.org/10.2519/jospt.2009.3079>

- JAHN, K., ZWERGAL, A. in SCHNIEPP, R., 2010. Gait disturbances in old age. *Deutsches ärzteblatt international*, vol. 107 (17), str. 306–316.
- JANSSEN, I., HEYMSFIELD, S.B. in ROSS, R., 2002. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *Journal of the American geriatric society*, vol. 50 (5), str. 889–896. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50216.x>
- LAWRENCE, R.C., FELSON, D. T., HELMICK, C.G., ARNOLD, L.M., CHOI, H., DEYO, R.A., GABRIEL, S., HIRSCH, R., HOCHBERG, M.C., HUNDER, G.G. et al., 2008. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States, Part II. *Arthritis and rheumatism*, vol. 58 (1), str. 26–35. <https://doi.org/10.1002/art.23177>
- LUC-HARKEY, B.A., BLACKBURN, J.T., RYAN, E.D., HARKEY, M.S., DAVIS, H.C., GAYNOR, B.R., NISSMAN, D.B., SPANG, J.T. in PIETROSIMONE, B., 2018. Quadriceps rate of torque development and disability in persons with tibiofemoral osteoarthritis. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, vol. 48 (9), str. 694–703.
- MOBASHERI, A., 2013. The future of osteoarthritis therapeutics: targeted pharmacological therapy. *Current rheumatology report*, vol. 15 (10), str. 364.
- MUKAKA, M.M., 2012. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal*, vol. 24 (3), str. 69–71.
- PALMIERI-SMITH, R.M., THOMAS, A.C. in SOWERS, M.F., 2010. Isometric quadriceps strength in women with mild, moderate, and severe knee osteoarthritis. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, vol. 89 (7), str. 541–548. <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181ddd5c3>. Isometric
- PODSIADLO, D. in RICHARDSON, S., 1991. The timed “up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatric society*, vol. 39 (2), str. 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- ROBINSON, W.H., LEPUS, C.M., WANG, Q., RAGHU, H, MAO, R., LINDSTROM, T. in SOKOLOVE, J., 2016. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. *Nature reviews rheumatology*, vol. 12 (10), str. 580–592.
- ROSENHALL, U. in RUBIN, W., 1975. Degenerative changes in the human vestibular sensory epithelia. *Acta otolaryngologica*, vol. 79 (1-2), str. 67–80. <https://doi.org/10.3109/00016487509124657>
- SHUMWAY-COOK, A. in WOOLLACOTT, M., 2007. *Motor control. Translating research into clinical practice*. (3th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer. [viewed 10 June 2019]. Dostopno na: https://books.google.si/books?id=BJcL3enz3xMC&printsec=frontcover&hl=sl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- YOSHIDAA, Y., MIZNER, L.R., RAMSEY, D.K. in SNYDER-MACKLER, L., 2008. Examining outcomes from total knee arthroplasty and the relationship between quadriceps strength and knee function over time. *Clinical biomechanics*, vol. 23 (3), str. 320–328. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2007.10.008>
- VENTURA, A., MUENDLE, B., FRIESENBIHLER, B., CASARTELLI, N.C., KRAMERS, I. in MAFFIULETTI, N.A., 2018. Deficits in rate of torque development are accompanied by activation failure in patients with knee osteoarthritis. *Journal of electromyography and kinesiology*, vol. 44, str. 94–100. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2018.11.010>
- WINTERS, J. D. in RUDOLPH, K.S., 2014. Quadriceps rate of force development affects gait and function in people with knee osteoarthritis. *European journal of applied physiology*, vol. 114 (2), str. 273–284. <https://doi.org/10.1007/s00421-013-2759-8>

Prisotnost asimetrij in njihova povezanost z dolžino trenažnega procesa in mišično-skeletnimi poškodbami pri baletnih plesalcih

Nina Ogrinc, Nejc Šarabon

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola
ninaogrinc85@gmail.com , nejc.sarabon@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: Namen raziskave je bil ovrednotiti prisotnost asimetrij spodnjih okončin in trupa pri baletnih plesalcih ter proučiti njihovo povezanost z dolžino trenažnega procesa in mišično-skeletnimi poškodbami. *Metode:* V raziskavo je bilo vključenih 19 baletnih dijakov in 23 poklicnih baletnikov. Mišično jakost smo vrednotili izometrično pri zavestnem mišičnem naprežanju gležnja, kolena, kolka in trupa. Vrednotenje statičnega in dinamičnega ravnotežja je bilo izvedeno s testom mirne stoje na eni nogi, testom enonožnega globinskega doskoka ter testom simetrije med stojo, polčepom in globokim čepom. Za testiranje mišične moči sta bila izvedena skok iz polčepa in skok z nasprotnim gibanjem. Gibljivost smo vrednotili z največjim obsegom pasivno izvedenega giba v kolku, kolenu in gležnju. Dolžino trenažnega procesa in prisotnost mišično-skeletnih poškodb smo beležili z retrospektivnim vprašalnikom (za poškodbe zadnjih 12 mesecev). *Rezultati:* Statistično značilne razlike med baletnimi dijaki in poklicnimi baletniki so bile ugotovljene za tri posamezne parametre, in sicer: (1) indeks asimetrije največje hitrosti prirastka navora med največjim zavestnim mišičnim naprežanjem iztega kolka, (2) razmerje upogib/iztega trupa (3) ter indeks asimetrije obremenjevanja nog med vzravnano sonožno stojo. Prav tako so bile ugotovljene razlike v številu vseh (akutne in kronične) poškodb med skupinama bolj in manj simetričnih preiskovancev. *Razprava:* Raziskava kaže na asimetrično uporabo in asimetrično gibalno zmogljivost spodnjih okončin in trupa pri baletnih plesalcih, tako poklicnih kot baletnih dijakov. Prav tako je bila ugotovljena večja prisotnost mišično-oskeletnih poškodb pri baletnih plesalcih z več prisotnimi asimetrijami. Obstaja potreba po nadaljnjih prospektivnih raziskavah s ciljem vzpostavitve primerne dopolnilne vadbe za odpravo asimetrij pri baletnih plesalcih in posledično manjše prisotnosti mišično-skeletnih poškodb.

Gljučne besede: baletni plesalci, asimetrije, poškodbe

Uvod

Klasični balet je ena izmed fizično najbolj zahtevnih oblik umetnosti in baletnega plesalca lahko poimenujemo kar nastopajoči atlet (Koutadakis in sod., 2005). Baletni plesalci trenirajo ali nastopajo vsak dan, plešejo ob bolečinah, nastopajo v zahtevnih okoliščinah, imajo malo počitka med sezono

in se soočajo z veliko konkurenco. V večini primerov pričnejo z vsakodnevnimi treningi že pri devetih letih. Osnovne baletne korake izvajajo na vseh ravneh izobraževanja, pri čemer se intenzivnost in zahtevnost gibov stopnjujeta (Bronner in Ojofeitimi, 2006). Zaradi zahtevnosti klasičnega baleta baletni plesalci večkrat utrpijo mišično-skeletne poškodbe. Raziskave navajajo, da so baletni plesalci izpostavljeni predvsem kroničnim poškodbam (Leanderson in sod., 2011). Mišično-skeletnim poškodbam so izpostavljene predvsem spodnje okončine in trup, pri čemer so gleženj, stopalo in ledveni del hrbtenice najpogosteje prizadeti deli (Ramkumar in sod., 2016). Na pojav mišično-skeletnih poškodb lahko vplivajo različni dejavniki, kot so neprimerno okolje in obutev, nepravilna tehnična izvedba plesno specifičnih pozicij, pogosto ponavljajoči gibi, starost, spol in somatotip (Leanderson in sod., 2011; Allen in sod., 2012; Russell, 2013; Novosel in sod., 2019). V literaturi kot razlog zasledimo tudi različne mišično-skeletne nepravilnosti, katerih del so tudi asimetrije (Gildea in sod., 2013). Šarabon in Kozinc (2018) razdelita asimetrije v gibalni funkciji na lokalne in globalne. Struktura baletne vadbe od plesalca zahteva izvedbo gibov na obe strani telesa. Vendar nekateri avtorji navajajo pogostejšo uporabo desne strani telesa med baletno vadbo oziroma predstavo (Farrar-Baker in Wilmerding, 2006). O prisotnosti asimetrij pri baletnih plesalcih je bilo opravljenih le nekaj raziskav (Gupta in sod., 2004; Lin in sod., 2011; Cunha in sod., 2016). Nekatere obravnavajo tudi prisotnost mišično-skeletnih poškodb kot posledico asimetrij (Hamilton in sod., 1992; Gamboa in sod., 2008; Gildea in sod., 2013). Raziskav, ki bi združevale različne vidike asimetrij in njihovo povezanost z dolžino trenajžnega procesa in mišično-skeletnimi poškodbami, pri pregledu literature nismo zasledili. Z namenom celovitega vpogleda v prisotnost asimetrij spodnjih okončin in trupa smo te vrednotili z različnih vidikov, in sicer mišične jakosti, moči, stabilnosti in gibljivosti. Izhajajoč iz namena naloge smo si zastavili naslednje cilje, in sicer: (1) ugotoviti stopnjo prisotnosti in izraženost asimetrij pri baletnih dijakih in poklicnih baletnikih in (2) ugotoviti stopnjo povezanosti med asimetrijami in mišično-skeletnimi poškodbami v zadnjih 12 mesecih.

Metode

Tabela 1: Splošni podatki preiskovancev

	Ženske/Moški (št.)	Starost (leta)	Telesna višina (cm)	Telesna teža (kg)	BMI (kg/m)
Poklicni baletniki	15/8	28,7 ± 7,0	171,0 ± 7,4	57,0 ± 10,4	19,3 ± 2,0
Baletni dijaki	16/3	17,3 ± 1,6	169,6 ± 7,4	57,5 ± 7,5	19,9 ± 1,5

Legenda: Povprečne vrednosti s pripadajočim standardnim odkloni

V raziskavi je sodelovalo 19 baletnih dijakov Konservatorija za glasbo in balet Ljubljana ter 23 poklicnih baletnikov SNG Opera in balet Ljubljana (Tabela

1). Raziskavo je predhodno odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (0120-99/2018/5). Preiskovanci oziroma zakoniti zastopniki preiskovancev so bili seznanjeni s tveganji sodelovanja in so predhodno podpisali izjavo o prostovoljnem in informiranem sodelovanju pri raziskavi.

Mišično jakost smo vrednotili izometrično pri zavestnem mišičnem napreznju gležnja, kolena, kolka in trupa (največji navor, povprečna in največja hitrost prirastka navora) s pomočjo računalniško podprtih namensko izdelanih elektronskih dinamometrov (S2P, znanost v prakso, d. o. o., Ljubljana, Slovenija). Meritve so bile izvedene trikrat, pri čemer smo pri analizi upoštevali največje dosežene vrednosti. Meritve mišične moči, statičnega in dinamičnega ravnotežja so bile izvedene na dveh ploščah za merjenje sil na podlago (9260AA, Kistler, Winterthur, Švica). Testiranje statičnega in dinamičnega ravnotežja je bilo izvedeno s testom mirne stoji na eni nogi, testom enonožnega globinskega doskoka ter testom simetrije med stoji, polčepom in globokim čepom (povprečna hitrost gibanja centra pritiska na podlago in indeks nestabilnosti). Za testiranje mišične moči sta bila izvedena skok iz polčepa in skok z nasprotnim gibanjem (največja sila in moč). Meritve so preiskovanci opravili trikrat. Za analizo podatkov smo upoštevali povprečje treh meritev statičnega in dinamičnega ravnotežja, medtem ko smo pri meritvah mišične moči upoštevali največje vrednosti. Rezultati mišične jakosti, moči in stabilnosti so bili pred analizo podatkov normalizirani s posameznikovo telesno težo (Hurd in sod., 2011). V skladu z mednarodnimi protokoli kliničnega vrednotenja smo gibljivost vrednotili z največjim obsegom pasivno izvedenega giba v kolku, koleno in gležnju (Jakovljević in Hlebš, 2011). Za izvedbo meritev so bili uporabljeni dvokraki in elektronski goniometer. V okviru raziskave je bil voden izpolnjen vprašalnik o trenažnem procesu in prisotnosti mišičnoskeletnih poškodb v zadnjih 12 mesecih. Izračun indeksa asimetrije med obema okončinama je bil izveden po enačbi ((močnejša – šibkejša)/močnejša) x 100 (Nunn in Mayhew, 1988). Izračun razmerja mišične jakosti med nasprotnimi mišičnimi skupinami iste strani telesa je bil izveden po enačbah, in sicer: (1) upogib/izteg x 100 za trup, koleno in kolk, (2) izteg/upogib x 100 za gleženj, (3) notranja/zunanja rotacija x 100 za kolk, (4) odmik/primik x 100 za kolk (Aagaard in sod., 1998). Kot klinično pomembne smo šteli lateralne asimetrije in razmerja jakosti nasprotnih mišičnih skupin iste strani telesa tiste, ki so odstopale za več kot 10 % (Croisier, 2004; Cunha in sod., 2016). Da smo preverili, kolikšen delež poklicnih baletnikov in baletnih dijakov ima prisotne lateralne asimetrije smo za nadaljnjo analizo razdelili rezultate na pet sklopov: (1) največji navor, (2) povprečno hitrost prirastka navora, (3) stabilnost, (4) mišično moč in (5) gibljivost. Z rezultati retrospektivnega vprašalnika smo preiskovance razdelili na dve skupini, in sicer na bolj (n = 17) in manj (n = 12) poškodovane. Kriterij za manj poškodovane preiskovance je bila ugotovljena prisotnost dveh ali manj akutnih in kroničnih poškodb spodnjih okončin in trupa v zadnjih 12 mesecih. Medtem ko smo pri bolj poškodovanih preiskovancih beležili štiri ali več poškodb. Preiskovance s tremi prisotnimi poškodbami smo izločili iz statistične analize. Za nadaljnjo analizo smo asimetrije razdelili na tri sklope, in sicer: (1) skupne, (2) jakostne in (3) asim-

etrije gibljivosti. Po 10-odstotnem kriteriju prisotnosti asimetrij smo preiskovance razdelili na dve skupini, in sicer na bolj in manj simetrične. Za obdelavo podatkov so bili uporabljeni programi Microsoft Excel 2016 (Microsoft, Washington, ZDA) in IBM SPSS Statistics 23 (IBM, New York, ZDA). Za vse parametre smo izračunali opisno statistiko (povprečne, najnižje in najvišje vrednosti ter standardni odkloni in napake). Za ugotavljanje statističnih razlik med skupinama smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Za ugotavljanje statistične značilnosti medsebojne povezanosti spremenljivk sta bila uporabljena Pearsonov koeficient korelacije (r) in velikost učinka (r^2 ; majhna $r^2 = 0,1$, srednja $r^2 = 0,3$ in velika $r^2 = 0,5$ (Cohen, 1988)). Raven statistične značilnosti je bila postavljena pri stopnji zaupanja $p < 0,05$.

Rezultati

Zaradi tehničnih težav z opremo smo morali podatke ene preiskovanke izključiti iz statistične analize mišične jakosti stranskega upogiba trupa. Delež baletnih plesalcev kaže klinično pomembne lateralne asimetrije za: (1) največji navor med največjim zavestnim mišičnim naprežanjem gležnja, kolena, kolka in trupa – 31,6 % pri poklicnih baletnikih in 22,5 % pri baletnih dijakih, (2) hitrost prirastka med največjim zavestnim mišičnim naprežanjem gležnja, kolena in kolka – 69,1 % pri poklicnih baletnikih in 57,8 % pri baletnih dijakih, (3) mišično moč – 9,8 % pri poklicnih baletnikih in 5,4 % pri baletnih dijakih, (4) stabilnost – 54,3 % pri poklicnih baletnikih in 42,8 % pri baletnih dijakih in (5) gibljivost – 38,8 % pri poklicnih baletnikih in 28,4 % pri baletnih dijakih. Prav tako je rezultat deleža baletnih plesalcev, ki odstopajo za več kot 10 % od priporočenega razmerja največjega navora med največjim zavestnim mišičnim naprežanjem nasprotnih mišičnih skupin iste strani telesa, še večji od deleža klinično pomembnih lateralnih asimetrij (Tabela 2).

Tabela 2: Rezultati deleža baletnih dijakov in poklicnih baletnikov, ki od priporočenih razmerij odstopajo > 10 %.

> 10 % odstopanj	Poklicni baletniki		Baletni dijaki	
	Leva (%)	Desna (%)	Leva (%)	Desna (%)
Izteg/upogib gležnja	87,0	87,0	100,0	100,0
Upogib/izteg kolena	69,6	69,6	94,7	78,9
Upogib/izteg kolka	56,5	56,5	63,2	69,6
Odmik/primik kolka	82,6	82,6	78,9	84,2
Notranja/zunanja rotacija kolka	60,9	56,5	68,4	57,9

Za več kot 10 % od priporočenega razmerja upogiba/iztega trupa, odstopa kar 52,2 % poklicnih baletnikov in 94,7 % baletnih dijakov.

Statistično značilne razlike med baletnimi dijaki in poklicnimi baletniki so bile ugotovljene za tri posamezne parametre, in sicer: (1) indeks asimetrije največje hitrosti prirastka navora med največjim zavestnim mišičnim naprežanjem iztega kolka ($t(40) = -3,124$; $p = 0,003$; $d = 0,48$), (2) razmerje upogib/izteg trupa ($t(40) = -3,55$; $p = 0,001$; $d = 0,55$), (3) ter indeks asimetrije obremenjevanja nog med vzravnano sonožno stoji ($t(40) = 2,201$; $p = 0,034$; $d = 0,34$). Preostali indeksi asimetrij posameznih parametrov in razmerij med nasprotnimi mišičnimi skupinami iste strani telesa niso pokazali statistično značilnih razlik med baletnimi dijaki in poklicnimi baletniki ($p = 0,055 - 0,976$).

Tabela 3: Rezultati deleža poškodovanih preiskovancev različnih predelov telesa.

Področje poškodbe	Kronične in akutne poškodbe (%)	
	Poklicni baletniki	Baletni dijaki
Stopalo in spodnji del noge	87,0	84,2
Koleno in zgornji del noge	47,8	68,4
Kolk in spodnji del hrbta	82,6	78,9

Rezultati retrospektivnega vprašalnika so pokazali 100-odstotno prisotnost kroničnih poškodb tako pri baletnih dijakih kot pri poklicnih baletnikih. Prisotnost akutnih poškodb je bila manjša, in sicer 26,3 % pri baletnih dijakih in 34,8 % pri poklicnih baletnikih. Tabela 3 prikazuje delež poškodovanih preiskovancev različnih predelov telesa.

Ko smo primerjali skupini bolj in manj poškodovanih preiskovancev, rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik indeksov asimetrij posameznih parametrov in razmerij med nasprotnimi mišičnimi skupinami iste strani telesa ($p = 0,071 - 0,998$). Ob nadaljnji analizi, ko smo preiskovance razdelili na bolj in manj simetrične, je rezultat pokazal statistično značilno razliko v številu vseh (akutne in kronične) poškodb ($t(40) = 2,682$; $p = 0,011$; $d = 0,41$). Vendar rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik v posameznih vidikih poškodb med skupinama z več in manj prisotnih asimetrij jakosti ($p = 0,055 - 0,918$) in asimetrij gibljivosti ($p = 0,120 - 1,0$). Ob upoštevanju različnih vidikov asimetrij smo ugotovili statistično značilno zmerno pozitivno povezanost med vsemi (akutne in kronične) poškodbami in številom asimetrij gibljivosti ($r = 0,412$; $n = 42$; $p = 0,007$; $r^2 = 0,170$), zmerno negativno povezanost med številom akutnih poškodb kolka in spodnjega dela hrbta in skupnim številom asimetrij ($r = -0,442$; $n = 42$; $p = 0,003$; $r^2 = 0,195$) ter *šibko* negativno povezanost med številom akutnih poškodb kolka in spodnjega dela hrbta in številom asimetrij jakosti ($r = -0,336$; $n = 42$; $p = 0,03$; $r^2 = 0,113$).

Razprava

Baletni plesalci naj bi med vadbo simetrično uporabljali okončine, saj se gibi izvajajo na obe strani telesa (Golomer in sod., 2009). Vendar obstaja splo-

šno prepričanje, da baletna vadba spodbuja uporabo ene strani telesa bolj kot druge. Namen raziskave je bil pridobiti celovit vpogled v stopnjo prisotnosti in izraženosti telesnih asimetrij spodnjih okončin in trupa pri baletnih plesalcih ter proučiti njihovo povezanost z dolžino trenajnega procesa in mišično-skeletnimi poškodbami. Rezultati naše raziskave kažejo na asimetrično uporabo in asimetrično gibalno zmogljivost spodnjih okončin in trupa baletnih plesalcev, tako poklicnih kot baletnih dijakov. Podatki kažejo, da se delež baletnih plesalcev s klinično pomembnimi lateralnimi asimetrijami giblje med 5,4 % in 69,1 % za posamezne parametre. Prav tako je delež baletnih plesalcev, ki odstopajo za več kot 10 % od priporočenega razmerja največjega navora med največjim zavestnim mišičnim napreženjem med nasprotnimi mišičnimi skupinami iste strani telesa, zelo velik, in sicer med 56,5 % in 100 %. Edine statistično značilne razlike med baletnimi dijaki in poklicnimi baletniki so bile ugotovljene le za tri posamezne parametre. Rezultati se le delno skladajo z našimi pričakovanji. Baletni dijaki v naši raziskavi so bili v baletno vadbo vključeni povprečno $10,7 \pm 2,4$ leta. Med raziskavo so bili vključeni v program tretjega in četrtega letnika Konservatorija za glasbo in balet Ljubljana, kar pomeni, da so zaključevali šolanje in začeli poklicno kariero. V tem oziru lahko sklepamo, da je učinek baletne vadbe že prisoten. Rezultati vseeno kažejo na določene razlike, vendar razpoložljivi podatki in pregledana literatura ne omogočajo, da bi določili razlog teh razlik. O prisotnosti vsaj ene kronične mišično-skeletne poškodbe v zadnjih 12 mesecih so poročali vsi baletni plesalci, vključeni v raziskavo. Prisotnost akutnih mišično-skeletnih poškodb je bila nekoliko manjša, in sicer 26,3 % pri baletnih dijakih in 34,8 % pri poklicnih baletnikih. Delež poškodovanih je bil največji v predelu stopala in spodnjega dela noge, sledi predel kolka in spodnjega dela hrbta ter predel kolena in zgornjega dela noge. Analizo učinka asimetrij na prisotnost mišično-skeletnih poškodb v zadnjih 12 mesecih smo proučevali večplastno. Rezultat je pokazal statistično značilno razliko v številu vseh poškodb (akutnih in kroničnih) med skupinama bolj in manj simetričnih preiskovancev. Pri bolj simetričnih baletnih plesalcih beležimo $2,9 \pm 1,2$ mišično-skeletne poškodbe (akutne in kronične), medtem ko jih pri manj simetričnih beležimo $3,3 \pm 1,7$. Medtem ko ima posamezna ugotovljena asimetrija morda lahko vpliv na baletnega plesalca, naši rezultati ne kažejo, katera oziroma katere od prisotnih asimetrij bi imele večji vpliv.

Zaključek

Pomembna ugotovitev naše raziskave je, da sta asimetrična uporaba in asimetrična gibalna zmogljivost spodnjih okončin in trupa pri baletnih plesalcih, tako poklicnih baletnikih kot baletnih dijakih, prisotni. Prav tako je ugotovljena večja prisotnost mišično-skeletnih poškodb pri baletnih plesalcih z več prisotnimi asimetrijami. V prihodnosti bi bile tako potrebne prospektivne raziskave s ciljem vzpostavitve primerne dopolnilne vadbe za odpravo asimetrij pri baletnih plesalcih in posledično manjše prisotnosti mišično-skeletnih poškodb. Tako bi lahko bila kariera baletnega plesalca varnejša in daljša.

Literatura

- AAGAARD, P., SIMONSEN, E. B., MAGNUSSON, S. P., LARSSON, B. in DYHRE-POULSEN, P., 1998. A new concept for isokinetic hamstring: quadriceps muscle strength ratio. *The American journal of sports medicine*, vol. 26 (2), str. 231–237. <https://doi.org/10.1177/03635465980260021201>
- ALLEN, N., NEVILL, A., BROOKS, J., KOUTEDAKIS, Y. in WYON, M., 2012. Ballet injuries: injury incidence and severity over 1 year. *The journal of orthopaedic and sports physical therapy*, vol. 42 (9), str. 781–790. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3893>
- BRONNER, S. in OJOFEITIMI, S., 2006. Gender and limb differences in healthy elite dancers: passe kinematics. *Journal of motor behavior*, vol. 38 (1), str. 71–79. <https://doi.org/10.3200/JMBR.38.1.71-79>
- COHEN, J., 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. izd. Hillsdale, New Jersey: Lawrence erlbaum asociates.
- CROISIER, J. L., 2004. Muscular imbalance and acute lower extremity muscle injuries in sport: review article. *International sportmed journal*, vol. 5 (3), str. 169–176. Pridobljeno 24. 5. 2018 s <http://hdl.handle.net/2268/58123>
- CUNHA, R. M., NEVES, E. B., RESENDE, T. I. S., NORA, F. G. S. A., ROSA, B., NOLETO, M. V., ROLIM, T. I. in LEHNEN, A. M., 2016. Muscle strength imbalance between hamstring and quadriceps among professional dancers. *Bioscience journal*, vol. 32 (4), str. 1085–1091. <https://doi.org/10.14393/BJ-v32n4a2016-33839>
- FARRAR-BAKER, A. in WILMERDING, V., 2006. Prevalence of lateral bias in the teaching of beginning and advanced ballet. *Journal of dance medicine and science*, vol. 10 (3/4), str. 81–84. Pridobljeno 5. 1. 2019 s https://www.researchgate.net/publication/233608441_Prevalence_of_Lateral_Bias_in_the_Teaching_of_Beginning_and_Advanced_Ballet
- GAMBOA, J. M., ROBERTS, L. A., MARING, J. in FERGUS, A., 2008. Injury patterns in elite pre-professional ballet dancers and the utility of screening programs to identify risk characteristics. *Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, vol. 38 (3), str. 126–136. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2390>
- GILDEA, J. E., HODGES, P. W. in HIDES, J. A., 2013. Size and symmetry of trunk muscles in ballet dancers with and without low back pain. *Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, vol. 43 (8), str. 525–533. <https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4523>
- GOLOMER, E., ROSEY, F., DIZAC, H., MERTZ, C. in FAGARD, J., 2009. The influence of classical dance training on preferred supporting leg and whole body turning bias. *Lateralitas: asymmetries of body, brain and cognition*, vol. 14 (2), str. 165–177. <https://doi.org/10.1080/13576500802334934>
- GUPTA, A., FERNIHOUGH, B., BAILEY, G., BOMBECK, P., CLARKE, A. in HOPPER, D., 2004. An evaluation of differences in hip external rotation strength and range of motion between female dancers and non-dancers. *British journal of sports medicine*, vol. 38 (6), str. 778–783. <http://doi.org/10.1136/bjsem.2003.010827>
- HAMILTON, W. G., HAMILTON, L., MARSHALL, P. in MOLNAR, M., 1992. A profile of the musculoskeletal characteristics of elite professional ballet dancers. *The American journal of sports medicine*, vol. 20 (3), str. 267–273. <http://doi.org/10.1177/036354659202000306>
- HURD, W. J., MORREY, B. F. in KAUFMAN, K. R., 2011. The effects of anthropometric scaling parameters on normalized muscle strength in uninjured baseball pitchers. *Journal of sport rehabilitation*, vol. 20 (3), str. 311–320. Pridobljeno 9. 10. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21828383>
- JAKOVljević, M. in HLEBŠ, S., 2011. *Meritve gibljivosti sklepov, obsegov in dolžin udov*. 2. dop. izd., 2. ponatis. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

- KOUTEDAKIS, Y., STAVROPOULOS-KALINOGLU, A. in METSIOS, G., 2005. The significance of muscular strength in dance. *Journal of dance medicine and science*, vol. 9 (1), str. 29–34. Pridobljeno 11. 12. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/32117167_The_Significance_of_Muscular_Strength_in_Dance
- LEANDERSON, C., LEANDERSON, J., WYKMAN, A., STRENDER, L. E., JOHANSSON, S. E. in SUNDQUIST, K., 2011. Musculoskeletal injuries in young ballet dancers. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, vol. 19 (9), str. 1531–1535. <http://doi.org/10.1007/s001670111445-9>
- LIN, C. F., LEE, I. J., LIAO, J. H., WU, H. W. in SU, F. C., 2011. Comparison of postural stability between injured and uninjured ballet dancers. *The American journal of sports medicine*, vol. 39 (6), str. 1324–1331. <http://doi.org/10.1177/0363546510393943>
- NOVOSEL, B., SEKULIC, D., PERIC, M., KONDRIC, M. in ZALETEL, P., 2019. Injury occurrence and return to dance in professional ballet: prospective analysis of specific correlates. *International journal of environmental research and public health*, vol. 16 (5), str. 765. <http://doi.org/10.3390/ijerph16050765>
- NUNN, K. D. in MAYHEW, J. L., 1988. Comparison of three methods of assessing strength imbalances at the knee. *The journal of orthopaedic and sports physical therapy*, vol. 10 (4), str. 134–137. Pridobljeno 4. 1. 2018 s <https://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.1988.10.4.134>
- RAMKUMAR, P. N., FARBER, J., ARNOUK, J., VARNER, K. E. in MCCULLOCH, P. C., 2016. Injuries in a professional ballet dance company: a 10-year retrospective study. *Journal of dance medicine and science*, vol. 20 (1), str. 30–37. <http://doi.org/10.12678/1089-313X.20.1.30>
- RUSSELL, J. A., 2013. Preventing dance injuries: current perspectives. *Journal of sports medicine*, vol. 4, str. 199–210. <http://doi.org/10.2147/OAJSM.S36529>
- ŠARABON, N. in KOZINC, Ž., 2018. Telesne asimetrije športnikov in tveganje za poškodbe. *Šport*, vol. 66, str. 5–8.

Analiziranje dela operacijske medicinske sestre v ortopedskem centru Artros po opazovalni metodi OWAS

Ana Dekleva, David Ravnik

Fakulteta za vede o zdravju, Univerza na Primorskem, Polje 42, 3210 Izola
anadekleva3@gmail.com, david.ravnik@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: V prispevku bomo na podlagi pregleda literature in opravljene raziskave, predstavili obremenitve operacijske (v nadaljevanju OP) medicinske sestre pri izvajanju vsakodnevnih delovnih aktivnosti. OP dvorana je prostor, ki zajema posebne delovne razmere. Literatura navaja, da so pri medicinskih sestrah prisotne velike obremenitve. Literatura za OP medicinske sestre pa je precej manj. *Metode:* Zanimalo nas je, kakšne obremenitve so prisotne v tem okolju. Raziskovalni del je sestavljen iz rezultatov dveh analiz. Pri analizah smo uporabili opazovalno metodo OWAS (Ovaco Working Postures Analysing Sistem), ki nam je bila v pomoč pri ocenjevanju analizirane OP medicinske sestre. *Rezultati:* Napačno izvedeni gibi in velike fizične obremenitve predstavljajo možnost razvoja mišično-skeletnih obolenj, kar smo na podlagi rezultatov analize tudi dokazali. Pri ocenjevanju druge analize smo OP medicinsko sestro seznanili z ergonomskimi načeli, ter jo med delom opozarjali na pravilno izvedbo gibov. *Razprava:* Zanimalo nas je, kakšen vpliv ima poznavanje ergonomskih načel in lastno zavedanje, kako izvajamo gibe na končni rezultat. OP medicinska sestra pri svojem delu veliko časa preživi v prisilnih držah, veliko je ponavljajočih se gibov, kar lahko dolgoročno vodi v pojav težav v mišično-skeletnem aparatu. Večinski del rezultatov analize po seznanitvi z ergonomskimi načeli se je izboljšal in potrjuje domnevo, da za zmanjšanje rizika za začetek zadošča že osnovno izobraževanje.

Ključne besede: perioperativna zdravstvena nega, ergonomija, operacijska medicinska sestra.

Uvod

V današnjem času, ko gre vse preveč hitro nam ob polno zasedenem urniku, ki ga zapolnjujeta delo in razne obveznosti, preostane le malo časa za aktivnosti, ki nam krepijo telo. Zavedati se moramo, kako pomemben je čas, ki ga preživimo na delovnem mestu. Poleg stresnih dejavnikov ima na naše zdravje velik vpliv drža in ergonomija našega telesa (Tominc, 2015). V literaturi je obširno opisano, da se medicinske sestre pri opravljanju svojega dela velikokrat srečajo z obolenji gibal, vendar pa je zelo malo študij napisanih

s področja medicinskih sester, ki opravljajo delo v operacijski sobi (Sheikzadeh, in sod., 2009). Pri izvajanju dela in doseganju najvišje stopnje kakovosti zdravstvene nege za pacienta morajo biti operativne medicinske sestre pozorne, da pri tem skrbijo tudi za svoje zdravje. Vloga OP medicinske sestre se je skozi zgodovino zelo spremenila. V začetku poklica je bil zahtevan brezhibno izpeljan operativni poseg, ki se je v nadaljevanju spremenil v profesionalni pristop perioperativne zdravstvene nege. Najpomembnejša naloga je skrb in varnost pacienta.(Arnautović, 2009). Operacijska dvorana je prostor, kjer se pogoji dela zelo razlikujejo od pogojev v drugih zdravstvenih segmentih. V operacijski dvorani se med opravljanjem svojega dela OP medicinska sestra rutinsko srečuje s ponavljajočimi gibi pod časovnimi pritiski, nerodnimi položaji zvijanja, vlečenja ter obračanja. Težavo predstavlja stoječe delo za daljše časovno obdobje in sila, ki jo uporablja za premeščanje težke opreme in pacientov iz OP mize (King, 2011). S pomočjo pregleda strokovne literature ter izvedeno analizo po opazovalni metodi OWAS, smo prikazali obremenitev delovnega mesta OP medicinske sestre. Z izvedbo analize smo prikazali obremenitve delovnega mesta in njihovo odstopanje od priporočenih vrednosti. Po opravljeni analizi smo na podlagi rezultatov pomagali OP medicinski sestri zmanjšati obremenitve ter poiskali možnosti razbremenitve s ponujeno opremo.

Cilji prispevka so:

- Na podlagi analize OWAS smo predstavili delo ter obremenitve na opravljenem delu.
- S pregledom literature ergonomskih načel smo ugotovili kje prihaja do odstopanj.
- V zaključku smo na podlagi rezultatov prikazali možne izboljšave z nadgradnjo opreme in sistemom dela, ki je pripomogel k boljše razporejenim obremenitvam.

Raziskovalna vprašanja

- Kakšne obremenitve so prisotne pri opravljanju dela OP medicinske sestre v ortopedskem centru Artros?
- Kakšne so lahko posledice opazovanega dela, ki je večinoma stoječe?
- Kako bi lahko zmanjšali obremenjenost OP medicinske sestre z ustrezno pripravljenim delovnim okoljem in pravilno uporabo opreme?

Metode

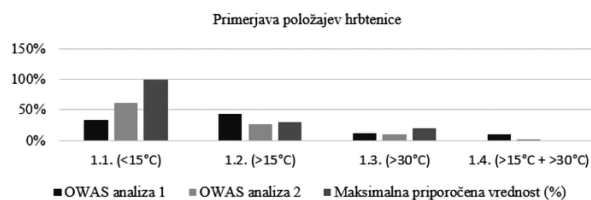
V raziskavi smo uporabili kvalitativen raziskovalni pristop. Tehnika zbiranja podatkov je temeljila s pomočjo ocenjevalnega testa OWAS. Sistemsko analizo položajev OWAS uporabljamo za analizo telesnih položajev in drž. Pri ocenjevanju opazujemo drže: torakolumbalne hrbtenice (4 vzorce), cervikalne hrbtenice (5 vzorcev), zgornjih udov (4 vzorci), rok (3 vzorci), spodnjih udov (7 vzorcev), 2 različna gibalna vzorca, 3 vzorce uporov. Analitik zabeleži

opazene položaje pri delavcu in jih s pikami ali črticami zabeleži v posebne obrazce. Ocenjevanje poteka v sistematičnih ali naključnih časovnih intervalih. Analizo izvajamo vsako minuto, kar pomeni, da zapisujemo po eno črtico za vsak položaj (Plemelj Mohorič in Kacjan Žgajnar, 2018). Naš analizirani vzorec je bila OP medicinska sestra, ki je zaposlena v ortopedskem centru Artros. V času 8-urnega delovnika je bila opazovana pri nalogah, ki jih opravlja vsak dan. Izvedli smo dve analizi v razmaku enega tedna.

Rezultati

Naši rezultati so slikovno prikazani v grafih. S pomočjo analize OWAS smo predstavili rezultate prve in druge analize. V grafih je za vsak položaj prikazana maksimalna priporočena vrednost. Spraševali smo se, kakšne obremenitve so prisotne pri opravljanju dela OP medicinske sestre ter kakšne so lahko posledice statičnega stoječega dela. Na podlagi raziskave smo želeli ugotoviti možnosti za izboljšave in čim bolj pravilno izvedeno delo v operacijski dvorani. S pomočjo druge analize je bil naš cilj dokazati, kako lahko zmanjšamo obremenjenost s poznavanjem ergonomskih načel ter pravilno pripravljenim delovnim okoljem in ustrezno uporabljenimi opremo.

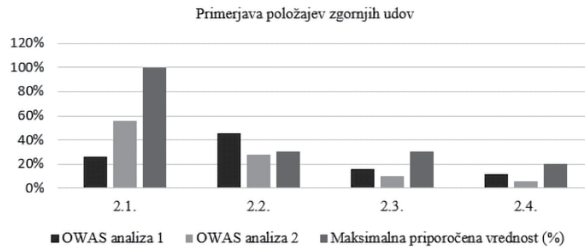
Rezultati analize hrbtenice



Slika 1: Grafični prikaz rezultatov pri položajih; 1.1 pokončna drža hrbta, pripogib manjši od 15°C, 1.2 sklonjena drža hrbta, pripogib večji od 15°C, 1.3 pokončna drža s torzijo ali z lateralno fleksijo hrbtenice večje od 30°C, 1.4 sklonjena drža hrbta, pripogib večji od 15°C v kombinaciji s torzijo ali lateralno fleksijo večjo od 30°C.

Naša analiza je potrdila, da sta položaja hrbtenice 1.2 (sklonjena drža hrbta, pripogib večji od 15 %) in 1.4 (sklonjena drža hrbta, pripogib večji od 15° v kombinaciji s torzijo ali lateralno fleksijo večjo od 30°) preseгла rezultat priporočenih vrednosti. Potrebno bo ukrepati v doglednem času. Pri drugi analizi smo OP medicinsko sestro opozarjali na pravilno držo in ustrezno ergonomsko izvedene naloge. Izboljšani rezultat nakazuje na pomembnost poznavanja načel in s tem zmanjšanje do take mere, ki ne predstavlja ogroženosti.

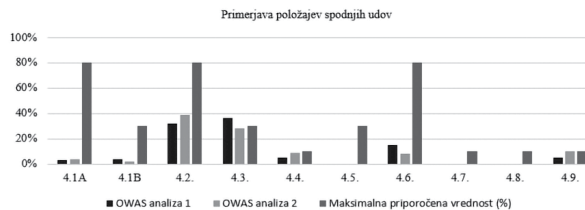
Rezultati analize položajev zgornjih udov



Slika 2: Grafični prikaz rezultatov pri položajih; 2.1 ob trupu obe nadlakti, 2.2 pod nivojem ramen in aktivno obducirani obe ali ena nadlaket, 2.3 nad nivojem ramen ena nadlaket, 2.4 nad nivojem ramen obe nadlakti.

Pri zgornjih udih bi izpostavili položaj 2.2 (roke pod nivojem ramen in aktivno obducirani obe ali ena nadlaket), ki nakazuje na preveliko obremenitev ramenskega obroča. Pri drugi analizi je rezultat padel pod mejno vrednost. OP medicinsko sestro smo opozarjali, da rok ne odročuje po nepotrebem in si delo postavlja predse na primerno višino.

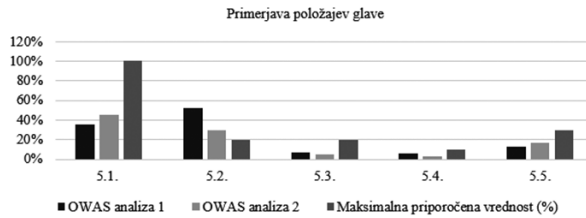
Rezultati analize položajev spodnjih udov



Slika 3: Grafični prikaz položajev; 4.1A in 4.1B sta položaja sedenja, 4.2 stoja - Spodnja uda sta iztegnjena, v nevtralnem položaju so kolki, kolena in gležnji. 4.3 stoja - Na enem iztegnjenem spodnjem udu, drugi ne pripomore veliko k stabilnosti telesa. 4.4 stoja na enem ali obeh udih, izrazita fleksija sklepov, 4.5 klečanje sli čepenje, 4.6 hoja po ravnem in vzpenjanje po strmini, 4.7 sedenje na tleh, 4.8 ležanje na trebuhu, 4.9 plezanje.

Pri analizah spodnjih udov sta izstopala položaja 4.3 (stoja na enem iztegnjenem spodnjem udu, drugi pa se le dotika s konicami prstov tal in ne pripomore veliko k stabilnosti telesa) in položaj 4.9 (plezanje; po strmini, stopnicah, lestvi). Rezultat smo izboljšali tako, da smo opozarjali na postavitve nog in enakomerno razporejeno ravnotežje.

Rezultati analize položajev glave



Slika 4: Grafični prikaz rezultatov položajev; 5.1 nevtralni pokončni položaj, 5.2 glava ventralno sklonjena nad 30°C, 5.3 glava lateralno nagnjena nad 30°C, 5.4 glava dorzalno upognjena nad 30°C (pogosto v kombinaciji s položajem 1.2), 5.5 rotirana glava nad 45°C (vedno v kombinaciji z enim izmed položajev 5.1 do 5.4.)

Pri položajih glave je izstopal položaj 5.2 (glava ventralno sklonjena nad 30°). Ukrepi bodo potrebni v doglednem času. Dnevna uporaba sil je odvisna od teže pacienta in vrste posega ter anestezije, zato bi iz dveh analiz težko dorekli povprečno uporabo sil.

Razprava

Iz naše raziskave je razvidno, da prihaja do odstopanj pri položajih hrbtenice in zgornjih udov. V literaturi je (Sheikzadeh in sod., 2009) zapisal, da se vsakodnevno OP medicinske sestre pri svojem delu srečujejo z obremenitvami, ki pa zaradi slabšega poznavanja ergonomije v večini primerov, dela ne izvajajo s pravilno držo in primerno razporeditvijo sil. Hrbtenica velja za najbolj izpostavljen del telesa, kjer prihaja do največ okvar. V literaturi so Hughes, Nelson, Matz in Lloyd (2011) navedli kot najzgodnejša in najpogostejša simptoma dolgotrajnega stanja na mestu nelagodje ter utrujenost nog in stopal. Čuti se ga v golenih, tetivah, kolenih in stegnih. Težave se lahko prenesejo na boke, spodnji del hrbta in vrat. Redno raztezanje in sproščanje mišic olajša napetost zaradi nerodne drže in statične obremenitve. Med analizo smo opazili, da OP medicinska sestra ne poskrbi za primerno višino OP mize. Pri pripravi pacienta se je velikokrat sklanjala po nepotrebem, uporabljala prevelike sile in si ni pomagala s ponujeno opremo. Utečeni delovni proces je velikokrat poglaviten dejavnik napačno izvedenih aktivnosti. Časovna stiska privede do razmišljanja, kako storiti čim več v čim krajšem času. Največkrat se izkaže tak koncept za napačnega, saj pri tem pozabimo na utrujenost, ki privede do manjše natančnosti in s tem posledično slabše izvedene zdravstvene oskrbe. To predstavlja oviro za delavca, delodajalca in v prvi vrsti pacienta. Z različnimi pristopi lahko dosežemo dvig zavesti izvajalcev zdravstvene nege na eni strani in odgovornosti delodajalcev na drugi strani. Za kakovostno opravljeno delo lahko optimalno poskrbi le motiviran in zadovoljen delavec (Leskovic, Šalda, Kren, Novak, Laznik, 2018).

Zaključek

Pomanjkanje zdravstvenega osebja je velika težava zdravstva. Povečujeta se obremenitev in nezadovoljstvo zaposlenih. Posledica prevelike utrujenosti se kaže s pomanjkanjem delovne učinkovitosti in uspešnosti. Časovna stiska in premajhno število zaposlenih prisilijo, da posamezniki posežejo po nepravilni tehniki in napačno izvedejo premike velikih obremenitev. Pomembno je zavedanje lastnega vložka za lažje opravljanje dela. Dobra fizična pripravljenost in ustrezna telesna teža igrata pomembno vlogo pri opravljanju delovnih nalog. V primeru določenih težav se priporoča okrepitev mišic z izvajanjem ustreznih vaj po navodilih fizioterapevtov. Na podlagi pregleda literature in rezultatov analiz smo prišli do ugotovitve, da se lahko izognemo marsikateri mišično-skeletni težavi. V dokaz nam je druga analiza, pri kateri je bila OP medicinska sestra seznanjena z načeli in svojo telesno držo. Naš glavni namen naloge je bil, kako se lahko delo razbremeni in si ga olajšala s ponujeno opremo. Po izvedeni prvi analizi smo z zaposleno skupaj prišli do ugotovitve, kako predelati opornico, da bo v prihodnje služila kot držalo noge. Opornica je ekstremno olajšala delo. Reorganizacija dela je pripomogla k pridobljenemu času ter zmanjšanju obremenjenosti. V času razkuževanja, ni potrebno več držati noge OP medicinski sestri. V tem času lahko opravlja druga dela. Pomembno je, da smo pri svojem opravljanju dela iznajdljivi in poskušamo čim bolj skrbeti za svoje dobro počutje na delovnem mestu. Rešitve imamo kdaj na dosegu roke, vendar nam jih zaradi prenatrpanega urnika ne uspe uvideti in izvesti.

Literatura

- ARNAUTOVIČ, S. (2009). Varnost zaposlenih v operacijski sobi. V T. Požarnik (ur.), *Varnost zaposlenih v operacijski sobi: zbornik XXV, Moravske Toplice (hotel Livada Prestige), 20. in 21. november 2009* (str. 7). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic, zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti. Pridobljeno s <http://www.soms.si/assets/zbornik-xxv-26.pdf>
- HUGHES, N., L., NELSON, A., MATZ, W., LLOYD, J. (2011). AORN Ergonomic tool 4: Solutions for prolonged standing in perioperative settings. *Aorn journal*, 93(6), 764–774. <https://doi:10.1016/j.aorn.2010.08.0259>
- KING, C. A., (2011). Health care worker safety in surgery. *Aorn journal*, 94(5), 457–468.
- LESKOVIC, L., ŠALDA, Z., KREN, A., NOVAK, L., LAZNIK, G. (2018) *Pomen ergonomije v zdravstveni negi: priročnik za klinične mentorje*. Novo mesto: Fakulteta za vede o zdravju. Pridobljeno s <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-A8PD08LG>.
- PLEMELJ MOHORIČ, A., KACJAN ŽGAJNAR, K. (2018) *Izbrana poglavja iz ergonomije: učbenik za študente zdravstvenih ved*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Maribor: Evrografis.
- SHEIKZADEH, A., GORE C., ZUCKERMAN J., NORDIN M. (2009). Perioperating nurses and technicians perception of ergonomic risk factors in the surgical environment. *Applied ergonomics*, 40(5), 833–839. <https://doi:10.1016/j.apergo.2008.09.012>.
- TOMINC, D. (2015). *Telesna drža in vloga stabilizatorjev trupa na delovanje organizma*. *Delo in varnost*, 60(6), 13–16. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-K0JISOIP>

Učinek z omejevanjem spodbujajoče terapije na osebe po možganski kapi

Ilirjana Kuliqi, Katarina Galof

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena Fakulteta, Katedra za delovno terapijo,
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
ilirjana.kuliqi@gmail.com, katarina.galof@zf.uni-lj.si

Povzetek

Uvod: Možganska kap je svetovni problem in eden izmed glavnih vzrokov invalidnosti. Ena izmed posledic možganske kapi, ki ovira predvsem opravljanje vsakodnevnih aktivnosti, je zmanjšana funkcija zgornjega uda. Da bi zmanjšali odvisnost oseb po možganski kapi od tuje pomoči in z njimi povezanimi stroški zdravljenja ter rehabilitacije, se izvaja veliko raziskav na tem področju. *Metode:* Uporabili smo pregled literature iz elektronskih bibliografskih baz podatkov – Google učenjak, COBISS in DiKUL s ključnimi besedami, kot so: z omejevanjem spodbujajoča terapija, možganska kap, rehabilitacija, delovna terapija. *Rezultati:* Izločanje člankov je potekalo s pomočjo PRISMA diagrama in upoštevanja vključitvenih kriterijev. Na podlagi opravljenega pregleda literature smo v končni pregled literature uvrstili 11 člankov. *Razprava:* Z omejevanjem spodbujajoča terapija je ena izmed redkih terapij, ki dokazano vpliva na motorične spretnosti in izboljšano kakovost življenja. Terapija je bolj učinkovita, če z njo pričnemo v zgodnji fazi po možganski kapi. Lahko je bolj učinkovita v primerjavi z drugimi terapijami zaradi svojih lastnosti (intenzivnost, v funkcijo usmerjene aktivnosti, vaje z meritvami, omejitev zdravega zgornjega uda). Slabosti terapije so, da oseba po možganski kapi ves čas potrebuje nadzor (do šest ur na dan), zaradi intenzivnosti lahko terapija povzroča utrujenost, bolečino in depresijo.

Ključne besede: rehabilitacija, zmanjšana funkcija zgornjega uda, delovna terapija

Uvod

Možganska kap je svetovni problem in eden izmed glavnih vzrokov invalidnosti (Albert 2012; WHO 2011, cit. po Corbetta et al., 2015). Po daljšem obdobju po možganski kapi je 74 % oseb odvisnih od tuje pomoči na področju dnevnih aktivnosti, kot so hranjenje, skrb za osebno higieno in mobilnost (Miller 2010, cit. po Corbetta et al., 2015). Možganska kap je resna možganska okvara, ki pušča težke zdravstvene težave ter socialno-ekonomske posledice, ki lahko prizadenejo vso družino. Ena izmed posledic možganske kapi, ki ovira predvsem opravljanje vsakodnevnih aktivnosti, je zmanjšana funkcija zgornjega uda (Kotnik in Goljar, 2013). Razlog možganske kapi je pomanjkan-

je kisika, ki privede do slabše prekrvavljnosti možganov in okvare možganskega tkiva. Osebe, ki doživijo možgansko kap, pogosto navajajo simptome, kot so močan glavobol, ki se lahko širi v vrat, lahko izzove bruhanje, mravljinčenje v udih, težave z govorom, povešeni ustni kot (Rehar in Menih, 2000). S pregledom literature smo želeli ugotoviti, kako z omejevanjem spodbujajoča terapija (v nadaljevanju OST) vpliva na rehabilitacijo oseb po možganski kapi. Cilj je prikazati pomembnost pristopa in terapije na rehabilitacijo oseb po možganski kapi, ki je ključna za okrevanje.

Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kakšen vpliv ima OST na osebe po možganski kapi?

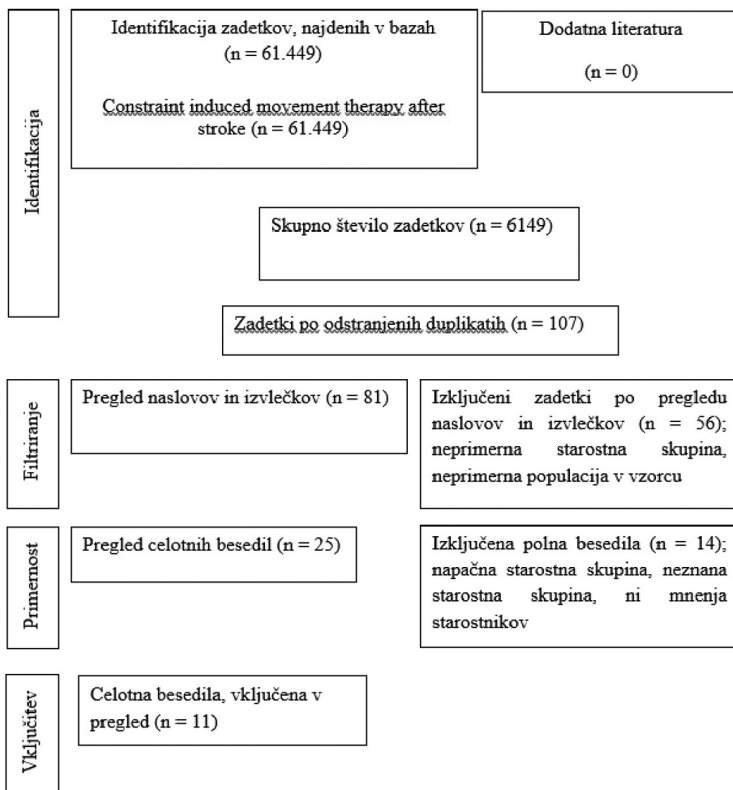
R2: Ali je OST bolj učinkovita v akutni ali kronični fazi po možganski kapi?

R3: Učinkovitost uporabe OST v primerjavi z drugimi terapijami?

R4: Kakšne so slabosti uporabe OST oz. kontraindikacije?

R5: Kakšen je časovni vidik ohranjanja pozitivnih učinkov uporabe OST?

Metode



Slika 1: Diagram poteka iskanja in vključevanja zadetkov v pregled literature (diagram PRISMA).

Uporabljena je bila deskriptivna metoda s sistematičnim pregledom literature. Z njim smo primerjali empirične rezultate drugih raziskovalcev z namenom iskanja odgovorov na zastavljena raziskovalna vprašanja. V pregled literature so lahko vključene tudi ugotovitve meta analize, ki je statistični povzetek več primerljivih kliničnih študij in s katero dobimo bolj točne podatke kot s samim pregledom literature (Higgins in Green, 2011). Iskanje literature kot raziskovalna metoda je potekalo po elektronskih bibliografskih bazah, kot so: Google učenjak, COBISS in DiKUL v slovenskem ter angleškem jeziku s ključnimi besedami, kot so: z omejevanjem spodbujajoča terapija/Constraint induced movement therapy, možganska kap/ stroke, rehabilitacija/rehabilitation, delovna terapija/ occupational therapy. Merila za vključitev člankov v izbor so bila: strokovni ali znanstveni članek objavljen v slovenskem ali angleškem jeziku, starost člankov do deset let, vzorec vključenih oseb po možganski kapi s prisotno parezo zgornjega uda starosti nad 18 let. Na podlagi PRIZMA diagrama smo identificirali 61.449 člankov, kjer smo skozi postopek iskanja in vključevanja zadetkov v končni pregled uvrstili 11 članov (slika 1).

Rezultati

Tabela 1: Prikaz pregleda literature po avtorjih in uporabljenih ocenjevalnih instrumentih

<i>Avtor</i>	<i>Uporabljeni ocenjevalni instrumenti</i>
Brunner et al., 2012.	ARAT, 9 HPT, WMFT, MAL Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – fizioterapevti in delovni terapevti.
Kim et al., 2008.	WMFT, MAL, PPT Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – fizioterapevti in delovni terapevti.
Dromerick et al., 2009.	ARAT, NIHSS, FIM, SIS, WBS, GDS-15 Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – delovni terapevti.
Sawaki et al., 2014.	WMFT Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – fizioterapevti in delovni terapevti.
Kagawa et al., 2013.	FMA, WMFT, MAL, MAS, Elektromiografija (EMG) Evalvatorji iste osebe kot raziskovalci in izvajalci terapije.
Hansen et al., 2018.	WMFT, Mišična moč – dinamometer Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – fizioterapevti in delovni terapevti iz drugih oddelkov.
Massie et al., 2009.	WMFT, MAL Ocenjevanja izvajale iste osebe kot obravnave.
Kelly et al., 2018.	MAL, WMFT, ARAT Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – fizioterapevti.
Stock et al., 2017.	NHPT, WMFT Ocenjevanja izvajali zunanji evalvatorji – delovni terapevti.
Thrane et al., 2014.	WMFT, FMA, 9 HPT, SIS Ocenjevanja izvajal zunanji evalvator – delovni terapevt.
Kitago et al., 2013.	ARAT, FMA Ocenjevanja izvajal zunanji evalvator – fizioterapevt.

ARAT... Arm Research Arm Test, 9 HPT... Nine-Hole Peg Test, WMFT... Wolf motor function test, MAL... Motor activity log, PPT... Purdue Pegboard

Test, NIHSS... National Institutes of Health Stroke Scale, FIM... Functional Independence Measure, SIS... The Stroke Impact Scale, WBS... Wong-Baker Faces Scale, GDS-15... Geriatric Depression Scale, MAS... Modified Ashworth Scale, FMA... Fugl-Meyer Assessment

Izbrane študije za pregled literature (tabela 1) so raziskovale različne učinke OST na osebe po možganski kapi. Brunner in sod. (2012) ter Dromerick in sod. (2009) so primerjali OST s tradicionalno obravnavo in s terapijami na poudarku soročnega izvajanja aktivnosti. Dromerick in sodelavci (2009) so dodatno preverjali še razliko med odmerkom terapij. Sawaki in sod. (2014) ter Stock in sod. (2017) so primerjali učinek OST v akutni in kronični fazi po možganski kapi. Učinek OST na osebe po možganski kapi so primerjali Kim in sod. (2018), Kitago in sod. (2013) ter Thrane in sod. (2014), medtem ko so učinek OST na kakovost življenja primerjali Kelly in sod. (2018). Kagawa in sod. (2013) so primerjali učinek OST na spastičnost paretičnega zgornjega uda. Massie in sod. (2009) pa so poročali o učinku OST na kinematične spremenljivke in kompenzatorne vzorce gibanja. O učinku OST na spremembe v rami so poročali Hansen in sod. (2018).

Razprava

Na podlagi analize člankov smo dobili odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja, ki jih bomo predstavili v nadaljevanju.

R1: Kakšen vpliv ima OST na osebe po možganski kapi?

Izboljšane motorične spretnosti, osebam po možganski kapi omogočajo, da izvajajo osnovne dnevne aktivnosti hitreje. Izboljšana funkcija rame vpliva na izboljšanje spretnosti, kot so prijemanje, seganje in manipuliranje. To osebi olajša opravljanje vsakodnevnih aktivnosti. Z omejevanjem spodbujajoča terapija ima torej vpliv na izboljšanje motoričnih spretnosti, povečan obseg giba, izboljšanje funkcije rame, izboljšanje fine in grobe motorike, izboljšanje povprečnega časa gibanja in časa, potrebnega za izvedbo nalog, boljšo stabilnost gibanja, zmanjšano spastičnost, bolj gladko gibanje ter boljšo mišično moč. Osebe pogosteje uporabljajo paretični ud pri vsakdanjih aktivnostih.

R2: Ali je OST bolj učinkovita v akutni ali kronični fazi po možganski kapi?

Če sklepamo iz štirih študij, ki so preverjale v katerem obdobju po možganski kapi je OST bolj učinkovita, lahko zaključimo, da je OST bolj učinkovita v akutni fazi po možganski kapi, saj so v tej fazi osebe okrevale hitreje kot osebe v pozni fazi po možganski kapi. OST podana v akutni fazi po možganski kapi lahko prepreči pojav »priučene neuporabe« in razvoj kompenzacijskih vzorcev gibanja.

R3: Ali je OST bolj učinkovita v primerjavi z drugimi terapijami?

OST je lahko bolj učinkovita v primerjavi z drugimi terapijami zaradi svojih lastnosti. Kot navajajo Dromerick in sod. (2009) sta lahko tako OST kot tradicionalna terapija pri osebah po možganski kapi enako učinkoviti, če podamo enako število obravnav.

R4: Kakšne so slabosti uporabe OST oziroma kontraindikacije?

Kitago in sodelavci (2013) so opazili pretirano fleksijo in abdukcijo rame, elevacijo rame, fleksijo trupa in ekstenzijo komolca pri izvajanju različnih aktivnosti. Kontraindikacije zaradi prenapornih terapij z OST se lahko kažejo kot depresija, anksioznost, utrujenost in bolečine v rami. Slabosti terapije so, da oseba ves čas terapije potrebuje nadzor delovnega terapevta ali fizioterapevta, kar je lahko v nekaterih institucijah nemogoče, ker ni dovolj zaposlenega kadra.

R5: Kakšen je časovni vidik ohranjanja pozitivnih učinkov uporabe OST?

Na peto raziskovalno vprašanje ne moremo odgovoriti v celoti, saj so avtorji od enajstih študij samo v treh preverjali učinke OST po daljšem časovnem obdobju. V dveh študijah je bil učinek OST po štirih mesecih še prisoten, medtem ko v eni študiji učinki, pridobljeni z OST, po šestih mesecih niso bili več prisotni, zato za pridobitev odgovora na raziskovalno vprašanje predlagamo pregled literature z osredotočanjem na ohranjanje pozitivnih učinkov uporabe OST.

Zaključek

Glede na pregledano literaturo lahko zaključimo, da je OST učinkovita za osebe po možganski kapi, kljub temu, da ima tudi kontraindikacije, saj so od enajstih študij v devetih študijah dokazali pozitivne učinke z OST na osebe po možganski kapi. Pregled literature vključuje študije, ki so uporabljale različen čas trajanja izvedbe OST, saj niso vse upoštevale originalnega protokola (šest ur na dan, deset dni, uporaba omejitve 90 % budnega časa). Aktivnosti, ki so jih izvajali, so bile različne. Čas, ki so ga delovni terapevti in fizioterapevti namenili samostojnemu delu, je bil prav tako raznolik. Število oseb v vzorcih študij se razlikuje, saj vključujejo študije od 10 do 175 oseb. Poleg tega so v treh študijah izvajalci OST izvajali tudi ocenjevanja oseb, kar lahko pomeni, da so njihovi rezultati subjektivni. V ostalih osmih študijah iz pregleda literature so ocenjevanja izvajale tretje osebe (delovni terapevti ali fizioterapevti iz drugih oddelkov, ki oseb po možganski kapi vključenih v obravnavo niso poznali), zaradi česar lahko predpostavljamo, da so rezultati bolj objektivni kot pri študijah v katerih so ocenjevalci bili tudi izvajalci obravnave in OST. O učinkovitosti OST pa so tako kot v tuji literaturi v svojih študijah poročali tudi slovenski avtorji, in sicer Kotnik in Goljar (2013) ter Zajc in Grabljevec (2018), ki so pridobili podobne ugotovitve in izboljšanja kot tuji avtorji.

Da bi preverili učinkovitost uporabe OST tudi v Sloveniji, bi bilo potrebno narediti obsežno in poglobljeno raziskavo na večjem vzorcu oseb z upoštevanjem originalnega protokola izvedbe OST. Pridobljene rezultate bi bilo potrebno primerjati še z ocenami pridobljenimi po šestih mesecih ali daljšem časovnem obdobju po izvedenem protokolu obravnav, da bi odgovorili na vprašanje ali se učinki OST po daljšem časovnem obdobju ohranijo.

Literatura

- BRUNNER, I.C., SKOUEN, J.S. in STRAND, L.I., 2012. Is modified constraint-induced movement therapy more effective than bimanual training in improving upper arm motor function in the subacute phase post stroke? A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26 (12), str. 1078–1086. doi: 10.1177/0269215512443138.
- CORBETTA, D., SIRTORI, V., CASTELLINI, G., MOJA, L. in GATTI, R., 2015. Constraint-induced movement therapy for upper extremities in people with stroke. *Cochrane database systematic reviews*, 10 (3), str. 3–29. doi: 10.1002/14651858.CD004433.pub3.
- DROMERICK, A.W., LANG, C.E., BIRKENMEIER, R.L., WAGNER, J.M., MILLER, J.P., VIDEEN, T.O., POWERS, W.J., WOLF, S.L. in EDWARDS, D.F., 2009. Very Early Constraint-Induced Movement during Stroke Rehabilitation (VECTORS): A single-center RCT *Neurology*, vol. 73 (3), str. 195–201. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181ab2b27.
- HANSEN, G.M., SVENDSEN, S.W., BRUNNER, I. in NIELSEN, J.F., 2018. Predicting shoulder function after constraint induced movement therapy: a retrospective cohort study. *Topics Stroke Rehabilitation*, 25 (4), str. 281–287. doi: 10.1080/10749357.2018.1440508.
- HIGGINS, P.T. in GREEN, S., 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Pridobljeno 16. 1. 2019 s www.handbook.cochrane.org.
- KAGAWA, S., KOYAMA, T., HOSOMI, M., TAKEBAYASHI, T., HANADA, K., HASHIMOTO, F. in DOMEN, K., 2013. Effects of Constraint-induced Movement Therapy on Spasticity in Patients with Hemiparesis after Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22 (4), str. 364–370. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.09.021.
- KELLY, K.M., BORSTAD, A.L., KLINE, D. in GAUTHIER, L.V., 2018. Improved quality of life following constraint-induced movement therapy is associated with gains in arm use, but not motor improvement. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 25 (7), str. 467–474. doi: 10.1080/10749357.2018.1481605.
- KIM, D.G., CHO, Y.W., HONG, J.H., SONG, J.C., CHUNG, H.A., BAI, D.S., LEE, C.H. in JANG, S.H., 2008. Effect of constraint-induced movement therapy with modified opposition restriction orthosis in chronic hemiparetic patients with stroke. *NeuroRehabilitation*, 23(3): 239-244.
- KITAGO, T., LIANG, J., HUANG, V.S., HAYES, S., SIMON, P., TENTEROMANO, L., LAZAR, R.M., MARSHALL, R.S., MAZZONI, P., LENNIHAN, L., et al., 2013. Improvement After Constraint-Induced Movement Therapy: Recovery of Normal Motor Control or Task-Specific Compensation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27 (2), str. 99–109. doi:10.1177/1545968312452631.
- KOTNIK, S. in GOLJAR, N., 2013. Z omejevanjem spodbujajoča terapija v kroničnem obdobju po možganski kapi: Prikaz primera. *Rehabilitacija*, (Ljubljana) 12 (2), str. 76–82.
- MASSIE, C., MALCOLM, M.P., GREENE, D. in THAUT, M., 2009. The Effects of Constraint-Induced Therapy on Kinematic Outcomes and Compensatory Movement Patterns: An Exploratory Study. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 90 (4), str. 571–579. doi: 10.1016/j.apmr.2008.09.574.

- REHAR, D. in MENIH, M., 2017. Možganska kap in prehodna možganska kap. *Zbornik V. Šole urgence*, 5 (1), str. 38–40.
- SAWAKI, L., BUTLER, A.J., LENG, X., WASSENAAR, P.A., MOHAMMAD, Y.M., BLANTON, S., SATHIAN, K., NICHOLS-LARSEN, D.S., WOLF, S.L., GOOD, D.C. in WITTENBERG, G.F., 2014. Differential patterns of cortical reorganization following constraint-induced movement therapy during early and late period after stroke: A preliminary study. *NeuroRehabilitation*, 35 (3), str 415–426. doi:10.3233/NRE-141132 IOS Press415.
- STOCK, R., THRANE, G., ANKE, A., GJONE, R. in ASKIM, T., 2017. Early versus late-applied constraint-induced movement therapy: A multisite, randomized controlled trial with a 12-month follow-up. *Physiotherapy Research International*, 23 (1), str. 1–23. doi:10.1002/pri.1689.
- THRANE, G., ASKIM, T., STOCK, R., INDREDAVIK, B., GJONE, R., ERICHSEN, A. in ANKE, A., 2014. Efficacy of Constraint-Induced Movement Therapy in Early Stroke Rehabilitation. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29 (6), str. 517–525. doi:10.1177/1545968314558599.
- THRANE, G., FRIBORG, O., ANKE, A. in INDREDAVIK, B., 2014. A meta-analysis of constraint-induced movement therapy after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46 (9), str. 833–842. Doi: 10.2340/16501977-1859.
- ZAJC, D. in GRABLJEVEC, K., 2019. Z omejevanjem spodbujajoča terapija pri bolnikih po nezgodni možganski poškodbi. *SiNAPSA. Spletna revija za znanstvenike, strokovnjake in nevroznanstvene navdušence*. Pridobljeno 1. 06. 2019 s <https://www.sinapsa.org/eSinapsa/clanki/79/Z-omejevanjem-spodbujajo%C4%8Da-terapija-pri-bolnikih-po-nezgodni-mo%C5%BEGanski-po%C5%A1kodbi>

Dejavniki tveganja za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih – sistematični pregled literature

Lea Zgonc, Sonja Hlebš

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana,
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
zgonc.lea@gmail.com, sonja.hlebs@zf.uni-lj.si

Povzetek

Uvod: Svetovna populacija ljudi se drastično stara. S starostjo posameznika so povezani številni dejavniki tveganja, ki lahko vplivajo na nastanek bolečine v križu. Zaradi visokega odstotka starejših odraslih v družbi se prevalenca bolečine v križu med starejšimi odraslimi hitro veča. *Metode:* Uporabljena je bila deskriptivnima metoda, pregled znanstvene in strokovne literature v podatkovnih zbirkah PubMed, PEDro, CINAHL in Cochrane Library s ključnimi besedami v slovenskem in angleškem jeziku. *Rezultati:* Izsledki analiziranih presečnih raziskav kažejo, da se je trenutna prevalenca gibala med 16 % in 91 %. Najpogostejši vzroki za bolečino v križu pri starejših odraslih so degeneracije medvretenčnih ploščic, osteoporozni zlomi, skoliotične spremembe hrbtenice in nespecifični vzroki. Dejavniki tveganja za nastanek bolečine so starost sama, ženski spol, visok indeks telesne mase, mehanske obremenitve hrbtenice in celega telesa v preteklosti, psihosocialni vplivi ter telesna dejavnost posameznika. *Razprava:* Zaradi vse večje obolenosti za bolečino v križu je pomembno poznavanje dejavnikov tveganja in vzrokov za njen nastanek. Na nekatere starostne procese, ki lahko vplivajo na bolečino v križu, nimamo vpliva.

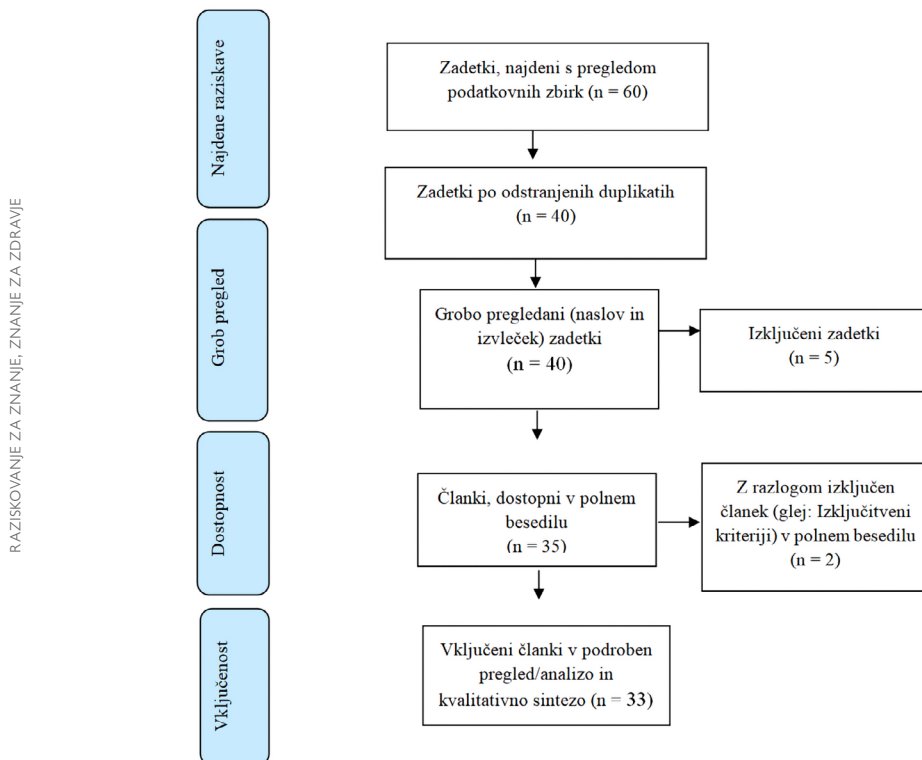
Ključne besede: bolečina v križu, starejši odrasli, dejavniki tveganja

Uvod

Staranje je univerzalen, vseživljenjski razvojni proces (Vertot, 2010). Starejši odrasli so splošno opredeljeni glede na kronološko starost, vlogo v družbi ali spremembe funkcijskih sposobnosti. Glede na kronološko starost so v razvitih državah to odrasli, ki prejemajo pokojnino - po 60. ali 65. letu starosti (angl. World health organisation – WHO; 2010). Po podatkih WHO (2018) je hitrost staranja prebivalstva trenutno veliko hitrejša, kot v preteklosti. Med letoma 2015 in 2050 naj bi se delež prebivalstva, starejšega od 65 let, z 12 povečal na kar 22 %. Bolečino v križu lahko definiramo kot bolečino med rebrnim lokom in zadnjičnimi gubami, ki se lahko širi vzdolž spodnjih udov in je povezana z napetostjo ali zakrčenostjo mišic (Airaksinen in sod., 2006). Bolečini se lahko pridružijo še nevrološke motnje, kot so motnje/spremembe občutenja, zmanjšana odzivnost refleksov in zmogljivost mišic spodnjega uda/ov (Compare in

sod., 2016). Bolečina v križu je ena najpogostejših zdravstvenih težav, ki povzroči onemoglost ali invalidnost med starejšimi odraslimi (Prince in sod., 2015) in se pojavi kot simptom, večinoma kot posledica drugih bolezenskih stanj. Namen tega prispevka je na podlagi sistematičnega pregleda literature predstaviti izsledke raziskav, v katerih so proučevali prevalenco, vzroke in dejavnike tveganja za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih.

Metode



Slika 1: Diagram poteka in izbora literature PRISMA (Moher in sod., 2009).

Uporabljena je bila deskriptivnima metoda, pregled znanstvene in strokovne literature v podatkovnih zbirkah PubMed, PEDro, CINAHL in Cochrane Library. Uporabili smo naslednje ključne besede in njihove kombinacije v angleškem jeziku: (low back pain [Title/Abstract]) OR (musculoskeletal pain [Title/Abstract]) AND (older adults [Title/Abstract]) OR (risk factors, prevalence [Title/Abstract]) in v slovenskem jeziku: bolečina v križu, starejši odrasli, dejavniki tveganja. Vključitveni kriteriji so bili raziskave z vzorcem starejših odraslih, raziskave o specifičnih/nеспецифичnih/kroničnih/akutnih bolečinah v križu ali spodnjem delu hrbta. Iz pregleda literature so bile izključene objavljene raziskave starejše od 10 let, raziskave, v katerih so preučevali bolečine v drugih delih telesa ter raziskave z vzorcem sodelujočih mlajših od 60 let. Za systems

atičen pregled in izbor literature smo uporabili diagram PRISMA (slika 1; Moher in sod., 2009). V prvem pregledu smo izbrali 60 raziskav, ki so vsebovale vsaj eno od ključnih besed. Po odstranjenih duplikatih smo v analizo zajeli 40 raziskav. Na podlagi izključitvenih kriterijev smo jih iz analize izključili 7 in za končno analizo izbrali 33 raziskav.

Rezultati

Preučevane so bile različne vrste prevalenc o bolečini v križu pri starejših odraslih (trenutna, tedenska, mesečna, trimesečna, enoletna in življenjska prevalenca). Podatke o številu in starosti preiskovancev ter ugotovljeni prevalenci prikazuje tabela 1.

Tabela 1: Prevalenca bolečin v križu pri starejših odraslih.

Avtor/ji in leto	N	Starost / leta	Prevalenca
Almeida in sod., 2008	197	≥ 60	Trenutna 18,3 %
Bjoerck van Dijken in sod., 2008	1480	65–79	Trenutna
		65–74 let	22,6 %
		75–79 let	31,4 %
Lima in sod., 2009	1958	≥ 60	Trenutna 31 %
Freburger in sod., 2009	9924	≥ 65	Življenjska
		M: 9,7 %	Ž: 14,3 %
Docking in sod., 2011	1174	77–100	Trenutna
		77–79 let	27 %
		80–84 let	31,1 %
		85–89 let	27 %
		90–100 let	92,1 %
Jimenez-Sanchez in sod., 2012	3127	≥ 65	Enoletna
		M: 12,3 %	Ž: 24,2 %
Chou in sod., 2013	2892	60–69	3 mesečna
		M: 21,5 %	Ž: 30 %
Meucci in sod., 2013	635	≥ 60	Enoletna 13 %
Silva in sod., 2013	229	Povprečje 72,3	Trenutna 52,4 %
Dotta in sod., 2014	12916	≥ 60	Trenutna 16 %
Pereira in sod., 2014	872	Povprečje 71,6	Tedenska
		M: 11,2 %	Ž: 18 %
Tomita in sod., 2015	278	≥ 65	Trenutna 22 %

Avtorji in leto	N	Starost / leta		Prevalenca	
Williams in sod, 2015	30146			Enomesečna	
		50-59 let (kontrolna skupina)		26,3 %	
		60-69		31,8 %	
		70-79		35,1 %	
		≥ 80		34,9 %	
Zanuto in sod., 2015	227	≥ 60		Trenutna 34 %	
Cedraschi in sod., 2016	889	≥ 65		Mesečna	Dnevna
		29 %		52 %	
Scherer in sod., 2016	3189	Povprečje		3 mesečna	
		M:74 (±5,1)	Ž: 74,7 (±5,3)	M: 41,1 %	Ž: 55,2 %
Beveris in sod., 2017	splošen vzorec	≥ 65		Trenutna	
		65-74 let		34 %	
		75 let ≥		34,9 %	
Yochi in sod., 2017	151	KNBVK		3 mesečna	
				KSBVK	
		≥ 60		22,8 %	3,5 %
		≥ 70		4,1 %	15,1 %
		≥ 80		0 %	23,8 %

Legenda: N – število M - moški; Ž - ženske; KNBVK – kronična nespecifična bolečina v križu; KSBVK – kronična specifična bolečina v križu.

Med najpogostejše vzroke avtorji navajajo degeneracije medvretenčnih ploščic s pojavom hernije, zožitev hrbteničnega kanala, osteoporozne spremembe vretenc, degenerativno skoliozo ali ukrivljenost hrbtenice, osteomielitis in nespecifične vzroke. Rezultati so zbrani v tabeli 2.

Tabela 2: Vzroki na nastanek bolečine v križu

Avtorji in leto	Vzroki
Weinstein in sod., 2009; Kalichman in sod., 2009; Košak, 2010	Degenerativne spremembe, hernije, zožitev hrbteničnega kanala
Chou in sod., 2013	Osteoporozo
Lelei in sod., 2013	Napredovana idiopatska ali degenerativna skolioza
Akiyama in sod., 2013	Osteomielitis
Yochi in sod., 2017	Nespecifični vzroki

Najpogostejši dejavniki tveganja so bili starost, sledil je visok indeks telesne mase, psihosocialni dejavniki in ženski spol. Dejavniki tveganja za nastanek bolečine v križu so predstavljeni v tabeli 3.

Tabela 3: Dejavniki tveganja za nastanek bolečine v križu

Avtorji in leto	Dejavnik tveganja
Bjoerck van Dijken in sod., 2008; Lima in sod., 2008; Freburger in sod., 2009; Docking in sod., 2011; Jimenez-Sanchez, 2012; Chou in sod., 2013; Meucci in sod., 2013; Pereira in sod., 2014; Williams in sod., 2015; Zanuto in sod., 2015; Cerdaschi in sod., 2016; Bevers in sod., 2017	Starost (12)
Freburger in sod., 2009; Jimenez-Sanchez in sod., 2012; Chou in sod., 2013; Pereira in sod., 2014; Williams in sod., 2015; Scherer in sod., 2016	Spol (6)
Bjoerck van Dijken in sod., 2008; Freburger in sod., 2009; Chou in sod., 2013; Meucci in sod., 2013; Pereira in sod., 2014; Smuck in sod., 2014; Williams in sod., 2015; Zanuto in sod., 2015	Visok ITM (8)
Samartzis in sod., 2015	Dednost
Williams in sod., 2015; Wong in sod., 2017	Spremembe v zaznavanju bolečine
Skandfer in sod., 2014; Plouvier in sod., 2015; Shankar in sod., 2015; Chou in sod., 2013	Pretekli ergonomski pogoji dela
Williams in sod., 2015	Demografski
Freburger in sod., 2009; Lima in sod., 2009; Docking in sod., 2011; Matsudaira in sod., 2015; Williams in sod., 2015; Cedraschi in sod., 2016; Bevers in sod., 2017	Psihosocialni (7)
Kim in sod., 2014	Telesna dejavnost
Stienen in sod., 2011; Wong in sod., 2017	Kajenje
Eržen in Govc-Eržen, 2005; Williams in sod., 2015	Komorbidnost

Legenda: ITM – indeks telesne mase

Razprava

Staranje organizma povzroči napredujoče telesne in psiho-socialne spremembe, ki lahko vplivajo na življenjsko zmožnost posameznika. Posledice staranja se kažejo v spremembah delovanja organizma in jih lahko opazimo na skoraj vseh telesnih sistemih (Fink in sod., 2012). Posledica številnih sprememb na telesu starejšega odraslega so potencialni vzroki za nastanek bolečine v križu. Izsledki analiziranih presečnih raziskav kažejo, da se je trenutna prevalenca gibala med 16 % (Dotta in sod., 2014) in 91,1 % (Docking in sod., 2011) ter je s starostjo naraščala (Bjoerck van Dijken in sod., 2008; Docking in sod., 2011; Williams in sod., 2015; Yochi in sod., 2017; Bevers in sod., 2017). Višjo pojavnost bolečine v križu pri starejših odraslih so avtorji poročali za ženske (Freburger in sod., 2009; Jimenez-Sanchez in sod., 2012; Meucci in sod., 2013; Pereira in sod., 2014; Scherer in sod., 2016) v primerjavi z moškimi. Avtorji (Weinstein in sod., 2009; Kalichman in sod., 2009; Košak, 2010) navajajo, da je razlog za to 6- do 10-krat pogostejši pojav degeneracije medvretenčnih ploščic pri ženskah starih 60 let ali več. Slabša prekrvavitev medvretenčne ploščice in slabša sposobnost regeneracije povzroči degeneracijo in njeno tanjšanje, ki so skupaj z degenerativnimi spremembami na malih hrbteničnih sklepih lahko sprožilni dejavnik za nastanek kronične bolečine v hrbtu pri starejših odraslih (Lelei in sod., 2013; Panta in sod., 2016). Pogost vzrok je zaradi degenerativnih sprememb hrbteničnih struktur tudi zožitev

hrbteničnega kanala s posledičnim pritiskom na živčno korenino/e (Weinstein in sod., 2009; Kalichman in sod., 2009; Košak, 2010). Kot pridruženi simptom se pojavijo intermitentne klavdikacije nevrološkega izvora, ki jih pacienti opisujejo kot neprijetno mravljinčenje v zadnjičnih, mečnih, stegenskih in stopalnih mišicah. Navadno se pojavijo med hojo in izzvenijo po nekajminutnem počitku. Avtorji (Weinstein in sod., 2009; Kalichman in sod., 2009) poročajo, da zožitev hrbteničnega kanala s starostjo izrazito narašča, saj je njena razširjenost pri starosti 40 let ali manj 20 %, pri starosti 60-69 let pa 47,2 %. Zmanjševanje kostne gostote v starosti poveča možnost za nastanek osteoporoznega zloma vretenca in s tem bolečine v križu, avtorji (Chou in sod., 2013) navajajo pojavnost osteoporoznih sprememb vretenec od 21,5 % pri moških in 30 % pri ženskah v starostni skupini od 60 – 69 let pri 48,6 % pri diagnosticiranih primerih osteoporoze v vzorcu 2892 starejših odraslih. Tudi pojavnost napredovane idiopatske ali degenerativne skolioze, ki je pri starejših ženskah višja (15,1 %) kot pri moških (8,8 %), lahko povzroči bolečino v križu zaradi spremenjene mehanike gibanja (Lelei in sod., 2013). Med vzroke za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih avtorji (Akiyama in sod., 2013) navajajo še naraščajočo pojavnost osteomielitisa (leta 2007 – 5,3 primerov/100.000 prebivalcev; leta 2011 – 7,4 primerov na 100.000 prebivalcev), ki zaradi zmanjšane delovanja imunskega sistema in komorbidnosti (incidenca komorbidnosti = 70 %; Eržen in Govc-Eržen, 2005; Williams in sod., 2015) lahko hitreje povzroči okužbo ter s tem destrukcijo kostnine vretenec. Kot najpogostejši dejavnik tveganja za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih so po izsledkih analiziranih raziskav starost sama, visok indeks telesne mase in psihosocialni dejavniki (tabela 3). Psihološka stiska (depresija, tesnoba in osamljenost), težave z izvajanjem gibalnih nalog, ki zahtevajo dvojno pozornost ali hitro preusmerjanje pozornosti, slabšanje delovnega ali kratkoročnega spomina, osebnostne spremembe ter spremembe čustvovanja, bistveno pripomorejo k pojavnosti bolečine v križu (Freburger in sod., 2009; Lima in sod., 2009; Docking in sod., 2011; Matsudaira in sod., 2015; Williams in sod., 2015; Cedraschi in sod., 2016; Bevers in sod., 2017). Starejši odrasli, ki na začetku obravnave zaradi bolečine v križu kažejo simptome depresije, imajo dvakrat večjo možnost, da bolečina po štirih letih spremljanja ne izgine (Wong in sod., 2017). Doživljanje bolečine v preteklosti je pomemben dejavnik, ki lahko vpliva na njeno zaznavanje. Zaradi negotovosti in strahu pred bolečino jo lahko starejši odrasli zaznavajo kot močnejšo, zlasti ženske (Samartzis in sod., 2015; Williams in sod., 2015; Wong in sod., 2017). Rezultati naše analize pregledanih raziskav kažejo, da so starejše ženske na splošno bolj ogrožene za pojav bolečine v križu kot moški (tabeli 1 in 3). Razliko med spoloma avtorji pojasnjujejo z predpostavko, da so med spoloma prisotne biološke razlike, ki lahko vplivajo na njen pojav. Ženske doživljajo več psihičnega stresa, bolj pogosto imajo več komorbidnih kroničnih bolezni (osteoporoza, osteoartritis, depresija) in primerjavi z moškimi večkrat zavrnejo zdravljenje zato razvijejo kronično bolečino ter zaužijejo več protibolečinskih zdravil (Jimenez-Sanchez in sod., 2012). Socialni dejavniki, kot na primer družbeno okolje, v katerem posameznik odrašča, živi ali mu pripada, vpliva-

jo na nastanek ali napredovanje bolezni in invalidnosti. Slabe socialne razmere (npr. stanovanjske, življenjske) lahko privedejo do nastanka socialnih stresorjev. Ti posledično vplivajo na večjo izpostavljenost tveganju za nastanek slabih prehranjevalnih navad (debelost) saj se je izkazalo, da je povečan indeks telesne mase (tabela 3) pomemben dejavnik tveganja za nastanek bolečine v križu pri starejših odraslih.

Zdi se, da višja stopnja izobrazbe (Williams in sod., 2015; Cedraschi in sod., 2016; Bevers in sod., 2017), boljši življenjski standard (Williams in sod., 2015), nagnjenost k zdravemu življenjskemu slogu, lažja dostopnost do zdravstvenih storitev, gospodarsko višji standard socialnega okolja (Docking in sod., 2011; Matsudaira in sod., 2015) in telesna dejavnost (npr. lahkotna hoja 3 / teden / 30 min skupaj z vadbo za moč mišic; (Kim in sod., 2014) bistveno pripomorejo k zmanjšanju pojavnosti bolečine v križu pri starejših odraslih.

Zaključek

Bolečina v križu je vse pogostejša diagnoza z visoko prevalenco med starejšimi odraslimi, zaradi staranja prebivalstva po vsem svetu se njena razširjenost povečuje. Da bi na dolgi rok uspeli zmanjšati prevalenco, moramo zdravstveni delavci pozornost posvetiti preventivi, kar v tem primeru pomeni zgodnje odkrivanju dejavnikov tveganja. Starejše bi morali ustrezno informirati, o vzrokih in dejavnih tveganja, na katere lahko vplivajo sami in s tem preprečijo ali vsaj omilijo težave.

Literatura

- AIRAKSINEN, O., BROX, J.I., CEDRASCHI, C., HILDEBRANDT, J., KLABER-MOFFETT, J., KOVACS, F., MANNION, AF., REIS, S., STAAL, JB., URSIN, H., et al., 2006. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal*, vol. 15(2), str. 192–289.
- AKIYAMA, T., CHIUDA, H., YASUNAGA, H., HORIGUCHI, H., FUSHIMI, K., SAITA, K., 2013. Incidence and risk factors for mortality of vertebral osteomyelitis: a retrospective analysis using the Japanese diagnosis procedure combination database [online]. Pridobljeno 28.2.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23533214>
- ALMEIDA, IC., SA, KN., SILVA, M., BAPTISTA, A., MATOS, MA., LESSA, I., 2008. Chronic low back pain prevalence in the population of the city of Salvador. *Revista brasileira de ortopedia*, vol. 43 (3), str. 96–102.
- BEVERS, K., HULLA, R., RICE, O., VERDIER, G., SALAS, E., GATCHEL, R., 2017. The chronic low back pain epidemic in older adults in America [online]. *Journal of Pain Relief*, vol. 6, str. 285. Pridobljeno 28.2.2020 s <https://www.omicsonline.org/open-access/the-chronic-low-back-pain-epidemic-in-older-adults-in-america-2167-0846-1000285.pdf>
- BJÖRCK-VAN DIJKEN, C., FJELLMAN-WIKLUND, A., HILDINGSSON, C., 2008. Low back pain, life style factors and physical activity: a population-based study. *Journal of rehabilitation medicine*, vol. 40, str. 864–869.
- CEDRASCHI, C., LUTHY, C., ALLAZ, AF., HERRMANN, FR., LUDWIG, C., 2016. Low back pain and health-related quality of life in community-dwelling older adults. *European spine journal*, vol. 25 (9), str. 2822-2832.

- CHOU, YC., SHIH, CC., LIN, JG., CHEN, TL., LIAO, CC., 2013. Low back pain associated with sociodemographic factors, lifestyle and osteoporosis: a population-based study. *Journal of rehabilitation medicine*, vol. 45 (1), str. 76-80.
- COMPARE, A., MARCHETTINI, P., ZARBO, C., 2016. Risk factors linked to psychological distress, productivity losses, and sick leave in low back pain employees: A three-year longitudinal cohort study [online]. *Pain Research and Treatment*. Pridobljeno 12.2.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27635259>
- DOCKING, ER., FLEMING, J., BRAYNE, C., ZHAO, J., MACFARLANE, GJ., JONES, G T., 2011. Epidemiology of back pain in older adults: prevalence and risk factors for back pain onset. *Rheumatology*, vol. 50 (9), str. 1645-1653.
- DOTTA, TA., BONADIO, MB., FURLANETO, ME., SILVA, JS., LEME, LE., 2014. Prevalence of acute diseases in the elderly assisted in emergency department of orthopedics. *Acta ortopédica brasileira*, vol. 22 (9), str. 99-101.
- ERŽEN, I., GOVC-ERŽEN, J., 2005. *Javno zdravstveni pomen sočasnih bolezni in stanj. Sočasne bolezni in stanja / 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine* [online]. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, str. 7. [viewed 1.3.2020]. Dostopno na: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Socasne_bolezni_in_stanja.pdf
- FINK, A., JELEN-JURIČ, J., KOLAR, J., 2012. *Zdravstvena nega starostnika*. Ljubljana: Založba Grafenauer.
- FREBURGER, KJ., HOLMES, MG., AGANS, PR., JACKMAN, MA., DARTER, DJ., WALLACE, AS., CASTEL, LD., KALSBECK, WD., CAREY, TS., 2009. The rising prevalence of low back pain. *The archives of internal medicine*, vol. 169 (3), str. 251-258.
- JIMÉNEZ-SÁNCHEZ, S., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C., CARRASCO-GARRIDO, P., HERNÁNDEZ-BARRERA, V., ALONSO-BLANCO, C., PALACIOS-CEÑA, D., JIMENEZ-GARCIA, R., 2012. Prevalence of chronic head, neck and low back pain and associated factors in women residing in the autonomous region of Madrid (Spain). *Gaceta sanitaria*, vol. 26 (6), str. 534-540.
- KALICHMAN, L., COLE, R., KIM, HD., LI, L., SURI, P., GUERMAZI, A., HUNTER, D., 2009. Spinal stenosis prevalence and association with symptoms: The Framingham Study. *Spine journal*, vol. 9 (7), 545-550.
- KIM, W., JIN, YS., LEE, CS., HWANG, CJ., LEE, SY., CHUNG, SG., CHOI, KH., 2014. Relationship between the type and amount of physical activity and low back pain in Koreans aged 50 years and older. *PM&R journal*, vol. 6 (10), str. 893-899.
- KOŠAK, R., 2010. Bolečina v ledvenem delu hrbtenice. *Rehabilitacija*, vol. 9 (2), str. 3-8.
- LEILEI, X., XU, S., SHUSHU, H., ZEZHANG, Z., JUN, Q., FENG, Z., SAIHU, M., YITAO, D., YONG, Q., 2013. Lumbar scoliosis in Chinese Han population: prevalence and relationship to age, gender, bone mineral density, and body mass index. *European spine journal*, vol. 22 (6), str. 1326-1331.
- LIMA, MG., BARROS, MB., CESAR, CL., GOLDBAUM, M., CARANDINA, L., CICONELLI, RM., 2009. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo, Brazil: a population-based study. *Pan american journal of public health*, vol. 25 (4), str. 314-321.
- MATSUDAIRA, K., KAWAGUCHI, M., ISOMURA, T., INUZUKA, K., KOGA, T., MIYOSHI, K., KONIA SHI, H., 2015. Assessment of psychosocial risk factors for the development of non-specific chronic disabling low back pain in Japanese workers-findings from the Japan epidemiological Research of occupation-related back pain (JOB) study. *Industrial health*, vol. 53 (4), str. 368-377.
- MEUCCI, RD., FASSA, AG., PANIZ, VM., SILVA, MC., WEGMAN, DH., 2013. Increase of chronic low back pain prevalence in a medium-sized city of southern Brazil [online]. *BMC*

- Musculoskeletal disorders*. Pridobljeno 17.2.2020 s <https://bmcmusculoskeletaldisord.bibomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-14-155>
- MOHER, D., LIBERATTI, A., TETZLAF, J., ALTMAN, DG., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the PRISMA statement [online]. *PLOS Medicine*, vol. 6 (7). Pridobljeno 12.2.2020 s <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097>
- PANTA, OB., SONGMEN, S., MAHARJAN, S., SUBEDI, K., ANSARI, MA., GHIMIRE, RK., 2016. Morphological changes in degenerative disc disease on magnetic resonance imaging: comparison between young and elderly. *Journal of Nepal health research council*, vol. 13 (31), str. 209–213.
- PEREIRA, LV., VASCONCELOS, PP., SOUZA, LA., PEREIRA, GA., NAKATANI, AY., BACHION, MM., 2014. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, vol. 22 (4), str. 662–669.
- PLOUVIER, S., CHASTANG, JF., CYR, D., BONENFANT, S., DESCATHA, A., GOLDBERG, M., LEClerc, A., 2015. Occupational biomechanical exposure predicts low back pain in older age among men in the Gazel Cohort. *International archives of occupational environmental health*, vol. 88 (4), str. 501–510.
- PRINCE, MJ., WU, F., GUO, Y., GUTIERREZ ROBLEDO, LM., O'DONNELL, M., SULLIVAN, R., YUSUF, S., 2015. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, vol. 385 (9967), str. 549–562.
- SAMARTZIS, D., BORTHAKUR, A., BELFER, I., BOW, C., LOTZ, J., WANG, HQ., CHEUNG, KMC., CARRAGEE, E., KARPPINEN, J., 2015. Novel diagnostic and prognostic methods for disc degeneration and low back pain. *Spine journal*, vol. 15 (9), str. 1919–1932.
- SCHERER, M., HANSEN, H., GENSICHEN, J., MERGENTHAL, K., RIEDEL-HELLER, S., WEYERER, S., MAIER, W., FUCHS, A., BICKEL, H., SCHOEN, G., et al. 2016. *Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study* [online]. Pridobljeno 10.3.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895952/>
- SHANKAR, S., SHANMUGAM, M., SRINIVASAN, J., 2015. Workplace factors and prevalence of low back pain among male commercial kitchen workers. *Journal of back musculoskeletal rehabilitation*, vol. 28 (3), str. 481–488.
- SILVA, EF., PANIZ, VM., LASTE, G., TORRES, IL., 2013. The prevalence of morbidity and symptoms among the elderly: a comparative study between rural and urban areas. *Cien Saude Colet*, vol. 18 (4), str. 1029–1040.
- SKANDFER, M., TALKOVA, L., BRENN, T., NILSSON, T., VAKTSKJOLD, A., 2014. Low back pain among mine workers in relation to driving, cold environment and ergonomics. *Ergonomics*, vol. 57 (10), str. 1541–1548.
- SMUCK, M., KAO, MC., BRAR, N., MARTINEZ-ITH, A., CHOI, J., TOMKINS-LANE, CC., 2014. Does physical activity influence the relationship between low back pain and obesity. *Spine journal*, vol. 14 (2), str. 209–216.
- STIENEN, MN., RICHTER, H., PROCHNOW, N., SCHNAKENBURG, LF., GAUTSCHI, OP., 2011. Does smoking correlate with low back pain and the outcome of spinal surgery. *Zeitschrift für orthopädie und unfallchirurgie*, vol. 149 (3), str. 317–323.
- TOMITA, Y., ARIMA, K., KANAGAE, M., OKABE, T., MIZUKAMI, S., NISHIMURA, T., ABE, Y., GOTO, H., HORIGUCHI, I., AOYAGI, K., 2015. Association of physical performance and pain with fear of falling among community-dwelling Japanese women aged 65 years and older [online]. Pridobljeno 21.2.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26334906>

- VERTOT, N., 2010. *Starejše prebivalstvo v Sloveniji* [online]. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije [online]. Pridobljeno 20.2.2020 s <https://www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf>
- WEINSTEIN, JN., LURIE, JD., TOSTESON, TD., ZHAO, W., BLOOD, EA., TOSTESON, AN., BIRKMEYER, N., HERKOVITZ, H., LONGLEY, M., LENKE, L., et al., 2009. *Journal of bone and joint surgery*, vol. 91 (6), str. 1295–1304.
- WILLIAMS, JS., NAWI, NG., PELTZER, K., YAWSON, A., BIRITWUM, R., MAXIMOVA, T., WU, F., AROKIASAMY, P., KOWAL, P., CHATTERJI, S., 2015. Risk factors and disability associated with low back pain in older adults in low- and middle-income countries. Results from the WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE) [online]. Pridobljeno 12.2.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042785>
- WONG, A., KARPPINEN, J., SAMARTZIS, D., 2017. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. *Scoliosis and spinal disorders* [online]. Pridobljeno 23.2.2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395891/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. *Proposed working definition of an older person in Africa* [online]. Pridobljeno 23.2.2020 s <https://www.who.int/healthinfo/survey/agingdefnolder/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018. *World report on ageing and health* [online]. Pridobljeno 23.2.2020 s https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?sequence=1
- YOICHI, I., HAKU, I., TOKUE, MI., DAISUKE, T., TSUYOSHI, S., TSUYOSHI, T., ATSUSHI, Y., KENJI, T., 2017. Prevalence of chronic nonspecific low back pain and its associated factors among middle-aged and elderly people: An analysis based on data from a musculoskeletal examination in Japan. *Asian spine journal*, vol. 11 (6), str. 989–997.
- ZANUTO, EA., CODOGNO, JS., CHRISTÓFARO, DG., VANDERLEI, LC., CARDOSO, JR., FERNANDES, RA., 2015. Prevalence of low back pain and associated factors in adults from a middle-size Brazilian city. *Cien saude colet*, vol. 20 (5), str. 1575–1582.

Promocija zdravja pri delu in fizioterapija

*Tina Tominc, Blaž Hudobivnik, Zdenka Tavčar,
Elvis Kudich, Špela Bizjak, Monika Zadnikar*
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
tina.tominc@gmail.com

Povzetek

Uvod: Skrb za zdravje je skupen interes delavcev ter delodajalcev. Osrednji cilj promocije zdravja je večja kakovost dela in življenja zaposlenih ter s tem povezano njihovo zdravje. Fizioterapija ima pomembno vlogo pri opredeljevanju in izboljšanju kakovosti življenja in gibanja pri promociji zdravja. Zaradi ustreznih programov promocije zdravja se pri delu zmanjšajo tako stroški za zdravstveno in socialno varstvo kot ekonomski stroški ter z delom povezanih poškodb in bolezni, ki vplivajo na podaljšanje zdravih let življenja.

Metode: Uporabili smo kvalitativno metodo pregleda literature. Iskanje je bilo izvedeno v naslednjih bazah podatkov: brskalnik Google, PubMed, ProQuest, Cinahl, PubMed Central. Ključne besede, ki smo jih uporabili so bile: promocija zdravja, preventivni programi, fizioterapija, delo, health care, workplace, physiotherapy. Omejili smo se na članke, ki poleg promocije zdravja na delovnem mestu vključujejo še povezavo s fizioterapijo. *Rezultati:* Po prvem iskanju podatkov je bilo 287 zadetkov, po vključitvenih kriterijih in izločitvi neprimernih člankov smo uporabili 14 člankov. Po pregledu literature smo izbrali članke s celotnim besedilom ter jih 5 vključili v podrobno analizo. *Razprava:* Promocija zdravja zahteva interdisciplinaren in medsektorski pristop, pri katerem ima javno zdravstveni sektor pomembno in povezovalno vlogo. Vloga fizioterapevtov pri promociji zdravja je pomembna, saj prispeva k opolnomočenju uporabnikov o pomembnosti gibanja, pravilnega sedenja in preprečevanja kroničnih obolenj.

Ključne besede: promocija zdravja, preventivni programi, fizioterapija, delo

Uvod

Zdravje pomeni znanost in spretnost preprečevanja bolezni, krepitve zdravja in podaljševanje življenja s pomočjo organiziranih naporov družbe (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Je podlaga za dobro ter uspešno življenje in delo, tako za posameznika kot za organizacijo. Ljudje so produktivnejši, ustvarjalnejši, redkeje zbolijo ter odhajajo v bolniški stalež (Čakar, 2019). Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2018) je zapisala, da koncept zdravstvenega promovirajočega delovnega mesta postaja vedno pomembnejše s tem, ko se vedno več zasebnih in javnih organizacij začne-

nja zavedati, da je prihodnost ter uspeh na globalizirajočem trgu možen le z zdravo motivirano ter kvalificirano delovno silo. Na nacionalnem nivoju bo zdravstveno promovirajoče delovno mesto predpogoj za konstanten socialen in ekonomičen razvoj. Motnje mišično - skeletnega sistema pri delavcih zmanjšujejo produktivnost podjetij in povzročajo socialno - ekonomske izgube. Bolečine v križu predstavljajo približno 60 % poklicnih bolezni v preteklosti in danes, kar predstavlja velik problem na področju zdravja pri delu (Asada in Takano, 2016). Bilban (2014) trdi, da promocija zdravja sodi med najpomembnejše naloge s področja varnosti in zdravja pri delu. Ključni cilj promocije zdravja na delovnem mestu je, da se delavcem omogoči zdravo in varno delovno okolje, ohranja njihovo delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje ter odsotnost z dela zaradi bolezni. Pomembno je preprečevanje poklicnih bolezni (bolezni, povzročene ali vplivane z delom, okoljem, življenjskim stilom ali socialnimi determinantami) in poškodb pri delu. V praksi se promocija zdravja pogosto enači z zdravstveno vzgojo. Promocija zdravja zahteva interdisciplinaren in medsektorski pristop, pri katerem ima javno zdravstveni sektor pomembno in povezovalno vlogo. Vključevanje fizioterapevtov pri tem je nujna, so zapisali sodelavci NIJZ (Backovič Juričan, 2015). Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011) določa, da morajo delodajalci načrtovati promocijo zdravja na delovnem mestu ter zanjo zagotoviti potrebna sredstva. Ministrstvo za zdravje v »Smernicah za promocijo zdravja na delovnem mestu« zapisuje, da v Republiki Sloveniji odgovorno osebo za program promocije zdravja na delovnem mestu določijo v podjetju in izobrazba osebe ni zakonsko določena (Ministrstvo za zdravje, 2015). Čakar (2019) navaja, da promocija zdravja na delovnem mestu vključuje aktivno podporo delodajalcev pri izboljšanju splošnega zdravja zaposlenih. V 24. členu Zakona o varnosti in zdravja pri delu (2011) je zapisano, da mora delodajalec na delovnih mestih sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev. V kolikor se teh dejavnikov ne upravlja uspešno, je veliko večja verjetnost, da pride do poslabšanja psihičnega in fizičnega zdravja, ki se kažejo kot depresija, anksioznost, alkoholizem, kardiovaskularna obolenja, hipertenzija, nezdravo pridobivanje teže, kar lahko privede celo do smrti (Rahman, 2018). Cilji promocije izhajajo iz opredeljenih operativnih ciljev na podlagi predhodno izvedene temeljite analize zdravja delavcev in ocene potreb tako delavcev kot delodajalca. Kažejo se kot manjši stroški, manjša delovna invalidnost, boljše počutje in telesno zdravje zaposlenih, preventiva mišično - skeletnih zapletov, boljše obvladovanje stresa, večja motivacija za delo (Backovič Juričan in Verdnik, 2017). Dober program promocije zdravja na delovnem mestu zahteva interdisciplinaren medsektorski pristop. Backovič Juričan in Verdnik (2017) zapišeta, da zaradi staranja prebivalstva in pandemije kroničnih nenalezljivih bolezni, postaja vse večje povpraševanje po fizioterapevtih. Svetovna zveza za fizioterapijo (WCPT) je sprejela novo politično izjavo o kroničnih nenalezljivih boleznih, ki navaja pomembno vlogo fizioterapevtov pri njihovem preprečevanju in obvladovanju, na dokazih podprtih preventivnih programih na primarni in sekundarni

ravni; promocije zdravja in kakovosti življenja; zmanjšanja sedečega vedenja; in izboljšanja ter vzdrževanja ravni telesne dejavnosti in funkcijske odvisnosti. Backovič Juričan in Verdnik (2017) navedeta, da je specialna terapevtska vadba v zvezi z mehansko bolečino v križu lahko preventivna ali kurativna. Z vadbo izboljšujemo vzdržljivost, mišično moč, odpravljamo asimetrije v moči, vzdržljivosti in gibljivosti upogibalk in iztegovalk trupa med desno in levo stranjo ter izboljšujemo živčno - mišične reakcije med (pred) hotenim gibom in ob nepričakovani zunanji motnji. Sedeči način življenja povzroča slabšo medmišično koordinacijo, ki je dejavnik tveganja za poškodbe ledvene hrbtenice, bolečina v križu pa dodatno ovira medmišično koordinacijo in tako je začaran krog sklenjen.

Namen je predstaviti tematiko promocije zdravja na delovnem mestu, ugotoviti komu in zakaj je promocija zdravja na delovnem mestu namenjena, ovrednotiti njen učinek in ugotoviti kakšna je vloga fizioterapevta pri ohranjanju zdravja ljudi na delovnih mestih.

Cilj je predstaviti pomen promocije zdravja, ugotoviti kakšen učinek ima promocija zdravja ter kakšna je pri tem vloga fizioterapevta. V okviru raziskovanja sta bili postavljeni naslednji raziskovalni vprašanji (RV):

RV1: Komu in zakaj je namenjena promocija zdravja?

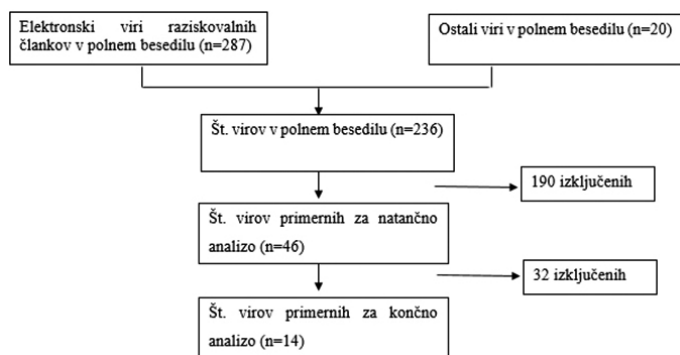
RV2: Kakšna je vloga fizioterapije v promociji zdravja?

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna metoda pregleda literature, pridobljeni iz podatkovnih baz COBISS, PubMed, ProQuest, PubMed Central in CINAHL. Pregledane so bile tudi usmeritve ministrstev glede promocije zdravja na delovnem mestu. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »health promotion«, »workplace«, »good practice«, »work«, »physiotherapy« in v slovenskem jeziku: »promocija zdravja«, »delovno mesto«, »programi promocije zdravja«, »fizioterapija«. Omejitveni kriteriji iskanja je obdobje zadnjih 10 let, celotno besedilo člankov in jezik angleščina.

Rezultati

Na začetku je bilo dobljenih 388 zadetkov, izmed katerih je bilo na koncu izbranih 14. Identificiranih je bilo 33 kod, ki so združene v 4 kategorije: model promocije zdravja; programi promocije zdravja; priporočila za promocijo zdravja in vloga fizioterapije. Potek pridobitve končnega števila zadetkov smo prikazali v Sliki 1, kot PRIZMA diagram.



Slika 1: Prizma diagram

V Tabeli 1 smo pripravili podroben pregled petih člankov, ki so raziskovali vpliv promocije zdravja na delovnem mestu.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov na temo promocija zdravja na delovnem mestu

Avtor(ji), leto	Vzorec	Raziskovalni pristop	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Gosling in sod., 2015	Pregled 43 študij na temo intervencije promocije zdravja na delovnih mestih	Kvalitativen pristop	Opis izvajanja strategij za hitrejšo rehabilitacijo, ki bodo v pomoč fizioterapevtom	Pomembno vlogo pri hitri vrnitvi poškodovanih delavcev na delo imajo fizioterapevti z izvajanjem programov promocije zdravja na delu
Thorndal, 2018	168 delavcev, ki so zaradi bolečin v ramenih in vratu odsotni 4-16 tednov	Kvantitativen pristop	Oceniti učinek intenzivnega posega pri bolniških odsotnostih zaradi bolečin v vratu ali ramenih, v primerjavi z manj intenzivnim	Ugotovljeno je bilo, da ni večjih razlik med obema posegoma
Backovič Jurčan in sod., 2015	Pregled 7 študij	Kvalitativen pristop	Pomembnost vloge fizioterapevta pri promociji zdravja na delovnem mestu	Vloga fizioterapevta je ključna, saj življenjski slog pacienta vpliva na izid fizioterapije
Olivin in sod., 2018	Pregled 30 študij	Kvalitativen pristop	Preučevanje učinka promocije zdravja pri delavcih z bolečinami v vratu in ramenih	Promocija zdravja lahko zmanjša delež bolniške odsotnosti delavcev
Rinaldo in Selander, 2011	Pregled študij iz let 2001- 2014	Kvalitativen pristop	Preučevanje faktorjev učinka promocije zdravja na delovnem mestu.	Promocija zdravja ima vpliv, če se delavci uspešno angažirajo in upoštevajo nasvete ki so jim ponujeni.

Razprava

Vsebinska analiza prebranih besedil kaže, da je tematika o promociji zdravja na delovnem mestu dobro raziskana, nekoliko manj je napisanega o povezavi fizioterapije in promociji zdravja. Po promociji zdravja in fizioterapiji postaja vse večja potreba zaradi staranja prebivalstva in pandemije kroničnih nenalezljivih bolezni. (Backovič Juričan in Verdnik, 2017). Ključni cilj promocije zdravja na delovnem mestu in fizioterapije je, da se delavcem omogoči zdravo in varno delavno okolje, ohranja njihovo delovno sposobnost in zmanjša prezgodnje upokojevanje ter odsotnost z dela zaradi bolezni. Svetovna zveza za fizioterapijo (WCPT) navaja pomembno vlogo fizioterapije pri promociji zdravja kot preprečevanje in obvladovanje nenalezljivih kroničnih bolezni; izvajanja na dokazih podprtih preventivnih programov na primarni in sekundarni ravni; promocije zdravja in kakovosti življenja; zmanjšanja sedečega vedenja ter izboljšanja ter vzdrževanja ravni telesne dejavnosti. Na podlagi pregledane literature in raziskav ugotovljamo, da promocija zdravja povezana s fizioterapijo pozitivno vpliva na preprečevanje bolezni in poškodb na delovnem mestu. Raziskave (Cullen in sod., 2018; Rinaldo in Selander, 2016) dokazujejo vrsto različnih učinkov promocije. Avtorji so v raziskavi (Cullen in sod., 2018) pregledovali podatke, ki dokazujejo učinkovitost promocije zdravja na delovnem mestu pri delavcih, ki so imeli težave povezane z bolečinami, in tistimi, ki so imeli težave v duševnem zdravju. Ugotovili so, da obstaja močna povezava med zmanjšano količino težav povezanih z bolečino in duševnim zdravjem. Breman s sodelavci (2018) je zapisal, da ima promocija zdravja z vključevanjem zdravstvenih delavcev pozitiven vpliv na zdravje delavcev. Po navajanju raziskave (Rinaldo in Selander, 2016) je maksimalen učinek dosežen le, če se delavci uspešno angažirajo in upoštevajo nasvete, ki so jim ponujeni. Rezultati raziskav iz leta 2017, izvedene na Evropski agenciji za varnost in zdravje pri delu dokazujejo, da se odsotnost z dela med udeleženci programov promocije zdravja občutno zmanjša. Lahko rečemo, da je vključevanje fizioterapije k promociji zdravja smiselno in predvsem zelo potrebno. Fizioterapevti so med vsemi zdravstvenimi strokovnjaki najbolj kompetentni za predpisovanje in vodenje programov telesne terapevtske vadbe, zato je treba prihodnost stroke usmeriti v sistematično ozaveščanje in usposabljanje fizioterapevtov na področju promocije zdravja ter preventive (Miklič Milek in sod., 2016). Na podlagi predhodno izvedenih analiz zdravja delavcev in ocene potreb tako delavcev kot delodajalcev, lahko priporočamo še večje vključevanje fizioterapevtov k izvajanju programov promocije zdravja na delovnem mestu.

Zaključek

Poleg že ustaljene prakse promocije zdravja v zdravstvenih ustanovah se bo ta kot obveznost delodajalca razširila tudi na delovna mesta. Želimo si, da bodo fizioterapevti v prihodnje na tem področju delovali samostojno ali kot člani tima. Vodstvo podjetja lahko na promocijo zdravja gleda kot na dodatni strošek za organizacijo, vendar raziskave kažejo, da se vložek povrne, saj se

produktivnost zaposlenih zviša. Država bi morala bolj spodbujati podjetja, da izvajajo promocijo zdravja na delovnih mestih in jih za dobro spisan in izvajan program tudi subvencionirati.

Literatura

- ASADA, F. in TAKANO, K., 2016. *Physical Therapy for musculoskeletal disorders of workers: role of physical therapists in occupational health*. Osaka Rosai Hospital. Pridobljeno 23. 10. 2019 s: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/27246149/>.
- BILBAN, M., 2014. Promocija zdravja v delovnem okolju kot obveznost delodajalca. *Ekonomška demokracija*, vol. 2014 (6), str. 15-18.
- BACKOVIČ JURIČAN, A. 2015. Krepitev zdravja s promocijo zdravja in preventivo v fizioterapiji. *Fizioterapija*, vol. 23 (1), str. 9-12.
- BACKOVIČ JURIČAN, A. in VERDNIK, M., 2017. *Priporočila za promocijo telesne dejavnosti in preprečevanje sedečega vedenja v delovnem okolju*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- CULLEN, K.L., IRVIN, E., COLLIE, A., CLAY, F., GENSBY, U., JENNINGS, P.A., HOGG-JOHNSON, S., KRISTMAN, V., LABERGE, V., MCKENZIE, D., et al., 2018. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 28 (1), št. 1-15.
- ČAKAR, M., 2019. *Promocija zdravja na delovnem mestu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- GUPTA, N., WÄHLIN-JACOBSEN, C.D., ABILDGAARD, J.S., HENRIKSEN, L.N., NIELSEN, K. in HOLTERMANN, A., 2018. Effectiveness of a participatory physical and psychosocial intervention to balance the demands and resources of industrial workers: a cluster-randomized controlled trial. National Research. *Scandinavian journal of work, environment & health*, vol. 44 (1), str. 58-68.
- MIKLIČ MILEK, D., ZORKO M., HRIBAR P., KAUČIČ S., URDIH LAZAR, T. & DODIČ FIKFAK, M. 2016. *Promocija zdravja pri delu. Aktivni odmor: priročnik*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE, 2015. *Smernice za promocijo zdravja na delovnem mestu*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 27. 10. 2019 s: https://www.fnm.um.si/wp-content/uploads/2010/09/Smernice_za_promocijo_zdravja_na_delovnem_mestu.pdf.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE, 2017. *Pozitivni vidiki uvajanja promocije zdravja pri delu*. Pridobljeno 25. 10. 2019 s: http://www.mz.gov.si/07007943.php/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/zdravje_na_delovnem_mestu/promocija_zdravja_na_delovnem_mestu/pozitivni_vidiki_uvajanja_promocije_zdravja_pri_delu/.
- MOLL, T., JENSEN, O.K., SCHIØTTZ-CHRISTENSEN, B., STAPELFELDT, C.M., CHRISTIANSEN, D.H., NIELSEN, C.V. in LABRIOLA, M., 2017. Return to work in employees on sick leave due to neck or shoulder pain: a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention with one-year register-based follow-up. *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 28 (2), str. 346-356.
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2014. *Javno zdravje*. NIJZ. Pridobljeno 28. 10. 2019 s: <https://www.nijz.si/files/uploaded/2187-8170.pdf>.
- RAHMAN, R., 2018. Role of Health Promotion Strategies on Lifestyle and Behavioral Changes to Reduce the Number of Non-Communicable Disease Patient: an Opinion. *Journal of Healthcare Communication*, vol. 3 (1), str. 1-5.

- RINALDO, U. in SELANDER, J., 2016. Return to work after vocational rehabilitation for sick-listed workers with long-term back, neck and shoulder problems: a follow-up study of factors involved. *Work*, vol. 55 (1), str. 115-13.
- TEMELJOTOV SALAJ, A., SNEŽIČ, S. in PUNGARTNIK, M., 2012. Stres, izgorelost in mobing na delovnem mestu. *Socialna pedagogika*, vol. 16 (1), str. 71-72.
- URDIH LAZAR, T. & STERGAR, E., 2012. Izzivi promocije zdravja pri delu. *Delo in varnost*, vol. 57 (2), str. 17-18.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018. *Milestones in health promotion, statements from global conferences*. Geneva: World Health Organization.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1)*, 2011. Uradni list Republike Slovenije, št. 34/2011.

Uporaba udarnih globinskih valov pri zdravljenju tendinopatij

Matjaž Ogris, David Ravnik

Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec,
Glavni trg 1, 2380 Slovenj Gradec
matjaz.ogris@gmail.com

Povzetek

Uvod: Terapija z udarnimi globinskimi valovi (v nadaljevanju UGV) velja v fizioterapiji za varno in učinkovito metodo konzervativnega zdravljenja mišično-skeletnih okvar. V prispevku predstavljamo rezultate raziskave zdravljenja z radialnimi in fokusiranimi udarnimi valovi pri poškodbah, katerih vzrok je prisotnost kristalov kalcijevega fosfata v ramenskem sklepu. *Metode:* V teoretičnem delu smo pregledali relevantno literaturo ter naredili primerjavo. Raziskava je bila opravljena v Centru za zdravje in gibanje Kinesio fit na Ravnah na Koroškem. Vzorec je zajemal 60 oseb z diagnozo kalcinirajoča tendinopatija v ramenu. V raziskavi smo s pomočjo Constant Murley testa (v nadaljevanju CMS) pred začetkom obravnave z udarnimi valovi izmerili objektivne parametre obsega giba in moči v ramenskem sklepu ter subjektivno dožemanje zaznane bolečine. Primerjali smo učinkovitost zdravljenja z radialnimi in fokusiranimi udarnimi globinskimi valovi pri kalcinirajoči tendinopatiji mišice supraspinatus. Teste smo opravili pred začetkom obravnave, po tretji obravnavi in tri mesece po zadnji, to je tretji obravnavi. Rezultate smo obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS 22.0. *Rezultati:* Rezultati so pokazali občutno izboljšanje obsega giba in moči ramenskega obroča, prav tako tudi izboljšanje subjektivnega dožemanja bolečine pri vseh udeležencih raziskave. Razlike med radialno in fokusirano obliko terapije niso bile statistično značilne. *Razprava:* Uporaba UGV za namen zdravljenja mišično-skeletnih bolezni je učinkovita oblika konzervativnega zdravljenja. Dobljeni rezultati so primerljivi z rezultati drugih raziskav na istem področju in bodo pripomogli k nadaljnjim raziskavam ter k razvoju zdravljenja mišično-skeletnih težav z udarnimi valovi.

Gljučne besede: udarni valovi, tendinopatija, zdravljenje

Uvod

Bolečine v ramenu so pogosto povezane s poškodbami tetiv mišic ramenskega obroča. Najpogostejši razlogi za kronično bolečino so tendinopatije, med katerimi prevladuje kalcinirajoči tendinits m. supraspinatus, ki predstavlja akutno in kronično bolezensko stanje, kjer je vzrok bolečine vnetje tetive na njenem proksimalnem delu narastišča zaradi kalcijevih depozitov, ki so nabrani okoli nje (ElShewy, 2016). Možni vzroki za nastanek so hipovaskularizacija

prizadetega področja, kompresija, nepravilno delovanje metabolizma, mezo-dermalne poškodbe in lokalne degenerativne spremembe, infekcija ali travma (Siegal idr., 2009). Povečano število raziskovalnih študij zdravljenja tendinopatij je v zadnjih 20 letih izpostavilo terapijo z UGV kot zelo uspešno in v določenih primerih tudi kot alternativo operativnim posegom. S tega stališča smo izhajali tudi v naši raziskavi, kjer smo želeli preveriti in primerjati učinek uporabe UGV pri zdravljenju kalcinirajoče tendinopatije v ramenu. Z rezultati smo želeli:

- predstaviti zdravljenje kalcinirajoče tendinopatije m. supraspinatus z radialnimi (okr. ang. R-SWT) in fokusiranimi (okr. ang. F-SWT) udarnimi valovi;
- primerjalno kvantitativno analizirati učinek zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije m. supraspinatus z R-SWT in F-SWT;
- na podlagi rezultatov raziskave oblikovati priporočila za zdravljenje z UGV.

Za namen raziskave so bile postavljene hipoteze, ki so bile po končani analizi dobljenih rezultatov tudi potrjene.

Hipoteza 1: Obseg giba v ramenskem sklepu (elevacija skozi abdukcijo in notranja rotacija – roka za hrbet) se je pri obeh skupinah pacientov po 3. obravnavi z UGV statistično pomembno povečal v primerjavi z merjenjem pred 1. obravnavo z UGV.

Hipoteza 2: Tri mesece po zadnji obravnavi z UGV je pri obeh skupinah vidno izboljšanje obsega giba v ramenskem sklepu, povečanje funkcijske zmožnosti uporabe roke ter zmanjšano zaznavanje bolečine v ramenu v primerjavi s testi, opravljenimi pred izvajanjem terapij, in tudi v primerjavi s testi, opravljenimi po 3. obravnavi, vendar razlika med skupinama RADIAL in FOKUS ni statistično značilna ($P \leq 0,05$).

Hipoteza 3: Učinek obravnave kalcinirajoče tendinopatije m. supraspinatus z UGV je pri ženskah primerljiv z rezultati, dobljenimi pri moških. Razlika med njimi ni statistično značilna ($P \leq 0,05$).

Metode

Raziskava, ki smo jo opravili temelji na kvantitativni metodologiji. Kvalitativni del je bil namenjen le preučevanju literature. Raziskovalno skupino je predstavljalo 60 udeležencev, 30 žensk in 30 moških, starih med 30 in 60 let, ki so bili razdeljeni v dve skupini po 30. Za namen raziskave smo v prvi fazi pridobili soglasja udeležencev, da se strinjajo s sodelovanjem v raziskavi, kjer smo jih seznanili z namenom raziskave in o pravici, da lahko sodelovanje zavrnejo oziroma ga kadarkoli tekom raziskave prekinejo. Vsem sodelujočim smo zagotovili anonimnost. Prvi del podatkov smo pridobili na podlagi prirejenega vprašalnika za oceno Constant-Murley (Constant-Murley Shoulder, 2019). Namen anketnega vprašalnika je bil zbrati podatke za merjena področja in raziskati vpliv zdravljenja z udarnimi valovi na subjektivno in objektivno merjene dejavnike, ki so prisotni pri diagnozi kalcinirajoča tendinopatija v ramenu

ter imajo pomembno vlogo pri dojetanju kakovosti življenja posameznika. Vprašalnik je bil sodelujočim predstavljen pred začetkom prve obravnave. Pri vseh udeležencih smo pred izvedbo obravnave z UGV opravili test obsega giba v ramenskem sklepu (range of motion – ROM). Izmerili smo obseg elevacije skozi abdukcijo in notranjo rotacijo, kjer smo hrbtno stran roke položili na ledveni del hrbtenice. Subjektivno dojetanje intenzitete bolečine pri udeležencih smo merili po prirejeni vizualni analogni lestvici (okr. VAL, ang. Visual Analog Score – VAS), kjer smo določili točkovni razpon od 0 do 15, kjer vrednost 0 predstavlja »NAJHUJŠO BOLEČINO, KI SI JO LAHKO PREDSTAVLJAM«, vrednost 15 pa »NI BOLEČINE« ter doseženo število točk vključili v skupno točkovanje po testu Constant-Murley (okr. CMS), kjer smo ocenjevali funkcijsko zmožnost uporabe roke. Moč roke smo izmerili v položaju, kjer je bila roka v abdukciji 90°. Za merjenje moči smo uporabili dinamometer, napravo, s katero merimo raztežno vrednost vzmeti. Potek merjenja moči:

- merjenec sedi vzravnano na stolu;
- napravo namestimo distalno na podlaket merjenca;
- moč merimo, ko je roka v abdukciji 90°, popolni ekstenziji komolca, pronaciji ter z obrnjeno dlanjo navzdol;
- merjenec poskuša ta položaj zadržati 5 sekund;
- gibe ponovi trikrat zaporedoma, takoj enega za drugim;
- povprečje se meri v funtih.

Iste teste smo opravili tudi po tretji obravnavi ter tri mesece po zadnji, tretji opravljeni obravnavi. Prisotnost kalcijevih depozitov na tetivi m. supraspinatus je bila pred začetkom izvajanja obravnav potrjena na podlagi rentgenskega posnetka ramenskega sklepa in medicinske dokumentacije oz. izvida, zdravnika, spec. radiologa. Bolnikom je bila obravnava z UGV priporočena s strani osebnega zdravnika ali zdravnika ortopeda. Obe vrsti obravnav sta se izvajali brez lokalne anestezije.

Tabela 1: Ocena Constant - Murley

CONSTANT-MURLEYEVA OCENA		
Komponenta	Merjena ocena	Število možnih točk
Opravljanje dnevnih aktivnosti (skupno možno število točk je 10)	Vsakdanje delo	Brez omejitev = 4 točke Zmerna omejitev = 2 točki Močna omejitev oz. nezmožnost giba = 0 točk
	Rekreativne dejavnosti	Brez omejitev = 4 točke Zmerna omejitev = 2 točki Močna omejitev oz. nezmožnost giba = 0 točk
	Nočni spanec	nespremenjen = 2 točki včasih moten = 1 točka stalno moten = 0 točk
Moč roke		0 - 25 točk

CONSTANT-MURLEYEVA OCENA		
Komponenta	Merjena ocena	Število možnih točk
Subjektivno dojetje bolečine		Največja možna bolečina, ki si jo bolnik lahko predstavlja = 0 točk Stanje brez bolečine = 15 točk
Obseg giba v ramenu	Elevacija skozi abdukcijo	0°–30° = 0 točk, 31°–60° = 2 točki, 61°–90° = 4 točke, 91°–120° = 6 točk, 121°–150° = 8 točk 151°–180° = 10 točk.
	Notranja rotacija – roka za hrbet, palec predlagan kot kazalnik na anatomske točke	lateralni del stegna = 0 točk, zadnjica = 2 točki, lumbosakralni spoj = 4 točke, 4. ledveno vretence = 6 točk, 12. prsno vretence = 8 točk in interscapularno območje (med lopaticama) = 10 točk.

Vir: Ogris, 2020

V drugem delu pa smo raziskovali vpliv primerjalnega zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije m. supraspinatus z dvema vrstama udarnih valov, radialnimi in fokusiranimi. Pri zdravljenju smo uporabljali napravo za radialne udarne valove STORZ® MP100 (STORZ Medical GmbH) in napravo za fokusirane udarne valove F-SW STORZ® »Sepia« (STORZ Medical GmbH). Terapijo smo izvedli 3 x v tedenskih intervalih, torej 1 x tedensko, kar je v skladu s sprejetimi smernicami zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije v ramenu z UGV. Radialni valovi so se aplicirali s frekvenco 12 Hz in pritiskom 2,5 bara na poškodovano mesto, tj. narastišče tetive m. supraspinatus na humerus, preko titanskega aplikatorja z oznako D115, nameščenega na koncu ročaja naprave za udarne valove. Med izvedbo obravnave je bolnik sedel, z roko v notranji rotaciji, hrbtne strani roke je bila položena na ledveni predel hrbta. Pred izvajanjem obravnave smo na kožo, kjer je obravnava potekala, namestili ultrazvočni gel, ki deluje kot prevodni medij prenosa udarnih valov med aplikatorjem, nameščenim na napravi za UGV in kožo bolnika ter zmanjša trenje drsenja po koži. Obravnava se je izvajala tako, da smo z aplikatorjem počasi krožili na mestu, kjer je bila prisotna največja bolečina. Po 2000 udarcih z aplikatorjem D115 na območje, kjer je bila prisotna kalcinacija, to je narastišče tetive m. supraspinatus na humerus, smo omenjeni aplikator odstranili in ga nadomestili z aplikatorjem D20-S, ki je namenjen obravnavi zmanjševanja mišičnih napetosti oz. sproščanja mišic. Z omenjenim aplikatorjem smo izvedli 2000 udarcev na območju mehkih tkiv, ki so neposredno vključene v delovanje gibanja ramenskega sklepa. Z aplikatorjem D20-S smo »skenirali« področje m. deltoideus, m. trapezius pars caudalis in pars transversalis, m. infraspinatus ter m. teres minor in major. Med obravnavo je bil aplikator ves čas v stiku s kožo udeleženca. Obravnava z aplikatorjem D20-S je potekala s frekvenco 15 Hz in pritiskom 1,8 bara. Posamezna celotna obravnava z RSW je trajala od 12 do 15 minut. Pristop k zdravljenju s fokusiranimi udarnimi val-

ovi je bil enak kot pri radialnih, razlika je bila frekvenca udarcev, ki je pri fokusnih znašala 5 Hz, gostota energijskega toka zdravljenja pa je bila 0.18 mJ/mm². Uporabili smo nastavek I (Nastavek za fokusirane udarne valove, s katerim določamo oddaljenost izvora udarnega vala od tkiva. Različni nastavki se uporabljajo za različne globine zdravljenja. Brez nastavka dosežemo največjo globino zdravljenja).

Dobljene rezultate smo analizirali s programsko opremo za obdelavo podatkov SPSS 22.0 (ang. *Statistical Package for Social Science*). Pri interpretaciji smo izhajali iz postavljenih hipotez. Pred analiziranjem podatkov smo ugotavljali ali so ti normalno porazdeljeni. Za ta namen sta bila narejena testa Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk, ki določata tudi, kateri statistični test bomo uporabili za nadaljnjo analizo podatkov. Normalnost porazdelitve smo razbrali iz P-vrednosti, ki je na podlagi obeh izvedenih testov pokazal, da so P-vrednosti v večini primerov pod 0,05, kar pomeni, da podatki niso normalno porazdeljeni. Zato smo za nadaljnjo analizo izbrali neparametrične teste. V vzorec je bilo zajetih 60 udeležencev, 30 žensk in 30 moških. Izbor ni bil naključen, saj je bil namen raziskave dobiti podatke oseb, ki imajo težave zaradi kalcinirajoče tendinopatije v ramenu. Prav tako smo želeli na podlagi dobljenih rezultatov preveriti razlike med odzivnostjo obravnave kalcinirajoče tendinopatije v ramenu z UGV med moškimi in ženskami, zato vzorec predstavlja isto število enih in drugih. Udeleženci so bili k sodelovanju povabljeni na prvem obisku v Center za zdravje in gibanje Kinesio fit, kamor so bili naročeni za obravnavo kalcinirajoče tendinopatije z UGV. Obravnava z UGV je v celoti potekala s pomočjo neodvisnega diplomiranega fizioterapevta z opravljenim strokovnim izpitom. V nadaljnjih raziskovanjih bi bilo smiselno ugotavljati tudi razlike med starostjo, opravljanjem poklicev, prav tako bi bilo smiselno opraviti rentgenski oz. ultrazvočni posnetek 12 tednov po zadnji opravljeni obravnavi, s čimer bi dobili tudi potrditev, v kolikšni meri so v obravnavanem območju še prisotni kristali kalcijevega hidroksiapatita. Smotrno izhodišče za nadaljnje raziskave na področju zdravljenja mišično-skeletnih bolezni z UGV bi bila tudi primerjava med skupino, ki bi bila zdravljena z UGV in kontrolno skupino, ki v času poteka raziskave ne bi bila deležna nobenih oblik terapij. Raziskava, ki smo jo opravili, je bila izvedena v skladu z osnovnimi etičnimi načeli; spoštovanjem avtonomije človeka, zagotavljanjem dobrodelnosti ter pravno etično zapovedjo glede moralno pravilne in primerne obravnave vsakega posameznika. Vsak posameznik, ki je bil vključen v raziskavo, je v to privolil prostovoljno, po tem, ko smo ga obvestili o namenu in poteku raziskave. Prav tako je imel vsak od udeležencev možnost, da se iz raziskave kadarkoli umakne oziroma prekine sodelovanje v njej. Vse informacije, ki smo jih dobili pri raziskavi so zaupne in se uporabljajo le za namen raziskave ter ne bodo kakorkoli vplivale na osebno razpoznavnost udeležencev v javno dostopnih analizah, niti v raziskovalnih poročilih. Predpostavke, da se tovrstno zdravljenje odraža v zmanjšanem zaznavanju bolečine, večjem obsegu giba in povečani mišični moči v ramenskem sklepu smo s postavljenimi hipotezami potrdili.

Rezultati

Pri H1 smo najprej opravili opisno statistiko, kjer smo na podlagi vzorca $N = 30$ izmerili posebej za radialno in posebej za fokusno skupino povprečje doseženih točk za obseg giba v ramenskem sklepu (elevacija skozi abdukcijo in notranja rotacija) ter moč roke. Izmerili smo povprečje, standardni odklon ter minimum in maksimum doseženih točk na podlagi rezultatov, dobljenih z izpolnjevanjem vprašalnika. Za nadaljnjo analizo podatkov in dokazovanje H1 smo uporabili Wilcoxonov test. Ugotavljali smo tudi, ali so dobljeni podatki normalno porazdeljeni. Z izbranim testom smo želeli ugotoviti tudi, ali v povprečju obstajajo statistično pomembne razlike med dvema odvisnima spremenljivkama. Iz dobljenih povprečij smo ugotovili, da se razlike v povprečjih pojavljajo, njihovo statistično pomembnost pa smo preverili z neparametričnim Wilcoxonovim testom, s katerim smo dokazali, da je statistična pomembnost, to je P-vrednost (ang. Significance), višja od 0,05, in zaradi tega smo na nivoju 5 ali manj odstotnega tveganja potrdili H1.

Tabela 2: Pregled povprečij, doseženih toč za objektivno merjene parametre

		Fokus			Radial			Total		
		Povprečje	N	Std. odklon	Povprečje	N	Std. odklon	Povprečje	N	Std. odklon
Bolečina	ZAČETNO STANJE	9,00	30	2,546	8,93	30	2,803	8,97	60	2,596
	STANJE PO 3. TERAPIJI	12,47	30	2,193	12,69	30	2,129	12,58	60	2,036
Elevacija skozi abdukcijo	ZAČETNO STANJE	5,40	30	2,527	4,60	30	2,836	5,00	60	2,687
	STANJE PO 3. TERAPIJI	8,40	30	1,694	8,80	30	1,627	8,61	60	1,671
Notranja rotacija	ZAČETNO STANJE	3,60	30	2,253	4,13	30	2,776	3,87	60	2,530
	STANJE PO 3. TERAPIJI	7,73	30	1,639	7,80	30	1,990	7,77	60	1,808
Moč roke	ZAČETNO STANJE	5,10	30	3,977	3,87	30	4,439	4,49	60	4,219
	STANJE PO 3. TERAPIJI	8,37	30	3,479	7,70	30	3,602	8,04	60	3,517
Skupaj točke	ZAČETNO STANJE	26,40	30	11,239	25,70	30	13,463	26,05	60	12,351
	STANJE PO 3. TERAPIJI	44,53	30	8,042	44,27	30	8,546	44,40	60	8,294

Vir: Ogris, 2020

H2 je večdelna, saj gre za primerjavo dobljenih rezultatov po 12 tednih z rezultati pred začetkom obravnave in stanjem po koncu tretje obravnave. Rezultate smo interpretirali s pomočjo slike, kjer smo na podlagi dobljenih podatkov skupine FOKUS in RADIAL, ki vsi kažejo izboljšanje stanja po treh mesecih v primerjavi s stanjem po tretji obravnavi in stanjem pred prvo obravnavo, potrdili tudi H2 z $\alpha \leq 5\%$.

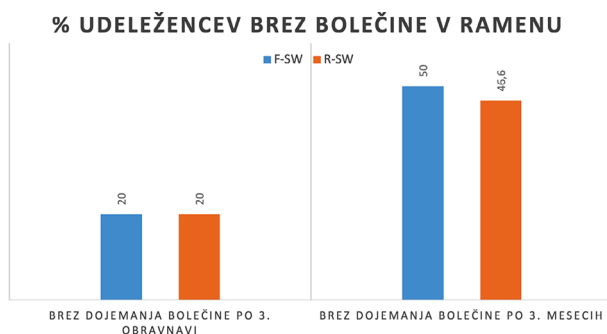
Prav tako je bila potrjena tudi H3, kjer smo na podlagi dobljenih rezultatov pri obeh skupinah ugotovili, da so P-vrednosti nad 0,05 in so s tem statistično neznačilne. Med moškimi in ženskami razlike ne obstajajo. Zadnja, tretja hipoteza je predvidevala, da so končni rezultati obravnave kalcinirajoče tendinopatije m. supraspinatus z UGV primerljivi pri moških in ženskah ter niso statistično značilni. Opisujemo razlike glede na spol.

Tabela 3: Prikaz povprečnega števila doseženih točk za F-SW in R-SW skupino posebej

		Fokus			Radial			Total		
		Povprečje	N	Std. odklon	Povprečje	N	Std. odklon	Povprečje	N	Std. odklon
Bolečina	ZAČETNO STANJE	9,00	30	2,546	8,93	30	2,803	8,97	60	2,596
	STANJE PO 3. TERAPIJI	12,47	30	2,193	12,69	30	2,129	12,58	60	2,036
	STANJE PO TREH MESECIH	13,80	30	1,448	14,00	30	1,145	13,90	60	1,309
Elevacija skozi abdukcijo	ZAČETNO STANJE	5,40	30	2,527	4,60	30	2,836	5,00	60	2,687
	STANJE PO 3. TERAPIJI	8,40	30	1,694	8,80	30	1,627	8,61	60	1,671
	STANJE PO TREH MESECIH	9,73	30	0,691	9,73	30	0,691	9,73	60	0,691
Notranja rotacija	ZAČETNO STANJE	3,60	30	2,253	4,13	30	2,776	3,87	60	2,530
	STANJE PO 3. TERAPIJI	7,73	30	1,639	7,80	30	1,990	7,77	60	1,808
	STANJE PO TREH MESECIH	9,53	30	0,860	9,33	30	0,959	9,43	60	0,897

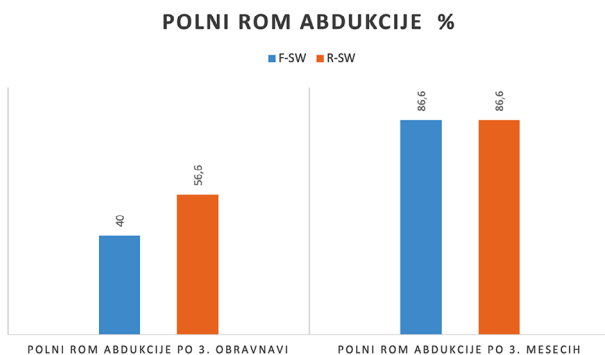
Vir: Ogris, 2020

Razprava

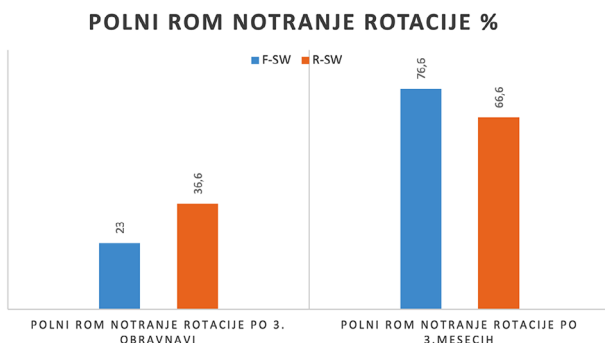


Slika 1: Odstotek udeležencev brez bolečine po 2. in 3. merjenju (Ogris, 2020).

Sistematični pregled in primerjava rezultatov dosedanjih raziskav na obravnavanem področju (EIShewy, 2016, Verstraelen s sodelavci, 2014, Albert s sodelavci, 2007), ki smo ju opravili s pomočjo spletnih baz Medline (preko PubMed), EMBASE (preko OVID), Cinahl (preko EBSCO) in Web of Science, sta, tako kot naša raziskava, pokazala uspešnost zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije z UGV. Po zadnjem opravljenem merjenju (Constant – Murley test in VAS), tri mesece po zadnji, tretji opravljeni obravnavi, ki smo ga določili tudi za zaključek raziskave, smo lahko zaznali in zabeležili opazno izboljšanje obsega giba v ramenskem sklepu kot tudi očitno zmanjšanje dojetanja bolečine pri gibih z roko. Razlika med skupina RADIAL in FOKUS ni predstavljala statistično pomembne razlike 5%, kot je bil postavljen interval zaupanja, zato smo na podlagi te statistične napake zaključili, da je zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije z obema vrstama obravnav z UGV primerljivo in zelo učinkovito, in ne dajemo prednosti nobenemu od omenjenih terapevtskih pristopov.



Slika 2: Odstotek udeležencev s polnim ROM abdukcije po 2. in 3. merjenju (Ogris, 2020).



Slika 3: Odstotek udeležencev s polnim ROM notranje rotacije po 2. in 3. merjenju (Ogris, 2020).

Pri skupini FOKUS je bilo po tretji obravnavi 20 % udeležencev brez bolečine v rami, 40% se je popolnoma povrnil obsega giba elevacija skozi abdukcijo, pri 23 % pa je bil tudi gib notranje rotacije brez bolečin. Merjenje po treh mesecih je dalo še boljše rezultate, saj je bilo popolnoma brez bolečine 50 % udeležencev, 86,6 % jih je imelo popoln obseg gibljivosti elevacije skozi abdukcijo, 76,6 % pa tudi gib notranje rotacije. Ocena dojetanja bolečine pri skupini RADIAL je po tretji obravnavi pokazala, da je bilo brez bolečine 20 % udeležencev, pri kontrolnem merjenju po treh mesecih pa 46,6 %. Odstotek udeležencev, ki niso čutili bolečine pri obsegu giba elevacije, se je dvignil iz 56,6 % po tretji obravnavi na 86,6 % po treh mesecih. Močno se je izboljšal tudi odstotek udeležencev, ki niso čutili več nobene bolečine pri gibu notranje rotacije. Po tretji obravnavi smo beležili 36,6%, po treh mesecih pa 66,6 %. Poudariti moramo, da pri nobeni merjeni postavki in pri nobenemu udeležencu raziskave, pred začetkom izvajanja obravnav nismo zabeležili rezultata, ki bi nakazoval, da ni prisotne nobene omejitve ali bolečine. Poleg potrditve postavljenih hipotez, lahko povzamemo tudi, da so z zmanjšanjem dojetanja bolečine in izboljšanjem obsega giba, močno povezane tudi ostale spre-

menljivke, ki jih nismo posebej interpretirali, kot so izboljšanje vsakdanjih aktivnosti, rekreativne dejavnosti, nočno spanje in moč roke. Dosedanje raziskave zdravljenja kalcinirajoče tendinopatije z UGV kažejo na učinkovit pristop. Uspešnost zdravljenja se giblje v razponu od 30 do 85 odstotkov (Kim in Kwak, 2012). Vzrok tako velike razlike je predvsem v različnih pristopih zdravljenja. Po drugi strani pa je vsak posameznik individuum, zato so tudi raziskave, kjer se pri vseh poslužujemo istega protokola, na svoj način pomanjkljive. Na problem oz. težavo s katero se pacienti obrnejo po pomoč, je treba gledati celostno in se ne vsak način držati ustaljenih okvirjev.

Zaključek

Spoznanje, da je uporaba UGV za namen zdravljenja mišično-skeletnih bolezni učinkovita oblika konzervativnega zdravljenja, pomembno prispeva k njegovi nadaljnji uporabi in ozaveščanju bolnikov, ki se soočajo s tovrstnimi mišično-skeletnimi boleznimi in pri katerih druge oblike tovrstnega zdravljenja niso dale zadovoljivih rezultatov. Raziskava, ki smo jo opravili za namen magistrskega dela, je prva tovrstna raziskava v Republiki Sloveniji. Rezultati, ki smo jih dobili, so primerljivi z rezultati, dobljenimi z drugimi raziskavami na istem področju. Pomembnost nadaljnjih raziskav zdravljenja z UGV bi pripomogla k boljšemu poznavanju delovanja in tudi k širši uporabi v slovenskem okolju. V raziskovanje bi bilo smiselno vključiti javne zdravstvene institucije, s sodelovanjem Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kjer bi lahko zajeli večje število bolnikov. Na teh podlagah bi dobili še natančnejše podatke o uspešnosti uporabe UGV. Trenutne smernice žal ne kažejo v to smer.

Literatura

- ALBERT, J. D., 2007. *High-energy extracorporeal shockwave therapy for calcifying tendinitis of the rotator cuff*. The Journal of bone and joint surgery. Pridobljeno 4. 11. 2019 s <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/pdf/10.1302/0301-620X.89B3.18249>
- Constant-Murley Shoulder Outcome Score. 2019. Pridobljeno 8. 11. 2019 s https://www.physio-pedia.com/Constant-Murley_Shoulder_Outcome_Score
- EL SHEWY, M., 2016. *Calcific tendinitis of the rotator cuff*. World J Orthop. 2016 Jan 18; 7(1): 55–60. Pridobljeno 12.11.2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716572/>
- OGRIS, M., 2020. *Učinek radialnih udarnih valov v primerjavi s fokusiranimi udarnimi valovi pri zdravljenju kalcinirajoče tendinoipatije v ramenskem sklepu*: magistrsko delo. Slovenj Gradec: Samostojni visokošolski zavod, Fakulteta za zdravstvene in socialne vede.
- SIEGAL, D., idr., 2009. *Calcific tendinitis: a pictorial review*. Canadian Association Of Radiologists Journal [serial online]. December 2009; 60(5): 263–272. Pridobljeno 4. 11. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19931132>
- VERSTRAELEN, FU., idr. 2014. *High-energy versus low-energy extracorporeal shock wave therapy for calcifying tendinitis of the shoulder: which is superior?* A meta-analysis. Pridobljeno 6. 11. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24872197>

Pomen fizioterapevtskih metod v športu – nogomet: pregled literature

Tjaša Musar Kumer, Denis Fatić, Denish Ivanov, Uroš Trstenjak, Monika Zadnikar
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
trstenjak.uros@gmail.com

Povzetek

Uvod: Nogomet je eden od najpogostejše igranih športov na svetu in posledično temu se v njemu zgodijo tudi poškodbe. Najpogostejša poškodba, ki se zgodi v nogometu je poškodba zadnje stegenske mišice. Vzroki so nepravilno izvajanje vaj za podaljševanje mišičnih vlaken, utrujenost, preobremenjenost ali starost. *Metoda:* Uporabljen je bil pregled literature. Pregledovali smo po naslednjih bazah podatkov Cinhal, Cobiss+, Pub-Med, Wiley, ProQuest. Primarni jezik v podatkovni bazi Cobiss+ je bil slovenščina. Ključne besede iskanja so bile: nogomet, poškodbe, fizioterapija. V preostalih podatkovnih bazah je bil primarni jezik iskanja angleščina s ključnimi besedami iskanja: soccer, injuries, physiotherapy, rehabilitation, hamstring. *Rezultati:* Našli smo veliko število člankov. Dodali smo kriterije iskanja: članke v polnem besedilu, literaturo staro do 10 let, kar nas je privedlo do številke 2100. Kasneje smo se osredotočili na tiste, ki so prikazovali poškodbo zadnje stegenske mišice ter rehabilitacijo. V izbor smo sprejeli 4 članke, ki so bili primerni za končno analizo. *Razprava:* Na področju poškodb v nogometu, se nogometaši najpogostejše srečujejo s poškodbo mišic, ki je pogosta težava nogometašev, temu seveda sledi odsotnost iz igrišč. Poškodba zadnje stegenske mišice je najbolj pogosta poškodba, zato so potrebne vaje za krepitev moči ter stabilizacijo. Uveden je preventivni program, ki vpliva na zmanjšanje poškodb zadnje stegenske mišice z izvajanjem nordijske vaje. S pravilno izvedbo vaj za podaljševanje mišičnih vlaken se skrajša tudi čas vrnitve, po poškodbi in na nogometna igrišča. Pomembno vlogo pri vsem tem ima fizioterapevt, saj z znanjem pouči trenerje in igralce ter pomaga pri pravilnem izvajanju vaj in s tem k skrajšanju časa vrnitve na nogometno igrišče.

Ključne besede: nogomet, poškodbe, fizioterapija

Uvod

Nogomet je najpogostejše igrani in razvijajoči se šport na svetu. Je kompleksen šport, ki zahteva hitro prilagajanje spodnjih okončin nenehno razvijajoči se igri. Gre za večsmerni šport, ki vključuje več zahtevnih gibov, kot so tek, eksplozivnost, skok, hitrost in brcanje. Vsako gibanje povzroči veliko obremenitev strukturi spodnjih okončin, kar športnika lahko ogroža z nastankom poškodbe (Mojstrovič, 2016, Debski in sod., 2018). Izraz ‚bivanje in igra na

igrišču“ vključuje dve vrsti poškodbe. To so manjše poškodbe kot so nateg zadnje lože ali zvin gležnja in zato ne prekinjajo treninga ali tekmovanja, kot tudi poškodbe, ki so povzročile začasno prekinitev treninga do enega tedna ali več. Fizioterapevt, ki podpira poškodovanega igralca, mora dobro poznati nogometno medicino, prvo pomoč na terenu, klinično diagnostiko, regeneracijo tkiva ter konzervativno in alternativno zdravljenje ter zdravljenje bolečine (Debski in sod., 2018). Dejavniki, ki vplivajo na tveganje poškodbe, so razdeljeni v dve skupini - zunanje in notranje. Zunanji so povezani z načinom izvajanja športa, okoljskih pogojev in uporabljene opreme. Notranji pa so povezani s fizičnimi, kot tudi s psihološkimi lastnostmi. To so starost, mišična moč, rehabilitacija in predhodne poškodbe (Arthron, 2008). Poleg zunanjih in notranjih pa jih delimo tudi na akutne in kronične. Akutna poškodba nastane nenadno med telesno aktivnostjo. Za njo je značilna nenadna in močna bolečina, oteklina, nezmožnost obremenitve dela telesa ter vidna sprememba telesa, npr. izpah, zlom. Kronična poškodba nastane kot posledica dolgotrajnega napora oziroma pretirane uporabe določenega dela telesa. Izraža se kot bolečina med izvajanjem aktivnosti, bolečina med počitkom ter pojavljanje oteklin. Fizioterapija ima pri nogometu pomembno vlogo že kot preventiva, saj z raznimi testiranjimi in meritvami, načrtovanjem telesnih aktivnosti in dvig sposobnosti ter ocenjevanjem ustreznosti vadbenih pripomočkov in športne opreme, lahko pripomoremo k temu, da preprečimo poškodbe. Če pride do poškodbe ima fizioterapija glavno vlogo pri rehabilitaciji (Häuschen, 2014). Fizioterapevt se najpogosteje srečuje s poškodbo zadnje stegenske mišice. Ima nalogo izobraževanja trenerja in igralcev, ter pomembno nalogo pri izvajanju usmerjene telesne vadbe.

Metode

Izvedli smo kvantitativni pregled literature s pomočjo podatkovnih baz. Pri iskanju smo se omejili na angleško literaturo in mlajšo do 10 let. Osredotočili smo se na baze podatkov: PubMed, COBISS+, CINAHL, ProQuest in Wiley online library. V podatkovni bazi COBISS+ smo iskali z besedami v slovenskem jeziku, ki so bile: nogomet, poškodbe, fizioterapija in rehabilitacija. V preostalih podatkovnih bazah smo uporabljali angleške besede, in sicer: soccer, injuries, physiotherapy, rehabilitation in hamstring. Uporabili smo kombinacije ključnih besed z uporabo Boolovih operatorjev v povezavi z vlogo fizioterapevta, kar nam je omejilo literaturo in povečalo njeno preglednost.

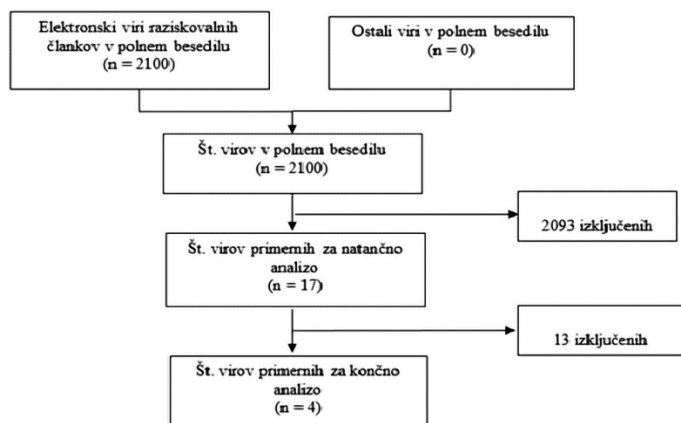
Zadetke, ki smo jih pridobili z zgoraj omenjenimi besednimi zvezami, smo pregledali in jih prikazali v Tabeli 1.

Tabela 1: Iskalna strategija

Podatkovna baza	Kombinacije ključnih besed	Število zadetkov	Število dokumentov primernih za nadaljnjo analizo
PubMed	soccer, injuries, physiotherapy	349	1
	soccer, hamstring, rehabilitation	134	3
	Soccer, rehabilitation, physiotherapy	572	1
CINAHL	Soccer, injuries, physiotherapy	46	1
	hamstring, soccer, rehabilitation	41	0
ProQuest.	soccer, hamstring, physiotherapy	475	1
COBISS+	nogomet, poškodbe, fizioterapija	12	0
Wiley online library	soccer, physiotherapy, rehabilitation	471	0

Rezultati

S PRIZMA diagramom smo shematsko opisali zbiranje podatkov in število zadetkov, ki smo jih vključili v končno analizo (Slika 1). Število člankov za končno analizo je bilo 4.



Slika 1: Diagram poteka postopka izbire raziskav za vključitev v končno analizo

Prikaz rezultatov po raziskavah

Tabela 2 prikazuje glavna spoznanja raziskav, ki smo jih uvrstili v pregled literature. Navedli smo podatek o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu, vzorcu in ključnih ugotovitvah posamezne raziskave. Skupaj smo predstavili 4 raziskave, objavljenih od leta 2011 do leta 2019.

Tabela 2: Tabelarni prikaz rezultatov raziskav

Avtor(ji), leto	Vzorec raziskave	Raziskovalni pristop (kvantitativni ali kvalitativni)	Namen raziskave	Ugotovitve raziskave
Askling, Tengvar in Thorstenss, 2013	75 profesionalnih nogometašev z akutno poškodbo zadnje stegenske mišice, starih med 16 in 37 let	kvantitativni	Primerjanje učinkovitosti dveh različnih rehabilitacijskih protokolov po akutni poškodbi zadnje stegenske mišice s primerjanjem časa, ki je potreben za ponovno polno participacijo v moštvu	Rehabilitacijski proces, ki vključuje vaje, za podaljševanje mišičnih vlaken je bolj učinkovit od običajnega protokola, ki vsebuje običajne vadbe.
Ekstrand, Hagglund in Walden, 2011	V 51 nogometnih ekipah, 2299 igralcev s poškodbami mišic, starih med 20 in 31 let	kvantitativni	Raziskati naravo in številčnost posameznih poškodb mišic pri moških profesionalnih igralcih nogometa	Poškodbe mišic so velik problem za igralce in njihove klube. Predstavljajo skoraj tretjino vseh poškodb, zaradi katerih so nogometaši odsotni z igrišč in pa 92% teh poškodb prizadene 4 velike mišične skupine spodnjega uda.
Elerian, Sayyad in Dorgham, 2019	34 profesionalnih nogometašev, starih med 21 in 35 let, ki so razdeljeni v dve skupini, ena dela vaje pred treningom, druga pa vaje pred in po treningu	kvantitativni	Preučevali so, kakšen je učinek dodajanja nordijske vaje v trening in njen vpliv na zmanjševanje začetnih znakov, resnosti in ponavljanja poškodb zadnje stegenske mišice	Uporaba nordijske vaje kot preventivnega procesa, je bila učinkovita pri zmanjševanju števila poškodb zadnje stegenske mišice, kot najbolj učinkovita pa se je izkazala uporaba nordijske vaje pred treningom in po treningu.
Van de Hoef in sod., 2019	32 nogometnih ekip v elitni amaterski ligi, starost v ekipah je med 16 in 42 let, razdeljeni so v dve skupini, ena opravlja BEP (bounding exercise program), druga ga ne opravlja	kvantitativni	Preučevanje preventivnega učinkovanja programa BEP, na pojavljanje in resnost poškodb zadnje stegenske mišice pri odraslih moških amaterskih igralcih nogometa	V tej obsežni raziskavi ni bilo ugotovljeno, da bi izvajanje programa BEP v trenutni obliki vplivalo na zmanjševanje poškodb zadnje stegenske mišice pri odraslih moških amaterskih nogometaših.

Razprava

Poškodbe mišic so ena izmed največjih težav s katerimi se soočajo nogometaši in predstavlja slabo tretjino vseh poškodb in četrtno poškodb, ki povzročijo odsotnost iz nogometnih igrišč moških na profesionalnem nivoju. Ekipa petindvajset igralcev lahko pričakuje petnajst poškodb mišic na sezono (Ekstrand in sod., 2011), kar nam pove, da so poškodbe mišic res pogosta težava nogometašev. Ekstrand in sodelavci (2011) so ugotovili, da je petina poškodb, ki povzročijo daljšo odsotnost z igrišč ponovnih in ne novih poškodb mišic. Pojavnost poškodb se s starostjo povečuje. Dve raziskavi, pri katerih so raziskovali, kako učinek imata dve različni obliki vaj za krepitev moči in stabilizacijo zadnje stegenske mišice vplivata na zmanjševanje poškodb zadnje stegenske mišice. Pri poškodbi zadnje stegenske mišice gre za najbolj pogosto nekontaktno poškodbo v nogometu in zadnjih treh desetletjih je odstotek te poškodbe in njenega ponavljanja zelo visok. Največkrat pride do poškodbe ob koncu polčasov, ko pride do izraza utrujenost (Elerian in sod., 2019). Igralca taka poškodba lahko umakne iz nogometnih igrišč tudi do devetdeset dni, zato je FIFA (International football association) (Sadigursky in sod., 2017) uvedla preventivni program, s pomočjo katerega bi zmanjševali poškodbe zadnje stegenske mišice z izvajanjem nordijske vaje, ki podaljšuje mišična vlakna, kar pomaga pri zmanjševanju števila poškodb. Vaje omogočajo, da mišica ostaja raztegljiva (Elerian in sod., 2019). Cilj raziskave je bilo ugotoviti, ali FIFA-in preventivni program lahko zmanjšuje in preprečuje poškodbe zadnje stegenske mišice, če bi se vaje izvajale tudi po treningu. Izkazalo se je, da je izvajanje preventijskega protokola učinkovita metoda pri zmanjševanju poškodb zadnje stegenske mišice s poudarkom, da ima največji učinek izvajanje vaj kombinirano pred treningom in po treningu (Elerian in sod., 2019). Van de Hoef s sodelavci (2019) se je odločil, da naredi raziskavo, s katero bi s posebnim program imenovanim BEP (bounding exercise program) poskušali dodatno preprečevati poškodbe zadnje stegenske mišice z dodatnim pliometričnim treningom, ki bi vplival na čas in amplitudo pri aktivaciji mišic. Dvaintrideset ekip v ligi je razporedil v dve skupini, s tem da je kontrolna skupina izvajala svoj običajen trening program, intervencijska skupina pa je poleg običajnega programa izvajala še program BEP. Raziskava je pokazala, da ni velikih statističnih razlik pri preprečevanju poškodb pri uporabi BEP treninga v trenutni obliki (Van de Hoef in sod., 2019). Askling je s sodelavci (2013) petinsedemdeset nogometašev s poškodbo naključno razdelil med dva protokola. L - protokol je vseboval vaje za daljšanje mišičnih vlaken, C - protokol pa je vseboval običajne vaje, ki niso imele poudarka na daljšanju mišičnih vlaken. Čas za vrnitev na nogometna igrišča za igralce v L - protokolu se je močno skrajšal, na drugi strani za igralce v C - protokolu pa je bil za polovico daljši. L - protokol z vajami za podaljševanje mišičnih vlaken je bil veliko bolj učinkovit od C - protokola, kjer ni bilo poudarka na teh vajah (Askling in sod., 2013).

Zaključek

Predstavili smo ugotovitve o poškodbah mišic pri nogometu, raziskavo preventivne metode ter vplive na zadnjo stegensko mišico, njeno rehabilitacijo ob poškodbi in vlogo fizioterapevta pri preventivi in rehabilitaciji. Menimo, da imajo fizioterapevti veliko vlogo v nogometnem svetu, saj sodelujejo pri vsakodnevni dogodkih, kot so treningi, tekme itd., kjer so pogoste tudi razne poškodbe, zato je prispevek fizioterapevta v rehabilitaciji nogometaša zelo pomemben. Menimo, da fizioterapevske metode v rehabilitaciji športnikov – nogometašev opravljajo odlično delo, saj se veliko število poškodovancev po poškodbi vrne na igrišče brez večjih posledic za nadaljnje poškodbe. Fizioterapevti v športu morajo biti usposobljeni in dobro poznati fizioterapevske in športne metode dela.

Literatura

- ARTHRON, n.d. *Poškodbe pri nogometu*. Pridobljeno 27. 12. 2019 s: <https://www.arthron.si/sl/clanki/poškodbe-pri-nogometu/>.
- ASKLING, C.M., TENGVAR, M. in THORSTENSSON, A., 2013. Acute hamstring injuries in Swedish elite football: a prospective randomised controlled clinical trial comparing two rehabilitation protocols. *British Journal of Sports Medicine*, vol. 47 (15), str. 953–959.
- BRANT, J.A., JOHNSON, B., BROU, L., COMSTOCK, R.D. in VU, T., 2019. Rates and patterns of lower extremity sports injuries in all gender-comparable us high school sports. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, vol. 7 (10), str.15-22.
- DEL COSO, J., HERRERO, H. in SALINERO, J.J., 2018. Injuries in Spanish female soccer players, *Journal of Sport and Health Science*, vol. 7 (2), str. 183–190.
- EKSTRAND, J., HÄGGLUND, M., & WALDÉN, M., 2011. Epidemiology of Muscle Injuries in Professional Football (Soccer). *The American Journal of Sports Medicine*, vol. 39 (6), str. 1226–1232.
- ELERIAN, A.E., SAYYAD, M.M. in DORGHAM, H.A.A., 2019. Effect of pre-training and post-training nordic exercise on hamstring injury prevention, recurrence, and severity in soccer players. *Annals of rehabilitation medicine*, vol. 43 (4), str. 465-473.
- HAUSCHEN, M. 2014., *Rehabilitacija nogometašev po operaciji sprednje križne vezi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- MEURER, M.C., SILVA, M.F. & BARONI, B.M. 2017. Strategies for injury prevention in Brazilian football; perceptions of physiotherapists and practices of premier league teams. *Phys Ther Sport*, vol. 28, pp. 1-8.
- MOJSTROVIČ, D., 2016. *Preventivna vadba v nogometu: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- SADIGURSKY, D., BRAID, J.A., DE LIRA, D., MACHADO, B., CARNEIRO, R., & COLAVOLPE, P.O., 2017. The FIFA 11+ injury prevention program for soccer players: a systematic review. *BMC Sports science, Medicine & Rehabilitation*, vol. 9 (18), str. 1-8.
- VAN DE HOF, P.A., BRINK, M.S., HUISSTEDDE, B., VAN SMEDEN, M., DE VRIES, N., GOEDHART, E.A. in BACKX, F., 2019. Does a bounding exercise program prevent hamstring injuries in adult male soccer players? *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, vol. 29 (4), str. 515–523.

Odnos staršev šoloobveznih otrok do cepljenja proti okužbi s humanim papiloma virusom: deskriptivna raziskava

Sara Kožuh, Mirko Prosen

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola, Slovenija
kozuh.sara@gmail.com

Povzetek

Uvod: Rak materničnega vratu je bil še pred štirimi desetletji pri ženskah v Sloveniji najpogostejši malignom, v nerazvitih državah pa še vedno ostaja najpogostejši. Število bolnic z rakom materničnega vratu se v Sloveniji zmanjšuje, saj imamo dobro organizirano državno presejanje. Presejanje žensk s PAP testom je še vedno najuspešnejša metoda zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu, ki se ga opravlja na vsakih 3–5 let in lahko zmanjša incidenco raka, če so vsi postopki primerne kakovosti. V okviru raziskave je bil naš cilj ugotoviti prepričanja in stališča staršev do cepljenja proti humanemu papiloma virusu (HPV), kateri demografski dejavniki so povezani s precepljenostjo oziroma odločitvijo staršev ter ugotoviti seznanjenost staršev z okužbami in stališče o cepljenju. *Metode:* V raziskavi je bila uporabljena neeksperimentalna kvantitativna metoda dela na priložnostnem vzorcu staršev predšolskih deklic, starih od 0 do 13 let. V anketi je skupno sodelovalo 180 anketirancev, več je bilo žensk, in sicer 90,6 % (n = 163), moških pa le 9,4 % (n = 17). Uporabljena je bila opisna ali deskriptivna statistika (prikaz frekvenc, odstotkov), pri testiranju hipotez pa smo uporabili Kruskal-Wallisov test, s katerim smo preverjali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med določenimi demografskimi spremenljivkami. *Rezultati:* Rezultati so pokazali, da anketiranci niso poučeni in prepričani o tem, kaj sploh je HPV, kako ga preprečimo, kaj ga povzroča in ali ima simptome. Iz ankete je moč razbrati, da cepiva proti HPV in njegovih učinkov ne poznajo dovolj. V naši raziskavi smo ugotovili, da obstajajo statistično značilne razlike med demografsko spremenljivko izobrazba in stopnjo ozaveščenosti staršev o cepljenju proti HPV ter med izbrano demografsko spremenljivko regija bivanja in stopnjo ozaveščenosti staršev o cepljenju proti HPV. *Razprava:* Pri cepljenju proti HPV ima zelo pomembno vlogo ozaveščanje skozi zdravstveno vzgojo ter skrb, da so informacije, ki se širijo, popolne, jasne ter predvsem resnične. Iz rezultatov ankete je razvidno, da starši ne poznajo HPV virusa, zato je pomembno, da jih o njem dobro informiramo.

Ključne besede: HPV, imunizacija, rak materničnega vratu

Uvod

Primic Žakelj, Ivanuš, Pogačnik in Florjančič (2017) navajajo, da je bilo v letu 2016 registriranih 158.604 izvidov presejalnih brisov materničnega vratu, od

katerih je bilo 90,6 % opredeljenih kot normalnih, 4,3 % z reaktivnimi ali neoplastičnimi spremembami, 4,9 % pa je bilo patoloških izvidov. Leta 2015 je bilo v Registru raka Republike Slovenije vpisanih 119 novih primerov raka materničnega vratu, kar je 44 % manj primerov, kot jih je bilo ob ustanovitvi programa leta 2003. Incidenčna stopnja je še vedno največja v starosti med 35 in 59 let. Najpomembnejši nevarnostni dejavniki, ki povzročajo predrakave spremembe in raka materničnega vratu, so HPV, ki so tudi najpomembnejši dejavnik za nastanek, sledijo zgodnja mladost pri prvem spolnem odnosu in večje število spolnih partnerjev, kajenje, večje število porodov, starost, družinska obremenjenost z rakom materničnega vratu, slabo družbenoekonomsko stanje, druge spolno prenesene bolezni, virus HIV in peroralni kontraceptivi (Uršič Vrščaj, 2005). Ista avtorica še posebej poudarja, da so okužbe s HPV danes velik problem, saj povzročajo rakave in nerakave bolezni tako pri ženskah kot pri moških. HPV povzroča pri ženskah raka materničnega vratu, nožnice in zunanjega spolovila, pri moških raka penisa ter pomemben delež raka žrela in raka zadnjika pri obeh. Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb na materničnem vratu je na svoji spletni strani izdal povzetek rezultatov, kjer je navedeno, da pregledanost ciljne populacije glede na starost in lokacijo stalnega bivališča žensk v zadnjem 3-letnem obdobju od 1. 7. 2015 do 30. 6. 2018 državnega programa ZORA presega 70 % populacije. Še vedno pa je problem premajhna pregledanost na jugozahodu in severozahodu države ter pri ženskah, starih 50-64 let (Primic Žakelj, Ivanuš, Pogačnik in Florjančič, 2017). Poljak in Šterbenc (2018) navajata, da je bilo več desetletij citološko presejanje s testom PAP edini način, s katerim se je preprečevalo raka materničnega vratu in posledice. Danes je na voljo cepivo proti HPV. Prvo profilaktično cepivo je bilo odobreno leta 2007. Trenutno so registrirana tri cepiva: – 2-valentno (2vHPV) cepivo proti HPV-16 in HPV-18, – 4-valentno (4vHPV) cepivo proti HPV-6, HPV-11, HPV-16 in HPV-18, – 9-valentno (9vHPV) cepivo proti HPV-6, HPV-11, HPV-16, HPV-18, HPV-31, HPV-33, HPV-45, HPV-52, HPV-5. Namen diplomske naloge je bil ugotoviti prepričanost in stališča staršev do cepljenja proti HPV, kateri demografski dejavniki so povezani s precepljenostjo oziroma odločitvijo staršev ter ugotoviti seznanjenost staršev z okužbami in stališče o cepljenju. V raziskavi so bile postavljene tri raziskovalne hipoteze, ki smo jih preverjali v fazi analize:

- H1: Med izbrano demografsko spremenljivko izobrazba in stopnja ozaveščenosti staršev o cepljenju proti HPV obstajajo statistično značilne razlike.
- H2: Med izbrano demografsko spremenljivko regija bivanja in stopnja ozaveščenosti staršev o cepljenju proti HPV obstajajo statistično značilne razlike.
- H3: Starši v vzorcu podpirajo cepljenje svojih hčera proti okužbam s HPV.

Metode

V raziskavi je bila uporabljena neeksperimentalna kvantitativna metoda dela na priložnostnem vzorcu staršev predšolskih deklic, starih od 0 do 13 let. V anketi je sodelovalo 180 staršev.

V raziskavi je bil uporabljen anketni vprašalnik, povzet po angleški različici vprašalnika Human Papillomavirus Vaccine Survey (PHPVS), objavljen na spletni strani Journal of nursing measurement. Vprašalnik je bil zaprtega tipa, sestavljen iz 27 trditev, ki so jih anketiranci ocenili z izbrano vrednostjo po Likertovi petstopenjski lestvici od 1 do 5 (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Vprašalnik je bil prehodno pilotno testiran na vzorcu 10 staršev predšolskih otrok (deklic) z namenom ugotavljanja jasnosti in razumljivosti anketnega vprašalnika. O nejasnostih niso poročali. Po pilotni raziskavi je bil izračunan koeficient Cronbach alfa (0,797), ki kaže dobro zanesljivost vprašalnika. Najbolj je poznan kot indeks zanesljivosti. Njegove vrednosti se gibljejo na intervalu od 0 do 1. Sprejemljive vrednosti alfe se gibljejo med 0,60 do 0,95. Vrednosti, ki so višje od 0,90, so že previsoke oziroma kažejo preveč idealno zanesljivost (Oman, b. d.). Pri izdelavi spletne ankete je bila uporabljena aplikacija 1KA, ki je omogočila storitev spletnega anketiranja. Anketiranje je potekalo med 12. 4. 2019 in 3. 5. 2019. Podatki so bili obdelani s pomočjo računalniškega programa IBM SPSS Statistics, različica 23. Vprašalnik je bil objavljen na najbolj obiskanih slovenskih spletnih forumih, to so medover.net, ringaraja.si in nosečka.net. Reševanje ankete na spletni strani 1KA je bilo anonimno in prostovoljno. Uporabljena je bila opisna ali deskriptivna statistika (prikaz frekvenc, odstotkov), pri testiranju hipotez pa smo uporabili Kruskal-Wallisov test, s katerim smo preverjali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med določenimi demografskimi spremenljivkami. Raziskava je bila pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Rezultati

V anketi je skupno sodelovalo 180 anketirancev, več je bilo žensk, in sicer 90,6 % (n = 163), moških pa le 9,4 % (n = 17). Kar 57,2 % (n = 103) vprašanih je bilo poročenih in 37,8 % (n = 68) jih je živelo v zunajzakonski skupnosti, 2,2 % (n = 4) vprašanih ni želelo odgovoriti, 1,7 % (n = 3) je bilo ločenih, 0,6 % (n = 1) je bilo samskih in 0,6 % (n = 1) je bilo ovdovelih. Največ vprašanih je bilo zaposlenih, in sicer kar 72,8 % (n = 131), samozaposlenih 15,0 % (n = 27), gospodinj 4,4 % (n = 8), 3,3 % (n = 6) jih ni želelo odgovoriti, 2,8 % (n = 5) je bilo brezposelnih in 1,7 % (n = 3) je bilo študentov. Glede na regijo bivanja je bilo največ anketirancev iz goriške regije s 37,2 % (n = 67), najmanj anketirancev pa iz zasavske regije z 1,1 % (n = 2). V mestu je živelo 52,8 %, na vasi 47,2 %. Glede na dokončano izobrazbo je največ anketirancev imelo univerzitetno izobrazbo, 35,6 % (n = 64), najmanj pa je bilo tistih z (ne)dokončano osnovno šolo 0,6 % (n=1). Rezultati so pokazali, da ima največ anketirancev deklice v starosti od

4 do 6 let (26,7 %, n = 48), 26,1 % (n = 47) ima deklice v starosti od 10 do 13 let, 22,8 % (n = 41) ima deklice v starosti od 7 do 9 let, deklice v starosti od 1 do 3 let ima 14,4 % (n = 26) in deklice v starosti do enega leta 10,0 % (n = 18). Pri testiranju prve hipoteze je bil uporabljen Kruskal-Wallisov test s katerim smo preverili, ali se skupine v povprečju med seboj statistično pomembno razlikujejo. Največ anketirancev, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, se je strinjalo s trditvijo, da bi »svojo hčerko cepili proti HPV, če bi za to poskrbela šola«, saj je povprečje rangov 169,50. S trditvijo, da so »injekcije s cepivom zelo boleče za hčerko, zato je raje ne bi cepili«, se je strinjalo največ anketirancev, ki so dokončali magisterij, saj je povprečje rangov 108,38. S trditvijo, da »svoje hčerke raje ne bi cepili, če cepivo proti HPV ni potrebno«, se je strinjalo največ anketirancev, ki so dokončali magisterij, s povprečjem rangov 111,15. S trditvijo, »da bi bili še vedno pripravljene cepiti svojo hčerko, tudi če bi bilo cepivo drago«, se je strinjalo največ anketirancev, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, in sicer s povprečjem rangov 165,00. S trditvijo, »da svoje hčerke proti HPV ne cepijo njihovi bližnji prijatelji«, se je strinjalo ponovno največ anketirancev, ki imajo (ne)dokončano osnovno šolo, in sicer s povprečjem rangov 154,50. S trditvijo, »da naredijo tako, kot jim svetuje zdravnik, zato bi cepili svojo hčerko«, so se v največji meri strinjali anketiranci z (ne)dokončano osnovno šolo, saj je povprečje rangov 168,50. Z zadnjo trditvijo, »da ko se odločijo, da bi cepili svojo hčerko, potem bodo to tudi zanesljivo izpeljali«, so se ponovno v največji meri strinjali tisti z (ne)dokončano osnovno šolo, in sicer s povprečjem rangov 162,00. Z drugo hipotezo, da so injekcije s cepivom zelo boleče za hčerko, zato je raje ne bi cepili, se je strinjalo največ anketirancev, ki prihajajo iz podnjeposavske regije, saj je povprečje rangov 155,00. S trditvijo, da če cepivo proti HPV ni potrebno, potem svoje hčerke raje ne bi cepili, pa se je strinjalo največ anketirancev, ki prihajajo iz savinjske regije, in sicer s povprečjem rangov 129,17. Ugotovili smo, da ima zasavska regija najvišjo povprečje rangov.

Razprava

Okužba s človeškimi papilomavirusi je najpogostejša spolno prenosljiva okužba, vendar so starši še vedno nezadostno ozaveščeni o virusu in cepljenju, kar dokazuje tudi naša raziskava. Iz rezultatov je razvidno, da starši v večjem deležu svojih hčera ne bodo cepili. Iz rezultatov raziskave je tudi razvidno, da starši kljub svetovanju pediatrov, da je cepljenje ključno za preprečevanje HPV, svojih otrok ne želijo cepiti. Sklepamo, da na presojo staršev zelo vpliva socialno okolje. Thomas in sod. (2013) ugotavljajo, da raziskave po svetu navajajo, da so starši in skrbniki otrok, ki so v osnovni šoli ali srednji šoli, premalo ozaveščeni oziroma napačno obveščeni in posledično nezaupljivi do cepljenja proti HPV. V isti raziskavi avtorji navajajo, da starši ne sprejemajo cepljenja proti HPV, ker se bojijo, da bodo nove inovacije v zdravstvu, torej cepljenje proti HPV, ki preprečuje vrsto spolno prenosljivih okužb, vodile v promiskuiteto med mladostniki oziroma bi cepiljenje otrok v šestem razredu, vodilo v zgodnjo promiskuiteto in prvi spolni odnos. V naši raziskavi smo

ugotovili, da popolnoma razume pomen cepiva proti HPV le 21,1 % staršev in da se jih bo 11,1 % odločilo za cepljenje svoje hčerke proti HPV. Naše ugotovitve lahko potrdijo različne raziskave. Pri cepljenju proti HPV je zelo pomembna zdravstvena vzgoja, saj je njen namen vplivati na boljšo ozaveščenost staršev o pomembnosti cepljenja. V pretoku informacij mora sodelovati zdravstveno osebje, vendar je pomembno, da so informacije, ki se širijo, popolne, jasne ter predvsem resnične. Komunikacija mora biti za starše razumljiva in strokovna, da jih spodbudi, da cepijo svoje otroke. Zelo pomembno je, da so starši informirani o posledicah okužbe, saj je iz rezultatov ankete razvidno, da ne poznajo tega virusa in kaj povzroča. Načinov, kako priti do staršev je več, predvsem pa je danes v ospredju splet, kar ni nujno pozitivno. Splet je bolj ali manj glavni vir informacij za starše, na njem iščejo informacije, vendar na napačnih mestih, daleč od strokovnosti in znanstvene utemeljenosti. Pomembno je, da na različnih spletnih straneh delimo informativne oglase. Mladi danes sledijo pomembnim ljudem, kot so zvezdniki oziroma blogerji po Sloveniji, se po njih zgledujejo in od njih dobivajo večino informacij. Burke Garcia, Berry, Kreps idr. (2017) navajajo, da od 14 % ameriških mater vsaj en otrok v njihovem gospodinjstvu poišče informacije na blogih, predvsem blogi o mamicah so pomemben vir informacij o različnih temah, povezanih z zdravjem. Pomembno je omeniti omejitve v raziskavi, ki se kažejo v priložnostnem vzorcu in v manjšem številu sodelujočih moških v vzorcu. Število sodelujočih v raziskavi je bilo 180. Zaradi manjšega števila je ugotovitve raziskave težko posploševati, vendar raziskava kljub temu kaže pomembne rezultate, ki bi jih bilo treba naprej raziskovati. V prihodnje predlagamo raziskovanje tega področja tako, da bi bilo v raziskavo vključeno večje število očetov predšolskih otrok (deklíc), saj ji je bilo le 17 od vseh 180 anketirancev. S tem bi lahko bila opravljena tudi boljša primerjava znanja med očeti in materami. Priporočamo tudi, da bi dodali še starost staršev, saj bi s tem omogočili vpogled v znanje mlajših in starejših staršev.

Zaključek

Humani papiloma virus je okužba, ki prizadene tako ženske kot moške. Virus HPV povzroča predrakave spremembe in raka materničnega vratu, genitalne bradavice in papilome grla. Najpogosteje se okužba s HPV prenaša prek spolnih odnosov. Zaradi možnosti cepljenja proti HPV, ki se je začelo po svetu uveljavljati leta 2006, se je število zbolelih za HPV zmanjšalo. Pomembno vlogo pri preprečevanju okužbe s HPV imajo ženske in moški sami. Odložitev prvega spolnega odnosa na obdobje večje zrelosti, uporaba kondomov in manjše število spolnih partnerjev vplivajo na zmanjšanje možnosti okužbe. Poleg cepljenja pa je zelo pomembno, da se ženske po 20. letu starosti redno udeležujejo ginekološkega pregleda. V tem pogledu je vloga zdravstvene nege ta, da starše ter njihove otroke (hčerke, čeprav morajo informacij biti deležni tudi dečki) izobrazijo o HPV in jih pripravi na cepljenje, obrazloži stranske učinke cepljenja ter, najbolj pomembno, razreši morebitne dvome staršev.

Literatura

- BURKE GARCIA, A., BERRY, C. N., KREPS, G. IN WRIGHT, K. (2017). The Power and Perspective of Mommy Bloggers: Formative Research with Social Media Opinion Leader about HPV Vaccination. Pridobljeno 3. 5. 2019 s <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/41388/paper0239.pdf>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije (2014). Ljubljana: zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sestre, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 17. 7. 2019 s <https://www.zbornica-zveza.si/sl/kodeks-etike-0>
- POLJAK, Š. IN ŠTERBENC, A. (2018). Okužbe s HPV in preprečevanje in zdravljenje: strokovno srečanje, 12. april 2019, Terme Dobrna (str. 4–14). Dobrna: Inštitut za aplikativne raziskave v medicinski rehabilitaciji.
- PRIMIC ŽAKELJ, M., IVANUŠ, U., POGAČNIK, A. IN FLORJANČIČ M. (2017). Preventiva raka materničnega vratu v Sloveniji: rezultati in uspehi. V M. Primic–Žakelj in U. Ivanuš (ur.), Zbornik predavanj / 7. izobraževalni dan programa ZORA z mednarodno udeležbo: zbornik, Brdo pri Kranju, 17. maj 2017 (str. 7–11). Ljubljana: Onkološki inštitut.
- THOMAS, T. L., STRICKLAND, O. L., DICLEMENTE, R., HIGGINS, M., WILLIAMS, B., IN HICK- EY, K. (2013). Parental Human Papillomavirus Vaccine Survey (PHPVS): Nurse-Led Instrument Development and Psychometric Testing for Use in Research and Primary Care Screening. *Journal of nursing measurement*, 21(1), 96–109. Pridobljeno 3. 5. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952023/>
- URŠIČ VRŠČAJ, M. (2005). Rak materničnega vratu in nevarnostni dejavniki. V B. Štabuc, M. Primic–Žakelj, F. Čehi in A. Zdešar (ur.), Zgodnje odkrivanje raka – izzivi za prihodnost / XIII. Seminar 'In memoriam dr. Dušana Reje'; v organizaciji Zveze slovenskih društev za boj proti raku (str. 37–43). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
- URŠIČ VRŠČAJ, M. (2011). Bolezni, ki jih povzročajo humani virusi papiloma, in preprečevanje s cepljenjem. Pridobljeno 3. 5. 2019 s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc69OYN8KU>
- World Medical Association (WMA). (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Pridobljeno 17. 7. 2019 s <https://www.wma.net/wpcontent/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

Prisotnost doule pri porodu in njen vpliv na potek poroda in porodno izkušnjo ženske

Maja Drčar, Tita Stanek Zidarič

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta,
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
maja.dracar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Danes večina žensk rojeva v porodnišnicah, kjer je stalna prisotnost babice bolj izjema kot pravilo. Podpora med porodom naj bi vključevala tudi čustveno podporo, vzpodbujanje, informiranje in zagovarjanje interesov porodnice. Doulino podporo skozi nosečnost in porod povezujejo z nižjim številom nedonošenih otrok in carskih rezov. Namen raziskave je poizvedeti, kako porodna podpora vpliva na porod in zakaj se ženske odločajo za prisotnost doule pri porodu. Cilj je ugotoviti, kaj ženske pričakujejo od doule in ali so s svojo porodno izkušnjo bolj zadovoljne zaradi prisotnosti doule. *Metode:* Izvedena je bila kvantitativna raziskava ki je temeljila na kavzalno-eksperimentalni metodi dela. Kot raziskovalni instrument je bil uporabljen vprašalnik, ki je bil oblikovan za namen raziskave na osnovi pregleda literature in sestavljen iz Likertove lestvice stališč. *Rezultati:* Med razlogi žensk za odločitev za prisotnost doule med porodom se najpogosteje pojavijo želja po kontinuirani obravnavi pred in po porodu, stalna prisotnost med porodom ter želja po zagovarjanju njenih potreb. Poleg tega pa tudi predhodna slaba porodna izkušnja in dejstvo, da jim doula predstavlja občutek varnosti, zaupanja in emocionalne podpore. *Razprava:* Babice stremimo k celostni, kontinuirani obravnavi porodnic, ampak to zaradi preobremenjenosti v zdravstvenem sistemu ni vedno mogoče. Strokovna zdravstvena oskrba med porodom je enako pomembna kot čustvena podpora, saj lahko pomanjkanje le-te vodi celo do psiholoških travm, ki prav tako poslabšajo kakovost življenja žensk in njihovih družin. Zaradi želje žensk po čustveni podpori izhaja tudi potreba po doulah. Doule morajo oz. bi morale dobro poznati svoje pristojnosti in kritično gledati na svoje znanje ter se v vsakem trenutku zavedati, do kje sega meja njihovih »pristojnosti«. Da bi ženske izkusile svojo porodno izkušnjo kot varno in izpolnjujočo, je nujno sodelovanje med babico in doulo.

Ključne besede: doula, čustvena podpora, babica, porodna izkušnja

Uvod

Za pozitivno porodno izkušnjo imata podpora in spremstvo v nosečnosti in med porodom pomembno vlogo (Bohren in sod., 2019). Z namenom zavarovati pozitivno izkušnjo poroda, se morajo zdravstveni strokovnjaki posvečati tudi psihološkemu in socialnemu vidiku poroda, brez da bi zane-

marili strokovnost svojega dela (Nilsson in sod., 2013). Babica je prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki dela v partnerstvu z žensko, jo podpira, neguje, ji svetuje med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. (ICM, 2017). Podpora med porodom mora vključevati čustveno podporo, vzpodbujanje, informiranje in zagovarjanje interesov porodnice. Ženska se tako počuti samozavestno, predvsem pa ima občutek, da sama vodi svoj porod (Hodnett in sod., 2013). (Wagner, 2008) navaja, da so babice strokovnjakinje za fiziološki potek nosečnosti in poroda. Med porodom je babica zaupnica rojevajoče ženske. Predstavlja veliko pomoč pri soodločanju v zvezi z obporodnimi postopki in izbiro protibolečinske terapije. Z zgoraj navedeno trditvijo se strinja tudi (Gaskin, 2010), ki pa še dodaja, da je filozofija babištva imeti v obravnavi samo eno žensko na enkrat. Zaradi svoje izobrazbe in znanja babice poznajo normalen potek poroda in zato tudi prepoznajo zaplete med porodom in vedo, kdaj je potrebna zdravniška intervencija. Hodnett in sod. (2013) so ugotovili, da je več žensk, ki je prejemale kontinuirano podporo, rodilo spontano, kar pomeni brez potrebe po carskem rezu, vakuumu ali porodnih kleščah. Manjkrat so čutile potrebo po protibolečinskih sredstvih in njihovi porodi so trajali manj časa. Z zgornjo trditvijo se prav tako strinjajo (Bohren in sod., 2017; Kozhimannil in sod., 2013; Kozhimannil in sod. 2017). Danes večina žensk rojeva v porodnišnicah, kjer je zaradi preobremenjenosti stalna prisotnost babic v porodni sobi bolj izjema kot pravilo, kar lahko vpliva tudi na porodno izkušnjo. Prisotnost drugih žensk med porodom skozi zgodovino ni bilo nič neobičajnega, danes se pa se najpogosteje kot laične spremljevalke pri porodu pojavljajo doule. Doula je izkušena oseba, ki nudi podporo ženski ali paru pred, med in po porodu (Nurturing Birth, 2019). Doulino podporo skozi nosečnost in porod povezujejo z nižjim številom nedonošenih otrok in carskih rezov. Prav tako pa tudi z večjo možnostjo izključnega dojenja in dobro porodno izkušnjo (Thomas in sod., 2017). Namen raziskave je bil ugotoviti stališča žensk do vpliva prisotnosti doul na izkušnjo poroda. Zastavljeni sta bili dve raziskovalni vprašanji:

- Zakaj se ženske odločajo za prisotnost doule med porodom?
- Ali prisotnost doule vpliva na potek poroda in porodno izkušnjo ženske?

Metode dela

Izvedena je bila kvantitativna raziskava ki je temeljila na kavzalno-eksperimentalni metodi dela. Kot raziskovalni instrument je bil uporabljen vprašalnik, ki je bil oblikovan za namen raziskave na osnovi pregleda literature in sestavljen iz Likertove lestvice stališč. V prvem delu je vseboval vprašanja o demografskih značilnostih, kot so starost, zakonski stan in stopnja izobrazbe. V drugem delu vprašalnika pa smo z Likertovo lestvico stališč ocenjevali stopnjo strinjanja s trditvami o stališčih žensk do vpliva prisotnosti doul na izkušnjo poroda. (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam). Za zbiranje in za

statistično analizo obdelave podatkov je bila uporabljena odprtokodna aplikacija za spletno anketiranje 1KA.

Rezultati

Vzorec je predstavljalo 66 oseb ženskega spola, ki so rodile vsaj enega otroka v spremstvu doule. Med razlogi za odločitev za prisotnost doule med porodom se najpogosteje pojavijo želja po kontinuirani obravnavi pred in po porodu (57,6 %), želja po stalni prisotnosti med porodom (51,5 %) ter želja po zagovarjanju njihovih stališč (51,5 %). Tretjina jih je kot razlog navedlo tudi predhodno slabo porodno izkušnjo (28,8 %). Skoraj četrtini udeleženk pa doula predstavlja občutek varnosti, zaupanja in emocionalno podporo (22,7 %). Tabela 1 prikazuje stališča žensk do doule med nosečnostjo.

Tabela 1: Opisne statistike o stališčih do doule med nosečnostjo

	M	SD
Pred najemom doule sem se pozanimala o njenih ustreznih kvalifikacijah in izkušnjah.	4,18	1,108
Doula mi je pomagala sestaviti porodni načrt.	4,03	1,067
Doula je bila dosegljiva že med nosečnostjo z nasveti o zdravem poteku nosečnosti.	4,56	0,77

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

Iz tabele 2 so razvidna stališča žensk o prisotnosti doule med porodom.

Tabela 2: Opisne statistike o stališčih do doule med porodom

	M	SD
Doula je bila seznanjena s pravili izbrane porodnišnice.	4,70	0,58
Doula mi je nudila podporo pri zagovarjanju mojih želja in pričakovanj v času poroda.	4,50	0,81
Doula je bila med porodom prisotna ves čas.	4,68	0,71
Po mojem mnenju je doula vplivala na uspešen zaključek poroda.	4,47	0,73

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

Tabela 3 prikazuje stališča žensk do doule po porodu.

Tabela 3: Opisne statistike o stališčih do doule po porodu

	M	SD
Doula mi je pomagala pri prvem podoju.	4,15	1,18
Doula je bila prisotna tudi po porodu in mi nudila nasvete in podporo.	4,41	0,91
Doula mi je pomagala pri vzpostavitvi dojenja.	4,08	1,17
Prisotnost doule je izpolnilo moja pričakovanja.	4,59	0,76

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

O zadovoljstvu s prisotnostjo doule ob porodu kažejo tudi rezultati na vprašanje, če bi se pri naslednjem porodu znova odločili za njeno prisotnost. Velika večina (87,88 %) je odgovorila, da bi se za to odločila še kdaj, nekaj (12,12 %) pa jih tega ne bi storilo.

Razprava

V raziskavi je bilo ugotovljeno da se ženske odločajo za prisotnost doule med porodom zaradi možnosti stalne prisotnosti spremljevalca, zaradi zagotavljanja kontinuirane obravnave tudi pred in po porodu. Ženske so izbrale doulo zaradi želje po zagovarjanju njenih stališč in želje po boljši izkušnji poroda. Razlog za prisotnost doule je bil tudi občutek varnosti, zaupanja in podpore. Najpomembneje pa naj bi s svojo stalno prisotnostjo ženski omogočajo občutek kontrole, moči in samozavesti. (Bohren in sod., 2017) v svoji raziskavi ne izpostavljajo ugotovljene nobene slabosti kontinuirane podpore med porodom. Bohren in sod. (2019) še poudarjajo, da nekatere ženske ne želijo stalne prisotnosti zdravstvenega osebja zaradi pomanjkanja zasebnosti in prostora. Prisotnost spremljevalca ali odsotnost le-tega je med porodom pomembna za izboljšanje kvalitete oskrbe med porodom.

Zaključek

S spremljanjem celotne nosečnosti bi se ustvarilo zaupanje med nosečnico in babico, ki je potem prav tako prisotna ves čas poroda. Babice stremimo k celostni, kontinuirani obravnavi porodnic, ampak to večino časa zaradi preobremenjenosti v zdravstvenem sistemu ni mogoče. Zavedati se moramo, da je čustvena podpora med porodom prav tako pomembna kot strokovna zdravstvena oskrba in pomanjkanje le-te lahko vodi do psiholoških travm, ki lahko poslabšajo nadaljnjo kakovost življenja žensk in njihovih družin. Raziskave, omenjene v diplomski nalogi, kažejo na boljše obporodne rezultate ob prisotnosti doule oziroma kadar ima ženska med porodom stalno podporo in je na porod psihološko pripravljena. Naloga vseh nas, ki delamo z ženskami v reproduktivnem obdobju, pa je vedenje, da je vsaka ženska s svojim porodom svoj individuum s svojimi željami, potrebami in pričakovanji, za katere smo dolžni po najboljših močeh poskrbeti. Na porod se v dobi sodobne tehnologije vedno bolj gleda kot na medicinski postopek, čeprav gre v osnovi za popolnoma naraven proces, česar bi se medicinsko osebje moralo bolj

zavedati. Iz tega je tudi nastala potreba po doulah. Doule pa bi morale razumeti, do kje sega meja njihove pristojnosti in koliko znanja pravzaprav imajo. Če bi z obeh strani prišlo do boljšega sodelovanja, bi lahko skupaj še bistveno izboljšali celoten porodni proces.

Literatura

- BOHREN M.A., HOFMEYR G.J., SAKALA C, FUKUZAWA R.K in CUTHBERT A., 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), str. 1–4. Pridobljeno 6.10.2019 s doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- BOHREN M.A, BERGER B.O., MUNTKE-KAAS H. in TUNCALP O., 2019. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), str. 2–15. Pridobljeno 6.10.2019 s doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2.
- GASKIN I.M., 2010. Modrost rojevanja. Ljubljana: Založba Sanje, str. 327–33.
- HODNETT E.D., GATES S, HOFMEYR G.J., SAKALA C., 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews* (7), str. 2–118. Pridobljeno: 16.10.2019 s doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2017. International Definition of the Midwife [online]. Pridobljeno 2.3.2020 s https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- KOZHIMANNIL K.B., HARDEMAN R.R., ATTANASIO L.B., BLAUER- PETERSON C in O'BRIEN M., 2013. Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries. *American Journal of Public Health. Research and Practise*, vol. 3,(4), str. 113–20. Pridobljeno 16.10.2019 s doi: 10.2105/AJPH.2012.301201.
- KOZHIMANNIL K.B., ATTANASIO B.A., JOU J., JOARNT L.K., JOHNSON J. in GJERDINGEN D.K., 2017. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. *Am J Manag Care*. Author manuscript, vol. 20,(8), str. 1–18. Pridobljeno 15.10.2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5538578/>
- NILSSON L., THORSELL T., HERTFELT., WAHN E. in EKSTROM A., 2013. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, (6), str. 1–6. Pridobljeno 15.10.2019 s doi: 10.1155/2013/349124.
- NURTURING BIRTH, 2019. Doula Training Courses. Pridobljeno 15.1.2019 s <https://nurturingbirth.co.uk/doula-training-courses/course-content/>
- THOMAS M.P., AMMANN G., BRAZIER E., NOYES P. in MAYBANK A., 2017. Doula Services Within a Healthy Start Program: Increasing Access for an Underserved Population. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 21, (1), str. 59–64. Pridobljeno 4.3.2019 s doi: 10.1007/s10995-017-2402-0
- WAGNER M., 2008. Moj porodni načrt. Ljubljana: Založba Sanje, str. 77–9, 213–24.

Zgodnji odpust iz porodnišnice in obveščanje patronažnih medicinskih sester

Tinkara Odar, Tita Stanek Zidarič, Metka Skubic

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena Fakulteta,
Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana
tinka.odar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Zgodnji odpust postaja del ustaljene prakse tudi v Sloveniji, ključnega pomena za varnost zgodnjega odpusta pa je kakovostna poporodna obravnava na domu. Namen raziskave je raziskati kako je temu prilagojen trenutni sistem zdravstvene obravnave. *Metode:* Uporabljena je bila deskriptivna kavzalno ne-eksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. Za izvedbo raziskave smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec, v katerega so bili vključeni vsi izvajalci patronažnega varstva v Sloveniji. *Rezultati:* V raziskavi je sodelovalo 177 patronažnih medicinskih sester. Tretjina udeleženk ima izkušnjo obravnave otročnice in novorojenca, ki sta bila odpuščena po 24 urah oz. prej po porodu. Menijo, da zgodnji odpust ni niti varen in niti nevaren za otročnico in novorojenca. Skoraj polovica anketiranih ni obveščenih o odpustu otročnice in novorojenca s strani porodnišnice čeprav menijo, da je to pomembno za kakovost obravnave. *Razprava:* Odpust po 48 in 72 urah po vaginalnem porodu je v Sloveniji del običajne prakse, zato avtorji sklepamo, da več kot polovica anketiranih glede na svojo časovno opredelitev zgodnjega odpusta meni, da je večina otročnic in novorojencev zgodaj odpuščenih v njihovo obravnavo. Zgodnji odpust po vaginalnem porodu iz porodnišnice zahteva kontinuirano in individualno prilagojeno obravnavo s strani patronažne medicinske sestre, ki pa je mogoča le z ustreznim in pravočasnim obveščanjem s strani porodnišnice. Poenotenje obveščanja in vzpostavitve e-obveščanja za celotno Slovenijo bi pomenila možnost kakovostnejše obravnave in s tem varnosti zgodnjega odpusta iz porodnišnice. *Ključne besede:* poporodna obravnava, zgodnji odpust, babištvo

Uvod

V 50. letih 20. stoletja je bil običajen čas bivanja v porodnišnici po porodu med 8 in 14 dni, danes pa je običajno to 2 do 3 dni ali manj. Globalno postaja zgodnji odpust del ustaljene prakse, poporodna obravnava na domu pa se med državami razlikuje po tem, kdo jo izvaja, kdaj in koliko časa se izvaja, ter po kakovosti izvedbe (Brown in sod., 2008; Askelsdottir in sod., 2012; Benahmed in sod., 2017). Zgodnji odpust je v različnih državah in znotraj njih različno definiran, običajno je med 6 in 72 urami po porodu (James in sod.,

2016). NICE (2015) v svojih smernicah navaja, da je dolžina poporodnega bivanja v porodnišnici predmet individualnega dogovora med otročnico in zdravstvenim strokovnjakom glede na zdravje ter počutje otročnice in novorojenca ter podporo, ki jima jo nudi domače okolje. Priporočilo WHO (2014) je, da po fiziološkem vaginalnem porodu zdrava otročnica in novorojenec v porodnišnici ostaneta vsaj 24 ur po porodu. Bolj kot na ugotavljanje najprimernejšega časa za odpust iz porodnišnice bi se bilo potrebno usmeriti na zagotavljanje kakovostne in varne poporodne obravnave v domačem okolju v tednih po porodu (NICE, 2015). Obdobje po rojstvu je obdobje sprememb in prilagoditev za otročnico in novorojenca, običajno pa se poporodni obravnavi namenja veliko manj pozornosti kot pa oskrbi v časi nosečnosti in poroda (WHO, 2010). Poporodna obravnava na domu je v Sloveniji urejena s strani patronažnega zdravstvenega varstva, ki je definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva. Organizirano je kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti). Otročnice in novorojenci so v tem sistemu po odpustu iz porodnišnice predstavljeni v obravnavo patronažnih medicinskih sester. Komunikacija med patronažno službo in porodnišnico je pogosto zelo pomanjkljiva. Odpustno pismo predstavlja edini vir informacij o poteku poroda in poporodnega obdobja, kjer patronažne medicinske sestre ne dobijo dovolj podatkov za kakovostno obravnavo posamezne družine (Psalia in sod., 2014). Trenutni program preventivnih obiskov, ki poteka brez ustreznega spremljanja in upravljanja, ne zagotavlja vsem prebivalkam in prebivalcem Slovenije enakih storitev in kakovosti obravnave. Vzpostavitev sistema obveščanja bi izvajalcem zdravstvenega varstva omogočala ustrezno in pravočasno izvedbo preventivnih aktivnosti. Obenem pa bi tako na nacionalni ravni potekalo spremljanje izvajanja programa, kar bi preprečilo izpad najbolj ranljivih družin iz programa že v samem začetku (Mihevc Ponikvar in sod., 2016). Z raziskavo želimo ugotoviti kako patronažne medicinske sestre časovno opredeljujejo zgodnji odpust iz porodnišnice in ali je po njihovem mnenju zgodnji odpust iz porodnišnice varen za otročnico in novorojenca. Raziskati želimo sodelovanje med porodnišnicami in enotami patronažnega zdravstvenega varstva v zvezi z obveščanjem o otročnici in novorojencu in kako bi vzpostavitev sistema obveščanja vplivala na poporodno obravnavo na domu.

Metode

Uporabili smo deskriptivno kavzalno neeksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja. Raziskovalni pristop je temeljil na kvantitativni raziskavi. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je bil oblikovan s pomočjo orodja za izdelovanje spletnega vprašalnika: EnKlikAnketa (1KA). Raziskovalni merski instrument je bil oblikovan na podlagi pregledane strokovne in znanstvene literature. Za izvedbo raziskave smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec, v katerega so bili vključeni vsi izvajalci patronažnega varstva v Sloveniji. Končno obliko spletnega anketnega

vprašalnika smo po elektronski pošti poslali na vse javno dostopne elektronske naslove enot patronažnega varstva v Sloveniji in na elektronske naslove zasebnih patronažnih medicinskih sester. Po zadnjih javno dostopnih podatkih NIJZ (2018) je bilo januarja 2018 v patronažni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji zaposlenih 877 oseb iz različnih poklicnih skupin. Od skupno 877 oseb, zaposlenih v patronažni zdravstveni dejavnosti, je na anketni vprašalnik v celoti odgovorilo 177 oseb, kar predstavlja 20,2 % vseh zaposlenih. Največ anketiranih spada v poklicno skupino diplomiranih medicinskih sester (80,2 %). V tabeli 1 so prikazane anketiranke po regijah in delovni dobi v patronažnem zdravstvenem varstvu.

Tabela 1: Demografski podatki

Regija opravljanja dela	Frekvenca (N)	Odstotek (%)
Osrednjeslovenska	65	36,7
Podravska	9	5,1
Koroška	7	4,0
Pomurska	3	1,7
Savinjska	23	13,0
Zasavska	0	0,0
Gorenjska	18	10,2
Goriška	5	2,8
Notranjsko-kraška	7	4,0
Obalna	5	2,8
Spodnjeposavska	9	5,1
Dolenjska	26	14,7
Skupaj:	177	100,0
Delovna doba v patronažnem zdravstvenem varstvu	Frekvenca (N)	Odstotek (%)
0–5 let	39	22,0
5–10 let	15	8,5
10–15 let	34	19,2
15 in več let	89	50,3
Skupaj:	177	100,0

Delež anketiranih, ki se udeležujejo strokovnih izobraževanj, je 98,3 %, od tega je 52 (29,9 %) IBCLC svetovalcev za laktacijo in dojenje. Izobraževanj, ki jih prireja Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, se udeležuje 162 (93,1 %) anketiranih. Raziskava je bila odobrena s strani Katedre za Babištvo, Zdravstvene fakultete, Univerze v Ljubljani. V nagovoru spletnega vprašalnika so bile podane informacije o avtorjih in o namenu, s katerim se vprašalnik objavlja. Povezavo do spletnega anketnega vprašalnika smo poslali na javno dostopne e-poštne naslove izvajalcev patronažne zdravstvene dejavnosti. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno, v anketnem vprašalniku nismo spraševali po osebnih podatkih anketiranih. Zbiranje podatkov preko internetnega portala je potekalo od 23.4. 2019 do 29. 5. 2019. Podatke smo obdelali v programu Excel.

Rezultati

Kot je razvidno iz tabele 2 anketiranke zelo različno opredeljujejo zgodnji odpust.

Tabela 2: Časovna opredelitev zgodnjega odpusta

Zgodnji odpust	Frekvenca (N)	Odstotek (%)
Po 6 urah po porodu	3	1,7
Po 6–24 urah	27	15,3
Po 24 urah	35	19,8
Po 48 urah	53	29,9
Po 72 urah	56	31,6
Drugo:	3	1,7
Skupaj:	177	100,0

Izkušnjo z obravnavo otročnice in novorojenca, ki sta bila iz porodnišnice odpuščena po 24 urah oz. prej po porodu ima 63 (35,6 %) anketiranih. V tabeli 3 pa je prikazano kakšno je mnenje anketiranih glede varnosti zgodnjega odpusta.

Tabela 3: Varnost zgodnjega odpusta iz porodnišnice

Zgodnji odpust iz porodnišnice po vaginalnem porodu je varen za otročnico in novorojenca.	Frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	11	6,2
Se strinjam	29	16,4
Niti se strinjam, niti se ne strinjam	83	46,9
Se ne strinjam	44	24,9
Sploh se ne strinjam	10	5,6
Skupaj:	177	100,0

V tabeli 4 so prikazani podatki glede mnenja udeleženk o pomembnosti predporodne obravnave.

Tabela 4: Predporodna priprava

Zahtevnost porodne obravnave na domu je odvisna tudi od predporodne priprave nosečnice in partnerja na porodno obdobje.	Frekvenca (N)	Odstotek (%)
Popolnoma se strinjam	66	37,3
Se strinjam	88	49,7
Niti se strinjam, niti se ne strinjam	21	11,9
Se ne strinjam	1	0,6
Sploh se ne strinjam	1	0,6
Skupaj:	177	100,0

Sistem obveščanja o odpustu otročnice in novorojenca

Naslednja tabela 5 prikazuje podatke, ki smo jih pridobili v zvezi z obveščanjem patronažnih medicinskih sester o odpustu otročnice in novorojenca iz porodnišnice.

Tabela 5: Komunikacija s porodnišnico

<i>Obveščanje porodnišnice o odpustu otročnice in novorojenca</i>	<i>Frekvenca (N)</i>	<i>Odstotek (%)</i>
Da	99	55,9
Ne	78	44,1
Skupaj:	177	100,0
<i>Možnost posveta s porodnišnico</i>		
Da	162	91,5
Ne	15	8,5
Skupaj:	177	100,0
<i>Ocena komunikacije</i>		
Zelo dobra	13	7,3
Dobra	67	37,9
Niti dobra, niti slaba	58	32,8
Slaba	31	17,5
Zelo slaba	8	4,5
Skupaj:	177	100,0

Pri zadnjem vprašanju so patronažne medicinske sestre lahko izrazile svoje mnenje in podale komentarje. Pogosto so izpostavile pomen pravočasnega obveščanja o odpustu s strani porodnišnic ter razlike v obveščanju med posameznimi porodnišnicami v Sloveniji. Omenjajo, da nekatere porodnišnice o odpustu obvestijo preko telefona, druge po navadni pošti oz. obveščanje v celoti prepustijo otročnicam. Rešitev vidijo v poenotenju sistema in vzpostavitvi e-obveščanja za celotno državo.

Razprava

Časovna opredelitev zgodnjega odpusta je tako v Sloveniji kot tudi globalno zelo raznolika (Brown in sod., 2008; Bravo in sod., 2010; James in sod., 2016; Benahmed in sod., 2017). Zgodnji odpust iz porodnišnice je zelo relativen in specifičen za posamezno okolje, pogostejši postaja v okoljih, kjer je obravnava bolj usmerjena v družino (Brown in sod., 2008). Dejstvo, da standardna definicija zgodnjega odpusta ne obstaja, predstavlja omejitev vseh raziskav na tem področju (Brown in sod., 2008; Bravo in sod., 2010; James in sod., 2016; Benahmed in sod., 2017). Rezultati raziskave so pokazali deljena mnenja patronažnih medicinskih sester glede časovne opredelitve zgodnjega odpusta iz porodnišnice po vaginalnem porodu. Največ anketiranih se strinja, da je to odpust po 72 urah po porodu, podoben delež anketiranih pa meni, da je to odpust po 48 urah po porodu. Odpust po 48 urah po vaginalnem porodu je postal v večini držav del običajne prakse (Yonemoto in sod., 2017). V Sloveniji običajno porodnišnico zapustijo 72 ur po vaginalnem porodu (Kud-

er, 2016). Krajšanje bivanja na poporodnem oddelku v porodnišnici prinaša dejstvo, da postaja poporodna obravnava na domu vse bolj pomembna in ključna (Dahlberg in sod., 2016). Glede na to, da je odpust po 48 in 72 urah po vaginalnem porodu tudi v Sloveniji del običajne prakse, avtorji sklepamo, da več kot polovica anketiranih glede na svojo časovno opredelitev zgodnjega odpusta meni, da je večina otročnic in novorojencev zgodaj odpuščenih v njihovo obravnavo. Manj anketiranih meni, da za zgodnji odpust velja odpust po 24 urah oz. prej. Tretjina anketiranih ima izkušnjo z obravnavo otročnice in novorojenca, ki sta bila iz porodnišnice odpuščena po 24 urah oz. prej po porodu. Trditev, da je zgodnji odpust iz porodnišnice varen za otročnico in novorojenca, je največ anketiranih ovrednotilo z odgovorom »Niti se strinjam, niti se ne strinjam«. Rezultat je glede na obstoječe raziskave, kjer avtorji poročajo o tem, da prakse zgodnjih odpustov ni mogoče niti podpreti niti zavrniti, pričakovan (Brown in sod., 2008; Bravo in sod., 2010; James in sod., 2016; Benahmed in sod., 2017). Razlog za to je predvsem, da odločitev o zgodnjem odpustu ne sme temeljiti zgolj na kliničnih kazalnikih, ampak je pogojena tudi s predporodno pripravo in obliko poporodne obravnave na domu, ki je na voljo, o katerih pa so podatki raziskav zelo pomanjkljivi (Brown in sod., 2008; Benahmed in sod., 2017). Patronažne medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, se v večini strinjajo oz. popolnoma strinjajo s trditvijo, da je zahtevnost poporodne obravnave po zgodnjem odpustu in s tem varnost zgodnjega odpusta odvisna tudi od predporodne priprave nosečnice in partnerja na poporodno obdobje. Predporodno pripravo tudi ostali avtorji izpostavljajo kot pomemben dejavnik, ki vpliva na varnost zgodnjega odpusta iz porodnišnice (Brown in sod., 2008; Danbjorg in sod., 2013; Benahmed in sod., 2017). Otročnice in novorojenci so po odpustu iz porodnišnice prestavljeni v obravnavo patronažnega zdravstvenega varstva. Drugo raziskovalno vprašanje je vezano na to, kako bi vzpostavitev sistema obveščanja o odpustu otročnice in novorojenca iz porodnišnice vplivala na poporodno obravnavo na domu. Skoraj polovica patronažnih medicinskih sester, ki so sodelovale v raziskavi, s strani porodnišnice ni obveščenih o odpustu otročnice in novorojenca ter bi se jim v večini to zdelo pomembno. Obveščanje se razlikuje od porodnišnice do porodnišnice, v nekaterih porodnišnicah obveščanje prepuščajo otročnicam in njihovim svojcem. V splošnem ocenjujejo komunikacijo med porodnišnico in patronažno službo kot dobro in kot niti dobro, niti slabo. V komentarjih anketnega vprašalnika so izpostavile predvsem pomen pravočasnega obveščanja o odpustu s strani porodnišnic, ker so pogosto obveščene prepozno in tako ne uspejo opraviti preventivnega obiska v 24 urah po odpustu, kot je to predpisano. Težavo izpostavljajo pri porodnišnicah, ki o odpustu obveščajo po navadni pošti, ter so tako o odpustu obveščene z večdnevno zamudo. Rešitev vidijo v poenotenju sistema vseh porodnišnic in vzpostavitvi e-obveščanja. Kot ugotavljajo Džananović in sodelavci (2010), zaradi napačnega tolmačenja varovanja osebnih podatkov porodnišnice vse slabše obveščajo patronažne službe o odpustih otročnice in novorojenca, kar onemogoča kontinuirano obravnavo in izvajanje poporodnih obiskov v 24 urah po odpustu. Program preven-

tivnih obiskov otročnic in novorojencev poteka brez ustreznega spremljanja in upravljanja ter tako ne zagotavlja vsem prebivalcem Slovenije enakih storitev in kakovosti obravnave (Mihevc Ponikvar in sod., 2016). Tudi Kurth in sodelavci (2016), ki so raziskavo sicer izvajali med otročnicami in njihovimi partnerji, navajajo, da pomanjkljivo sodelovanje med porodničnicami in patronažnim zdravstvenim varstvom negativno vpliva na kakovost poporodne obravnave. Nilsson in sodelavci (2015) izpostavljajo pomembnost dosegljivosti zdravstvenih delavcev in poporodne obravnave za novonastalo družino po zgodnjem odpustu iz porodnišnice. Vzpostavitev sistema obveščanja o odpustu otročnice in novorojenca bi torej omogočila kontinuiteto, kar bi pomenilo kakovostnejšo in varnejšo obravnavo, ki pa je po zgodnjem odpustu iz porodnišnice ključna.

Zaključek

Po zgodnjem odpustu je potrebna kontinuirana obravnava s strani patronažne medicinske sestre, ki pa je mogoča le z ustreznim in pravočasnim obveščanjem s strani porodnišnice. Poenotenje obveščanja in vzpostavitev e-obveščanja za celotno Slovenijo bi pomenila možnost kakovostnejše obravnave in s tem varnosti zgodnjega odpusta iz porodnišnice. Poporodna obravnava bi morala biti po zgodnjem odpustu bolj individualno prilagojena potrebam posamezne družine tudi glede na to, kako so bili pripravljene na poporodno obdobje že v času nosečnosti. Zgodnji odpust iz porodnišnice prinaša patronažnim medicinskim sestram nove izzive pri obravnavi družine. Za individualno prilagojeno in kakovostno izvedbo poporodne oskrbe potrebujejo dovolj časa ter znanja na področju obravnave otročnice in novorojenca ter stalno nadgrajevanje le tega.

Literatura

- ASKELSDOTTIR, B., LAM-DE JONGE, W., EDMAN, G., WIKLUND, I., 2012. Home care after early discharge: impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*, vol. 29, (8), str. 927–934. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1016/j.midw.2012.11.001.
- BENAHMED, N., SAN MIGUEL, L., DEVOS, C., FAIRON, N., CHRISTIAENS, W., 2017. Vaginal delivery: how does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, (1), str. 289–302. Pridobljeno 4. 3. 2020 z doi:10.1186/s12884-017-1465-7.
- BRAVO, P., URIBE, C., CONTRERAS, A., 2010. Early postnatal hospital discharge: the consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, vol. 45, (3), str. 758–763. Pridobljeno 4. 3. 2020 z doi: 10.1590/S0080-62342011000300030.
- BROWN, S., SMALL, R., ARGUS, B., DAVIS, P.G., KRASSTEV, A., 2008. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Pridobljeno 4. 3. 2020 z doi:10.1002/14651858.CD002958.
- DAHLBERG, U., HAUGAN, G., AUNE, I., 2016. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, vol. 39, str. 57–62. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1016/j.midw.2016.05.003.

- DANBJORG, D. B., WAGNER, L., CLEMENSEN, J., 2014. Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital feasibility study. *Midwifery*, vol. 30, (6), str. 725–732. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1016/j.midw.2013.06.006.
- DŽANANOVIĆ ZAVRL, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 44, (2), str. 117–25. Pridobljeno 5. 3. 2020 s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-0Q577165/5048dd17-a87d-447b-aaf2-facc251d6f5/PDF>.
- JAMES, L., SWEET, L., DONNELLAN-FERNANDEZ, R., 2016. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women Birth*, vol. 30, (2), str. 87–99. Pridobljeno 4. 3. 2020 z doi: 10.1016/j.wombi.2016.09.013.
- KUDER, L., 2016. Fiziološke spremembe in vodenje poporodnega obdobja. In: TAKAČ, I. in GERŠAK, K., ur. *Ginekologija in perinatologija*. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta, str. 627–631.
- KURTH, E., KRAHENBUHL, K., EICHER, M., RODMANN, S., FOLMLI, L., CONZELMANN, C., ZEMP, E., 2016. Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital– focus group study. *BMC Health Services Research*, vol. 16, (1), str. 1–14. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1186/s12913-016-1300-2.
- MIHEVC PONIKVAR, B., TOMŠIČ, S., DRGLIN, Z., ROK SIMON, M., MESARIČ, E., DRAVEC, S., ur. 2016. Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju. *Zaključno raziskovalno poročilo pilota »Kakovostno starševstvo za zdrav začetek«*. Ljubljana: NIJZ. Pridobljeno 5. 3. 2020 s <http://www.nijz.si/sl/publikacije/strokovne-podlage-za-posodobitev-programa-preventivnega-zdravstvenega-varstva-nosecnic>.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), 2015. Planning the content and delivery of care – Principles of care. In: *Postnatal care up to 8 weeks after birth (clinical guideline CG37)*. NICE, str. 10-11. Pridobljeno 4. 3. 2020 s <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997>.
- NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE (NIJZ), 2018. Zaposleni v patronažnem zdravstvenem varstvu Slovenije. Ljubljana, januar 2018. Pridobljeno 5. 3. 2020 s <https://www.nijz.si/podatki/evidenca-patronazne-zdravstvene-nege>.
- NILSSON, I., DANBJORG, D.B., AAGAARD, H., STRANDBERG-LARSEN, K., CLEMENSEN, J., KRONBORG, H., 2015. Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, vol. 31, (10), str. 926–934. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1016/j.midw.2015.07.004.
- PSALIA, K., SCHMIED, V., FOWLER, C., KRUSKE, S., 2014. Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. *BM C Health Services Research*, vol.14, (4), str. 1–12. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1186/1472-6963-14-4.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO), 2010. *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal care*. Geneva, WHO document production. Pridobljeno 5. 3. 2020 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=D511A5170AF21EB6D4C5F9B7BCB806A8?sequence=1
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO), 2014. Provision of postnatal care to mothers and newborns: Timing of discharge from the health facility. In: *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. World Health Organization, str. 13-5. Pridobljeno 5. 3. 2020 s http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

YONEMOTO, N., DOWSWELL, T., NAGAI, S., MORI, R., 2017. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews. Pridobljeno 5. 3. 2020 z doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub3.

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti, Ur L RS 23/05, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF in 14/13.

Medgeneracijsko sodelovanje med mlajšo in starejšo populacijo Pomurja

Sara Knego, Sašo Ozvatič, Edvard Jakšič

Alma Mater Europaea-Evropski center Maribor, Slovenska ulica 17, 2000 Maribor

Povzetek

Uvod: Generacija je skupina ljudi, ki živi v določenem mestu in času, pri katerem je pomembno medgeneracijsko sodelovanje saj lahko na podlagi tega lažje opravljamo svoje delo v zdravstvu in kjer koli drugje v svojem življenju, saj poznamo značilnosti ljudi v posameznih generacijah. *Metode:* Pri raziskovanju smo uporabili kvantitativno metodo dela, kjer smo naključnim posameznikom Pomurja v reševanje razdelili anketni vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz osmih vprašanj, ki so se nanašala na spol, vrsto generacije v katero spadajo, motivacijski dejavniki za sodelovanje z drugimi generacijami, kaj so ovire za sodelovanje med generacijami in kaj radi počnejo z ljudmi v drugih generacijah. Podatke smo statistično obdelali Microsoft Excel 2016 ter rezultate predstavili v obliki tabel. *Rezultati:* Glede na pridobljene podatke smo ugotovili, da se ljudje v Pomurju predvsem radi družijo med samo in se pogovarjajo, hodijo na sprehode ter se srečujejo med sabo na izletih. Skoraj vsem anketirancem se zdi, da je medgeneracijsko sodelovanje pomembno za krepitev odnosov v družbi. Kljub temu pa lahko vidimo, da so še vedno v ospredju stereotipi o drugih generacijah, vendar pa se anketiranci kljub temu radi med sabo družijo in pridobivalo nove kolege in širijo svoje znanje in izkušnje z ljudmi iz generacij, ki niso iz njihove generacije. *Razprava:* generacije in medgeneracijsko sodelovanje je zelo pomembno, saj lahko samo na podlagi tega širimo znanje in izkušnje za poznavanje med različnimi generacijami. S temi podatki pa bomo lahko tudi lažje pristopali do pacientov pri delu v zdravstveni negi in drugih ljudeh s katerimi bomo prišli v stik v našem življenju.

Ključne besede: generacija, sodelovanje, zdravstvo.

Uvod

Bistvo generacije in medgeneracijskega sodelovanja

Definicija besede generacija

» Ljudje so približno stari, ki živijo v istem času in imajo podobne interese ali nazore (SSKJ, 2020). « Založnik (2016) dodaja, da je generacija ena skupina oseb, ki so bivale oziroma bivajo v določenem času ter so doživele določene skupne dogodke. Zaradi razlik ene generacije od druge pri pogledih na živl-

jenja in mnenja o življenju pa prihaja do razlik, ki so dostikrat temelj konfliktov. Do konfliktov pa večinoma prihaja zaradi razlik pri delu, komunikaciji, ter drugih razlik. Biljak Gerjevič (2018) dodaja, da se generacije menjujejo približno na 20 let ter poleg starosti prihaja tudi do razlik med tehnologijo, vrednotami in dogodki, ki so značilni za to časovno obdobje.

Definicija besede medgeneracijsko sodelovanje

»Bešter (2017) navaja, da je medgeneracijsko solidarnost lahko definiramo kot socialno povezano med različnimi generacijami. Ko o tem govorite, se še ne morete izogniti medgeneracijskemu konfliktu v vprašanjih, ampak tudi solidarnost obstaja. Ta navidezni konflikt se v javnosti pojavlja, ko pa govori o prihodnosti mladih v srednjih generacijah. « But (2010) dodaja dandanes je medgeneracijsko sodelovanje čedalje bolj pomembno, saj ohranja in skrbi za primerne odnose med generacijami, pri tem pa imajo veliko vlogo starši svojih otrok.

Medgeneracijsko sodelovanje je sodelovanje med različnimi skupinami ljudi v različnih dejavnostih ter projektih in programih v družbi te metode pa pripomorejo k večji solidarnosti in povezanosti generacij med sabo (Cepin in sod., 2012).

Vrste generacij

Slika 1 prikazuje, da imamo predvsem največ populacije rojene med leti 1946 in 1965, vseh drugih generacij pa je dosti manj.

Generacija vojne

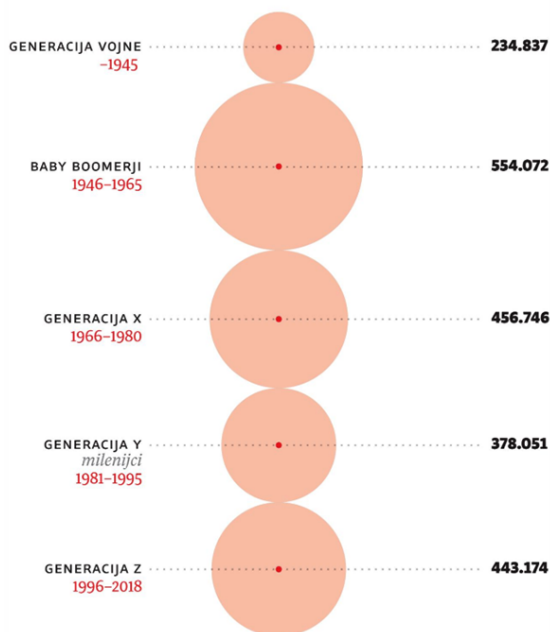
Za generacijo v času vojne nimamo dosti podatkov, vemo pa, da so za njih značilne predvsem tradicionalne vrednote in skupni dogodek vojna. Ta skupina populacije se je rodila do leta 1945 (Biljak Gerjevič 2018). Poyatos (2018) pa dopolnjuje z podatki, da je to generacija, ki je zelo disciplinirana in imajo ogromno znanje z tehničnega področja, zato je primerna za izvajanje oblik vodenja in mentoriranja novih članov v delavskih organizacijah, težava pa je ta da so preveč usmerjeni samo v eno smer in pri tem vztrajajo.

Generacija baby boom

To je generacija, ki se večinoma poslužuje tradicionalnih oblik medijskih kanalov, kot oso televizija, radio, revije ter časopisi. Vendar pa se tudi začnejo posluževati modernih oblik medijev, kot so Facebook ali katerih drugih medijev saj hočejo biti v stiku z mlajšimi generacijami. Pri njih je značilno, da raje uporabljajo gotovino namesto plačevanja s karticami, zaradi večjega optimizma po vojni je ta generacija iz finančnega stališča bolj preskrbljena in s teh hoče pomagati svojim družinskim članom (Kasasa 2019). Biljak Gerjevič (2018) dodaja, da je za to populacijo značilno, da se je rodila v letih med 1946

Generacije v Sloveniji

PODATKI SURS, podatki na dan 1. 1. 2018



Slika 1: Prikaz števila posameznikov v posamezni generaciji iz leta 2018 (Biljak Gerjevič 2018).

do 1965. Zaznamovalo jo je veliko število rojstev, zato so tudi dobili takšno ime. Zelo pomembne vrednote so jim družinsko življenje ter statusni simboli. Za njih so značilni dogodki kot je stanje po vojni kot je hladna vojna. Poyatos (2018) pa dopolnjuje z podatki, da je to generacija, ki je zelo storilnostno in delovno naravnana, zato jih imajo radi na delovnem mestu, v tej generaciji so prvič dali ženskam več pravic in vrednot.

Generacija X

To je generacija, ki še isto kot generacija baby boom dosti časa preživi za mediji, kot so: radio, televiziji in časopisi, vendar pa se tudi že več časa poslužuje medijev kot so Facebook. Z finančnega stališča se predvsem poslužujejo plačevanja in transakcij preko interneta in več ne hodijo toliko v banke opravljati te transakcije. Ta generacija hoče delati na družinskem življenju, vendar pa ji dostikrat to tudi ne uspeva zaradi velike finančne obremenitve, zato si prizadeva da mora varčevati za prihodnost za naslednje generacije (Kasasa 2019). Biljak Gerjevič (2018) dodaja, da je za to populacijo značilno, da se je rodila v letih med 1966 do 1980. Za to obdobje generacije je značilno hitro menjavanje družbenih vrednot, ki pa je prineslo ogromno sprememb v življenju, vendar pa dostikrat teh odgovornosti življenjskih izzivov dostikrat nočejo sprejemati. Za njih so značilni dogodki kot je padec berlinskega zidu, Vietnamska vojna in osamosvojitve Slovenije. Poyatos (2018) pa dopolnjuje z

podatki, da je to generacija, ki je usmerjena v povezovanje mlajših generacij z starejšimi generacijami.

Generacija Y

To je generacija, ki zelo dosti časa preživi za mediji kot so internet in televizija, manj časa pa preživi pri branju revij ali časopisov. Značilno je da je zelo tehnično naravnana ter večino svojih nakupov opravlja preko interneta, v ospredju pa je tudi uporaba računalnika in mobilnih telefonov. Za to generacijo je značilno da zelo rada zapravlja svoj denar za izdelke in določene funkcije, ter imajo majhno potrpljenje za slabo storitev oziroma čakanje na določen izdelek. Dogodki ki jih povezujejo so razvoj tehnologije, 11 september teroristični napad in velika recesija (Kasasa 2019). Biljak Gerjevič (2018) dodaja, da je za to populacijo značilno, da se je rodila v letih med 1981 do 1995. To generacijo imenujemo tudi milenijci, so zelo optimistični, kljub težjim življenjskim razmeram, vendar pa vseeno svoj družbeni status radi pokažejo na družbenih omrežjih. Poyatos (2018) pa dopolnjuje z podatki, da je to generacija, ki dostikrat menjava svojo služno in ima slabše vodstvene funkcije.

Generacija Z

To je generacija, ki večinoma svojega prostega časa preživi za mobilnimi telefoni in uporabo računalnikov, za to generacijo je značilno da se izogiba finančnim dolgom, zato bolj cenijo račune in storitve, to pa zaradi oprezovanj stisk in težav pri svojih starših. Večinoma svojih storitev plačujejo z bančnimi karticami, ter na podlagi tega tudi s pomočjo mobilnega bančništva. Zaznamovali so jih predvsem dogodki kot so: preboj pametnih telefonov in socialnih omrežij (Kasasa 2019). Biljak Gerjevič (2018) dodaja, da je za to populacijo značilno, da se je rodila po letu 1996 in še traja zdaj. Zelo pomembno jim je prikazovanje njihovega statusa in dobrin na družbenih omrežjih.

Delo in sodelovanje z starejšimi ljudmi v zdravstvu in pri zdravstveni negi

Fink in sod., (2013), da je zelo pomembno v zdravstvu poznati staranje in starost z vseh vidikov, kot so: medicinski, psihološki, socialni ter družbeni. Kot zdravstveni delavci moramo pri izvajanju zdravstvene nege pri starejših ljudeh to izvajati na podlagi znanstvenih pristopov ter biti usmerjeni predvsem v smeri učenja in osebnega oblikovanja v starosti, s katerim bomo izboljšali kakovost življenja in pripomogli k večji vključenosti starejših v bolj primerno obdobje družbene vključenosti v okolico.

Slika 2 prikazuje študenta AMEU-ECM Reneja Kornhauserja in Sašota Ozvatiča pri promociji in edukaciji otrok v vrtcu o pomembnosti higijene rok, higijene kašlja in o bacilih, ki se širijo, še si roke ne umivamo ali če v koga kašljamo. » Ravnanje s starejšimi zaposlenimi v organizaciji je zelo zahtevno. Vodstvo mora vključevati veliko različnih dejavnikov za uspešno upravljanje te ciljne skupine. Zaradi nizke stopnje rodnosti se prebivalstvo hitro stara. To prina-



Slika 2: Učenje otrok o umivanju rok v vrtcu (Vir: Vrtec Murska Sobota enota Miške 2020).

ša tudi probleme, povezane z zaposlovanjem starejših ljudi. Ko enkrat izgubijo delo, jih je težko ponovno vpeljati na trg dela. Delodajalci morajo skrbeti, da starejši zaposleni čim dlje ostanejo v organizaciji, saj so njihovo znanje in izkušnje bogat vir informacij za druge zaposlene. Starejši zaposleni se soočajo z veliki problemi. Z leti se slabša njihova delovna sposobnost in velikokrat se začnejo težave, povezane z zdravjem. V času poslovne kariere je zato treba vlagati v preventivo na področju zdravja in ustreznih delovnih pogojih (Šerbinek, 2014).

Metode

Raziskovalna metoda

Pri izdelavi članka smo uporabili kvantitativno metodo dela. Za pridobivanje podatkov za izdelavo članka smo uporabili pisno anonimno anketo, ki smo razdelili med Pomursko populacijo.

Opis predvidenih inštrumentov

Kot raziskovalni inštrument smo uporabili anketni vprašalnik z osmimi vprašanji zaprtega tipa povzetih po predhodnih objavah iz diplomskih in magistrskih naloge: (Šerbinek 2014), (But 2010), (Gabrovec 2015) in (Lubej 2016). Vsak anketi vprašalnik vsebuje prošnjo in zahvalo za sodelovanje v raziskavi. Anketni vprašalnik je sestavljen za največ 5 min reševanja.

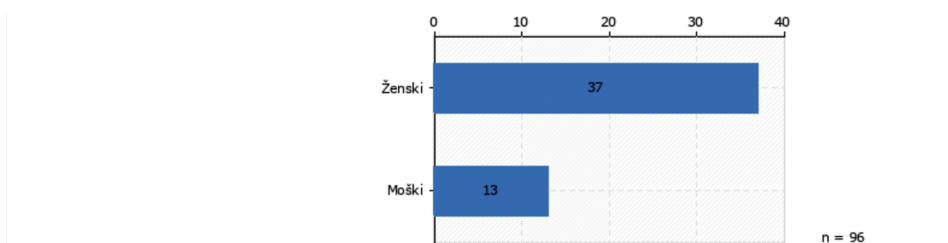
Vzorec

Naš vzorec je obsegal 50 naključnih posameznikov v Pomurski populaciji. Pred anketiranjem smo ustno vsem izbranim pacientom razložili namen zbiranja podatkov, jim zagotovili anonimnost in jim obljubili nadaljnje obveščanje o rezultati naše raziskave.

Postopek zbiranja in obdelave podatkov

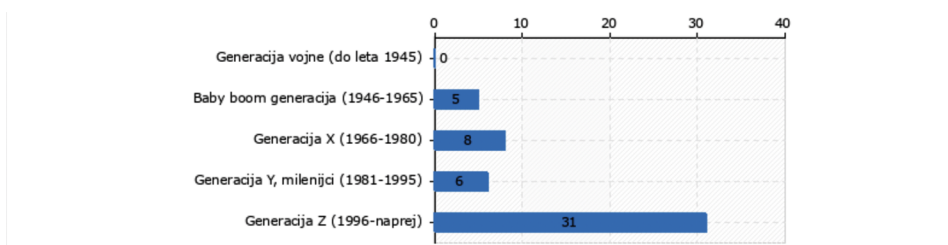
Podatke smo zbirali po večjih lokacijah v Pomurju in anonimno razdelili natisnjene anketne vprašalnike med mimoidočo populacijo. Pridobljene podatke smo zbrali in uredili v programu Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation, Redmon, Washington, ZDA).

Rezultati



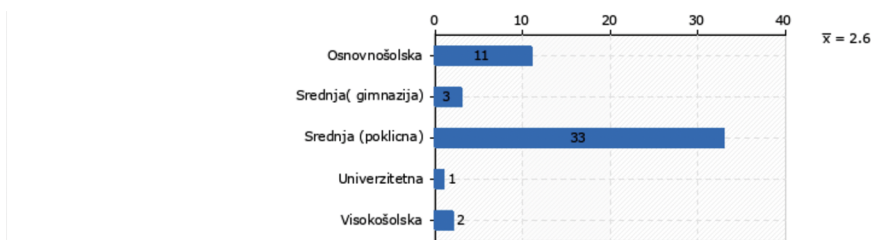
Slika 3: Kakšen je vaš spol?

Slika 3 prikazuje razdelitev anketirancev po spolu, pri kateremu vidimo, da je več žensk, kot moških.



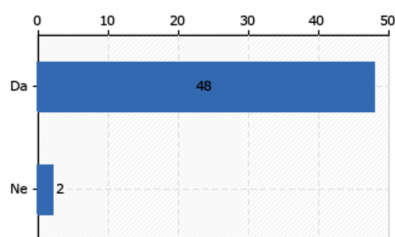
Slika 4: V katero vrsto generacije spadate?

Slika 4 prikazuje razdelitev anketirancev glede na katero generacijo spadajo, na podlagi katere pa vidimo, da je največ prisotnih anketirancev iz generacije Z.



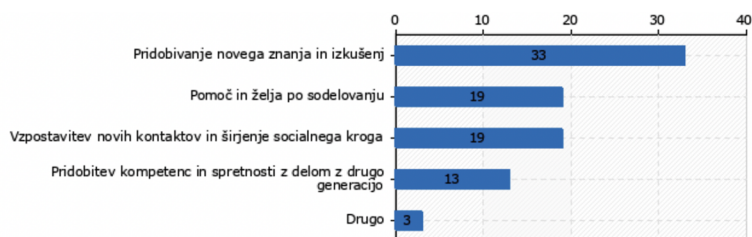
Slika 5: Kakšna je vaša stopnja izobrazbe?

Slika 5 prikazuje razdelitev anketirancev glede na stopnjo izobrazbe, na podlagi katere vidimo, da je v ospredju srednja-poklicna izobrazba ter osnovnošolska.



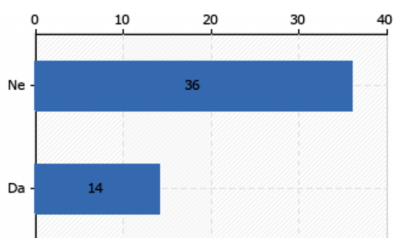
Slika 6: Ali se Vam zdi medgeneracijsko sodelovanje pomembno v današnji družbi

Slika 6 prikazuje razdelitev anketirancev glede na pomembnosti o medgeneracijskem sodelovanju, katera prikazuje da je večina anketirancev za medgeneracijsko sodelovanje med generacijami.



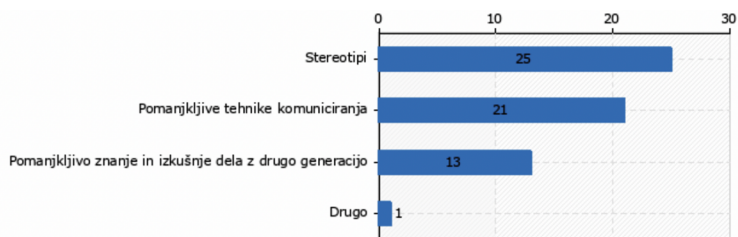
Slika 7: Kaj vas motivira, da sodelujete z različnimi generacijami?

Slika 7 prikazuje razdelitev anketirancev glede na kaj jih motivira pri sodelovanju z različnimi generacijami. Pri katerem vidimo, da dosti anketirancev motivira za sodelovanje pridobitev novega znanja, kateremu pa sledita pomoč in širjenja socialnega kroga.



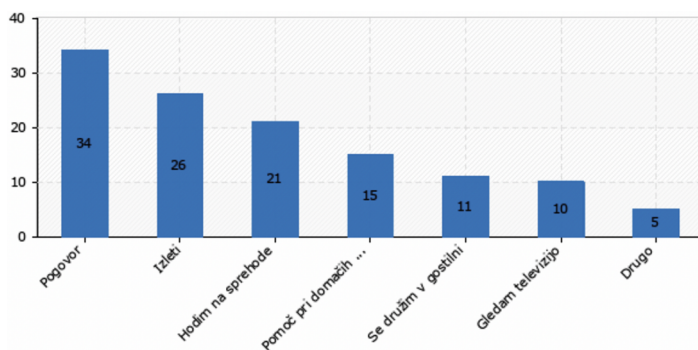
Slika 8: Ali sodelujete v kakšni medgeneracijski dejavnosti? (n = 96)

Slika 8 prikazuje razdelitev anketirancev glede na sodelovanje med generacijami, katera prikazuje da je večina anketirancev že v sodelovanju z različnimi dejavnosti, ki vsebujejo medgeneracijsko sodelovanje.



Slika 9: Kateri se Vam zdijo, da so najpogostejši dejavniki slabih medgeneracijskih odnosov?

Slika 9 prikazuje razdelitev anketirancev glede na dejavnikov, kateri negativno vplivajo na medgeneracijsko sodelovanje, pri tem pa vidimo, da so v ospredju stereotipi, kateremu pa sledita pomanjkljive tehnike komuniciranja in pomanjkanje znanja o drugi generaciji.



Slika 10: Kaj radi počnete, ko ste v stiku z različnimi generacijami?

Slika 10 prikazuje razdelitev anketirancev glede na dejavnosti, ki jih izvajajo z različnimi generacijami. Pri tem lahko vidimo, da je v ospredju pogovor, nato izleti in sprehodi.

Razprava

Na podlagi ankete lahko trdimo, da naša populacija v Pomurju rada hodi na sprehode, izlete in se dosti pogovarja z različnimi generacijami. Pri tem pa opazimo, da je v ospredju še vedno stereotip, določenih generacij, ki se širi iz ene generacije v drugo. Večino populacije rada stopi v stik z drugimi osebami predvsem da bi si pridobila novo znanje in izkušnje ter pomagala in širila svoj krog kolegov. Vendar pa pri večini populacije lahko opazimo, da bi se radi vključevali v medgeneracijske aktivnosti in dejavnosti. Medsebojno povezovanje generacij je izjemno pomembno, zato je to potrebno vzpodbujanje.

Zaključek

Čeprav nam je bil članek precej zahteven, smo si gradivo razdelili in uspešno tudi naredili. Gradiva smo imeli na voljo malo, vendar smo našli predvsem tujo gradivo iz katerega smo se naučili veliko, kot tudi iz gradiva napisanega v slovenskem jeziku. Naučili smo se predvsem kaj je generacija in kaj je medgeneracijsko sodelovanje ter kakšne so pomembnosti pri različnih generacijah ter pri delu z starejšimi v zdravstveni negi. Članek nam je bila v velik preizkus, vendar smo na koncu vseeno uspeli in odnesli veliko znanja, ki ga bomo kot zdravstveni delavci v prihodnosti tudi pri svojem delu bodisi v zdravstvenih ustanovah, domovih za ostarele, kakor tudi pri oskrbi svojcev uporabljali.

Literatura

- BEŠTER, A., 2017. *Kaj pa medgeneracijsko sodelovanje* [online]. Pridobljeno 6.2.2020 s <https://radiostudent.si/univerza/kaj-pa-univerza/kaj-pa-medgeneracijsko-sodelovanje>
- BILJAK GERJEVIČ, R., 2018. *Po čem se razlikujejo slovenske generacije in kako velike so* [online]. Pridobljeno 5.2.2020 s <https://www.dnevnik.si/1042845608>
- BUT, T., 2010. *Medgeneracijsko sodelovanje med vrtcem Rogaška Slatina in Pegazovim domom starejših občanov Rogaška Slatina*: diplomsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška Fakulteta, str. 1 in 67-92. Pridobljeno 1.2.2020 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=13543>
- CEPIN, M., URŠIČ, D., HAMLER, L., KOROŠEC, M., MAH, M. in BERNIK, J., 2012. *Medgeneracijsko sodelovanje v mladinskih organizacijah* [online]. Pridobljeno 3.2.2020 s https://is-suu.com/socialnaakademija/docs/mgs_v_mladinskih_organizacijah
- FINK, A., JELEN JURIČ, J. in KOLAR, S., 2013. *Zdravstvena nega starostnika*. str. 11-12.
- GABROVEC, N., 2015. *Sociološki vidiki kakovostne starosti in medgeneracijskega sodelovanja: področje Koroške regije*: magistrsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska Fakulteta, str. 45-63. Pridobljeno 27.2.2020 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=81221>
- KASASA., 2019. *Boomers, Gen X, Gen Y, and Gen Z Explained* [online]. Pridobljeno 20.1.2020 s <https://www.kasasa.com/articles/generations/gen-x-gen-y-gen-z>
- LUBEJ, Š., 2016. *Ravnanje s starejšimi zaposlenimi*: diplomsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna Fakulteta, str. 27-46. Pridobljeno 27.2.2020 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=104352>

- POYATOS, J., 2018. *The strenghts and weaknesses of the intergenerational workforce* [online]. Pridobljeno 24.1.2020 s https://www.cornerstoneondemand.la/blog/performance/employee-engagement/the_strengths_and_weaknesses_of_the_intergenerational_workforce
- SSKJ, 2020. *Generacija* [online]. Pridobljeno 2.2.2020 s <https://fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=generacija>
- ŠERBINEK, M., 2014. *Ravnanje s starejšimi v organizaciji*: magistrsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna Fakulteta, str. 4 in 39-55. Pridobljeno 25.2.2020 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=68030>
- VRTEC MURSKA SOBOTA ENOTA MIŠKE, 2020. *Promoviranje zdravja in učenje higiene rok in higiene kašlja*.
- ZALOŽNIK, L., 2016. *Medgeneracijsko sodelovanje v organizaciji*: diplomsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna Fakulteta, str. 9. Pridobljeno 1.2.2020 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=102731>

Vloga staršev pri odločitvi za cepljenje otroka

Tina Vodopivec, Kristina Rakuša Krašovec

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,

Na Loko 2, 8000 Novo mesto

tina.vodopivec@gmail.com; kristina.rakusa-krasovec@uni-nm.si

Povzetek

Uvod: V današnji družbi pogosto naletimo na negativna mnenja glede uporabe cepiv, kljub temu da smo z njihovo uporabo rešili na milijone življenj. To predstavlja veliko težavo pri otrocih, ki jih starši nočejo cepiti. Žal se večina teh staršev ne zaveda, da s svojimi dejanji ogroža življenje svojega otroka in življenja tistih, ki zaradi narave svoje bolezni ne morejo oz. ne smejo biti cepljeni. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno mnenje imajo starši glede cepljenja svojega otroka in kaj na to vpliva. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi dela. Opravili smo intervju s petimi starši, različne starosti in izobrazbe. Z njimi smo izvedli polstrukturirani intervju, s katerim smo želeli pridobiti njihovo mnenje o cepljenju otrok. *Rezultati:* V raziskavi so sodelovali starši otrok, ki imajo pozitivna in negativna stališča do cepljenja otrok. Ugotovili smo, da starši, ki so pozitivno naravnani glede cepljenja otrok, bolje poznajo bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, kot starši, ki so proti cepljenju otrok. Starši otrok, ki niso naravnani v prid cepljenja, ne zaupajo delu medicinske sestre ter menijo, da imajo sami dovolj znanja, da lahko vplivajo na odločitev glede cepljenja otrok. Ugotovili smo, da večina staršev prejema informacije iz nepreverjenih virov in da je količina potrebnih informacij o cepljenju, ki jih starši pridobijo od zdravstvenega osebja, zaskrbljujoče majhna. Starši navajajo kot vir informacij za njihove odločitve o cepljenju otroka medije, kljub temu da vedo, da so ti podatki strokovno neutemeljeni in zavajajoči. *Razprava:* Cepljenje je rešilo življenje mnogim otrokom. V začetku 20. stoletja so otroci umirali zaradi ošpic, rdečk in otroške paralize. Danes pa so na območju razvitejših držav omenjene bolezni skoraj izkoreninjene. Vprašati se moramo, ali se res želimo vrniti v čas, ko so otroci umirali zaradi nalezljivih bolezni.

Ključne besede: cepljenje, vloga staršev, medicinska sestra.

Uvod

Danes področje cepljenja ureja Zakon o nalezljivih boleznih. Proti kateri nalezljivi bolezni je cepljenje obvezno, je odvisno od nalezljivosti in resnosti bolezni, pogostosti zapletov, trajnih okvar, smrtnosti, učinkovitosti zdravljenja, dostopnosti varnih in učinkovitih cepiv in številnih drugih (Kraigher, 2011). V Sloveniji je cepljenje zakonsko urejeno. Obvezno cepljenje, ki ga narekuje Zakon o nalezljivih boleznih, je opredeljeno v 22. členu, tj. proti davici, tetanu-

su, otroški paralizi, hemofilusu influence tipa b, oslovskemu kašlju, ošpicam, mumpsu, rdečkam in hepatitisu B (Zakon o nalezljivih boleznih, 2006). Zwitter (2018) navaja, da je zavračanje cepljenja neetično. Veliko staršev meni: »Če so skoraj vsi preostali otroci cepljeni, je tveganje za mojega otroka majhno, zato se s cepljenjem ne strinjam.« Takšno razmišljanje staršev je popolnoma sebično in proti načelu pravičnosti. Opustitev cepljenja je v neposredno škodo otroku. Tveganja za neželene učinke so minimalna, poročila o hudih škodljivih učinkih cepljenja pa pretirana. Te starše je potrebno poučiti, da s svojim ravnanjem ogrožajo celotno populacijo (predvsem ljudi z imunsko pomanjkljivostjo) (Pucelj, Vrdelja in Verčič, 2018).

Motivi za pomisleke pri cepljenju so različni (Reberšek Gorišek in Gorišek Miksić, 2018):

- nastanek različnih bolezni (alergija, avtizem);
- hudi neželeni učinki cepljenja;
- odlaga se nujnost cepljenja;
- nasprotuje se obveznemu cepljenju;
- pojav dvomov o varnosti cepljenja, sestavi cepiv in učinkovitosti cepiv;
- vpliv na imunski sistem otroka;
- neinformiranost staršev (starši ne poznajo hudih potekov nalezljive bolezni, menijo, da lahko cepljenje nadomestijo z zdravo prehrano, higienskimi ukrepi in zdravili).

Leta 2015 je zanimivo raziskavo v okviru kulturološkega projekta univerze Yale izvedel Dana M. Kahan. Avtorja je zanimalo, po čem se razlikuje 90 % ameriških staršev, ki redno cepijo svoje otroke, od 10 % staršev, ki se določenega cepljenja izogibajo. Po ugotovitvah raziskave se starši ne razlikujejo po izobrazbi, medicinski informiranosti, socialnem statusu, regiji ali politični pripadnosti. Bolj od ostalih jih vznemirjajo medijske informacije o škodljivosti cepiv. Takšni starši načeloma verjamejo v koristnost cepljenja, vendar jih nasprotujoče si medijske informacije delajo negotove (Kahan, 2014). Vsaka neupravičena odklonitev obveznega cepljenja je določena kot prekršek po Zakonu o nalezljivih boleznih. Sankcija za izogibanje obveznemu cepljenju je po prekrškovnem pravu denarna kazen. Kakršna koli legitimna, prisilna izvršba z uporabo fizične sile zdravnika ali policista ni dovoljena. To nam govorijo splošna načela človekovih pravic (Kraigher Mišič, 2011). Otrok ne sme biti cepljen zaradi naslednjih zdravstvenih razlogov: potrjena resna alergična (anafaktična) reakcija na sestavine cepiva; resen neželen učinek po predhodnem odmerku istega cepiva; bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem. Pediater oceni, ali je treba zaradi trenutnega stanja cepljenje odložiti. V primeru, da pediater oceni, da obstaja zdravstveni razlog za opustitev cepljenja, pošlje vlogo na Ministrstvo za zdravje. Vlogo pa lahko pošljejo tudi starši, če menijo, da obstaja zdravstveni razlog, zaradi katerega otrok ne sme biti cepljen (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). V primeru odločitve ministra, da se cepljenja zaradi zdravstvenih razlogov ne opusti, in kadar star-

šev ni mogoče prepričati v cepljenje otroka, zdravnik od obeh staršev zahteva podpisano izjavo, da kljub pojasnilu cepljenje zavračata (obrazec za prijavo izmikanja obveznemu cepljenju). Naslednji korak je prijava na Zdravstveni inšpektorat (Zwitter, 2018).

Namen raziskave je primerjati stališča staršev glede cepljenja otrok in ugotoviti njihovo zaupanje v zdravstveni sistem.

Cilji raziskave:

- ugotoviti način razmišljanja staršev pri odločanju za cepljenje otrok;
- poudariti pomen imunizacije;
- raziskati možnosti za boljšo informiranost staršev o cepljenju otrok;
- ugotoviti najpogostejše ovire staršev za cepljenje otroka;
- ugotoviti, ali so starši seznanjeni z namenom cepljenja otroka.

Raziskovalna vprašanja:

- Kako dobro so starši seznanjeni s pomenom cepljenja?
- Kateri so glavni dejavniki, ki vplivajo na odločitve pri cepljenju otroka?
- Kako diplomirana medicinska sestra vpliva na informiranje staršev glede cepljenja otrok?
- Kako bi se dalo spremeniti mnenje staršev, ki so proti cepljenju otrok?
- Koliko staršev je seznanjenih z namenom cepljenja otroka?

Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi dela. Zbrali in analizirali smo primarne in sekundarne vire. Primarni podatki so zbrani s tehniko intervjuvanja. Sekundarne podatke smo pridobili s pregledom domače in tuje strokovne literature ter na spletu, in sicer s pomočjo podatkovnih baz CINAHL, MEDLINE, PUBMED, DKUM in GOOGLE UČENJAK.

Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali polstrukturirani intervju, ki je bil sestavljen na podlagi pregleda domače in tuje literature, ki je bila objavljena v zadnjih desetih letih. Intervju je sestavljen iz dveh delov in vsebuje 13 vprašanj odprtega tipa. Prvi del vsebuje demografske podatke (starost, izobrazba, starost otroka), drugi del vprašanj pa se nanaša na mnenje staršev o cepljenju svojega otroka, način pridobivanja informacij o cepljenju, zaupanje v zdravstveni sistem ter vpliv medijev na odločitve staršev glede cepljenja otroka.

Opis vzorca

Uporabljen je namenski vzorec. Kriterij za vključitev v raziskavo je bil, da so starši vsaj enega ali več otrok. V intervjuju je bilo vključenih pet oseb, ki se med seboj ne poznajo.

Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala septembra 2019. Intervjuvali smo pet staršev otrok različnih starosti. Intervjuvance smo seznanili z namenom in cilji raziskave. Pristop k intervjuju je bil prostovoljen in anonimen. V vseh fazah raziskovanja smo upoštevali veljavna etična načela raziskovanja. Podatke smo pridobili s pomočjo snemalne naprave mobilnega aparata. Te pa smo še isti dan zapisali in jih razvrstili v tabele, zapisali kode in jih interpretirali v razpravi in zaključku.

Rezultati

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo skušali ugotoviti, ali so starši seznanjeni z namenom cepljenja. Ugotovili smo, da starši večinoma poznajo v intervjuju omenjene bolezni ter posledice, ki jih prinese sama bolezen v primeru necepljenja. Vendar še premalo, da bi vsi dali cepiti svojega otroka. Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo ugotavljali, kateri so glavni dejavniki, ki vplivajo na odločitve pri cepljenju otroka. Ugotovili smo, da ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo pri odločitvi staršev glede cepljenja otroka. Pomembna je njena tako verbalna kot neverbalna komunikacija. Pomembno je, da medicinska sestra daje občutek varnosti in pridobi zaupanje staršev. Takšno mnenje imajo predvsem starši, ki se z obveznim cepljenjem strinjajo. S tem smo odgovorili tudi na tretje raziskovalno vprašanje. Z naslednjim raziskovalnim vprašanjem smo ugotovili, da lahko starše, ki so proti cepljenju, razdelimo v dve skupini. V prvo skupino uvrščamo starše, ki absolutno odklanjajo cepljenje. Takšne starše ni mogoče prepričati v cepljenje otroka. Drugo skupino staršev, ki dvomijo v cepljenje, lahko s pomočjo posebne strategije medicinska sestra prepriča v cepljenje. Se pravi, da je zelo pomemben pravilen pristop zdravstvenega izvajalca, ki mora verjeti v cepljenje. Starši, ki so negativno usmerjeni v cepljenje, s pomočjo različnih raziskav skušajo dokazati »pravi« namen cepljenja. Verjamejo tistim znanstvenikom, ki niso naravnani v prid cepljenja, čeprav večina virov trdi drugače.

Razprava

Ugotovili smo, da starši, ki so pozitivno naravnani v prid cepljenja, zaupajo v zdravstveni sistem, ostali starši pa ne. Takšni starši ne zaupajo niti delu medicinskih sester niti delu zdravnika, verjamejo in zaupajo le sebi. Velik del problematike tiči v nepopolnem informiranju staršev s strani zdravstvenega osebja in zdravnika. Skrbi nas, da pomanjkanje znanja medicinskih sester in zanemarjanje dolžnosti zdravnika glede opravljanja pojasnilnih dolžnos-

ti vpliva na odločitve staršev glede cepljenja svojega otroka. Ugotavljamo, da starši sami iščejo informacije po spletu, v medijih in poslušajo mnenja drugih staršev, kar je zaskrbljujoče. Omenjeni vir informacij je nepreverjen, velikokrat poln laži in napihovanja. Da je temu tako, potrjuje trditev Grignolia (2018), ki navaja, da svetovni splet velja za najslabšega možnega svetovalca. Splet je večkrat poln laži in zmot. Ko na spletu odkrijejo kakšno teorijo, bodisi o pozitivni ali negativni strani cepljenja, nasprotno misleči ustvarijo članek, ki nasprotuje tej teoriji. Znanstvena skupnost pa nima vedno časa niti denarja, da bi se ukvarjala s tovrstnimi članki. Toda brez razprave s strokovnjaki se protiinformacije širijo. Naša raziskava je temeljila na intervjuju, ki smo ga opravili z manjšim številom udeležencev (5 intervjuvancev). Pridobili pa smo bolj izčrpne odgovore, kot bi jih pridobili s kvantitativno metodo zbiranja podatkov.

Na podlagi naših ugotovitev lahko sklepamo, da bi na področju ozaveščanja populacije o pomembnosti cepljenja lahko naredili še veliko več. Samo tako bomo izboljšali informiranost populacije, kar lahko posledično vpliva na boljšo precepljenost otrok. Da pridobljeno znanje o cepljenju ne bi šlo v pozabo, bi bilo priporočljivo izvesti preverjanje znanja in pridobiti pisno gradivo. Smiselna bi bila tudi pogostejša predavanja o cepivih in vlogi medicinske sestre pri informiranju staršev glede cepljenja otroka v sklopu Zbornice – Zveze.

Zaključek

Na podlagi naših ugotovitev lahko sklepamo, da bi na področju ozaveščanja populacije o pomembnosti cepljenja lahko naredili še veliko več. Samo tako bomo izboljšali informiranost populacije, kar lahko posledično vpliva na boljšo cepljenost otrok. Da pridobljeno znanje o cepljenju ne bi šlo v pozabo, bi bilo priporočljivo izvesti preverjanje znanja in pridobiti pisno gradivo. Smiselna bi bila tudi pogostejša predavanja o cepivih in vlogi medicinske sestre pri informiranju staršev glede cepljenja otroka v sklopu Zbornice – Zveze. Naša naloga je stalno izboljševanje preteklih dosežkov, povezovanje z zunanjimi organizacijami, ki so v pomoč pri uspešnem delu. S pomočjo svežega znanja, veščin in spretnosti pa morajo zdravstveni delavci izobraževati ljudi o cepljenju, da bi preprečevali bolezni in posledično rešili vse več življenj.

Literatura

- GRIGNOLIO, A., 2018. *Kdo se boji cepiv?* Ljubljana: Zbirka Varia.
- KAHAN, M. D., 2014. Vaccine risk perceptions ad hoc risk communication: an empirical assessment [online]. *Yale Law & Economics Research Paper*, vol. 49. Pridobljeno 20. 11. 2019 s https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2386034.
- KRAIGHER, A., 2011. Cepljenje v Sloveniji. V: KRAIGHER, A., IHAN, A. in AVČIN, T., ur. *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SDZ, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD in Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 18–20.
- KRAIGHER MIŠIČ, T., 2011. Privolitev v cepljenje in pojasnilna dolžnost. V: KRAIGHER, A., IHAN, A. in AVČIN, T., ur. *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja*. Ljubljana:

na: Sekcija za preventivno medicino SDZ, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD in Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 113–117.

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE, 2014. *Cepljenje otrok: knjižica za starše* [online]. Pridobljeno 19. 7. 2019 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_otrok_knjizica_0.pdf.

PUCELJ, V., VRDELJA, M. in VERČIČ, D., 2018. Cepitelji in starši: zaupanje, izkušnje in dilema. V: KRAIGHER, A., ur. *Cepljenje: Stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 81–87.

REBERŠEK GORIŠEK, J. in GORIŠEK MIKSIĆ, N., 2018. Pomen cepljenja za posameznika in družbo od rojstva do pozne starosti. V: KRALJIĆ, S., REBERŠEK GORIŠEK, J. in RIJAVEC, V., ur. *Sodobni izzivi in dileme: konferenčni zbornik/27. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23.–24. marec 2018, Maribor, Slovenija*. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, str. 1–8.

Zakon o nalezljivih boleznih (uradno prečiščeno besedilo), 2006. Uradni list RS [online], št. 69. Pridobljeno 20. 7. 2019 s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/72546>.

ZWITTER, M., 2018. *Pogovori o zdravniški etiki*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Letovanje otrok na Debelem rtiču ter delo varuha prostovoljca

Florijan Rozman Ravnikar, Kristina Rakuša Krašovec

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,

Na Loko 2, 8000 Novo mesto

florijan98@gmail.com, kristina.rakusa-krasovec@uni-nm.si

Povzetek

Čas odraščanja je lahko za mladostnika zelo stresno obdobje. V Sloveniji imamo nekaj društev in organizacij, ki se ukvarjajo s takšno problematiko in nudijo oporo otrokom in mladostnikom, ki doživljajo negativne trenutke v obdobju odraščanja. Rdeči križ Slovenije je neodvisna in humanitarna organizacija, ki se med številnimi dejavnostmi ukvarja tudi z že omenjeno problematiko. V Sloveniji deluje že več kot 150 let. Pomaga otrokom, da preživijo teden dni v mladinskem zdravilišču na Debelem rtiču, kjer jih tamkajšnja organizirana skupina ljudi različnih strok in dobrega srca z veseljem spremlja in vodi skozi teden. Pomemben delček te organizirane skupine pa so vsekakor varuhi prostovoljci, ki poskrbijo za prihod otrok, jih vodijo skozi teden s pomočjo drugih služb in na koncu poskrbijo tudi za varen prihod domov. V prispevku je predstavljeno delo prostovoljca v *Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije na Debelem rtiču*.

Ključne besede: Rdeči križ Slovenije, organizacija, varuh prostovoljec, Debeči rtič.

Uvod

Izobraževanje in učenje v prostovoljskih organizacijah je ena najpomembnejših dejavnosti za razvijanje in spodbujanje dejavnosti v teh organizacijah. Izobraževanje v teh organizacijah v večini poteka neformalno. Cilj izobraževanja je spodbujanje članov k razvijanju in spreminjanju navad in k ustreznemu ravnanju, za kar je potrebno aktivno sodelovanje udeležencev. Izobraževanje in učenje se prilagaja glede na potrebe udeležencev. Delo poteka v manjših skupinah (delavnice, študijski krožki, ogledi, organizirano samostojno delo, svetovalna pomoč ...). Potrebno je zagotoviti ustrezno usposobljenega voditelja in prilagojeno okolje, kar pripomore k temu, da je učenje lažje, prijetnejše, spodbudnejše in tako se doseže boljšo motiviranost učencev za učenje. Posameznik se uči skozi izkušnje, kar je učinkovitejše in znanje je dolgotrajnejše (Jelenc, 2001).

Prostovoljstvo je bilo v preteklosti nekaj samoumevnega, nekaj, kar je nekdo storil sam od sebe in je bilo popolnoma naravno. V drugi polovici 20. stolet-

ja pa je bilo prostovoljstvo omenjeno kot poseben socialni fenomen. Danes ima prostovoljno delo v Sloveniji velik pomen pri pomoči ljudem v stiski. Obstaja kar nekaj organizacij, ki se ukvarjajo izključno s prostovoljnim delom. Za to delo se ljudje odločajo sami, zanj ne dobijo plačila, njihov cilj pa je pomoč drugim. Pri tem je pomembna solidarnost in medsebojna povezanost ljudi. Prostovoljci morajo imeti razvit čut za empatijo in občutek za soljudi (Gril, 2007).

Mladinsko zdravilišče in letovišče Rdečega križa Slovenije Debeli rtič

Rt Debeli rtič se razteza na severnem delu slovenske obale, v bližini meje z Italijo. Mediteranski park in obala na Debelem rtiču sta zavarovana in zaradi tega velja poseben režim, ki prepoveduje vse posege in uničevanje naravne dediščine (Kraji – Slovenija, b. d.). Na Debelem rtiču se nahaja Mladinsko zdravilišče in letovišče Rdečega križa Slovenije (MZL RKS) Debeli rtič, ki deluje od leta 1955. Rdeči križ Slovenije – Zveza združenj (RKS) je samostojna, nevladna, humanitarna zveza združenj nacionalnega pomena, ki na območju Republike Slovenije deluje v skladu z Zakonom o Rdečem križu Slovenije, Zakonom o društvih, ženevskimi konvencijami, sklepi mednarodnih konferenc Rdečega križa in drugimi predpisi ter Statutom Rdečega križa Slovenije (Pavlič, 2011). Tega leta je RKS začel z letovanji otrok, ki so potrebovali zdravstveno oskrbo in za nekaj dni brezskrbno otroštvo, ki ga niso poznali. Za primeren kraj so izbrali Debeli rtič in mu nadeli ime Mladinsko zdravilišče in letovišče Rdečega križa Slovenije Debeli rtič. Rojstni dan zdravilišča je 13. junij 1956, ko je v letovišče prispela prva skupina 100 otrok. Letovanje je sprva potekalo v šotorih. Že takrat so za otroke skrbeli prostovoljci. Kasneje je v zdravilišču delovala tudi osnovna šola, kjer je pouk vodilo 10 učiteljev. Že začetek razvoja MZL Debeli rtič je slonel na mladinskem in otroškem turizmu, kar je tudi danes osnovna dejavnost zdravilišča. V poletnem času organizirajo predvsem zdravstvena letovanja otrok skupaj z Območnim združenjem (OZ) RKS. Prav ta letovanja sofinancira Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (ZZZS) (Prečko Primc, 2006). MZL RKS na rtu Debeli rtič je bilo razglašeno za klimatsko zdravilišče zaradi blagodejne mikroklimе ter vpliva morja. Tamkajšnja mikroklima blagodejno vpliva na zdravje. Po SSKJ (2014) je zdravilišče zdravstvena ustanova za zdravljenje bolnikov z določenimi boleznimi z izkoriščanjem naravnih okoliščin. Klimatsko zdravilišče pa je kraj z ustreznimi zdravstveno-prenočitvenimi zmogljivostmi in s podnebjem, katerega lastnosti so bile s podrobnimi analizami spoznane za terapevtske učinkovine. V 18. stoletju je bila v bližini Debelega rtiča ustanovljena bolnišnica za kužne bolezni, leta 1909 pa so v Valdoltri odprli okrevališče za otroke (tu je danes bolnišnica, ki je vodilna na področju ortopedije), v neposredni bližini pa je deloval sanatorij za pljučne bolezni (Kokalj, 2018). Klimatska terapija je način zdravljenja, pri katerem izrabljamo izpostavljenost vremenskim dražljajem, ki pozitivno vplivajo na telo. Že v preteklosti so jo uporabljali predvsem za zdravljenje bolezni dihal in kože, cenili pa so učinke morske in visokogorske klime. Pomembno pri klimatski terapiji je, da je zrak čist, prevetren in da je

v ozračju malo alergenov ter odsotnost toplotne obremenitve. Toplotni učinki ozračja vplivajo na uravnavanje telesne temperature in na cirkulacijo krvi v telesu. V hladnem okolju je telo prisiljeno, da se prilagaja, in s tem se utrjuje ter krepi imunska odpornost (Kokalj, 2018). Kot je bilo že rečeno, v MZL letujejo in se zdravijo predvsem otroci, vedno več pa je tudi odraslih in starejših. V MZL sprejemajo otroke s kroničnimi obolenji dihal, s kožnimi boleznimi in otroke po poškodbah in operacijah. Organizirajo tudi vrtce in šole v naravi, sprejemajo skupine mladih športnikov, otroke s prekomerno telesno težo vključujejo v programe zdravljenja debelosti, skupine mladih raziskovalcev in otroke ter starejše iz socialno ogroženih okolij. V sodelovanju s tujimi humanitarnimi organizacijami tu letujejo in se zdravijo otroci iz Ukrajine, Belorusije, Nemčije in Belgije. Rdeči križ iz Avstrije pošilja na psihosocialno letovanje otroke, ki se spopadajo z izgubo (enega od) staršev po težki bolezni. Vsako leto MZL obišejo tudi študenti iz Francije in Italije (Kokalj, 2018). V MZL RKS Debeli rtič lahko otroci skozi celo leto spoznavajo okolico, uživajo v flori in se kopajo v bazenu oziroma v morju, ko okoliščine to dopuščajo. Preizkušajo se v različnih športih, saj so otrokom na razpolago različna igrišča ter športni rekviziti. V večernih urah pa igrajo družabne igre, obišejo gledališko ali pa filmsko predstavo (Kokalj, 2018).

Letovanje otrok

Družinska situacija močno vpliva na življenja vseh članov družine, še posebej pa so ji izpostavljeni otroci in mladostniki. Nekateri otroci in mladostniki so plahi, tihi, zadržani in žalostni, drugi pa so nasilni, izstopajoči, agresivni in glasni (Slodnjak, 2004).

Letovanja obiskujejo predvsem otroci in mladostniki, ki so žrtve ali priče razumljivih travmatskih dogodkov, nesreč, poškodb, fizičnega nasilja, trpinčenja, spolne zlorabe, življenjsko nevarnih bolezni, psihičnega nasilja, nasilja do drugih družinskih članov, posilstva, uboja, samomora, hude bolezni ali smrti bližnjih. Otroci in mladostniki se na travmatske dogodke odzivajo zelo različno. Zato mora vzgojitelj oz. prostovoljec vedeti, kako pristopiti k takšni skupini otrok oz. posamezniku. Potreben je specifičen pristop. Ti otroci potrebujejo pozornost, občutek pomembnosti in dejavnosti, kjer se lahko dokažejo (Slodnjak, 2004). Letovanje je program za preprečevanje revščine in socialne izključenosti in omogoča otrokom iz socialno ogroženih skupin, da zamenjajo svoje stresno okolje in se preizkusijo v novih socialnih situacijah. Pogosto so letovanja tudi edine počitnice teh otrok, zato je pomembno, da se jim omogoči bivanje v tem okolju na takšen način, da jim bo ostalo v lepem spominu in bodo lahko vsaj tisti trenutek svojega življenja brezskrbni otroci (Pregelj, 2014). Program letovanja otrok na Debelem rtiču obsega (Poročilo o letovanju na Debelem rtiču 2019, 2019):

- zdravstvene delavnice za vse otroke: temeljni postopki prve pomoči, zdrava prehrana in higiena ter zdrav življenjski slog, sproščanje,
- kopanje in preživljanje prostega časa na plaži,

- ustvarjalne delavnice,
- telesne aktivnosti, prilagojene otrokovim zdravstvenim posebnostim,
- spoznavanje okolja (izlet, pohod),
- vzgojna dejavnost (skupinska dinamika, socialne igre),
- oskrba (5 obrokov, skrb za higieno, spanje ...),
- zabavne aktivnosti (nastopi, predstavitve, glasba, ples ...).

Da sploh lahko omogočimo letovanje otrok, je potrebno zagotoviti odrasle osebe, ki bodo s temi otroki delale. Vsi prostovoljci in strokovni delavci, ki delujejo v okviru organizacije RKS, morajo spoštovati načela humanosti, nepristranskosti, nevtralnosti, neodvisnosti, prostovoljnosti, enotnosti in univerzalnosti. Sporočajo pomembne vrednote, kot so strpnost, spoštovanje raznolikosti, sodelovanje, spoštovanje človekovega dostojanstva in medsebojno razumevanje. Od posameznika zahtevajo večšine aktivnega poslušanja, empatijo, kritično razmišljanje in predvsem voljo do dela z ljudmi (Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, 2010).

Delo vzgojitelja/varuha prostovoljca

Delo vzgojitelja zahteva veliko spretnosti, znanja, senzibilnosti, ustvarjalnosti in fleksibilnosti. Pomembno je poznavanje razvoja skupinske dinamike, saj je tako lažje razumeti potrebe posameznikov. Celoten pedagoški kader je zadovolžen za pripravo raznovrstnih animacijskih in vzgojno-izobraževalnih vsebin, znotraj katerih se bodo lahko našli udeleženci letovanja (Pregelj, 2014). Vodja skupine ima več nalog. Te obsegajo pedagoško delo (organizacija, priprava in izvedba pedagoškega programa), zdravstveno-pedagoške naloge (naloge za krepitev otrokovega zdravja), nadzorno disciplinske naloge (skrb za varnost) in upravno-administrativne naloge (vodenje zdravstvene in otrokove dokumentacije, priprava poročil) (Gartner, 2004). Delo varuha prostovoljca je priporočljivo za tiste osebe, ki si želijo pridobiti bogate izkušnje pri pedagoškem delu z otroki in skupinami ljudi, delati na osebni rasti in se razvijati, pridobiti bogate reference, se naučiti in samozavestno opravljati svoje delo, dobiti priložnost zase, prisostvovati na zelo kakovostnih predavanjih in usposabljanjih in na koncu tudi vsekakor imeti počitnice in delati, kar jih veseli, v čudovitem okolju. Prednost pri izboru za kandidata/kandidatko imajo naslednje osebe (Poročilo o letovanju na Debelem rtiču 2019, 2019):

- študentje družboslovnih smeri,
- so že bili mentorji ali pomočniki,
- imajo izkušnje, smisel in veselje do dela z otroki,
- imajo sposobnosti samostojnega vodenja skupine otrok in timskega dela,
- imajo organizacijske sposobnosti,
- bodo opravili izobraževanje – predvidoma v mesecu maju,

- pravilno izpolnijo obrazec Prijavnica za mentorje,
- so prostovoljci RKS OZ Novo mesto,
- so člani RKS OZ Novo mesto.

Potrebno je predložiti še potrdilo o nekaznovanosti. Izbrani prostovoljci so obveščeni in pred prihodom otrok deležni praktičnih usposabljanj in znanj s področja nenasilne komunikacije, veščine poslušati in moči pozitivne miselnosti (Debeli rtič, n. d.). Obstajajo različni načini, kako sodelovati z MZL RKS Debeli rtič. Eden izmed načinov sodelovanja je preko opravljanja prakse. Študenti lahko v MZL RKS Debeli rtič opravljajo prakso za različne študijske smeri. Možno je tudi delo preko študentske napotnice – za študente velja, da tisti, ki imajo veljaven status, delajo preko študentske napotnice M Servisa. Delo po dogovoru o prostovoljnem delu velja za prostovoljce, ki nimajo veljavnega študentskega statusa. Možno pa je tudi sodelovanje na podlagi podjemne pogodbe, in sicer pri prostovoljcih, pri katerih so izčrpane vse preostale možnosti (Debeli rtič, n. d.). Varuh prostovoljec ima vsak termin različne skupine otrok in se sooča z različnimi izzivi in preizkušnjami. Vendar pa obstajajo v osnovi določena pravila, ki jim poskuša slediti. Prihod vzgojiteljev v zdravilišče je navadno dan pred prihodom skupine otrok. Ta čas je namenjen namestitvi, spoznavanju zdravilišča in njegovega delovanja, spoznavanju pedagoške ekipe in seznanitvi s potekom letovanja. Na uvodnem sestanku pridobijo prostovoljci vse potrebne informacije, s katerimi morajo biti seznanjeni (Pregelj, 2014). Otrok se na letovanju znajde v popolnoma novem okolju in z novimi ljudmi okrog sebe. Skupaj z otroki je potrebno formulirati jasna pravila, saj se bodo le tako v novem okolju počutili varno. V zdravilišču imajo tudi ambulanto, ki deluje 24 ur na dan. V primeru poškodb ali bolečin se otroka pospremi v ambulanto k medicinski sestri in zdravnici (Pregelj, 2014). Potek dela skozi teden je vnaprej določen. Zjutraj poteka skupinsko bujenje, ki mu sledi telovadba. Nato je na vrsti zajtrk, kjer je naloga vzgojitelja skrb za spoštljiv odnos otrok do hrane. Temu sledi urejanje sob. Tekom dopoldneva potekajo različne aktivnosti, po kosilu pa sledi enourni počitek. V tem času imajo vzgojitelji skupni sestanek, kjer se izpostavi morebitne posebnosti. Popoldne se spet vrstijo različne aktivnosti. Po večerji imajo otroci čas, da se pripravijo na večerno animacijo glede na predhodno zastavljeno temo. Po večernem tuširanju pa se vzgojitelj odloči, kako bo uspaval svojo skupino, saj je to odvisno od starosti otrok. Najmlajšim se prebere pravljico, otroke srednjih let se umiri z metodo sprostitve, najstarejši pa poslušajo sproščujočo glasbo (Debeli rtič, n. d.).

Zaključek

Rdeči križ Slovenije vodi veliko projektov, med katere sodi tudi letovanje in okrevanje. Svoje zmogljivosti ima na MZL Debeli rtič ter v Mladinsko počitniškem domu (MPD) Frankopan Punat na otoku Krku, ki je v lasti in upravljanju RKS OZ Maribor. Na otoku Punat se zdravijo in letujejo predvsem otroci iz občin podravske regije. Pri njih izvajajo predvsem program zdravstvenega leto-

vanja. Vsak začetek nečesa novega je težak, ampak s trdom in predanostjo so uspeli ustanoviti Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič kot ga poznamo danes. Donatorji s prispevki omogočajo, da se posodablja medicinsko opremo, obnavlja namestitvene kapacitete, športna igrišča in parkovno infrastrukturo. Veliko vlogo imajo vsi tisti, ki radi pomagajo in želijo biti koristni zase in druge. Smisel prostovoljstva ni samo delo v družbeno korist, ampak tudi delo v individualno korist. S prostovoljstvom pomagamo tistim, ki so pomoči potrebni. S tem pridobimo nove vrednote, znanja in izkušnje, osebno rastemo in si preko druženja in spoznavanja novih ljudi spletemo nova prijateljstva.

Literatura

- Debeli Rtič, (b. d.). Pridobljeno 31. 1. 2020 s https://www.zdravilisce-debelirtic.si/Kako_postanem/.
- GARTNER, 2004. Družbeni in vzgojni smotri počitniških letovanj – izhodišče za načrtovanje vzgojno-izobraževalnih dejavnosti na letovanjih. V: ALBREHT, A., ur. *Zbornik organizatorje letovanj in šol v naravi*, str. 6–34.
- GRIL, A., 2007. *Prostovoljstvo je proizvodnja smisla*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.
- JELENČ, Z., 2001. Izobraževanje v prostovoljski humanitarni organizaciji (Izobraževanje kot sestavina sekundarne rehabilitacije oseb z boleznimi srca in ožilja). *Andragoška spoznanja*, št. 3/2001, str. 26–33.
- KOKALJ, M., 2018. Zasnova parka ob Centru obala za otroke in odrasle s posebnimi potrebami in ob mladinskem zdravilišču in letovišču RKS Debeli rtič: magistrsko delo [online]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta, Oddelek za krajinsko arhitekturo, str. 2–35. Pridobljeno 21. 2. 2020 s <https://repozitorij.uni-lj.si/Dokument.php?id=116860&lang=slv>.
- KRAJI – SLOVENIJA, n. d. Pridobljeno 21. 2. 2020 s https://kraji.eu/slovenija/debeli_rtic_plaza/slo.
- MLADINSKO ZDRAVILIŠČE IN LETOVIŠČE DEBELI RTIČ, 2009. Gradivo za vzgojitelja. Neobjavljeno gradivo.
- PAVLIČ, V., 2011. Pravna ureditev delovanja Rdečega križa: diplomsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, str. 1. Pridobljeno 21. 2. 2020 s <https://core.ac.uk/download/pdf/67544225.pdf>.
- POROČILO O LETOVANJU NA DEBELEM RTIČU 2019, 2019. Pridobljeno 25. 2. 2020 s http://novomesto.ozrk.si/nase_aktivnosti/letovanje_otrok_na_debelem_rticu/.
- PREČKO PRIMC, N., 2006. 50 let MZL Debeli rtič. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- PREGELJ, V., 2014. Socialno-interaktivne igre pri delu s skupino na letovanju: diplomsko delo [online]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, str. 1–11. Pridobljeno 21. 2. 2020 s [http://pefprints.pef.uni-lj.si/2081/1/Vesna_Pregelj,_Socialno-interaktivne_igre_pri_delu_s_skupino_na_letovanju_\(CD\).pdf](http://pefprints.pef.uni-lj.si/2081/1/Vesna_Pregelj,_Socialno-interaktivne_igre_pri_delu_s_skupino_na_letovanju_(CD).pdf).
- SLODNJAK, V., 2004. Obvladovanje kriznih situacij. V: ALBREHT, A., ur. *Zbornik za organizatorje letovanj in šol v naravi*, str. 64–70.
- SLOVAR SLOVENSKEGA KNJIŽNEGA JEZIKA (SSKJ), 2014. Pridobljeno 21. 2. 2020 s https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika/3553112/T4MVC_System_Web_Mvc_ActionResult.

Z znanjem in uporabo sodobne tehnologije do varne obravnave pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1

Kerstin Kodrič, Vesna Zupančič

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
kodrickerstin@gmail.com; vesna.zupanic@guest.arnes.si

Povzetek

Uvod: Pojavnost sladkorne bolezni tipa 1 se povečuje. Zanj obolevajo otroci vseh starosti in tudi odrasli. Pri obravnavi bolezni je potrebnih veliko znanj in spretnosti. Razvoj tehnologije omogoča boljšo glikemično urejenost, toda za njeno varno in učinkovito uporabo so potrebna dodatna znanja in aktivno spremljanje novosti. Namen študije je bil poiskati dokaze o potrebnem znanju in koristih uporabe sodobne tehnologije za varno obravnavo pacientov. *Metode:* Uporabljena je bila kvalitativna metoda dela. Z metodo kritičnega branja javno dostopne literature so bila povzeta ključna, za nas uporabna spoznanja. Poudarek je bil na iskanju novosti od leta 2016 do leta 2020 v angleškem jeziku v elektronskih bazah Google učenjak in PubMed. Ugotovitve so predstavljene na ravni sinteze po ključnih področjih. *Rezultati:* Raziskava je pokazala, da je urejena sladkorna bolezen nujna za zagotavljanje varnosti bolnikov. Sodobne tehnologije pri obravnavi in vodenju pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1 omogočajo boljše vodenje in uravnavanje krvnega sladkorja. Zaradi razmaha razvoja tehnologije v zadnjih letih je pridobivanje znanja pomembno pri zagotavljanju varnosti bolnikov. *Razprava:* Za uspešno obravnavo pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1 je ob uporabi sodobne tehnologije potrebno še sistematično izobraževanje novoodkritih pacientov, njihovih družin in negovalcev. Pomembno je kontinuirano izobraževanje ves čas trajanja bolezni.

Ključne besede: sladkorna bolezen tipa 1, sodobna tehnologija, znanje, varnost pacientov.

Uvod

Sladkorna bolezen je kronično obolenje, ki nastane zaradi pomanjkanja ali neučinkovitega delovanja hormona inzulina, ki nastaja v celicah trebušne slinavke. Poznamo različne tipe sladkorne bolezni, in sicer sladkorno bolezen tipa 2, ki je najpogostejša, nosečniško sladkorno bolezen, moteno toleranco na glukozo, pri kateri imajo bolniki večje možnosti za razvoj sladkorne bolezni tipa 1, in sladkorno bolezen tipa 1 (v nadaljevanju SBT1), ki jo imajo 4 % bolnikov s sladkorno boleznijo (Bratina, 2012). Pojavnost SBT1 se povečuje. Zanj obolevajo otroci vseh starosti in tudi odrasli. Letno zbolijo v Sloveniji 50–60 otrok in mladostnikov in vsako leto število nekoliko naraste. SBT1 je

sicer avtoimunsko obolenje, kjer gre za okvaro trebušne slinavke, ki inzulina več ne izloča, zato so ti bolniki takoj od odkritja odvisni od zdravljenja z inzulinom (NIJZ, 2010). Običajno imajo novoodkriti bolniki s SBT1 manj kot 10 % še aktivnih celic trebušne slinavke, ki proizvajajo inzulin (Bratina, 2012). Za uspešno vodenje SBT1 je nujna aplikacija inzulina, ki lahko poteka preko inzulinskih peresnikov ali z inzulinsko črpalko, ki omogoča kontinuirano podkožno dovajanje inzulina. Inzulin je bil odkrit leta 1921. Od takrat se je zgodil izjemen razvoj pri zdravljenju pacientov s sladkorno boleznijo (Martin in sod., 2019). V zadnjih desetih letih je predvsem opazen napredek tehnologije, ki se uporablja za zdravljenje bolnikov s SBT1. Leta 1971 je bil izdelan prvi merilnik glukoze v krvi. Sodobni merilniki so majhni, rezultate dajo v nekaj sekundah. Od merilnikov, ki so preverjali raven glukoze v krvi, je tehnologija napredovala do sistemov kontinuiranega spremljanja glukoze v medceličnici, ki so prišli na trg leta 1999 in omogočajo spremljanje glukoze v medceličnici kontinuirano na 5–15 minut. Raziskave so pokazale, da uporaba neprekinjenega merjenja glukoze v medceličnici (CGM) zniža vrednosti glikiranega hemoglobina (HbA1c), in sicer je pri uporabi enega dne na teden HbA1c znižan za 0,15 % (Zimmerman in sod., 2019). Potrebne so redne meritve glukoze v krvi in redne analize urina ter potrebno je spremljanje morebitnega izločanja sladkorja z urinom ter prisotnosti ketonskih teles, poleg tega je pomembna varovalna prehrana in redna telesna aktivnost pacientov s SBT1 (Bratina in Gianini, 2016). To vse skupaj zahteva veliko znanj in spretnosti. Razvoj tehnologije omogoča boljšo glikemično urejenost, toda za njeno varno in učinkovito uporabo so potrebna dodatna znanja in aktivno spremljanje novosti. Sladkorna bolezen tipa 1 je kronična bolezen, ki lahko ob neurejenosti zmanjša kakovost in varnost življenja. Namen študije je bil poiskati dokaze o potrebnem znanju in koristih uporabe sodobne tehnologije za varno obravnavo pacientov. Cilj študije je bil zajeti nekaj ključnih dokazov, da z znanjem obvladovanja SBT1 in ob uporabi sodobne tehnologije lahko dosežemo varno in kakovostno življenje posameznika s SBT1. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali sodobna tehnologija, ki se lahko uporablja za vodenje SBT1, vpliva na kakovost in varnost obravnave bolnikov s SBT1. Cilji raziskave:

- Iz literature zajeti dokaze, da z znanjem obvladovanja SBT1 lahko dosežemo kakovostno življenje posameznika s SBT1.
- Ugotoviti, ali sodobna tehnologija vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov s SBT1.

Raziskovalni vprašanji:

- Katero znanje je potrebno za uspešno vodenje pacienta s sladkorno boleznijo tipa 1?
- Kako uvajanje sodobne tehnologije vpliva na varnost in kakovost obravnave pacientov s sladkorno boleznijo tipa 1?

Metode

Uporabili smo kvalitativno metodo dela. Z metodo kritičnega branja javno dostopne literature smo povzeli ključna, za nas uporabna spoznanja. Poudarek je bil na iskanju novosti od leta 2016 do leta 2020 v angleškem jeziku v elektronskih bazah Google učenjak, PubMed. Vključitveni kriteriji so bili dostopnost članka v celoti, besedilo članka v angleškem jeziku, leto objave od 2016 do 2020 in pregled virov s področij obravnavane tematike in s ključnimi besedami sladkorna bolezen tipa 1; sladkorna bolezen tipa 1 in sodobna tehnologija; sladkorna bolezen tipa 1 in znanje, varnost pacientov. Ključni besedi pri iskanju literature sta bili tudi insulin pump in CGM. Pregled literature je potekal 20. 1. in 1. 2. 2020. V raziskavo smo vključili 17 virov, ki smo jih vsebinsko analizirali. Omejitev v raziskavi je bila prosto dostopna literatura. Ugotovitve smo predstavili na ravni sinteze po ključnih področjih.

Rezultati

Ključne ugotovitve smo predstavili v okviru ključnih področij: vodenje pacienta s SBT1, skrb za varnost in kakovost zdravstvene obravnave, izobraževanje.

Vodenje SBT1

Aplikacija inzulina lahko poteka z inzulinskimi peresniki (Facchinetti, 2016). Klasično terapijo z inzulinskimi peresniki se lahko nadomesti z inzulinskimi črpalkami različnih proizvajalcev, ki omogočajo kontinuirano dovajanje bazalnega inzulina v različnih dnevni odmerkih. Insulin je v inzulinski črpalki shranjen v rezervoarju in se preko cevke in kanile, ki je vstavljena v podkožje, povezuje s telesom. Do leta 2000 so bolniki s SBT1 v Sloveniji sladkorno bolezen uravnavali z vbrizgavanjem inzulina z mehanskimi injektorji štirikrat na dan, v letu 2000 pa so na Pediatrični kliniki Ljubljana pričeli z uporabo inzulinskih črpalk, ki omogočajo neprekinjeno dovajanje inzulina v telo z bazalnimi odmerki. Bazalne odmerke se lahko prilagaja vsakih 30 min. na 0,025 enote natančno (Logar Dolinšek, 2011). V letu 2020 tako obstajajo različne možnosti obvladovanja SBT1. Meritve krvnega sladkorja z merilniki, s kontinuiranim spremljanjem glukoze v medceličnini – CGM. Aplikacija inzulina je možna na klasičen način z inzulinskimi peresniki ali z inzulinskimi črpalkami. Najnovejši sistemi CGM in inzulinskih črpalk omogočajo zaprto zanko (Martin, 2019). Razvoj CGM se je začel z GlucoWatch G2 po letu 2000, nato so sledili Medtronic Guardian, Abbott Free Style Navigator, Medtronic RT, Dexcom SEVEN Plus in po letu 2010 še Medtronic Enlite, Dexcom G4, Dexcom G5, Dexcom G6, Guardian Connect in Guardian Sensor 3 (Facchinetti, 2016). Facchinetti navaja, da bo razvoj CGM-naprav zahteval spremembe v pravih odmerjanju inzulina, zmanjšanje in odpravo umerjanj senzorjev ter izkoristek ter upoštevanje drugih podatkov iz CGM-naprav pri dovajanju inzulina (Facchinetti, 2016). Najnovejši sistem, ki vključuje kontinuirano spremljanje glukoze in dovajanje inzulina, je hibridna inzulinska črpalka Medtronic Mini-med 670 G z zaprto zanko in tehnologijo Smart Guardian, ki samodejno pri-

lagaja bazalno dovajanje inzulina (Lausch, 2018). V Mehiki je bila leta 2016 narejena prva raziskava stroškovne učinkovitosti zdravljenja SBT1 pri odraslih bolnikih z inzulinsko črpalko v primerjavi s klasičnim zdravljenjem z inzulinskimi peresniki. Raziskava je pokazala, da zdravljenje z inzulinsko črpalko odloži zaplete sladkorne bolezni in tako podaljša življenjsko dobo in dvigne kakovost življenja ter da je stroškovno učinkovito. Isti vir navaja, da so bile podobne študije opravljene pri otrocih in mladostnikih s SBT1 v Združenih državah Amerike, Kanadi in Avstraliji, kjer so v raziskavah prav tako ugotovili izboljšane vrednosti HbA1c ob uporabi inzulinske črpalke (Dubova, 2019). Omenjena raziskava je sicer pokazala, da so stroški zdravljenja z inzulinsko črpalko višji, vendar zdravljenje z inzulinsko črpalko odloži komplikacije sladkorne bolezni v povprečju za tri leta in s tem se zmanjšajo stroški zdravljenja zapletov. V Mehiki so analizirali 34.014 trajno invalidnih zaposlenih, ki so imeli diagnozo SBT1 ali SBT2. Povprečna starost ob upokojitvi je v letih 2000–2013 znašala 51,6 leta (Dubova, 2019).

Varnost in kakovost

V 5. členu Zakona o pacientovih pravicah je zapisano, da imajo pacienti pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave (ZPacP, 2018). Ministrstvo za zdravje RS na svoji spletni strani navaja, da je varnost v zdravstvu pomemben element kakovosti. Za njeno doseganje je nujna odsotnost vseh posledic za bolnike, zaposlene ali za druge zaradi varnostnih odklonov. Cilj je tveganje, v katerem je varnostno tveganje znižano na minimalno možno raven (Ministrstvo za zdravje, 2019). Ne glede na finančne stroške je doseganje normoglikemije pomemben terapevtski cilj za bolnike s SBT1, zlasti za izogibanje zapletom. Tveganje za mikrovaskularne zaplete, vključno z retinopatijo, nefropatijo in nevropatijo, se z intenzivno terapijo z inzulinom zmanjšuje (Zavratec, 2010). Kljub širokim organizacijskim, intelektualnim in davčnim naložbam ne obstaja nobeno sredstvo za preprečevanje ali ozdravitev SBT1 in na splošno kakovost obvladovanja sladkorne bolezni ostaja neenakomerna. Fizične, socialne in gospodarske stroške SBT1 je težko izračunati (poskusi količinske opredelitve teh spremenljivk pa se običajno ne razlikujejo med boleznijo tipa 1 in tipa 2) in so enormni (Atkinson in sod., 2014).

Izobraževanje

Za obvladovanje SBT1 je potrebno veliko znanja in prav tako za uspešno obvladovanje sodobnih tehnologij, ki omogočajo boljšo glikemično urejenost SBT1 in s tem manj akutnih in kroničnih zapletov in boljšo kakovost življenja. American diabetes Association (ADA) (2020) navaja, da je pri vodenju SBT1 pri otrocih in mladostnikih nujno sodelovanje celotne družine in zdravstvenega tima. Cilj je samostojno vodenje bolezni, za kar potrebujejo otroci, mladostniki in njihova družina veliko znanja. Na Pediatrični kliniki v Ljubljani se bolniki in njihovi starši po diagnosticiranju SBT1 udeležijo strukturiranega 5-dnevne-

ga bolnišničnega programa izobraževanja. Po odpustu iz bolnišnice sledijo ambulantni pregledi, kjer se nadaljuje izobraževanje družine s strani pediatra endokrinologa, dietetika in diplomirane medicinske sestre edukatorke. Ob prehodu na inzulinsko črpalko je prav tako organizirano ambulantno izobraževanje. Tehnično izobraževanje nudijo ponudniki inzulinskih črpalk. Ko bolnik in njegova družina usvojijo znanje in obvladajo rokovanje z inzulinsko črpalko, lahko nadgradijo vodenje s CGM. Izobraževanje za upravljanje s CGM je strukturirano. Dodatno Pediatrična klinika organizira izobraževanje za učitelje in vzgojitelje otrok ter za druge negovalce in za otroke, ki vstopajo v prvi razred osnovne šole. Poletni dvotedenski tabor, ki ima že več kot 50-letno tradicijo in se ga vsako leto udeleži 120 osnovnošolskih otrok, je prav tako namenjen pridobivanju znanja. Organizirana so letna srečanja družin, kjer so predstavljene različne teme o vodenju SBT1, primeri dobrih praks, izdana je revija Sladkorčki, kjer so predstavljene teme zapisane. Pacienti s SBT1 in njihovi svojci imajo od leta 2005 dostop do spletne strani (<http://www.sladkorcki.si>), na kateri je veliko informacij o SBT1 (Bratina in sod., 2015).

Razprava

Nacionalni program Slovenije za obvladovanje sladkorne bolezni navaja, da traja oskrba pacientov s SBT1 nekaj desetletij in da ima po dvajsetih letih 80 % pacientov s SBT1 zaplete na očeh ali retinopatijo. Po tridesetih letih SBT1 jo imajo že skoraj vsi pacienti. Po tridesetih letih ima posledice na ledvicah vsak drugi pacient. Pacienti s posledicami na ledvicah pa imajo 40-krat večje tveganje, da zbolijo zaradi bolezni srca in ožilja (NIJZ, 2010). Izvajanje samokontrole je bistvenega pomena pri optimiziranju glikemije pri SBT1. Po priporočilih Ameriškega združenja za sladkorno bolezen (ADA – American Diabetes Association) naj bi osebe s SBT1 izvajale meritve krvnega sladkorja 6- do 10-krat na dan, kar vključuje meritve pred vsemi obroki, pred spanjem in pred aktivnostmi, kot sta vožnja, ukvarjanje s športom, in vedno, kadar oseba začuti znake hipoglikemije (ADA, 2020). Samokontrolo močno olajšajo sistemi stalnega spremljanja glukoze – CGM, ki z meritvami intersticijske ravni glukoze v medcelični omogočajo kontinuirano spremljanje ravni glukoze (Langendam in sod., 2012).

Za uspešno obravnavo SBT1 ob uporabi sodobne tehnologije je potrebno sistematično izobraževanje novoodkritih pacientov, njihovih družin in negovalcev. Pomembno je tudi kontinuirano izobraževanje ves čas trajanja bolezni. Države po svetu izvajajo raziskave, kjer ugotavljajo koristnost tehnologije, vendar je zaradi velikega napredka težko spremljati vse novosti in njihovo učinkovitost. Omejitev v raziskavi je bila prosto dostopna literatura. Dobro bi bilo raziskati dejavnike, ki vplivajo na uporabo tehnologije, kako zmožnost posameznika za pridobivanje znanja vpliva na uporabo tehnologije in morebitno boljšo glikemično urejenost SBT1.

Zaključek

S pregledom literature smo ugotovili, da je varno zdravstveno varstvo v Sloveniji uzakonjeno. Po letu 2000 in predvsem po letu 2010 je opazen izjemen razvoj medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki olajšujejo in izboljšujejo vodenje SBT1. Vodenje SBT1 zahteva veliko znanj. Ker s to boleznijo obolavajo otroci vseh starosti, je nujno izobraževanje njih in njihovih družin s ciljem vzdrževanja urejene glikemije, ki je pogoj za kakovostno in varno življenje. V sodobnem svetu, za katerega je značilen razmah razvoja tehnologije, je opaziti izjemen tehnološki napredek tudi pri pripomočkih, ki lajšajo in izboljšujejo vodenje SBT1 in z boljšim nadzorom nad glikemijo povečujejo varnost pacientov. Doseganje tega zahteva pridobivanje vedno novih dodatnih znanj tako od pacientov s SBT1, njihovih družin kot zdravstvenih delavcev, da bo uporaba tehnologije varna in bo omogočala uporabnikom kakovostno življenje s čim manj ali celo brez zapletov kot posledice SBT1.

Literatura

- ADA, 2020. *Children and Adolescents: Standards of Medical Care in Diabetes – 2020*. Diabetes Care 2020; 43 (Suppl.1): str. 163–182. Pridobljeno 1. 2. 2020 s https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/43/Supplement_1/S163.full.pdf.
- ATINSON, A. M., EISENBARTH, G. S. in MICHELS, A. W., 2014. *Type 1 diabetes*. Lancet. 2014 Jan 4; 383 (9911): str. 69–82. Pridobljeno 2. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380133/>.
- BRATINA, N. (2012). *Sladkorčki*. Ljubljana: Tiskarna Garamond.
- BRATINA, N. in GIANINI, A., 2016. Sladkorna bolezen tipa 1 pri otrocih in mladostnikih ter njeno zdravljenje (online). V: KUPNIK, D., ur. *Naši strokovni razgledi: zbornik predavanj/ Prva spomladanska šola družinske medicine v Mariboru: sladkorna bolezen*, Maribor, 12. maj 2016. Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2016; str. 7–12. Pridobljeno 20. 1. 2020 s https://www.zd-mb.si/Portals/0/Docs/Zborniki/1_%20spomladanska%20sola%20druzinske%20medicine%20v%20Mariboru%202016%20Sladkorna%20bolezen.pdf.
- BRATINA, N., SHALITIN, S., PHILLIP, M. in BATTELINO, T., 2015. Sladkorna bolezen tipa 1 pri otrocih in mladostnikih: organizacija dela v dveh nacionalnih centrih v Izraelu in Sloveniji (online). *Zdrav Var*, vol. 54, (2), 2015; str. 139–145. Pridobljeno 20. 1. 2020 s <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/sjph.2015.54.issue-2/sjph-2015-0021/sjph-2015-0021.pdf>.
- DUBOVA, S. in sod., 2019. *Cost-effectives of the use of the continuous subcutaneous insulin infusion pump versus daily multiple injections in type 1 diabetes adult patients at the Mexican Institute of Social Security*. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6724279/>.
- FACCHINETTI, A., 2016. *Continuous Glucose Monitoring Sensors: Past, Present and Future Algorithmic Challenges*. *Sensor* (Basel). 2016 Dec; 16 (12): str. 2093. Pridobljeno 21. 1. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5191073/>.
- LANGENDAM, M., 2012. Continuous glucose monitoring systems for type 1 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan; 2012 (1): CD008101. Pridobljeno 20. 1. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486112/>.

- LAUSCH, J. M., 2018. Technology Advancement: Hybrid Closed-Loop Insulin Pump. *AADE in Practice*, Volume: 6, Issue 5, str. 10–15. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2325160318789152>.
- LOGAR DOLINŠEK, T., ZUPANČIČ, I., MURN BERKOPEČ, B., GIANNINI, A., KOKALJ VRTARIČ, R., BRATINA, N. in BATTELINO, T., 2011. Vodenje sladkorne bolezni pri otrocih in mladostnikih s pomočjo inzulinske črpalke. *Slov Pediatr* 2011; 18; str. 130–136. Pridobljeno 1. 2. 2020 s www.slovenskapediatrija.si/portal/0/clanki/2011_1-2_18_130-136.pdf.
- MARTIN, T. C., CRIEGO, B. A., CARLSON, L. A. in BERGENSTAND, M. R., 2019. Advanced Technology in the Management of Diabetes: Which Comes First – Continuous Glucose Monitor or Insulin Pump? *Curr Diab Rep.* 2019; 19 (8); str. 50. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6597598/>.
- MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE RS, 2019. *Varnost zdravstvenega varstva*. Pridobljeno 20. 2. 2020 s <https://www.gov.si teme/varnost-zdravstvenega-varstva/>.
- NIJZ, 2010. *Nacionalni program za obvladovanja sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010–2020*. Pridobljeno 20. 1. 2020 s <https://diabetes-zveza.si/wp-content/uploads/files/Nacionalni%20program%20za%20diabetes%202010.pdf>.
- Zakon o pacientovih pravicah*, 2008. Official gazette of the Republic Slovenia (online), št. 15/2008. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-0455?sop=2008-01-0455>.
- ZAVRATEC, A., (2010). Vpliv intenzivnega glikemičnega nadzora na srčno-žilne bolezni. V: BUNC, M., GRADECKI, I., ur. *Peti posvet o kronični koronarni bolezni*, Novo mesto, 17. april 2010. Novo mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, 2010; str. 58–61. Pridobljeno 1. 1. 2020 s https://www.boleznisrca.com/media/simpozij_arhiv/Zbornik_2010.pdf#page=12.
- ZIMMERMAN, C. in sod., 2019. Advances in Type 1 Diabetes Technology Over Last Decad. *Eur Endocrinol.* 2019 Aug; 15 (2): 2019; str. 70–76. Pridobljeno 1. 2. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785958/>.

Izobraženost izvajalcev zdravstvene nege pri pacientih z astmo

Tina Rus, Kristina Rakuša Krašovec

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
tinarus77@gmail.com, kristina.rakusa-krasovec@uni-nm.si

Povzetek

Uvod: Astma je ena najpogostejših kroničnih bolezni, za katero je značilen občasen ovi-ran pretok zraka v dihalnih poteh med izdihom. Z raziskavo smo želeli ugotoviti vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri obravnavi pacienta z astmo ter njihovo znanje o astmi. Znanje, ki ga imajo izvajalci zdravstvene nege, je pomemben dejavnik za uspešno zdravljenje astme ter preprečevanje astmatičnega napada. *Metode:* Raziskava je temeljila na k-avzalni (neeksperimentalni) in kvantitativni metodi dela. Za zbiranje podatkov je bil upo-rabljen strukturiran anketni vprašalnik. Vzorec je bil priložnostni, sodelovali pa so izvajalci zdravstvene nege, zaposleni v Zdravstvenem domu Novo mesto in v Splošni bolnišni-ci Novo mesto. Za teoretični del smo uporabili primarne in sekundarne vire podatkov. *Rezultati:* Iz analize anketnih vprašalnikov smo ugotovili, da imajo izvajalci zdravstvene nege pomembno vlogo pri zdravstveni negi pacienta z astmo. V času izobraževanja so dobili premalo informacij o zdravlilih, ki se uporabljajo pri astmatikih, o značilni klinični sli-ki poslabšanja astme in o ustreznem ukrepanju ob astmatičnem napadu. V primeru ast-matičnega napada je eden glavnih ukrepov takojšnja aplikacija bronhodilatatorja, ki pa so ga anketiranci po pomembnosti uvrstili na šesto mesto. Izvajalci zdravstvene nege bi morali bolj preverjati pacientovo znanje o pravilnem načinu jemanja inhalacijskih zdravil in mu zagotoviti dovolj pisnih informacij. *Razprava:* Večina anketiranih medicinskih ses-ter je že oskrbela oziroma obravnavala pacienta z astmo. Pomembno je, da imajo dovolj znanja o astmi in obravnavi pacienta z astmo. Medicinska sestra in zdravnik morata med seboj tesno sodelovati, medicinska sestra pa mora vedeti, kako ukrepati v primeru ast-matičnega napada.

Gljučne besede: astma, zdravstvena nega, medicinska sestra, zdravstvena vzgoja.

Uvod

Astma je ena izmed najpogostejših kroničnih bolezni (Morgan, 2013) in sodi med najpogostejše bolezni, ki prizadenejo dihala (Kovačević, 2016). Je kompleksna kronična pljučna bolezen. Če bolezni ne zdravimo, lahko pacienta nevarno ogroža, zmanjšuje pa se tudi kakovost njegovega življenja (Kikelj, 2013). Simptomi astme se kažejo kot piskajoč ali žvižgajoč zvok ob dihanju, ki je lahko zelo glasen ali pa povsem tih, blago do zmerno izražena kratka sapa,

kašelji, ki ga lahko občasno spremlja gnojni izpljunek, vedno večji, a razmeroma neboleč pritisk v prsih ter nemir ali nespečnost (Konte, 2005). Namen raziskave je proučiti vlogo medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta z astmo. Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z astmo;
- ugotoviti, ali imajo medicinske sestre dovolj znanja za izvajanje zdravstvene nege pri pacientu z astmo;
- ugotoviti, ali znajo medicinske sestre pravilno ukrepati ob astmatičnem napadu;
- ugotoviti najpogostejše razloge za nepravilno jemanje in uporabo terapije pri astmatikih;
- primerjati znanje o astmi in zdravstveni negi pacienta z astmo med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v Splošni bolnišnici Novo mesto, in medicinskimi sestrami, zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto.

Z raziskavo smo želeli odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšno vlogo ima medicinska sestra pri izvajanju zdravstvene nege pacienta z astmo?
2. Koliko znanja glede astme in obravnave pacienta z astmo so medicinske sestre pridobile v času izobraževanja?
3. Kako bi medicinske sestre ukrepale ob pojavu astmatičnega napada?
4. Kateri so najpogostejši razlogi za nepravilno jemanje in uporabo terapije pri astmatikih?

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za zbiranje podatkov je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Anketni vprašalnik je sestavljen iz osmih vprašanj zaprtega tipa in iz dveh 5-stopenjskih Likertovih lestvic. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke (spol, starost, izobrazba, zavod, delovna doba). Z drugim sklopom vprašanj smo ugotavljali vlogo medicinske sestre pri zdravstveni negi pacienta z astmo in koliko znanja o zdravstveni negi pacienta z astmo so medicinske sestre pridobile v času izobraževanja. Ugotavljali smo tudi, kako bi medicinske sestre ukrepale ob astmatičnem napadu, ter najpogostejše razloge za neuspeh pri jemanju in uporabi terapije pri astmatikih. Raziskava je potekala na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. V raziskavo so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege, zaposleni v Splošni bolnišnici Novo mesto (v nadaljevanju SB Nm) ter v Zdravstvenem domu Novo mesto (ZD Nm). Vzorec je bil priložnostni. Predvideni raziskovalni vzorec je bil 100 izvajalcev zdravstvene nege, anketni vprašalnik pa je končno izpolnilo 81 izvajalcev zdravstvene nege. Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Poteka-

lo je prek odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Pridobljene podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel ter jih grafično prikazali v obliki grafov in tabel, ugotovitve pa zapisali v razpravi in zaključku raziskave. Upoštevana so bila etična načela raziskave pri vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov, anketiranje pa je potekalo anonimno in prostovoljno.

Rezultati

V anketni raziskavi, ki smo jo izvedli v SB NM in ZD NM, je od 100 predvidenih sodelujočih vrnilo izpolnjen anketni vprašalnik 81 izvajalcev zdravstvene nege (srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre, magistre). V ZD NM so kot najpomembnejše vloge medicinske sestre pri obravnavi pacienta z astmo označili zdravstveno vzgojo (92 %), pravilno ukrepanje ob astmatičnem napadu (84 %) ter prepoznavanje poslabšanja astme (81 %). V SB NM pa so kot najpomembnejše ukrepe navedli prepoznavanje poslabšanja astme (93 %), namestitev pacienta v položaj za lažje dihanje (91 %) ter pravilno ukrepanje ob astmatičnem napadu (89 %). Večina anketiranih se strinja, da so več znanja o zdravstveni negi pacienta z astmo pridobili v kliničnem okolju kot pa v času izobraževanja ($\bar{x} = 4,2$) ter da so jih v času izobraževanja naučili, kaj je astma ($\bar{x} = 3,8$). Bili so seznanjeni o pravilni aplikaciji kisika ($\bar{x} = 3,5$). Kar nekaj anketiranih pa se strinja, da so v času izobraževanja prejeli premalo informacij o zdravstveni negi pacienta z astmo ($\bar{x} = 3,4$). V primeru, da bi imel pacient astmatični napad, bi medicinske sestre pacienta namestile v sedeči oziroma polsedeči položaj ($\bar{x} = 4,5$), izmerile vitalne funkcije ($\bar{x} = 4,4$), poklicale zdravnika ($\bar{x} = 4,4$), pri pacientu pa bi opazovale in merile dihanje ($\bar{x} = 4,3$).

Večina anketiranih se strinja, da ima medicinska sestra prav tako pomembno vlogo pri informiranju pacienta, kot jo ima zdravnik ($\bar{x} = 4,0$), ter da medicinska sestra pacientu praktično nakaže, kako se pravilno uporablja terapijo ($\bar{x} = 3,9$). Anketirani so se zelo strinjali tudi s trditvama, da medicinska sestra zagotovi pacientu dovolj informacij o pravilnem načinu jemanja terapije ($\bar{x} = 3,7$) in da medicinska sestra o pravilnem načinu jemanja terapije pouči tudi svoje ($\bar{x} = 3,7$).

Razprava

Z raziskavo, v kateri so sodelovali izvajalci zdravstvene nege iz SB NM in ZD NM, smo ugotovili, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri obravnavi pacienta z astmo. Pacient mora imeti obširno znanje o svoji bolezni, zato mora medicinska sestra redno obnavljati in preverjati pacientovo znanje. Ta se lahko kadar koli obrne na pomoč prek telefona ali elektronske pošte. Spodbujati ga mora k rednemu jemanju terapije (Kadivec in Košnik, 2006).

Z drugim raziskovalnim vprašanjem, s katerim poizvedujemo, koliko znanja glede astme in obravnave pacienta z astmo so medicinske sestre pridobile v času izobraževanja, smo ugotovili, da dobijo medicinske sestre v času iz-

obraževanja premalo informacij o značilni klinični sliki poslabšanja astme, o zdravilih, ki se uporabljajo za zdravljenje astme ter o ukrepanju v primeru astmatičnega napada. Iz analize podatkov lahko razberemo, da so diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki/višje medicinske sestre v času izobraževanja dobili več informacij o astmi in zdravstveni negi pacientov z astmo kot pa srednje medicinske sestre/zdravstveni tehniki. Na tretje raziskovalno vprašanje, ki raziskuje, kako bi medicinske sestre ukrepale ob pojavu astmatičnega napada, lahko odgovorimo, da bi medicinske sestre ob pojavu astmatičnega napada pacienta najprej dale v sedeči oziroma polsedeči položaj, nato izmerile vitalne funkcije, poklicale zdravnika, opazovale in merile dihanje ter po navodilu zdravnika aplicirale bronhodilatator in kisik po Venturijevi maski. Na četrto raziskovalno vprašanje, ki sprašuje po najpogostejših razlogih za nepravilno jemanje in uporabo terapije pri astmatikih, lahko odgovorimo, da večina zdravstvenih delavcev meni, da so pacienti in njihovi svojci dobro seznanjeni s pravilnim načinom jemanja terapije ter s posledicami, do katerih privede napačno jemanje terapije. Po drugi strani je razvidno, da se premalo preverja tehniko inhaliranja pri pacientu, dobiti pa bi morali tudi več pisnih informacij o pravilnem načinu jemanja terapije. Razlog za napačno jemanje in uporabo zdravil je lahko tudi v nerazumevanju rednega jemanja terapije po navodilih. Določen delež anketirancev meni, da se pacientom redno jemanje terapije ne zdi pomembno in da vzamejo terapijo samo takrat, ko se jim stanje poslabša.

Zaključek

Astma je zelo pogosta kronična bolezen. Velika večina zdravstvenih delavcev je že oskrbela ali obravnavala pacienta z astmo. Menimo, da bi morali v času izobraževanja več pozornosti nameniti astmi in zdravstveni negi pacienta z astmo. Pacienta z astmo lahko dobimo v obravnavo tako v bolnišnici kot v zdravstvenem domu. Tudi če vzrok bolnikove hospitalizacije ni astma, je to kronična bolezen, ki ga spremlja povsod. Od zdravstvenih delavcev se pričakuje, da bodo pacientu znali pomagati. Do poslabšanja astme ali celo nevarnega astmatičnega napada lahko pride kjer koli in kadar koli. Predvsem je pomembno, da znajo zdravstveni delavci prepoznati znake značilne klinične slike poslabšanja astme in da znajo pravilno ukrepati ob pojavu astmatičnega napada.

Literatura

- KADIVEC, S. in KOŠNIK, M., 2006. Kako doseči partnersko sodelovanje s pacientom z astmo. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 40 (4), str. 215–222.
- KIKELJ, D., 2013. Sodobna sintezna zdravila za zdravljenje astme. *Farmaceutski vestnik*, vol. 64 (2), str. 129–136.
- KONTE, B., 2005. *Družinski zdravstveni vodnik*. Ljubljana: Mladinska knjiga založba, str. 128.
- KOVAČEVIĆ, M., 2016. Patologija astme. V: PRESTOR, L., ur. *Astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen: zbornik predavanj z recenzijo/Zreče*, 8.–9. april 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, bab-

ic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, str. 11–17.

MORGAN, T., 2013. Astma – osnovne značilnosti bolezni in temelji zdravljenja. *Farmaceutski vestnik*, vol. 64 (2), str. 124–128.

Fizioterapija pri slabi drži šolskih otrok

*Maja Jovanović, Nika Lončar, Klara Pušar, Tajda Spahič,
Špela Zupančič, Monika Zadnikar*

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
tajdas12@gmail.com

Povzetek

Uvod: Slaba drža se pojavi kot posledica povečanega sedečega položaja, ki smo ga zamenjali z gibanjem na svežem zraku, ob druženju s prijatelji. Od šolskih let naprej negativno vpliva na zdravje in posledično nastanek različnih deformacij hrbtenice. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako torba s silo in teža vpliva na otrokovo hrbtenico in posledično tudi držo, preučiti preventivne oblike in raziskati metode fizioterapije, pri okvari hrbtenice. *Metode:* Uporabljen je bil sistematičen pregled literature s pomočjo podatkovnih baz, kot so: CINAHL, ProQuest, Spinger Link in PubMed. Ključne besede, ki smo jih uporabili so bile: nepravilna telesna drža, bolečina v hrbtu in vratu. Vključitveni kriteriji so bili: strokovnost literature (članki s kvalitativno, kvantitativno metodologijo ter pregledni članki), tematiko ujemanja in dostopnost člankov. Omejitveni kriteriji: obdobje od leta 2010 do 2019, celotno besedilo člankov v angleškem jeziku in raziskave, ki so potekale samo na ljudeh. *Rezultati:* Od začetnih 1878 zadetkov smo z omejitvami (čas, polno besedilo) za nadaljnjo analizo uporabili 986 zadetkov. Izključili smo podvojene zadetke in raziskave na živalih ter podrobneje prebrali naslove in izvlečke, tako nam je ostalo 400 zadetkov. V končno analizo smo uvrstili 23 člankov. *Razprava:* Slaba telesna drža zaseda mesto pred motnjami ostrine vida in slabo prehrano. Pojavnost se v zadnjih letih povečuje, zaradi vse bolj sedečega načina življenja, tako odraslih kot tudi otrok in mladostnikov. Okolje, kjer živimo, nam zmanjšuje oz. onemogoča možnost za aktiven življenjski slog. Otroci in mladostniki večino časa preživijo v sedečem položaju, tako v šoli, kot tudi doma (npr. igranje računalniških igric, gledanje televizije ipd.). Pomemben dejavnik, ki vpliva na razvoj hrbtenice je tudi šolska torba. Nepravilno izbrana šolska torba, ki ima nepravilno razporejene šolske potrebščine in presega 10% telesne teže otroka, lahko povzroči veliko zdravstvenih težav, ki se jih otroci in starši ne zavedajo.

Ključne besede: slaba drža, šolska torba, otroci

Uvod

Beseda "drža" se najpogosteje uporablja in nanaša na način v katerem oseba sedi ali stoji in se splošno obravnava kot »dobra« ali »slaba« drža (Rai, Agarwal in Bharti, 2013). Pravilno držo imamo, ko stojimo z glavo uravnoteženo nad hrbtenico brez pretiranih naporov. Hrbtenica je ravna in vertikalna,

razen rahle naravne krivine v spodnjem delu hrbta in vratu, tako imenovana S-oblika hrbtenice. Pri nepravilni drži imamo slabe povezave med deli telesa, ki povzročajo tenzijo (napetost) in skrajšanje mišic, kar povzroča težje opravljanje primernih (pravilnih) gibov znotraj sklepa. Nepravilno gibanje v sklepu pa nadaljnje onemogoča oz. omejuje možnost opravljanja vsakodnevnih opravil ter povzroči tudi poškodbe mišično-skeletnega sistema (Rai in sod., 2013). Šolska torba lahko zelo vpliva na otrokov razvoj hrbtenice. Nepravilno izbrana šolska torba, ki ima nepravilno razporejene šolske potrebščine in presega 10 % telesne mase otroka, lahko povzroči veliko zdravstvenih težav, ki se jih otroci in starši ne zavedajo. Najbolj pogosta bolečina, zaradi nepravilno izbrane torbe in nošenja le-te, se pojavi v hrbtu, vratu in ramenih (deli, ki so silam šolske torbe najbolj izpostavljeni). Zaradi prevelike teže torb, nekateri starši menijo, da bodo to težavo odpravili z torbami na kolesčkih. Te prinašajo dodatne težave pri razvoju hrbtenice in posledice so, asimetrije in nepravilno dvigovanje torbe (Patiencircle, n.d.; Perrone in sod., 2018). "Slaba drža", uporabljen izraz, ko je človek v položaju, kjer so glava in ramena nagnjena pred hrbtenico, kar tvori izrazito S-obliko ali pa C-obliko hrbtenice (t.i. kriva ali grbasta drža) (Rai in sod., 2013). Ukrivljenost zgornjega dela hrbtenice naprej namešča glavo in ramena naprej. Posameznik bi pri tem padel, če se ne bi hrbtenica in hrbtne mišice ob tem napenjale ter preprečile padec. Dolgoročno povzroča preobremenitve in s tem raznovrstne bolečine v hrbtu (Rai in sod., 2013). Načini s katerimi izboljšamo telesno držo so, da zmanjšamo napetost bolečih segmentov, ki so zaradi slabe drže v neravnovesju. Otroka moramo naučiti pravilne drže med sedenjem, stojo, gibanjem in dvigovanjem težkih bremen ter vzdrževanje le te, ga spodbujati k samokontroli in zavestni korekciji telesne drže ter vsakodnevem gibanju, v obliki plavanja, plezanja, jahanja, sprehodov, igranja z vrstniki ipd. (Kuralt, 2007; Šiljevinac, 2010).

Metode

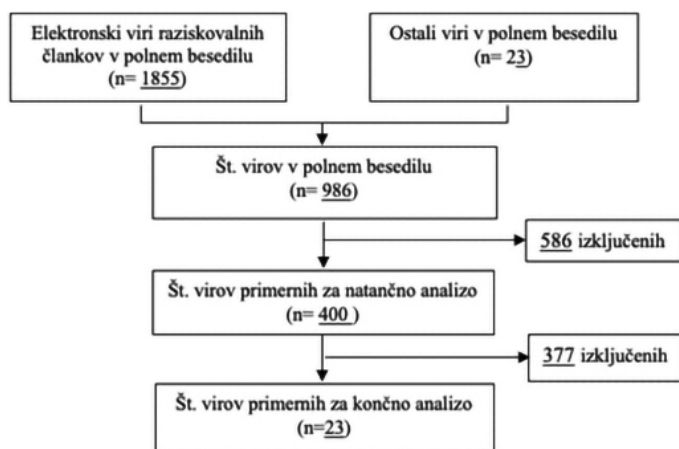
Izvedli smo kvantitativni sistematičen pregled literature s pomočjo podatkovnih baz, kot so: CINAHL, ProQuest, Spinger Link in PubMed. Vključitveni kriteriji so bili: strokovnost literature (članki s kvalitativno, kvantitativno metodologijo ter pregledni članki), tematiko ujemanja in dostopnost člankov. Omejitveni kriteriji: obdobje od leta 2010 do 2019, celotno besedilo člankov v angleškem jeziku in raziskave, ki so potekale samo na ljudeh. Zadetke, ki smo jih pridobili z zgoraj omenjenimi besednimi zvezami, smo pregledali in jih sistematsko prikazali v Tabeli 1.

Tabela 1: Strategija pregleda literature

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Cinahl	body posture, back a pain, backpack	19	1
Wiley online library	body posture, back and neck pain, backpack	82	2
Springer Link,	body posture, back and neck pain, backpack	141	3
ProQuest	body posture, back and neck pain, backpack	3134	4
PubMed	causes of improper body posture, consequences of improper body posture	66	2
Drugi relevantni viri (RUL, DKUM, UPR)	telesna drža	155	10

Rezultati

S PRIZMA diagramom smo shematsko opisali zbiranje podatkov in število zadetkov, ki smo jih vključili v končno analizo (Slika 1). S ključnimi besedami: nepravilna telesna drža, bolečina v hrbtu in vratu ter z omejitvami (čas, polno besedilo) smo v končno analizo uvrstili 23 člankov.



Slika 1: Prizma diagram

Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 2 prikazuje glavna spoznanja raziskav, ki smo jih uvrstili v sistematični pregled literature. Navedli smo podatek o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu, vzorcu in ključnih spoznanjih posamezne raziskave. Skupaj smo predstavili 3 raziskave, objavljenih od leta 2009 do leta 2019.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov raziskav

Avtor Leto objave	Vzorec	Raziskovalni prostor	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Minghelli in sod., 2015.	N = 966 najstnikov (437 dečkov, 529 deklic), starih med 10. in 16. letom (povprečna starost 12.24), v osnovnih šolah na Portugalskem.	Kvantitativna raziskovalna zasnova	Oceniti težo nahrbtnika in telesno držo najstnikov na Portugalskem ter njihovo informiranost o skoliozi in bolečini v hrbtu.	Veliko najstnikov nosi šolske torbe, ki presega 10% telesne teže. Velik delež od njih je pridobilo slabo telesno držo med sedenjem, stanjem, nošenjem šolske torbe in nepravilnim dvigovanjem bremen s tal. Najstniki, ki so imeli nepravilno držo med sedenjem doma ali v šoli ter tisti, ki so nepravilno stali so bolj pogosto pokazali znake bolečin v hrbtu.
Gheyscandi in sod., 2019	N = 693 osnovnošolcev (318 dečkov in 375 deklic), starih med 7. in 12. letom. Raziskava je potekala v mestu Hamadan (Iran), v obdobju od 20. januarja do 17. marca 2018.	Kvantitativna raziskovalna zasnova	Oceniti prisotnost bolečine v vratu in ramenih med osnovnošolci in raziskovanje povezav med bolečino in njenimi dejavniki tveganja.	Pojavnost bolečine v vratu in ramenih je bila visoka. Fizični vplivi, kot so šolsko pohištvo (predvsem stoli), preveč šolske naloge, težave pri pogledu na šolsko tablo ter sama drža med sedenjem, so povezani z bolečinami. Bolečina v vratu je povezana z previsoko šolsko mizo in nepravilno namestitvijo naslonjala sedeža (preveč naprej oz. nazaj nagnjeno). Bolečina v ramenih pa je povezana z prenizkimi mizami.

Avtor Leto objave	Vzorec	Raziskovalni prostor	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Vidal in sod., 2012	N = 137 otrok, starih od 10 do 12 let, v osnovnih šolah na Majorki (Španija), v šolskem letu 2007 – 2008. Razdelili so jih v raziskovalno skupino (N = 63), ki je sledila šoli pravilne telesne držbe, med tem ko je kontrolna skupina (N = 74) sledila standardnim zdravstvenim smernicam v šoli.	Kvantitativna raziskovalna zasnova	Ugotoviti vpliv preventivnih programov na področju pravilne telesne držbe in nošenja šolskih torb na posledičen pojav bolečine v hrbtu.	Otroci so se sposobni naučiti pravilnega nošenja šolskih torb ter s tem preprečiti nastanek bolečine v hrbtu. Prejšnja raziskava, ki je bila izvedena na Majorki (vključevala 16 357 otrok, starih 13-15 let) je pokazala, da je 50,9% dečkov in 69,3% deklic že kdaj občutilo bolečino v hrbtu.

Razprava

Stanje na področju slabe držbe je zaskrbljujoče, predvsem v zadnjih letih, ko se povečuje trend večurnega sedenja, brez odmora za gibanje. Potrebno je posvečati veliko pozornosti predvsem zgodnjim odkrivanjem nepravilnosti v držbi in položaju hrbtenice kot osrednjem elementu telesne držbe (Zurc, 2006). Černigoj (2014) navaja, da se po podatkih zdravstvenih letopisov slabe telesne držbe že več let uvrščajo med najbolj pogoste pomanjkljivosti v otrokovem razvoju. Zasedajo mesto pred motnjami ostrine vida in slabo prehrano. V letu 2009 je bilo otrok s slabo držbo pred vstopom v šolo manj kot pet, v osnovni šoli več kot dvanajst in v srednji šoli več kot šestnajst procentov. Strukturne deformacije so imeli že predšolski otroci in osnovnošolci ter več kot dva procenta srednješolcev (Tratnik in Šarabon, 2011). Bolečina v hrbtu, ki je posledica slabe telesne držbe, je pogost problem šolskih otrok in mladostnikov. Za mnogo je bolečina v hrbtu ponavljajoča se oz. kronična, še pred pričetkom pubertete (Svzygiel in sod., 2017). Pri tem moramo omeniti tudi vpliv šolske torbe, ki s svojo silo in težo samih stvari znotraj, vpliva na otrokov razvoj hrbtenice. Teža nahrbtnika je močno povezana z pojavom poškodb mišično - skeletnega sistema, predvsem v področju ramen, vratu in hrbta. Na primer, nošenje šolske torbe na eni rami, lahko povzroči nagnjenost hrbtenice nazaj in s tem poveča pritisk na ramo, posledično poveča pritisk na lateralni strani intervertebralnega diska, kar vodi v rotacijo telesa vretenca, ki je povezano z nagnjenostjo hrbtenice naprej (Minghelli in sod., 2015). Številne raziskave so pokazale, da mnogo otrok nosi šolsko torbo, ki presega deset procentov njihove telesne teže (Vidal in sod., 2012). Minghelli in sod. (2015) so uporabljali nahrbtnike s težo, ki je bila v različnem razponu. V podskupini so bili otroci, ki so nosili pretežke torbe. Tretjina otrok je nosilo nahrbtnike, ki so predstavljali več kot deset procentov njihove telesne teže in desetina otrok s težo nahrbtnika nad dvajset procentov njihove telesne teže. Od vseh otrok, ki so nosili pretežke nahrbtnike, jih je kar tretjina bilo v 5. razredu.

Zaključek

V današnjem času smo vse bolj podvrženi sedečemu načinu življenja, že od šolskih let naprej, kar negativno vpliva na zdravje in posledično nastanek kroničnih bolezni ter predvsem večjo izpostavljenost k slabi telesni drži. Tekom let so se razvile slabe navade telesne drže pri otrocih, kjer že opažajo nepovratne spremembe ligamentov in medvretenčnih diskov, ki nimajo regenerativnega mehanizma. Nepravilna izbira šolske torbe, ki presega deset procentov telesne teže otroka, ima stvari, ki so pretežke in po drugi strani napačno razporejene, povzročajo veliko zdravstvenih težav, ki se jih otroci in starši ne zavedajo. Uporaba nepravilno izbrane šolske torbe, tako po velikosti, kot tudi teži, vodi v bolečine in prekomerno obremenitev hrbtenice. Na dolgi rok povzročajo neravnovesje in nesimetričnost v hrbtenici ter poškodbo živčnega sistema.

Literatura

- ČERNIGOJ, E., 2014. *Telesna drža otrok med 4. in 6. letom*: diplomsko delo. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.
- GHEYSVANDI, E., DIANAT, I., HEIDARMOGHADAM, R., TAPAK, L., KARIMI-SHAHANJARINI, A. in REZAPUR-SHAHKOLAI, F., 2019. Neck and shoulder pain among elementary school students: prevalence and its risk factors. *BMC Public Health*, vol. 19 (1), str. 1299- 1310.
- KURALT, P., 2007. *Primerjava pojavnosti slabe telesne drže osnovnošolcev na podeželju in v mestu v celjski regiji*: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- MINGHELLI, B., OLIVEIRA, R. in NUNES, C., 2016. Postural habits and weight of backpacks of Portuguese adolescents: Are they associated with scoliosis and low back pain? *Work*, vol. 54 (1), str. 197-208.
- PATIENTCIRCLE, n. d. *School bag injuries in children: What you need to know* [online]. Pridobljeno 7. 11. 2019 s <https://www.parentcircle.com/article/school-bag-injuries-in-children-what-you-need-to-know>
- PERRONE, M., ORR, R., HING, W., MILNE, N. in POPE R., 2018. The impact of backpack loads on school children: A critical narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15 (11), str. 2529.
- RAI, A., AGARWAL, S. in BHARTI, S., 2013. Postural effect of backpacks on school children: Its consequences on their body posture. *International Journal of Health Sciences and Research*, vol. 3 (10), str. 109-116.
- ŠILJEVINAC, M., 2010. *Program za razvijanje in ohranjanje pravilne telesne drže pri otrocih*: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- TRATNIK, A. in ŠARABON, N., 2011. Pregled metod za vrednotenje telesne drže. *Šport: revija za teoretična in praktična vprašanja športa*, vol. 59 (1/2), str. 49-54.
- VIDAL, J., BORRAS, P.A., PONSETI, F.J., CANTALLOPS, J., ORTEGA B., F. in PALOU, P., 2013. Effects of a postural education program on school backpack habits related to low back pain in children. *European Spine Journal*, vol. 22 (4), str. 782–787.

Ohranjanje oralnega zdravja otrok v patronažnem varstvu

Patricija Šraj, Barbara Kegl, Petra Klanjšek

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor

Povzetek

Uvod: Zdravje zobovja in ustne votline je del splošnega zdravja otrok. Diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu imajo pomembno vlogo pri ohranjanju in izboljševanju oralnega zdravja otrok. Namen raziskave je ugotoviti, kje starši prejmejo največ informacij o ohranjanju oralnega zdravja otrok ter ugotoviti, ali so matere zadovoljne s preventivnimi obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. *Metode:* Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela ter kvalitativna metodologija. Na namenskem vzorcu treh mater smo oktobra 2019 v otrokovem domačem okolju izvedli intervjuje. Zbrane podatke smo analizirali in opisno predstavili s programom Microsoft Word. *Rezultati:* Ugotovili smo, da so starši največ informacij o ustni higieni otrok prejeli s strani zdravstvenih delavcev in preko interneta. Za ustno higieno otrok starši običajno začnejo skrbeti po izraščnem prvem mlečnem zobu, s silikonskimi nastavki ali tetra plenico. Matere so bile zadovoljne s preventivnimi patronažnimi obiski. Informacije in nasveti, ki so jih bile deležne, so bili uporabni in razumljivi. *Razprava:* Za oralno zdravje otroka je potrebno začeti skrbeti že pred njegovim rojstvom. Ključno vlogo pri tem ima tudi diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu s tem, ko promovira zdrav življenjski slog nosečnice, dojenje, zdravo prehrano otroka, zdravo oralno zdravje in ustno higieno ter poudarja škodljivost različnih razvad pri otrocih.

Ključne besede: ustna higiena, diplomirana medicinska sestra, preventiva.

Uvod

Diplomirana medicinska sestra v patronažnem varstvu (PMS) največkrat vstopi v stik z družino v obdobju pričakovanja novega družinskega člana zaradi preventivnega obiska nosečnice. V tem obdobju je družina najdovzетnejša za zdravstveno-vzgojne nasvete in pomoč, za učenje so še posebej motivirane prav nosečnice (Krajnc, 2012). Bodoče matere je potrebno izobraževati o njihovi ustni higieni ter o pomembnosti skrbne ustne higiene novorojenčka (Paglia, 2017). Ustrezna ustna higiena ter profesionalno odstranjevanje zobnih oblog sta poglobljen ter hkrati najučinkovitejši in najenostavnejši dejavniki preventive ustnih bolezni, trdita Jereb (2017) in Makovec (2011). Na-

jbolj učinkoviti pristopi v zobni preventivi so usmerjanje na najbolj tvegane družine, na zgodnji začetek (preden izraste prvi zob oz. pred prvim letom starosti), na vključevanje strokovnjakov (zobozdravstveni pregledi), na izobraževanje o ustnem zdravju in na krepitev starševskih sposobnosti (Edelstein, 2017). PMS potrebujejo optimalno izobrazbo, organizacijsko podporo in ustrezne vire za zagotavljanje kakovostne promocije oralnega zdravja (Garry in Boran, 2017). Namen raziskave je raziskati preventivno vlogo PMS pri ohranjanju oralnega zdravja otrok ter ugotoviti, ali so matere zadovoljne s patronažnimi preventivnimi obiski. Cilji empirične raziskave:

- ugotoviti, kje starši prejmejo največ informacij o ohranjanju zdravega zobovja in ustne votline otrok;
- ugotoviti, ali so matere zadovoljne s preventivnimi obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu.

V raziskavi smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- RV 1: Kje starši prejmejo največ informacij o ustni higieni otroka?
- RV 2: Ali so matere zadovoljne s preventivnimi obiski diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu?

Metode

Pri raziskavi smo uporabili kvalitativno metodologijo, ki temelji na interpretativni paradigmi.

V teoretičnem delu je uporabljena deskriptivna metoda dela. Vire in strokovno literaturo smo iskali s pomočjo mednarodnih podatkovnih baz bibliografskih sistemov ter iskalnikov: Sage, PubMed, ScienceDirect, COBBIS, Google Učenjak. Iskanje je potekalo z uporabo naslednjih ključnih besed v slovenskem jeziku (medicinska sestra v patronažnem varstvu, preventiva, zobovje, oralno zdravje, ustna higiena) ter angleškem jeziku (community nurse, preventive, pediatrics, dental health, oral hygiene). Vključitveni kriteriji pregleda in analize literature so bile kvalitativne in kvantitativne raziskave v slovenskem in angleškem jeziku, ki se nanašajo na oralno zdravje otrok. Iskanje smo omejili na *časovno obdobje* med l. 2004 in 2019 in polno dostopna besedila. Izključili smo literaturo, ki ne ustreza vključitvenim kriterijem ter duplikate.

V empiričnem delu smo uporabili kvalitativno raziskovalno metodologijo. Podatke smo zbrali s pomočjo delno strukturiranih intervjujev. Vodilo za intervju smo pripravili na osnovi 11 funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja (Gordon, 2006). Intervju je vseboval 59 vprašanj odprtega tipa. Odgovore na vprašanja smo tekom intervjuja sproti zapisovali. Rezultate smo kasneje pregledali, analizirali in opisno predstavili s pomočjo programa Microsoft Word 2016. Vzorec je bil neslučajnostni namenski. V raziskavo smo vključili tri matere, z otroki starimi 14, 18 in 20 mesecev. Intervjuji so bili izvedeni oktobra 2019. Pri izvedbi intervjuja smo upoštevali izvajanje intervjuja v znanim okolju (v otrokovem in materinem domačem okolju na območju Štajer-

ske in Prekmurja), saj se intervjuvanka tako počuti bolj udobno in sproščeno. Vse sodelujoče so k intervjuju pristopile prostovoljno in so bile seznanjene z možnostjo zavrnitve sodelovanja v raziskavi. Seznanjene so bile tudi z namenom in cilji raziskave. Zagotovljena jim je bila anonimnost. Pri izvedbi intervjuja smo upoštevali *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014) in *Zakon o varstvu osebnih podatkov* (2007). Vse sodelujoče so pred intervjujem podpisale, da soglašajo z izvedbo intervjuja. Predpostavljali smo, da bomo iz strokovne literature dobili dovolj podatkov, da bodo matere pripravljene sodelovati v raziskavi ter da bodo podajale resnične in iskrene odgovore.

Rezultati

Predstavljamo podatke iz treh intervjujev.

Primer 1:

Deček star 14 mesecev. Do intervjuja je PMS izvedla 6 preventivnih patronažnih obiskov, starši so bili z obiski in nasveti zadovoljni. Izražanje zob je potekalo brez večjih težav, z ustno higieno so pričeli po izraščanjem prvem zobu s tetra pleničko, nato otroška zobna ščetka z malo zobne paste, sedaj starši otroku zobe *ščetkajo 2 minuti* pred spanjem, najprej si zobe ščetka otrok sam. Otrok še ni opravil zobozdravstvenega pregleda. Izpostavljena je negovalna diagnoza: Obnašanje v podporo zdravju (Gordon, 2006).

Primer 2:

Deček star 20 mesecev. Do sedaj je PMS izvedla 6 preventivnih patronažnih obiskov. Starši so bili z obiski zadovoljni, želeli bi si kakšen obisk več, in sicer takoj po prihodu iz porodnišnice. Pri izražanju zobovja so bile prisotne manjše težave (rahlo povišana telesna temperatura). Od prvega izraščenege mlečnega zoba so starši za ustno higieno otroka skrbeli s silikonskimi nastavki, kasneje so uporabljali gumijasto zobno ščetko, zobno pasto pa od 1. leta naprej. Sedaj zobe ščetkajo 1 minuto zjutraj in zvečer. Preventivnega zobozdravstvenega pregleda še niso opravili. Mati pove, da bi matere potrebovale več pomoči pri dojenju, več konkretnih napotkov pri pristavljanju otroka, tako s strani osebja v porodnišnici, kot tudi s strani PMS. V študiji primera lahko izpostavimo dve negovalni diagnozi: Obnašanje v podporo zdravju in Znanje, pomanjkljivo (Gordon, 2006).

Primer 3:

Deček star 19 mesecev. PMS je do sedaj opravila 4 preventivne obiske. Starši so bili z obiski ter s podanimi informacijami zadovoljni. Pri izražanju mlečnih zob so bile blage težave (povišana telesna temperatura) prisotne le na začetku, pri prvih dveh zobeh. Z ustno higieno so pričeli pri dveh izraščanih zobeh, in sicer s silikonskimi nastavki. Sedaj starši otroku zobe *ščetkajo vsak*

večer 2 minuti z otroško zobno ščetko in otroško zobno pasto. Starši so otroka že peljali na preventivni zobozdravstveni pregled. Izpostavili smo tri negovalne diagnoze: Obnašanje v podporo zdravju, Neučinkovita zaščita in Znanje, pomanjkljivo (Gordon, 2006).

Na osnovi opravljene raziskave ugotavljamo, da so starši največ informacij o ohranjanju oralnega zdravja otrok prejeli od zdravstvenih delavcev ter iz literature ali interneta. Dve materi sta odgovorili, da so za ustno higieno pričeli skrbeti, ko je bil izrašččen prvi mlečni zob, ena mati je povedala, da so pričeli, ko sta izrastla dva zoba. Na vprašanje, ali so otroka že peljali na preventivni zobozdravstveni pregled, je le ena izmed treh mater odgovorila pritrdilno. Prav tako smo ugotovili, da so matere s preventivnimi obiski s strani PMS zadovoljne, prav tako so se jim nasveti PMS zdeli uporabni in razumljivi.

Razprava

Pri ohranjanju oralnega zdravja otrok, še posebej pri tistih z *višjim tveganjem za karies*, imajo pomembno vlogo zdravstveni delavci (Kosem, 2009). Hallas in sod. (2015) v študiji ugotavljajo, da je potrebno povečati znanje mater o skrbi za oralno zdravje njihovega otroka. Bodoče matere zbirajo informacije, nasvete, se izobražujejo, zato je pomembno, da PMS čas nosečnosti izkoristi za zdravstveno vzgojo (Paglia, 2017). Ob preventivnem patronažnem obisku je pomembno, da nosečnici PMS svetuje o lastni ustni higieni ter o ustni higieni še nerojenega otroka, saj se otrokovo zobovje začne razvijati že v 6. tednu nosečnosti. Priporoči naj ji zdravo prehranjevanje, saj to otroku omogoča zakostenevanje zobnih zametkov ter pravilen razvoj in odpornost zobovja, hkrati pa koristi nosečnici sami (Sirk, 2012). Po rojstvu otroka PMS materi priporoča dojenje vsaj prvih 6 mesecev, kasneje pa starše informira o uvajanju mešane prehrane. Svetuje, da otroku ponujajo sezonsko, pestro in svežo hrano, odsvetuje sladkor in sladkane pijače. Staršem predstavi, kako poteka razvoj in rast zobovja, kako naj skrbijo za otrokovo ustno higieno, kako naj se izognejo razvadam, ki privedejo do kariesa in drugih bolezni zobovja ter ustne votline ter svetuje redne preventivne zobozdravstvene preglede (Drglin in sod., 2014; Ranfl in sod., 2015; Jereb, 2017). Zakelšek (2011) v svoji raziskavi ugotavlja podobno kot mi – večina staršev za ustno zdravje otroka prične skrbeti takoj, ko otroku izraste prvi mlečni zob, ostali še kasneje. S ščetkanjem je potrebno pričeti takoj, ko izraste prvi zob (Sirk, 2012), vendar je priporočljivo, da starši ustno votlino čistijo od rojstva naprej (Tomanič, 2013). Tudi za obisk zobozdravnika se starši pogosto odločijo prepozno. Polanec (2009) v raziskavi ugotavlja, da večina staršev otroka prvič pelje k zobozdravniku šele pri treh letih, razlog obiska zobozdravnika je pogosto kurativa (zaradi že nastalega kariesa) in ne preventiva. Sirk (2012) opozarja, da je starše potrebno poučiti, da imajo pravico peljati otroka na preventivni zobozdravstveni pregled že med šestim in dvanajstim mesecem otrokove starosti. Marguč (2016), Polanec (2009) in Tomanič (2013) v raziskavah ugotavljajo, da starši informacije o skrbi za ustno higieno otroka pridobijo predvsem pri zobozdravniku, medicinskih sestrah, preko interneta ali v literaturi. Rozman (2012) dodaja še prija-

telje in svojce, Škrubej (2010) omenja še vzgojiteljice v vrtcu. Orožen in sod. (2016) v raziskavi ugotavljajo, da je stopnja zadovoljstva s preventivnimi obiski diplomiranih medicinskih sester v patronažnem varstvu zelo visoka; skraj vse matere so dejale, da so bile z obiski PMS zelo zadovoljne, medtem ko nobena izmed njih ni dejala, da bi bila s preventivnimi patronažnimi obiski nezadovoljna. Omejitve raziskave se nanašajo na vzorčenje. Rezultatov ne moremo posploševati, saj naš vzorec vključuje le tri matere in ne celotne populacije mater, ki imajo otroke stare do 24 mesecev.

Zaključek

Del splošnega zdravja človeka je tudi zdravo zobovje in ustna votlina. Bodoče matere morajo za oralno zdravje otroka pričeti skrbeti že pred njegovim rojstvom, saj se že med nosečnostjo v čeljusti razvijajo mlečni zobje. Potrebno je poudariti, kako pomembno je ozaveščanje staršev o ustni higieni otroka – tu lahko veliko pripomorejo PMS. V stik z družino pogosto pridejo v času, ko je le-ta za informacije najdovzetenjša – v času, ko pričakujejo novega družinskega člana. Pomembno je, da PMS v sklopu preventive svetuje o pomenu zdravega življenjskega sloga nosečnice, in sicer o pomenu temeljite ustne higieni otroka, o ustrezni prehrani otroka, promovira dojenje, priporoča obiske preventivnih zobozdravstvenih pregledov, odsvetuje sesanje dudu in druge razvade škodljive za zobovje ter staršem razloži, kako njihove navade vplivajo na otroka. Tekom raziskave smo spoznali in ugotovili, da so matere s preventivnimi obiski PMS zadovoljne in da starši največ informacij o ustni higieni otrok prejmejo od zobozdravnikov, medicinskih sester, poiščejo na internetu ali v literaturi. Za ustno higieno najpogosteje pričnejo skrbeti, ko izraste prvi mlečni zob, z obiski zobozdravnika odlašajo do 3. leta otrokove starosti – to nas opozori na dejstvo, da starši niso poučeni, da je za oralno zdravje otroka potrebno pričeti skrbeti čimprej. Prav tako je ena izmed intervjuvanih mater dejala, da se tako zdravstveno osebje v porodnišnici, kot PMS takoj po porodu premalo posvečajo dojenju in nas s tem opozorila na problem, ki se hkrati nanaša tudi na oralno zdravje otroka, saj dojenje omogoča pravičen razvoj otrokovega zobovja ter čeljustnic.

Literatura

- DRGLIN, Z., GREGORIČ, M., ARTNIK, B., RANFL, M., in GABRIJELČIČ BLENKUŠ, M., 2014. Za odlično ustno zdravje od nosečnosti do zrelih let: zdravo prehranjevanje skozi življenjska obdobja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 1-3.
- EDELSTEIN, B., 2017. Pediatric dental-focused interprofessional interventions: rethinking early childhood oral health management. *Dental Clinics of North America*, vol. 61 (3), str. 589-606.
- GARRY, B. in BORAN, S., 2017. Promotion of oral health by community nurses. *British Journal of Community Nursing*, vol. 22(10), str. 496–502.
- GORDON, M., 2006. Negovalne diagnoze: priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, str. 1-313.

- HALLAS, D., FERNANDEZ, J. B., LIM, L. J., CATAPANO, P., DICKSON, S. K., BLOURIN, K. R., SCHMIDT, T. M., ACAL-JIMINEZ, R., ALI, N., FIGUEROA, K.E., et al., 2015. OHEP: An oral health education program for mothers of newborns. *Journal of pediatric Health Care*, vol. 29 (2), str. 181-190.
- JEREB, K., 2017. Skrb za zdravje zob in ustne votline od otroštva do starosti. V: ŠUMAK, I., ur. Skrb za zdravje: od teorije k praksi: zbornik predavanj, Podčetrtek, 21.-22. april 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Skcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, str. 88–98.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije – 2014. Official gazette of the Republic of Slovenia, št. 71/2014, str. 7847-7849.
- KOSEM, R., 2009. Skrb za ustno zdravje otroka in mladostnika. V: MATIČ, L., FINK, A. in VETTORAZI, R., ur. Ustna nega - vloga zdravstvene nege na zdravje ustne votline: strokovni seminar, Ljubljana, 22. april 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 1–9.
- KRAJNC, A., 2012. Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica družine v obdobju zgodnjega starševstva. V: BERČAN, M., ur. Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva: zbornik prispevkov z recenzijo/8. strokovno srečanje združenja ZPMS, Vranksko, 25. september 2012. Vranksko: Združenje ZPMS, str. 24–29.
- MAKOVEC, R., 2011. Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi na terenu. V: LJUBIČ, A., ur. Zdrav otrok in mladostnik - cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu: zbornik predavanj/strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Rogaška Slatina, 25.-26. marec 2011. Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, str. 75–80.
- MARGUČ, T., 2016. Osveščenost staršev predšolskih otrok o ustni higieni na območju Slovenskih Konjic, diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 1-44.
- OROŽEN, K., KRALJ, M. in TOMŠIČ, S., 2016. Analiza vprašalnikov o zadovoljstvu uporabnic. V: MACUR, M., ur. Evalvacija pilotnih izvedb v projektu Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 78–88.
- PAGLIA, L., 2017. Caring for baby's teeth starts before birth. *European journal of Pediatric Dentistry*, vol. 18 (1), str. 5.
- POLANEC, N., 2009. Ustna higiena in predšolski otrok: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, str. 1-55.
- RANFL, M., OIKONOMIDIS, C., KOSEM, R. in ARTNIK, B., 2015. Vzgoja za ustno zdravje: prehrana in higiena. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 1-54.
- ROZMAN, M., 2012. Vloga medicinske sestre v zobozdravstveni preventivi: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 1-40.
- SIRK, D., 2012. Patronažna medicinska sestra v skrbi za zdravo zobovje. V: HORVAT, M., ur. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu in biopsihosocialni model javnega zdravja: zbornik predavanj z recenzijo/seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, Nova Gorica, 19.-20. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, str. 57–62.

- ŠKRUBEJ, A., 2010. Nega zob in ustne votline predšolskega otroka: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, str. 1-70.
- TOMANIČ, A., 2013. Predšolski otrok in zobozdravnik: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, str. 1-74.
- ZAKELŠEK, M., 2011. Vpliv razvad na zdravje zob in ustne votline: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta, str. 1-48.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP – 1), 2007. Official gazette of the Republic of Slovenia, št. 94/2007, str. 1-43

Odnos zdravstvenih delavcev do obravnave potencialnega darovalca organov: sistematični pregled literature

Katja Filej, Igor Karnjuš

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju Izola, Polje 42, 6310 Izola
filejkatja@gmail.com, igor.karnjus@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: Za uspešno transplantacijsko dejavnost je potrebno pridobivanje organov, kar poteka v večini bolnišnic po svetu od možgansko mrtvih darovalcev. Zanimal nas je odnos zdravstvenih delavcev do donorskega procesa, lastna opredelitev, morebitne etične dileme in nestrinjanja. *Metode:* Naredili smo sistematični pregled literature s pomočjo PRISMA modela (ang. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Članke smo iskali v bazah podatkov PubMed, Medline in ScienceDirect. Vključili smo izvirne kvantitativne in kvalitativne raziskave, ki so bile objavljene v znanstvenih revijah v obdobju 2007–2016. *Rezultati:* V končni pregled smo vključili 13 relevantnih člankov. Ugotovili smo, da je naklonjenost do darovanja organov med zdravstvenimi delavci dokaj visoka, sicer nekoliko nižja pri medicinskih sestrah kot pri zdravnikih. Kot razlog za nižjo naklonjenost do donorstva medicinske sestre navajajo slabše poznavanje koncepta možganske smrti. *Razprava:* Tako zdravstveni delavci kot avtorji raziskav predlagajo povečanje obsega formalne izobrazbe na račun donorskega procesa in vpeljavo dodatnih izobraževalnih ukrepov, kar bi po njihovem mnenju privedlo do zvečanja naklonjenosti zdravstvenih delavcev do donorstva in posledično višjega števila izpeljanih darovanih organov.

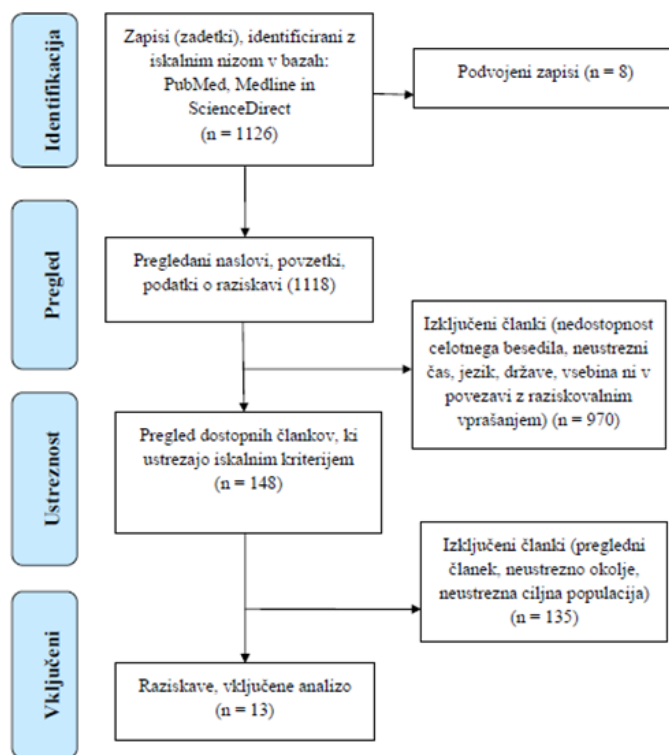
Ključne besede: zdravstveni delavci, obravnava darovalca organov, odnos, možganska smrt

Uvod

Temeljna naloga zdravstvenih delavcev po diagnosticirani možganski smrti je vzdrževanje življenja organov v telesu umrlega pacienta. Takšni pacienti so na videz še vedno živi, dihajo s pomočjo aparature, nekateri imajo celo določene gibalne reflekse. Za veliko večino so to umirajoče osebe, ki pa imajo pravico do naravne, mirne smrti (Roels idr., 2010; Floden in sod. 2011). Transplantacijska dejavnost, možganska smrt kot dejanska smrt in obravnava možgansko mrtve osebe je še danes tako v Sloveniji kot v Evropskem prostoru dokaj tabuizirana. Tako laična kot strokovna javnost nista povsem seznanjeni in prepričani v etičnost postopkov ugotavljanja možganske smrti,

vzdrževanja mrtvega darovalca kot inkubatorja za organe in v učinkovitost same transplantacijske dejavnosti (Rodrigues-Arias idr., 2012; Zambudio idr., 2009). Literatura, ki celoten proces opisuje je po večini medicinsko naravna, malo pa je napisanega v zvezi z etiko in ohranjanjem dostojanstva ter pravico do mirne smrti potencialnega darovalca. Zdravstveni delavci (zdravniki in medicinske sestre) se zatorej srečujejo z zelo stresnimi situacijami, neznanjem v komunikaciji s svojci in z notranjimi konflikti v zvezi z lastnimi vrednotami in prepričanji (Fenner idr., 2014; Meyer idr., 2011). Cilj prispevka je s pomočjo sistematičnega pregleda literature ugotoviti, kakšen odnos imajo zdravstveni delavci do donorstva in kateri dejavniki vplivajo na njihova stališča do tovrstne prakse.

Metode



Slika 1: PRISMA diagram za pregled literature o odnosu zdravstvenih delavcev do obravnave potencialnega darovalca organov

V raziskovalnem delu prispevka smo uporabili metodo sistematičnega pregleda literature s pomočjo PRISMA modela (ang. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Pregledane znanstvene članke smo pridobili potom baz podatkov PubMed, Medline in ScienceDirect, v obdobju od 1. 3. do 1. 8. 2017. Vključitveni kriteriji, ki smo jih upoštevali pri sis-

tematičnem pregledu, so bili: objava v znanstveni reviji; dostop do celotnega besedila; angleški jezik; publikacije držav Evrope in ZDA, raziskava izvedena v bolnišničnem okolju, na zdravstvenih delavcih (zdravniki in medicinske sestre), kvantitativne in kvalitativne raziskave, časovna omejitev 10 let (2007–2016). Za pridobivanje člankov, smo uporabili naslednje ključne besede: zdravstveni delavci, obravnava darovalca organov, odnos, možganska smrt; posamično in njihove izpeljanke povezane z Boolovima operatorjema AND in OR. Začetno smo pridobili 1126 zadetkov, izmed katerih smo pregledali izvelečke ter zavrgli duplikate. Kasneje smo s pregledom, tabeliranjem in deskriptivno metodo izločili vse članke, ki ne ustrezajo iskani vsebini. Od 1126 zadetkov smo nazadnje uporabili 13 relevantnih člankov.

Na sliki 1 je s pomočjo PRISMA diagrama prikazan potek izbire člankov, ki so bili vključeni v končno predstavitev rezultatov (n = 13).

Rezultati

Ugotovitve pridobljenih raziskav nakazujejo precej visoko naklonjenost zdravstvenih delavcev do darovanja organov, sicer nekatere raziskave nakazujejo vseeno nekoliko višjo naklonjenostjo s strani zdravnikov (Roels, Spaight, Smits in Cohen, 2010). Višja naklonjenost donorstvu je prisotna med zdravstvenimi delavci v državah, kjer je transplantacijska dejavnost bolj razvita in utečena; najvišja je v Belgiji, na Norveškem in v Nemčiji. Iz člankov, ki so bili zajeti v pregled literature, kljub visoki naklonjenosti zdravstvenih delavcev do donorstva ugotavljamo precej nižjo naklonjenost do darovanja lastnih organov v primeru bolezni ali poškodbe (60–80 %), še manj pa bi jih privolilo v darovanje organov družinskih članov. Prav tako so Radunz idr. (2010) ugotovili, da je med zaposlenimi v EIT, kjer se izvaja donorski program, le 60 % nosilcev donorske kartice (Roels idr., 2010; Radunz idr., 2010). V vseh trinajstih člankih, ki so bili zajeti v pregled literature, smo ugotovili, da je ključni dejavnik, ki vpliva na opredelitev glede darovanja organov znanje. Večina raziskav namreč ugotavlja, da imajo zdravstveni delavci, tako zdravniki kot medicinske sestre, predvsem primanjkljaj znanja na področju prepoznavanja potencialnih darovalcev kot tudi slabše poznavanje protokola koordinacije celotnega postopka darovanja organov. Tako zdravniki kot medicinske sestre namreč med formalnim izobraževanjem ne pridobijo dovolj znanja glede obravnave potencialnega darovalca. Določene raziskave pa navajajo tudi pomanjkanje jasno definiranih bolnišničnih protokolov oz. smernic obravnave potencialnega donorja (Melo idr., 2011; Rodrigues-Arias idr., 2012; Zambudio idr., 2009). Naklonjenost zdravstvenih delavcev do donorstva se spreminja tudi glede na okoliščine, v katerih pride do možganske ali cirkulatorne smrti pacienta. Zdravstveni delavci v večini raziskav navajajo potrebo po dodatnem izobraževanju na področju obravnave potencialnega darovalca, kar bi po njihovem mnenju privedlo do zvečanja naklonjenosti zdravstvenih delavcev do donorstva in posledično višjega števila izpeljanih darovanj organov. Ugotovitve večine raziskav navajajo, da je obravnava potencialnega darovalca in njegovih svojcev eden največjih tehničnih, čustvenih in etično-moralnih

izzivov (Fenner idr., 2014; Joffe idr., 2012; Kosieradski idr., 2014; Melo idr., 2011; Meyer idr., 2011; Radunz idr., 2010; Roels idr., 2010; Rodrigues-Arias idr., 2011; Smudla idr., 2012; Zambudio idr., 2009).

Tabela 1: Analiza relevantnih člankov za prvo raziskovalno vprašanje: »Kakšen odnos imajo zdravstveni delavci do donorstva in kateri dejavniki vplivajo na njihova stališča?«

AVTORJI / LETNICA	TIP ŠTUDIJE	UPORABLJENI INSTRUMENTI	CILJNA POPULACIJA / ŠTEVILO	OKOLJE DELA	GLAVNE UGOTOVITVE
Fenner in sod. (2014)	Kvalitativna metodologija	Asociacije	Zdravniki, medicinske sestre / 108	EIT	Dve tretjini udeleženih pozitivno naravnanih do donorstva.
Floden in Forsberg (2009)	Kvalitativna metodologija	Nestrukturiran intervju	Medicinske sestre / 9	EIT	Darovanju naklonjene medicinske sestre zagovarjajo želje pokojnika in njegovih svojcev; negativno ali nevtravno naravnano osebje proces darovanja večinoma ovira.
Floden in sod. (2011)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Medicinske sestre / 702	EIT	Manj kot polovica medicinskih sester naklonjenih darovanju, kar izhaja iz znanja o možganski smrti, medsebojnih odnosih, v komunikaciji s svojci in iz povratnih informacij po uspešni implantaciji.
Joffe in sod. (2012)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Zdravniki nevrologi / 192	Nevrološki oddelki	Nevrologi si glede koncepta možganske smrti kot dejanske niso enotni.
Kosieradzki in sod. (2014)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Zdravniki / 587	EIT	V regijah z manjšim številom darovalcev so zdravniki večinoma nenaklonjeni do donorstva; vzrok temu je nizka stopnja znanja glede postopka darovanja organov.

AVTORJI / LETNICA	TIP ŠTUDIJE	UPORABLJENI INSTRUMENTI	CILJNA POPULACIJA / ŠTEVILO	OKOLJE DELA	GLAVNE UGOTOVITVE
Melo in sod. (2011)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Zdravniki, medicinske sestre / 495	EIT, Urgenca	Nizko število pridobljenih organov je posledica težav ob prepoznavanju potencialnega darovalca in nepoznavanja diagnostike možganske smrti.
Meyer in sod. (2011)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Medicinske sestre / 572	EIT	Redke medicinske sestre imajo dovolj znanja za izpeljavo prepoznavanja, obravnave potencialnega darovalca, za skrb in pogovore s svojci, za koordinacijo darovanja.
Radunz in sod. (2010)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Zdravniki, medicinske sestre/ 370	Univerzitetna bolnišnica	Zdravstveno osebje je načeloma zelo naklonjeno darovanju, najbolj zdravniki, veliko jih želi dodatne informacije in izobraževanje v zvezi s procesom darovanja.
Rodriguez-Arias in sod. (2011)	Kvalitativna metodologija	Odpri intervju na osnovi podanega scenarija	Zdravniki, medicinske sestre/ 587	EIT	Zdravstveni delavci menijo, da je možganska smrt zanesljivejša in moralno sprejemljivejša od cirkulatorne smrti, za katero ni potrebno klinično dokazovanje.
Roels in sod. (2010)	Kvantitativna metodologija	Anketni vprašalnik	Zdravniki, medicinske sestre / 19537	EIT v 11 državah	Belgija in Norveška imata najvišjo stopnjo je naklonjenosti in znanja o darovanju organov. Zdravniki so bolj naklonjeni donorstvu v primerjavi z medicinskimi sestrami, prav tako je njihovo znanje glede samega postopka večje.

AVTORJI / LETNICA	TIP ŠTUDIJE	UPORABLJENI INSTRUMENTI	CILJNA POPULACIJA / ŠTEVILO	OKOLJE DELA	GLAVNE UGOTOVITVE
Smudla in sod. (2012)	Kvantitativna metoda	Anketni vprašalnik	Zdravniki medicinske sestre / 282	EIT	Večina zdravstvenih delavcev pozna aktualno zakonodajo domnevne privolitve, vendar jih 66 % meni, da je odločitev pravica družine. Zgolj 40% se jih tozadevno dodatno izobražuje.
Vlaisavljević in sod. (2014)	Kvantitativna metoda	Anketni vprašalnik	Medicinske sestre, zdravstveni tehniki / 291	Različni oddelki	Ob potrebi, bi večina vprašanih sprejela darovan organ, za darovanje lastnih organov pa bi se odločila manj kot tretjina; deklariranih darovalcev je bilo zgolj 0,3 %.
Zambudio in sod. (2009)	Kvantitativna metoda	Anketni vprašalnik	Medicinske sestre / 305	Različni oddelki	Odnos do darovanja je povezan z znanjem, razumevanjem možganske smrti, pogovorom o darovanju v lastni družini, partnerjevimi odnosom do darovanja, strahom pred mutilacijo, avtopsijo, z religijo.

Legenda: EIT – enota intenzivne terapije; EEG – elektroencefalografija;

Razprava

Raziskave kažejo, da je pri zdravstvenih delavcih vedno, ko je na oddelku sum na možgansko smrt, prisoten strah ter odklonilen odnos do izvajanja testov možganske smrti in vzdrževanja organov. Zdravstveni delavci s težavo sodelujejo pri donorskem programu zaradi še vedno redkih kliničnih primerov in pomanjkanja izkušenj. Pripravljenost darovanja organov po smrti z namenom rešiti nekemu življenje je dejanje usmiljenja, ljubezni in velikodušnosti (Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003; Robichaux, 2012). Rezultati sistematičnega pregleda literature nakazujejo na etična vprašanja in odstopanja od etičnih normativov, ki so zakonsko predpisani v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije pa tudi drugje. Dileme in stiske so na splošno bolj raziskane in pogostejše pri medicinskih sestrah, ki imajo s potencialnim darovalcem in njegovimi svojci največ opravka. Etične dileme se med zdravstvenim osebjem začnejo pojavljati ob prvem stiku s kritično prizadetim pacientom in spremljajo celotno proceduro oskrbe do dokončne smrti pacienta na vsakem koraku (Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003; Kim idr., 2006; Robichaux, 2012).

Samozavest in kompetentnost se večata s prakso, udeleženo v celotnem procesu in sta ključni za pretvorbo potencialnega v aktualnega darovalca. Nujno je izobraževanje zdravnikov in medicinskih sester že med osnovno izobrazbo, kot posebno vejo učnega programa pa številni avtorji predlagajo ravno učenje in vadbo komunikacijskih spretnosti v ekstremnih situacijah z ranljivimi skupinami, predvsem s šokiranimi in žalujočimi svojci (Melo idr., 2011; Smudla idr., 2012; Zambudio idr., 2009). Zdravniki in medicinske sestre bi se po besedah raziskovalcev morali bolj zavedati, da postavljajo smerne in vzore v javnosti. Vzgoja glede donorskega procesa laične populacije se začne že na primarni ravni in poteka skozi vsa obdobja starosti, zdravja in bolezni prebivalcev (Melo idr., 2011; Zambudio idr., 2009). Več strokovnjakov je predlagalo večje ozaveščanje javnosti preko medijev, učnih kampanj in preko zdravstveno vzgojnega programa na primarni ravni. Žal je še vedno premalo diskusije glede psihičnih obremenitev zdravstvenih delavcev in premalo izobraževanja za pripravljenost na tako stresne situacije. Premalo je tudi svobode izražanja lastnega mnenja in pogledov, pa tudi premalo literature, preko katere bi si lahko zdravstveni delavci v tako ekstremnih pogojih odgovorili na pereča vprašanja in si tako pomagali omiliti strahove in nestrinjanja (Floden idr., 2011; Meyer idr., 2011; Kravčar, 2009; Pirnat, 2016). Tako v zahodnem svetu kot v naši državi je transplantacijska dejavnost dobro sprejeta tako med laično kot med strokovno zdravstveno populacijo. Vendar pa raziskave kažejo, da dokazovanje in sprejemanje možganske smrti kot dejanske kljub številnim znanstvenim, tehnološkim in zakonodajnim napredkom po vsem svetu ni popolnoma uveljavljeno (Fenner idr., 2014; Joffe idr., 2012; Kosieradski idr., 2014). Naravnost do darovanja je v državah, kjer je donorstvo dokaj utečena praksa, sicer precej visoko, dejansko pa vsi podporniki ne bi darovali svojih organov, še manj bi jih darovalo organe svojcev. Zdravstveni delavci med prisotnostjo potencialnega darovalca na EIT v veliki večini čutijo nelagodje (Rodrigues-Arias idr., 2012). Medicinske sestre imajo pri tem največ stikov tako z možgansko mrtvim pacientom kot z njegovimi bližnjimi in so zato tudi najbolj udeležene v obravnavo, pretok informacij in komunikacijo z vsemi vpletenimi. Zaradi naštetih dejstev doživljajo največje fizične in psihične obremenitve; s svojim odnosom tako do preminulega kot do svojcev in na splošno do donorstva samega pa ključno vplivajo na potek dogodkov od prepoznavanja potencialnega darovalca do privolitve in odvzema organov (Floden idr., 2011; Meyer idr., 2011; Rodrigues-Arias idr., 2012; Roels idr., 2010).

Zaključek

Zdravstveni delavci načeloma poudarjajo pomanjkanje znanja iz koncepta, diagnostike in obravnave možganske smrti, obravnave potencialnega darovalca, organizacije donorskega procesa. Velika večina v transplantacijsko dejavnost udeleženih zdravstvenih delavcev znanja ni pridobila potom formalnega izobraževanja, temveč s prostovoljno nadgradnjo na strokovnih seminarjih, predavanjih ter s povzemanjem izkušenj starejših sodelavcev. Zdravstveni delavci še vedno opozarjajo na premalo znanja, izražajo željo

po dodatnem izobraževanju in menijo, da bi slednje omogočilo boljše razumevanje procesa donorstva, posledično pa tudi bolj pozitivno naravnost v darovanje organov po smrti (Kosieradski idr., 2014; Meyer idr., 2011; Robichaux, 2012; Zambudio idr., 2009).

Literatura

- DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV LJUBLJANA (2003). *Zdravstvena nega v luči etike* (str. 74–82, 351–366). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljane.
- FENNER, H., BUSS, C., GARDINER, D. (2014). Intensive care staff attitudes to deceased organ donation. *Journal of Intensive Care Society*, 15(1), 53–56.
- FLODEN, A., FORSBERG, A. (2009). A phenomenographic study of ICU-nurses' perceptions of an attitudes to organ donation and care of potential donors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 306–313.
- JOFFE, A. R., ANTON, N. R., DUFF, J. P., DECAEN, A. (2012). *A Survey of American Neurologists about brain death: understanding the conceptual basis and diagnostic tests for brain death*. [spletni vir]. [Datum dostopa 12. 5. 2017]. Dostopno na: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/2110-5820-2-4>
- KIM, J. R., FISHER, M. J. in ELLIOTT, D. (2006). Attitudes of intensive care nurses toward brain death and organ transplantation: instrument development and testing, 2006. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), 571–582.
- KOSIERADZKI, M., JAKUBOWSKA-WINECKA, A., FELIKSIK, M., KAWALEC, I., ZAWILINSKA, E., DANIELEWICZ, R., CZERWINSKI, J., MALKOWSKI, P., ROWINSKI, W. (2014). Attitude of healthcare professionals: A major limiting factor in organ donation from brain-dead donors. *Journal of Transplantation*, 2014.
- KRAVCAR, N. (2009). *Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega odvzema organov in tkiv: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- KRAVCAR, N. (2009). *Etični kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in njihova stališča do posmrtnega odvzema organov in tkiv: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- MELO, A., BATISTA, A., TEIXEIRA, A., FIGUEIREDO, E., RIBEIRO, O., LOPES, P., PINA, J., CARVALHO, A. S., GRANJA, C. (2011). Knowledge and behaviour among health professionals in relation to cadaveric organ donation and transplantation: a questionnaire-based analysis in portuguese hospitals. *Transplant Proceedings*, 43(5), 1429–1433.
- MEYER, K., BJØRCK, I. T., EIDE, H. (2012). Intensive care nurses' perceptions of their professional competence in the organ donor process: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 104–115.
- PIRNAT, K. (2016). *Poznavanje pravice do ugovora vesti zdravstvenih delavcev pri posmrtnem odvzemu organov* (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- RADUNZ, S., HERTEL, S., SCHMID, K. W., HEUER, M., STOMMEL, P., FRÜHAUF, N. R., SANER, F. H., PAUL, A., KAISER, G. M. (2010). Attitude of health care professionals to organ donation: Two surveys among the staff of a German University Hospital. *Transplantation Proceedings*, 42(1), 126–129.
- ROBICHAUX, C. (2012). Developing ethical skills: from sensitivity to action. *Critical Care Nurse*, 32(2), 65–72.

- RODRIGUEZ-ARIAS, D., WRIGHT, L., PAREDES, D. (2010). Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. *Lancet*, 376(9746), 1109–1112.
- ROELS, L., SPAIGHT, C., SMITS, J., COHEN, B. (2010). Critical care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the donor action database. *Transplant International*, 23(8), 842–850.
- SMUDLA A., MIHALY, S., ÖKRÖS, I., HEGEDUS, K., FAZAKAS, J. (2012). The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary-It needs to be changed. *Ann Transplant*, 17(3), 93–102.
- VLASAVLJEVIĆ, Ž., MILUTINOVIĆ, D., MILIČIĆ, B., JEŠIĆ-VUKIĆEVIĆ, R. (2014). Attitudes and knowledge of nurses on organ legacy and transplantation. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 142(3–4), 213–218.
- ZAMBUDIO, A. R., MARTINEZ-ALARCON, L., RAMIREZ, P. (2009). Attitude of nursing staff toward donation in a Spanish hospital with solid-organ transplant program. *Progress in Transplantation*, 19(4), 371–377.

Lokacije in dostopnost do avtomatskih zunanjih defibrilatorjev v Mestni občini Celje

Tjaša Lešničar Ojstrež, Anže Uratnik, Roman Parežnik
Visoka zdravstvena šola Celje, Mariborska cesta 7, 3000 Celje
tjasa.lesnicar@gmail.com, anze98uratnik@gmail.com

Povzetek

Uvod: V Mestni občini Celje doživi srčni zastoj od 40 do 50 ljudi letno. Prvi so na kraju dogodka običajno laiki, ki se zaradi neznanja in strahu pred oživljanjem, raje odločijo, da kraj dogodka čimprej zapustijo. Podatki trenutno kažejo, da na terenu v Sloveniji z oživljanjem začne le 30 odstotkov prisotnih laikov, medtem ko v ozaveščenih delih Evrope z oživljanjem začne od 50 do 70 odstotkov prisotnih laikov. Uporaba avtomatskega zunanje defibrilatorja (AED) je pomemben člen tako imenovane verige preživetja, saj je to edina naprava, ki pri žrtvi srčnega zastoja omogoči ponovno vzpostavitev delovanja srca. Če želijo očitvidci uspešno uporabiti AED, ga morajo v čim krajšem času najti in prinesiti na kraj dogodka. Visoka zdravstvena šola v Celju se je v sodelovanju s Koronarnim klubom kot partnerjem prijavila na razpis Javnega štipendijskega, razvojnega, invalidskega in preživninskega sklada Republike Slovenije, s projektom: »Lokacije in dostopnost do avtomatskih zunanjih defibrilatorjev v Mestni občini Celje«. S projektom smo želeli z različnih zornih kotov preučiti lokacije AED v Mestni občini Celje in oznake, ki prebivalce opozarjajo nanje. Želeli smo analizirati obveščeno laične javnosti o AED-jih ter pripraviti priporočila za izboljšanje stanja. *Metode:* Uporabili smo metode kvantitativnega in kvalitativnega raziskovanja, pregled literature, anketni vprašalnik ter ogled na terenu. *Rezultati:* V Mestni občini Celje, je bilo v različnih virih skupno javno objavljenih 33 avtomatskih zunanjih defibrilatorjev (v nadaljevanju AED). Po našem pregledu terena smo našli kar 64 lokacij, na katerih so AED. Ugotovili smo, da večina od teh ni pravilno označena in je slabo dostopna. Mimoidoči so slabo poznali kratico AED. Po naši obrazložitvi le-te jih je večina vedela, o kateri napravi govorimo. Prav tako so slabo poznali lokacije AED v Mestni občini Celje. *Razprava:* Med izvajanjem projekta, smo ugotovili, da občani Mestne občine Celje slabo poznajo lokacije AED, kar je skrb vzbujajoče. Objavljeni sezname lokacij AED niso posodobljeni in pregledno zbrani. Mestna občina Celje na svoji spletni strani nima objavljenih podatkov o lokacijah AED. V različnih spletnih virih je bilo objavljenih zgolj 33 od dejanskih 64 lokacij v Mestni občini Celje, kar nekaj od teh objav pa je bilo sponzorske narave.

Ključne besede: AED, defibrilator, temeljni postopki oživljanja, Mestna občina Celje.

Uvod

V Evropi vsako leto doživi srčni zastoj med 350.000 in 400.000 ljudi, v Sloveniji okoli 1600, v mestu Celje od 40 do 50 oseb letno. Pri nenadnem srčnem zastoj, ki se zgodi zunaj zdravstvenih ustanov, so večinoma prisotni samo laiki (Šolinič, 2019). Laiki so najpomembnejši izvajalci zaporedja ukrepov v verigi temeljnih postopkov oživljanja. Smiselno je, da defibrilacijo z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja (v nadaljevanju AED) izvedejo tisti, ki so prvi na mestu dogodka (Jelenko, 2019). AED-ji bi morali biti nameščeni na tistih mestih, kjer se zadržuje večja populacija ljudi (npr. kulturni domovi, trgovska središča, športne dvorane, mestna središča, ipd.) (AED.com, 2018). Podatki o lokacijah defibrilatorjev (AED baza Slovenije) so na voljo na spletu, vendar seznam ni posodobljen, po drugi strani zaradi stresne situacije za udeležene, ni ustrezna oblika pridobivanja informacij. Visoka zdravstvena šola v Celju se je v sodelovanju s Koronarnim klubom kot partnerjem prijavila na razpis Javnega študentskega, razvojnega, invalidskega in preživninskega sklada Republike Slovenije, s projektom: »Lokacije in dostopnost do avtomatskih zunanjih defibrilatorjev v Mestni občini Celje«. S projektom smo želeli z različnih zornih kotov preučiti lokacije AED v Mestni občini Celje in oznake, ki prebivalce opozarjajo nanje. Želeli smo analizirati tudi obveščenost laične javnosti o AED-jih ter pripraviti priporočila za izboljšanje stanja. Pogosto pozabljamo, da smo tedaj, ko te podatke potrebujemo, v stresu, zato morajo biti podatki smiselni, pregledni, lahko dostopni in prilagojeni takšnim situacijam. Prav tako se prevečkrat zgodi, da laiki, ki so v tistem trenutku na kraju dogodka, raje gredo mimo, kot da bi pomagali. Glavni razlog zato je prav neznanje temeljnih postopkov oživljanja in uporabe AED. Zato sta potrebni stalno ozaveščanje in praktično usposabljanje laikov o temeljnih postopkih oživljanja vključno z uporabo AED. Iz teh predpostavk smo izpeljali glavne cilje projekta. Najpomembnejše za začetek je bilo posodobiti podatke o lokacijah AED v Mestni občini Celje. Zaradi koristnosti podatkov za širšo javnost, smo si za cilj postavili tudi, da o tem projektu in pridobljenih podatkih ozaveščamo širšo javnost. Ker je na tem področju potrebnih kar nekaj sprememb, smo zato o problematiki podatkovnih baz dostopnosti in označenosti lokacij z AED, začeli seznanjati tudi odgovorne organe Mestne občine Celje.

Metode

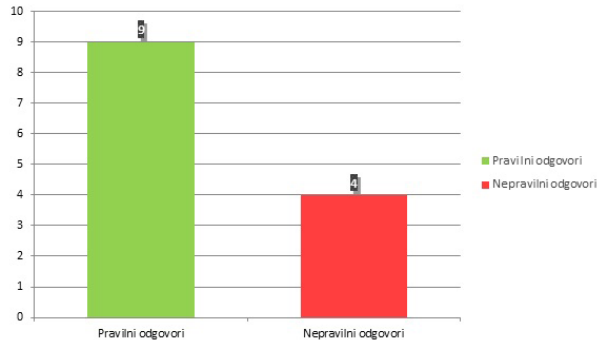
V raziskavi smo uporabili predvsem kvalitativne raziskovalne metode, ki smo jih podprli s kvantitativnimi pristopi. Projekt smo razdelili v štiri dele. Najprej smo pregledali literaturo in opravili terensko delo. Ta del smo izvajali od 19. 3. 2019 do 18. 4. 2019. Pri pregledu literature nas je zanimalo, kakšne vrste AED poznamo, kdo so dobavitelji, kakšna so priporočila glede namestitve, dostopnosti in označevanja lokacij, lastništvo in vzdrževanje AED. Pridobili smo informacije o tem, katere podatke potrebujemo za vpis v bazo AED, podatke o obstoječih podatkovnih bazah AED v Sloveniji, ter načine za širjenje podatkov o AED. V nadaljevanju smo se lotili terenskega dela. Potekalo je v Mestni občini Celje, na lokacijah, ki smo jih pridobili s pregledom literature. Te lokaci-

je smo popisali in si priskrbeli fotografske posnetke za nadaljnje delo. Opravili smo krajšo anketo pri mimoidočih v bližini lokacij AED. Prav tako smo v tem delu iskali lokacije AED v Mestni občini Celje, ki jih nismo zasledili v nobeni literaturi (podatkovne baze AED, časopisi, revije, ipd.). V drugem delu, ki je trajal od 19. 4. 2019 do 18. 5. 2019, smo analizirali in prikazali pridobljene informacije. Izdelali smo interaktivni zemljevid lokacij AED in vanj vnesli podatke posameznih lokacij. Nazadnje smo pripravili načrt izboljšav glede lokacij namestitve AED, označevanja in dostopa, ter načrt o ozaveščanju javnosti o uporabi AED. V tretjem delu smo izdelali predlog za vzpostavitev in vzdrževanje mreže informacijskih tabel z informacijami o lokacijah in uporabi AED. Ta del je trajal od 19. 5. 2019 do 18. 6. 2019. V zadnjem delu smo začeli ozaveščati lokalno javnost o lokacijah in uporabi AED. V ta namen smo vzpostavili spletno stran za izobraževanje na socialnem omrežju Facebook. Projekt, smo predstavili na javni konferenci v Koronarnem klubu Celje. Spodbudili smo objavo časopisnih člankov in televizijskih ter radijskih prispevkov s predstavitvijo našega projekta. Prav tako smo vodilnim organom Mestne občine Celje poslali dopis o problematiki podatkovnih baz dostopnosti in označenosti lokacij AED. Večina AED je v zasebni lasti, zato smo se na terenu srečali s kar nekaj posebnostmi in nevšečnostmi. Študentje nekajkrat nismo pridobili vseh potrebnih informacij o AED, nismo mogli pridobiti slikovnega materiala, do določenih lokacij z AED pa nismo imeli dostopa. Prav tako na kar nekaj lokacijah med našim obiskom ni bilo mimoidočih, ki bi jih lahko anketirali. Pri izvajanju projekta smo upoštevali vse etične vidike raziskovanja, in sicer: načelo koristnosti, načelo neškodljivosti, načelo zaupnosti, načelo pravičnosti, načelo resnicoljubnosti in načelo varnosti.

Rezultati

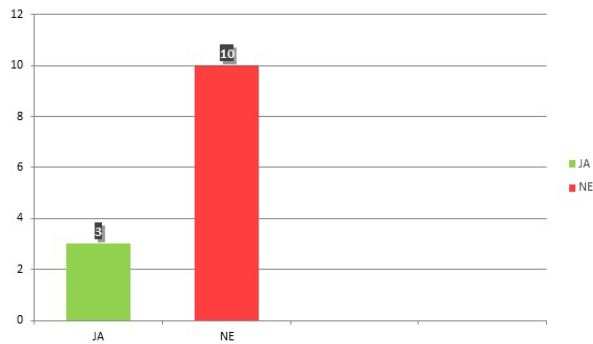
Pri pregledu literature smo v Mestni občini Celje zasledili 33 lokacij z AED, objavljenih na različne načine (računalniške baze, časopisi in revije). Med terenskim delom smo odkrili še 31 novih lokacij, tako da je dejansko število AED v Mestni občini Celje 64. Samo 55 odstotkov lokacij AED je dostopnih 24 ur. Prav tako je od vseh 64 lokacij nezadostno označenih kar 97 odstotkov. Na podlagi pridobljenih informacij smo izdelali interaktivni zemljevid lokacij AED in vanj vnesli podatke o posameznih lokacijah. Na terenskem delu smo izvajali tudi kratko anketo pri naključnih mimoidočih v bližini lokacije AED. Anketa je obsegala tri vprašanja. Zanimalo nas je, ali mimoidoči poznajo krajšavo AED, čemu je naprava namenjena in kako se uporablja ter kje je najbližji AED. Ugotovili smo, da kar nekaj anketirancev ni poznalo krajšave AED. Tudi večini tistih, ki vedo, kaj je AED in za kaj se uporablja to ne koristi, saj ne vedo, kako ga uporabljati. Terensko delo je potekalo v zimskem času, zaradi česar je bilo malo mimoidočih, ki smo jih lahko anketirali. Zato je število anketirancev zgolj 13. Na vprašanje »Ali veste, kaj pomeni kratica AED?« je deset (77 %) anketirancev odgovorilo pravilno, in sicer, da je to krajšava za avtomatski zunanji defibrilator, medtem ko trije (23 %) anketiranci na to vprašanje niso

znali odgovoriti ali so odgovorili napačno. Vendar so vsi od teh po obrazložitvi, kaj kratica AED pomeni, vedeli, o kateri napravi govorimo (slika 1).



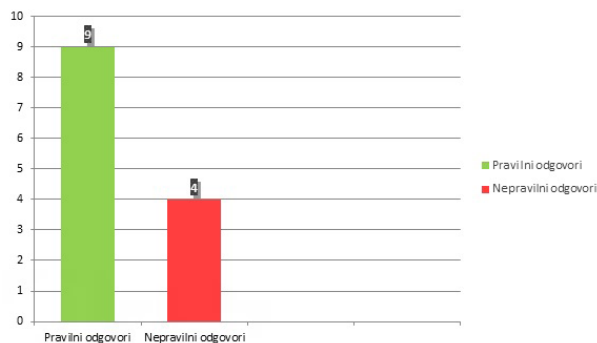
Slika 1: Odgovori na vprašanje: Ali veste, kaj pomeni kratica AED?

Na vprašanje »Kakšen je namen AED?« je devet (69 %) anketirancev odgovorilo pravilno, in sicer, da se uporablja pri oživljanju oz. pri srčnem zastoju, štiri (31 %) anketiranci pa na to vprašanje niso znali odgovoriti ali so odgovorili napačno (slika 2).



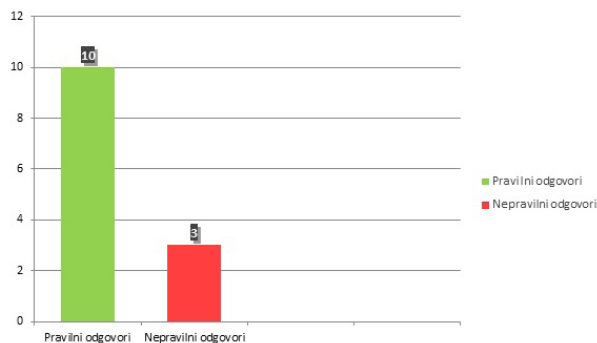
Slika 2: Odgovori na vprašanje: Kakšen je namen AED?

Na vprašanje »Ali bi znali uporabiti AED?« je deset (77 %) anketirancev priznalo, da naprave ne bi znali uporabiti. Trije (23 %) so zatrdili, da bi napravo znali uporabiti (slika 3).



Slika 3: Odgovori na vprašanje: Ali bi znali uporabljati AED?

Na vprašanje: »Kje je najbližji AED ?« je večina anketirancev (69 %) vedela, kje je najbližji AED, štirje (31 %) pa niso vedeli, kje je najbližji AED (Slika 4).



Slika 4: Odgovori na vprašanje: Kje je najbližji AED?

Razprava

V projektu Lokacije in dostopnost do AED v Mestni občini Celje smo ugotovili, da je poznavanje kratice, namena, načina uporabe in lokacije najbližjega AED, nezadovoljivo. Vzrok je verjetno premalo informacij o tej problematiki in prezapleten dostop do verodostojnih informacij. Zaradi premalo znanja ostaja strah v zvezi s tem, da bi storili kaj narobe, ko bi se znašli v takšni situaciji. Strahu bi se lahko znebili z vajo po načelu: »Vaja dela mojstra, mojster pa dela vajo.« Žal možnosti, da, bi lahko vadili temeljne postopke oživljanja z uporabo AED, ni dovolj, saj, v Mestni občini Celje takšnih dejavnosti primanjkuje. Stanje bi se lahko izboljšalo tako, da bi se s to problematiko seznanili že otroci v osnovnih šolah. Problem je zastaranje znanja, saj so na tem področju vedno nove raziskave in posledično spremenjene smernice. Pojavlja se vprašanje: »Kako ohraniti in posodobiti znanje več let po opravljenem tečaju prve pomoči v okviru priprave na vozniški izpit?« Verjetno je narobe, da tako pomembno področje znanja zanemarjamo ter ga ne

obnavljamo in nadgrajujemo. V Sloveniji obstaja spletna podatkovna baza o AED, ki je že več kot pol leta nedostopna. Poleg te podatkovne baze obstaja še baza iHelp, ki nima posodobljenih podatkov. To v naši raziskavi nista bili edini oviri. Pred odhodom na teren smo želeli pridobiti obrazec za zbiranje podatkov, po katerem bi popisovali lokacije, vendar v Sloveniji ni uradnega in enotnega dokumenta, ki bi določil obseg podatkov, ki jih je treba zbrati o AED. Srečali smo se tudi s posameznimi lastniki AED (podjetji), ki so nas odslovili že pred vhodnimi vrati, s pojasnilom, da je AED namenjen zgolj uporabi njihovih zaposlenih. Razen tega nam nekateri drugi lastniki niso dovolili pridobiti slikovnega materiala, ki je bil za končni izdelek tega projekta ključen. Ko smo pridobili vse podatke o lokacijah AED, smo vzpostavili interaktivni spletni zemljevid s pridobljenimi lokacijami in informacijami o AED. Na žalost na spletu ne obstaja brezplačna aplikacija z zemljevidom, ki bi bil za ta projekt dovolj kakovosten, tako da smo za uporabo ustrezne aplikacije morali plačevati. Na koncu projekta, smo se odločili, da rezultate predstavimo občanom ter županu Mestne občine Celje. Na javno predstavitev, ki je potekala 27. 6. 2019 v Koronarnem klubu Celje, sta v imenu Mestne občine Celje prišla predstavnika, ki nista v celoti delila našega optimizma glede naših predlogov, kako rešiti problematiko. Rezultat naših prizadevanj je verjetno opažanje, da so na dveh lokacijah že podaljšali dostopnost AED na 24 ur 7 dni v tednu. Menimo, da je to velik dosežek, saj vsak AED šteje le, če ga lahko pravilno in nemoteno uporabljamo.

Zaključek

V Mestni občini Celje doživi srčni zastoj od 40 do 50 ljudi letno. Prvi na kraju dogodka so običajno laiki, ki morajo poznati lokacijo najbližjega AED ter ga znati uporabiti pri temeljnih postopkih oživljanja. S tem projektom smo ugotovili, da občani Mestne občine Celje slabo poznajo lokacije AED, kar je skrb vzbujajoče. Na podlagi pregleda objavljenih seznamov lokacij AED in terenskega dela smo izdelali popolnejši spletni interaktivni zemljevid 64 lokacij AED s podrobnejšim opisom posameznih lokacij. Predlagali smo nekatere nove lokacije ter izboljšanje označevanja in dostopnosti obstoječih lokacij. Projekt smo predstavili na javni konferenci v Koronarnem klubu Celje. Spodbudili smo objavo več časopisnih člankov in televizijskih ter radijskih prispevkov s predstavitvijo našega projekta. Prav tako smo vodilnim organom Mestne občine Celje poslali dopis o problematiki podatkovnih baz dostopnosti in označenosti lokacij AED.

Literatura

- AED.com, 2018. Finding the Best Location for Your AED, ZDA, [online]. Pridobljeno 19. 12. 2019 <http://www.aed.com/blog/aed-placement/>
- JELENKO, M., 2019. Zbirka odgovorov na najpogostejša vprašanja o oživljanju (namenjeno tistim, ki bi o tem radi vedeli več), Slovenija, [online]. Pridobljeno 15. 12. 2019 s <https://www.rks.si/f/docs/Novice/Kaj-je-srcni-zastoj.pdf>

ŠOLINIČ, S., 2019. Srčni zastoj sredi mesta: kdo je pomagal?, Slovenija, [online]. Pridobljeno 10. 12. 2019 s http://www.nt-rc.si/novi-tednik/srcni-zastoj-sredi-meska-kdo-je-pomagal/?fbclid=IwAR3FnGnpR_C_cDQ_VP-4CAsPDWTtyTgrqZyBtgv-4wJnQO_88_cLLrJGJ0

Izkušnje medicinskih sester z vnaprej izraženo voljo pacienta v kliničnem okolju

Lidija Kočinaj, Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje
lidyka1@gmail.com

Povzetek

Uvod: Vnaprej izražena volja temelji na obveščenosti pacienta o njegovi bolezni ter vključenosti pacienta in njegovih svojcev v odločanje o zdravstveni obravnavi. Z različnimi oblikami pomoči se pacientu omogoča dostojno življenje do smrti. Medicinska sestra mora poznati in razumeti proces dojemanja ter soočanja pacienta z napredovalo boleznijo, pri čemer to vključuje tudi timski pristop. Z raziskavo smo želeli spoznati izkušnje medicinskih sester z vnaprej izraženo voljo pacienta v kliničnem okolju. *Metode:* Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop. Podatke smo pridobili s strukturiranim intervjujem, ki smo ga oblikovali na podlagi pregledane literature. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili dve diplomirani medicinski sestri. Podatke smo analizirali s programoma Microsoft Word in Microsoft Visio. *Rezultati:* Medicinski sestri v kliničnem okolju se zavedata pomembnosti vnaprej izražene volje pri oskrbi neozdravljivega bolnega. Kljub teoretičnemu znanju, nimata dovolj možnosti za pridobitev praktičnega znanja, saj je vnaprej izražena volja v Sloveniji slabo razvita. Z analizo intervjujev so bile oblikovane tri glavne kategorije s podkategorijami in kodami: vnaprej izražena volja pacienta; zdravstveni delavci; terapevtska komunikacija. Kategorije se med seboj povezujejo in pomembno vplivajo na uspešnost vnaprej izražene volje pacienta v kliničnem okolju. *Razprava:* Medicinski sestri se vse bolj zavedata pomembnosti kakovostne paliativne oskrbe v klinični praksi. Pomembno je, da sledita smernicam holistične obravnave neozdravljivega bolnega. V korak s paliativno oskrbo gre tudi vnaprej izražena volja pacienta, ki je še vedno slabo razvita v kliničnem okolju. Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da medicinski sestri v kliničnem okolju nimata veliko izkušenj z vnaprej izraženo voljo, vendar menita, da so za njeno dobro delovanje pomembni pridobivanje novih znanj, medpoklicno sodelovanje v zdravstvu in ne nazadnje tudi osebne lastnosti medicinske sestre. *Gljučne besede:* vnaprej izražena volja, paliativna oskrba, pacientove pravice.

Uvod

V življenju pridejo trenutki ali situacije, ko pomislimo, kaj bo z nami, če bomo resno zboleli in ko se bomo postarali ter ne bomo mogli več izraziti svoje volje. Eden od načinov, kako druge seznaniti s svojimi željami v primeru kasnejše nesposobnosti odločanja, je vnaprej izražena volja. To vključuje pogovor

med človekom in tistimi, ki zagotavljajo oskrbo, na primer medicinske sestre, zdravniki, drugi zdravstveni delavci, družinski člani ali prijatelji. V teh pogovorih se izrazijo posameznikovi pogledi in želje glede prihodnje oskrbe ter to, kakšni oskrbi bi bili najbolj naklonjeni. Vse skupaj se upošteva kasneje, če posameznik ne bi bil več zmožen odločati o sebi. Reberšek Gorišek in Gorišek Miksić (2016) navajata, da je vnaprej izražena volja ozaveščena privolitve v medicinsko obravnavo po pojasnilni dolžnosti in vključuje določitev osebe, ki bi v času pacientove nesposobnosti odločanja odločala o njegovi zdravstveni oskrbi. Vnaprej izražena volja je v slovenskem pravnem redu nov institut, ki ga je uvedel Zakon o pacientovih pravicah (Takač, 2010). Po Zakonu o pacientovih pravicah (2017) ima pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene obravnave ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve. Simonič (2014) navaja, da podpisana izjava velja pet let in temelji na tem, da sta zastopnik pacientovih pravic in osebni zdravnik podpisnika v času zapisa ocenila kot sposobnega odločanja o sebi ter da je ob tem prejel pojasnila o pomenu in posledicah vnaprej izražene volje. Začetki vnaprej izražene volje segajo v Združene države Amerike, kjer je ta tudi dobro poznana med ljudmi ne glede na njihovo zdravstveno stanje (Stein in Fineberg, 2013). Adams in sodelavci (2011) ugotavljajo, da se je vloga medicinske sestre ob koncu življenja skozi čas spreminjala in razvijala, vendar pa Izumi (2017) meni, da njena vloga pri načrtovanju vnaprej izražene volje še vedno ni jasno definirana. V preteklosti je bil njihov pristop bolj posreden in so imele pri odločitvah ob koncu življenja le manjšo vlogo (Adams in sod., 2011). Izumi (2017) navaja, da je naloga medicinske sestre, da spodbuja pacienta in njegove bližnje k odločanju ob koncu življenja. Vnaprej izražena volja oziroma vnaprej sprejete določene odločitve zagotavljajo izboljšano kakovost življenja pacienta (Ibrahim in sod., 2019). Z raziskavo smo želeli spoznati izkušnje medicinskih sester z vnaprej izraženo voljo. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednji raziskovalni vprašanja:

1. Kakšne so izkušnje medicinskih sester z vnaprej izraženo voljo v kliničnem okolju?
2. Kako lahko medicinske sestre prispevajo k boljšemu delovanju vnaprej izražene volje v Sloveniji?

Metode

Za raziskavo smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, uporabljena je bila metoda utemeljene teorije. Podatke smo pridobili s tehniko intervjuvanja, polstrukturiranim intervjujem, ki je bil oblikovan na podlagi literature (Reberšek Gorišek in Gorišek Miksić, 2016; Uprety in Kasireddy, 2015; Kodba Čeh, 2016). Intervju je vseboval pet vprašanj odprtega tipa. Uporabljen je bil neslučajnostni namenski vzorec, vključeni sta bili dve diplomirani medicinski sestri, ki sta izpolnjevali naslednja vključitvena merila: izobrazba diplomirane medicinske sestre ter vsaj dve leti delovne dobe na področju zdravstvene

nege. Anketiranki sta bili ženskega spola, obe sta bili po izobrazbi diplomirani medicinski sestri, imata povprečno 8,5 leta delovnih izkušenj in njuna povprečna starost je 32 let. Podatki so bili pridobljeni s polstrukturiranim intervjujem, ki je povprečno trajal 15 minut, obe intervjuvanki sta sodelovali prostovoljno, prav tako je bila zagotovljena njuna anonimnost. Sledil je prepis intervjujev, ki je bil posredovan v pregled intervjuvankama. Sledila je analiza, ki je bila narejena tako, da smo izvedli proces kodiranja, pri katerem smo določili ključne besede, pojme in kode. Nato je analiza potekala po naslednjih korakih: najprej je bilo treba besedilo urediti, nato smo določili enote kodiranja, sledili so kodiranje, izbor in definiranje pojmov ter oblikovanje podkategorij, nato še definiranje podkategorij in oblikovanje utemeljene teorije – sodbe (Mesec, 1997). Podobne izjave smo združili v podkategorije, jih poimenovali, povezali v več kategorij in ustvarili glavno kategorijo. Izmed vseh podkategorij in glavnih kategorij smo izbrali najpomembnejše, ki nam bodo pomagale odgovoriti na raziskovalni vprašanji, tako da smo jim določili pomen. Kategorije smo razporedili v domnevne odnose in jih povezali v sodbo. Podatki so urejeni in obdelani s programoma Microsoft Word in Microsoft Visio, prikazani so opisno in slikovno. Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja: načelo koristnosti, neškodljivosti, zaupnosti, pravičnosti, resnicoljubnosti in varnosti, upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Obema intervjuvankama je bilo pojasnjeno, da je raziskava popolnoma anonimna, podali sta pisno privolitev in seznanjeni sta bili, da imata pravico do prekinitve sodelovanja, če se za to odločita.

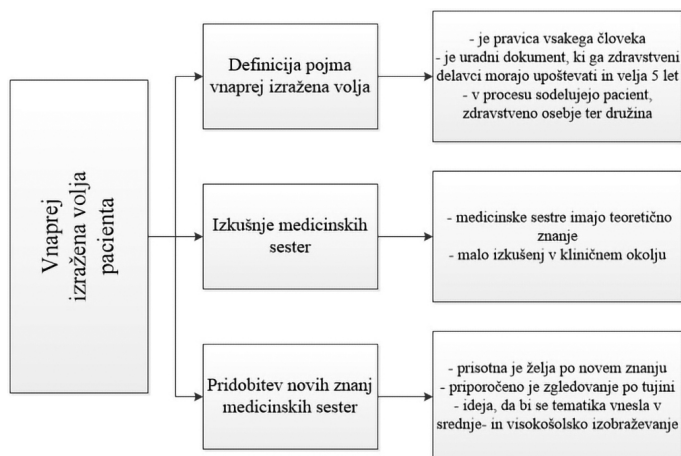
Rezultati

Definirali smo tri glavne kategorije:

1. *Vnaprej izražena volja pacienta.*
2. *Zdravstveni delavci.*
3. *Terapevtska komunikacija.*

V nadaljevanju bomo predstavili dve od treh glavnih kategorij »Vnaprej izražena volja« (slika 1) in »Zdravstveni delavci« (slika 2) ter sodbo (slika 3).

Slika 1 prikazuje kategorijo »Vnaprej izražena volja«. Izjave medicinskih sester smo razvrstili v podkategorije »Definicija pojma vnaprej izražena volja«, »Izkušnje medicinskih sester« in »Pridobitev novih znanj medicinskih sester«. Iz izjav medicinskih sester je razvidno, da si razlagata vnaprej izraženo voljo kot pravico vsakega posameznika, da je to uradni dokument in da je pri procesu vnaprej izražene volje potrebnih več sodelujočih (pacient, zdravstveni delavci in družina). Medicinski sestre priznavata, da nimata veliko izkušenj z vnaprej izraženo voljo v kliničnem okolju, vendar imata zaradi lastnega zanimanja teoretično znanje. Želita si pridobitve novih znanj o vnaprej izraženi volji, predvsem je bila izražena zamisel, da bi se zgledovali po tujini in da bi se izobraže-



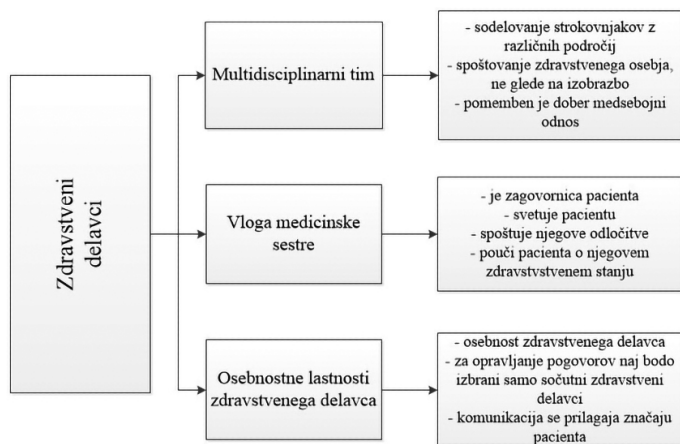
Slika 1: Prikaz kategorije Vnaprej izražena volja

vale tudi medicinske sestre, ne samo zdravniki. Dobro bi bilo, da bi se osnove o vnaprej izraženi volji prenesle že v srednje- in visokošolsko izobraževanje.

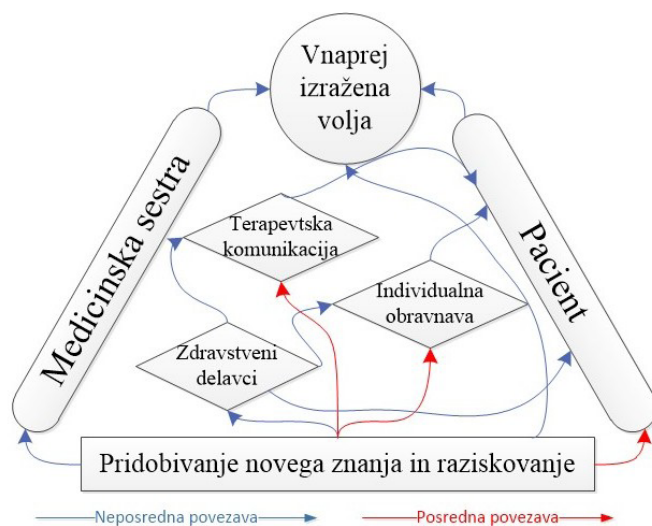
Slika 2 prikazuje kategorijo »Zdravstveni delavci«, sestavljena je iz treh podkategorij »Multidisciplinarni tim«, »Vloga medicinske sestre« in »Osebnostne lastnosti zdravstvenega delavca«. Na podlagi izvedenih intervjujev z medicinskima sestrama smo ugotovili, da je pri delu v zdravstvu pomemben odnos v multidisciplinarnem timu. Torej da za boljše rezultate pri delu med sebojno sodelujejo različni strokovnjaki, ki se spoštujejo ne glede na izobrazbo. Izpostavljena je bila vloga medicinske sestre, ki ima pri vnaprej izraženi volji več nalog, in sicer je pacientova zagovornica, mu svetuje ter spoštuje njegove odločitve. A pomembno je seveda, da ga pouči o njegovem zdravstvenem stanju, saj bo le tako zaupala njegovim odločitvam. Ugotovljeno je bilo tudi, da so pri delu z ljudmi pomembne tudi osebnostne lastnosti zdravstvenega delavca. Zaželeno bi bilo, da bi občutljive pogovore izvajale za to usposobljene osebe, ki imajo dodatna znanja, izkušnje in seveda tudi občutek za soljudi.

Na sliki 3 je prikazana povezava med kategorijami in ugotovitvami, ki smo jih oblikovali iz intervjujev. Razberemo lahko, da je končni cilj uspešen proces vnaprej načrtovane oskrbe, a za to je potrebnih nekaj dejavnikov. Vsi pojmi so tesno medsebojno povezani, z modro puščico so označene neposredne povezave, z rdečo puščico pa posredne povezave.

Za medicinsko sestro so izjemno pomembni pridobivanje novega znanja, raziskovanje ter izobraževanje. Saj bo le na ta način dobra mentorica ali zagovornica pacienta. Z izobraževanjem si pridobi tudi ogromno samozavesti, ki jo potrebuje pri opravljanju poklica. Zato je pomembno, da je s poučeno medicinsko sestro v povezavi tudi pacient, saj se bo na ta način počutil varnega. Kot smo z raziskavo ugotovili, sta tudi intervjuvani medicinski sestri izrazili željo po več izobraževanjih v tej smeri ter da bi se v slovenskem prostoru bolj zgledovali po tujini, kjer je vnaprej izražena volja razvita. Terapevtska ko-



Slika 2: Prikaz kategorije Zdravstveni delavci



Slika 3: Prikaz povezav med glavnimi kategorijami in cilji

munikacija je pomemben dejavnik v poklicnem življenju medicinske sestre, saj je nenehno v stiku z različnimi ljudmi, predvsem bolnimi in ranljivimi. V raziskavi je bila terapevtska komunikacija večkrat omenjena kot pomemben dejavnik za vzpostavitev dobrega odnosa s pacientom in svojci. Seveda dobro komuniciranje ni samoumevno, ni nekaj, kar se učimo v šoli, ampak se ga priučimo z izkušnjami pri delu z bolnimi ljudmi in ne nazadnje tudi na lastnih napakah. Pridobivanje novega znanja in raziskovanje sta v neposredni povezavi z medicinsko sestro in v posredni povezavi s pacientom. Za medicinsko sestro so pomembni strokovno znanje in tudi izkušnje. V povezavi pa je tudi s pacientom, saj je poučen človek dober sogovornik, ki lažje sprejema dobre odločitve, ki so podkrepljene z znanjem. Pridobivanje novega znanja povezuje tudi z dodatnim izobraževanjem, ki se je izkazalo za pomembno v

zdravstveni negi. Premalokrat se zavedamo, da je znanje treba krečiti in pridobivati, saj se smernice nenehno spreminjajo. Pacient je ključen dejavnik v prikazani piramidi kategorij. Vse, kar počnemo, mora biti v dobro pacienta, da se počuti varno in ima občutek, da so njegove potrebe zadovoljene. Enako velja za njegove bližnje, ki jih glede na pacientovo željo želimo aktivno vključiti v proces vnaprej izražene volje.

Razprava

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da se medicinski sestri v kliničnem okolju pogosto srečujeta z neozdravljivo bolnimi pacienti. Pogosto si pacienti ob izteku življenja ne želijo več hospitalizacij ter različnih posegov in postopkov, ki jih ne bodo pozdravili ali jim olajšali trpljenja. A velikokrat bolan človek ne zavrne zdravstvenih intervencij, saj ne pozna svojih pravic ali ga je strah, kako se bo okolica odzvala na njegovo odločitev. Običajno so ravno medicinske sestre tiste, ki vidijo stisko človeka, zato je dobro, da so poučene o zakonodaji in o človekovih pravicah, da mu lahko dobro svetujejo. Bezjakova (2018) je izvedla raziskavo, v kateri ugotavlja nizko poznavanje pravice do vnaprej izražene volje med ljudmi, ugotavlja tudi, da imajo ljudje željo po dodatnem znanju in da je slabo poznavanje te pravice v praksi predvsem zaradi neizvajanja promocije s strani zdravstvenih delavcev. Simonič (2014) navaja, da mora zdravstvena oskrba spoštovati človekove cilje, vrednote in prepričanja ter v skladu s tem presoditi korist zdravljenja. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da imata medicinski sestri malo izkušenj z vnaprej izraženo voljo pacienta. To je namreč področje, ki se v Sloveniji še razvija glede na pozno zakonodajno ureditev. Figelj (2014) meni, da je vnaprej izražena volja v Sloveniji šele na začetku poti in da se za zdaj še ni dobro uveljavila, saj po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije obrazec Vnaprejšnje volje izpolni manj kot deset pacientov letno. Medicinski sestri menita, da bi morali vnaprej izraženo voljo bolj vpeljati v vsakdanjo klinično prakso, saj bi to olajšalo dvome ob koncu življenja. Lunder (2014) ugotavlja, da so za vpeljevanje vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe v vsakdanje klinično okolje potrebne prilagoditve in spremembe v zdravstvu, kar se nanaša na miselnost zdravstvenih delavcev in družbe ter tudi na spremembo organizacije. Ugotavljamo, da medicinski sestri kljub malo izkušnjam z vnaprej izraženo voljo za uspešno izpeljan proces omenjata zaupljiv odnos med medicinsko sestro in vsemi vpletenimi v proces vnaprej izražene volje. Zaupanje si je treba pridobiti s kakovostno terapevtsko komunikacijo in z znanjem, da lahko pacientu razložimo stvari, ki jih ne razume. Figelj (2014) ugotavlja, da je temelj za izvedbo uspešnega načrta zdravstvene obravnave obvladovanje veščin sporazumevanja. Simonič (2014) navaja, da je profesionalno voden proces vnaprej izražene volje pacienta pogoj za dobro sprejemanje odločitev glede zdravstvene oskrbe v prihodnosti pri pacientu, družini in zdravstvenih delavcih. K boljšemu vpeljevanju vnaprej izražene volje v klinično okolje bi pripomogli tudi partnerski odnosi med člani zdravstvenega tima, pri katerem so pomembni zaupanje, strokovno znanje in strokovne lastnosti posameznika. Izpostavljeno je bilo spoštovan-

je do vseh zdravstvenih delavcev ne glede na izobrazbo ter delovno mesto. Strauss in sodelavci (2018) navajajo, da dober medsebojni odnos dosežemo z ustrežno komunikacijo, spoštovanjem, upoštevanjem avtonomije poklicev in sprotnim reševanjem problemov. Kodba Čeh (2016) navaja, da bolni ljudje ter njihovi svojci iščejo v zdravstvenem delavcu partnerja, ki bi jim nudil podporo in bi jih spremljal skozi eno najtežjih obdobij v življenju. Z raziskavo smo ugotovili, da je za dobro delovanje vnaprej izražene volje pomembno dobro sodelovanje zdravstvenih delavcev različnih strok, predvsem zdravnika in medicinske sestre, saj sodelujeta največ in najpogosteje. Strauss s sodelavci (2018) navaja, da je sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov ključno in vpliva na kakovostno obravnavo pacientov. Raziskava je tudi pokazala, da je pomembno izobraževanje zaposlenih in vlaganje vanj. Pogosto se pozablja na medicinske sestre in so v ospredju zdravniki, kljub temu da imajo medicinske sestre pomembno vlogo, saj so večinoma prisotne ob pacientu ob koncu življenja.

Zaključek

Vnaprej izražena volja je tema, ki v slovenskem prostoru še ni dobro razvita. Nekako je težko govoriti o tej tematiki, saj se takrat človek in njegovi bližnji zavedajo, da je življenje minljivo. Včasih se ljudje ne zavedajo, da lahko odklonijo agresivne postopke in posege, ki ne bi izboljšali pacientovega zdravstvenega stanja. Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da imata medicinski sestri v slovenskem prostoru malo izkušenj z vnaprej izraženo voljo, imata pa željo po pridobivanju novega znanja in po izobraževanju, vendar so možnosti za izobraževanje majhne. Vnaprej izražena volja v slovenskem prostoru ni dobro raziskana, najverjetneje zato, ker v kliničnem okolju ni pogosto uporabljena, zato je vsaka raziskava v tej smeri dobrodošla. V nadaljnje raziskave je treba vključiti zdravstvene delavce, ki imajo izkušnje z neozdravljivo bolnimi in njihovimi bližnjimi, ker lahko prinesejo nove zamisli o vpeljevanju vnaprej izražene volje v vsakdanjo klinično prakso.

Literatura

- ADAMS, J.A., BAILEY, D.E., JR, ANDERSON, R.A., in DOCHERTY, S.L., 2011. Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature. *Nursing research and practice*, 527834, str. 2–8. Pridobljeno 24. 2. 2020 s <http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2011/527834.pdf>.
- BEZJAK, D., 2018. *Poznavanje pravice do zdravstvenega pooblaščenca med pacienti*: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. I.
- FIGELJ, M., 2014. Izkušnje vnaprejšnjega načrtovanja v Splošni bolnišnici dr. Franca Derjanca Nova Gorica. V:
- LUNDER, U., ur. *Paliativna oskrba: Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi: zbornik predavanj/Golniški simpozij, Golnik, 9. september 2014*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 38–40.
- IBRAHIM, J.E., HOLMES, A., YOUNG, C., in BUGEJA, L., 2019. Managing risk for aging patients in long term care: a narrative review of practices to support communication,

- documentation, and safe patient care practices. *Risk management and healthcare policy*, 12, str. 31–39.
- IZUMI, S., 2017. Advance care planning: The nurse's role. *American Journal of Nursing*, 117(6), str. 57–60. Pridobljeno 24. 2. 2020 s https://www.fairfield.edu/media/fairfielduniversitywebsite/documents/academic/7346_aca_son_kanarek_Advance_Care_Planning_The_Nurses_Role_06152017.pdf.
- KODBA ČEH, H., 2016. Raziskava s svojci v paliativni oskrbi: Ključni elementi zadovoljstva in stiske pri svojcih.
- V: SIMONIČ, A., ur. *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj/Golniški simpozij, Golnik, 27. oktober 2016*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 14.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. [online]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 27. 1. 2020 s <https://www.zborvnica-zveza.si/publikacija/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije-in-kodeks-etike-za-babice-slovenije/>
- LUNDER, U., 2014. Etični vidiki in kompetence zdravstvenih delavcev za vodenje vnaprejšnjega načrtovanja paliativne oskrbe. V: LUNDER, U., ur. *Paliativna oskrba: Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi: zbornik predavanj/Golniški simpozij, Golnik, 9. september 2014*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 23–26.
- MESEC, B., 1997. *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, str. 2. Pridobljeno 5. 12. 2019 s https://docs.google.com/document/d/1a2JF0MSnS0goM_TxukVmTb6RMGBeuwKG6Q7RWKEP6yo/edit.
- REBERŠEK GORIŠEK, J. in GORIŠEK MIKSIČ, N., 2016. Starostnik, pojasnilna dolžnost, oza-veščena privolitev in vnaprej izražena volja. V: KRALJIČ, S., et al. ur. 25. *Posvet medicina in pravo: Razmerje med pacientom in zdravnikom, Maribor, 18. in 19. marec 2016*. Maribor: Pravna fakulteta, str. 67–72.
- SIMONIČ, A., 2014. ABC slovarček vnaprejšnjega načrtovanja v paliativni oskrbi. V: LUNDER, U., ur. *Paliativna oskrba: Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe v praksi, Golnik, 9. september 2014*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str. 15–22.
- STEIN, G.L. in FINEBERG I., 2013. Advance Care Planning in the USA and UK: A Comparative Analysis of Policy, Implementation and the Social Work Role, *The British Journal of Social Work*, 43(2), str. 9. Pridobljeno 24. 2. 2020 s https://www.researchgate.net/profile/Gary_Stein3/publication/273038285_Advance_Care_Planning_in_the_USA_and_UK_A_Comparative_Analysis_of_Policy_Implementation_and_the_Social_Work_Role/links/592ec2ea0f7e9beee7446b1a/Advance-Care-Planning-in-the-USA-and-UK-A-Comparative-Analysis-of-Policy-Implementation-and-the-Social-Work-Role.pdf.
- STRAUSS, M., GORIUP, J., KRIŽMARIČ, M., KOŽELJ, A., 2018. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), str. 231.
- TAKAČ, K., 2010. *Pojasnila dolžnosti, odločanje o zdravljenju in vnaprej izražena volja v procesu zdravstvene oskrbe pacienta: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta Maribor, str. 54–55.
- UPRETY, D. in KASIREDDY, V., 2015. Breaking Bad News in Cancer Patients. *SM Journal of Community Medicine*, 1(1), str. 1. Pridobljeno 22. 2. 2020 s <https://smjournals.com/community-medicine/fulltext/smcm-v1-1005.pdf>.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*, 2017. Official gazette of the Republic of Slovenia [online], št. 55/2017, 32. člen. Pridobljeno 2. 3. 2020 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7379>.

Opis, analiza in vrednotenje teorije obvladovanja simptomov

*Gregor Romih, Sabina Žunko, Sergej Kmetec,
Dominika Vrbnjak, Majda Pajnkihar*

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
gregor.romih1@student.um.si, sabina.zunko@student.um.si

Povzetek

Uvod: Teorija obvladovanja simptomov je teorija srednjega obsega, ki lahko pripomore k uspešnemu in kakovostnemu obravnavanju in obvladovanju simptomov. Namen prispevka je opisati, analizirati in vrednotiti teorijo obvladovanja simptomov. *Metode:* Uporabljen je bil pregled literature v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, Medline in PubMed s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku: theory, symptom, management. Iskanje literature je bilo časovno omejeno do novembra 2019. Vključili smo raziskovalne članke ter knjige in poglavja iz knjig v angleškem jeziku. Za opis, analizo in vrednotenje teorije smo uporabili model avtorjev McKenna in sod. (2018). *Rezultati:* Končna analiza teorije je vključevala 18 zadetkov. Teorija obvladovanja simptomov je enostavna, vendar kompleksno zasnovana. Koncepti so jasno predstavljeni, prav tako pa je teorijo možno testirati na različnih področjih zdravstvene nege. Teorija je dobro sprejeta in po navedbah tujih raziskav primerna za uporabo v praksi. *Razprava:* S pomočjo teorije obvladovanja simptomov je mogoče uspešno odstraniti oz. znižati intenziteto simptomov. Pripomore lahko k izboljšanju kakovosti življenja. Medicinskim sestram mogoča ocenjevanje simptomov, načrtovanje intervencij in ugotavljanje izidov.

Ključne besede: simptomi, analiza in vrednotenje teorije, obvladovanje simptomov, teorija zdravstvene nege, pacient

Uvod

Razvoj družbe in industrije je prispeval k podaljšanju življenjske dobe prebivalstva. S podaljšanjem življenjske dobe se povečuje možnost razvoja kronične bolezni pri posamezniku. Poleg kronične bolezni se pojavljajo tudi simptomi, ki lahko otežujejo pacientovo vsakodnevno dejavnost ter vplivajo na njihovo kakovost življenja (Humphreys in sod., 2014). Kljub povečani pojavnosti kroničnih bolezni in podaljševanju življenjske dobe je obvladovanje kroničnih stanj čedalje težje (Shankel in Wofford, 2016), zato je pomembno upoštevanje nekaterih strategij obvladovanja bolezni in simptomov (Humphreys in sod., 2014). Med samim potekom kronične bolezni lahko pacienti doživljajo več sočasnih oz. nasprotujočih si simptomov (Brant in sod., 2010), ki

lahko povečajo strah, povzročijo izgubo svojega jaza oz. kontrole in identitete ter posledično močno vplivajo na kakovost življenja (Breen in sod., 2014). Za učinkovito obvladovanje simptomov je potrebno obširno poznavanje pacientovega doživljanja simptomov, razvoj učinkovitih načinov za obvladovanje simptomov ter ustrezno ocenjevanje izidov (Shin, 2014). Pri obvladovanju simptomov oz. pri obvladovanju neugodja, ki jih povzročajo simptomi, lahko pripomore teorija obvladovanja simptomov. Vendar pa je potrebno teorijo pred uporabo v praksi opisati, analizirati in vrednotiti (Pajnkihar in Vrbnjak, 2016). Namen prispevka je opisati, analizirati in vrednotiti teorijo obvladovanja simptomov avtorjev Humphreys in sod. (2008).

Metode

Izvedli smo pregled in analizo znanstvene literature v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, MEDLINE in PubMed. Dodatno smo literaturo tudi ročno iskali iz drugih virov podatkov. Iskanje je potekalo s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku: theory, symptom in management. Omejitve iskanja so bile: časovni okvir (do novembra 2019), vrsta gradiva in jezik. Pri izbiri literature smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije: (i) knjige, poglavja iz knjig ter članki s kvantitativnimi, kvalitativnimi raziskavami in raziskavami mešanih metod v (ii) angleškem jeziku, ki so (iii) obravnavale tematiko teorije obvladovanja simptomov pri (iv) pacientih s kroničnim obolenjem. Kot izključitvene kriterije smo upoštevali vse (i) pregledne znanstvene članke, ki (ii) ne obravnavajo tematike teorije obvladovanja simptomov pri (iii) pacientih s kroničnim obolenjem in (iv) niso v angleškem jeziku. Prav tako smo (v) izključili duplikate, komentarje in sistematične preglede. *Pregled literature:* S pomočjo iskalnega niza smo pridobili naslednje število zadetkov: v CINAHL–u 112 zadetkov, v MEDLINE–u 101 zadetkov in v PubMed 104 zadetke. V okviru ročnega iskanja smo identificirali štiri zadetke. Od skupnih 321 zadetkov smo s pomočjo programa EndNote odstranili 118 duplikatov. Na podlagi naslova in povzetka ter upoštevanih vključitvenih oz. izključitvenih kriterijev smo vključili 54 zadetkov ter izključili 149 zadetkov. Po končanem drugem koraku smo preostalih 54 člankov prebrali v celoti in jih na podlagi vključitvenih/izključitvenih kriterijev v končno analizo vključili 18. Opis, analiza in vrednotenje teorije je potekal po modelu avtorjev McKenna in sod. (2018).

Rezultati

Opis in analiza teorije

V nadaljevanju sta prikazana opis in analiza teorije.

Opis avtorja

Janice Humphreys (FAAN) je izredna profesorica na University of California v San Franciscu. Naziv doktor filozofije je prejela leta 1989 na Wayne State Uni-

versity v Združenih državah Amerike. Njeno praktično področje zajema delo v pediatrični zdravstveni negi in delo z ženskami kot žrtvami nasilja v intimnem partnerskem odnosu. Njena bibliografija zajema več kot 80 enot znanstvenoraziskovalnega gradiva (Humphreys in Campbell, 2011).

Izvor in razvoj teorije

Teorija obvladovanja simptomov je prvotno nastala kot model obvladovanja simptomov (Larson in sod., 1994). Model je bil revidiran leta 2001, ko so mu bili dodani koncepti metaparadigme (Dodd in sod., 2001), kot teorija srednjega obsega je bila prvič predstavljena leta 2008 (Humphreys in sod., 2008). Razvoj teorije je potekal deduktivno (Linder, 2010).

Filozofija znanosti teorije

Na razvoj teorije obvladovanja simptomov je vplivala filozofija znanosti empirizem (McKenna in sod., 2018).

Obseg/razpon teorije

Avtorji Humphreys in sod. (2008) ter Cwiekala-Lewis in sod. (2017) uvrščajo teorijo obvladovanja simptomov med teorije srednjega obsega.

Metaparadigma

Teorija opisuje vse štiri koncepte metaparadigme:

- *Oseba*: je definira kot skupek socioloških, psiholoških, fizioloških in demografskih spremenljivk, ki vplivajo na poglede in odzive doživljanja simptomov (Humphreys in sod., 2008).
- *Zdravje/bolezen*: pojma sta obravnavana kot skupek spremenljivk, nanašajočih na zdravje in bolezen pacienta (Humphreys in sod., 2008).
- *Okolje*: je definirano kot skupek pogojev (npr. fizičnih, socialnih in kulturnih), v katerih se pojavi simptom (Humphreys in sod., 2008).
- *Zdravstvena nega*: medicinska sestra ima pomembno vlogo pri prepoznavanju in ocenjevanju simptomov ter načrtovanju in izvajanju intervencij za lajšanje simptomov (Dodd in sod., 2001).

Fenomen

Obvladovanje simptomov predstavlja fenomen v obravnavani teoriji (Cwiekala-Lewis in sod., 2017).

Koncepti

Teorija obvladovanja simptomov vsebuje naslednje bazične koncepte:

- *Doživljanje simptomov* vsebuje tri elemente, in sicer: (i) Percepcija simptomov se nanaša na pacientovo dožemanje, da se je spremenilo njegovo počutje oz. vedenje. (ii) Evalvacija simptoma na pacientovo samooceno glede resnosti, vzroka, možnosti zdravljenja in njegovih na posameznikovo življenje. (iii) Odziv na simptom pa se nanaša na fiziološke, psihološke, sociokulturne in vedenjske komponente pacienta (Dodd in sod., 2001).
- *Strategije obvladovanja simptomov* so dejanja, s katerimi želimo preprečevati, zakasniti ali zmanjšati doživljanje simptomov. Za uspešno zmanjševanje simptomov uporabljamo biomedicinske, profesionalne in samoskrbne strategije. Obvladovanje se začne z oceno doživljanja simptomov pacienta, ki mu sledi ugotavljanje intervencijskih strategij (Humphreys in sod., 2014).
- *Izidi simptomov* so jasni in merljivi izidi, katerih namen je ocenjevanje uspešnosti izvedbe strategij obvladovanja simptomov. Izidi vsebujejo očitne spremembe stanja simptomov glede na to, ali je zmanjšana pogostost in intenzivnost simptoma ter zaskrbljenost (Dodd in sod., 2001).

Propozicije

Doživljanje simptomov vpliva tako na strategije obvladovanja simptomov kot izid simptomov in obratno. Ta interakcija se lahko pojavi v zelo kratkem času in je razvidna v pacientovem samoobvladovanju običajnih simptomov (npr. prehlad). Če pa so simptomi bolj izraženi oz. povzročajo neugodje pri pacientu, pa se mora upoštevati bolj intenzivne strategije obvladovanja simptomov in poglobljeno ocenjevanje izidov simptomov s strani zdravstvenih delavcev (Humphreys in sod., 2014).

Predpostavke

Teorija temelji na šestih predpostavkah, in sicer (Dodd in sod., 2001): (i) najučinkovitejša evalvacija simptomov temelji na percepciji pacienta in na njegovi samooceni simptomov; (ii) teorija se lahko uporablja za paciente, ki simptome že doživljajo, in za paciente, ki so ogroženi za pojav simptomov z vidika vpliva različnih spremenljivk (npr. delovno okolje). Za slednje se lahko vključi preventivne strategije obvladovanja simptomov; (iii) v primeru nezmožnosti verbalnega poročanja doživljanja simptomov pacienta (npr. afazija po možganski kapi), morajo zdravstveni delavci upoštevati oceno simptomov od pomembnih drugih; (iv) obvladovati je potrebno vsak moteči simptom; (v) sistem obvladovanja simptomov lahko vpliva na pacienta, pomembnega drugega, socialno in delovno okolje; (vi) obvladovanje simptomov je dinamičen proces, ki se lahko spreminja glede na dobljene rezultate pacienta.

Vrednotenje teorije

V okviru vrednotenja poteka razprava o jasnosti, enostavnosti ali kompleksnosti, pomembnosti, ustreznosti, možnosti testiranja in uporabnosti teorije (McKenna in sod., 2018).

Jasnost

Teorija je predstavljena v specifičnem, vendar razumljivem jeziku. Prav tako so razumljivi koncepti in shematski prikaz teorije v celoti. Razumljive so tudi posebnosti v okviru propozicij, kot so aderenza in povezovanje konceptov metaparadigme s celotno teorijo (Linder, 2010).

Enostavnost/kompleksnost

Teorija je enostavna, a hkrati kompleksno zasnovana, saj je predstavljena v treh konceptih, ki so med seboj povezani. Kompleksnost teorije se odraža s specifičnim jezikom v okviru opisov konceptov, spremenljivk v okviru konceptov metaparadigme in kompleksnih medsebojnih povezav med vsemi elementi teorije (Linder, 2010).

Pomembnost/pomen

Teorija ponuja vodilo oz. usmeritve o kakovostni obravnavi lajšanja simptomov ter predlaga strategijo, kako z obravnavo in lajšanjem simptomov izboljšati kakovost življenja pacienta ter se mora prilagajati na pacientovo zdravstveno stanje (Miaskowski in sod., 2017).

Ustreznost

Teorija je uporabna kot teoretičen okvir za raziskovanje pri različnih oblikah in vrstah simptomov ter stopnji razvoja simptomov. Prav tako pa je zmožna smiselne uporabe v praksi (Cwiekala-Lewis in sod., 2017). Omejitve, ki so predstavljene v teoriji, lahko povzročijo oteženo predvidevanje povezav.

Možnost testiranja

Teorija je bila razvita kot ogrodje za raziskovanje tako pri odrasli kot pediatrični populaciji in njihovimi pomembnimi drugimi (Linder, 2010), možno jo je testirati s širokim spektrom bolezni oz. simptomov (Shankel in Wofford, 2016; Cwiekala-Lewis in sod., 2017) z različnimi raziskovalnimi in metodološkimi pristopi, in sicer tako kvantitativnimi in kvalitativnimi (Humphreys in sod., 2014).

Sprejemljivost/uporabnost

Teorija je relevantna za uporabo pri različnih populacijah ljudi, ki doživljajo simptome oz. so ogroženi za doživljanje simptomov v času razvoja kronične bolezni. Teorija je uporabna na različnih področjih zdravstvene nege, prav tako pa podpira razvoj individualnih oz. skupinskih intervencijskih strategij obvladovanja simptomov (Humphreys in sod., 2014).

Razprava

Pojavnost simptomov lahko vpliva na kakovost življenja pacientov, prav tako pa ovirajo njihovo fizično, psihično in socialno delovanje (Humphreys in sod., 2008). Simptomi so dejavniki, ki pogosto vzpodbudijo pacienta k iskanju pomoči v zdravstvenih ustanovah (Dodd in sod., 2001), še posebej po neučinkovitih samoobvladovalnih strategijah (Larson in sod., 1994). Za obvladovanje simptomov lahko uporabimo teorijo obvladovanja simptomov. Cilj teorije je odstraniti oz. zmanjšati nivo obremenitve simptomov (Humphreys in sod., 2014). Njena uporaba v praksi omogoča učinkovito in kakovostno obravnavanje, ocenjevanje ter omejevanje simptomov (Özel in sod., 2018). Uporabljena je bila na različnih področjih zdravstvene nege, in sicer na kirurškem (Yin in sod., 2018), pediatričnem (Linder, 2010), psihiatričnem (Letzkus in sod., 2017), nevrološkem področju (Cwiekala-Lewis in sod., 2017) in pri obvladovanju kroničnih bolezni (Shankel in Wofford, 2016). Humphreys in sod. (2014) ugotavljajo, da bi bilo teorijo potrebno ponovno preučiti in revidirati. Izpostavljajo, da v predstavljenem modelu teorije manjka komponenta čas. Upoštevanje časa je pomembno zato, ker pacienti skozi čas doživljajo spremembe v občutenju simptomov, s tem pa lahko ugotovimo učinkovitost uporabe predpisanih strategij in njihovo največjo koristnost.

Zaključek

Ugotavljamo, da je cilj teorije obvladovanja simptomov odstranjevanje oz. zmanjševanje intenzitete simptomov in njihovih posledic. Teorijo bi v slovenskem prostoru lahko implementirali v prakso, vendar bi jo bilo pred uporabo potrebno testirati za ugotavljanje njene ustreznosti v smislu kulturnih in demografskih razlik ter njenega sprejetja med medicinskimi sestrami.

Literatura

- BRANT, J.M., BECK, S. in MIASKOWSKI, C., 2010. Building dynamic models and theories to advance the science of symptom management research [online]. *Journal of advanced nursing*, vol. 66, (1), str. 228–240. Pridobljeno 13. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05179.x>
- BREEN, L.J., AOUN, S.M., O'CONNOR, M. in RUMBOLD, B., 2014. Bridging the gaps in palliative care bereavement support: an international perspective [online]. *Death studies*, vol. 38, (1–5), str. 54–61. Pridobljeno 12.2.2020 s <https://doi.org/10.1080/074811872.012.725451>

- CWIEKALA–LEWIS, K., PARKYN, B.H. in MODLYSZEWSKA, K., 2017. Analysis of the University of California in San Francisco (UCSF) symptom management theory and theory implications for persons with neurological disorders/diseases [online]. *The journal of neurological and neurosurgical nursing*, vol. 6, (2), str. 55–65. Pridobljeno 10. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1177/1043454210368532>
- DODD, M., JANSON, S., FACIONE, N., FAUCETT, J., FROELICHER, E.S., HUMPHREYS, J., LEE, K., MIASKOWSKI, C., PUNTILLO, K., RANKIN, S. et al., 2001. Advancing the science of symptom management [online]. *Journal of advanced nursing*, vol. 33, (5), str. 668–676. Pridobljeno 10. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- HUMPHREYS, J. in CAMPBELL, J.C., 2011. *Family violence in nursing practice*. 2. izd. New York: Springer, str. IV.
- HUMPHREYS, J., LEE, K.A., CARRIERI–KOHLMAN, V., PUNTILLO, K., FAUCETT, J., JANSON, S. in DONESKY–CUENCO, D., 2008. Theory of symptom management. V: SMITH, M.J. in LIEHR, P.R., ur. *Middle range theory for nursing* [online]. 2. izd. New York: Springer. Pridobljeno 12. 12. 2019 s <https://cmc.marmot.org/Record/b42091548>
- HUMPHREYS, J., JANSON, S., DONESKY, D., DRACUP, K., LEE, K.A., PUNTILLO, K., FAUCETT, J.A., AOUIZERAT, B., MIASKOWSKI, C., BAGGOT, C. et al., 2014. Theory of symptom management. V: SMITH, M.J. in LIEHR, P.R., ur. *Middle range theory for nursing* [online]. 3. izd. New York: Springer. Pridobljeno 12. 12. 2019 s https://pdfs.semantiacscholar.org/9f-b3/579433bdaf1b4fce8b7e563adef2197961a_d.pdf
- LARSON, P.J., CARRIERI–KOHLMAN, V., DODD, M.J., DOUGLAS, M., FAUCETT, J., FROELICHER, E.S. in GORTNER, S.R., 1994. A model for symptom management [online]. *Journal of nursing scholarship*, vol. 26, (4), str. 272–276. Pridobljeno 08. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00333.x>
- LETZKUS, L., KEIM–MALPASS, J., ANDERSON, J. in KENNEDY, C., 2017. Paroxysmal sympathetic hyperactivity in children: an exploratory evaluation of nursing interventions [online]. *Journal of pediatric nursing*, vol. 34, (6), str. e17–e21. Pridobljeno 12. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1177%2F1099800413500845>
- LINDER, L.A., 2010. Analysis of the UCSF symptom management theory: implications for pediatric oncology nursing [online]. *Journal of pediatric oncology nursing*, vol. 27, (6), str. 316–324. Pridobljeno 12. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1177%2F1043454210368532>
- MCKENNA, H.P., PAJNKIHAR, M. in MURPHY, F.A., 2018. *Temelji modelov, teorij in prakse zdravstvene nege*. Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru, str. 186–205.
- MIASKOWSKI, C., BARSEVICK, A., BERGER, A., CASAGRANDE, R., GRADY, P.A., JACOBSEN, P., KUTNER, J., PATRICK, D., ZIMMERMAN, L., XIAO, C et al., 2017. Advancing symptom science through symptom research: expert panel proceedings and recommendations [online]. *Journal of national cancer institute*, vol. 109, (4), str. 1–9. Pridobljeno 18. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1093/jnci/djw253>
- ÖZEL, F., TUREYEN, A.E. in AYKAR, F.S., 2018. Symptom management in Behcets disease. *Journal of the pakistan medical association*, vol. 68, (1), str. 46–49. Pridobljeno 18.12.2019 s https://jpma.org.pk/article-details/8519?article_id=8519
- PAJNKIHAR, M. in VRBNJAK, D., 2016. *Teorije, koncepti in praksa zdravstvene nege: zdrano učno gradivo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 39–52.
- SHANKEL, E.C. in WOFFORD, L.G., 2016. Symptom management theory as a clinical practice model for symptom telemonitoring in chronic disease. *Journal of theory construction and testing*, vol. 20, (1), str. 31–38. Pridobljeno 17.12.2019 s <https://www.questia.com/library/journal/1P3-4090420351/symptom-management-theory-as-a-clinical-practice-model>

- SHIN, S.Y., 2014. Disability intervention model for older adults with arthritis: an integration of theory of symptom management and disablement process model [online]. *Asian nursing research*, vol. 8, (4), str. 241–246. Pridobljeno 13. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.08.004>
- YIN, L., FAN, L., TAN, R., YANG, G., JIANG, F., ZHANG, C., MA, J., YAN, Y., ZOU, Y., ZHANG, Y et al., 2018. Bowel symptoms and self-care strategies of survivors in the process of restoration after low anterior resection of rectal cancer [online]. *BMC surgery*, vol. 18, (1), str. 35–41. Pridobljeno 23. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0368-5>

Ocena zdravstvenega stanja pacienta za izvajalce zdravstvene nege

Denis Vihar, Matej Strnad, Nino Fijačko, Zvonka Fekonja

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Žitna ulica 2000, 15 Maribor
denis.vihar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Ocena zdravstvenega stanja predstavlja temelj zdravstvene nege in ključni element procesa zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah. V prispevku so predstavljene značilnosti izvedbe ocene zdravstvenega stanja pacienta v kliničnem okolju s strani izvajalcev zdravstvene nege. *Metode:* Izvedli smo sistematičen pregled literature v podatkovnih bazah ScienceDirect, PubMed, SAGE, Web of Science, CINAHL in Google Scholar. V pregled so bili vključeni članki glede na ustreznost vsebine, vrsto raziskav, polno dostopnost in jezik. Za prikaz poteka sistematičnega pregleda literature je bil uporabljen diagram PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Za oceno kakovosti člankov smo uporabili orodje Joanna Briggs Institute. *Rezultati:* Značilnosti izvajanja ocene zdravstvenega stanja v kliničnem okolju se nanašajo na tehnike oziroma metode izvedbe ocene zdravstvenega stanja, znanje in usposobljenost, izvajanje ocene v klinični praksi, izobraževanje, timsko delo – sodelovanje, ovire in izid zdravljenja pacienta. *Razprava:* S sistematično oceno zdravstvenega stanja lahko bistveno pripomoremo k kakovostnejši in varnejši obravnavi pacienta. Medicinske sestre so dovolj kompetentne, da izvajajo oceno zdravstvenega stanja, ampak je potrebno izvesti sistemske ukrepe tako na organizacijskem področju zdravstvenih ustanov kot pri izobraževanju medicinskih sester in s tem povečati vlogo ocene zdravstvenega stanja, podane s strani izvajalcev zdravstvene nege v kliničnem okolju.

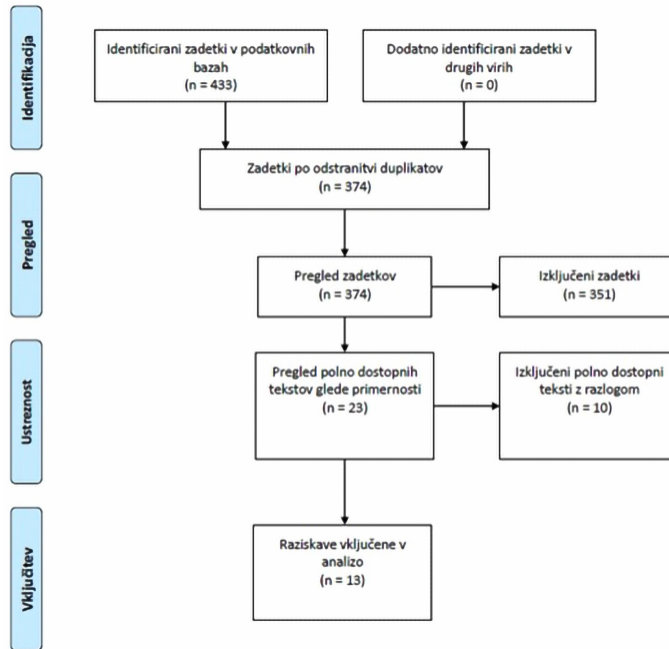
Ključne besede: pregled pacienta, medicinska sestra, izid zdravljenja, zdravstvena nega

Uvod

Z razvojem zdravstvene nege se spreminja tudi vloga medicinske sestre, ki mora danes še bolj podrobno poznati zdravstveno stanje pacienta in pravilno ukrepati v primeru spremembe njegovega zdravstvenega stanja (Douglas in sod., 2016). Ocena zdravstvenega stanja s strani izvajalcev zdravstvene nege v bolnišničnem kot tudi v predbolnišničnem okolju je zelo pomembna za zagotovitev varnosti pacienta (Buist in Stevens 2013; Cardona-Morrell in sod., 2016; Douglas in sod., 2016). Medicinske sestre morajo gledati na oceno zdravstvenega stanja kot na nepogrešljiv del zdravstvene nege (Lesá in Dixon,

2007), saj lahko z oceno hitro ugotovijo nenadno poslabšanje zdravstvenega stanja ter pravočasno in pravilno ukrepajo, da preprečijo negativne zaplete v času obravnave pacienta. V okviru prispevka bomo zato predstavili pomen in izvajanje ocene zdravstvenega stanja za medicinske sestre v kliničnem okolju. V ta namen smo zastavili raziskovalno vprašanje: Kakšne so značilnosti izvedbe ocene zdravstvenega stanja pacienta v kliničnem okolju?

Metode



Slika 1: Diagram PRISMA poteka iskanja in pregleda literature (Moher in sod., 2009)

Izvedli smo sistematični pregled literature. Uporabili smo pristop, ki ga opisujeta Higgins in Green (2009) – gre za petstopenjski metodološki pristop, ki vključuje določitev in oblikovanje raziskovalnega vprašanja, iskanje relevantnih dokazov, kritično presojo podatkov, določanje kriterijev, analizo in sintezo rezultatov. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah ScienceDirect, Medline (PubMed), SAGE, Web of Science, CINAHL in Google Scholar. Potek iskanja literature smo prikazali s pomočjo modela PRISMA (Moher in sod., 2009). Za oceno kakovosti člankov smo uporabili orodje Joanna Briggs Institute (2019) za (i) kvalitativne raziskave, (ii) sistematične preglede in sinteze raziskav, (iii) analitične presečne raziskave in (iv) raziskave serije primerov.

Rezultati

Tehnike oziroma metode izvedbe ocene zdravstvenega stanja

Medicinske sestre pri svojem delu izvajajo dve vrsti ocene zdravstvenega stanja: medicinsko oceno in oceno, usmerjeno na pacienta (Lillibridge in Wilson, 1999). Uporaba medicinskih pripomočkov predstavlja prevladujoči način ocenjevanja zdravstvenega stanja namesto uporabe praktičnih in fizičnih tehnik, zaradi česar so medicinske sestre postale preveč odvisne od elektronske opreme (Jones in sod., 2015). Pri oceni zdravstvenega stanja, ki je usmerjena na pacienta, se uporablja pristop, kot je poslušanje, komunikacija in ugotavljanje potreb pacienta (Lillibridge in Wilson, 1999).

Znanje, usposobljenost

Medicinske sestre potrebujejo ustrezne veščine ocenjevanja in jih morajo biti sposobne izvajati za pravočasno prepoznavanje zdravstvenega stanja pacientov, da se lahko izognejo poslabšanju zdravstvenega stanja pacientov (Bauer in sod., 2018). Pridobljene specifične kompetence za izvedbo ocene vplivajo na kakovost izvedbe ocene, ustvarjajo odnos med medicinsko sestro in pacientom ter negujejo odnose med družino in medicinsko sestro. Prav tako imajo izkušnje medicinske sestre pomembno vlogo pri odločanju, in sicer vezano na rezultate ocene ter ustrezno reagiranje na podlagi le-teh (Kurniawan in sod., 2019).

Izvajanje ocene v klinični praksi

Ocena zdravstvenega stanja se opravlja ob sprejemu in odpustu ter zajema oceno resnosti pacientovega stanja ne glede na medicinsko diagnozo (Rothman in sod., 2012). Nadalje predstavlja metodo za natančno razlago klinične situacije, prispeva k ustrezni postavitvi diagnoze ter upravljanju zdravljenja v kompleksnih situacijah pacientovega zdravstvenega stanja. Uporaba naprednih veščin ocenjevanja medicinsko sestro usmerja v to, kaj naj išče, kaj vidi, interpretacijo ugotovitev in njen odziv. Gre za razlago tistega, kar je videla, slišala ali čutila znotraj celotne pacientove situacije (Zambas in sod., 2016).

Izobraževanje

Stopnja izobrazbe medicinske sestre je neposredno povezana s sposobnostjo kritičnega mišljenja in odločanja, zato morajo imeti medicinske sestre dobro teoretično znanje ter analitične spretnosti. Na ta način njihovo delo poteka hitreje, oskrbo pa so sposobne izvajati v zelo kompleksnih okoljih (Kurniawan in sod., 2019). Munroe in sodelavci (2013) ugotavljajo, da bolj izobražene medicinske sestre izvajajo bolj kompleksne tehnike ocene zdravstvenega stanja in so tudi bolj uspešne v izvajanju le-tega.

Timsko delo – sodelovanje

Izvedba in analiza ocene zdravstvenega stanja zahteva dobro sodelovanje med zdravstvenimi delavci (Kurniawan in sod., 2019). Ocena zdravstvenega stanja, ki zajema področje zdravstvene nege, se izvaja neodvisno ali v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci (Lillibridge in Wilson, 1999). Sodelovanje med zdravstvenimi delavci skrajša čas izvedbe ocene zdravstvenega stanja in izboljša točnost podatkov, ki vodijo v odločitve brez tveganja in poškodb za pacienta (Kurniawan in sod., 2019).

Ovire

Na izvedbo ocene zdravstvenega stanja pomembno vplivajo pomanjkanje časa, nesprejemanje novosti, pomanjkanje sredstev, neustrezno usposobljeno osebje in pomanjkanje podpore tako vodstva kot organizacije (Munroe in sod., 2013). Le-ta pomembno vpliva na spremembo trenutne prakse (Bauer in sod., 2018). Na obseg izvajanja ocene zdravstvenega stanja pomembno vplivajo odvisnost od drugih in tehnologije, pomanjkanje samozavesti, izkušnje, delovno okolje in klinične kompetence (Osborne in sod., 2015).

Izid zdravljenja pacienta

Medicinska sestra lahko s tehnikami ocene zdravstvenega stanja hitro in učinkovito prepozna deficite v oskrbi (Jones, et al., 2015). Ocena zdravstvenega stanja vpliva na preprečevanje pojava napak in s tem povečuje varnost in kakovost oskrbe pacientov (Munroe in sod., 2013). Nadalje celostna ocena tudi izboljša kakovost oskrbe in daje smiselnost zbranim informacijam, ki se sporočajo zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem (Bauer in sod., 2018).

Razprava

Ocenjevanje zdravstvenega stanja predstavlja prvi sestavni korak procesa zdravstvene nege. Za celovito oceno pacienta je potrebno razumeti stanje celotnega pacienta, ki obsega kompletno zdravstveno anamnezo in popoln fizični pregled (Jarvis, 2016). Ugotovitve, izhajajoče iz ocene, oblikujejo izhodiščne podatke, skozi katere je mogoče spremljati in meriti spremembe pacientovega stanja ter določiti in prilagoditi potrebno oskrbo pacienta (Fennessey & Wittmann-Price 2011). Ocenjevanje zdravstvenega stanja predstavlja temelj klinične prakse medicinskim sestram, saj ta določa potrebe pacientov, načrtuje oskrbo, omogoča odločanje in izbiro intervencij in prepoznavanje, spremljanje kliničnega tveganja ter poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta. Nanašajoč se na Fennessey in Wittmann-Price (2011), ocena zdravstvenega stanja povečuje varnost in učinkovitost oskrbe pacientov. Za dobro oceno zdravstvenega stanja je potrebno predvsem znanje in usposobljenost izvajalcev zdravstvene nege, saj le-ti lahko pravočasno prepozna-

jo spremembo zdravstvenega stanja pacienta, s čimer lahko preprečimo poslabšanje zdravstvenega stanja (Bauer, et al., 2018).

Zaključek

Ocena zdravstvenega stanja predstavlja temelj zdravstvene nege in ključni element procesa zdravstvene nege v zdravstvenih ustanovah, čeprav je pogosto podana nesistematično in zgolj na podlagi izkušenj medicinske sestre. S sistematično oceno zdravstvenega stanja lahko bistveno pripomoremo h kakovostnejši in varnejši obravnavi pacienta. Kakovostna ocena zdravstvenega stanja ima lahko za pacienta in za izid zdravljenja izjemen pomen, saj lahko medicinska sestra, ki je nepretrgoma ob pacientu, hitro prepozna spremembo zdravstvenega stanja, še preden bi lahko prišlo do negativnih zapletov, in ustrezno ukrepa.

Literatura

- ADIB-HAJBAGHERY, M. in SAFA, A., 2013. Nurses' evaluation of their use and mastery in health assessment skills: Selected Iran's hospitals. *Nursing and midwifery studies*, vol. 2 (3), str. 39-43.
- BAID, H., BARTLETT, C., GILHOOLY, S., ILLINGWORTH, A. in WINDER, S., 2009. Advanced physical assessment: the role of the district nurse. *Nursing Standard*, vol. 23 (35), str. 41-46.
- BAUER, M., FETHERSTONHAUGH, D. in WINBOLT, M., 2018. Perceived barriers and enablers to conducting nursing assessments in residential aged care facilities in Victoria, Australia. *Australian journal of advanced nursing*, vol. 36 (2), str. 14-22.
- BIRKS, M., CANT, R., JAMES, A., CHUNG, C. in DAVIS J., 2013. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*, vol. 20 (1), str. 27-33.
- BUIST, M. in STEVENS, S., 2013. Patient bedside observations: what could be simpler? *BMJ Quality & Safety*, vol. 22 (9), str. 699-701.
- CARDONA-MORRELL, M., PRGOMET, M., TURNER, R.M., NICHOLSON, M. in HILLMAN, K., 2016. Effectiveness of continuous or intermittent vital signs monitoring in preventing adverse events on general wards: a systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical practice*, vol. 70 (10), str. 806-824.
- CICOLINI, G., TOMIETTO, M., SIMONETTI, V., COMPARCINI, D., FLACCO, M.E., CARVELLO, M. in MANZOLI L., 2015. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. *Journal of clinical nursing*, vol. 24 (23-24), str. 3700-3706.
- DOUGLAS, C., BOOKER, C., FOX, R., WINDSOR, C., OSBORNE, S. in GARDNER, G., 2016. Nursing physical assessment for patient safety in general wards: reaching consensus on core skills. *Journal of clinical nursing*, vol. 25 (13-14), str. 1890-1900.
- FENNESSEY, A. in WITTMANN-PRICE R.A., 2011. Physical assessment: a continuing need for clarification. *Nursing Forum*, vol. 46 (1), str. 45-50.
- JARVIS, C., 2016. *Physical examination & health assessment*. St. Louis: Elsevier,
- JONES, A., JOHNSTONE, M.-J. in DUKE, M., 2015. 'Hands-on'assessment: a useful strategy for improving patient safety in emergency departments, *Australasian emergency journal*, vol. 18 (4), str. 212-217.

- KURNIAWAN, M.H. in HARIYATI, R.T.S., 2019. Patient assessment responses in nursing practice to enhance patient safety: a systematic review. *Enfermeria clinica*, Suppl. 2, str. 459-462.
- LESA, R. in DIXON, A., 2007. Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International nursing review*, vol. 54(2), str. 166-172.
- LILLIBRIDGE, J. in WILSON, M., 1999. Registered nurses' descriptions of their health assessment practices. *International journal of nursing practice*, vol. 5 (1), str. 29-37.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. in ALTMAN, D.G., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, vol. 6 (7), str. e1000097.
- MUNROE, B., CURTIS, K., CONSIDINE, J. in BUCKLEY, T., 2013. The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, vol. 22 (21-22), str. 2991-3005.
- ODELL, M., VICTOR, C. in OLIVER, D., 2009. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65 (10), str. 1992-2006.
- OSBORNE, S., DOUGLAS, C., REID, C., JONES, L. in GARDNER, G., 2015. The primacy of vital signs—acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: a cross sectional study. *International journal of nursing studies*, vol. 52 (5), str. 951-962.
- RALEIGH, M. in ALLAN, H., 2017. A qualitative study of advanced nurse practitioners' use of physical assessment skills in the community: shifting skills across professional boundaries. *Journal of clinical nursing*, vol. 26 (13-14), str. 2025-2035.
- ROTHMAN, M.J., SOLINGER, A.B., ROTHMAN, S.I. in FINLAY, G.D., 2012. Clinical implications and validity of nursing assessments: a longitudinal measure of patient condition from analysis of the Electronic Medical Record, *BMJ open*, vol. 2(4), str. e000849.
- ZAMBAS, S.I., SMYTHE, E.A. in KOZIOL-MCLAIN, J., 2016. The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: a hermeneutic pragmatic study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, vol. 11(1), str. 32090.

Izkušnje medicinskih sester z aplikacijo intramuskularne injekcije na primarnem nivoju zdravstvenega varstva

Urška Fekonja, Zvonka Fekonja, Dominika Vrbnjak

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 2000, 15 Maribor
ufekonja@gmail.com

Povzetek

Uvod: Številne raziskave kažejo, da se aplikacija intramuskularne injekcije ne izvaja vedno v skladu s priporočili, zato je bil namen raziskati poznavanje, veščine in izkušnje medicinskih sester, zaposlenih na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, o aplikaciji intramuskularne injekcije. *Metode:* Izvedli smo presečno opazovalno raziskavo, v katero smo vključili 116 medicinskih sester, zaposlenih na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, rezultate pa analizirali z uporabo deskriptivnih statističnih metod. *Rezultati:* Raziskava je pokazala, da se medicinske sestre (87 %) najpogosteje odločijo za uporabo dorzoglutealne strani pri aplikaciji intramuskularne injekcije, medtem ko ventroglutealna stran večini (75,9 %) anketirancev ostaja nepoznana. Medicinske sestre se izogibajo ventroglutealni strani zaradi pomanjkljivega znanja (19,6 %), strahu pred poškodovanjem pacienta (8,5 %), nepoznavanja ventroglutealne strani (29 %) in lokalizacije vbodnega mesta (10,3 %). *Razprava:* Medicinske sestre še vedno izvajajo aplikacijo intramuskularne injekcije po tradicionalnih metodah dela, saj o novejših rezultatih raziskav niso obveščene. Pomanjkljivo znanje poznavanja sodobnih smernic s področja intramuskularne injekcije predstavlja priložnost za dodatne raziskave. *Gljučne besede:* medicinska sestra, intramuskularna injekcija, dorzoglutealno, ventroglutealno, znanje, veščine.

Uvod

Aplikacija zdravil je le ena izmed veščin, ki jih medicinske sestre izvajajo v vsakodnevni klinični praksi (Greenway, 2004). Med različnimi tipi aplikacije injekcij je intramuskularna injekcija najpogosteje izvajana intervencija v dnevni rutini medicinskih sester (Kara in sod., 2015; Tuğrul in Khorshid, 2014). Izbira vbodnega mesta za intramuskularno injekcijo je odvisna od mnogih dejavnikov, kot so namen aplikacije, vrsta zdravila, količina aplicirane terapije, pacientova starost, konstitucija, razvitost mišic, debelina in porazdelitev mišične oz. maščobne plasti, teža pacienta (Fekonja, 2015; Šmitek, 2006; Wynaden in sod., 2015), spol, drža, položaj pacienta in mobilnost pacienta (Hunter, 2008, Ogston-Tuck, 2014). V sodobni literaturi je kot prvo mesto iz-

bire za varno in učinkovito aplikacijo intramuskularne injekcije predlagana ventroglutealna stran (Carter-Templeton in McCoy, 2008; Hunter, 2008). Največ zapletov se pojavlja pri aplikaciji intramuskularne injekcije v dorzoglutealni predel, saj to območje zajema bogat pletež ožilja, bližino ishiadičnega živca in tanjšo plast podkožnega tkiva (Cornwall, 2011). Med najpogostejše zaplete pri aplikaciji intramuskularne injekcije v dorzoglutealni predel spadajo bolečina, nekroza tkiva, hematoma in nabod žile (Kara in sod., 2015; Wynaden in sod., 2015). Najnevarnejši zaplet pri apliciranju intramuskularne injekcije na dorzoglutealni strani predstavlja poškodba ishiadičnega živca (Greenway, 2004). Wynaden in sodelavci (2015) ugotavljajo, da so za zagotavljanje varne in učinkovite aplikacije intramuskularne injekcije potrebne dodatne raziskave, saj mnoge raziskave kažejo, da se klinična praksa ne izvaja vedno v skladu s priporočili, ki so osnovana na raziskovalnih dokazih.

Metode

Izvedli smo presečno opazovalno raziskavo, ki je potekala v mesecu juniju in juliju 2019 v enem izmed slovenskih javnih zdravstvenih zavodov v severovzhodni Sloveniji, ki zagotavlja primarno zdravstveno varstvo. Uporabili smo priložnostni vzorec. V raziskavo smo povabili 180 medicinskih sester, zaposlenih v službi nujne medicinske pomoči, v patronažnem varstvu, v ambulantah splošne in družinske medicine ter v ambulantah medicine dela, prometa in športa.

Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, ki je bil oblikovan na osnovi analize literature (Carter-Templeton in McCoy, 2008; Cornwall, 2011, Gülnar & Özveren, 2016; Sari in sod., 2017; Wynaden in sod., 2015). Zbrane podatke smo statistično analizirali s pomočjo deskriptivnih statističnih metod s pomočjo programov Microsoft Office Word 2016 in IBM SPSS Statistics 24. V raziskavi smo upoštevali vsa etična načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Pridobili smo tudi soglasje Komisije za etična vprašanja s področja zdravstvene nege ter službe zdravstvene nege zavoda, v katerem je potekala raziskava. Predpostavljali smo, da anketiranci izvajajo aplikacijo intramuskularne injekcije po tradicionalnih metodah dela. Zaradi priložnostnega vzorčenja, velikosti vzorca in izvedbe raziskave le v enem izmed zdravstvenih zavodov v Sloveniji rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo zaposlenih v zdravstveni negi.

Rezultati

Izpolnjenih smo dobili 116 vprašalnikov, kar predstavlja 64-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavo je bilo vključenih več žensk, tj. 80 (69 %). Večina sodelujočih je po doseženi izobrazbi diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik (61,2 %, $n = 71$). Najvišja dosežena stopnja izobrazbe je bil dokončan magistrski študij zdravstvene nege (10,3 %, $n = 12$). Večina (31 %, $n = 36$) je imela manj kot 10 let delovnih izkušenj, le 17,2 % ($n = 20$) anketiranih je bilo izkušenih medicinskih sester z več kot 30 let delovne dobe. Povpreč-

na dolžina delovne dobe znaša $16,71 \pm 11,28$ leta. Za najpogostejše vbodno mesto za aplikacijo intramuskularne injekcije je 101 (87 %) medicinska sestra izbrala dorzoglutealni predel, le 9 (7,8 %) se jih je prednostno odločilo za ventroglutealni predel. Na vprašanje, ali so bili v času izobraževanja deležni učenja aplikacije intramuskularne injekcije v ventroglutealni predel, jih je 27 (23,3 %) odgovorilo z »da«. Ostali, 89 (76,7 %), niso bili niti v srednješolskem niti v visokošolskem izobraževanju seznanjeni z uporabo ventroglutealnega predela. Na vprašanje, ali so že kdaj aplicirali intramuskularno injekcijo v ventroglutealni predel, jih je 88 (75,7 %) odgovorilo z »ne«. Vzrok za takšen rezultat smo našli v vprašanju: »Ali ste bili tekom izobraževanja deležni učenja intramuskularne injekcije tudi v ventroglutealno območje oz. v srednjo zadnjično mišico?«, pri katerem 89 (76,7 %) medicinskih sester v času šolanja ni spoznalo ventroglutealne strani, preostalih 27 (23,3 %) se je o tej strani že učilo in večina je intramuskularno injekcijo že aplicirala pri pacientu na ventroglutealni strani. Medicinske sestre v svoji vsakodnevni praksi uporabljajo različne pristope pri aplikaciji intramuskularne injekcije. Pred pripravo katerekoli terapije je treba poskrbeti za pripravo izvajalca. 91,4 % ($n = 106$) medicinskih sester vedno poskrbi, da si pred aplikacijo umijejo in razkužijo roke, dobra tretjina (33,6 %, $n = 39$) pa z redno uporabo zaščitnih rokavic poskrbi še za dodatno zaščito. Večina anketiranih je odgovorila, da vedno (93,1 %, $n = 108$) ali vsaj občasno (6 %, $n = 7$) preverijo dozo in rok uporabnosti zdravila pred apliciranjem le-tega. Ključnega pomena pri izbiri vbodnega mesta je poznavanje anatomskih točk, s čimer poskrbimo za natančnejšo lokalizacijo in pravilno izvedbo. Tega dejstva se zaveda večina medicinskih sester, ki se pri izbiri vbodnega mesta vsaj občasno (26,7 %, $n = 31$) ali vedno (64,7 %, $n = 75$) opirajo na anatomske točke izbranega predela. Do odstopanj je prišlo tudi pri vprašanju o rabi igel velikosti 21 G in 23 G. Ugotovili smo, da pri aplikaciji intramuskularne injekcije prevladuje uporaba igle velikosti 21 G, ki jo občasno uporablja 45 (38,8 %), vedno pa 31 (26,7 %) anketiranih, medtem ko na drugi strani iglo velikosti 23 G redno uporabljajo štiri (3,5 %), občasno pa 60 (51,7 %) medicinskih sester.

Razprava

Izbira vbodnega mesta za aplikacijo intramuskularne injekcije naj bi bila odvisna od številnih faktorjev, vendar se medicinske sestre v raziskavi kljub temu največkrat, skoraj v devetdesetih odstotkih, odločijo za dorzoglutealno stran, le slabih deset odstotkov izbere ventroglutealno stran. Do podobnih izsledkov so prišli tudi Floyd in Meyer (2007), Wynaden in sod., (2015) ter Walsh in Brophy (2011). Med razloge, ki medicinske sestre odvrčajo od izbire ventroglutealne strani, avtorji navajajo: nezadostno znanje o prednostih rabe ventroglutealne strani (Gülner in Özveren, 2016; Tuğrul in Khorshid, 2014), površinsko majhno področje (Kilic in Kalay, 2014), pomanjkanje samozavesti in samozaupanja (Greenway, 2004; Walsh in Brophy, 2011; Wynaden in sod., 2015), hkrati pa se medicinske sestre raje ravnaajo po lastnih izkušnjah in znanju, ne ozirajoč se na novejša priporočila v praksi zdravstvene nege (Sari in

sod., 2017). Medicinske sestre (6,9 %, n = 25) so v raziskavi, ki so jo opravili Sari in sodelavci (2017), prav tako izpostavile strah pred apliciranjem intramuskularne injekcije v ventroglutealni predel zaradi zmotnega mišljenja, da ventroglutealni predel ni varen za pacienta. Smernice, ki jih podaja Workman (1999), svetujejo uporabo t. i. dvoigelne tehnike pri pripravi terapije, pri čemer je prva igla namenjena pripravi in aspiraciji zdravila, druga igla pa aplikaciji slednjega. Da uporaba tovrstne tehnike pripomore k zmanjšanju bolečine in neugodja ob aplikaciji intramuskularne injekcije, so prav tako v svojih raziskavah potrdili Ogston-Tuck (2014) in Wynaden in sodelavci (2015). Z-metoda (cikcak) intramuskularne injekcije je v literaturi označena kot koristna, saj s premikom kože (tkiva) prepreči iztekanje zdravila skozi vbodni kanal (Wynaden in sod., 2015). Z-metoda ostaja pri nas še precej nepoznana. Čeprav so še danes mnenja deljena, je aspiracija po besedah Svetovne zdravstvene organizacije in Centra za nadzor in preprečevanje boleznih nezanesljiv indikator položaja igle, saj bi za pojav krvi v brizgalki injekcije bilo treba aspiracijo izvajati 5 do 10 sekund z zelo počasnim vlekoma bata brizgalke (Thomas in Mraz, 2016). Nadalje Thomas in Mraz (2016) navajata, da je najpogostejši čas aspiracije trajal dve sekundi (67 %), le pri 3 % je aspiracija trajala pet sekund, kot narekujejo standardi. Aspiracija je smiselna le na področjih z velikim žilnim pletežem, kot je dorzoglutealna stran (Ogston-Tuck, 2014). Na vprašanje o masaži vbodnega mesta so mnenja precej deljena. Masaža vbodnega mesta po intramuskularni injekciji nikakor ni zaželeno temveč je priporočen zgolj blag pritisk s sterilnim zložencem ali gobico na mesto vboda (Sari in sod., 2017). Da je ventroglutealna stran v literaturi priporočena za apliciranje dražjih in oljnih raztopin, je v raziskavi, ki so jo opravili Sari in sodelavci (2017) pravilno ugotovilo kar 47,5 % (n = 172) anketiranih, pri nas le 16,4 % (n = 19). Po najsodobnejših ugotovitvah je kot najbolj varno mesto izbire za aplikacijo intramuskularne injekcije priporočena ventroglutealna stran, ki je zelo slabo poznana in skorajda neuporabljena stran med medicinskimi sestrami, kar ugotavljamo tudi v naši raziskavi.

Zaključek

Uporaba dorzoglutealne strani ni v skladu s priporočili in že dolgo ni priznana kot priporočena stran intramuskularne injekcije v zdravstveni negi. Če želimo zagotoviti širše poznavanje izbora varnega in prednostnega mesta za aplikacijo intramuskularne injekcije, je treba omogočiti dodatno praktično in teoretično usposabljanje medicinskih sester z najnovejšimi priporočili za dobro prakso, poučevanje o ventroglutealni strani pa vključiti v izobraževalni program. S tem bomo zagotovili večjo splošno razširjenost izbire prednostnega (ventroglutealnega) mesta za aplikacijo intramuskularne injekcije ter s tem kakovostno in varno zdravstveno nego, osnovano na dokazih.

Literatura

- CARTER-TEMPLETON, H. in MCCOY, T., 2008. Are we on the same page?: a comparison of intramuscular injection explanations in nursing fundamental texts. *Medsurgical Nursing*, vol. 17 (4), str. 237–240.
- CORNWALL, J., 2011. Are nursing students safe when choosing gluteal intramuscular injection locations? *Australasian Medical Journal*, vol. 4 (6), str. 315–321.
- FEKONJA, Z., 2015. Priprava in dajanje zdravil intramuskularno: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. V: VALENČIČ, G., ur. *Diagnostično-terapevtski postopki: zbornik predavanj/ Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 36. strokovno srečanje, Ljubljana, 19. oktober 2015*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, str. 12–22.
- FLOYD, S. in MEYER, A., 2007. Intramuscular injections: What's best practice? *Nursing New Zealand*, vol. 13 (6), str. 20–22.
- GREENWAY, K., 2004. Using the ventrogluteal site for intramuscular injection. *Nursing Standard*, vol. 18 (25), str. 39–42.
- GÜLNAR, E. in ÖZVEREN, H., 2016. An evaluation of the effectiveness of a planned training program for nurses on administering intramuscular injections into the ventrogluteal site. *Nurse Education Today*, vol. 36, str. 360–363.
- HUNTER, J., 2008. Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard*, vol. 22 (24), str. 35–40.
- KARA, D., UZELLI, D. in KARAMAN, D., 2015. Using ventrogluteal site in intramuscular injections is a priority or an alternative? *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), pp. 507–513.
- KILIC, E. & KALAY, C., in KILIC, C., 2014. Comparing applications of intramuscular injections to dorsogluteal or ventrogluteal regions. *Journal of Experimental and Integrative Medicine*, vol. 4 (3), str. 171–174.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Uradni list RS, št. 71/2014.
- OGSTON-TUCK, S., 2014. Intramuscular injection technique: an evidence-based approach. *Nursing Standard*, vol. 29 (4), str. 52–59.
- SARI, D., SAHIN, M., YASAR, E., TASKIRAN, N. in TELLI, S., 2017. Investigation of Turkish nurses frequency and knowledge of administration of intramuscular injections to the ventrogluteal site: results from questionnaires. *Nurse Education Today*, vol. 56, str. 47–51.
- ŠMITEK, J., 2006. Izbiranje najprimernejših mest za intramuskularno injekcijo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, vol. 40 (2), str. 79–85.
- THOMAS, C.M., MRAZ, M. in RAJCAN, L., 2016. Blood aspiration during IM injection. *Clinical Nursing Research*, 25(5), str. 549–559.
- TUĞRUL, E. in KHORSHID, L., 2014. Effect on pain intensity of injection sites and speed of injection associated with intramuscular penicilin. *International Journal of Nursing Practice*, vol. 20 (5), str. 468–474.
- WALSH, L. in BROPHY, K., 2011. Staff nurses' sites of choice for administering intramuscular injections to adult patients in the acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67 (5), str. 1034–1040.
- WORKMAN, B., 1999. Safe injection techniques. *Nursing Standard*, vol. 13 (39), str. 47–53.
- WYNADEN, D., TOHOTOA, J., AL OMARI, O., HAPPELL, B., HESLOP, K., BARR, L., SOURINATHAN, V., 2015. *Administering intramuscular injections: How does research translate into practice over time in the mental health setting?*, vol. 35 str. 620–624.

Stres pri zaposlenih v urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana – interpretativna analiza mnenj

Lucija Madjar, Monika Bergant, Brigita Skela Savič

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
monikabergant@hotmail.com

Povzetek

Uvod: Za zdravstvene delavce predstavlja velik problem izpostavljenost stresu in škodljivim dejavnikom. Še posebej ogrožena skupina so zaposleni v urgentni dejavnosti. *Metode:* Uporabljena je bila interpretativna kvalitativna metoda raziskovanja. Izbran je bil namenski vzorec, v katerega smo vključili 6 zdravstvenih delavcev, med njimi polovica zdravstvenih tehnikov in polovica diplomiranih zdravstvenikov. Obdelava podatkov je bila izvedena z vsebinsko pripovedno analizo besedila in oblikovanjem kode, ki so pripomogle k vsebinskem spoznanju raziskave. *Rezultati:* Pri urejanju in analizi v raziskavi pridobljenega empiričnega gradiva je bilo pridobljenih 5 kategorij, s katerimi je bila pojasnjena zastavljena problematika: vzroki za stres na delovnem mestu, značilnosti stresa, soočanje s stresom na delovnem mestu, soočanje s stresom v domačem okolju in individualni predlogi za zmanjševanje stresa. *Razprava:* Delo zdravstvenih delavcev v urgentni dejavnosti, kjer se dnevno srečujejo s težko bolnimi, poškodovanimi ali nenadno umrli, je psihično zelo obremenjujoče in stresno.

Gljučne besede: delovni stres, delovno okolje, obvladovanje stresa, zdravstveni delavci

Uvod

V vsakdanjem življenju pogosteje srečujemo stres kot posledico bodisi neznanih, nepredvidenih in pretiranih zahtev, obremenitev ter izzivov, ki so nastopili po tem, ko je bil človek že daljši čas podvržen stresnim situacijam (Sotirov in Železnik, 2014). Lesjak (2010) opisuje stres na delovnem mestu, ko zahteve delovnega okolja presegajo sposobnost zaposlenih, da jih obvladajo ali izpolnjujejo. Firdousa (2017) je ugotovil, da je več kot polovica delavcev v urgentni dejavnosti izpostavljeno zelo velikim stopnjam stresa v primerjavi z delavci drugih oddelkih, kjer opisujejo le srednjo stopnjo stresa. Če so obremenitve dolgotrajne, se stres kaže kot nemoč obvladovanja situacij v delovnem okolju, med katere pogosto sodijo ponavljanje napak, razdiralno vedenje, pojavljanje incidentov in podobno. Veliko znakov stresa med zdravstvenimi delavci ostane dolgo neopaženih in se jih zavejo šele, ko so že ogrozili zdravje in se kažejo tako na psihičnem kot na fizičnem nivoju (Bay-

ren in sod., 2014). Namen raziskovalnega projekta je spoznati mnenja, izkušnje in okoliščine, ki so stresne za zaposlene v urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju UKCLJ) v delovnem okolju, ter ugotoviti oblike pomoči, ki se jih udeleženci raziskave v vsakodnevem življenju poslužujejo. Raziskovalno vprašanje: Kaj za zaposlene v zdravstveni negi na področju urgentne dejavnosti predstavlja stres v delovnem okolju, ter kako se s stresom soočajo? *Cilji raziskovalnega projekta so:*

- razumeti, kako se zdravstveni delavci spopadajo s stresom na delovnem mestu,
- prikazati znake in simptome za nastanek stresa, ki se pojavljajo pri zdravstvenih delavcih v urgenten kirurškem bloku UKCLJ

Metode

Uporabili smo interpretativni kvalitativni dizajn, kar pomeni, da je poudarek na razumevanju in interpretaciji raziskovanih situacij, ravnanj, dogodkov z vidika njihovih udeležencev (Kožuh in Vogrinc, 2011). Podatke za raziskavo smo zbrali s pol strukturiranimi intervjuji z odprtimi vprašanji, katerim so sledila podvprašanja, s katerimi so bili udeleženci usmerjeni v razumevanje problema, ki smo ga želeli raziskati in razumeti. Glede na postavljene cilje smo zasnovali delovna vprašanja, ki so bili zastavljeni udeležencem raziskave:

1. Kako se počutite na delovnem mestu?
2. Katere situacije vam izzovejo neprijetne občutke in vam povzročajo največje stiske?
3. Opažate mogoče težave, ki so vezane na psihološki vidik? (motnje spanja, vznemirjenost, slaba koncentracija, napetost, povečan ali zmanjšan apetit, pomanjkanje energije in volje, drugo ...)
4. Kaj bi vi sami spremenili, da bi bili manj izpostavljeni stresu?

V raziskovalnem projektu, smo uporabili namenski vzorec. Izbrali smo udeležence, ki nam o temi, ki jo preučujemo, znajo največ povedati. Izbrali smo posameznike, ki delajo v urgentni ambulanti in se spopadajo s stresom na delovnem mestu. Vzorec, ki smo ga uporabili je vključeval: 6 zdravstvenih delavcev v urgentnem kirurškem bloku UKC LJ, od tega 3 diplomirane zdravstvenike in 3 zdravstvene tehnike. Starost intervjuvancev je bila od 28 do 56 let. Zasičenost podatkov smo zaznali kot zadovoljivo že na polovici izvedenih intervjujev.

Raziskava je potekala od junija 2019 do novembra 2019 v urgentnem kirurškem bloku UKC LJ. Najprej sva pridobili dovoljenja za izvedbo raziskave in sicer: dovoljenje glavne medicinske sestre kirurške klinike, dovoljenje vodje zdravstvene nege in oskrbe urgentnega kirurškega bloka in nato še dovoljenje skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC LJ, ki je bil izdan na korespondenčni seji. Pred vsakim intervjujem smo pridobili tudi pisno in ustno dovoljenje za snemanje pogovora. Poskrbeli smo za anonim-

nost in anonimizirali podatke na način, da udeležence raziskave ni možno prepoznati. Obdelava podatkov je temeljila na dobesednem prepisu, zato so izjave udeležencev ostale nespremenjene. Obdelavo podatkov smo izvedli z vsebinsko analizo kvalitativnega empiričnega raziskovanja, kjer smo empirične podatke analizirali s pomočjo kod in kategorij. Kode smo pridobili s sistemom odprtega kodiranja in sicer tako, da smo iz vsakega odstavka izločili bistvo izrečenega. S pomočjo kod, in kategorij smo iskali bistvo pridobljenih podatkov ter oblikovali teoretično razlago (Vogrinc, 2011).

Rezultati

Iz večkratnega branja besedila smo oblikovali 28 kod in 5 kategorij, ki jih prikazujemo v Tabeli 1. Vsebinsko podobne kode smo združili v kategorije, s katerimi smo želeli pojasniti namen raziskave (Tabela 1).

Tabela 1: Rezultati interpretativne analize mnenj

Kode	Kategorije
Intervencije z otroci Izražanje sožalja svojcem Posredovanje slabih novic svojcem Neuspešna reanimacija Podoživljanje nesreče Dvom Izmenško delo Poistovetenje s svojci	Vzroki za stres na delovnem mestu
Utrujenost Premišljevanje o dogodkih Motnje spanja Pomanjkanje energije Težave z želodcem Neredni obroki Prenajedanje Nezdrave razvade	Značilnosti stresa
Pogovor s sodelavci Potreba po tišini Umik	Soočanje s stresom na delovnem mestu
Hoja Pozitivna naravnost Preživljanje časa z družino Druženje s prijatelji	Soočanje s stresom v domačem okolju
Želja po zaupniku Boljša organizacija dela Več kadra Skupinski pogovor Strokovna pomoč	Individualni predlogi za zmanjševanje stresa

Med najbolj pogost vzrok za stres na delovnem mestu, so udeleženci označili nesreče, v katerih so udeleženi otroci. Na te situacije, se je še po dolgoletnih izkušnjah težko privaditi, ker je razvidno iz naslednjega primera:

Citat 37: » Ja, 2 otroka k sta mi umrla, ampak že leta in leta nazaj. To je bila prometna nesreča. Stara sta bila 4 leta. Pa potem še svojcem pove-

dat. To je najhujše. Sem čutu posledice. Sej nekak prebrodiš vse skupej ampak sem rabu nekej mesecev. Rabu sem samoto. Takrat še nisem imel svoje družine, zdaj bi bilo verjetno težje.«

Citat 28: »Ja najbolj neprijetne so težke poškodbe otrok, smrt. Še posebi pa pol ko si tud sam starš. Al pa te družinske tragedije.«

Pri večini pa se pojavljajo: utrujenost, neustavljivo premišljevanje o dogodkih, prisotni so dvomi, motnje spanja, porušen ritem spanja, pomanjkanje energije, težave z želodcem. Kot kaže primer:

Citat 16: »Po stresnem dogodku se te to še nekaj časa drži in o tem premišljuješ, slabše spiš, nisi tako razpoložen kot običajno. Tega ne poskušam nositi v svojo družino čeprav je to zelo težko ker drugi opazijo da nisi takšen kot bi moral biti.«

Udeleženci se s stresom kar dobro spopadajo, saj se tudi doma poslužujejo tehnik, s katerimi zmanjšujejo negativne vplive stresa na telo in duha. Med njimi, je najpogostejša sprostitev prav pogovor, šport in drugi hobiji.

Citat 14: »Sprehajam se, telovadim, rada ustvarjam, rada sem sama vsaj pol ure na dan.«

Prav tako, so udeleženci raziskave poudarjali, da bi za lažje delo in razbremenitev potrebovali boljšo organizacijo dela in več kadra.

Citat 32: »Mogoče organizacija, da bi nas mal vč blo. Ne morš usem pomagat tko kot bi hotu tist trenutek. Če bi blo mal vč kadra neb blo nč narobe, ker nikol ne veš kva se bo zgodil in imaš občutek da nimaš nadzora nad vsemi pacienti.«

Razprava

Udeleženci opažajo težave, ki bi bile lahko povezane z izpostavljenostjo stresu, vendar pa o tem da so lahko posledica stresa, še niso premišljevali. Raziskava je pokazala, da so dejavniki, ki jih največkrat opažajo zdravstveni delavci v urgentni dejavnosti čezmerna delovna obremenitev, neuspešna ree animacija malih otrok, izražanje sožalja svojcem, pomanjkanje kadra, veliko intervencij za katere nimajo dovolj znanja, kot najbolj pogosto pa so omenjali izmensko delo. Prav tako različni raziskovalci ugotavljajo, da je delo v izmenah tretji najpomembnejši dejavnik zaposlitvenega stresa. Delo v izmenah kot trdi Bilban (2014) poruši nevrofiziološke ritme telesa, kar se lahko stopnjuje do bolezni, ki so povezane s stresom. Udeleženci raziskave kot učinkovito obliko pomoči pri stresu navajajo pogovor s sodelavci in sprehod v hribe, kjer si zbistrijo misli. Do podobnih ugotovitev so prišli Bregar in sodelavci (2011), ki so ugotovili, da udeleženci njihove raziskave kot učinkovito pomoč pri stresu navajajo sprehode. Kot omejitve naše raziskave bi omenili vzorec, saj rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo. Za večjo veljavnost analize podatkov sva analizirali dve in tako zagotovili poenotenje seznama kod. Kot trdi Poplas Sušičeva (2017) analiza dveh raziskovalcev zmanjša možnost

pristranosti in hkrati poveča interpretativno podlago raziskave. Zanesljivost raziskave je bila zagotovljena z upoštevanjem predpisane metodologije.

Zaključek

Menimo, da delo v urgentni dejavnosti že dlje časa velja za enega najbolj stresnih poklicev na svetu kot pravijo tudi raziskave, ki kažejo na to, da večplastni pritiski, ki so ga medicinske sestre in tudi drugi zdravstveni delavci deležni pri vsakodnevne delu, povzročajo prekomeren stres in izgorelost. Potrebne bi bile še dodatne raziskave, ki bi podrobneje raziskovale občutke zaposlenih, na različnih področjih dela na področju zdravstvene nege. Menimo, da bi bile najprimernejše in najbolj učinkovite raziskave kvalitativnega tipa, ki spodbujajo izražanje čustev in občutkov.

Literatura

- BAYREN, P., EDWARDS, D., BENNETT, K., THAIBAH, H., TOTHOVA, V., BALDACCHINO, D., BARA, P. in MYTEVELLI, J., 2014. A comparative, longitudinal study of stress in nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse education today*, vol. 28 (2), str. 134-145.
- BILBAN, M., 2014. Kako prepoznati stres v delovnem okolju?. V: GOLOB, M., ur. *Zbornik prispevkov 5. Konference kariernih coachev, 30. maj 2014*. Ljubljana: Glotta Nova, str. 11-16.
- BREGAR, B., PETERKA, NOVAK, J. in MOŽGAN, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 45 (4), str. 253-262.
- FIRDOUSA, J., 2017. Effect of acute and chronic job demands on effective individual teamwork behaviour in medical emergencies. *British Journal of Nursing*, vol. 66 (7), str. 1573-1583.
- KOŽUH, B. in VOGRINC, J., 2011. *Obdelava podatkov*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- LESJAK, D., 2010. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem, *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 10 (11), str. 143-146.
- POPLAS SUSIČ, T., 2017. The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 51 (2), str. 112-115
- SOTIROV, D. in ŽELEZNIK, D., 2014. Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v zdravstvenem domu Novo mesto in splošni bolnišnici Novo mesto. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 45 (1), str. 23-29.

Uporabnost ocenjevalnih lestvic v enoti intenzivne terapije

Katarina Godeša, Sedina Kalender Smajlović

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
katarina.cemazar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Uporaba ocenjevalnih lestvic v enoti intenzivne terapije zagotavlja ustrezno in varno zdravstveno nego kritično bolnih pacientov. Medicinske sestre morajo imeti znanje o vrstah ocenjevalnih lestvic in znanje za njihovo pravilno uporabo. *Metode:* Uporabljen raziskovalni dizajn je bila vsebinska analiza znanstvenih člankov in strokovne literature. Uporabljena literatura je bila pridobljena iz podatkovnih baz CINAHL, ProQuest, PubMed, COBISS in Google učenjak. Časovni kriteriji glede starosti literature so bili omejeni na 10 let, v obdobju od 2008 do 2018. Zaradi primernosti vsebine in pomena raziskave sta bila izjemoma vključena dva vira izdana leta 2004 in 2019. Za iskanje v slovenskem jeziku so bile uporabljene naslednje besedne zveze: »ocenjevalne lestvice, ocenjevalne lestvice v EIT in intenzivna terapija«. V angleškem jeziku pa: »assessment tools in ICU, assessment critically ill patient, evaluation scales in ICU, critically ill patient assessment AND assessment scales in ICU«. *Rezultati:* Za natančno analizo je bilo primernih 36 člankov, od katerih je bilo za končno analizo izbrano 20 člankov. Vključenih je bilo 16 kvantitativnih in 4 kvalitativne raziskave. Oblikovanih je bilo 58 kod, ki so bile glede na medsebojne povezave združene v 5 kategorij: (1) ocena sedacije, (2) ocena stopnje zavesti, (3) ocena bolečine, (4) ocena delirija in (5) ocena ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska. *Razprava:* Za oceno zdravstvenega stanja kritično bolnih pacientov se uporabljajo različne ocenjevalne lestvice. Le-te morajo biti dovolj specifične, lahko uporabne, preizkušene, primerno občutljive ne glede na ocenjevalca ter primerno izbrane glede na zdravstveno stanje kritično bolnih pacientov. Uporabniki le-teh pa morajo imeti znanje in izkušnje, da je ocenjevanje ustrezno.

Gljučne besede: kritično bolni pacienti, medicinska sestra, ocenjevanje

Uvod

Zdravstvena obravnava kritično bolnih pacientov je zahtevna, saj se njihovo zdravstveno stanje nenehno spreminja in je negovalni načrt potrebno temu primerno prilagajati. Postopki ocenjevanja kritično bolnih pacientov vključujejo podatke iz aparatov in monitorjev, klinično opazovanje, oceno pacientovega psihofizičnega stanja ter stanja zavesti, kar omogoča načrtovanje zdravstvene nege (Goričan, 2013). Skrb za kritično bolne paciente zahteva

natančno opazovanje fizioloških znakov, zato je uporaba različnih protokolov zdravstvene oskrbe kritično bolnih pacientov postala bolj pogosta (Chang in sod., 2012 cited in Kalender Smajlovič, 2018, p. 46). Osnovna naloga medicinske sestre je izvajanje stalnega nadzora z neposrednim opazovanjem zdravstvenega stanja kritično bolnih pacientov, prepoznavanje sprememb ter zgodnjih kliničnih poslabšanj. Thoung (2008) pravi, da so ključna merila zdravstvenih delavcev pri izbiri lestvic: stopnja ponovljivosti, jasnost, reprezentativnost, hitrost in prijaznost do uporabnika. Christakou s sodelavci (2013) pravi, da je pomemben premislek pri izbiri ocenjevalne lestvice v enoti intenzivne terapije (EIT), saj je potrebno ugotoviti za kakšno populacijo jo bomo uporabljali, kakšne značilnosti imajo in v kateri fazi rehabilitacije se nahajajo kritično bolni pacienti. Namen prispevka je preko pregleda literature ugotoviti, katere so najpogosteje uporabljene ocenjevalne lestvice pri izvajanju zdravstvene oskrbe kritično bolnih pacientov v EIT. Cilji raziskave so bili ugotoviti prednosti in slabosti uporabljenih ocenjevalnih lestvic v EIT. V okviru raziskave je bilo postavljeno raziskovalno vprašanje: Katere so najpogosteje uporabljene ocenjevalne lestvice v EIT?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja. Iskanje je potekalo v strokovnih spletnih bazah podatkov: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Cinahl/EBSCO Host, v PubMedu in ProQuestu. Iskanje strokovnih člankov je potekalo tudi v iskalniku Google Učenjak in preko spletnega bibliografskega sistema virtualne knjižnice Slovenije COBISS. Za iskanje domače strokovne literature so bile uporabljene ključne besede: »ocenjevalne lestvice«, »ocenjevalne lestvice v EIT« in »intenzivna terapija«. Za iskanje v angleškem jeziku pa so bile uporabljene naslednje besedne zveze: »assessment tools in ICU«, »assessment critically ill patient«, »evaluation scales in ICU«, »assessment scales in ICU« in »critically ill patient assessment«. Pri iskanju so med omejitvenimi kriteriji bili izbrani naslednji pogoji: časovni okvir 10 let (od leta 2008 do 2018), članki v slovenskem in angleškem jeziku, dostopnost do celotnega brezplačnega članka ter Boolov logični operater AND. Iz končnega izbora ustreznih zadetkov so bile s tehniko vsebinske analize izbrane kode in kategorije. Potek izločanja neustrezne literature smo izvedli s pomočjo PRIZMA diagram poteka. Uporabili smo kvalitativno metodo analize vsebine iz izbrane literature, po Vogrincu (2008). Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etične smernice v raziskovalnem delu (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

Rezultati

V končno analizo smo vključili 4 kvalitativne in 16 kvantitativnih raziskav. Na podlagi izbranih pregledanih znanstvenih in strokovnih člankov so bile s tehniko kodiranja oblikovane naslednje vsebinske kategorije: (1) ocena sedacije, (2) ocena stopnje zavesti, (3) ocena bolečine, (4) ocena delirija in (5) oce-

na stopnje ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska, kar prikazujemo v Tabeli 1.

Tabela 1: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Ocena sedacije.	RASS – Bispectral index – globina sedacije – anksioliza – anestezija – stopnja zavesti	Jullette - Fantigrasssi, 2013; Kheirabadi in sod., 2015; Zheng in sod, 2018
Kategorija 2: Ocena stopnje zavesti.	FOUR lestvica – GCS – AVPU – RASS – stopnja zavesti – koma – somnolenca – sopor – nezavest – zavedanje – motorični odziv – dražljaji okolja	McNarry in Goldhill, 2004; Iyer in sod., 2009; Fischer in sod., 2010; Jullette - Fantigrasssi, 2013; Kheirabadi in sod., 2015; Zheng in sod., 2018
Kategorija 3: Ocena bolečine.	CPOT – BPS – NVPS – NVPS-R – BPAT – ESCID – NPAT – PAIN – FLACC – MOPAT – BIS – VAS – bolečina – nociceptorji – neugodje	Cade, 2008; Gélinas in sod., 2011; Topolovec-Vranic in sod., 2013; Severgnini in sod., 2016; Azevedo - Santos in DeSantana, 2018; Zheng in sod., 2018
Kategorija 4: Ocena delirija.	CAM-ICU – ICDSC – DDS – Nu-DESC – RASS – zmedenost – neorientiranost – delirij – motnja zavesti – zaznavanje – pozornost – neorganizirano mišljenje – koncentracija – halucinacije – neprimeren govor – neprimerno vedenje – spominjanje	van Eijk in sod., 2009; Luetz in sod., 2010; Gusmao – Flores in sod., 2012; Tomasi in sod., 2012; Fagundes in sod., 2012; Jullette - Fantigrasssi, 2013; Kheirabadi in sod., 2015; Zheng in sod., 2018; Mu-Hsing in sod., 2019
Kategorija 5: Ocena stopnje ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska.	COMHON – Waterlow scale – Bradenova lestvica – Nortonova lestvica – lastnosti kože – poškodba tkiva – trenje – strižne sile	Borghardt in sod., 2015; Fulbrook in Anderson, 2015; Vrankar, 2017

Razprava

Ocenjevanje je proces, ki poteka skozi vse faze procesa zdravstvene nege. Na oddelku EIT so dnevno in najbolj pogosto uporabljene ocenjevalne lestvice za oceno zavesti, globine uspavanja/vznemirjenosti, metoda za oceno delirija, bolečine, ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP) in ocena ustrezne prehranjenosti (Škerjanec Hodak in Majanović, 2015). Ocenjevalne lestvice za oceno tveganja za nastanek RZP pripomorejo k ustrezni preventivi nastanka in zmanjšanja števila le-teh (Fulbrook in Anderson, 2015). V naši raziskavi smo prepoznali štiri najbolj pogosto uporabljene ocenjevalne lestvice za oceno RZP v EIT in sicer: Waterlow, Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition (COMHON), Bradenova lestvica in Nortonova lestvica. Na področju ocenjevanja bolečine pa obstaja več ocenjevalnih lestvic za oceno le te, kot so lestvice: Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) (vključuje oceno štirih vedenj), Behavioural Pain Scale (BPS) (ocenjuje tri vedenjske domene), Visual Analogue Scale (VAS), Non-verbal Pain Scale (NVPS)

(ocenjuje pet kategorij), Non - Verbal Pain Scale, revised version (NVPS-R), Pain assessment and intervention notation algorithm (PAIN) (vsebuje tri dele), Behavioral pain assessment tool (BPAT), Nonverbal pain assessment tool (NPAT), Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID), Face, legs, activity, cry, consolability (FLACC) (ocenjevalni instrument, ki se v veliki meri uporablja pri otrocih s kognitivnimi okvarami) ter Multidimensional objective pain assessment tool (MOPAT) (večdimenzionalna lestvica za uporabo pri neodzivnih pacientih). Tudi Bispectral index (BIS) lestvica, ki meri možgansko aktivnost na različnih kortikalnih območjih med bolečino in nocicepcijsko integracijo izmeri vrednost kortikalne aktivnosti, ki se giblje od 0 (brez kortikalne aktivnosti) do 100 (popolna budnost) (Azevedo - Santos in DeSantana, 2018).

Za diagnosticiranje delirija pri pacientih v EIT je bilo razvitih in potrjenih več metod, vendar pa sta Confusion Assesment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) in Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) najpogosteje uporabljena (Gusmao - Flores in sod., 2012). Tudi ocena sedacije je pomembna in prispeva k ustreznemu titriranju sedativnih zdravil. Najbolj pogosta je ocenjevalna lestvica RichmondAgitation - Sedation Scale (RASS) (Jullette - Fantigrassi, 2013). BIS kot orodje za ocenjevanje bolečine se uporablja tudi pri oceni stopnje sedacije in pomaga pri doseganju optimalne titracije sedativov. Ocenjevanje zavesti sodi v rutinsko ocenjevanje v EIT. Glasgow Coma Scale (GCS) je do sedaj najbolj razširjena ocenjevalna lestvica. Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) lestvica je novejša lestvica za oceno stopnje zavesti, ki pa ni odvisna od verbalnega odziva pacienta (Kheirabadi in sod., 2015). Alert, Voice, Pain, Unresponsive (AVPU) ocenjuje budnost oziroma nespremenjeno zavest, odgovor na glas, odgovor na bolečinske dražljaje in brez odgovora oziroma neodzivnost. Gre za hitro primarno nevrološko oceno stopnje zavesti (McNarry in Goldhill, 2004).

Na splošno ugotavljamo, da se lestvice razlikujejo po številu in vsebini ocenjevalnih kriterijev. Prav tako se lestvice razlikujejo po načinu točkovanja določenega kriterija, ali je ta že točno točkovan oziroma dopušča ocenjevalcu, da sam določi število točk. Sam način uporabe ocenjevalnih lestvic v EIT temelji na dobrem poznavanju samih ocenjevalnih lestvic ter dobrem opazovanju in spremljanju pacienta. Medicinske sestre imajo zelo pomembno vlogo pri ocenjevanju kritično bolnega pacienta. Težave s katerimi se najpogosteje srečujejo so: prednostna naloga, organizacijske ovire ter ovire pri znanju o uporabi samih ocenjevalnih lestvic. Izobraženost in podučенost medicinske sestre je poleg ustrezne izbire ocenjevalnih lestvic, pomemben dejavnik za čim boljše obravnavo in zdravljenje kritično bolnega pacienta (Borghardt in sod., 2015; Azevedo - Santos in DeSantana, 2018).

Omejitve izvedene raziskave so v tem, da so bile v glavnem vključene ocenjevalne lestvice za pri odraslih kritično bolnih pacientih.

Zaključek

Primerna izbira in uporaba ocenjevalnih lestvic v EIT prispeva k ustrezni zdravstveni obravnavi kritično bolnih pacientov. Pridobili smo podatke o najbolj pogostih ocenjevalnih lestvicah v EIT. Ocenjevalna lestvica mora biti lahka za uporabo, razumljiva za vse uporabnike ter primerna. Pomembno je zavedanje, da se na podlagi pridobljenih ocen titrirajo zdravila ter izvajajo različni ukrepi in protokoli, ki delujejo preventivno oziroma preprečujejo poslabšanje. Zato je ocenjevanje potrebno izvajati strokovno, profesionalno in po predpisih standardov kakovosti.

Literatura

- AZEVEDO-SANTOS, I.F. in DESANTANA, J., 2018. Pain measurement techniques: spotlight on mechanically ventilated patients. *Journal of pain research*, vol. 11, str. 2969-2980.
- BORGHARDT, A.T., PRADO, A.T., ARAUJO, T.M., ROGENSKI, N.M.B. in BRINGUENTE, M.E.O., 2015. Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patient: a prospective cohort study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 23 (1), str. 28-35.
- CADE, C.H., 2008. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical care*, vol. 13 (6), str. 288-297.
- CHRISTAKOU, A., PAPADOPOULOS, E., PATSAKI, I., SIDIRAS, G. in NANAS, S., 2013. Functional assessment scales in a general intensive care unit. *Hospital chronicles*, vol. 8 (4), str. 164-170.
- FAGUNDES, J.A., TOMASI C.D., GIOMBELLI, V.R., ALVES, S.C., de MACEDO, R.C., TOPANOTTI, M.F., de LOURDES UGIONI BRISTOT, M., do BRASIL, P.E., SOARES, M., SALLUH, J., et al., 2012. CAM-ICU and ICDS-C agreement in medical and surgical ICU patients is influenced by disease severity. *PLOS ONE*, vol. 7 (11), str. 1-7.
- FISCHER, M., RUEGG, S., CZAPLINSKI, A., STROHMEIER, M., LEHMANN, A., TSCHAN, F., HUNZIKER, P.R. in MARSCH, S.C., 2010. Inter-rater reliability of the full outline of unresponsiveness score and the Glasgow Coma Scale in critically ill patients: a prospective observational study. *Critical Care*, vol. 14 (2), str. 2-9.
- FULBROOK, P. in ANDERSON, A., 2015. Pressure injury risk assessment in intensive care: comparison of inter-rater reliability of the COMHON (Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition) Index with three scales. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 72 (3), str. 680-692.
- GELINAS, C., ARBOUR, C., MICHAUD, C., VAILLANT, F. in DESJARDINS, S., 2011. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48 (12), str. 1495-1504.
- GORIČAN, B., 2013. *Naloge medicinske sestre v intenzivni terapiji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- GUSMAO-FLORES, D., SALLUH, J.I., CHALHUB, R.A. in QUARANTINI, L.C., 2012. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*, vol. 16 (4), str. 2-10.
- IYER, V.N., MANDREKAR, J.N., DANIELSON, R.D., ZUBKOV, A.Y., ELMER, J.L. in WIJEDICKS, E.F.M., 2009. Validity of the FOUR Score Coma Scale in the medical intensive care unit. *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 84 (8), str. 694-701.

- JULLETTE-FANTIGRASSI, A., 2013. *A retrospective study to describe the use of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) for assessing sedation in the traumatic brain injured patient: doctoral dissertation*. Tucson: The University of Arizona.
- KALENDER SMAJLOVIĆ, S., 2018. Prednosti in slabosti različnih protokolov vodenja vrednosti glukoze v krvi pri kritično bolnih pacientih: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 52 (1), str. 45-56.
- KHEIRABADI, A.R., TABESHPOUR, J. in AFSHARI, R., 2015. Comparison of three consciousness assessment scales in poisoned patients and recommendation of a new scale: AVPU Plus. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology*, vol. 4, str. 58-63.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71/2014.
- LUETZ, A., HEYMANN, A., RADTKE, F.M., CHENITIR, C., NEUHAUS, U., NASHTIGALL, I., VON DOSSOW, V., MARZ, S., EGGERS, V., HEINZ, A., et al., 2010. Different assessment tools for intensive care unit delirium: which score to use? *Critical Care Medicine*, vol. 38 (2), str. 409-418.
- MCNARRY, A.F. in GOLDHILL, D.R., 2004. Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma scale. *Anaesthesia*, vol. 59, str. 34-37.
- MU-HSING, H., MONTGOMERY, A., CHEN, K.H., CHANG, H.C. in TRAYNOR, V., 2019. Diagnostic accuracy of delirium assessment tools in critical ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, vol. 26 (7), str. 43.
- SEVERGNINI, P., PELOSI, P., CONTINO, E., SERAFINELLI, E., NOVARIO, R. in CHIARANDA, M., 2016. Accuracy of Critical Care Pain observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients: prospective, observational study. *Journal of Intensive Care*, vol. 4 (68), str. 2-8.
- ŠKERJANEC HODAK, A. in MAJANOVIĆ, D., 2015. Metode za oceno stanja kritično bolnega pacienta. V: PETERNELJ, K., KOČEVAR, A., PERKO, N. in DOBERŠEK, D., ur. *Obravnava kritično bolnih-od novorojenčka do odraslega. Rogaška Slatina, 22. in 23. maj, 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, str. 172-176.
- THOUNG, M., 2008. Quels sont les outils d'évaluation de la sédation et de l'analgésie? *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 27 (7-8), str. 581-595.
- TOMASI, C.D., GRANDI, C., SALLUH, J., SOARES, M., GIOMBELLI, V.R., CASCAES, S., CANDAL MACEDO, R., de SOUZA CONSTANTINO, L., BIFF, D., RITTER, C., et al., 2012. Comparison of CAM-ICU and ICDS-C for the detection of delirium in critically ill patients focusing on relevant clinical outcomes. *Journal of Critical Care*, vol. 27, str. 212-217.
- TOPOLOVEC-VRANIC, J., GÉLINAS, C., LI, Y., POLLMANN-MUDRYJ, M.A., INNIS, J., MCFARLAN, A. in CANZIAN, S., 2013. Validation and evaluation of two observational pain assessment tools in a trauma and neurosurgical intensive care unit. *Pain Research and Management*, vol. 18 (6), str. 107-114.
- VAN EIJK, M.M., VAN MARUM, R.J., KLJN, I.A., DE WIT, N., KESECIOGLU, J. in SLOOTER, A.J., 2009. Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. *Critical Care Medicine*, vol. 37 (6), str. 1881-1885.
- VOGRINC, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- VRANKAR, K., 2017. Comhon index – lestvica za ocenjevanje ogroženosti bolnikov za nastanek razjede zaradi pritiska za bolnike v enoti intenzivne terapije. V: KADIVEC, S., ur.

Golniški simpozij 2017 – Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe bolnika z boleznijo pljuč. Bled, 6. in 7. oktober 2017. Golnik: Klinika za pljučne bolezni in alergijo, str. 61-67.

ZHENG, J., YANG, G., XU, X., KANG, K., HAITAO, L., HONGLIANG, W. in KAIJIANG, Y., 2018. Correlation of bispectral index and Richmond agitation sedation scale for evaluating sedation depth: a retrospective study. *Journal of Thoracic Disease*, vol. 10 (1), str. 190-195.

Značilnosti profesionalne identitete medicinskih sester: deskriptivna raziskava

*Iris Ahmetaj, Blaž Ferkulj, Marija Ferkulj, Domen Peče,
Elvisa Selimović, Mirko Prosen, Igor Karnjuš*

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju Izola, Polje 42, 6310 Izola
irisa665@gmail.com, blaz.ferkulj@gmail.com, marija.medved995@gmail.com,
pece.domen@gmail.com, elvisa.selimov@gmail.com, mirko.prosen@fvz.upr.si,
igor.karnjus@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: Podoba zdravstvene nege v očeh medicinske sestre označuje njeno subjektivno izkušnjo s poklicem, vključuje čutenje, mišljenje o sami sebi v okviru delovanja znotraj poklica. Poklicna podoba medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo pri delu, s tem pa posledično tudi na kakovost in učinkovitost dela zdravstvene nege in varnost pacienta. Pri pregledu literature smo ugotovili, da je na področju Slovenije zelo malo raziskanega na temo podoba medicinskih sester o svojem poklicu, zato smo dotično temo želeli podrobneje raziskati. *Metode:* Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda dela z uporabo standardiziranega vprašalnika Nursing image questionnaire, version 7. Osrednji del vprašalnika vsebuje 30 trditev, ki jih anketiranec ocenjuje s točkami od 1 do 5. Na ta način skupni seštevek točk pri posameznem vprašalniku lahko znaša od 30 točk, kar pomeni nizko podobo zdravstvene nege do 150 točk, kar pomeni visoko podobo poklica zdravstvene nege. Vzorec je bil namenski in je vključeval 128 zaposlenih v zdravstveni negi na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva v različnih zdravstvenih ustanovah. Spletno anketiranje je potekalo v mesecu novembru in decembru 2019. Za analizo podatkov smo uporabili Mann Whitney U-test in Kruskal Wallis H-test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila $p < 0,05$. *Rezultati:* Povprečen seštevek točk celotnega vprašalnika je znašal $109,81 \pm 9,803$, kar kaže na to, da imajo zaposleni v zdravstveni negi o svojem poklicu relativno dobro podobo. Sicer pa je dodatna analiza podatkov pokazala, da stopnja izobrazbe statistično pomembno vpliva na oceno podobe poklica zdravstvene nege ($U = 1224,50$; $p < 0,001$), kjer so anketiranci s končano visokošolsko izobrazbo ali več v povprečju imeli višjo oceno ($111,72 \pm 9,54$) v primerjavi z anketiranci s končano srednješolsko izobrazbo ($106,41 \pm 9,43$). Za razliko od izobrazbe leta delovne dobe niso statistično pomembno vplivala na oceno podobe poklica zdravstvene nege ($\chi^2 = 1,128$; $p = 0,770$). *Razprava:* Raziskava je pokazala, da imajo zaposleni v zdravstveni negi dobro podobo o svojem poklicu in da stopnja izobrazbe vpliva nanjo. Predvsem je pomembno vseživljenjsko učenje ter zavedanje, da je zdravstvena nega profesija, ki ni kot nekoč podrejena medicini, in da smo lahko ponosni na svoj poklic.

Ključne besede: zdravstvena nega, medicinska sestra, podoba zdravstvene nege, profesionalna identiteta

Uvod

Marinić (2016) pravi, da lahko avtonomijo zdravstvene nege (v nadaljevanju ZN) opredelimo kot sposobnost in pravico do samostojnega odločanja ter samostojnega delovanja znotraj svojih poklicnih sposobnosti in kompetenc. V tem kontekstu je potrebno omeniti vpliv prej omenjenih dejavnikov na razvoj ZN v smislu krepitve zavesti o vse večji neodvisnosti medicinske sestre (v nadaljevanju MS) od nadzora nadrejenih. Poklic MS zahteva specifično vrsto izobraževanja, pri čemer višja stopnja izobrazbe posledično prinaša bolj zapleteno in bolj specifično vrsto primarnega poklica - izvajalca ZN. Čulo (2018) pravi, da so dileme, ki se ob tem porajajo, osredotočene na identiteto in avtentičnost primarnega poklica, s poudarkom na vrednosti in razvoju ZN. Podoba ZN v očeh MS označuje njeno subjektivno izkušnjo s poklicem, vključuje pa čutenje, mišljenje o sami sebi v okviru delovanja znotraj poklica (poklicne vloge) (Angel, Craven in Denson, 2012). Milisen in sod., (2010) pravijo, da se lahko poklicna podoba MS stalno spreminja iz negativne v pozitivno in obratno. Medtem ko pozitivna samopodoba izboljšuje kakovost in učinkovitost ZN in zadovoljstvo pri delu, negativna zagotavlja samo oskrbo pacienta, ki je pod zahtevami standardov in smernic dela ter vpliva na zmanjšanje učinkovitosti in uspešnosti delovanja znotraj ZN. Čukljek (2016) navaja, da se profesionalna identiteta MS razvija skozi čas, ki ga posveti poklicni praksi ter osvajanju poklicnih znanj, veščin in stališč. Z drugimi besedami lahko profesionalno identiteto definiramo tudi kot odnos do poklica ter skupek vrednot, znanj, prepričanj in veščin, ki jih MS deli s posamezniki znotraj poklicne skupine. MS mora biti sposobna spretno in odgovorno opravljati negovalne postopke, zavedati se mora svojih lastnih sposobnosti in omejitev. Značilnosti, kot so sočutnost, zanesljivost, doslednost, predanost, so povezane s poklicno identiteto MS. Posledično temu sta tudi razvoj in rast poklicne identitete MS lahko povezana z rastjo in razvojem ZN. Pri pregledu literature smo ugotovili, da je na slovenskem področju zelo malo raziskanega na temo podobe MS o svojem poklicu, zato smo slednje želeli podrobneje raziskati. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno podobo imajo zaposleni v zdravstveni negi o svojem poklicu in v kolikšni meri stopnja izobrazbe in delovna doba vplivata na oceno podobe poklica zdravstvene nege.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna deskriptivna metoda dela s pregledom znanstvene in strokovne literature. Uporabili smo vprašalnik Nursing image questionnaire version 7, avtorjev Toth in sod., (1998). Slednji je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je sestavljen iz 30 trditev in meri stopnjo pogleda anketirancev na vloge, vrednote in dejavnosti poklica ZN, drugi sklop pa so demografski podatki. Osrednji del vprašalnika vsebuje 30 trditev, ki jih anketiranec ocenjuje s točkami od 1 do 5. Tako skupni seštevek točk lahko znaša od 30 točk, kar pomeni nizko podobo zdravstvene nege do 150 točk, kar pomeni visoko podobo poklica zdravstvene nege. Uporabili smo namenski vzorec. Anketiranci so zaposleni v ZN v različnih zdravstvenih

ustanovah na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. V raziskavi je sodelovalo 128 anketirancev. Povprečna starost v letih je $35,62 \pm 7,77$, povprečna delovna doba v letih pa je $13,80 \pm 8,87$. V tabeli 1 so predstavljeni podatki o spolu in izobrazbi anketirancev.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev

Spremenljivka		n	%
Spol	Moški	35	27,6
	Ženski	92	72,4
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	46	35,9
	≥Visokošolska izobrazba	82	64,1

Spletno anketiranje s pomočjo orodja 1-ka je potekalo v mesecu novembru in decembru 2019. Pridobljene podatke smo analizirali v programu SPSS 25. Za zanesljivost slovenske verzije vprašalnika smo uporabili Cronbach alpha koeficient, ki je znašal 0,727, kar nakazuje na dobro zanesljivost vprašalnika. Pri analizi podatkov sta bila uporabljena Mann-Whitney U test in Kruskal – Wallisov H test. Upoštevana je bila stopnja statistične značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati

Iz tabele 2 lahko razberemo, da je povprečna vrednost (PV) celotnega vprašalnika $3,67 \pm 0,32$, povprečje seštevka ocen celotnega vprašalnika pa $109,81 \pm 9,80$, kar kaže na to, da imajo MS o svojem poklicu relativno dobro podobo.

Tabela 2: Povprečje odgovorov celotnega vprašalnika

Spremenljivke	N	Min	Max	PV	SO
Povprečje celotnega vprašalnika	167	2	4	3,67	0,32
Seštevka ocen celotnega vprašalnika	167	64	133	109,81	9,80

S Shapiro-Wilk testom smo preverili porazdeljenost podatkov, le-ta pa je pokazal, da podatki niso normalno porazdeljeni (tabela 3), zato smo za analizo podatkov uporabili neparametrična testa.

Tabela 3: Shapiro-Wilk test

Spremenljivke	Shapiro-Wilk test	
	df	p
Delovna doba	128	<0,001
Izobrazba	128	<0,001

V tabeli 4 smo primerjali vpliv izobrazbe in delovne dobe na oceno podobe v zdravstveni negi. Rezultati kažejo, da stopnja izobrazbe statistično pomembno vpliva na oceno podobe poklica zdravstvene nege ($U = 1224,50$; $p < 0,001$),

kjer so anketiranci s končano visokošolsko izobrazbo ali več v povprečju imeli višjo oceno ($111,72 \pm 9,54$) v primerjavi z anketiranci s končano srednješolsko izobrazbo ($106,41 \pm 9,43$). Za razliko od izobrazbe leta delovne dobe niso statistično pomembno vplivala na oceno podobe poklica zdravstvene nege ($\chi^2=1,128$; $p=0,770$).

Tabela 4: Primerjava izobrazbe in delovne dobe glede na povprečje ocen vprašalnika

Spremenljivka	Skupine	N	PV	SD	Statistični test
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	46	106,41	9,43	U = 1224,50 p = 0,001
	≥Visokošolska izobrazba	82	111,72	9,54	
Delovna doba	01 - 10 let	49	110,86	8,97	$\chi^2 = 1,128$ p = 0,770
	11 - 20 let	58	108,57	10,82	
	21 - 30 let	15	111,07	9,44	
	31 - 40 let	6	110,17	7,08	

Legenda: U - Mann-Whitney U test; χ^2 - Kruskal – Wallisov H test.

Razprava

Podatki naše raziskave kažejo, da imajo zaposleni v ZN dokaj pozitivno podobo o svojem poklicu. Do podobnih ugotovitev je prišla tudi Bovcon (2014), kjer so MS kot osnovne značilnosti poklica zdravstvene nege predvsem izpostavile odgovornost, zanesljivost in profesionalnost, v nekoliko manjši meri pa tudi avtonomija in ustvarjalnost. Kvas in Seljak (2004) navajata, da so za izvajanje kakovostne ZN potrebne MS z visoko samopodobo in s tem tudi močno izraženo poklicno identiteto, visokim spoštovanjem ter zadovoljstvom z delom. V naši raziskavi so zaposleni v ZN predvsem visoko oceno podali trditvi, da so MS prijazne in sočutne. Do podobnega zaključka prihajata tudi Meiring in van Wyk (2013), ki sta v svoji raziskavi ugotovila, da večina izvajalcev ZN meni, da so sočutni in prijazni do soljudi, pacientov in sodelavcev. Ob združitvi obojega in pravilni izbiri lahko tudi MS pridejo do stopnje znanja, kar jim daje dobro samopodobo. Kranjc (2019) navaja, da današnje vedno zahtevnejše klinično okolje predstavlja izziv za raziskovanje v ZN, predvsem v izboljševanju prakse. Znanje in izkušnje, skupaj z uporabo kliničnih rezultatov v praksi, so potrebne za izboljšanje ZN kot profesije, za spodbujanje pozitivnejših zdravstvenih rezultatov in dvig samopodobe MS kot izvajalk ZN. MS, ki čutijo, da so sposobne kakovostno izvajati ZN v okviru samostojnega ali timskega dela, možnost, da izrazijo svoja mnenja in nestrinjanje, ter priložnost, da so ob tem slišane, posledično pozitivno vpliva na samopodobo MS. V zadnjem desetletju je opazen trend porasta moških v tem poklicu, vendar slednji še vedno zavzemajo manjši delež celotne populacije zaposlenih v ZN. Nekatere raziskave kažejo, da naj bi pacienti celo pričakovali, da bo zdravstveno nego in oskrbo izvajala ženska in ne moški, kar za moške sicer lahko predstavlja dilemo pri vključevanju v ta poklic, lahko pa celo negativno vpliva na poklicno podobo (Shah, Parpio, Zuhaid in Zeb, 2017). Kvas in Sel-

jak (2004) sta ugotovili, da na samopodobo zaposlenih v ZN vpliva stopnja izobrazbe, saj je bila v njihovi raziskavi samopodoba višja pri diplomiranih medicinskih sestrah in diplomiranih zdravstvenikih v primerjavi z zdravstvenimi tehnikami oz. tehnikami zdravstvene nege. Pri njih so se pokazale težnje k avtonomiji ter spoštovanju drugih in sebe. Tudi v naši raziskavi se je pokazalo, da so udeleženci z višjo stopnjo izobrazbe imeli boljšo oceno podobe poklica ZN. Zato je pomembno, da imamo za dobro delovno okolje visoko izobražen kader in visok nivo kompetentnosti. Raziskovali smo tudi vpliv delovne dobe zaposlenih na oceno podobe v ZN, kjer pa nismo zaznali statistično značilne razlike. Ob pregledu znanstvene in strokovne literature nismo našli primerljivih podatkov. Kljub temu predpostavljamo, da daljša delovna doba izvajalcu ZN daje številne izkušnje, znanja in kompetence, ki so v primerjavi s tistimi, ki imajo krajšo delovno dobo precej bolj obširne, specifične in praktično uporabne. Zaposleni v ZN z daljšo delovno dobo imajo tako na voljo več praktičnega znanja in izkušenj, kar lahko vpliva na dvig samopodobe poklica. Po drugi strani pa ima mlajši kader višjo strokovno izobrazbo, kar lahko ravno tako dviguje samopodobo poklica MS. Omejitev naše raziskave je predvsem v številu anketirancev, zato pridobljenih rezultatov ne moremo posplošiti na celotno Slovenijo. V bodoče bi bilo potrebno raziskavo razširiti, vključiti več anketirancev ter s tem pridobiti bolj natančno sliko, kakšno podobo imajo zaposleni v ZN o svojem poklicu na področju Slovenije. Predvsem pa je pomembno vseživljenjsko učenje ter zavedanje, da smo ZN profesija, ki ni kot nekoč podrejena medicini in da smo lahko ponosni na svoj poklic.

Zaključek

ZN kot samostojna disciplina se vsakodnevno sooča s številnimi izzivi in zahteva posebna znanja in kompetence. Iz dobljenih rezultatov smo ugotovili, da ne obstaja statistično pomembna razlika med delovno dobo anketirancev in podobo v ZN. Ugotovili smo, da imajo zaposleni v ZN relativno dobro podobo o svojem poklicu ter da se imajo za prijazne in sočutne. Ker imajo MS različne možnosti vseživljenjskega izobraževanja, s tem pa tudi pridobitev višjega nivoja znanja, jim to lahko zviša samopodobo in s tem tudi avtonomijo. Ugotovili smo, da izobraževanje vpliva na samopodobo v ZN, zato je pomembno, da imamo za dobro delovno okolje visoko izobražen kader in visok nivo kompetentnosti. Pomembna je tudi motiviranost za delo, spoštovanje poklica, delovni pogoji in zadovoljstvo posameznika s svojim delom.

Literatura

- ANGEL, E., CRAVEN, R. in DENSON, N., 2012. The nurses self-concept instrument (NSCI): Assessment of psychometric properties for Australian domestic and international student nurses [online]. *International journal of nursing studies*, vol. 49, (7), str. 880-886. Pridobljeno 10. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.016>

- BOVCON, V., 2014. *Samopercepcija in poklicna identiteta medicinskih sester*: diplomsko delo [online]. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, str. 33-37. Pridobljeno 12. 12. 2019 s <https://repozitorij.upr.si/lzpisGradiva.php?lang=slv&id=11112>
- ČUKLJEK, S., 2016. *Povezanost prethodne izobrazbe i stavova studenata studija sestrištva o sestrištvu kao profesiji*: disertacija [online]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, str. 39. Pridobljeno 14. 12. 2019 s <http://medlib.mef.hr/2945/1/Snje%C5%BEa2na%20%C4%8Cukljek%20-%20Povezanost%20prethodne%20izobrazbe.pdf>
- ČULO, A., 2018. *Profesionalni identitet medicinske sestre kroz povijest*: diplomski rad [online]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, str.1-2. Pridobljeno 12. 12. 2019 s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:805476>
- KRANJC, F., 2019. *Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi*: diplomsko delo [online]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 32-40. Pridobljeno 20. 12. 2019 s http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2019/Krajnc_Filip.pdf
- KVAS, A. in SELJAK, J., 2004. *Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 15-28.
- MARINIĆ, R., 2016. *Identitet, integritet i autonomija sestrišne profesije u Republici Hrvatski*: diplomski rad [online]. Varaždin: Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, str. 18-20. Pridobljeno 14. 12. 2019 s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:909893>
- MEIRING, A. in VAN WYK, N. C., 2013. The image of nurses and nursing ad perceived by the South African public [online]. *African journal of nursing and midwifery*, vol. 15, (3), str. 3-15. Pridobljeno 18. 12. 2019 s https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/40743/Meiring_Image_2013.pdf;sequence=1
- MILISEN, K., DE BUSSER, T., KAYAERT, A., ABRAHAM, I. in DIERCKX DE CASTERLE, B., 2010. The evolving professional nursing self-image of students in baccalaureate programs cross-sectional survey [online]. *International journal of nursing studies*, vol. 47, (6), str. 688-698. Pridobljeno 20. 12. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.008>
- SHAH, M., PARPIO, Y., ZUHAIID in ZEB, A., 2017. Perceptions of male nurses about nursing profession [online]. *Biomedical journal scientific & technical research*, vol. 1, (4), str. 1206-1208. Pridobljeno 10. 12. 2019 s <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2017.01.000398>
- TOTH, J. C., DOBRATZ, M. A., in BONI, M. S., 1998. Attitude toward nursing of students earning a second degree and traditional baccalaureate students: are they different? [online]. *Nursing outlook*, vol. 46, (6), str. 273-278. Pridobljeno 18. 12. 2019 s [https://doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90083-5](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90083-5)

Znanje in stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja proti gripi

Maruša Magister, Andreja Kvas

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, Ljubljana
marusa.magister04@gmail.com

Povzetek

Uvod: Študenti zdravstvene nege so bodoči zdravstveni delavci, ki veliko časa preživijo v kliničnem okolju, kjer so izpostavljeni mnogim nalezljivim boleznim, med katerimi je tudi gripa. Raziskave kažejo, da je precepljenost študentov zdravstvene nege proti gripi nizka. Namen raziskave je bil ugotoviti znanje in stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja proti gripi. *Metode:* Izvedena je bila presečna raziskava, ki temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, na vzorcu 113 rednih študentov študijskega programa Zdravstvena nega, 1. stopnja na eni izmed slovenskih fakultet. Zbiranje podatkov je potekalo v študijskem letu 2018/2019 s pomočjo prirejenega anketnega vprašalnika. Narejena je bila osnovna deskriptivna statistična analiza. S hi-kvadrat testom so se ugotovljale statistično značilne razlike v deležih med spoloma, letniki, študentskim delom s področja zdravstvene nege glede na precepljenost. Meja za statistično značilnost je postavljena pri $p < 0,05$. *Rezultati:* Precepljenost med anketiranimi študenti zdravstvene nege proti gripi je nizka (9,7 %). Znanje o gripi in cepljenju proti gripi je dobro. Ni bila dokazana statistično pomembna razlika glede precepljenosti med letniki študija ($= 5,331, p= 0,07$), spoloma ($= 0,122, p=0,727$) in anketiranimi študenti, ki so v času rednega študija izvajali študentsko delo na področju zdravstvene nege in tistimi, ki ga niso ($= 3,146, p= 0,076$). Anketiranci se zavedajo resnosti posledic gripe in pomembnosti cepljenja proti gripi, vendar ne v zadostni meri. *Razprava:* Kljub dobremu znanju o gripi in cepljenju proti gripi ter pozitivnih stališčih do cepljenja proti gripi ostaja precepljenost anketiranih študentov zdravstvene nege nizka. Za dvig precepljenosti se je treba osredotočiti na vse študente zdravstvene nege s poudarkom na poglobljanju znanja, razbijanju mitov in dojemanju cepljenja kot etične in profesionalne odgovornosti.

Gljučne besede: medicinske sestre, preventiva, nalezljive bolezni, precepljenost, zdravstveni delavci

Uvod

Sezonska gripa je akutna respiratorna bolezen, ki lahko vodi v hospitalizacijo in včasih tudi smrt. Predstavlja velik javnozdravstveni problem, ki lahko povzroči hudo obremenitev zdravstvenega sistema. Število pacientov, ki zbolijo za gripo, močno naraste v času sezone gripe (oktober–maj), zato so

bolnišnice posledično preobremenjene. Poleg naraščaja števila pacientov z gripo pa se poveča tudi absentizem zdravstvenih delavcev, saj je večina necepljena (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control, 2019). Cepljenje proti gripi je najboljši način, s katerim lahko preprečimo gripo. Priporoča se predvsem ogroženim skupinam ljudi, med katere sodijo tudi zdravstveni delavci. Vzdrževanje visoke stopnje precepljenosti proti gripi zdravstvenih delavcev je ključno pri preprečevanju prenosa te infekcijske bolezni (Seale in MacIntyre, 2011) in posledičnemu zmanjševanju absentizma (Malte-zou, 2008). Kljub priporočilom ostaja precepljenost zdravstvenih delavcev v Evropi nizka (manj kot 30 %) (To in sod., 2016). Med njimi so medicinske sestre največja poklicna skupina z najpogostejšim in najtesnejšim kontaktom s pacienti (Pandey in sod., 2013). Kljub temu pa so proti gripi najslabše precepljene (Bonaccorsi in sod., 2013; Ishola in sod., 2013). O precepljenosti, znanju in stališčih do cepljenja proti gripi je med študenti zdravstvenih ved, predvsem zdravstvene nege, narejenih zelo malo raziskav (Blank in sod., 2010; Cheung in sod., 2015). Študenti zdravstvene nege so specifična skupina zdravstvenih delavcev. Ker so v procesu izobraževanja in neizkušeni, se posledično še ne zavedajo dobro vseh tveganj, ki jih prinaša klinično okolje. Zdravstveni sistem in zdravstvene ustanove jih velikokrat ne smatrajo za zdravstvene delavce, saj niso redno zaposleni ter v kliničnem okolju preživijo le del časa (Loulergue in Launay, 2014). Za študente zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih ved ni specifičnih dokazov o priporočilih za cepljenje proti gripi (Cornally in sod., 2013; Kang in sod., 2014). Namen raziskave je ugotoviti znanje in stališča študentov zdravstvene nege do cepljenja proti gripi in vpliv slednjega na odločitev za cepljenje. Cilji raziskave so ugotoviti stopnjo precepljenosti študentov zdravstvene nege, njihovo znanje o gripi in cepljenju proti gripi ter zavedanje o resnosti posledic gripe in pomembnosti cepljenja proti gripi.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, izvedena je bila presečna študija z uporabo spletnega anketnega vprašalnika. Za ciljno populacijo smo izbrali redne študente vseh treh letnikov študijskega programa Zdravstvena nega 1. stopnje, Zdravstvena fakulteta (ZF), Univerza v Ljubljani (UL) ($n = 251$). Dobili smo 113 v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 45,0 % odzivnost. Iz 1. letnika je izpolnilo anketni vprašalnik 33 študentov (37,5 %), iz 2. letnika 34 študentov (40,9 %) in 3. letnika 46 študentov (57,5 %). Anketni vprašalnik smo sestavili na podlagi pregleda literature (Merrill in sod., 2010; Domínguez in sod., 2013; CDC – Centers for disease control and prevention, 2018) in anketnega vprašalnika Blank in sodelavci (2010). Za uporabo tega vprašalnika smo predhodno pridobili dovoljenje avtorjev. Pred anketiranjem je bilo izvedeno pilotno testiranje anketnega vprašalnika. Dobili smo 9 izpolnjenih anketnih vprašalnikov s strani rednih študentov zdravstvene nege, 3. letnik, ZF UL. Zaradi pozitivnega odziva študentov, vključenih v pilotno testiranje, anketnega vprašalnika nismo spremenili. Vprašalnik je sestavljen iz 27 vprašanj, ki so razdeljena na pet sklopov. Pr-

vi sklop se nanaša na demografske podatke. Drugi sklop se nanaša na status cepljenja, ki vključuje dihotomna vprašanja in vprašanje z več možnimi odgovori. Tretji sklop se navezuje na znanje o gripi in cepljenju, ki vključuje dihotomna vprašanja ter vprašanja z več možnimi odgovori. Četrti sklop se navezuje na stališča do cepljenja, ki vključuje trditve. Ocenjuje se jih z uporabo pet stopenjske Likertove lestvice in sicer od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam). Peti sklop se navezuje na mnenje o izvajanju brezplačnega cepljenja, ki vključuje dihotomno vprašanje. S strani vodstva ZF UL smo dovoljenje za izvedbo raziskave pridobili dne 22. 5. 2019. Anketiranje je potekalo v času od 11. 6. do 5. 7. 2019. Za oblikovanje spletnega vprašalnika smo uporabili Google obrazci. Študentom vseh treh letnikov smo na njihov skupni e-naslov letnika posredovali povezavo do spletne ankete s prošnjo za sodelovanje. Vsi sodelujoči so bili seznanjeni z vsebino in namenom raziskave ter s tem, da je sodelovanje prostovoljno. Anketiranim študentom je bila zagotovljena anonimnost in zaupnost podatkov. Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program IBM SPSS Statistics 26.0. Narejena je bila osnovna deskriptivna statistična analiza podatkov (frekvenca, delež, aritmetična sredina in standardni odklon). Z uporabo statističnega testa hi-kvadrat smo preverili povezanost med neodvisnimi spremenljivkami (letnik, spol, študentsko delo na področju zdravstvene nege) in odvisno spremenljivko (precepljenost). Statistično pomembnost je postavljala vrednost $p < 0,05$.

Rezultati

Karakteristike respondentov so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Značilnosti in precepljenost anketiranih študentov zdravstvene nege

Značilnosti	Kategorije	Zastopanost n (%)	Precepljenost n (%)	Precepljenost skupaj n (%)
Letnik	1.	33 (29,2 %)	1 (3,0 %)	11 (9,7 %)
	2.	34 (30,1 %)	2 (5,9 %)	
	3.	46 (40,7 %)	8 (17,4 %)	
Spol	Moški	14 (12,4 %)	1 (7,1 %)	
	Ženske	99 (87,6 %)	10 (10,1 %)	
Študentsko delo v zdravstveni negi	Da	64 (56,6 %)	9 (14,1 %)	
	Ne	49 (43,4 %)	2 (4,1 %)	

n... število

V sezoni 2018/2019 se je proti gripi cepilo le 11 (9,7 %) anketiranih študentov (tabela 1). Glede precepljenosti med letniki ni bilo statistično pomembne razlike ($= 5,331$, $df=2$, $p=0,07$). Prav tako ni bilo statistično pomembne razlike med spoloma ($= 0,122$, $df= 1$, $p= 0,727$) in med anketiranimi študenti, ki so v času rednega študija izvajali študentsko delo na področja zdravstvene nege in tistimi, ki niso ($= 3,146$, $df = 1$, $p = 0,076$). Večina anketirancev se strinja, da

so prevladujoči zapleti pri obolelih z gripo respiratorne narave ($n = 88$; 77,9 %) ter, da je gripa izredno kužna in visoko nalezljiva bolezen ($n = 105$; 92,9 %). Na vprašanje o simptomih in znakih gripe jih je popolnoma pravilno odgovorilo 42 anketirancev (37,2 %). Večina ($n = 101$; 89,4 %) je pravilno identificirala povzročitelje gripe. Na vprašanje o ogroženih skupinah ljudi je popolnoma pravilno odgovorilo 18 (15,9 %) anketirancev.

Rezultati trditev o stališčih do cepljenja proti gripi so predstavljeni v tabeli 2.

Tabela 2: Stališča do cepljenja proti gripi

Trditev	Aritmetična sredina	Standardni odklon
Gripa se lahko konča s smrtnim izidom.	4,59	0,72
V primeru, da sem zdrav/a, cepiva proti gripi ne potrebujem.	1,81	1,02
Za posledicami gripe ne morem umreti.	1,62	0,95
Cepljenje proti gripi je boleče.	1,82	0,85
Cepljenje proti gripi je pomembna preventiva pri zaščiti pred okužbo gripe.	4,29	0,95
Cepivo proti gripi mi nudi doživljenjsko zaščito.	1,43	0,85
Stranski učinki cepiva proti gripi so prehudi, da bi se odločil za cepljenje.	1,63	0,84
Proti gripi bi se moral cepiti, če pogosto zbolim za prehladom.	2,95	0,98
V primeru, da zbolim za gripo, lahko ostanem doma (odsotnost s kliničnega usposabljanja).	4,66	0,82
Cepljenje proti gripi je pomembno pri zmanjševanju prenosa infekcije na paciente, ki jih obravnavam.	4,31	1,17
Cepiva proti gripi ne potrebujem, saj ustrezno preprečujem prenos infekcij s splošnimi preventivnimi ukrepi za zmanjševanje tveganj pred okužbo	2,19	1,08
Ministrstvo za zdravje priporoča cepljenje proti gripi vsem bodočim zdravstvenim delavcem.	4,37	0,98
Menim, da bi kot bodoči zdravstveni delavec moral biti upravičen do cepljenja proti gripi.	4,73	0,68
Cepljenje proti gripi bi moralo biti obvezno za vse študente zdravstvenih smeri.	4,18	1,22

Večina anketiranih študentov ($n = 100$; 88,5 %) bi se proti gripi cepila, če bi bilo cepljenje brezplačno in bi se izvajalo na ZF.

Razprava

Ugotovitve raziskave kažejo, da je precepljenost anketiranih študentov zdravstvene nege proti gripi na splošno nizka in nižja v primerjavi s precepljenostjo študentov zdravstvene nege drugih raziskav: 15,7 % (Leong, 2015), 15,2 % (Cheung in sod., 2017), 12,7 % (Blank in sod., 2010), 12,2 % (Hunt in Arthur, 2012). Zanimiva je ugotovitev, da razlika med letniki študija zdravstvene nege glede precepljenosti ni statistično pomembna, kar sta ugotovila tudi Hunt in

Arthur (2012). Pričakuje se, da imajo študenti višjih letnikov za sabo več klinične prakse in s tem več znanja ter močnejši občutek odgovornosti. Ugotovitev nakazuje na to, da se moramo pri spodbujanju za cepljenje proti gripi osredotočiti na študente vseh treh letnikov študija zdravstvene nege hkrati ter v enaki meri (Blank in sod., 2010). V raziskavi (Blank in sod., 2010) se je pokazala statistično pomembna razlika glede na dolžino izkušenj klinično prakso, kar nakazuje, da več preživetega časa v kliničnem okolju pozitivno vpliva na zvišanje precepljenosti, saj študenti pridobijo več znanja in občutka odgovornosti za paciente. Presenetljivo pa smo z našo raziskavo ugotovili, da ni statistično pomembne razlike v precepljenosti med študenti, ki so v času rednega študija izvajali študentsko delo s področja zdravstvene nege in tistimi, ki ga niso. Morebiti klinično okolje v Sloveniji ni tako spodbudno glede cepljenja kot je v drugih državah. Znanje anketiranih o gripi in cepljenju proti gripi je glede na naše ugotovitve dobro. Večina je pravilno identificirala prevladujoče zaplete in visoko nalezljivost gripe. Do podobnih zaključkov so prišli tudi Blank in sodelavci (2010), kjer so študenti različnih zdravstvenih ved pravilno identificirali prevladujoče zaplete v 74,4 % in visoko nalezljivost gripe v 94 %. Primerjava sicer ni najbolj primerna, saj so v raziskavi Blank in sodelavci (2010) opazovali znanje med študenti različnih smeri zdravstvenih ved. Študenti zdravstvene nege v raziskavi Salem in sodelavci (2019) so v primerjavi s študenti naše raziskave pokazali boljše znanje pri prepoznavanju simptomov (63,5 %) ter ogroženih skupin za okužbo z gripo (58,9 %). Takšni rezultati so lahko posledica neučinkovitega usmerjanja v uspešen in poglobljen študij. Ugotovitve nakazujejo na to, da samo znanje ni zadostno pri spodbujanju študentov za cepljenje proti gripi. Anketiranci se zavedajo resnosti bolezni in posledic, ki jih gripa lahko prinese. Rezultate lahko primerjamo z raziskavo Salem in sodelavci (2019), kjer ugotavljajo, da se 61,4 % študentov zdravstvene nege ne strinja s trditvijo, da gripa ni resna bolezen. Zavedanje anketirancev o pomembnosti cepljenja proti gripi je nekoliko pod našimi pričakovanji. Lahko bi rekli, da ne verjamejo dovolj močno v učinkovitost cepiva, morebiti zaradi zahteve po vsakoletnem cepljenju. Študentom bi bilo smiselno razložiti, zakaj je potrebno vsakoletno cepljenje, razglabljati o mitih in napačnih predstavah o cepljenju proti gripi. Ključen bi moral biti poudarek na odgovornosti študentov, ki jo imajo do pacientov, torej dojeti, da cepljenje ni le osebna zaščita, temveč tudi zaščita pacientov in ogroženih (Blank in sod., 2010). Večina anketiranih ni zaskrbljena glede možnih stranskih učinkov cepiva in se ne strinja s trditvijo, da je cepljenje proti gripi boleče. Torej strah pred stranskimi učinki in možen neprijeten občutek ob cepljenju nista bila razloga za nizko precepljenost. Nasprotno ugotovitve kažeta raziskavi (Cheung in sod., 2017,) kjer je večina študentov zdravstvene nege zaskrbljena glede stranskih učinkov ter Kang in sodelavci (2014), kjer je bil ugotovljen neprijeten občutek ob cepljenju kot en izmed razlogov proti cepljenju. Naša raziskava ima več omejitev in sicer: (1) Nizka realizacija vzorca (45,0 %): odgovori tistih, ki niso izpolnili anketnega vprašalnika, bi lahko bili bistveno drugačni in bi potencialno spremenili rezultate. (2) Rezultati anketnega vprašalnika temeljijo na metodi samoporočanja oziroma je vir podatkov človeški spomin. Ne moremo zagotovo vedeti ali so

se študenti cepili proti gripi. (3) Vprašanje glede vpeljave obveznega cepljenja proti gripi je le teoretično. Ne moremo vedeti, kako bi anketirani študenti odreagirali, če bi cepljenje zares postalo obvezno. (4) Anketni vprašalnik smo objavili v času poletnega izpitnega obdobja, kar je lahko vplivalo na nižjo realizacijo vzorca in morebitno površno izpolnjevanje anketnega vprašalnika. V nadaljnje bi bilo za raziskovanje te teme smiselno poleg kvantitativnega raziskovalnega pristopa vključiti tudi kvalitativni (npr. fokusne skupine), s katerim bi lahko pridobili konkretne razloge za ali proti cepljenju.

Zaključek

Ugotovitve raziskave kažejo, da je precepljenost med anketiranimi študenti zdravstvene nege nizka. Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da kljub zadovoljivem znanju o gripi in cepljenju proti gripi, zavedanju o resnosti posledic, ki jih gripa lahko prinese in pomembnosti cepljenja proti gripi kot učinkovitega načina preventive, obstajajo do cepljenja še vedno določeni zadržki. Nizka precepljenost nakazuje na potrebo po učinkovitih strategijah za povišanje ravni precepljenosti. Na splošno imajo anketirani študenti pozitivna stališča do cepljenja proti gripi oziroma z raziskavo nismo odkrili trdnih razlogov proti cepljenju. Te bi lahko v prihodnosti raziskali s kvalitativnim raziskovalnim pristopom. Z ugotovitvami raziskave odpiramo tudi nova vprašanja, in sicer zanimiva bi bila primerjava glede precepljenosti študentov zdravstvene nege med različnimi fakultetami v Sloveniji, med 1. in 2. stopnjo študija zdravstvene nege in med študenti različnih zdravstvenih ved (npr. medicina in zdravstvena nega).

Literatura

- BLANK, D.L., BODANSKY, D.M.S., FORBES, A., GARDE, E., STORY, F., ROALFE, A.K., TAIT, L., 2010. Influenza vaccination of future healthcare workers: a cross-sectional study of uptake, knowledge and attitudes. *Vaccine*, vol. 28(29), str. 4668–4672. Pridobljeno 13. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.04.066>
- BONACCORSI, G., LORINI, C., SANTOMAURO, F., GUARDUCCI, S., PELLEGRINO, E., PUGGELLI, F., BALLI, M., BONANNI, P., 2013. Predictive factors associated with the acceptance of pandemic and seasonal influenza vaccination in health care workers and students in Tuscany, Central Italy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 9(12), str. 2603–2612. Pridobljeno 15. 05. 2019 s <https://doi.org/10.4161/hv.26036>
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2018. *Key facts about seasonal flu vaccine*. Pridobljeno 23. 02. 2019 s <https://www.cdc.gov/flu/protect/keyfacts.htm>
- CHEUNG, K., HO, S.M.S., LAM, W., 2017. Factors affecting the willingness of nursing students to receive annual seasonal influenza vaccination: a large-scale cross-sectional study. *Vaccine*, vol. 35(11), str. 1482–1487. Pridobljeno 13. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.02.001>
- CHEUNG, K., KEUNG CHAN, C., YAN CHANG, M., HA CHU, P., FONG FUNG, W., CHI KWAN, K., RN, YAN LAU, N., KIN LI, W., MAN MAK, H., 2015. Predictors for compliance of standard precautions among nursing student. *American Journal of Infection Control*, vol. 43(7), str. 729–734. Pridobljeno 20. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.03.007>

- CORNALLY, N., DEASY, E.A., MCCARTHY, G., MORAN, J., WEATHERS, E., 2013. Student nurses' intention to get the influenza vaccine. *British Journal of Nursing*, vol. 22(21), str. 1207–1211. Pridobljeno 1. 05. 2019 s <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.21.1207>
- DOMÍNGUEZ, A., GODOY, P., CASTILLA, J., SOLDEVILA, N., TOLEDO, D., ASTRAY, J., MAYORAL, J.M., TAMAMES, S., GARCIA-GUTIERREZ, S., GONZALEZ-CANDELAS, F., 2013. Knowledge of and attitudes to influenza vaccination in healthy primary healthcare workers in Spain, 2011–2012. *PLoS One*, vol. 8(11), str. e81200. Pridobljeno 1. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081200>
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, 2019. *Factsheet about seasonal influenza*. Pridobljeno 23. 02. 2019 s <https://ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet>
- HUNT, C., ARTHUR, A., 2012. Student nurses' reasons behind the decision to receive or decline influenza vaccine: a cross-sectional survey. *Vaccine*, vol. 30(40), str. 5824–5829. Pridobljeno 23. 03. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.07.027>
- ISHOLA, D.A., PERMALLO, N., CORDERY, R.J., ANDERSON, S.R., 2013. Midwives' influenza vaccine uptake and their views on vaccination of pregnant women, *Journal of* <https://doi.org/10.1093/pubmed/fds109>
- KANG, J., ENGBERG, S.J., MUTO, C.A., 2014. Survey on influenza vaccination noncompliance among nursing students. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, vol. 35(10), str. 1316–1317. Pridobljeno 23. 05. 2019 s <https://doi.org/10.1086/678076>
- LEONG, R., 2015. Knowledge, attitudes, risk perception of influenza and influenza vaccination among final year nursing students in Singapore: an exploratory study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, vol. 4(1), str. P19. Pridobljeno 11. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1186/2047-2994-4-S1-P19>
- LOULERGUE, P., LAUNAY, O., 2014. Vaccinations among medical and nursing students: coverage and opportunities. *Vaccine*, vol. 32(38), str. 4855–4859. Pridobljeno 14. 04. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.014>
- MALTEZOU, H.C., 2008. Nosocomial influenza: new concepts and practice. *Current Opinion in Infectious Diseases*, vol. 21(4), str. 337–343.
- MERRILL, R.M., KELLEY, T.A., COX, E., LAYMAN, A.B., LAYTON, B.J., LINDSAY, R., 2010. Factors and barriers influencing influenza vaccination among students at Brigham Young University. *Medical Science Monitor*, vol. 16 (2), str. PH29–34.
- PANDEY, S., KUSHWAHA, A.S., MAHEN, A., 2013. H1N1 vaccination profile of health care workers and medical students. *Indian Journal of Medical Research*, vol. 137(2), str. 388–390.
- SALEM, S.S., MILIGI, M., ALANAZI, H.H., ALANAZI, N.A., ALANAZI, A.A., 2019. Knowledge and limitations associated with the uptake of seasonal influenza vaccine among nursing students. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, vol. 6 (1), str. 471–479.
- SEALE, H., MACINTYRE, C.R., 2011. Seasonal influenza vaccination in Australian hospital health care workers: a review. *Medical Journal of Australia*, vol. 195(6), str. 336–338. Pridobljeno 22. 05. 2019 s <https://doi.org/10.5694/mja11.10067>
- TO, K.W., ALI, A., LEE, K.C.K., KOH, D., LEE, S.S., 2016. Increasing the coverage of influenza vaccination in healthcare workers: review of challenges and solutions. *Journal of Hospital Infection*, vol. 94(2), str. 133–142. Pridobljeno 30. 05. 2019 s <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.07.003>

Magnet bolnišnice ustvarjajo pozitivno delovno okolje za zaposlene v zdravstveni negi

Tina Razlag Kolar, Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska c. 7, 3000 Celje
tina.razlag.kolar@gmail.com

Povzetek

Uvod: Ena od prednosti magnet bolnišnic je sposobnost ustvarjanja pozitivnega delovnega okolja za holistično in na pacienta osredotočeno zdravstveno nego. *Metode:* Uporabljena je bila metoda pregleda znanstvene in strokovne literature, omejene na objave v slovenskem in angleškem jeziku ter izdajo v časovnem obdobju od leta 2000 do 2020. Izbor člankov je bil opravljen glede na naslednja vključitvena merila: dostopnost, vsebinska ustreznost in aktualnost. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo. *Rezultati:* Z vsebinsko analizo osmih strokovnih in znanstvenih besedil so bila podana temeljna izhodišča za oceno in predstavitev koncepta magnet bolnišnic. Identificirane so bile tri vsebinske kategorije: (1) delovno okolje in pogoji za delo, (2) kakovost zdravstvene nege, (3), na dokazih podprta praksa. *Razprava:* Ugotavljamo, da magnet bolnišnice zagotavljajo bistveno boljše delovno okolje in delovne pogoje za medicinske sestre, boljše kakovost zdravstvene nege in oskrbe, posebno skrb namenjajo raziskovanju in prenosu na dokazih podprte prakse v klinično okolje. *Zaključek:* Magnet bolnišnice ustvarjajo pozitivno delovno okolje, kar ugodno vpliva na zadrževanje medicinskih sester v poklicu. Omogočajo karierni razvoj medicinskim sestram, zato slednje izkazujejo večji interes, da se zaposlijo v magnet bolnišnici. Raziskovanje, na dokazih podprta praksa in prenos tega v klinično okolje v zdravstveni negi so potrebni za zagotavljanje in razvoj na pacienta osredotočene zdravstvene nege, kar vpliva na izid zdravstvene obravnave.

Gljučne besede: magnet bolnišnica, zdravstvena nega, medicinska sestra, delovno okolje.

Uvod

Koncept magnet bolnišnice je bil razvit v osemdesetih letih prejšnjega stoletja v Združenih državah Amerike, zasnovan je bil na podlagi značilnosti 41 zglednih bolnišnic, ki so bile zmožne v obdobjih hudega pomanjkanja kadra zdravstvene nege pritegniti in zadržati zaposlene. Bolnišnice s statusom magnet bolnišnic danes upravlja Ameriški center za kvalificiranje medicinskih sester (Goode in sod., 2011). Magnet bolnišnice so priznane po odličnosti in kakovosti zdravstvene nege, ki se izraža pri dobrih izidih zdravstvene obrav-

nave za paciente; vendar je malo raziskav proučevalo dejavnike, ki so prispevali k tem vrhunskim rezultatom (Witkoski Stimpfel in sod., 2015). Eden od pomembnih ciljev magnet bolnišnic je tudi zagotavljanje podpornega strokovnega okolja za področje zdravstvene nege (Lesly in sod., 2011). Na podlagi pregleda literature smo se želeli seznaniti s konceptom magnet bolnišnic.

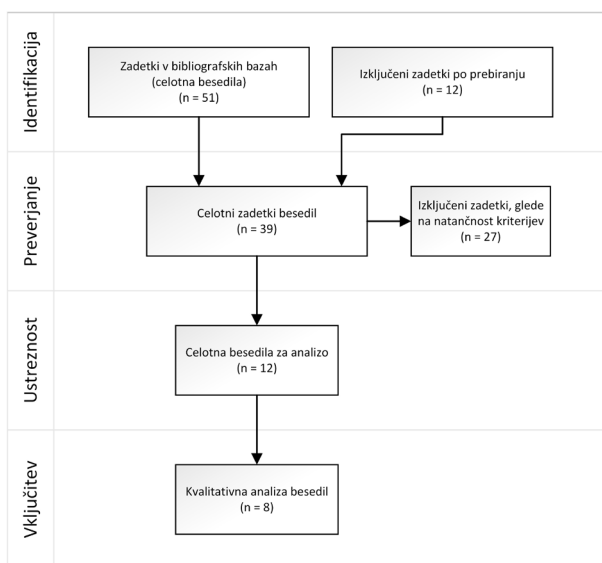
Metode

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda – pregled znanstvene in strokovne literature s področja magnet bolnišnic. Pri iskanju ustrezne literature smo upoštevali tipologijo COBISS (izvirni in pregledni znanstveni članki, strokovni članki, objavljeni strokovni prispevki na konferenci, samostojni strokovni sestavki ali poglavja v monografski publikaciji). Uporabili smo slovensko vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov COBIB.SI ter mednarodne baze PubMed (Public Medline), Medline in Google Scholar. Pri iskanju literature smo upoštevali jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v slovenskem in angleškem jeziku, ter časovno obdobje 2000–2020. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: magnet bolnišnica, zdravstvena nega, medicinska sestra, delovno okolje in v angleškem jeziku: magnet hospital, nursing, nurse, work environment. Uporabljene ključne besede smo z Boolovimi logičnimi operatorji (AND, OR, NOT) povezali v različne kombinacije. Iskanje literature je potekalo od 1.1.2000 do 5. 2. 2020. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

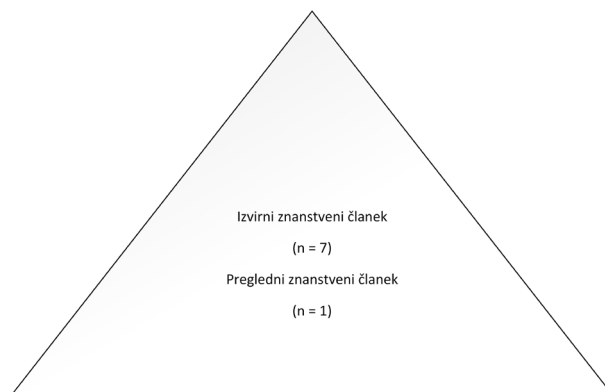
Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
Področje	Magnet bolnišnice	Drugo
Zdravstveni delavci	Medicinske sestre, študenti zdravstvene nege	Drugo
Jezik	Slovenski, angleški	Drugi jeziki
Časovno obdobje objav	2000–2020	Starejše od 20 let
Dostop	Celotno besedilo	Povzetki, opisi, kratka poročila
Vrsta publikacij	Objavljeni članki (izvirni, pregledni, znanstveni, strokovni)	Objavljeni članki – poljudni, neobjavljeno gradivo

Z različnimi kombinacijami ključnih besed in upoštevanjem časovnega obdobja je bilo iz bibliografskih baz pridobljenih 51 člankov v slovenskem in angleškem jeziku. Pregled teh člankov je število pregledane literature omejil na 39 enot, od tega jih je bilo na podlagi vključitvenih kriterijev za namen pisanja prispevka vključenih 12, v vsebinsko analizo in sintezo pa osem enot literature. Potek pridobivanja člankov, pomembnih za prikaz koncepta magnet bolnišnic, je prikazan na sliki 1.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA (Vir: Sak – Dankosky in sod., 2014)

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti člankov. Hierarhija iskanja dokazov, kot jo opisuje tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Institut informacijskih znanosti, 2016), je v končni analizi prikazala: izvirni znanstveni članek tip 1.01 (n = 7) in pregledni znanstveni članek 1.02 (n = 1).



Slika 2: Ocena kakovosti dokazov izbranih virov (Vir: Polit in Beck, 2008)

Slika 2 prikazuje oceno kakovosti dokazov izbranih virov, iz katere je razvidno, da smo skupaj pregledali in analizirali osem enot literature glede na opredeljena vključitvena merila. Po hierarhiji iskanja dokazov, kot jo opisujeta Polit in Beck (2008), je najvišje na hierarhični lestvici sedem člankov, ki so opredeljeni kot izvirni znanstveni članek, sledi jim en članek, ki je opredeljen kot pre-

gledni znanstveni članek. Članki, ki opisujejo magnet bolnišnice, so obdelani s kvalitativno metodo analize, kompilacije in sinteze besedil. Uporabljena je bila metaanaliza. Natančen pregled člankov in prispevkov, vključenih v vsebinsko analizo in sintezo, je prikazan v tabeli 2.

Rezultati

Tabela 2 prikazuje končni seznam člankov, ki so vključeni v vsebinsko kvalitativno analizo.

Tabela 2: Seznam v končno analizo vključenih raziskav

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Saunders in Vehvilinen-Julkunen (2016)	Kvantitativna metoda Primerjalna študija	Primerjava prepričanj o na dokazih podprti praksi, na dokazih podprtem znanju in rezultatih medicinskih sester, ki so na Finskem zaposlene v magnet bolnišnici, in tistih, ki niso.	n = 943 medicinskih sester, zaposlenih v univerzitetnih bolnišnicah na Finskem.	Finske medicinske sestre so precej zadovoljne s svojimi delovnimi mesti in jih verjetno ne bi zapustile kot tudi ne področja zdravstvene nege. Verjamejo v prispevek na dokazih podprte prakse pri izboljšanju kakovosti in izidov pri oskrbi pacientov, vendar v splošnem menijo, da je njihovo znanje o na dokazih podprti praksi nezadostno za uporabo le-te v kliničnem okolju. Statistično gledano so bile na Finskem ugotovljene bistvene razlike med magnet bolnišnicami in tistimi, ki to niso, in se kažejo v večji stopnji na dokazih podprtega znanja pri zaposlenih medicinskih sestrah v magnet bolnišnicah.
Lasater in Schlak (2020)	Kvantitativna raziskava	Preveriti, ali je kakovost oskrbe ob koncu življenja v magnet bolnišnicah bolj kakovostna.	Vključenih 500 akutnih, nevladnih bolnišnic, od tega 90 magnet bolnišnic in 410 bolnišnic, ki nimajo akreditacije magnet bolnišnice. n = 16219 informacij o paliativni oskrbi ob koncu življenja. V vsaki bolnišnici je informacije podalo v povprečju 31 medicinskih sester.	Magnet bolnišnica lahko predstavlja boljšo kakovost oskrbe ob koncu življenja. Vodstvo bolnišnic išče načine, kako izboljšati kakovost paliativne oskrbe ob koncu življenja, ki bi temeljila na načelih kakovostne zdravstvene nege magnet bolnišnic. Ta članek ponuja še več dokazov, da izboljšanje delovnega okolja medicinskih sester v vseh bolnišnicah obljublja boljšo oskrbo pacientov ob koncu življenja.

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Stone in sod. (2019)	Kvantitativna raziskava	Primerjati izobrazbo, poklicno izogrevanje, zadovoljstvo z delovnim mestom, namero za odhod in delovno okolje medicinskih sester v avstralskih magnet bolnišnicah in določiti zanesljivost lestvice Practice Environment Scale, Avstralija.	n = 2004 medicinskih sester v treh magnet bolnišnicah v Avstraliji.	Medicinske sestre, zaposlene v magnet bolnišnicah v Avstraliji, so zadovoljne z delovnim mestom, zaposlitev nameravajo obdržati. Izkusijo tudi boljše delovno okolje kot njihovi mednarodni kolegi, povprečno raven čustvene izčrpanosti, nizko stopnjo depersonalizacije in dobre osebne dosežke.
McCaughey in sod. (2018)	Mešane metode	Raziskati, koliko so razlikovale zaznave pacientov o zadovoljstvu z oskrbo v magnet bolnišnicah in bolnišnicah, ki to niso.	Vključenih 518 akutnih bolnišnic v Združenih državah Amerike, od tega 259 magnet bolnišnic in 259 bolnišnic, ki nimajo akreditacije magnet.	Rezultati kažejo, da so bili pacienti, zdravljeni v magnet bolnišnici, in pacienti, ki so komunikacijo medicinskih sester ocenili kot visoko, bolj zadovoljni z oskrbo. Pacienti, ki so se zdravili v magnet bolnišnici, bi zdravljenje v takšni bolnišnici priporočali tudi ostalim.
Lesly in sod. (2011)	Mešane metode	Ugotoviti, ali se delovno okolje, delovne obremenitve in izidi medicinskih sester med magnet bolnišnicami in tistimi, ki to niso, razlikujejo.	n = 26276 medicinskih sester iz 567 bolnišnic; od tega je n = 4562 medicinskih sester, zaposlenih v 46 magnet bolnišnicah in n = 21714 medicinskih sester, ki so zaposlene v 521 bolnišnicah, ki nimajo akreditacije magnet, v Kaliforniji, na Floridi, v Pensilvaniji in New Jerseyju med letoma 2006 in 2007.	Magnet bolnišnice zagotavljajo bistveno boljše delovno okolje kot tiste bolnišnice, ki tega statusa nimajo. Boljše delovno okolje magnet bolnišnic je povezano tudi z nižjo stopnjo nezadovoljstva medicinskih sester in nižjo stopnjo izgorelosti.

Avtorji	Metodologija	Namen	Vzorec	Ugotovitve
Park in sod. (2016)	Mešane metode	Primerjati stopnje in razloge za odločanje medicinskih sester za pre zaposlovanje iz bolnišnic, ki nimajo magnet akreditacije, v magnet bolnišnice.	n = 2958 bolnišničnih enot v 497 akutnih magnet bolnišnicah v Združenih državah Amerike.	Stopnja pre zaposlovanja medicinskih sester zaradi okoljskih razlogov (delovno okolje) je bila višja v bolnišnicah, ki nimajo statusa magnet bolnišnic, kot v magnet bolnišnicah. Medicinske sestre imajo v bolnišnicah, ki nimajo statusa magnet bolnišnice, bistveno višje dnevne delovne obremenitve in precej bolj neugodne delovne urnike v primerjavi z medicinskimi sestrami, zaposlenimi v magnet bolnišnicah.
Petit Dit Dariel in Regnaud (2015)	Kvalitativna raziskava Sistematični pregled literature	Izvesti sistematični pregled, ki raziskuje vpliv akreditacije magnet na objektivne izide, ki se nanašajo na medicinske sestre in na paciente.	n = 10 prispevkov, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem.	Na podlagi mešanih rezultatov in slabe kakovosti v načrtih raziskav v desetih vključenih študijah ni bilo mogoče sklepati, da ima akreditacija magnet učinke na kakovost oskrbe, ki jo zagotavljajo medicinske sestre, in na zadovoljstvo pacientov. Potrebni so trdnejši modeli, ki lahko zanesljivo izmerijo vpliv akreditacije bolnišnic na objektivne rezultate.
Witkoski Stimpfel in sod. (2015)	Mešane metode	Raziskati odnos med prepoznavanjem magnet bolnišnic in kakovostjo oskrbe s stališča medicinske sestre.	n = 551 bolnišnic, od tega n = 56 magnet bolnišnic in n = 495 bolnišnic, ki nimajo statusa magnet bolnišnic.	Kakovost oskrbe, o kateri poročajo medicinske sestre, je bila po ujemanju pomembno povezana s prepoznavanjem magnet bolnišnic. Delovno okolje, ki ga zagotavljajo bolnišnice s statusom magnet bolnišnice, je pomembno povezano s kakovostjo oskrbe.

V tabeli 3 je prikazana kvalitativna sinteza pridobljenih podatkov, ki je podala tri temeljne vsebinske kategorije, pomembne za prikaz koncepta magnet bolnišnic: (1) ZDRAVO DELOVNO OKOLJE IN SPODBUDNI POGOJI ZA DELO, (2) KAKOVOST ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE, (3) NA DOKAZIH PODPRTA PRAKSA ZDRAVSTVENE NEGE.

Tabela 3: Sinteza znanstvene literature po kategorijah

Kategorija	Opis	Avtorji
ZDRAVO DELOVNO OKOLJE IN SPODBUDNI POGOJI ZA DELO	Zagotvljajo bistveno boljše delovno okolje in delovne pogoje ter zadovoljstvo z delovnim mestom.	Lesley in sod., 2011; Park in sod., 2016; Saunders in Vehvilinen-Julkunen, 2016
	Boljše delovno okolje magnet bolnišnic je povezano tudi z nižjo stopnjo nezadovoljstva medicinskih sester in nižjo stopnjo izgorelosti.	Lesley in sod., 2011; Park in sod., 2016
	Izboljšanje delovnega okolja medicinskih sester v vseh bolnišnicah zagotavlja boljšo oskrbo pacientov ob koncu življenja.	Lasater in Schlak, 2020
	Je pomembno povezano s kakovostjo oskrbe.	Witkoski Stimpfel in sod., 2015
KAKOVOST ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE	Predstavlja boljšo kakovost oskrbe ob koncu življenja.	Lasater in Schlak, 2020
	Delovno okolje pomembno vpliva na kakovost zdravstvene nege in oskrbe.	Witkoski Stimpfel in sod., 2015
NA DOKAZIH PODPRTA PRAKSA ZDRAVSTVENE NEGE	Na dokazih podprta praksa predstavlja prispevek k izboljšanju kakovosti in izidov pri oskrbi pacientov.	Saunders in Vehvilinen-Julkunen, 2016

Razprava

V magnet bolnišnicah je vzpostavljeno pozitivno delovno okolje, ki omogoča medicinskim sestram več poklicne avtonomije v praksi, več nadzora nad klinično prakso in boljše sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravnikom (Laschinger in sod., 2001; Haller in sod., 2018), ki se kaže tudi v prehanju/prenosu kompetenc z zdravnikov na medicinske sestre z naprednimi znanji (Haller in sod., 2018), kar ugotavljamo tudi mi s pregledom literature. Magnet bolnišnice morajo razvijati raziskovanje in na dokazih podprto prakso ter podpirati integracijo raziskav in na dokazih podprto prakso v kliničnem okolju (Johantgen in sod., 2017), kajti le to, kot ugotavljamo z raziskavo, prispeva k izboljšanju kakovosti in pozitivno vpliva na izide zdravstvene obravnave pacientov. Ugotavljamo, da kakovostno in ustvarjalno delovno okolje medicinskih sester v magnet bolnišnicah zagotavlja boljšo in bolj kakovostno zdravstveno nego in oskrbo pacientov, kar potrjujejo tudi druge raziskave (Lesley in sod., 2011; Park in sod., 2016; Saunders in Vehvilinen-Julkunen, 2016; Haller in sod., 2018). Pacienti, zdravljeni v magnet bolnišnicah, ocenjujejo komunikacijo medicinskih sester kot visoko, so bolj zadovoljni in je bolj verjetno, da bodo priporočili zdravljenje v magnet bolnišnici (McCaughy in sod., 2018). Program Magnet spodbuja medicinske sestre, da se kvalificirajo in pridobijo ustrezne kompetence, kar pomeni, da se morajo ustrezno izobraziti; prav tako jih spodbuja k raziskovanju, s čimer prispevajo k razvoju stroke zdravstvene nege (Beckman, 2019). V magnet bolnišnicah spodbujajo karierni razvoj medicinskih sester in koncept napredne zdravstvene nege (Haller in sod., 2018). Napredna zdravstvena nega in prenos kompetenc z zdrav-

nikov na medicinske sestre z naprednimi znanji sta zažvela v državah, kjer je vzpostavljeno timsko medpoklicno sodelovanje (Boeijen in sod., 2019). V prihodnje bo treba v Sloveniji slediti primerom dobrih praks z opustitvijo hierarhičnega zdravstvenega sistema in spodbujati timski in partnerski pristop med zdravstvenimi strokovnjaki.

Zaključek

Magnet bolnišnice sledijo sosledju načel za doseganje pozitivnega delovnega okolja in sorazmernih delovnih obremenitev ter zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege. Medicinske sestre izkazujejo večji interes, da se zaposlijo v magnet bolnišnicah, kar pozitivno vpliva na zadrževanje medicinskih sester v poklicu.

V slovenskem prostoru ni bolnišnice, ki bi imela status magnet bolnišnice, obstajajo pa drugačne akreditacije kakovosti. Pridobitev akreditacije magnet bolnišnice je kompleksen in zahteven proces, ki ga mora podpreti Zbornica – Zveza, saj bi pridobitev mednarodne akreditacije (magnet bolnišnice) prispevala k izboljšanju delovanja dejavnosti zdravstvene nege v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih. Ministrstvo za zdravje RS bi moralo podpreti pilotni projekt uvajanja magnet bolnišnice v vsaj enem zdravstvenem zavodu.

Literatura

- BECKMAN, B.P., 2019. The Power of Magnet. Changing Nurses, Changing Nursing. *The Journal of Nursing Administration*, 49(9), str. 400–401. doi: 10.1097/NNA.0000000000000775
- BOEIJEN, E.R.K., JEROEN W.B. PETERS, J.W.B. in VAN VUGHT, A.J.A.H., 2017. Nurse practitioners leading the way: An exploratory qualitative study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, (2019), str. 1–9, doi: 10.1097/JXX.0000000000000307
- GOODE, C.J., BLEGEN, M.A., PARK, S.H., VAUGHN, T. in SPETZ, J., 2011. Comparison of patient outcomes in Magnet® and non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 41(12), str. 517–523. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182378b7c
- HALLER, K., WILMA BERENDS, W. in SKILLIN, P., 2018. Organizational culture and nursing practice: the magnet recognition program® as a framework for positive change. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), str. 328–335. doi: 10.1016/j.rmcl.2018.03.005
- INSTITUT INFORMACIJSKIH ZNANOSTI, 2016. *Tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS*. [Online] Pridobljeno 10. 1. 2020 s http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf
- JOHANTGEN, M., WEISS, M., LUNDMARK, V., NEWHOUSE, R., HALLER, K., UNRUH, L. in SHIREY, M., 2017. Building Research Infrastructure in Magnet Hospitals Current Status and Future Directions. *The Journal of Nursing Administration*, 47(4), str. 198–204. doi: 10.1097/NNA.0000000000000465
- LASATER, K.B. in SCHLAK, A.E., 2020. Quality of End of Life Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 50(2), str. 72–77. doi: 10.1097/NNA.0000000000000851

- LASCHINGER, H.K. S, SHAMIAN, J., THOMSON, D., 2001. Impact of Magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5), str. 209–219.
- LESLEY, A.K., MCHUGH, M.D. in AIKEN, L.H., 2011. Nurse Outcomes in Magnet and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 41(10), str. 428–433. doi: 10.1097/NNA.0b013e31822eddbc
- MCCAUGHEY, D., MCGHAN, G.E., RATHER, C., WILLIAMS, J.H. in HEARLD, K.R., 2018. Magnetic work environments: Patient experience outcomes in Magnet versus non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), str. 21–31. doi: 10.1097/HMR.0000000000000198
- PARK, S.H., GASS, S. in BOYLE, D.K., 2016. Comparison of Reasons for Nurse Turnover in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 46(5), str. 284–90. doi: 10.1097/NNA.0000000000000344
- PETIT DIT DARIEL, O. in REGNAUX, J.P., 2015. Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.*, 13(6), str. 168–219. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2262.
- POLIT, D.F. in BECK, T.C., 2008. *Nursing research: principles and methods*. 2. izd. Philadelphia: Lippincott, Williams in Wilkins, str. 3–167.
- SAK-DANKOSKY, N., ADRUSZKIEWICZ, P., SHERWOOD, R.P. in KVIST, T., 2014. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatients-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), str. 957–974. doi: 10.1111/jan.12276
- SAUNDERS, H. in VEHVILINEN-JULKUNEN, K., 2016. Evidence-Based Practice and Job-Related Nurse Outcomes at Magnet-A aspiring, Magnet-Conforming, and Non-Magnet University Hospitals in Finland. *The Journal of Nursing Administration*, 46(10), str. 513–520. doi: 10.1097/NNA.0000000000000395
- STONE, L., ARNEIL, M., COVENTRY, L., CASEY, V., MOSS, S., CAVADINO, A., LAING, B. in MCCARTHY, A.L., 2019. Benchmarking nurse outcomes in Australian Magnet® hospitals: cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 18(62), str. 1–11.
- WITKOSKI STIMPFEL, A., ROSEN, J. E. in MCHUGH, M.D., 2015. Understanding the Role of the Professional Practice Environment on Quality of Care in Magnet® and Non-Magnet Hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 45(10), str. 52–58. doi: 10.1097/NNA.0000000000000253

Nasilje nad študenti zdravstvene nege na klinični praksi: presečna študija

Urška Lah, Barbara Donik, Nataša Mlinar Reljić

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
urska.lah1@student.um.si, barbara.donik@um.si, natasa.mlinar@um.si

Povzetek

Uvod: Vertikalno nasilje je tisto nasilje, ki se pojavlja med osebami, ki so si glede na položaj in moč neenakovredne. Študenti so med opravljanjem klinične prakse v kliničnem okolju pogosto izpostavljeni neprimernim oblikam vedenja s strani svojih nadrejenih. Namen raziskave je bil raziskati incidenco in naravo pojavljanja vertikalnega nasilja nad študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju. *Metode:* Uporabljena je bila kvantitativna metodologija. Za pridobivanje podatkov je bila uporabljena metoda anketiranja. Za analizo podatkov smo uporabili opisne statistične metode. Za primerjavo pridobljenih podatkov z rezultati že obstoječih raziskav je bila uporabljena komparativna metoda. *Rezultati:* Ugotovili smo, da so bili študenti najpogosteje izpostavljeni doživljanju vertikalnega psihičnega nasilja. V preteklem letu je 97 % študentov doživelo neverbalno nasilje s strani nadrejenih ter se počutilo, kot da niso del tima. Nadrejeni so jih pogosto ignorirali (37 %), občasno so bili deležni tudi neupravičene delitve dela (39 %). Študenti so se zaradi doživljanja vertikalnega nasilja počutili manjvredno (87 %) in jezno (15 %). *Razprava:* Študenti med opravljanjem klinične prakse doživijo različna negativna čustva. Zaradi neprimernega odnosa manj uspešno sodelujejo z ostalimi, razmišljajo o tem, da bi zapustili delo na področju zdravstvene nege ter nudijo manj kakovostno zdravstveno nego pacientom.

Gljučne besede: trpinčenje, agresivnost, sovražno vedenje, klinično usposabljanje, mentorstvo, odnos do študentov, medosebni odnos.

Uvod

Iz literature (Hartin in sod., 2018; Hopkins in sod., 2018; Minton in sod., 2018) je razvidno, da so medicinske sestre nasilju v zdravstveni negi podvržene že več kot dve desetletji. Predvsem občutljivo skupino predstavljajo študenti zdravstvene nege. Izpostavljenost nasilnemu vedenju in sovražnim dejanjem ima lahko posledice pri izoblikovanju študentov v bodoče zdravstvene delavce (Hopkins in sod., 2018). Thomas in Burk (2009) opredeljujeta vertikalno nasilje kot vrsto nasilja, pri kateri sta udeleženca glede na moč in položaj neenakovredna. Primer takšnega odnosa je tudi odnos med medicinsko sestro in štu-

dentom. Problematika nasilja v zdravstveni negi med medicinskimi sestrami je že bila delno raziskana (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, n. d.-a; Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, n. d.-b), medtem ko o nasilju nad študenti zdravstvene nege v Sloveniji ne najdemo veliko podatkov, prav tako na tem področju še ni bilo izvedenih raziskav. Namen raziskave je raziskati incidenco in naravo pojavljanja vertikalnega nasilja nad študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju. Cilji raziskave so: predstaviti problematiko vertikalnega nasilja nad študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju, raziskati, v kolikšni meri se v kliničnem okolju pojavlja vertikalno nasilje nad študenti ene izmed slovenskih fakultet, in raziskati vpliv vertikalnega nasilja na študente zdravstvene nege. Raziskovalni vprašanji:

- Kdo so najpogostejši vršilci nasilja nad študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju?
- Kakšnim oblikam nasilnega vedenja so študenti zdravstvene nege najpogosteje izpostavljeni in kako se ob tem počutijo?

Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo, ki temelji na filozofiji pozitivizma. Uporabljena je bila metoda anketiranja. Izvedena je bila presečna študija. Podatke smo zbirali s pomočjo anketnega vprašalnika, povzete ga po vprašalniku »Student Experience of Bullying during Clinical Placement (SEBDPC) questionnaire« (Birks in sod., 2017), ki je bil razvit in prilagojen na populacijo študentov zdravstvene nege iz vprašalnika Hewett (2010). V namen obdelave podatkov so bile uporabljene metode opisne statistike (frekvenčna razporeditev, aritmetična sredina in standardni odklon), s pomočjo katerih smo grafično prikazali urejene vrednosti, izračunali povprečne vrednosti ter razpršenost podatkov. Analizo smo izvedli s pomočjo programa Microsoft Office Excel. Za primerjavo pridobljenih podatkov z rezultati že obstoječih raziskav je bila uporabljena komparativna metoda. Uporabili smo neslučajnostno priložnostno vzorčenje. V raziskavi so sodelovali študenti ene izmed slovenskih fakultet, ki so bili vpisani v dodiplomski študijski program zdravstvene nege. Vključeni so bili študenti vseh treh letnikov rednega in izrednega študija, vključno z absolventi. Raziskava je bila izvedena z elektronskim anketnim vprašalnikom 1KA, ki je bil pršen s pomočjo socialnega omrežja Facebook po zaprtih skupinah študentov posameznih letnikov. Raziskava je potekala od 20. 6. do 30. 10. 2019. V raziskavi je sodelovalo 146 študentov, od tega 14 (10 %) moških in 132 (90 %) žensk. Povprečna starost anketiranih študentov je bila 22 let, pri čemer je maksimum znašal 27 let, minimum pa 19 let ($SD = 1,42$). Pred vstopom v raziskovalno okolje smo Komisijo za etična vprašanja izbrane fakultete prosili za etično presojo raziskave in si pridobili dovoljenje za izvedbo raziskave. Upoštevali smo Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in načela Helsinške deklaracije (World Medical Association, 2001). Omejitev raziskave je predstavljal predvsem vzorec, saj je v raziskavi sodelovalo zgolj 146 študentov izključno ene izmed slovenskih fakultet za zdravstveno nego, zato podatkov ne moremo posploševati.

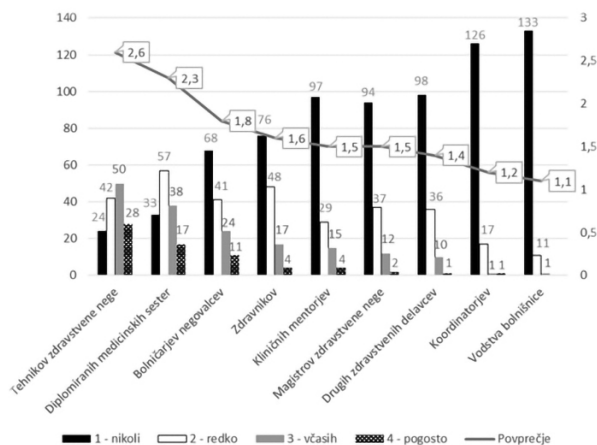
Rezultati

V populaciji anketiranih študentov (N = 146) jih je 75 (51 %) odgovorilo, da so v preteklem letu na klinični praksi doživeli nasilje. 34 (23 %) študentov je odgovorilo, da niso doživeli nasilja, preostalih 37 (25 %) pa je ostalo neopredeljenih.

Tabela 1: Doživljanje vertikalnega psihičnega nasilja na klinični praksi

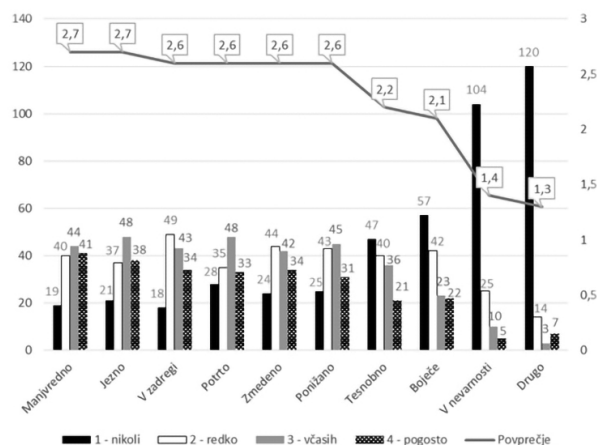
	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Skupaj	Povprečje	Standardni odklon
Neverbalno nasilje (zavijanje z očmi, povzdigovanje obrvi)	5	30	51	60	146	3,1	0,86
	3 %	21 %	35 %	41 %	100 %		
Obravnavali so me, kot da nisem del tima	5	38	41	61	145	3,1	0,9
	3 %	26 %	28 %	42 %	100 %		
Ignoriranje	10	28	54	54	146	3	0,92
	7 %	19 %	37 %	37 %	100 %		
Neupravičena delitev dela	7	32	56	49	144	3	0,87
	5 %	22 %	39 %	34 %	100 %		
Ni potrditve za dobro opravljeno delo	15	36	47	47	145	2,9	0,99
	10 %	25 %	32 %	32 %	100 %		
Zanemarjanje	25	47	40	33	145	2,6	1,03
	17 %	32 %	28 %	23 %	100 %		
Zavračanje možnosti za učenje	34	54	34	23	145	2,3	1
	23 %	37 %	23 %	16 %	100 %		
Obsojanje	34	58	33	21	146	2,3	0,98
	23 %	40 %	23 %	14 %	100 %		
Verbalno nasilje (kletvice, kričanje idr.)	35	59	41	10	145	2,2	0,88
	24 %	41 %	28 %	7 %	100 %		
Posmehovanje	46	59	29	12	146	2	0,92
	32 %	40 %	20 %	8 %	100 %		
Drugo	92	23	16	13	144	1,7	1
	64 %	16 %	11 %	9 %	100 %		
Rasistične pripombe	124	19	2	1	146	1,2	0,47
	85 %	13 %	1 %	1 %	100 %		

Iz tabele 1 je razvidno, da je 60 (41 %) študentov pogosto doživelo neverbalno nasilje. Ugotovili smo, da so 54 (37 %) študentov pogosto ignorirali, 56 (39 %) pa jih je včasih doživelo neupravičeno delitev dela. 47 (32 %) študentov pogosto ni dobilo potrditve za dobro opravljeno delo, najredkeje pa so se pojavljale rasistične pripombe.



Slika 1: Vrščilci vertikalnega nasilja nad študenti v kliničnem okolju

Iz slike 1 je razvidno, da so tehniki zdravstvene nege najpogosteje vrščilci vertikalnega nasilja nad študenti, sledijo jim diplomirane medicinske sestre in bolničarji negovalci. 28 (19 %) študentov je pogosto doživelo nasilje s strani tehnikov zdravstvene nege, medtem ko 76 (52 %) študentov nikoli ni doživelo nasilja s strani zdravnika. 126 (87 %) anketirancev nikoli ni doživelo nasilja s strani koordinatorjev fakultete. Študenti torej vertikalno nasilje najpogosteje doživljajo s strani tehnikov zdravstvene nege, diplomiranih medicinskih sester in bolničarjev.



Slika 2: Občutki študentov med doživljanjem vertikalnega nasilja

Slika 2 prikazuje občutke študentov med doživljanjem vertikalnega nasilja. Ugotovili smo, da se je 41 (28 %) študentov pogosto počutilo manjvredno zaradi odnosa nadrejenih. 48 (33 %) anketirancev je bilo včasih potrlih, 42 (29 %) jih je bilo včasih zmedenih, 45 (31 %) anketirancev pa se je včasih počutilo ponižanih. 40 (28%) študentov se je redko počutilo tesnobno, 47 (33 %) pa

nikoli. 104 (72 %) študenti se nikoli niso počutili, da so v nevarnosti. Študenti se zaradi doživljanja vertikalnega nasilja v kliničnem okolju najpogosteje počutijo manjvredno, jezno, v zadregi, potrto, zmedeno in ponižano.

Razprava

Ugotavljamo, da je več kot polovica študentov odgovorila, da so v preteklem letu na klinični praksi doživeli nasilje. Do podobnih ugotovitev v raziskavi prihajajo tudi Budden in sod. (2017), ki ugotavljajo, da je polovica študentov doživela nasilje v času kliničnih vaj. Nekateri študenti nasilja niso doživeli, drugi pa so bili izpostavljeni vedenju, za katerega niso vedeli, ali je opredeljeno kot nasilje ali ne. Ugotovili smo, da so najpogostejši vršilci vertikalnega nasilja tehniki zdravstvene nege, ki jim sledijo diplomirane medicinske sestre ter bolničarji negovalci. Najpogostejši vršilci vertikalnega nasilja so torej izvajalci zdravstvene nege, ki jih je v kliničnem okolju največ in s katerimi so študenti med izvajanjem klinične prakse najpogosteje v stiku. Budden in sod. (2017) ter Minton in sod. (2018) ugotavljajo, da so na prvem mestu kot vršilke vertikalnega nasilja nad študenti diplomirane medicinske sestre, sledijo jim tehniki zdravstvene nege, klinični mentorji in tudi managerji zdravstvene nege. Študenti zdravstvene nege so najpogosteje izpostavljeni doživljanju vertikalnega psihičnega nasilja, manj pogosto spolnega nasilja in redko fizičnega nasilja. Med oblikami psihičnega nasilja je bilo najbolj pogosto neverbalno nasilje. Tudi Budden in sod. (2017) ter Minton in sod. (2018) ugotavljajo, da so študenti najpogosteje doživeli neverbalno nasilje. Študenti so se zaradi doživljanja vertikalnega nasilja najpogosteje počutili manjvredno in jezno. Prav tako so se pogosto počutili v zadregi, potrto, zmedeno in ponižano. Tee in sod. (2016) ugotavljajo, da so se študenti zaradi doživljanja vertikalnega nasilja pogosto počutili ranljive, prav tako se niso počutili varne. Budden in sod. (2017) navajajo, da so zaradi vertikalnega nasilja študenti med klinično prakso doživljali neprijetne občutke. Posledice doživljanja negativnih čustev se odražajo na najrazličnejše načine. Ugotavljamo, da nekateri študenti niso upali preveriti navodil, ko so bili v dvomih, so manj kakovostno izvajali zdravstveno nego ali pa so zaradi doživljanja vertikalnega nasilja raje manjkali na kliničnih vajah. Študenti pogosto niso prijavili vertikalnega nasilja, s katerim se v kliničnem okolju srečujejo.

Rezultati

Vertikalno nasilje oziroma nasilje s strani nadrejenih je pogost problem, s katerim se študenti zdravstvene nege soočajo v kliničnem okolju. Študenti so najpogosteje izpostavljeni bolj subtilnim oblikam nasilja, torej so pogosto deležni psihičnega nasilja, pri katerem prevladuje neverbalno nasilje in negativen odnos do študentov, zaradi katerega so študenti med opravljanjem klinične prakse pogosto doživljali negativna čustva. Z izvedeno raziskavo postavljamo temelj pri raziskovanju vertikalnega nasilja nad študenti, smiselno

bi bilo, da se raziščejo tudi vzroki za pojavnost nasilja nad študenti zdravstvene nege v kliničnih okoljih.

Literatura

- BIRKS, M., CANT, R.P., BUDDEN, L.M., RUSSELL-WESTHEAD, M., SINEM ÜZAR ÖZÇETIN, Y. in TEE, S., 2017. Uncovering degrees of workplace bullying: A comparison of baccalaureate nursing students' experiences during clinical placement in Australia and the UK. *Nurse Education in Practice*, vol. 25, str. 14-21.
- BUDDEN, L.M., BIRKS, M., CANT, R., BAGLEY, T. in PARK, T., 2017. Australian nursing students' experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*, vol. 24(2), str. 125-133.
- DELOVNA SKUPINA ZA NENASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI, n. d.-a. Izkušnje delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi s preprečevanjem nasilja na delovnem mestu [pdf]. [online] Pridobljeno 23. 10. 2019 s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/11/Druga-raziskava-Nasilje-in-spolno-nadlegovanje-na-delovnih-mestih-medicinskih-sester-v-Sloveniji-2011.pdf>
- DELOVNA SKUPINA ZA NENASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI, n. d.-b. Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (1999) [pdf]. [online] Pridobljeno 13. 1. 2020 s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/11/Prva-raziskava-Nasilje-in-spolno-nadlegovanje-na-delovnih-mestih-medicinskih-sester-v-Sloveniji-1999.pdf>
- HARTIN, P., BIRKS, M. in LINDSAY, D., 2018. Bullying and the nursing profession in Australia: An integrative review of the literature. *Collegian*, vol. 25(6), str. 613-619.
- HEWETT, D., 2010. *Workplace violence targeting student nurses in the clinical areas: Master of Nursing*. South Africa: The Stellenbosch University.
- HOPKINS, M., FETHERSTON, C.M. in MORRISON, P., 2018. Aggression and violence in healthcare and its impact on nursing students: A narrative review of the literature. *Nurse Education Today*, vol. 62, str. 158-163.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Uradni list RS, št. 71/14.
- MINTON, C., BIRKS, M., CANT, R. in BUDDEN, L.M., 2018. New Zealand nursing students' experience of bullying/harassment while on clinical placement: A cross-sectional survey. *Collegian*, vol. 25(6), str. 583-589.
- TEE, S., ÜZAR ÖZÇETIN, Y.S. in RUSSELL-WESTHEAD, M., 2016. Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse Education Today*, vol. 41, pp. 30-35.
- THOMAS, S.P. in BURK, R., 2009. Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, vol. 57(4), str. 226-231.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2001. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79(4), str. 373-374.

Motivacija zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih v odvisnosti od delovne dobe in stopnje izobrazbe

Patricija Lunežnik, Ana Sajovic, Polona Šprajc

Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
patricija.luneznik1@student.um.si, ana.sajovic@student.um.si,
polona.sprajc@um.si

Povzetek

Uvod: Z razumevanjem motivacije in uvidom v produktivnost posameznikov lahko izberemo strategijo motiviranja, ki privede do boljše produktivnosti. Namen te raziskave je bil ugotoviti, ali se motivacija zaposlenih v izbranem socialnovarstvenem zavodu razlikuje glede na delovno dobo in stopnjo izobrazbe. *Metode:* Uporabljena je bila kvantitativna metodologija. Kot instrument raziskave je bil uporabljen anketni vprašalnik, sestavljen iz demografskih podatkov in *Motivation Sources Inventory* vprašalnika. Postavljeni sta bili dve hipotezi, ki sta bili testirani s t-testom za neodvisna vzorca v programu SPSS. *Rezultati:* Predpostavka, da je pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z daljšo delovno dobo motivacija za delo nižja kot pri zaposlenih, katerih delovna doba je krajša, je bila potrjena ($t = 3,255$; $p = 0,003$). Predpostavka, da je pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z višjo stopnjo izobrazbe motivacija za delo višja kot pri zaposlenih, katerih stopnja izobrazbe je nižja, je bila ovržena ($t = -0,313$; $p = 0,757$). Najvišjo povprečno vrednost dejavnikov motivacije so imeli dejavniki notranje motivacije (5,40 od maksimalno 7,00). *Razprava:* Ugotovljena je bila statistično pomembna razlika med motivacijo zaposlenih s krajšo in daljšo delovno dobo. Pomembne razlike med motivacijo zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe niso bile ugotovljene. Glede na rezultate povprečnih vrednosti sklopov motivacijskih dejavnikov se predvideva, da zaposlene najbolj motivirajo dejavniki notranje samopodobe.

Ključne besede: dejavniki motivacije, notranja motivacija, zunanja motivacija.

Uvod

Razumevanje motivacije je zelo pomembno, saj nam poda uvid v razlike med produktivnostjo posameznikov (Huber, 2010). Večji, kot je vzgib motivacije s strani zunanjih dejavnikov, manj zanimanja in truda pokaže posameznik za delo (Toode in sod., 2014). Nizka produktivnost, nezadovoljstvo na delovnem mestu in nizka motivacija se v literaturi navajajo kot pomemben problem v zdravstvu (Duddle in Boughton, 2007; Vessey in sod., 2010). Dobnik in Lorber (2013) sta ugotovili, da motivacija statistično pomembno vpliva na kakovost v zdravstveni negi. Poznavanje motiviranosti zaposlenih je za vodje v zdravst-

veni negi nujno, da lahko ohranjajo predanost poklicu (Toode in sod., 2014) in zvišujejo učinkovitost pri delu (Marquis in Huston, 2012; Štraus in Piskar, 2013). Namen te raziskave je bil ugotoviti, ali se motivacija zaposlenih v izbranem socialnovarstvenem zavodu razlikuje glede na leta delovne dobe in stopnjo izobrazbe. Cilj je bil ugotoviti, ali se motivacija zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z leti delovne dobe znižuje in s stopnjo izobrazbe zvišuje ter ugotoviti, kateri dejavniki najbolj vplivajo na motivacijo zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih. Postavljeni sta bili dve raziskovalni vprašanji in dve hipotezi:

R1: Ali pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z dolžino delovne dobe motivacija za delo upada?

R2: Ali se pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih s stopnjo izobrazbe motivacija za delo zvišuje?

H1: Pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z daljšo delovno dobo je motivacija za delo nižja kot pri zaposlenih, katerih delovna doba je krajša.

H2: Pri zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih z višjo stopnjo izobrazbe je motivacija za delo višja kot pri zaposlenih, katerih stopnja izobrazbe je nižja.

Metode

Raziskava je bila izvedena v socialnovarstvenem zavodu iz Savinjske statistične regije. Vzorčenje je bilo nenaključno, izbran je bil priložnostni vzorec. Pred raziskavo je bilo pridobljeno ustno soglasje vodstva institucije. Predpostavljeno je bilo, da bodo zaposleni v raziskavi želeli sodelovati in da bodo realno izpolnili vprašalnik. Uporabljena je bila kvantitativna metodologija. Instrument raziskave je bil anketni vprašalnik, sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je zajemal vprašanja z demografskimi podatki (spol, starost, leta delovne dobe, stopnja izobrazbe), drugi sklop pa je zajemal 30 trditvev, ki jih je bilo potrebno ovrednotiti po 7-stopenjski Likertovi lestvici, pri čemer je št. 1 pomenilo »*se sploh ne strinjam*« in št. 7 »*se popolnoma strinjam*« (Joshi in sod., 2015). Trditve v drugem sklopu vprašalnika so bile povzete in prevedene po vprašalniku MSI – *Motivation Sources Inventory*, ki sta ga pripravila Barbuto in Scholl (1998). Sestavljen je iz 5 sklopov (notranji dejavniki motivacije, instrumentalna motivacija, zunanja samopodoba, notranja samopodoba, zastavljeni cilji) po 6 trditvev, s katerimi se ugotavlja faktorje, ki vplivajo na motivacijo posameznika za delo. Vprašalnik je bil v eni izmed predhodnih raziskav tudi validiran (Bodur in Infal, 2015). V zavodu so izpolnili 26 vprašalnikov (68,4 %). Pridobljeni podatki so bili urejeni, analizirani in statistično obdelani s programom SPSS. Uporabljena je bila metoda deskriptivne in inferenčne statistike. Za testiranje H1 in H2 je bil uporabljen t-test za neodvisna vzorca. Pri testiranju H1 so bile kategorije delovne dobe združene v dve večji kategoriji, in sicer na *do 15 let* in *nad 15 let*. Prav tako so bile v dve kategoriji združene stopnje izobrazbe, in sicer na *IV. stopnjo* ter *V. in VI/1. stopnjo*. Razdelitve so bile pripravljene glede na podane odgovore v anketnih vprašalnikih z namenom pridobitve dveh številčno uravnoveženih kategorij za izvedbo t-testa. Prever-

jena je bila tudi notranja konsistentnost vprašalnika, in sicer s koeficientom Cronbach alfa. Znašal je 0,875, kar kaže na dobro zanesljivost vprašalnika. Pri izvedbi raziskave je bil upoštevan *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2014).

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 26 zaposlenih v izbranem socialnovarstvenem zavodu. Demografski podatki anketirancev so podrobneje prikazani v Tabeli 1.

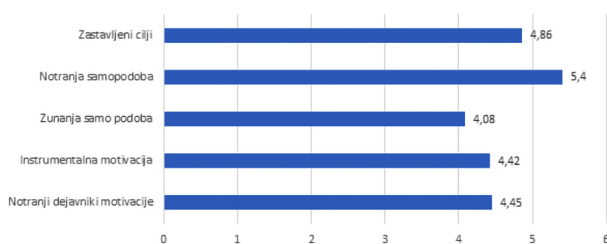
Tabela 1: Demografske značilnosti preiskovane populacije, delež in število

Spremenljivke		(%)	n
Spol	Moški	15 %	4
	Ženske	85 %	22
Starost	18–30 let	57,7 %	15
	31–40 let	11,5 %	3
	41–55 let	26,9 %	7
	56 let in več	3,8 %	1
Delovna doba	Do 5 let	53,8 %	14
	6–15 let	19,2 %	5
	16–25 let	19,2 %	5
	26–35 let	7,7 %	2
Stopnja izobrazbe	IV. stopnja	42,3 %	11
	V. stopnja	50 %	13
	VI/1. stopnja	7,7 %	2

Legenda: % = odstotek, n = število anketirancev

Največ anketirancev je bilo žensk (85 %), starih 18–30 let (57,7 %) in z delovno dobo do 5 let (53,8 %). Največ udeležencev (50 %) ima V. stopnjo izobrazbe. Najmanj udeležencev (7,7 %) ima VI/1. stopnjo izobrazbe. Nihče (0,0 %) izmed udeležencev ni imel III., VI/2., VII., VIII/1. ali VIII/2. stopnje izobrazbe.

V drugem sklopu, povzetem po vprašalniku MSI, so vsi anketiranci (100 %) odgovorili na vse trditve. Minimalna ovrednotena ocena v celotnem vprašalniku je bila 1, maksimalna pa 7. Najvišja povprečna vrednost ovrednotene vrednosti je bila pri trditvi št. 30 – *Ljudje bi morali vedno imeti odprte oči in ušesa za boljše zaposlitvene možnosti* (PV = 6,0). Najnižja povprečna vrednost ovrednotene vrednosti je bila pri trditvi št. 14 – *Delam samo toliko, za kolikor sem plačan/a* (PV = 2,23). Povprečna vrednost ocenjenih vrednosti v celotnem vprašalniku je bila $4,65 \pm 1,64$. Na Sliki 1 so prikazane povprečne vred-



Slika 1: Povprečne vrednosti glede na sklope dejavnikov motivacije

nosti sklopov trditev, s katerimi so se ugotavljali faktorji, ki vplivajo na motivacijo anketirancev.

Povprečna vrednost prvega sklopa – *notranjih dejavnikov motivacije* je bila 4,45. Povprečna vrednost drugega sklopa – *instrumentalna motivacija* je bila 4,42. Povprečna vrednost tretjega sklopa – *zunanja samopodoba* je bila 4,08. Povprečna vrednost četrtega sklopa – *notranja samopodoba* je bila 5,40. Povprečna vrednost petega sklopa – *zastavljeni cilji* je bila 4,86. Kot je razvidno iz Slike 1 in navedenih vrednosti, je bila najvišja povprečna vrednost v četrtem sklopu. Tako lahko sklepamo, da zaposlene v socialnovarstvenem zavodu najbolj motivira za delo notranja samopodoba.

Na podlagi pridobljenih podatkov sta bili testirani zastavljeni hipotezi. H1 je bila testirana s t-testom za neodvisne vzorce. Test je pokazal statistično pomembne razlike v motivaciji med zaposlenimi s krajšo delovno dobo – *do 15 let* in zaposlenimi z daljšo delovno dobo – *nad 15 let* ($t = 3,255$; $p = 0,003$). Razlika je razvidna tudi med srednjimi vrednostmi. H1 je tako potrjena. H2 je bila prav tako testirana s t-testom za neodvisne vzorce. Kljub temu, da je srednja vrednost nekoliko višja pri udeležencih z višjo izobrazbo, test ni pokazal statistično pomembne razlike med motivacijo zaposlenih z nižjo stopnjo izobrazbe in zaposlenih z višjo stopnjo izobrazbe ($t = -0,313$; $p = 0,757$). H2 je tako ovržena. Testiranje H1 in H2 s t-testom za neodvisne vzorce je prikazano tudi v Tabeli 2.

Tabela 2: Testiranje H1 in H2 s t-testom za neodvisne vzorce

		<i>n</i>	<i>PV</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
H1	Delovna doba do 15 let	19	4,9	3,255	0,003
	Delovna doba nad 15 let	7	3,95		
H2	IV. stopnja izobrazbe	11	4,59	-0,313	0,757
	V. in VI/1. stopnja izobrazbe	15	4,69		

Legenda: *n* = število anketirancev, *PV* = povprečna vrednost, *t* = t-vrednost, *p* = *p*-vrednost

Razprava

Ugotovljeno je bilo, da motivacija za delo z dolžino delovno dobe upada. Raziskava Toode in sod. (2014) je pokazala, da so starejše in bolj usposobljene medicinske sestre v večini primerov motivirane za delo z zunanjimi razlogi, ki naj bi doprinesli nižjo stopnjo motivacije kot notranji dejavniki motivacije (Zupan in sod., 2009). Za vodje to predstavlja izziv in jim postavlja vprašanje, kako podpreti in ohraniti motivacijo, ko se osebje stara in dalj časa dela v zdravstvu. Pomembno je, da vodje opazijo in razumejo, kdaj medicinske sestre potrebujejo dodatno podporo ali spremembo v svojem delu. Med zaposlenimi z višjo in nižjo stopnjo izobrazbe ni bilo ugotovljene bistvene razlike v stopnji motivacije. Tudi Dobnik in Lorber (2013) sta ugotovili, da se motivacija anketiranih zaposlenih ne razlikuje glede na izobrazbo. Nasprotno pa so Gaki in sod. (2013) v svoji raziskavi ugotovili, da imajo zaposleni z višjo izobrazbo višjo motivacijo za delo in zadovoljstvo na delovnem mestu kot zaposleni z nižjo izobrazbo. V tej raziskavi so se pokazale zgolj minimalne razlike v stopnji motivacije, vendar ni bilo ugotovljene statistične pomembnosti. V bodoče bi bilo smotrno pridobiti večji vzorec zaposlenih in primerjati stopnjo motivacije glede na posamezno stopnjo izobrazbe, upoštevajoč, ali se delovno mesto posameznika sklada z njegovo stopnjo izobrazbe. Glede na primerjavo povprečnih vrednosti motivacije med sklopi dejavnikov motivacije lahko predpostavljamo, da zaposlene za delo najbolj motivirajo dejavniki notranje samopodobe. Avtorja (Barbuto in Scholl, 1998) uporabljenega vprašalnika opisujeta dejavnike notranje samopodobe kot vedenje v določeni družbeni vlogi in razvijanje lastnih potencialov za doseganje osebnih standardov in postavljanje osebnih dosežkov. Prav majhnost vzorca velja izpostaviti kot veliko omejitev te raziskave. Za enovito in primerljivo izmero motivacije zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih bi vprašalnik lahko bil uporabljen še v preostalih regijah Slovenije. Smotrno bi bilo tudi sestaviti anketni vprašalnik iz dveh validiranih vprašalnikov s področja motivacije zaposlenih. Tako bi lahko primerjali pridobljene rezultate med vprašalnikoma.

Zaključek

To področje odpira možnosti za nadaljnje raziskave, s katerimi bi lahko ugotovili, kateri dejavniki motivacije najbolj motivirajo posamezno skupino zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe, delovno dobo, starost in podobno. Za enovito in primerljivo izmero motivacije zaposlenih v socialnovarstvenih zavodih bi vprašalnik lahko uporabili še v preostalih regijah Slovenije. Rezultati bi namreč lahko pomembno pripomogli k ustvarjanju strategij motiviranja zaposlenih v zdravstvu za bolj produktivno delo, kar se pri zaposlenih odraža kot višje zadovoljstvo na delovnem mestu, pri pacientih pa kot kakovostnejša obravnava.

Literatura

- BARBUTO, J. in SCHOLL, R., 1998. Motivation sources inventory: Development and validation of new scales to measure an integrative taxonomy of motivation. *Psychological Reports*, vol. 82 (3), str. 1011–1022.
- BODUR, S. in INFAL, S., 2015. Nurses' working motivation sources and related factors: A questionnaire survey. *International Journal of Human Sciences*, vol. 12 (1), str. 70–79.
- DOBNIK, M. in LORBER, M., 2013. Motivacija zaposlenih kot pomemben element kakovosti v zdravstveni negi. V: KLEMENC, D., MAJCEN DVORŠAK, S. and ŠTEMBERGER KOLNIK, T., ur. *9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: „Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema“: zbornik predavanj z recenzijo, Brdo pri Kranju, 9.-10. maj 2013*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 197–202.
- DUDDLE, M. in BOUGHTON, M., 2007. Intraprofessional relations in nursing. *Journal of advanced nursing*, vol. 59 (1), str. 29–37.
- GAKI, E., KONTODIMOPOULOS, N. in NIAKAS, D., 2013. Investigating demographic, work-related job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of nursing management*, vol. 21 (3), str. 483–490.
- HUBER, D., 2010. *Leadership and nursing care management*. 4. izd. Maryland Heights: Saunders corporation.
- JOSHI, A., KALE, S., CHANDEL, S. in PAL, D., 2015. Likert scale: Explored and explained. *British Journal of applied science & technology*, vol. 7, str. 396–403.
- MARQUIS, B. in HUSTON, C., 2012. *Leadership roles and management functions in nursing*. 7. izd. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- ŠTRAUS, T. in PISKAR, F., 2013. Kdo vpliva na koga: ali zadovoljstvo na klimo ali klima na zadovoljstvo medicinskih sester? V: POŽARNIK, T. and ARNAUTOVIČ, S., ur. *Zbornik XXXI - Mi med seboj: Ljubljana, 22. november 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, str. 27–37.
- TOODE, K., ROUTASALO, P., HELMINEN, M. in SUOMINEN, T., 2014. Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *International nursing review*, vol. 61 (3), str. 361–370.
- VESSEY, J., DEMARCO, R. in DIFAZIO, R., 2010. Bullying, harassment, and horizontal violence in nursing workforce. *Annual review of nursing research*, vol. 28, str. 133–157.
- ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE, 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi v Sloveniji*. [online] Ljubljana: Zbornica – Zveza. [citirano 11. 03. 2020; 21.30]. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.kme-nmec.si/files/2018/03/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije-marec-2014.pdf>.
- ZUPAN, N., SVETLIK, I., STANOJEVIČ, M., MOŽINA, S., KOHONT, A. in KAŠE, R., 2009. *Menedžment človeških virov*. 1. izd. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Etične dileme zdravstvenih delavcev v Gambiji

Lana Ritlop

Alma Mater Europea ECM

lana.ritlop@gmail.com

Povzetek

Uvod: S to študijo smo želeli preučiti glavne etične izzive, s katerimi se srečujejo medicinske sestre, fizioterapevti in radiologi v svoji praksi, in kako ti vplivajo na zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva v Splošni bolnišnici Kanifing. Z uporabo poglobljenih anketnih vprašanj kot orodja za zbiranje podatkov z osemnajstimi izprašanci, ki jih je sestavljajo pet fizioterapevtk, deset medicinskih sester in tri radiologe, smo spraševali o etičnih dilemah, ki so se pojavile v njihovi praksi, njihovih učinkih in njihovih strategijah obvladovanja. *Metode:* Za zbiranje podatkov je bil uporabljen vprašalnik odprtega in zaprtega tipa, torej smo uporabili kvantitativno metodologijo. V raziskavo je bilo vključenih pet fizioterapevtov, deset medicinskih sester in trije radiologi z več kot petletno delovno dobo v bolnišnici Kanifing. Uporabili smo deskriptivno ali opisno metodo dela. Za zbiranje podatkov smo uporabili slovensko in tujo strokovno literaturo, pretežno napisano v angleškem jeziku. *Rezultati:* Ugotovitve kažejo, da fizioterapevti, medicinske sestre in radiologi v bolnišnici Kanifing pogosto doživljajo etične dileme. Med ključnimi vzroki za dilemo so bili omejeni viri - torej finance, konflikti med etičnimi kodeksi, verskimi prepričanji in osebnimi vrednotami, ki ovirajo nemoteno odločanje. Kljub tem izzivom so zdravstveni delavci zelo povezani med seboj, si pomagajo, vzamejo čas za pogovor in s sprostitvijo lajšajo stres. *Razprava:* Raziskava je del večje študije, ki je usmerjena k dolgoročnim ciljem glede reševanja etičnih dilem v bolnišnici Kanifing. Raziskava predlaga ukrepe, kot so ustrezna oskrba zdravstvenih ustanov s potrebnimi pripomočki, sanitetnim materialom, zdravili ..., izboljšanje logistike bolnišnice, izboljšanje delovnih pogojev in plačila, vzpostavitev učinkovitih in celovitejših bolniških protokolov za reševanje specifičnih situacij in pogosto usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov o zdravstveni etiki za pomoč pri reševanju etičnih dilem med fizioterapevti, medicinskimi sestrami in radiologi. *Ključne besede:* etične dileme, zdravstveni delavci, Gambija

Uvod

Bolnišnice v Gambiji so finančno zelo omejene, kar seveda vpliva na sam zdravstveni proces ter posledično tudi na rehabilitacijo pacientov. Namen raziskave je ugotoviti, kako finančno stanje bolnišnice vpliva na delo medicinskih sester, fizioterapevtov, radiologov in kako zdravstveni delavci pri tem

improvizirajo, ter kako nenehno spopadanje z različnimi etičnimi dilemami vpliva na posameznega zdravstvenega delavca pri delu. Prav tako želimo ugotoviti, kako dobri odnosi v zdravstvenem timu v bolnišnici Kanifing zmanjšujejo stres, ki se pojavlja pri reševanju etičnih dilem zdravstvenih delavcev in z ugotovitvijo vplivati na izboljšanje zdravstvenega procesa.

H1: Slabo finančno stanje bolnišnice vpliva na delo medicinskih sester, fizioterapevtov, radiologov in zaradi tega velikokrat prihaja do etičnih dilem, ter pogostega stresa zdravstvenih delavcev.

H2: Dobri odnosi v zdravstvenem timu vplivajo na zmanjšanje stresa zdravstvenih delavcev.

Metode

Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vseboval 17 vprašanj. Za izvedbo raziskave smo uporabili slučajnostni vzorec. V raziskavi je sodelovalo 16 žensk in 2 moška, od tega je bilo pet fizioterapevtk, deset diplomiranih medicinskih sester, dva diplomirana zdravstvenika in trije radiologi. Povprečna starost anketirancev je bila 39,45 let, kjer je bil najmlajši anketiraneec star 28, najstarejši pa 58. Vseh 10 medicinskih sester/zdravstvenikov ima diplomu prve stopnje iz zdravstvene nege po bolonjskem sistemu. Tri od petih fizioterapevtk je dokončalo triletno izobraževanje za fizioterapevtskega tehnika, dve fizioterapevtki sta dokončali dveletno izobraževanje za fizioterapevtskega asistenta. Vsi trije radiologi so dokončali študij radiologije prve stopnje. Po letih delovne dobe smo anketirane razdelili v dve skupini: 6 anketiranih je imelo nad 10 let delovne dobe, 12 jih je imelo nad 5 let delovne dobe. Anketa je bila izvedena pisno. Razdelili smo torej osemnajst anket, vse so bile vrnjene in ustrezno izpolnjene. S tem smo dosegli 100% realizacijo vzorca, ki je uporaben za analizo. V uvodnem nagovoru smo izprašancem razložili pomen raziskave in v kakšne namene bo raziskava uporabljena. Raziskava je potekala v mesecu februarju in mesecu marcu 2020 v Splošni bolnišnici Kanifing v Gambiji. Uvodni del ankete se je nanašal na demografske podatke, nadalje pa so bila vprašanja oblikovana glede na cilje in namen raziskave. Literaturo smo iskali s pomočjo baz podatkov CINAHL, PubMed, SpringerLink, brskalnikom Google. Pred izvedbo raziskave smo bili seznanjeni s 5. členom Kodeksa etike fizioterapevtov po WCPT (World Confederation for Physical Therapy, n. d. Pridobljeno 3. 2. 2020 s https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf), ki navaja, da fizioterapevti, ki se ukvarjajo z raziskavami, upoštevajo veljavna pravila in politiko, ki se uporabljajo pri izvajanju raziskav. Celotna raziskava je bila izvedena pod temi standardi. Pridobljeno je tudi dovoljenje za izvedbo raziskave s strani vodstva bolnišnice Kanifing. Omejitve raziskave predstavlja malo območje vzorčenja, smiselno bi bilo v raziskavo vključiti vse zaposlene v bolnišnici Kanifing (zdravnike, diplomirane babice, farmacevte, laborante ...), da bi dobili širšo in bolj podrobno sliko o celotnem stanju bolnišnice. Kot že omenjeno, ta raziskava je del širše študije, ki bo izvedena v roku petih let.

Rezultati

V drugem delu anketnega vprašalnika so anketiranci odgovarjali na vprašanja in trditve o etičnih dilemah, s katerimi se srečujejo v klinični praksi. V nadaljevanju so povzete glavne ugotovitve oziroma rezultati. Vse izprašane fizioterapevtke so seznanjene s Kodeksom etike fizioterapevtov po WCPT. Vseh pet izprašanih fizioterapevtov je potrdilo, da njihovi pacienti velikokrat niso bili deležni fizioterapevtske obravnave najvišje kakovosti, zaradi pomanjkanja ustreznih pripomočkov. Pri tem so fizioterapevtke izpostavile tri najpogostejše primere: pri travmatoloških pacientih, pri pacientih s kroničnimi vnetji in pacientih z bolečinskimi stanji niso mogli ponuditi ustrezne učinkovite terapije, kot je npr. magnetoterapija, saj je v bolnišnici Kanifing nimajo na voljo. Pri izvajanju površinske termoterapije (TERMOPAK) niso mogli zagotoviti ustrezne temperature vrečk s parafinskim gelom, saj nimajo na voljo potrebnega kotla s termostatom. Namesto tega so uporabljale grelnik vode. Pri pacientih z akutnimi mišično-skeletnimi poškodbami zelo pogosto ne morejo uporabljati krioterapije zaradi neustreznega delovanja zamrzovalnika v ambulanti, ali pa ker zmanjka elektrike. Tri od petih fizioterapevtk so potrdile, da dnevno pacienti niso morali priti na vrsto za obravnavo zaradi pomanjkanja posteljnih enot/prostora. Štiri od petih fizioterapevtk so navedle, da pogosto niso mogle doseči zadanih ciljev rehabilitacije zaradi preobremenjenosti. Štiri od petih fizioterapevtk so potrdile, da so zaradi pomanjkanja pripomočkov, časa in preobremenjenosti bile velikokrat nestrokovne. Po kodeksu etike je navedeno, da »fizioterapevt vodi in hrani ustrezno dokumentacijo, do katere ima pacient vedno dostop« (World Confederation for Physical Therapy, 2007, online. Pridobljeno 3. 2. 2020 s https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf). Vseh pet fizioterapevtk je priA znalo, da ne hranijo in ne vodijo ustrezne dokumentacije, saj vseh podatkov nimajo kam zapirati, niti bolnišnica tega ne vzpodbuja. Vse fizioterapevtke so potrdile, da so sicer seznanjene s trenutnim veljavnim standardom fizioterapevtske prakse, vendar jim delovno okolje ne omogoča doseganja teh standardov zaradi pomanjkljivega dodeljevanja sredstev na fizioterapevtskem področju. Vseh pet fizioterapevtk ne sledi izsledkom raziskav, na podlagi katerih se izboljša obravnava pacientov in opravljanje fizioterapevtske prakse. Pri tem vprašanju so obrazložile, da nimajo dostopa do najnovejših raziskav, ter da v vsakem primeru novih smernic ne bi mogle uporabljati v praksi zaradi pomanjkanja časa, kadra, pripomočkov ... Tudi glede plače so vse fizioterapevtke potrdile, da je glede na njihovo izobrazbo premajhna. Fizioterapevti v Kanifing General Hospital zaslužijo povprečno 5500 dalasijev, kar je približno 100 Eur. Kljub prenizki plači so si vse anketirane fizioterapevtke enotne, da zaradi tega njihovi pacienti niso prikrajšani najvišje (možne) kakovostne obravnave, da bi s tem pri povišanju/znižanju njihove plače pacientom vseeno zagotovili isto obravnavo. Vendar pa zaradi nizke plače vse fizioterapevtke opravljajo terapije izven delovnega časa tudi na domu, »da lahko po nekaj obravnavah zaslužim za nakup masažnega olja in ga lahko uporabljam v službi, saj bolnišnica ne skrbi za zaloge«. Višje plače si želijo predvsem zato, da jim ne bi bilo treba dodatno delati izven delovnega časa za nakup

pripomočkov na njihovem delovnem mestu, saj bolnišnica za to ne poskrbi. Na vprašanje: »Ali se vam zdi, da je vaše delo cenjeno s strani ostalih zdravstvenih delavcev?« je vseh pet fizioterapevtk odgovorilo z »da«, ter da se tudi počutijo enakovredne ostalim zdravstvenim delavcem. Pri tem sta dve fizioterapevtki razložili, da glede na pogoje dela v tej bolnišnici nimajo druge izbire kot se razumeti in drug drugega izpopolnjevati. Le ena fizioterapevtka je priznala, da ve, da so pacientove pravice velikokrat kršene iz njihove strani, vendar velikokrat enostavno nimajo druge izbire (npr. v ambulanti pacientu ne morejo zagotoviti zasebnosti, saj je prostor premajhen in nimajo na voljo španskih pregrad med posteljami). Izpostavile so tudi pomembno posledico vseh naštetih dilem. Ker pri večini pacientov ne morejo doseči dokončne rehabilitacije, ti vedno znova prihajajo nazaj. S tem se pa spet začnejo pojavljati iste etične dileme. Vse fizioterapevtke so poudarile, da se največkrat srečajo z etično dilemo glede nepravilnega dodeljevanja/ pomanjkanja sredstev pri delu. Pri tem vse fizioterapevtke dnevno doživljajo nenehen stres, predvsem zaradi tega, ker želijo svojim pacientom učinkovito pomagati, vendar jim delovno okolje to ne dopušča. Vse fizioterapevtke so potrdile, da jim pri obvladovanju stresa najbolj pomagajo dobri odnosi med sodelavci, torej da se o tem veliko pogovarjajo. Eden izmed standardov prvega načela Svetovnega Kodeksa etike medicinskih sester (The International Code of Ethics for Nurses, 2012. Pridobljeno 5. 2. 2020 s https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf, str. 1) pravi, da: »dejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, socialni položaj, starost, zdravstveno stanje ali politično prepričanje ne smejo vplivati na odnos do varovanca«, pri čemer je vseh deset medicinskih sester priznalo, da v njihovem zdravstvenem procesu žal ne morejo zagotoviti tega standarda. Pri tem je problem predvsem vera, saj je večina prebivalcev Gambije muslimanske veroizpovedi, kar pomeni, da je »prepovedano dotikanje pacienta s strani zdravstvenih delavcev, saj se moža/žene lahko dotika le svoj partner« (besede ene izmed anketiranih medicinskih sester). Prav zaradi tega se je zdravstveni tim odločil, da bodo za osebno higieno pacientov pristojni njihovi svojci. S tem so sicer deloma rešili nastalo etično dilemo, vendar svojci nikakor niso usposobljeni za izvedbo kakovostne osebne higiene pacientov in aseptičnega dela. Devet od desetih medicinskih sester je navedlo, da se največkrat srečujejo z etično dilemo pri izvajanju zdravstvene nege pri pacientih z neprimernim obnašanjem. Najpogosteje se to dogaja prav zaradi zavračanja izvajanja nege s strani pacientov, čeprav jih medicinske sestre opozarjajo na nujnost izvedbe. Veliko pacientov je namreč še vedno nepismenih in neizobraženih in ne razumejo pomembnosti nekaterih intervencij, ter jih zavračajo zaradi verskih razlogov. Vseh deset medicinskih sester je potrdilo, da vedno spoštujejo pravico varovanca do izbire in odločanja, vendar pa pri tem velikokrat naletijo na dilemo, saj pogosto pacienti zavrnejo planirano zdravstveno nego (npr. zavrnejo vstavitve urinskega katetra). Pri vprašanju iz Svetovnega Kodeksa etika medicinskih sester (The International Code of Ethics for Nurses, 2012. Pridobljeno 5. 2. 2020 s https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf, str. 3): »Ali vedno spoštujete do;

stojanstvo in zasebnost varovanca v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju?» je vseh deset medicinskih sester odgovorilo z »ne«. Obrazložili so, da so oddelki vedno prepolni in da zaradi tega ne morejo zagotoviti pacientom zasebnost. Isto kot pri fizioterapevtih, na oddelkih primanjkuje španskih pregrad, sam oddelek je drugačen kot pri nas. Na oddelkih ni sob, ampak je sam oddelek ena velika soba z tudi do dvajsetimi pacienti skupaj brez vmesnih pregrad, kar seveda predstavlja idealne pogoje za nastanek intrahospitalnih okužb. Vse medicinske sestre so tudi opozorile, da večkrat na dan zmanjka vode in zaradi tega včasih nimajo niti možnosti si umiti roke. Tu se tudi pojavlja dilema pri sprejemanju novih pacientov na oddelek. Dnevno se morajo medicinske sestre odločati o tem, katerega pacienta je po stopnji nujnosti potrebno sprejeti, čeprav je njihov oddelek že poln. Ena izmed medicinskih sester je pripisala: »želim, da bi lahko sprejeli vsakega, saj vem, da v naši bolnišnici na oddelku pristanejo pacienti, čigar stanje je res zelo slabo, torej se moramo odločati med tem, ali odpustiti pacienta v kritičnem stanju iz oddelka, ali zavrniti pacienta v kritičnem stanju, ki je napoten na oddelek.« Vse medicinske sestre so potrdile, da se srečujejo z dilemo, ko njihovi sodelavci dajejo prednost pri zdravstveni negi njihovim družinskim članom, znancem, prijateljem. Pri tem so obrazložili, da se jim kot sodelavcem to zdi zelo etično sporno, saj bi morali vse paciente obravnavati enako, vendar sami priznajo, da bi za svoje sorodnike ali znance verjetno naredili enako. Do tega prihaja prav zaradi tega, ker se medicinske sestre na oddelku dobro zavedajo, da so pri delu zelo omejene z zalogami (sanitetni material, tudi zdravila) in želijo najprej poskrbeti za svoje bližnje, preden česar zmanjka. Sedem medicinskih sester je potrdilo, da so že bile priče podkupovanja zdravnika za hitrejšo obravnavo pacienta. Pri tem so priznale, da vedo, da je to etično sporno, vendar bi za svoje sorodnike naredile enako. Vse medicinske sestre so priznale, da jim stres, povzročen zaradi etičnih dilem, predstavlja največjo oviro pri delu, vendar pa jim dobro sodelovanje, podpora in kolegialnost med sodelavci zelo pomaga pri obvladovanju stresa. Glede pomanjkanja sanitetnega materiala so navedle, da poskušajo biti kolikor se da ekonomične ter da so pri delu primorane improvizirati, pri čemer se zavedajo, da ne upoštevajo splošnih standardov zdravstvene nege. Isto kot fizioterapevtke so izpostavile, da zaradi prej naštetih problemov celotnega zdravstvenega sistema morajo zelo pogosto paciente predčasno odpustiti iz oddelka (ali niti drugače ne morejo kakovostno in strokovno poskrbeti za njih), tudi če še niso dokončno okrevali. Posledično zaradi tega kmalu pridejo spet nazaj. Radiologi so izpostavili tri najpogostejše etične dileme, s katerimi se srečujejo v praksi. Razložili so, da ima bolnišnica Kanifing na voljo dva rentgenska aparata. Prvi je star približno trideset let in se opravlja z njim še na stari način. Na dan premore posneti največ petnajst rentgenskih slik. Drugi rentgenski aparat je novejša generacije in absolutno primerljiv našim standardom, vendar je že nekaj časa nedelujoč. Ker še vedno niso našli pristojno osebo za popravilo rentgena in ker bolnišnica ni namenila financ za popravilo aparata, radiologi uporabljajo le en rentgenski aparat. Kot že prej omenjeno, rentgenski aparat starejše verzije na dan premore posneti le petnajst slik, zaradi tega se radiologi vsakodnevno sreču-

jejo z etično dilemo, katerega pacienta sprejeti in katerega zavrnuti. Obrazložili so, da vedno dajo prednost nujnim primerom. Pojasnili so tudi, da se velikokrat zgodi, da pacienti po več ur čakajo na vrsto pred oddelkom, ampak ko rentgenski aparat doseže maksimalno število posnetkov, jih žal morajo odposlati domov. Posledično nastal stres jim omili pogovor s sodelavci. Rezultati prikazujejo, da izprašani zdravstveni delavci v bolnišnici Kanifing vsakodnevno doživljajo etične dileme zaradi omejenih financ bolnišnice in nepravilnega razporejanja teh le-teh, konfliktov med etičnimi kodeksi, verskimi prepričanji in osebnimi vrednotami. Etične dileme zelo omejujejo zdravstvene delavce pri delu in jim povzročajo stres, saj želijo delati v prid pacientom, vendar to ni vedno mogoče. Kljub temu, da zaposleni v bolnišnici Kanifing glede na stanje bolnišnice poskušajo improvizirati, obenem tudi kršijo nekatera načela Kodeksa etike medicinskih sester in fizioterapevtov in pacientove pravice. Študija je pokazala, da etični izzivi vodijo k opravičenemu stresu zdravstvenih delavcev, zapravljajo čas in sredstva ter podaljšujejo trpljenje in zdravljenje bolnikov. Kljub tem izzivom se zdravstveni delavci zelo povezani med seboj, si pomagajo, si vzamejo čas za pogovor, sprostitev za lajšanje stresa. Glede na pridobljene rezultate, lahko potrdimo obe postavljeni hipotezi, torej da slabo finančno stanje bolnišnice Kanifing slabo vpliva na delo medicinskih sester, fizioterapevtov, radiologov. Zaradi tega velikokrat prihaja do etičnih dilem, ter pogostega stresa zdravstvenih delavcev. Dobri odnosi med zaposlenimi zmanjšujejo stres na delovnem mestu, pri tem najbolj pomaga pogovor.

Razprava

Študija izpostavlja nešteto etičnih izzivov, s katerimi se srečujejo vsi zdravstveni delavci pri opravljanju svojega poklica. Študija je ugotovila, da omejevanje finančnih virov, tehnološke okvare, etični kodeksi, odločanje in delovna razmerja med zdravstveni delavci v bolnišnici Kanifing povzročajo etične dileme. Podobne ugotovitve so se pojavile v Korle-Bu Teaching Hospital v Ghani, kjer so avtorji članka raziskovali, s kakšnimi etičnimi dilemami se spopadajo zdravniki in medicinske sestre. Glavni vzrok etičnih dilem v tej raziskavi so prav tako bile omejene finance bolnišnice in slabi delovni pogoji (Ahenkan A., Afari M.B., Buabeng T., n. d. Ethical Dilemma of Health Professionals in Ghana: Experiences of Doctors and Nurses at the Korle-Bu Teaching Hospital. Pridobljeno 15. 2. 2020 s <https://www.ajol.info/index.php/ajmr/article/view/176337/165730>). Kljub tem izzivom se zdravniki in medicinske sestre z njimi spoprijemajo tako, da se posvetujejo s sodelavci in posodabljaajo svoje znanje o etičnih vprašanjih. Študija predlaga ukrepe, kot so ustrezna oskrba zdravstvenih ustanov, izboljšanje delovnih pogojev in plačila, vzpostavitev učinkovitih in celovitejših bolniških protokolov za reševanje specifičnih situacij in pogosto usposabljanje zdravstvenih delavcev o zdravstveni etiki za pomoč pri reševanju etičnih dilem med zdravniki in medicinskimi sestrami. Podobne ukrepe so tudi predlagali raziskovalci iz Južne Afrike. Leta 2015 je bila izvedena raziskava v petih bolnišnicah v Južni Afriki z name-

nom ugotoviti, kako medicinske sestre dojemajo Kodeks etike. Rezultati so pokazali, da medicinske sestre želijo delati po principu Kodeksa etike, vendar ne morejo zaradi omejitev na delovnem mestu ali zaradi slabih delovnih pogojev. Predlagajo nadaljnje izobraževanje o etiki in reševanje pomanjkljivosti zdravstvenega sistema (White, J., Phakoe, M., & Rispel, L. C. (2015). "Practice what you preach": Nurses' perspectives on the Code of Ethics and Service Pledge in five South African hospitals. *Global Health Action*, 2015. Pridobljeno 9. 3. 2020 s <https://scihub.bban.top/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430685/>). V Ugandi so v treh bolnišnicah izprašali o njihovem znanju glede poklicne etike in reševanja etičnih dilem. Le 18 anketiranih medicinskih sester je v preizkusu znanja o etiki doseglo več kot 50% točk. Zaradi rezultatov raziskave, ki je pokazala slabo znanje o njihovi poklicni etiki, priporočajo strukturirane programe CNEE za obravnavo osnovnih pojmov v etiki zdravstvene nege in njihove uporabe v klinični praksi (Osingae da CP., Nalwadda G., Ngabirano T., Wakida J., Sewankambo N., Nakanjako D., 2015. Nurses' knowledge in ethics and their perceptions regarding continuing ethics education: a cross-sectional survey among nurses at three referral hospitals in Uganda. Pridobljeno 9. 3. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26219840>). Glede na naše rezultate lahko predlagamo podobne ukrepe za odpravljanje etičnih dilem zdravstvenih delavcev v Splošni bolnišnici Kanifing. Vsekakor je potrebno spremeniti samo logistiko bolnišnice in tudi pridobiti potrebne finance za vzdrževanje aparatov ter zagotavljanje zalog, ki so nujne za nemoteno delo zdravstvenih delavcev in posledično za rehabilitacijo bolnikov. V prihodnje bo potrebno raziskati tudi znanje o poklicni etiki vseh zdravstvenih delavcev v Splošni bolnišnici Kanifing ter se glede na rezultate odločiti tudi o dodatnem strokovnem izobraževanju o etičnem vedenju in etični praksi zaposlenih.

Zaključek

Zdravstveni delavci v bolnišnici Kanifing so primorani svoje delo opravljati na etično sporni način zaradi omejenih financ in slabih delovnih pogojev. Kljub temu so med seboj zelo povezani, imajo dobre medsebojne odnose in si vzamejo čas za pogovor, saj jim to pomaga pri obvladovanju stresa, povzročene zaradi nenehnega spopadanja z reševanjem etičnih vprašanj na delovnem mestu. Zdravstveni sistem v bolnišnici se lahko spremeni samo s finančnim vložkom in pravilno razporeditvijo teh financ. Potrebno bi bilo uvesti tudi izobraževanja s področja etike, da bi zaposleni pridobili neko dodatno znanje in bi jim nove informacije lahko pomagale tudi pri reševanju etičnih dilem. Zanima nas še, kakšne etične dileme doživljajo drugi zaposleni v bolnišnici Kanifing, kakšno znanje imajo zaposleni o etiki in reševanju etičnih dilem ter kakšni so rezultati v primerjavi z ostalimi bolnišnicami v Gambiji. Raziskava daje drugačen vpogled v sam zdravstveni proces omenjene bolnišnice in je dober začetek za nadaljnje raziskovanje.

Literatura

AHENKAN A., AFARI M.B., BUABENG T., N. D. Ethical Dilemma of Health Professionals in Ghana: Experiences of Doctors and Nurses at the Korle-Bu Teaching Hospital. Pridobljeno 15. 2. 2020 s <https://www.ajol.info/index.php/ajmr/article/view/176337/165730>

KODEKS ETIKE FIZIOTERAPEVTOV PO WCPT (World Confederation for Physical Therapy, n. d. Pridobljeno 3. 2. 2020 s https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf)

OSINGADA CP, NALWADDA G., NGABIRANO T., WAKIDA J., SEWANKAMBO N., NAKANA JAKO D., 2015. Nurses' knowledge in ethics and their perceptions regarding continuing ethics education: a cross-sectional survey among nurses at three referral hospitals in Uganda. Pridobljeno 9. 3. 2020 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26219840>

THE INTERNATIONAL CODE OF ETHICS FOR NURSES, 2012. Pridobljeno 5. 2. 2020 s https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

WHITE, J., PHAKOE, M., & RISPEL, L. C. (2015). "Practice what you preach": Nurses' perspectives on the Code of Ethics and Service Pledge in five South African hospitals. *Global Health Action*, 2015. Pridobljeno 9. 3. 2020 s <https://scihub.bban.top/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430685/>

Medicinska sestra in njena vloga v medijih

Karmen Petek

Alma Mater Europaea – ECM
karmen.petek@zd-velenje.si

Povzetek

S pomočjo javnih medijev medicinske sestre predstavljajo tudi svojo poklicno podobo v javnosti, ki se kljub zakoreninjenim stereotipom o medicinskih sestrah vendarle spreminja.

Življenje brez informacij si v današnjem času ne predstavljamo, zato je zaupanje v medije še toliko bolj pomembno. Medicinske sestre morajo vzdrževati profesionalno komunikacijo in samopodobo, le tako bodo dosegle večjo podporo in spoštovanje v medijih. Zato naj s svojim videzom, vedenjem in obnašanjem ne vzbujajo dvomljive pozornosti, temveč svoja osebna merila usklajujejo z načeli profesionalne urejenosti in organizacijske kulture institucije, ki ji pripadajo. Tako skrbijo za zvišanje ugleda stanu in poklica v družbi, pri kateri imata ustrezna podoba in njeno vedenje zelo pomembno vlogo.

Ključne besede: medicinska sestra, komunikacija, mediji

Uvod

V informacijski družbi so mediji pomemben element družbenega življenja, ki jih označujejo kot posrednike med oddajniki sporočil na eni strani in prejemniki na drugi. Funkcija medijev pa ni le prenos vsebin, temveč njihovo aktivno (so)ustvarjanje. Poleg nevtralnega prenosa vsebin hkrati ustvarjajo še številne druge učinke, poleg jasnih sporočil prenašajo tudi prikrita sporočila, posredujejo lahko tudi vrednote, emocije in sodbe (Marshall in Burnett, 2003; McLuhan, 1946). Žilič Fišerjeva (2015) vidi množične medije kot odločujoči del komuniciranja, pri čemer se pojem komunicirati nanaša na dejanje, ko se pošilja sporočilo o neki temi nekemu, ki ga na drugi strani imenuje sprejemnik. Ključna naloga medijev je torej uresničevanje javno dobrega in javnega interesa. Medicinske sestre ne izvajajo samo nalog na področju bolezni, rehabilitacije in zdravja, ampak zajemajo tudi področja poučevanja in sodelovanja z mediji. Popović in Pahor (2011) menita, da bi medicinske sestre svojo medijsko podobo lahko izboljšale z aktivnejšim sodelovanjem z mediji in obveščanjem javnosti o različnih dejavnostih stroke, kjer se uveljavljajo kot samo-

stojne strokovnjakinje, ki pomembno prispevajo h kakovosti zdravstvenega varstva. Dejstvo je namreč, da si želimo take podobe medicinskih sester, ki nas prikazuje kot profesionalke, ki pomembno prispevajo k zdravju in življenju ljudi in so njihov vzor.

Javni mediji

Lahko trdimo, da so javni mediji pomemben del našega življenja, ki posredno vplivajo tudi na skrb za lastno zdravje (Karoli, 2007). Posredujejo nam govorena in pisana besedila, podobe ter glasbo in v družbi ne delujejo izolirano, temveč so v tesni medsebojni povezanosti z družbo. Naloge javnih medijev so informativne, interpretacijske, socializacijske in zabavne narave (Erjavec in Volčič 1999). Posredujejo svojo interpretacijo realnosti, odražajo svet družbe, ki pa je po drugi strani skonstruiran glede na sporočila javnih medijev (Luthar, 1998). Medije delimo na tradicionalne in netradicionalne. Večina avtorjev med tradicionalne medije uvršča množične medije, ki služijo za doseganje masovnega občinstva. Sem uvrščamo časopise, revije, radio, televizijo in oglaševanje (Erjavec in sod., 2006). Zaradi svoje nezahtevnosti spremljanja programa je radio kot najstarejši medij še vedno zelo priljubljen. Kot audio medij ne konkurira televiziji, ampak lahko uveljavi prednosti, ki jih ima pred televizijo. Mednje štejemo hitro sporočanje informacij, za objavo o dogodku pa je potrebna zgolj informacija in ne slika. Med vsemi mediji sodi med najbolj ažurnega, v primerjavi s stroški izdajanja časopisa in z drago opremo televizije je opredeljen kot poceni medij. Novinarji in uredniki lahko tekoče spreminjajo vsebino, poslušalce pa lahko povabijo k sodelovanju (t. i. odprti telefon). Vsebina je torej pri radiu pomembnejša od oblike (Erjavec in Volčič, 1999). Televizija je najvplivnejši množični medij. Zaradi bogastva ponujenih programskih vsebin jo opravičeno imenujemo tudi okno v svet. Prednosti televizije so gibljiva slika, zvok in glasba, ki pripomorejo k prepričljivosti in dokumentarnosti posredovanega sporočila, neposredni slikovni in zvočni. Prenos dogajanja občinstvu v neponovljivem trenutku je tisto, kar loči televizijo od drugih medijev, televizija s svojo univerzalnostjo simbolov namreč najlažje prodira v človeka. Gledalec lažje sprejema informacije in se vanjo vživlja. Zlahka se identificira z junaki in zadovoljuje svoje skrite potrebe (Erjavec in sod., 2006). Dnevni časopisi nas sproti obveščajo o tekočih dogodkih, medtem ko revije ponujajo besedila, ki so namenjena krogu bralcev s podobnimi zanimanji. Za časopis je značilna javna objava, s katero informacija postane dosegljiva množici bralcev in bralk. Tiskovina izhaja v naprej določenih časovnih presledkih. Ažuren časopis zadovolji potrebe različnih družbenih slojev ter različno izobraženih posameznikov, vsebuje aktualno poročanje o novih, aktualnih ter pomembnih in zanimivih zadevah, o pomembnih preteklih ali še vedno trajajočih dogodkih (Koš in Ranfel, 1996). Internet, ki je močno spremenil komuniciranje med ljudmi, je sorazmerno nov medij. Prinesel je dve bistveni lastnosti, interaktivnost komunikacij in hipertekst. Predstavljena stran omogoča neomejenemu številu uporabnikov stalen dostop. Interaktivnost komunikacij prek interneta pomeni zmožnost naslavljanja po-

sameznika in zmožnost pomnjenja odziva tega posameznika (Romih, 2016). Oblakova in Petrič (2005) splet razumeta kot množični medij, ki s svojimi specifičnimi lastnostmi pomeni hipertekstovnost, interaktivnost, multimedijalnost, recipročnost in ažurnost.

Zaupanje v medije

Brez informacij, ki jih prejmemo po različnih komunikacijskih kanalih, si življenja v naši dobi ne moremo predstavljati in ravno zaradi tega je zaupanje v medije pomemben del informacijske dobe. Je pomembna osnova za družbeni red in vzdrževanje skladnih družbenih razmerij (Lewis in Weigert, 1985). Cvetkovich (1999) meni, da je zaupanje v medije pričakovanje glede razmerja, ki se lahko navezuje na točno določenega posameznika ali pa na pripadnike določene družbene skupine. Ne gre za lastnost posameznika, temveč za pričakovanje, kako bo posameznik deloval. Gre za zaupanje z vidika neosebnega, saj nimamo osebnega stika s človekom, ki nam določene informacije posreduje, ali nam poroča o dogodku, na katerem sami nismo bili prisotni. Če javnost ne zaupa medijem in ne verjame temu, kar sliši, vidi ali prebere, je na informacije tudi manj pozorna ali pa si ustvari nerealne, napačne sodsbe (Romih, 2016).

Kar javnost vé in verjame o obstoju in učinkovitosti medicinskih sester, vpliva tudi na zagotovitev sredstev za nadaljnji razvoj stroke (Kalisch in sod., 1985). Potrebno je torej delovati v skladu s splošno prizanimi načeli človeške morale in pri svojem delovanju upoštevati tudi etičnost, ne samo uspešnosti svojih odločitev (Grmič, 1997). S tem se strinja tudi Tschudin (1999), ki dodaja, da se zaupanje s strani bolnikov ustvarja s pomočjo govorjenja resnice in iskrenosti ter da tisti, ki informacije podaja, živi pošteno. Mediji nam ponujajo številne možnosti sporazumevanja, hkrati pa imajo tudi pomanjkljivosti. Nesmiselno se je torej spraševati, ali so škodljivi ali koristni. Preprosto so in brez njih ne gre. Zaupanje je tako postalo pomembno tudi na področju komuniciranja o zdravju in je ključnega pomena, če želimo, da javnost še naprej ostane v objemu medijev.

Medicinska sestra in njena vloga v medijih

Medicinska sestra je tista, ki pomaga prva: otroku, zdravemu, bolnemu in umirajočemu. Zato je vsesplošna sodba ali stereotip o medicinskih sestrah skozi zgodovino ves čas povezan z likom dobrohotnega angela. Če je nekdanji lik medicinske sestre veljal za discipliniranega, plemenitega in krepostnega, leta 1960 zaradi vpliva medijev, postane seksualiziran. Kuhar (2001) seksizem razume kot vedenje ali prepričanje, ki posamezniku ali posameznici glede na njegov ali njen biološki spol pripisuje neresnične lastnosti ali zanika njene sposobnosti. Medicinske sestre so v hollywoodskih filmih prikazane kot mlade, plavalase, atraktivne, vpletene v romantična razmerja, brez ambicij in ne preveč inteligentne ženske. Opisovanje medicinske sestre kot seksualnega objekta je tako po pogostosti in intenzivnosti naraščalo do te mere, da ga da-

nes lahko krivimo za nastanek škodljivega stereotipa medicinske sestre. To z raziskavo potrjujejo tudi ameriški avtorji (Kalisch in sod., 1982), kjer je kar 73 % vprašanih označilo medicinsko sestro za seksualni objekt, ninfomanko s prekratim krilom in globokim dekoltejem. Družbeni okvir pogleda na vrednost medicinskih sester se danes sicer počasi spreminja, vendar simbolna podoba ostaja skoraj nespremenjena. Bridegesova (1990) medicinsko sestro še vedno opiše kot lepo, a malce neumno. Lahko rečemo, da mediji še vedno predstavljajo vir informacij o ženskah in spolnih vlogah v družbi. Da je temu res tako v medijih, pri nas potrjuje sestra Franja v humoristični televizijski seriji Naša mala klinika. Da se pogled na medicinske sestre malce spremeni, poskrbi razvoj zdravstvene nege. Ta postane sodobna disciplina, zato se spremeni tudi tradicionalna vloga medicinske sestre. Medicinska sestra tako postane enakovreden, samostojen in avtonomen partner v procesu zdravstvene nege. Njeno osebnostno podobo sestavljajo njene temeljne lastnosti, kot so človekoljubnost, dostojanstvo, dobrohotnost, pravičnost, zaupnost, preudarnost, vztrajnost, optimizem, spoštljivost, poštenost in strpnost. Odlikujejo jo osebnostna kultura z izraženo komunikacijsko kulturo, sposobnostjo zaznavanja, kritičnega mišljenja, samoocenjevanja, ustvarjalnostjo in razvojnoraziskovalno usmerjenostjo (ICN, 2010). Zunanja podoba medicinske sestre je izražena z urejenim zunanjim videzom ter s primernim in spoštljivim vedenjem in obnašanjem. Z njo predstavlja odnos do sebe, do drugih ljudi, do poklica oz. poklicne vloge, do položaja in do institucije, ki ji pripada. Z urejenostjo neposredno sporoča profesionalnost, dostopnost, samozaupanje ter s tem pridobiva zaupanje pacienta. Njena naloga ni le izvajanje nalog na področju boleznih, rehabilitacije in zdravja, temveč tudi poučevanje in promocija zdravega načina življenja (Železnik in sod., 2008). Znanje, ki ga imajo zdravstveni delavci o zdravju in bolezni, žal ne pomeni mnogo, če ga ne znajo pravilno in za uporabnike sprejemljivo posredovati. Treba je vedeti, kako znanje in informacije posredovati, da se bodo preoblikovali v znanje. Če želimo, da informacije preidejo v znanje, jih je potrebno torej pravilno in suvereno predstaviti (Hoyer, 2005). Vloga medicinske sestre na področju vključevanja v medije je velika in pomembna, mogoče celo bolj kot se zavedamo. Saj so mediji tisti, ki hote ali ne hote ustvarjajo podobo človeka v družbi. Podobe medicinskih sester ne vplivajo samo na stališča uporabnikov zdravstvenih storitev in politikov, temveč vplivajo tudi na samopodobo medicinskih sester (ICN, 2010). Kdo torej drži v rokah zrcalo podobe medicinskih sester? Medicinske sestre ali mediji, se sprašuje Tamlyn (2005).

Razprava

Z mediji komuniciramo z namenom, da se naše delo razprostre drugim v vsem vidnem, medijskem prostoru, da pokažemo kaj delamo na tem področju, vključimo več ljudi in tako posamezniku omogočimo, da aktivno sodeluje. S pomočjo javnih medijev torej nenazadnje vplivamo tudi na zdravstveno pismenost posameznikov (WHO, 1998). Medijska podoba medicinske sestre se kljub zakoreninjenim stereotipom vendarle vztrajno in počasi spreminja.

Popović in Pahor (2011) navajata, da mediji danes medicinske sestre prikazujejo kot ženske profesionalke, ki pomembno prispevajo k zdravju in življenju ljudi in so kot take vzor ostalim. Zato je treba čim boljše poznati svet komunikacije, načine delovanja medijev, prepoznati in razumeti njihovo pravo naravo ter razvijati kritičen odnos do medijskih sporočil. Zdravstvene avtoritete, ki ljudem govorijo, kako naj zdravo živijo, hkrati pa sami tega ne upoštevajo: kadijo, uživajo slabo hrano, so predebele... zagotovo ne dajejo dobrega vzgleda. S svojim življenjskim slogom namreč izkazujemo, za kar se v resnici zavzemamo (Hoyer, 2005). Ali povedano drugače, medicinska sestra, ki sama ne verjame v zdrav način življenja, naj promocije zdravja raje ne opravlja. Zavedati se je potrebno, da s svojim vedenjem in ravnanjem vedno in povsod vzdržujemo pozitivno podobo svojega poklica in tako povečujemo zaupanje javnosti vanj.

Zaključek

Strokovno podana ustna informacija s strani zdravstvenega osebja prežene morebitni skriti dvom, ki ga zapisana informacija ne, zato je potrebno razvijati komunikacijsko spretnost ter krepiti samozavest zdravstvenega osebja. Dejstvo je namreč, da medicinske sestre s sodelovanjem z mediji in strokovnim obveščanjem javnosti o različnih dejavnostih stroke pomembno prispevajo tudi h kakovosti in razvoju zdravstva.

Literatura

- BRIDGES, JM., 1990. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media. *Journal of advanced nursing*, 15(7), str. 850-854.
- CVETKOVICH, G. in LÖFSTEDT, R., 1999. *Social trust and the management of risk*. London: Earthscan.
- ERJAVEC K. in VOLČIČ Z., 1999. *Odraščanje z mediji*. Rezultati raziskave »Mladi in mediji«. Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije, str. 9-34.
- ERJAVEC, K., KOŠIR, M. & VOLČIČ, Z., 2006. *Vzgoja za medije: tisk, radio, televizija*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Zavod RS za šolstvo.
- GRMIČ V., 1997. *Politika in morala*. V: Rus V Etika in morala v sodobni družbi. Zbornik, Društvo T. G. Masaryk za filozofsko antropologijo in etiko ter za humanistične in družbene vede in časopis Antropos. str. 255-64.
- HOYER, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo Ljubljana.
- ICN, 2005. *Definition of the Midwife*. International Confederation of Midwives. Brisbane.
- ICN, 2010. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- KALISCH, BJ., KALISCH, PA. in MCHUGH, ML., 1982. *The nurse as a sex object in motion pictures, 1930 to 1980*. Res Nurs Health. str. 5(3):147-54. Pridobljeno 2.2.2020 s <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770050306>.
- KAROLI, B., 2005. *Pojavnost medicinskih sester v javnih medijih* [diplomsko delo]. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, str. 21-46.
- KAROLI, B., 2007. *Pojavnost medicinskih sester v javnih medijih*. Obzor Zdr N 2007; 41(1) str. 21-4.

- KODEKS ETIKE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE: *mednarodni kodeks etike za babice*, 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- KOŠIR, M. in RANFEL, R., 1996. *Vzgoja za medije*. Ljubljana: DZS.
- KUHAR, R., 2001. »Favoritke«. Poročilo Skupine za spremljanje neustrpnosti. Ljubljana; Mirovni inštitut, str. 114-135.
- LEWIS, J. D., in WEGERTA A., 1985. *Trust as Social Reality*. Notre Dame: University of Notre Dame. Pridobljeno 12.6.2016 s <http://sf.oxfordjournals.org/content/63/4/967.full.pdf+html>.
- LUTHAR, B., 1998. *Poetika in politika tabloidne kulture*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- MARSHALL, P. D. in BURNETT, R., 2003. *Web Theory: An Introduction*, Routledge. London: Taylor & Francis. Pridobljeno 3.7.2017 s <http://ro.uow.edu.au/erahca/77/>.
- MCLUHAN, M., 1946. *Understanding media: the extensions of a man*, New York: McGraw – Hill.
- OBLAK, T. in PETRIČ, G., 2005. *Splet kot medij in mediji na spletu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- POPOVIČ, P. in PAHOR, M., 2011. *Javna podoba medicinskih sester v Sloveniji: analiza objav v časniku delo*. Obzor Zdrav Neg. 2011;45(4), str. 239-245.
- ROMIH, L., 2016. *Zaupanje v medije*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko.
- TSCHUDIN, V., 1999. *Nurses methers*. London: MacMillan Press Ltd.
- TAMLYN, D., 2005. The importance of image. *Can Nurse*, str. 101(4):26.
- THE WORLD HEALTH REPORT.1998. Life in the 21st century: a vision for all. Pridobljeno 3.7.2017 s <http://www.who.int/whr/1998/en/>.
- ŽELEZNIK, D. ET AL., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana* : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- ŽILIČ FIŠER, S., 2015. *Succesfull television management: the hybrid approach*, Frankfurt am Main: PL Academic Research.

Avtentično vodenje v zdravstveni negi in zadovoljstvo zaposlenih

Alen Osmanović, Ljiljana Leskovic

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
alen.osmanovic986@gmail.com; ljiljana.leskovic@uni-nm.si

Povzetek

Uvod: Avtentično vodenje je koncept vodenja, za katerega raziskovalci kažejo literaturo v nem svetu, ki so vnesla nezaupanje in nezadovoljstvo v vodje organizacij. Namen raziskave je preučiti avtentično vodenje in njegov vpliv na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. V raziskavi smo uporabili priložnostni vzorec, v katerega smo vključili izvajalce zdravstvene nege v Zdravstvenem domu Trbovlje. Od skupno posredovanih 25 anketnih vprašalnikov je bilo v popolnosti izpolnjenih in vrnjenih 24 (99 % realizacija vzorca). *Rezultati:* Glede neposredno nadrejenih se 23 anketiranih (96 %) v največji meri strinja s tem, da vodja gradi svojo avtoriteto s strokovnostjo, z dobrim zgledom in s prijaznim vodenjem ter da je strpen in ceni delo podrejenih. Da vodja spodbuja samostojnost pri delu, izpolnjuje obveznosti ter jim pomaga, meni 22 anketirancev (92 %). Anketirancem se zdi zaposlitev v organizaciji varna; med drugim menijo, da vodja razume probleme zaposlenih in jih tudi sproti rešuje. Da vodja uporablja demokratičen način vodenja, se strinja 88 % anketiranih. Prav tako se 88 % anketiranih strinja, da vodja komunicira in sodeluje z zaposlenimi ter pri sprejemanju odločitev upošteva njihovo mnenje. 20 anketirancev (83 %) meni, da je vodja v kritičnih časih sposoben hitrega in učinkovitega ukrepanja, prav toliko se strinja, da jih zna motivirati za delo. Manj kot 1/3 anketirancev (29 %) meni, da vodja daje občutek, da se ve, kdo je nadrejeni in kdo podrejeni in da zaposlenim posreduje le tiste informacije, ki jih mora vedeti, da lahko opravljajo svoje delo. *Razprava in zaključki:* Ugotavljamo, da je koncept avtentičnega vodenja v zdravstvu odgovor na klic izvajalcev zdravstvene nege po drugačnem, človeškem načinu vodenja, ki je nujen za zaposlene na področju nujnega pomoči bolnim in potrebnim pomoči.

Glavne besede: avtentično vodenje, zdravstvena nega, zadovoljstvo.

Uvod

Vodenje, ki je ena najpomembnejših funkcij menedžmenta, se mora osrediniti na osebne konkurenčne prednosti posameznika in razvijanje pozitivnega organizacijskega vedenja. Sodobna strategija, ki zagotavlja uspeh poslovanja v dinamičnem in hitro spreminjajočem se konkurenčnem okol-

ju, temelji na učinkovitem, avtentičnem vodenju. Pri vodenju kot samostojnem konceptu ne gre vedno za razumski pristop k reševanju problemov oz. k uresničevanju načrtanih ciljev organizacije. Zadovoljstvo je sklop sestavin (konstrukt), ki ga ljudje razumemo, ga občutimo, vendar težko opredelimo in zajema vsa možna stanja, od izrazitega nezadovoljstva do izrazitega zadovoljstva (Moretti, 2012). Po mnenju Schermerhorna in sod. (2010) je »zadovoljen delavec učinkovit delavec«. Mihalič (2008) meni, da se posameznik identificira z organizacijo šele, ko razvije določene adaptivne sposobnosti in sprejema pomoč s strani vodje in sodelavcev. Vodenje pomeni usmerjanje zaposlenih v zdravstveni negi, racionalno razporejanje kadra ter urejanje in usklajevanje delovanja podpornih služb. Vodenje je proces, pri katerem vodja predstavi načrte, pričakovanja in prioritete ter pokaže, kako obvladovati proces izboljševanja zdravstvene oskrbe (Clarian Health Riley, Indianapolis Hospitals, 2002, cit. po Bohinc in Gradišar, 2003). Osnovni vrednoti vodenja sta razvoj in zaupanje. Koncept avtentičnega vodenja v zdravstvu je odgovor na klic zaposlenih po pristnem načinu vodenja, ki bi ustrezal potrebam zaposlenih v sodobnih organizacijah (Dimovski, Penger in Peterlin, 2009). Raziskav s področja merjenja zadovoljstva zaposlenih je veliko. O tem so namreč raziskovali že Connolly in Viswesvaran (2000), Judge in Larsen (2001), Thoresen in sod. (2003), Bruk-Lee in sod. (2009), Van Der Westhuizen in sod. (2012); Bouckenoooghe in sod. (2013), Rayton in Yalabik (2014) in še nekateri drugi. Z merjenjem zadovoljstva pridobimo informacije o trenutnem stanju zadovoljstva zaposlenih v organizaciji (Mihalič, 2008). Avtentično vodenje je koncept, za katerega je vse več zanimanja, kot je razvidno tudi iz literature (Dimovski, Penger in Peterlin, 2009; George, 2007; Shamir in Eilam, 2005; Ilies, Morgeson in Nahrgang, 2005; George, 2003 itn.). Ta koncept se pojavlja tudi kot odgovor na različna negativna dogajanja v poslovnem svetu, ki so vnesla nezaupanje in nezadovoljstvo v vodje organizacij. Pojem oziroma konstrukt avtentičnega vodenja ima v literaturi sicer različne definicije, vendar imajo vse skupne ključne točke, ki določajo, kakšen naj bi bil avtentičen vodja. Dimovski, Penger in Peterlin (2009) menijo, da je avtentičnost element kontinuuma, kar pomeni, da bolj kot ljudje ohranjajo svoje vrednote, identiteto, preference in čustva, bolj avtentični so. To pomeni, da je avtentičnost neki proces, ki vključuje ohranjanje bistva posameznika in pomeni delovati iskreno, skladno s svojimi prepričanji in vrednotami. Vodje nastajajo in se razvijajo. Rast in razvoj avtentičnega vodje je v celoti posledica vsakodnevnega dela, izpopolnjevanja, pridobivanja znanja iz številnih virov, samoanalize in samoraziskave (Dimovski in sod., 2009). Ko vodja raste in se razvija, pomaga tudi drugim, da rastejo in se razvijajo. Poleg znanja in spretnosti se razvijajo tudi vrednote. Vodja ne more drugih spodbuditi, da postanejo nekaj, kar sam ni. Vodja, ki ne raste, bo težko vplival na razvoj učeče se organizacije (Clemmer, 2008). Bistvo avtentičnega vodenja je po mnenju Dimovskega in sod. (2009) vračanje k osnovam. Vodenje skuša očistiti praznih obljub, olepševanja ter uvaja čast in častno delovanje kot osnovo vodenja. Avtentični vodje prihodnosti bodo znani bolj po tem, kaj dosežejo, kot po tem, kar obljublajo; bolj po strokovnosti in kompetentnosti kot po nazivih in položajih.

ju; bolj po podpiranju in spodbujanju kot po kontroliranju in bolj po oblikovanju miselne orientacije zaposlenih kot po postavljanju ciljev. Eden glavnih izzivov avtentičnega vodje je poiskati moč podrejenih ter jo pravilno usmeriti in razvijati, hkrati pa jih pridobiti, da se zavzemajo za skupni cilj (Avolio in sod., 2004). Kvas in Seljak (2004) navajata, da je zadovoljstvo zaposlenih pri delu odvisno od številnih dejavnikov in motivatorjev in je zelo pomembno za organizacijo, saj se nezadovoljstvo pri delu lahko odraža v pomanjkanju motivacije za delo, kar slabo vpliva na sodelavce in organizacijo. Zadovoljstvo z delom motivira posameznika in ga vodi k višjim ciljem. Tema zadovoljstva pri delu v psihologiji delovne organizacije zavzema upravičeno obsežen prostor (Kovač, 2008).

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika. Podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega programa Microsoft Office Excel in zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen iz dveh vsebinskih sklopov: sklopa demografski podatki in sklopa zadovoljstvo z vodjo in stili vodenja. Vsako trditev so anketiranci ocenjevali po 4-stopenjski ocenjevalni lestvici, pri čemer je vrednost 1 pomenila »se ne strinjam«, vrednost 2 »se malo strinjam«, vrednost 3 »se strinjam« in vrednost 4 »se zelo strinjam«. Za merski instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Uporabili smo priložnostni vzorec, v katerega smo vključili izvajalce zdravstvene nege, zaposlene v Zdravstvenem domu Trbovlje. Od skupno osebno predanih 25 anketnih vprašalnikov je bilo pravilno izpolnjenih in vrnjenih 24 anketnih vprašalnikov (99 % realizacija vzorca). Za merjenje zadovoljstva in stilov vodenja zaposlenih smo uporabili dva vprašalnika (Dimovski in sod., 2013; Moormana in sod., 2013). Anketni vprašalnik je izpolnilo 22 žensk (92 %) in 2 moška (8 %). 7 anketiranih je bilo starih od 21 do 30 let (29,17 %), eden pa spada v starostno skupino do 20 let (4,17 %). 50 % anketirancev predstavlja 2 starostni skupini, in sicer 6 (25 %) je starih od 31 do 40 let in 6 (25 %) več kot 50 let. Preostali 4 anketiranci (16,67 %) predstavljajo starostno skupino od 41 do 50 let. Največji delež anketirancev (14; 58 %) ima srednješolsko izobrazbo, kar zajema zdravstvene tehnike/zdravstvene tehnice, visokošolsko/univerzitetno izobrazbo ima 9 anketirancev (38 %), in sicer so to diplomirane med. sestre oz. diplomirani zdravstveniki. Najmanjši delež (4 %) predstavlja 1 izmed anketirancev, ki ima višješolsko izobrazbo oz. je višja medicinska sestra/višji zdravstveni tehnik. Nihče izmed anketirancev nima dokončanega magistrerja ali doktorata. Anketiranje je potekalo od 1. 3. do 31. 3. 2016. Sodelovanje udeležencev je bilo prostovoljno. Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje zavoda. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, pri kateri so bile za vsako posamezno merjeno trditev izračunani aritmetična sredina, frekvenca in delež posameznih trditev. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Helsinško-Tokijsko deklaracijo.

Rezultati

V nadaljevanju so podrobneje predstavljeni rezultati oziroma aritmetična sredina zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege z vodenjem nadrejenega, odnosom nadrejenega in stilom vodenja.

Glede neposredno nadrejenih se 23 anketiranih (96 %) v največji meri strinja s tem, da vodja gradi svojo avtoriteto s strokovnostjo, z dobrim zgledom in s prijaznim vodenjem ter da je vodja strpen in ceni delo podrejenih. 22 anketirancev (92 %) meni, da vodja spodbuja samostojnost pri delu, izpolnjuje obveznosti do svojih zaposlenih in jim pomaga ter zaupa. 21 anketirancem se zdi zaposlitev v organizaciji varna oz. zagotovljena; med drugim menijo, da vodja razume probleme zaposlenih in jih tudi sproti rešuje. S trditvijo, da pri svojem delu vodja uporablja demokratičen način vodenja (se posvetuje s sodelavci), se strinja 21 anketiranih (88 %). 21 anketirancev (88 %) se strinja tudi s tem, da vodja komunicira in sodeluje z zaposlenimi ter da pri sprejemanju odločitev upošteva njihovo mnenje. 20 anketirancev (83 %) meni, da je vodja v kritičnih časih sposoben hitrega in učinkovitega ukrepanja, prav toliko se jih strinja tudi s trditvijo, da jih zna njihov neposredno nadrejeni motivirati za delo. S trditvami, da vodja posreduje informacije na razumljiv način, se pogovarja s podrejenimi o rezultatih dela in da so zadovoljni z vodenjem, se strinja 21 anketiranih (83 %). S trditvijo, da se vodja strinja z vsem, kar koli podrejeni naredijo, se ne strinja nihče od anketiranih. S trditvijo, da vodja uporablja avtokratičen način vodenja, se strinja 1 anketiranec (4 %), da ne izreka pohval ob dobro opravljenem delu in da odločitve pri delu sprejema sam, se strinjajo 3 anketiranci (13 %), da podrejeni ne vedo, kaj lahko pričakujejo od njega, 4 anketiranci (17 %), da so odločitve pri delu prepuščene podrejenim, pa 5 anketiranih (21 %). Manj kot tretjina anketirancev (29 %) meni, da vodja daje občutek, da se ve, kdo je nadrejeni in kdo podrejeni in da zaposlenim posreduje le tiste informacije, ki jih morajo vedeti, da lahko opravljajo svoje delo. Glede na število vseh odgovorov in povprečno skupno vrednost trditvev 3,7, kar predstavlja več kot polovico trditvev, pri katerih se anketiranci strinjajo, je mogoče za naš vzorec skleniti, da so zaposleni zadovoljni z neposrednim vodjo in vodenjem. Glede na lestvico, v kateri Dimovski in sod. (2013) klasificirajo rezultate oziroma zbrane točke v štiri kategorije in se zaznava avtentičnosti določa po številu točk v trditvah, pri čemer je maksimalno mogoče število doseženih točk 85, jih njihove vodje dosežajo 72,21. Najvišje ocene oz. delež strinjanj s trditvami (96 %) je prejel za trditve, ki se nanašajo na samozavest, optimizem in na poznavanje lastnih vrednot. Prav tako visok delež anketirancev (92 %) se strinja, da ima vodja jasno postavljene cilje, verjame v boljšo prihodnost in da s sodelavci ravna skrbno in spoštljivo. Druge trditve, ki se nanašajo na iskrenost vodje, preprosto prilagajanje spremembam, poštenost, izboljšanje družbe, zaupanje sodelavcem in motivacijo vodje, imajo 88-odstotni delež strinjanja. Isti delež predstavljajo tudi trditve, da vodja izkazuje enake prioritete, kot jih zagovarja, ravna skladno s tem, kar zagovarja, in ravna skladno svojimi vrednotami, prepričanji in stališči, da deluje v najboljšem interesu vseh sodelavcev in višjega dobrega. Slabše je bil ocenjen pri trditvah, da zagovarja svoja načela, ne glede na ceno, ki jo za to

plača, in da ravna skladno s svojimi vrednotami, ne glede na ceno, ki jo za to plača, v deležu 71 %, kar je še vedno zelo visok delež strinjanj, oz. 4,17 % anketirancev se s trditvama ne strinja.

Razprava

V empiričnem delu naloge smo poskusili odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja in podali ugotovitve ter jih primerjali z drugimi raziskavami. Avtentični vodje služijo kot vzorniki za sledilce s pomočjo samoregulacije z izražanjem svojih vrednot, pozitivnih čustev, motivov, ciljev ter tudi skrbi za rast in razvoj sledilcev prek svojih besed in dejanj. Avtentični vodje, katerih dejanja so usklajena z njihovimi prepričanji, naj bi imeli večji vpliv na sledilce. Sledilci si tako razlagajo avtentičnost kot dokaz zanesljivosti vodje in razvi-je se zaupanje v vodjo, to pa omogoča pripravljenost sledilcev, da mu sledijo (Dimovski, 2013).

Raziskovalno vprašanje 1: Kolikšna je raven zaupanja izvajalcev zdravstvene nege do svojega neposrednega vodje?

Ugotovili smo, da se večina anketirancev (23; 96 %) strinja s trditvijo, da vodja gradi svojo avtoriteto s strokovnostjo, z dobrim zgledom in s prijaznim vodenjem ter da je strpen in ceni delo podrejenih. 22 anketirancev (92 %) meni, da vodja spodbuja samostojnost pri delu, izpolnjuje obveznosti do svojih zaposlenih in jim pomaga ter zaupa. 21 anketirancem (88 %) se zdi zaposlitev v organizaciji varna oz. zagotovljena; med drugim menijo, da vodja razume probleme zaposlenih in jih tudi sproti rešuje. Pri svojem delu vodja uporablja demokratičen način vodenja (se posvetuje s sodelavci) (strinja 88 % anketiranih). Prav tako se 21 anketirancev (88 %) strinja, da vodja komunicira in sodeluje z zaposlenimi ter da pri sprejemanju odločitev upošteva njihovo mnenje. S trditvijo, da je vodja v kritičnih časih sposoben hitrega in učinkovitega ukrepanja, se strinja 20 anketirancev (83 %), prav toliko se jih strinja, da jih zna njihov neposredno nadrejeni motivirati za delo. Ravno toliko anketiranih (83 %) se strinja s trditvijo, da vodja posreduje informacije na razumljiv način, se pogovarja s podrejenimi o rezultatih dela in da so zadovoljni z vodenjem. Pozitivna klima pomaga vsem udeležencem, še posebno je dobra podpora vodjem, skupnim ciljem, pripomore pa tudi k reševanju zaznanih problemov (Ovsenik in Ambrož, 2006). S trditvijo, da je vodja v kritičnih časih sposoben hitrega in učinkovitega ukrepanja, se je strinjala večina anketirancev, prav toliko se jih strinja, da jih zna neposredno nadrejeni motivirati za delo. Večina anketiranih se strinja, da vodja posreduje informacije na razumljiv način, se pogovarja s podrejenimi o rezultatih dela in da so zadovoljni z vodenjem. S trditvijo, da podrejeni ne vedo, kaj lahko pričakujejo od njega, se je strinjala slaba četrtina anketiranih; da so odločitve pri delu prepuščene podrejenim, se je strinjala le ena petina. Manj kot ena tretjina anketirancev se je strinjala, da vodja daje občutek: da se ve, kdo je nadrejeni in kdo podrejeni, in da zaposlenim posreduje le tiste informacije, ki jih morajo vedeti, da lahko

opravljajo svoje delo. Glede na število vseh odgovorov in povprečno skupno vrednost trditev 3,7, kar predstavlja več kot polovico trditev, v katerih se anketiranci strinjajo, je mogoče skleniti, da so zaposleni zadovoljni z neposrednim vodjo in vodenjem.

Poleg vpliva okolja je stalnost zaposlitve vsekakor pomembna za posameznika, ker zadovoljuje njegovo potrebo po varnosti, vendar je žal zadnje čase vse bolj ogrožena (Auer in Antončič, 2009). Pri razvijanju, vzpostavljanju in pri vzdrževanju dobrih medsebojnih odnosov Mihalič priporoča (2008), da vodja zagotovi sproščeno, a hkrati profesionalno vzdušje v organizaciji in obravnava zaposlenega kot celovito osebnost. Kot odgovor na zastavljeno prvo raziskovalno vprašanje in glede na odgovore anektiranih velja, da sta osnovni vrednoti vodenja razvoj in zaupanje med vodjo in izvajalci zdravstvene nege. Koncept avtentičnega vodenja v zdravstvu je odgovor na klic zaposlenih po pristnem načinu vodenja, ki bi ustrezal potrebam zaposlenih v sodobnih organizacijah (Dimovski, Penger in Peterlin, 2009).

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšen je vpliv vodje na izvajalce zdravstvene nege?

Rezultati avtentičnega vodenja z vidika zaposlenih so: zaupanje, zadovoljstvo, pripadnost, veselje, varnost, samouresničitev. Walumbwa in sod. (2008) navajajo, da so ugotovitve opravljene raziskave pokazale višje delovne rezultate ob avtentičnem vodenju in tudi večjo organizacijsko pripadnost ter zadovoljstvo z vodjem. Ugotovili smo, da ima vodenje z avtentičnostjo vpliv na izvajalce zdravstvene nege, saj skupek karakteristik in značilnosti daje zaposlenim smernice, po katerih se lahko ravnajo, razvijajo in sledijo višjim ciljem (skladnost, pristnost, poštenost in verodostojnost). Da je vodja pri zaposlenih zaznan kot zelo avtentičen, je razvidno iz povprečne vrednosti 4,19 oz. visokega deleža strinjanja (20; 84 %). Najvišje ocene oz. delež (23; 96 %) strinjanj s trditvami so dosegle trditve, ki se nanašajo na samozavest, optimizem in na poznavanje lastnih vrednot. Prav tako visok delež anketirancev se strinja, da ima vodja jasno postavljene cilje, verjame v boljšo prihodnost ter da s sodelavci ravna skrbno in spoštljivo. Druge trditve, ki se nanašajo na iskrenost vodje, preprosto prilagajanje spremembam, poštenost, izboljšanje družbe, zaupanje sodelavcem in motivacijo vodje, predstavljajo 88-odstotni delež navedenih trditev. Enak delež anketirancev zagovarja, da vodja ravna skladno s svojimi vrednotami, prepričanji in stališči, da deluje v najboljšem interesu vseh sodelavcev in višjega dobrega. Slabše ocene so bile podane pri trditvah, da zagovarja svoja načela, ne glede na ceno, ki jo za to plača, in da ravna skladno s svojimi vrednotami, ne glede na ceno, ki jo za to plača. Skoraj dve tretjini anketirancev se s trditvama ne strinja. Emuwa (2013) je preučeval razmerje avtentičnega vodenja s sledilčevimi rezultati, ki sta zaupanje in opolnomočenje. Študija je pokazala, da avtentično vodenje kot pozitivna oblika vodenja vpliva na rezultat zaposlenih med kulturami. Opravljene študije (Valsania, Moriano, Molero in Topa, 2012; Onorato in Zhu, 2014; Xiong in Fang, 2014) so prav tako pokazale pozitivno povezanost med avtentičnim vodenjem in rezultati avtentičnega vodenja z vidika zaposlenih.

Zaključek

Vodenje znotraj zdravstvene organizacije igra zelo pomembno vlogo pri uspešnosti zavoda oz. organizacije na dolgoročni ravni. Tradicionalni pristopi k vodenju so že zdavnaj preteklost, saj v ospredje prihaja človek kot pomemben člen znotraj celotne organizacije. Menimo, da je v zdravstveni negi in zdravstvu na splošno veliko neprofesionalnega vodenja, premalo znanja o vodenju, motiviranju zaposlenih, zato je posledično prisotno nezadovoljstvo oz. nezaupanje v vodje. Glede na vzorec in število anketiranih ne moremo gotovo trditi o natančnih ugotovitvah, saj je vzorec zelo majhen in bi lahko prišlo do sprememb PV, če bi bil v raziskavo vključen večji vzorec. Iz ugotovitev lahko sklenemo, da sta osnovni vrednoti vodenja razvoj in zaupanje med vodjo in izvajalci zdravstvene nege. Prisotno je precej visoko zaupanje izvajalcev zdravstvene nege do neposrednega vodje. V prihodnosti bi opravili podobno in obsežnejšo raziskavo med zaposlenimi, s katero bi ugotavljali avtentičnost vodje, zadovoljstvo zaposlenih in ugotavljali, kakšna je organizacijska klima v organizaciji. Ugotovili smo, da ima vodenje z avtentičnostjo vpliv na izvajalce zdravstvene nege, saj skupek karakteristik in značilnosti daje zaposlenim smernice, po katerih se lahko ravnaajo, razvijajo in sledijo višjim ciljem (skladnost, pristnost, poštenost in verodostojnost). Najboljši vodja mora iz različnih slogov in modelov vodenja uporabiti tisto najboljše ter preučiti in se naučiti pravilne komunikacije pa tudi spoznati različne stopnje osebnostne rasti in odnosov.

Literatura

- AUER, J. in ANTONČIČ, B., 2009. *Zadovoljstvo zaposlenih, notranje podjetništvo in rast podjetja*. Koper: Društvo za akademske in aplikativne raziskave Koper.
- AVOLIO, B. J., GARDNER, W. L., WALUMBWA, F. O., LUTHANS, F. in MAY, D. R., 2004. *Unlocking the mask: a look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors*. *The Leadership Quarterly*, 15 (6), str. 801–823.
- AVOLIO, B. J. in BASS, B. M., 2004. *Multifactor leadership* Pearson Prentice Hall: School of global leadership & Entrepreneurship.
- BERNIK, J., 2000. Podjetniški management in vodenje. V: BERNIK, J., KMET, J., BERGINC, J., MEJAŠ, N., PŠENIČNY, V., ur. *Management in vodenje*. Portorož: Visoka strokovna šola za podjetništvo.
- BOHINC, M. in GRADIŠAR, M., 2003. *Analiza dejavnikov organizacijskega razvoja zdravstvene nege*. Management and organisation development, 22. mednarodna znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 26.–28. marec. Kranj: Moderna organizacija, str. 910.
- BREZOVŠEK, M. in KUKOVIČ, S., 2014. *Javno vodenje: sodobni izzivi*. Ljubljana: FDV.
- CLEMMER, J., 2008. *Učinkoviti vodja. Brezčasna načela osebnega, poklicnega in družinskega uspeha*. Ljubljana: Tuma.
- ČERNE, M. in PENDER, S., 2010. *Razvoj konceptualnega modela avtentičnega vodenja*. Teorija in praksa, 47 (4), str. 819–842.
- DIMOVSKI V., PENDER, S. in PETERLIN J. (2009). *Avtentično vodenje v učehi se organizaciji*. Ljubljana: Planet GV, poslovno izobraževanje.

- DIMOVSKI, V. in PENDER S., 2008. *Temelji managementa*. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited.
- DIMOVSKI, V., PENDER, S., PETERLIN, J., UHAN, M., ČERNE, M. in MARIČ, M., 2013. *Napredni management*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- EMUWA, A., 2013. *Authentic leadership: Commitment to supervisor, follower empowerment, and procedural justice climate*. *Emerging Leadership Journeys*, 6 (1), str. 45–65.
- GARDNER, W. L., AVOLIO, B. J., LUTHANS F. MAY, D. R. in WALUMBWA, F., 2005. »Can you see the real me?« *A self-based model of authentic leader and follower development*. Gallup Leadership Institute, College of Business Administration, University of Nebraska-Lincoln, Lincoln, NE 68521-8999, United States. *The Leadership Quarterly*.
- GEORGE, B., 2003. *Authentic Leadership: Rediscovering the Secrets to Creating Lasting Value*. San Francisco: Jossey Bass.
- GEORGE, B., 2007. *Authentic Leaders. Leadership Excellence*, 24 (9), str. 16–17.
- ILIES, R., MORGESON, F. P. in NAHRGANG, J. D., 2005. *Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader–follower outcomes*. *The Leadership Quarterly, Authentic Leadership Development*, 16 (3), str. 373–394.
- IVANUŠA-BEZJAK, M., 2006. *Zaposleni največji kapital 21. stoletja*. Maribor: Pro–Andy.
- KOVAČ, R., 2008. *Vodenje, motivacija in zadovoljstvo prodajnega osebja v založniškem podjetju*, magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- LIPIČNIK, B., 1998. *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- MIHALIČ, R., 2008. *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Založba Mihalič in Partner d.o.o.
- MOORMAN, R. H., DARNOLD, T. C. in PRIESEMUTH, M., 2013. *Perceived leader integrity: Supporting the construct validity and utility of a multi-dimensional measure in two samples*. *The Leadership Quarterly*, 24 (3), str. 427–444.
- MOŽINA, S., 1994. *Management*. Radovljica: Didakta.
- ONORATO, M. in ZHU, J., 2014. *An empirical study on the relationships between authentic leadership and organizational trust by industry segment*. *SAM Advanced Management Journal*, 79 (1), str. 26–39.
- OVSENIK, M. in AMBROŽ, M., 2006. *Upravljanje sprememb poslovnih procesov*. Portorož: Turistika – Visoka šola za turizem.
- ROZMAN, R. in KOVAČ, J., 2012. *Management*. Ljubljana: GV Založba.
- SHAMIR, B. in EILAM, G., 2005. "What's your story?" *A life-stories approach to authentic leadership development*. *The Leadership Quarterly*, 16 (3), str. 395–417.
- SKELA SAVIČ, B., 2008. *Vodenje, motivacija in čustvena inteligenca vodje v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo*, Bled 16. april 2008. V: BONNE, M., ur. *Coaching: učinkovit pristop pri motiviranju zaposlenih*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
- SKELA SAVIČ, B. in PAGON, M., 2007. 'Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah'. *Organizacija, revija za management, informatiko in kadre* 40 (4), A63–A73.
- VALSANIA, S. E., MORIANO LEÓN, J. A., ALONSO, F. M. in CANTISANO, G. T., 2012. *Authentic leadership and its effect on employees' organizational citizenship behaviours*. *Psicothema*, 24 (4), str. 561–566.
- WALUMBWA, F., AVOLIO, B., GARDNER, W., WERNING T. in PETERSON S., 2008. *Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure*. *Journal of Management*, 34 (1), str. 89–126

XIONG, H-B. in FANG, P. (2014). *Authentic leadership, collective efficacy, and group performance: An empirical study in China*. *Social Behaviour and Personality*, 42 (6), str. 921–932. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2014.42.6.921>.

Konstruktivno reševanje konfliktov med člani negovalnega tima

Nina Zaletelj, Ljiljana Leskovic

Univerza v novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
nina.zaletelj@gmail.com, ljiljana.leskovic@uni-nm.si

Povzetek

Uvod: Znotraj zdravstvenih ustanov je komunikacija večplastna, saj gre za komunikacijo med uslužbenci, zdravstvenimi delavci in pacienti. Vsebuje visoka etična načela in predstavlja sodelovanje multidisciplinarnega tima. Namen raziskave je preučiti, kako člani negovalnega tima rešujejo konflikte, ki nastanejo v delovnem procesu. Cilji raziskave so predstaviti reševanje konfliktov med člani negovalnega tima na delovnem mestu in preučiti pristope k reševanju konfliktov. *Metode:* Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela z uporabo tehnike anketiranja. Zbiranje primarnih podatkov je potekalo z anketnim vprašalnikom. Vprašalnik, ki je sestavljen iz 16 vprašanj zaprtega tipa, v prvem delu vsebuje sociodemografska vprašanja, v drugem pa vprašanja o konfliktih med člani negovalnega tima. Sekundarne vire smo zbrali s pomočjo pregleda znanstvene in strokovne literature ter spletnih virov v podatkovnih bazah CINAHL, COBBIS, SI, Google Učenjak in Digitalna knjižnica Slovenije. *Rezultati:* Med srednje medicinske sestre oziroma zdravstvene tehnike ter diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane zdravstvenike smo razdelili 50 anketnih vprašalnikov, nazaj pa dobili 29 (58 %) v popolnosti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Ugotovili smo, da 17 anketiranih (58 %) navaja kot vzrok za nastanek konfliktov med člani negovalnega tima neučinkovito komunikacijo, 16 (55 %) pa kot vzrok navaja pomanjkanje kadra oziramo preobremenjenost. 8 anketiranih (27,58 %) konflikte rešuje z mirnim pogovorom, 15 (51,72 %) pa z opravičilom osebi, ki je bila vključena v sam konflikt. Nastale konflikte anketirani (6; 20,7 %) največkrat rešujejo s pomočjo komunikacije, sem pa spadajo mirni pogovor, opravičilo in pogovor z nadrejenim. *Razprava:* Nastali konflikti se največkrat rešujejo s pomočjo komunikacije, in sicer z mirnim pogovorom, z opravičilom in pogovorom z nadrejenim. Komunikacija med člani negovalnega tima je zelo pomembna. Neučinkovita komunikacija je vzrok nastanka konflikta, dobra komunikacija pa pripomore k dobrim odnosom in manjši možnosti nastajanja konfliktov.

Gljučne besede: komunikacija, konflikti, negovalni tim

Uvod

V medsebojnih odnosih so težave v komunikaciji izrazitejše, zato je za dobro komunikacijo pomembno poslušanje in slišanje drugih, kar pa je običa-

jno velik problem. Ljudje mnogokrat ne poslušajo sogovornika, saj se ukvarjajo sami s seboj. Medtem ko razmišljajo, kaj bodo povedali, gledajo okoli, sogovornika prekinjajo in menjavajo temo pogovora. Končni rezultat vsega so zato nerazumevanje in žalitve, to pa vodi v konflikte v medsebojnih odnosih. Za boljše odnose med sodelavci ali boljšo komunikacijo je potrebno, da razumemo sebe, razumemo drugega in da spoštujemo ljudi. Da bo komuniciranje v timih uspešno, moramo sogovornika poslušati, si izmenjavati običajne in strokovne informacije, obvladovati konflikte, komunicirati v manjših skupinah in poučevati (Dovč, 2009). Ule (2009) navaja, da se soočenju s konfliktom izogibamo ravno zato, ker smo za soočenje in reševanje konfliktov premalo usposobljeni, ne zavedamo pa se, da s tem stvari le še poslabšamo, saj konflikt lahko izbruhne na novo in na težje obvladljiv način. Obstaja pa tudi drugi razlog izogibanja konfliktu in ta je, da se bojimo nezadovoljstva, agresivnosti, napetosti in negativnih čustev, ki običajno spremljajo naše reševanje konflikta. Če konfliktov ne rešujemo sproti in jim dopustimo, da se kopičijo, ali pa se umaknemo reševanju konfliktov, kasneje pride do stopnjevanja konfliktov ali pa se ta celo razširijo na druga področja delovanja. V prispevku smo se osredotočili na konflikte, ki se pojavljajo med člani negovalnega tima, z raziskavo pa proučili način reševanja konfliktov med člani negovalnega tima, ki nastanejo v delovnem procesu.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela s tehniko anketiranja. Za zbiranje primarnih podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, sekundarne vire pa smo zbrali s pomočjo pregleda znanstvene in strokovne literature ter spletnih virov v podatkovnih bazah CINAHL, COBBIS, SI, Google Učenjak in Digitalne knjižnice Slovenije. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda domače in tuje literature. Vprašalnik, ki je sestavljen iz 16 vprašanj zaprtega tipa, v prvem delu vsebuje sociodemografska vprašanja, v drugem pa vprašanja o konfliktih med člani negovalnega tima. Med srednje medicinske sestre oziroma zdravstvene tehnike ter diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane zdravstvenike smo razdelili 50 anketnih vprašalnikov, nazaj pa dobili 29 (58 %) v popolnosti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Anketiranje smo izvedli v mesecu februarju leta 2019. Potekalo je na podlagi prostovoljne odločitve o sodelovanju z možnostjo odklonitve sodelovanja v raziskavi in z upoštevanjem raziskovalnih ter etičnih načel. Pri obdelavi podatkov smo uporabili: metodo opisovanja, metodo analize in primerjanja, dokazovanja ter izpodbijanja in metodo abstrakcije. Podatki, ki smo jih pridobili, so bili obdelani s programom Microsoft Office Excel.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

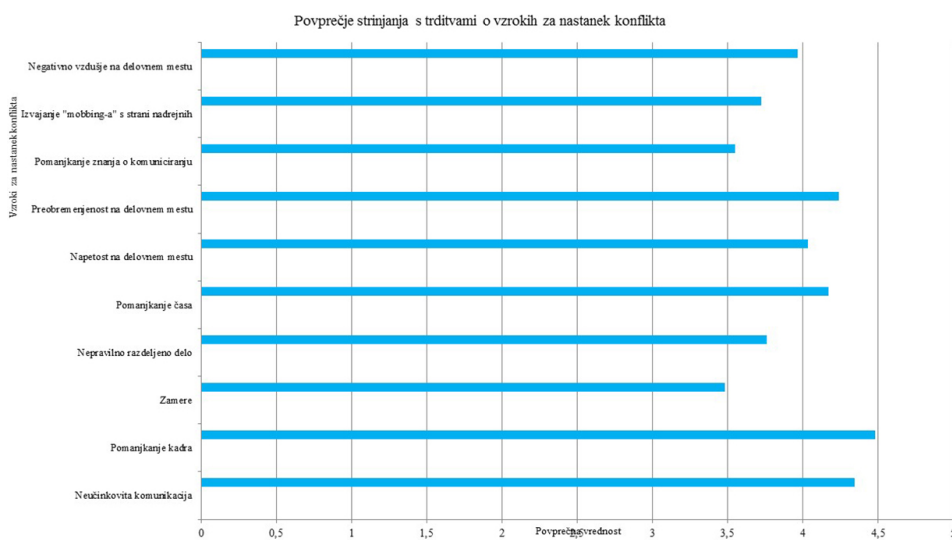
1. Kako pomembna je komunikacija med člani negovalnega tima?
2. Kateri so vzroki za nastanek konfliktov med člani negovalnega tima?
3. Na kakšen način člani negovalnega tima rešujejo nastale konflikte?

4. Na kakšen način bi člani negovalnega tima zmanjšali nastanek konfliktov?

Pri predstavitvi rezultatov smo zaradi majhnosti vzorca in lažje interpretacije rezultatov odgovore za posamezne trditve združili. Odgovore anketirancev, da se s trditvijo popolnoma in delno strinjajo, smo opredelili, kot da se anketirani s trditvijo strinjajo, popolno nestrinjanje in delno nestrinjanje pa, da se anketiranci s trditvijo ne strinjajo.

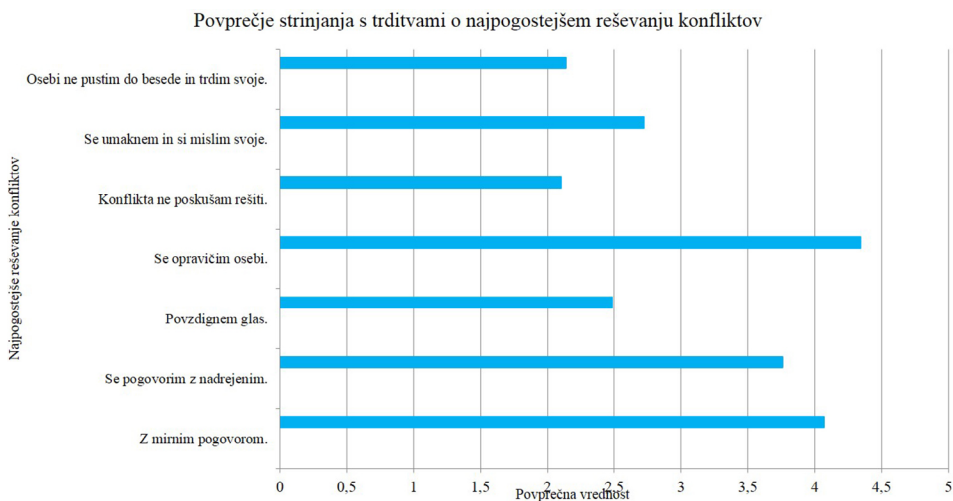
Rezultati

V nadaljevanju podajamo ugotovitve in interpretacijo rezultatov, ki so vezani na raziskovalna vprašanja. Od 29 anketiranih je bilo največ starih med 31 in 40 let (34 %). Manj kot 20 let ni imel nihče. Sledijo anketirani, ki so stari med 20 in 30 let (8; 28 %), 7 (24 %) je starih med 41 in 50 let, starejši od 50 let pa so bili 4 anketiranci (14 %). Največ (19; 66 %) anketiranih je imelo srednješolsko izobrazbo, z visokošolsko izobrazbo jih je bilo 7 (24 %), z dokončanim magistriranjem sta bila 2 (7 %), višješolsko izobrazbo je imel 1 anketiranec (3 %). Med anketiranimi ni bilo nikogar z doktoratom iz zdravstvene nege.



Slika 1: Vzroki za nastanek konflikta med člani negovalnega tima (Vir: Anketni vprašalnik, 2019).

Največjo povprečno oceno so anketirani dodelili trditvi »pomanjkanje kadra« (PV = 4,48), sledijo »neučinkovita komunikacija« (PV = 4,34), »preobremenjenost z delom« (PV = 4,24), »nepravilno razdeljeno delo« (PV = 3,76), »pomanjkanje pozitivnega vzdušja na delovnem mestu« (PV = 3,96), »pomanjkanje pozitivnega vzdušja na delovnem mestu« (PV = 3,96), »pomanjkanje znanja o komuniciranju v timu«. Najnižjo povprečno oceno so anketirani dodelili trditvi »zamere« (PV = 3,48).



Slika 2: Načini reševanja konfliktov med člani negovalnega tima (Vir: Anketni vprašalnik, 2019).

Kot najpogostejši način reševanja konfliktov so anketirani izbrali trditev »se opravičim osebi« in ga ocenili s povprečno oceno 4,34, sledili sta trditvi »z mirnim pogovorom« (PV = 4,07), »se pogovorim z nadrejenim« (PV = 3,76). Najnižjo povprečno oceno pa so dodelili trditvi »konflikta ne poskušam reševati« (PV = 2,10).

Razprava

S pomočjo raziskave smo prišli do rezultatov, s katerimi smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja, ki smo jih v razpravi predstavili, in ugotovitve podprli še s teorijo.

Na prvo raziskovalno vprašanje, ki sprašuje, *kako pomembna je komunikacija med člani negovalnega tima*, sodelujoči v raziskavi odgovarjajo, da je komunikacija med člani negovalnega tima zelo pomembna. Največ anketiranih (19; 66 %) je odgovorilo, da se jim komunikacija v negovalnem timu zdi zelo pomembna, 9 (31 %) jih je odgovorilo, da je komunikacija v negovalnem timu pomembna, ena anketirana oseba (3 %) pa meni, da je komunikacija zelo nepomembna. Pri vodenju tima je vedno bolj v ospredju pomen komunikacije, saj pripomore k izogibanju konfliktov in k boljšemu počutju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu. Komuniciranje je širok pojem in ne pomeni le govorenja, ampak vključuje tudi pisno komuniciranje in nebesedno sporazumevanje. Lahko bi rekli, da preko komuniciranja izmenjujemo znanje in tvorimo medosebne odnose. Komunikacija pa vedno ne more biti uspešna oziroma učinkovita, ker v delovnem okolju prihaja do napak in motenj. Najpogostejše so tiste, ki jih povzročimo sami, in sicer prekinjanje sogovornika, slabo sodelovanje, minimaliziranje težav sogovornika, neodgovorno ravnanje, odklanjanje predlogov poslušalcev in poudarjanje problemov. Po-

sledice motenj v komunikaciji se odražajo kot napake pri delu, kar pa privede do slabše kakovosti dela in nepopravljivih posledic (Volf, 2018). Fan, Feng in Wu (2009, v Saje, 2014) navajajo najpogostejše poklicne stresorje za nastanek konflikta: prevelike obremenitve na delovnem mestu, dolgotrajen in neena-komerno porazdeljen delovnik, nepredvidljive okoliščine dela, pomanjkanje podpore, hierarhija v zdravstvu, omejitve na delovnem mestu (pomanjkanje znanja in izkušenj, pomanjkanje kadra, pomanjkanje medicinsko-tehničnih pripomočkov), negotovost pri pacientovem trpljenju in umiranju. S pomočjo drugega raziskovalnega vprašanja, ki raziskuje, *kateri so vzroki za nastanek konflikta med člani negovalnega tima*, pa na podlagi odgovorov naših anketiranih ugotavljamo, da so najpogostejši vzroki za nastanek konflikta med člani negovalnega tima neučinkovita komunikacija. 28 anketiranih (96,55 %) se strinja s trditvijo, le 1 oseba (3,45 %) se ni mogla opredeliti. 25 anketiranih (86,21 %) se strinja, da je »preobremenjenost z delom« vzrok za nastanek konflikta, le 4 osebe (13,79 %) se niso mogle opredeliti oz. so se delno strinjale. S trditvijo »napetost na delovnem mestu« se 23 anketiranih (79,24 %) strinjajo, 6 anketiranih (20,69 %) pa se ni opredelilo. 22 anketiranih (41,38 %) se strinja, da je pomanjkanje časa vzrok za nastanek konfliktov, 7 anketiranih (24,14 %) pa se ni opredelilo. Anketirani so kot manj pogost vzrok za nastanek konflikta med člani negovalnega tima ocenili trditev »negativno vzdušje na delovnem mestu«. S trditvijo o napetosti na delovnem mestu se je 23 anketiranih (79,31 %) strinjalo, le 6 anketiranih (20,69 %) pa se ni moglo opredeliti. Do trditve, da »izvajanje mobinga s strani nadrejenih« pripomore k nastanku konfliktov, se 11 anketiranih (37,93 %) ni moglo opredeliti, 16 anketiranih (55,17 %) se je s trditvijo strinjalo, dve osebi (6,9 %) pa se s trditvijo nista strinjali. Da je »nepravilno razdeljeno delo« vzrok za konflikt, se strinja 18 anketiranih (62,07 %), 9 anketiranih (31,03 %) se ni opredelilo, 2 anketirani (6,90 %) pa se s trditvijo nista strinjala. Za uspešno razreševanje konfliktov je ključnega pomena, da se zavedamo njihove prisotnosti in da jih razumemo kot normalen pojav v medsebojnih odnosih, saj bomo le tako lahko izbirali ustrezne konstruktivne odzive nanje. Za kakovostne medsebojne odnose je pomembno uspešno razreševanje konfliktov (Iršič, 2007). Na tretje raziskovalno vprašanje, ki pa sprašuje, *na kakšen način člani negovalnega tima rešujejo nastale konflikte*, anketirani odgovarjajo, da člani negovalnega tima poznajo več različnih načinov reševanja konfliktov, in sicer se s trditvijo, da konflikt rešijo z mirnim pogovorom, strinja 23 anketiranih (79,3 %), 6 (20,7 %) pa se jih ne more opredeliti. 19 anketiranih (65,5 %) se strinja s trditvijo, da konflikt rešijo tako, da se pogovorijo z nadrejenim, 9 (31,03 %) se jih ne more opredeliti in 1 anketirani (3,45 %) se delno strinja. 14 anketiranih (48,2 %) se ne strinja s trditvijo, da konflikt rešujejo s povzdigovanjem glasu, 7 (24,14 %) se jih ne more opredeliti in 8 anketiranih (27,59 %) se s trditvijo strinja. S trditvijo, da se v konfliktni situaciji opravičijo osebi, se strinja 20 anketirancev (68,97 %), 7 (24,14 %) se jih ne more opredeliti in 2 anketiranca (6,89 %) se ne strinjata. S trditvijo, da nastalih konfliktov ne poskušajo rešiti, se 14 anketiranih (48,28 %) ne strinja, 5 anketiranih (17,24 %) se jih delno ne strinja s trditvijo, 5 anketiranih (17,24 %) se ne more opredeliti, 3 anketiranih (10,34 %) se strinjajo in 2 an-

ketirana (6,9 %) se popolnoma strinjata: S trditvijo, da konflikte rešujejo tako, da se umaknejo in si mislijo svoje, se 8 anketirancev (27,59 %) strinja, 8 (27,59 %) pa se jih ne more opredeliti, medtem ko se jih 13 (44,82 %) s trditvijo strinja. 6 anketiranih (20,69 %) se s trditvijo, da konflikt rešita tako, da drugi osebi ne pustita do besede in trdita svoje, 5 anketiranih se strinja-(17,24 %) se jih ne more opredeliti, 18 (62,06 %) pa se jih s to trditvijo ne strinja. Za reševanje konflikta nimamo vedno časa, zato lahko izberemo drugo pot. Odločimo se lahko za kompromis, se podredimo oziroma prevladamo, naša odločitev pa je odvisna od tega, koliko nam je nekaj pomembno. Če popustimo drugemu, bo kdaj drugič drugi lažje popustil nam, ko ne bomo imeli časa za razreševanje. Prepogosto uporabljanje teh treh načinov pa lahko prinese tudi stranske učinke. Nekateri se počutijo izkoriščene, drugi se morajo stalno prilagajati in so prikrajšani, tretji postanejo nepriljubljeni ... Najbolje je vzdrževati ravnovesje med pomembnostjo lastnih interesov in pomembnostjo dobrih odnosov. Pri stvareh, ki so za nas pomembne, ne popuščamo, ne sklepamo kompromisov, saj bi tako ostali nezadovoljni, naše potrebe pa neizpolnjene (Iršič, 2007). V službi preživimo veliko časa, kjer delamo kot tim, ki pomaga pacientu. Zavedati se moramo, da lahko prihaja do konfliktov, ki pa jih moramo znati preprečevati. Edelmann je navedel nekaj pravil za zdravstvene delavce, ki pripomorejo k preprečevanju konfliktov. Zdravstveni delavec mora (Edelmann, 1993, v Rungapadiachy, 2003): pozorno poslušati paciente, obveščati in vsakokrat preveriti, ali je pacient razumel povedano, nuditi ustrezno oporo in svetovanje, izkazovati spoštovanje in vzdrževati zaupnost, izogibati se javnemu kritiziranju pacienta in neprimernemu razkrivanju samega sebe. Dobri odnosi med sodelavci in vodstvom so lahko močan motivacijski dejavnik za delo in za občutek pripadnosti nekemu timu. Komunikacija je aktivnost, ki je nepogrešljiva in skupna vsem ljudem (Rešetič, 2014). Pri četrtem raziskovalnem vprašanju, ki sprašuje, *na kakšen način bi člani negovalnega tima zmanjšali nastanek konfliktov*, so imeli anketirani pri posameznem sklopu ponujenih več odgovorov, ki so jih lahko izbrali, zato je skupno število odgovorov 89. 22 anketiranih (76 %) bi nastanek konfliktov zmanjšalo z večjo strpnostjo, 19 (65,5 %) jih meni, da bi konflikte zmanjšali z zaposlitvijo dodatnega kadra, za večjo potrpežljivost pa se je odločilo 12 anketirancev (41,4 %). 11 (38 %) jih meni, da bi nastanek konfliktov zmanjšali z izobraževanjem o komunikaciji in reševanju konfliktov, 11 (38 %) pa jih meni, da bi nastanek konfliktov zmanjšali z več organiziranimi sestanki znotraj negovalnega tima. 7 anketirancev (24,1 %) se je odločilo, da bi nastanek konfliktov zmanjšali z manj tekmovalnosti med sodelavci, 7 (24,1 %) pa se jih je odločilo za razna druženja (pikniki, zabave), ki bi zmanjšala nastanek konfliktov med člani negovalnega tima.

Zaključek

Ugotavljamo, da sta najpogostejša vzroka nastanka konflikta neučinkovita komunikacija in preobremenjenost kadra. V raziskavi so anketiranci podali mnenje, da konflikte razrešujejo z mirnim pogovorom in s posredovanjem opravičila osebi, ki je bila vključena v konflikt. Ustrezna komunikacija med

člani negovalnega tima je ključna za razreševanje konfliktov. Priznavanje različnosti, sodelovanje, vzajemnost, dajanje in sprejemanje konstruktivnih povratnih informacij, omogočanje osebnega izražanja, odsotnost nadlegovanja in zlorabe drugih oseb pripomorejo k dobrim medosebnim odnosom v timu na delovnem mestu. Da pa bi ohranili tak odnos in ga še dodatno razvijali, se moramo izobraževati na področjih komunikacije, konstruktivnega reševanja konfliktov, prilagajanja, sprejemanja drugačnosti in zaupanja ter jih tudi praktično obvladati. Zaposleni v zdravstveni negi morajo obvladovati veščine komunikacije, saj ves svoj delovni čas komunicirajo s pacientom in svojimi sodelavci.

Literatura

- DOVČ, Z., 2009. Učinkovita komunikacija na delovnem mestu. V: BOŽJAK, M., ur. *Preobremenjenost, konflikti in stres na delovnem mestu: zbornik predavanj*, Bled, 17. in 18. april 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji, str. 7-10.
- IRŠIČ, M., 2007. *Uvod v razreševanje konfliktov v medosebnih odnosih*. Ljubljana: Zavod Rakmo.
- REŠETIČ, J., 2014. Vpliv pohval in pritožb na dobre medsebojne odnose. V: NOSE, B. in JUGOVIČ, B., ur. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov/6. dnevi Marije Tomšič*, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 56-67.
- RUNGAPADIACHY, D. M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy.
- SAJE, M., 2014. Reševanje konfliktov v medosebnih odnosih. V: NOSE, B. in JUGOVIČ, B., ur. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov/6. dnevi Marije Tomšič*, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 68-77.
- ULE, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- VOLF, S., 2018. Vpliv komunikacije z vidika uspešnosti delovanja tima v organizaciji. V: NOSE, B. in RADOVAN, T., ur. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov/10. dnevi Marije Tomšič*, Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 155-158.

Vloga vodje pri uvajanju inovacij

Mirela Milanković, Vesna Zupančič

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
mirela.milankovic91@gmail.com; vesna.zupancic@gmail.com

Povzetek

Uvod: Vsak vodja, ki je pravzaprav voditelj, mora ugotoviti, na kakšen način bo vodil svoje podrejene pri skupnem reševanju izzivov. Vodja mora poznati načela voditeljstva in vedeti, kako uvajati inovacije po PDCA-modelu. Pri tem je bil namen študije prepoznati ključne potrebne kompetence voditeljev na področju zdravstvene nege za uspešno uvajanje inovacij. *Metode:* Uporabili smo kvalitativno metodo dela. S pomočjo tehnike kritičnega branja javno dostopne literature smo pripravili zbir osnovnih informacij za učinkovito voditeljstvo, ki omogoča kakovostno in varno zdravstvo. Zbrani podatki so predstavljeni na ravni sinteze po ključnih področjih. *Rezultati:* Ključna znanja voditeljstva vključujejo področja teorije vodenja in voditeljstva, stilov vodenja, vodenja v zdravstveni negi in odločanja, delegiranja in uporabe moči. Pri načelih sodobnega voditelja za uvajanje inovacije noben model vodenja ni idealen, kot bolj uporaben model, pa je bil ob upoštevanju PDCA- modela prepoznan model EFQM. *Razprava:* Zaključimo lahko, da so ob izbranem najprimernejšem modelu vodenja in udejanjanju voditeljstva, ključne lastnosti vodij predvsem motiviranost, angažiranost, odgovornost in kompetentnost. Ena izmed temeljnih nalog dobrih vodij pri uvajanju inovacij je usmerjanje in spodbujanje zaposlenih h kreativnosti, inovativnosti, iskanju, uvajanju ter razširjanju novih znanj v timu.

Ključne besede: vodenje, uvajanje inovacij, voditeljstvo v zdravstveni negi, model EFQM.

Uvod

Okolje, v katerem bivamo, se nenehno spreminja in njegov vpliv je čutiti tudi v spremembah, s katerimi se srečujemo v zdravstveni negi. Inovacije so postale naš vsakdanjik. Te spremembe so povezane z velikim napredkom v znanosti, povečanim in lažjim dostopom do znanja. Posledično so večja tudi pričakovanja ljudi. Vodenje ljudi je posebna spretnost in veščina vodij in menedžerjev, ki je ne moremo enačiti z upravljanjem, saj od posameznika zahteva povsem drugačno znanje in spretnosti ravnanja z ljudmi pri delu in uvajanju inovacij. Gardner (1965) je vodjo opredelil kot osebo z vrednotami, ki so v družbi zaželeni. Dober vodja nenehno išče nove rešitve in na-

dgrajuje in izboljšuje obstoječe. Vodenje ne more potekati brez prisotnosti ljudi, ločeno od vsega drugega. Gre za interakcijo med zaposlenimi in vodjo (Mezek, 2011). Vodja se zaveda, da so inovacije ključni dejavnik uspeha. Če inovacije pridejo do pacientov pravočasno, je moč pričakovati, da bodo ti stara leta preživel kakovostno in manj obremenjujoče za okolico (Chesbrough, 2012). Znanje s področja vodenja (menedžmenta) v zdravstvu in zdravstveni negi postaja v sodobnem času ključno pri vodilnih zdravstvenih delavcih. Vodilne medicinske sestre se vedno bolj vključujejo v kompleksne sisteme zdravstva in zahtevne procese vodenja (Filej in sod., 2019). V zdravstveni negi je zelo pomembno, da vodja stremi h kakovosti in varnosti, saj je to pravica pacientov (Zupančič, n. d.). Za izboljšanje procesa zdravstvene obravnave pacientov (vodstveni, delovni, podporni procesi), kakovosti in varnosti v zdravstvu je nujna uporaba PDCA- modela (Plan- Do- Check- Act) oz. t. i. Demingovega kroga. Demingov krog, ki kroži v smeri urinega kazalca, izhaja iz trditve, da se vsak potek storitev šteje za proces, ki ga je mogoče po korakih stalno izboljševati. Gre za procesni pristop, ki je podoben procesu zdravstvene nege. Najprej je potrebno vse skupaj dobro načrtovati, torej zastaviti cilje, sledi uresničitev, to vse skupaj je potrebno preveriti (meriti), oceniti in opazovati, na koncu pa ukrepati (potrjevati), popraviti in izboljšati (Zupančič, n. d.). V praksi verjetno prihaja do težav, ker v večini primerov čas pretežno posvečamo izvajanju samega dela, premalo planiramo in še manj vrednotimo (merimo, nadziramo) in ukrepamo (DEMETRA Lean Way, d. o. o., 2018). Obvladovanje sprememb pomeni sposobnost reševanja problemov. Spremembe na različnih področjih nas prisilijo v iskanje novih in boljših rešitev – za kakovost in varnost obravnave pacientov ter tudi kakovost profesionalnega življenja tako voditeljev, ki so odgovorni za omogočanje razvoja, kot vseh zdravstvenih delavcev in drugih zaposlenih v zdravstveni dejavnosti. Namen študije je bil opredeliti vlogo vodij pri uvajanju inovacij. Cilj študije je bil prepoznati nekatere ključne potrebne kompetence voditeljev na področju zdravstvene nege za uspešno uvajanje inovacij in pripraviti nekaj ključnih iztočnic za izboljšanje vodenja na področju zdravstvene nege v praksi. Da bi sledili namenu in cilju raziskave, smo si zastavili sledeče raziskovalno vprašanje: »Katere kompetence odlikujejo odličnega voditelja na področju zdravstvene nege?«

Metoda

Uporabili smo kvalitativno metodo dela. Z metodo kritičnega branja javno dostopne literature, ki se navezuje na podatke iz doslej objavljenih knjig, člankov in ostale literature, smo povzeli ključna za nas uporabna spoznanja. Literaturo smo iskali s pomočjo ključnih besed: vodenje, uvajanje inovacij, voditeljstvo v zdravstveni negi. Ugotovitve smo predstavili na ravni sinteze po ključnih področjih.

Rezultati

Ključne ugotovitve smo predstavili v okviru šestih prepoznanih ključnih področij, ki skupaj tvorijo kompetence in definirajo vlogo odličnega voditelja.

Vodenje

Vodenje je proces, ki vpliva na sodelavce, da izvedejo tisto, kar so si njihovi vodje zamislili. Je sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja sodelavcev k željenim ciljem. Vodenje ni enkratno dejanje, je dalj časa trajajoč proces vplivanja na ljudi, ki se nanaša na usmerjanje in spreminjanje z namenom doseganja ciljev. V kliničnem okolju so potrebne nenehne organizacijske spremembe, novi strokovni standardi in racionalna uporaba vseh razpoložljivih virov, zato mora imeti medicinska sestra, ki opravlja funkcijo vodenja v zdravstveni negi, široko znanje, ki zajema tako strokovno področje kot veščine komunikacije, vodenja in organizacijskih procesov za nadaljnji razvoj stroke in uvajanje inovacij (Kramar Zupan, 2009). Pri vodenju gre za umetnost mobiliziranja drugih, da se želijo boriti za skupne težnje. Pomemben je glagol »želeli si«. Vodenje se vedno pojavlja med ljudmi. Ljudi ni možno upravljati, pač pa voditi. Med vodjo in zaposlenimi se oblikuje specifičen odnos interakcija (Kramar Zupan, 2009). Vsak posameznik lahko postane vodja, če ima cilje, ki so izvedljivi v praksi ljudi, ki jih vodi, ter uporablja elemente procesa vodenja.

Stili vodenja

Da je vodja lahko odločen, mora imeti visoko stopnjo samozavesti. Večja samozavest pa pomeni večjo odgovornost pri delu in boljšo storitev (Laznik, 2017). V kliničnem okolju so potrebne nenehne organizacijske spremembe, novi strokovni standardi in racionalna uporaba virov, zato mora imeti medicinska sestra kot vodja široko znanje, ki zajema področja zdravstvene nege, komunikacije, aktivnosti in osebnih lastnosti. Poleg naštetega pa mora znati tudi strateško razmišljati, voditi in organizirati. Mnogi vodje zato uporabljajo več različnih vodstvenih stilov, saj ima vsak drugačen namen in se zato uporablja ob drugem času (Brečko, 2001):

- avtoritativni stil (vodja uporablja statusni položaj kot način usmerjanja ljudi),
- participativni stil (vodja uporablja statusno, osebnostno in strokovno avtoriteto),
- patriarhalni – podporni stil (vodja se postavlja v vlogo očeta do zaposlenih),
- transakcijski stil (temelji na trgovanju med vodjem in delavcem, sporazumevanje o materialnih, kadrovskih virih itd.),
- transformacijski stil (vodja spodbuja zaposlene k idealom, moralnim vrednotam, k višjim ciljem) in

– ostali stili: liberalni, brezosebni, manipulativni itd. (Kramar Zupan, 2009).

Različni modeli vodenja na delavca ne vplivajo ustrezno, zato sta se razvila dva nova tipa vodenja transakcijsko in transformacijsko vodenje. Vodenju, ki temelji in gradi na lastnem interesu zaposlenih tako, da jih za izpolnitev zahtevanih nalog ustrezno nagradi, pravimo transakcijsko vodenje. Vodja, ki izbere takšen način vodenja, ne navdušuje podrejenih, marveč od njih zahteva ravnanje po pravilih, lahko pa tudi manjše spremembe na podlagi njegovih izkušenj, ki so razmeroma nezahtevne in večinoma rutinske. Transakcijsko vodenje je precej podobno klasičnemu načinu vodenja, v katerem je vodja nadrejeni, ki ureja stvari tako, kot so predpisane. Gre torej za stalno dogovarjanje med zaposlenimi in vodjo, pa naj si bo to glede števila in ustreznosti zaposlenih, uporabe materialov ali pa kakršnih koli drugih ugodnosti, če delavec dela dobro in delo usklajuje z dogovori (Kramar Zupan, 2009).

Transformacijsko vodenje ne odstopa bistveno od klasičnega vodenja, pri katerem pa se vodja drži tistega, kar je predpisano. Pomeni spodbujanje zaposlenih k idealom in moralnim vrednotam, ki naj bi jih navdušili za premagovanje težav pri delu. Transformacijski vodje vodijo zaposlene z motiviranjem, lastnim zgledom, karizmo in inspiracijo. Navdušujejo in navdihujejo sodelavce, da dajejo prednost doseganju skupnih ciljev skupine ali podjetja in pri tem zanemarijo lastne interese. Obenem jih spodbujajo k večjim, koherentim spremembam (Kramar Zupan, 2009).

Vodenje v zdravstveni negi

Za sodobno vodenje lahko rečemo, da je sinonim za inovativnost, prilagajanje, izobraževanje in timsko delo. Sodobni vodja v zdravstveni negi zna vključevati znanja in sposobnosti posameznika v organizacijsko strukturo, ker ima znanje in zna z njim upravljati. Dober vodja na področju zdravstvene nege mora znati združevati strokovne in poslovne odločitve (Jalen, 2010). Vloga vodje v zdravstveni negi pri uvajanju inovacij je največkrat dvojna strokovna in vodstvena. Najpogostejše funkcije vodje v zdravstveni negi so vodenje, reševanje problemov, reševanje konfliktov, delegiranje, komuniciranje, neposredno organiziranje, odločanje, načrtovanje, planiranje, izvajanje strokovnih standardov, vzdrževanje informacijskega sistema, dokumentiranje, motiviranje, nadzor, evalvacija, procesiranje sprememb in supervizija. Vodje morajo pri razvoju zaposlenih uporabljati sodobne modele vodenja, kot so ciljano vodenje, pozitivno vodenje in vodenje z zgledom (Skela Savič, 2008).

Model odličnosti EFQM

Vsaka organizacija ima zastavljene cilje, sprejema ukrepe za uresničevanje, nadziranje in doseganje le-teh. Za vse to so odgovorni vodje. Naloga vodij je vodenje oddelka. Funkcije vodenja pa so planiranje, nadziranje, kontroliranje, dodeljevanje delovnih nalog in organiziranje. V vsaki organizaciji naj bi vsi zaposleni sodelovali pri odličnosti. Tako na področju vodenja kot pri uvajan-

ju novosti. Vsaka organizacija ima zastavljeno vizijo, ki jo skupaj z zaposlenimi in pacienti želi doseči, za to pa je potrebno sodelovanje in izboljševanje delovnih dosežkov. Vse organizacije in javne ustanove so si med seboj v procesu poslovanja enake, kar vpliva tako na paciente kot na same zaposlene v organizaciji in na celotno družbo. Model odličnosti EFQM se lahko prenese v vsako dejavnost, saj zajema vse dejavnike poslovanja (Škedelj, 2016). Model EFQM pravi, da odlične organizacije vodijo voditelji, ki kreirajo prihodnost in pri tem dajejo zgled vsem v timu. Gre za prilagodljive voditelje, ki organizaciji omogočajo, da pravočasno predvidi spremembe, na katere se odzove hitro, in si tako zagotovi uspešnost (Škedelj, 2016). Voditeljstvo v modelu odličnosti EFQM je usmerjeno v prihodnost organizacije. Model odličnosti daje voditeljem jasna navodila. Vsa navodila, ki jih posreduje svojim sodelavcem morajo biti jasna. V praksi pa je vodja energična oseba, ki opravlja več nalog naenkrat, običajno pa prevzema tudi pobude za nove dejavnosti. Model odličnosti EFQM spodbuja razvoj znanja, veščin in sposobnosti vseh zaposlenih. Vodja pa dovoli, da z novimi idejami in pridobivanjem znanj skupina skupaj ustvarja odlične rezultate (Škedelj, 2016).

Odločanje, delegiranje in uporaba moči

Vodja v zdravstveni negi se mora znati ustrezno in pravočasno odločiti v skladu s svojimi predvidevanji. Pred sprejetjem odločitve mora povabiti sodelavce, skupaj z njimi najti najboljšo odločitev, jih o sprejeti odločitvi seznaniti, da ob tem znajo sprejeti tudi odgovornost. Prav tako mora vodja imeti sposobnost oblikovanja pravočasnih in ustreznih odločitev ter sprejemati odločitve tudi v negotovih situacijah. Vodja mora spodbujati enakopravno vključevanje in sodelovanje pri sprejemanju odločitev, saj bodo le tako doseženi pozitivni rezultati pri pacientu. Delegiranje je eden izmed elementov za izboljšanje delovnega procesa. Preko delegiranja se večja število tistih, ki sodelujejo pri odločanju. Vodja mora imeti pri delegiranju nalog visoko stopnjo menedžerskih sposobnosti, hkrati sodelavcem zaupati in jim dajati zadolžitve za delo glede na njihovo znanje in sposobnosti. Za uspešno vodenje niso pomembni samo sposobnosti, motivacija in delegiranje, ampak tudi moč in vpliv vodje. Moč je izrednega pomena tudi pri uvajanju inovacij (Možina, 2002). Moč je sposobnost vplivati in usmerjati posameznika, skupino ali organizacijo proti želenim rezultatom. Vsak vodja ima moč, a mora hkrati vedeti, kdaj in kako jo uporablja. Ločimo več vrst moči oziroma vpliva (Možina, 2002):

- legitimna moč – le-ta izhaja iz uradnega položaja vodje v organizacijski hierarhiji;
- moč (materialnega in nematerialnega) nagrajevanja – le-ta izvira iz možnosti vodje, da nagrajuje svoje sodelavce;
- moč pritiska – le-ta izhaja iz bojazni in strahu sodelavcev pred kaznijo;
- referenčna moč – le-ta izhaja iz identifikacije sodelavcev z vodjo;
- ekspertna moč – le-ta izvira iz specializiranega, strokovnega znanja vodje.

Vodje pri delu uporabljajo vse vrste moči, in sicer glede na okoliščine, v katerih delujejo.

Inovacija

Od vsega začetka obstoja človeštva, so ljudje iskali načine, kako izboljšati življenje. Človek je v prizadevanjih za svoj obstoj vedno iskal nove rešitve, jih dopolnjeval, nadgrajeval in izboljševal s ciljem, da naredi nekaj novega, kar bi imelo še večjo korist za uporabnika. V literaturi lahko zasledimo različne definicije inovacije. Če povzamemo, bi lahko rekli, da je inovacija v ožjem pomenu besede nov ali izboljšan proizvod, postopek oziroma proces. V širšem pomenu pa beseda inovacija zajema tudi nove logistične poti in nove oblike organiziranja. Inovacija predstavlja (Kovačič, 2011):

- proces uvajanja izboljšav z uvajanjem nečesa novega,
- dejavnost uvajanja nečesa novega: nekaj na novo uvedenega,
- proces spreminjanja idej v otipljive družbene vplive,
- novo idejo, metodo ali napravo,
- uspešno izkoriščanje novih idej,
- spremembo, ki ustvari novo dimenzijo učinkovitosti,
- udejanjanje nove ideje,
- sposobnost stalnega uresničevanja zaželenega prihodnjega stanja,
- uveljavljanje vrednosti in/ali ohranjanje vrednosti.

Za uvajanje inovacije je potreben vodja, ki bo s svojim znanjem, lastnostmi, metodo in vizijo motiviral svoje sodelavce ter jih spodbujal k ustvarjalnemu opravljanju njihovega dela (Birken in sod., 2012). Vrhunski inovacijski vodja mora obvladati vse strateške in tehnične lastnosti, vedeti, kako ljudje razmišljajo in delajo, in razpolagati z osebnimi in vodstvenimi »orodji«, s katerimi lahko aktivira pripadnost in ustvarjalno vzdušje v organizaciji (Kramar Zupan, 2009). Zavedati se mora, da sta zadovoljstvo zaposlenih in uspešnost organizacije eno. Pri sodelavcih mora ustvarjati vtis, da tisto kar počnejo, počnejo iz lastne želje. Izgine razmerje vodja-vodeni, ostaneta pa ustvarjalni duh in želja po dosežkih. Vodja jih pripelje do tega da posameznik izgubi strah, prevzame tveganje, preizkuša nove ideje, greši in ponovno poizkuša (Kramar Zupan, 2009). Vloga vodje pri uvajanju inovacije je, da najde najboljše lastnosti v vsakem delavcu. Pripravljen mora biti dvigniti moralo in imeti vedno odprta vrata za svoje zaposlene. Uspešen vodja mora obiskovati svoje podrejene na deloviščih, se poučiti in pogovarjati o njihovih težavah, biti mora pripravljen poslušati mnenja drugih. Poznati mora imena svojih sodelavcev in zaupati v podrejene. Dober vodja ne beži pred težavami in ne odreja svojega dela podrejenim. Ceni ljudi z idejami in si nikoli ne lasti tujih inovacij (Kramar Zupan, 2009).

Razprava

Skozi kritično branje javno dostopne literature smo veliko razmišljali, zakaj se zdravstveni delavci tako zelo branijo oz. bojijo inovacij. Strah je zaznan povsod, kjer ljudje vedo, da se bodo morali prilagoditi na novosti in seveda pozabiti na rutino. Velika večina pa tega noče, se boji in hoče nadaljevati delo po ustaljenem procesu. Vsaka novost prinese spremembe, pa tudi inovacije se nenehno spreminjajo, enako se spreminja tudi proces inoviranja. Dolgoletne vodje se praviloma v vodenju izčrpajo in so v času sprememb med prvimi, ki lahko kaj izgubijo oziroma ko lahko njihova morebitna nesposobnost postane transparentna. Mnogo vodij je strokovno sposobnih, a se enostavno bojijo tveganja. Danes se ljudi skuša spodbujati, naj posnemajo in med seboj delijo, ponovno uporabljajo in kombinirajo. A pozabljamo priznavati že doseženo. Doseženo je pomembno priznavati zato, da se v procesu ne izgubi. Medicinske sestra se po vsem svetu vsak dan ukvarjajo z inovativnimi dejavnostmi. Te dejavnosti motivira želja po izboljšanju rezultatov pri oskrbi pacientov ter potreba po zmanjševanju stroškov zdravstva. Inovacije v zdravstvu pomenijo izboljšanje kakovosti življenja in ne le možnosti podaljševanja življenja. *Številne* izmed teh pobud so prinesle pomembno izboljšanje zdravja pacientov in prebivalstva ter zdravstvenih sistemov. Vendar je prispevek zdravstvene nege k inovacijam, ki izboljšujejo zdravstveno varstvo, v poklicu in širši javnosti po navadi prezrt, ne dobi ustrezne publicitete ali pa informacija o njem ne doseže ljudi (Filej in sod., 2019). Gre za t.i primere dobre prakse, ki jih je potrebno ovrednotiti in razširjati. To je naša skupna prihodnost. Zdravstvo je poznano kot področje, ki težko sprejema inovacije. Mnogi raziskovalci uvajanja sprememb v zdravstvu opozarjajo predvsem na problem uvajanja sprememb na ravni posameznika, saj tradicionalni učni programi za zaposlene v zdravstvu ne obravnavajo medicine kot znanosti, ki se izvaja in razvija timsko v celotni organizaciji, temveč predvsem poudarjajo in usposabljaajo posameznika, za individualno odločanje in sprejemanje kliničnih odločitev (Skela Savič, 2008). Vodja v zdravstvu mora stremeti k delovnemu okolju, kjer bodo sodelavci motivirani za aktivno sodelovanje. V zdravstveni negi vodja vodi ljudi tako, da sledijo skupnemu cilju, zaradi katerega tim obstaja. Pri svojem delu mora biti prilagodljiv, kar pomeni, da lahko način vodenja prilagaja različnim situacijam (Filej in sod., 2019). Skoraj vsaka situacija, ki jo mora vodja obvladati, zahteva drugačen način vodenja, zato je pomembno, da vodja pozna različne načine vodenja in jih glede na situacije ustrezno uporablja, kajti le tako bo lahko v svoj tim vpeljal neko inovacijo. Pomembno je poznavanje dveh glavnih značilnosti v vodenju vodij, in sicer obdobje »znanstvenega vodenja«, kjer se poudarja skrb za naloge, in obdobje »medsebojnih odnosov«, kjer je poudarjena skrb za ljudi (za socialne odnose) (Kramar Zupan, 2009). Iz prakse ter strokovne in znanstvene literature je znano, da obstaja med ustreznim načinom vodenja in uvajanjem inovacij, ustvarjalnostjo ter inovativnostjo zaposlenih tesna povezanost. Glavna prednost samoocenjevanja po modelu odličnosti EFQM je v sistematičnem spodbujanju, motiviranju in vključevanju zaposlenih na vseh ravneh, da s svojim znanjem in idejami

postanejo pobudniki izboljšav in napredka. Organizacija tako prepozna svoje prednosti in opredeli načrt ukrepov za izboljšave (Škedelj, 2016).

Zaključek

Znano je, da so najučinkovitejši vodje tisti, ki so sposobni prilagoditi svoj stil vodenja razmeram in zaposlenim, zato pa potrebujejo izkušnje, razumevanje posameznikov in skupin ter ustrezna znanja s področja vodenja in vedenjskih znanosti. Vodja v zdravstveni negi lahko postane le tisti, ki je sposoben doseči vizijo in motivirati zaposlene. Potrebuje sposobnosti, kot so: zaupanje, obvladovanje lastne podobe, prepričljivost, inspiracija, dajanje pobud, iniciativnost, nenehno učenje, gledanje na prihodnost organizacije in predvsem vključitev in sodelovanje zaposlenih, kajti le tako bo lahko uvajal inovacije. Pomembno je tudi zavedanje, da so kompetence, znanje in inovativnost, tisti dejavniki, ki omogočajo organizaciji preživetje v konkurenčnem okolju. Odgovorni in kompetentni voditelji so za učinkovitost zdravstvenega ali katere druge vrste zavoda nujni. Odgovorni, kompetentni pristojni v vlogi voditelja so katalizator v inoviranju za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. Le zavodi, v katerih so zaposleni zadovoljni, pripadni in so pripravljene sprejemati inovacije, so lahko učinkoviti in boljši v doseganju pozitivnih izkušenj in zadovoljstva pacientov s strukturo, procesom in izidi zdravstvene obravnave.

Literatura

- BIRKEN, S. A., LEE, S. D., WEINER, B. J., 2012. Uncovering middle managers' role in health-care innovation implementation [online]. *Implementation science*, vol. 7, str. 1- 3. Pridobljeno 5. 2. 2020 s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2801/2733>.
- BREČKO, D., 2001. Slogi vodenja in čustvena inteligentnost [online]. Pridobljeno 20. 1. 2020 s <https://www.finance.si/3666>.
- CHESBROUGH, H., 2012. Z odprtimi inovacijami do uspeha. IEDC poslovna šola Bled, str. 8- 9.
- DEMETRA Lean Way d.o.o., 2018. Pridobljeno 5. 2. 2020 s <https://demetra-leanway.com/cikel-pdca-ali-demingov-krog-v-praksi/>.
- FILEJ, B., ROZMAN, R., KOVAČ, J., ROBIDA, A., 2019. Management v zdravstvenih organizacijah. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, str. 301- 305.
- GARDNER, J. W., 1965. The antileadership vaccine. Annual report for the fiscal year. Carnegie Corporation of New York, str. 3-12.
- JALEN, A., 2010. Identifikacija modelov in stilov vodenja v zdravstveni negi v Splošni bolnišnici Jesenice: diplomsko delo [online]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, str. 4-7. Pridobljeno 14. 2. 2020 s https://www.fzab.si/uploads/news/id1186/EDiploma_Jalen_Ani.pdf.
- KRAMAR ZUPAN, M., 2009. Management vs. Vodenje. Novo mesto: Fakulteta za upravne in poslovne vede, str. 109,142, 163- 164, 202, 221.
- KAVČIČ, B., 2011. Usmerjane ustvarjalnosti. Univerzitetni učbenik, 4. izd. Celje: Fakulteta za komercialne in poslovne vede, str. 57, 67.

- LAZNIK, G., 2017. Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi [online]. Revija za ekonomske in poslovne vede, vol 5 (1), str. 78-83. Pridobljeno 15. 2. 2020 s https://fpuv.uni-nm.si/uploads/_custom/revija_eb/vol5no1/Revija_EB-2018_V5N1.5.pdf.
- MEZEK, C., 2011. Izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi- ocena stilov vodenja in vključevanje v uvajanje sprememb: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, str. 3- 11.
- MOŽINA, S., 2002. Vodja in vodenje. Radovljica: Didakta, str. 472–498.
- SKELA SAVIČ, B., 2008. Spremembe na področju vodenja v zdravstvu niso več vprašanje, temveč dejstvo. V: Klemenc, D., ed. Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? - Novi izzivi: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v managementu. Zbornik predavanj z recenzijo, Podčetrtek 5.-6. november 2008 [online]. Pridobljeno 3.2. 2020 s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Zbornik-predavanj-z-recenzija-jo.pdf> str. 44-45
- ŠKEDELJ, J., 2016. Model dejavnikov trajnega doseganja odličnih rezultatov. Pridobljeno 2. 2. 2020 s: https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO/2016-5-3/RUO_044_KONcNI.pdf.
- ZUPANČIČ, V., n. d. Kakovost in varnost v zdravstvu. Pridobljeno 2. 2. 2020 s: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Storitve/Strokovni-izpit/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-V-stopnja.pdf> str. 5- 6.

Odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi

Filip Krajnc, Saša Kadivec

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, Jesenice
krajncfilip@gmail.com

Povzetek

Uvod: Raziskovanje v zdravstveni negi, je bistvenega pomena, saj se s tem zdravstvena nega razvija kot profesija in znanstvena disciplina. Diplomirane medicinske sestre bodo v prihodnosti morale slediti znanstvenoraziskovalnemu razvoju z raziskovalnim delom. Namen raziskave je bil ugotoviti odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja, s katerimi ovirami se srečujejo pri raziskovanju in v kolikšni meri se za raziskovalno delo odločajo. *Metode:* Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Raziskava je bila izvedena s pomočjo strukturiranega vprašalnika med 110 diplomiranimi medicinskimi sestrami v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni. Izvedena je bila v maju in juniju 2018. Uporabljena je bila opisna statistika in bivariatna analiza z neparametičnima Mann-Whitney in Kruskal Wallis testom. *Rezultati:* Diplomirane medicinske sestre se v večini strinjajo ($\bar{x} = 4,23$, $s = 0,895$), da je zelo pomembno, da zdravstvena nega temelji na dokazih. Oviro pri raziskovanju jim predstavljata znanje ($\bar{x} = 3,39$; $s = 1,000$) in pomanjkanje časa ($\bar{x} = 3,76$, $s = 0,877$). Diplomirane medicinske sestre v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni so raziskovanju bolj naklonjene ($\bar{x} = 4,16$) kot tiste na primarni ravni ($\bar{x} = 3,79$, $U = 1102,00$, $p = 0,008$). *Razprava:* Diplomiranim medicinskim sestram se na dokazih podprta praksa v zdravstveni negi zdi nujna, vendar se v raziskovanje ne vključujejo pogosto. Razlog za to je pomanjkanje znanja, časa in podpore sodelavcev. Za razvoj profesije zdravstvene nege je nujno potrebna implementacija rezultatov raziskav v prakso ter izboljšanje znanja medicinskih sester tako na področju raziskovanja kot uporabe pridobljenih rezultatov v praksi.

Ključne besede: na dokazih podprta praksa, znanstvenoraziskovalno delo, izobraževanje, ovire

Uvod

Raziskovanje v zdravstveni negi je sistematično poizvedovanje za razvoj zaupanja vrednih dokazov o dejavnikih, ki pomembno vplivajo na razvoj zdravstvene nege kot profesije (Polit in Beck, 2008). Zdravstvena nega bo v prihodnje po vzgledu ostalih znanstvenih disciplin morala svoje delo vedno bolj temeljiti na dokazih. Temu bodo morale slediti tudi medicinske sestre (Strojan in sod., 2012). Nenehno strmenje k profesionalizaciji stroke je nujno

potrebno, da ne bo zdravstvena nega postala obrobna in podporna služba zdravstvenega sistema (Skela Savič, 2017). Predvsem je pomembno, da z raziskovanjem, naprednim znanjem in uveljavljanjem na dokazih podprte prakse, poleg miselnega premika naredimo še premik v dejanjih na področju dela v zdravstveni negi (Skela Savič, 2016). Na raziskovanje medicinskih sester v zdravstveni negi vplivajo številni dejavniki. Eden pomembnejših je prav gotovo odnos medicinskih sester do raziskovanja. Uspešen razvoj raziskovalnega dela v kliničnem okolju lahko dosežemo le s pozitivnim odnosom do raziskovanja. Raziskave (McCloskey, 2008; Akerjordet in sod., 2012; Berthelsen in Hølge-Hazelton, 2014; Hvalič Touzery in sod., 2017) kažejo, da se je v zadnjih letih odnos do na dokazih podprte prakse izboljšal. Isti avtorji ugotavljajo, da na odnos medicinskih sester do raziskovanja vplivajo številni dejavniki. Dejavniki, ki raziskovanje zavirajo so ovire s katerimi se srečujejo medicinske sestre. Te so pomanjkanje časa, znanja, delovna obremenjenost, nepoznavanje metodologije raziskovanja, pomanjkanje kompetenc, nepoznavanje angleškega jezika in nepoznavanje statistične obdelave podatkov (Akerjordet in sod., 2012; Strojman in sod., 2012; Berthelsen in Hølge-Hazelton, 2014; Trako in Skela Savič., 2015; Bole in Skela Savič, 2017). Zaradi vse večjega pomena raziskovanja in uporabe rezultatov raziskav v praksi, moramo v prihodnje spodbujati dejavnike, ki povečajo pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja (Skela Savič in sod., 2015). Namen naše raziskave je bil ugotoviti stališča diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja in do prakse, ki temelji na dokazih. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili pri raziskavi so bila: Kakšen odnos imajo diplomirane medicinske sestre do raziskovanja v zdravstveni negi, kateri dejavniki so pomembni za razvijanje odnosa diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi, kakšne so ovire, s katerimi se srečujejo diplomirane medicinske sestre pri raziskovanju, v kakšnem obsegu demografski podatki (starost, delovno mesto in delovna doba) vplivajo na odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi.

Metode

Opravljen je bil kvantitativna raziskava, ki je temeljila na neeksperimentalni metodi raziskovanja. V kvantitativni raziskavi smo za raziskovalni instrument uporabili vprašalnik. Ta je bil sestavljen v prvem delu iz demografskih značilnosti, v drugem pa iz 5 stopenjske Likertove lestvice stališč, ki je ocenjevala stopnjo strinjanja s trditvami (1 – se sploh ne strinjam, 5 – zelo se strinjam). Zanesljivost vprašalnika je bila za trditve preverjena na podlagi izračuna koeficienta Cronbach alfa. Vprašalnik je bil oblikovan na osnovi pregleda literature in že izvedenih raziskav s tega področja (McCloskey, 2008; Akerjordet in sod., 2012; Strojman in sod., 2012; Berthelsen in Hølge-Hazelton, 2014; Björkström in sod., 2014). Vzorec, na katerem smo izvedli raziskavo, je nenaključni in namenski. Vsi anketiranci so bili z namenom in vsebino raziskave seznanjeni in vanjo vključeni prostovoljno. Anketirali smo diplomirane medicinske sestre v dveh različnih ustanovah. V prvi ustanovi, smo anketirali diplomirane medicinske sestre, zaposlene v patronažnem varstvu

na primarni ravni; v drugi ustanovi, ki spada med terciarne zdravstvene dejavnosti, pa vse tam zaposlene diplomirane medicinske sestre. V raziskavo smo skupaj vključili 120 diplomiranih medicinskih sester. Vrnjenih smo dobili skupaj 110 vprašalnikov, kar predstavlja 91,6 % odzivnost. Izmed vseh anketirancev jih je 53 (48,18 %) zaposlenih v primarni zdravstveni dejavnosti in 57 (51,82 %) zaposlenih v terciarni zdravstveni dejavnosti. 5 (4,55 %) anketirancev je magistrrov oziroma magistric zdravstvene nege. Raziskavo smo izvedli po pridobitvi soglasja s strani kolegijev služb zdravstvene nege in oskrbe v ustanovah, kjer smo anketirali medicinske sestre. Raziskavo smo izvedli v maju in juniju 2018. Statistično analizo obdelave podatkov smo izvedli s programom SPSS 24.0. Najprej smo naredili opisno statistiko, v nadaljevanju pa smo s pomočjo bivariatne analize proučevali statistično pomemben vpliv let delovnih izkušenj, delovne dobe in vključenosti v raziskave na odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. Za nadaljnjo statistično analizo smo uporabili neparametrična Mann-Whitney test in Kruskal Wallis test. Pri rezultatih testov smo vedno upoštevali statistično pomembnost pri $p < 0,05$.

Rezultati

V tabeli 1 je prikazan odnos medicinskih sester do raziskovanja in na dokazih podprte prakse. Zraven tega smo še ugotovili, kateri so dejavniki, ki vplivajo na odnos do raziskovanja in s katerimi ovirami se soočajo. Pomemben dejavnik, ki vpliva na odnos je izobraževanje. Oviri, ki jih medicinske sestre izpostavljajo sta znanje in čas (Tabela 1).

Tabela 1: Odnos medicinskih sester do raziskovanja in dejavniki, ki vplivajo nanj

Trditve	n	\bar{x}	s	min	max
Zelo je pomembno, da zdravstvena nega temelji na znanstvenih dokazih.	110	4,23	0,90	1	5
Rad bi, da to, kar delam v praksi, tudi temelji na znanstvenih dokazih.	110	4,15	0,75	2	5
Vodstvo me pri raziskovalnem delu podpira in ga spodbuja.	110	3,74	0,90	1	5
Odnos do raziskovanja se zgradi v času izobraževanja, zato je v šolah potrebno dati več poudarka raziskovalnemu delu.	110	3,66	0,87	1	5
Če bi imel več časa, bi večkrat sodeloval v raziskavah.	110	3,76	0,88	1	5
Če bi imel več znanja s področja raziskovanja, bi večkrat sodeloval v raziskavah.	110	3,39	0,99	1	5
Ne raziskujem, ker imam omejeno znanje tujih jezikov.	110	3,55	1,12	1	4

Legenda: n – število, \bar{x} – povprečje, Min – minimum, Maks – maksimum, s – standardni odklon

Tudi delovno mesto medicinskih sester ima statistično pomemben vpliv na odnos do raziskovanja. Diplomirane medicinske sestre zaposlene v zdravst-

veni dejavnosti na terciarni ravni imajo pozitivnejši odnos do na dokazih podprte prakse, saj je v večini primerov p-vrednost manj kot 0,05 (Tabela 2).

Tabela 2: Odnos medicinskih sester do raziskovanja glede na raven zdravstvene dejavnosti

Trditev	Delovno mesto			Mann-Whitney test U (p)
	Primarna zdravstvena dejavnost \bar{x}	Terciarna zdravstvena dejavnost \bar{x}	Skupaj \bar{x}	
Uporaba raziskovalnega dela v praksi ni uresničljiva.	2,53	1,98	2,25	1006,00 (0,001)
Raziskovalno delo naj izvajajo medicinske sestre, ki ne delajo v kliničnem okolju.	2,32	1,77	2,04	1066,00 (0,005)
Medicinske sestre smo dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke.	4,15	4,53	4,35	1128,00 (0,011)
Raziskovalno delo se mi zdi dolgočasno.	2,58	2,04	2,30	1046,50 (0,003)
Več medicinskih sester bi morale uporabiti rezultate raziskav v praksi.	3,79	4,16	3,98	1102,00 (0,008)

Legenda: \bar{x} – povprečje; U – Mann-Whitneyev test; p – statistična značilno.

Tabela 3 prikazuje, da v več raziskav kot so bile vključene medicinske sestre pozitivnejši odnos do raziskovanja imajo. Pri vseh trditvah vidimo statistično pomembno razliko ($p < 0,05$).

Tabela 3: Odnos do raziskovanja v zdravstveni negi glede na vključenost v raziskave

Trditev	V koliko raziskavah oziroma raziskovalnih projektih v zdravstveni negi ste bili do sedaj vključeni				Kruskal-Wallisov test $\chi^2(2)$ (p)
	V raziskavah še nisem sodeloval \bar{x}	1–3 \bar{x}	4–8 \bar{x}	več kot 8 \bar{x}	
Raziskave v zdravstveni negi nimajo smisla, ker moramo svoje delo bolj posvetiti pacientom kot raziskavam.	2,55	2,09	1,93	1,87	8,06 (0,045)
Uporaba raziskovalnega dela v praksi ni uresničljiva.	2,64	2,30	1,93	1,53	17,14 (0,001)
Rad bi, da to, kar delam v praksi, tudi temelji na znanstvenih dokazih.	3,79	4,11	4,60	4,60	18,82 ($< 0,001$)
Moje delo v praksi sem na podlagi dokazov raziskav pripravljen spremeniti.	3,76	3,91	4,47	4,33	13,93 (0,003)

Legenda: \bar{x} – povprečje; $\chi^2(2)$ – Kruskal-Wallisov test; p – statistična značilnost

Razprava

Rezultati raziskave so pokazali, da imajo diplomirane medicinske sestre pozitiven odnos do raziskovanja in do na dokazih podprte prakse. Drugi raziskovalci (Akerjordet in sod., 2012; Strojani in sod., 2012; Berthelsen in Hølge-Hazelton, 2014; Hvalič Touzery in sod., 2017), ugotavljajo, da imajo sicer medicinske sestre veliko stopnjo motivacije za raziskovalno delo, toda problem nastane pri uporabi rezultatov raziskav v praksi. Zgolj pozitiven odnos do raziskovanja danes ni dovolj, ampak je potrebno znanje pridobljeno z raziskavo tudi implementirati v prakso (Skela Savič in sod., 2017). Eden ključnih gradnikov pozitivnega odnosa medicinskih sester do raziskovanja je izobraževanje. Medicinske sestre so prav v času izobraževanja zgradile svoj odnos do raziskovalnega dela. Gradnja pozitivnega odnosa do raziskovanja se ne sme končati v predavalnicah, temveč se mora izobraževati tudi medicinske sestre, ki delujejo v kliničnih okoljih (Skela Savič in sod., 2015). Raziskave kažejo tudi, da imajo tiste medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe, pozitivnejši odnos do raziskovalnega dela (Hvalič Touzery in sod., 2017). Pri raziskovanju se diplomirane medicinske sestre srečujejo s številnimi ovirami. V raziskavah bi sodelovale več, če bi imele več časa, saj se jim raziskovalno delo zdi smiselno. Berthelsen in Hølge-Hazelton (2014) se pri tem smiselno sprašujeta, ali je pomanjkanje časa zgolj izgovor medicinskih sester, ker jim primanjkuje želje in interesa po raziskovanju. V naši raziskavi podobno kot Bole in Skela Savič (2017) ugotavljamo, da se medicinske sestre zavedajo, da je znanje pomembna ovira s katero se soočajo pri raziskovanju. Medicinske sestre si tudi želijo večje podpore sodelavcev. Vodstvo jih pri raziskovalnem delu podpira. Vpliva starosti in let delovnih izkušenj v zdravstveni negi na odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja nismo ugotovili. Smo pa statistično pomembno razliko ugotovili pri vplivu delovnega mesta na odnos do raziskovanja. Tiste diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni imajo pozitivnejši odnos do raziskovanja. Dejstvo je, da imajo diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, tudi večjo možnost vključevanja v raziskave, od tod tudi njihov pozitivnejši odnos do raziskovanja v zdravstveni negi. Eden od razlogov je lahko tudi izobraževanje, saj smo anketirali medicinske sestre iz geografsko različnih področij Slovenije, ki jih lokalno pokrivajo različne fakultete. Tudi Strojani in sodelavci (2012) ugotavljajo, da se odnos do raziskovanja razlikuje med medicinskimi sestrami, ki so se izobraževale na drugih fakultetah. Diplomirane medicinske sestre, ki so bile vključene v več raziskav s področja zdravstvene nege imajo pozitivnejši odnos do raziskovanja. Torej na odnosa do raziskovanja pomembno vpliva tudi vključenost v raziskave. V raziskavo bi bilo smiselno vključiti več diplomiranih medicinskih sester, da bi bil vzorec bolj reprezentativen. Za ugotavljanje vpliva stopnje izobrazbe na odnos do raziskovanja moramo v Sloveniji počakati, ko bomo imeli več magistrskih zdravstvene nege. V prihodnosti moramo diplomirane medicinske sestre raziskovanje povezati s tem kar v osnovi naš poklic je, torej skrb za pacienta. Raziskovanje moramo začeti bolj usmerjati v raziskave na podlagi katerih bomo lahko zdravstveno nego vodili v dobro

pacientov. S takšnimi raziskavami bomo namreč zdravstveno nego ohranjali kot profesijo, obenem pa bomo pacientom nudili najboljšo oskrbo, ki bo temeljila na dokazih.

Zaključek

Zdravstvena nega je danes na prelomni točki profesionalizacije svoje stroke. Korak naprej v smeri razvoja profesije je ključen, zato zgolj pozitiven odnos do raziskovanja danes ni dovolj. V stroki potrebujemo predvsem medicinske sestre z znanjem implementacije dokazov v prakso. Obstoječe izvajalce v zdravstveni negi je potrebno ustrezno opolnomočiti o pomenu raziskovanja in jih na tak način motivirati za raziskovanje in implementacijo dokazov v prakso. Potrebno je povezovanje kliničnih okolji z visokošolskimi ustanovami, ki lahko vpeljejo koristno in novo znanje raziskovanja v prakso. V zdravstvu se stroke med seboj ločujejo po znanju pridobljenem z raziskovanjem. Čeprav nekatere medicinske sestre menijo, da je raziskovanje odmik od negovanja, je potrebno z izobraževanjem usmerjenim v raziskovalno delo vseh medicinskih sester okrepiti njihovo zavedanje, da lahko z raziskovalnim delom izboljšamo prakso zdravstvene nege. S tem bomo dosegli, da se bo zdravstvena nega vedno bolj uveljavljala kot profesija in ne bomo postali nepomemben člen našega zdravstvenega sistema.

Literatura

- AKERJORDET, K., LODE, K. in SEVERINSSON, E., 2012. Clinical nurses' attitudes towards reasearch, management and organisationl resources in a university hospital: part 1. *Journal of Nursing Management*, vol. 20 (6), str. 814–823.
- BERTHELSEN, C.B. in HØLGE-HAZELTON, B., 2014. Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research: a cross-sectional survey. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, vol. 19 (2), str. 74–84.
- BJÖRKSTRÖM, M.E., JOHANSSON, I.S. in ATHLIN, E.E., 2014. An attempt to improve nurses' interest in and use of research in clinical practice by means of network support to »facilitator nurses«. *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 4(3), str. 58–68.
- BOLE, U. in SKELA SAVIČ, B., 2017. Odnos, znanje in ovire medicinskih sester pri implementaciji na dokazih podprte prakse. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca: kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja. Bled, 8. in 9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 357–363.
- HVALIČ TOUZERY, S., PESJAK, K. in SKELA SAVIČ, B., 2017. Odnos medicinskih sester do doktorskega študija in raziskovanja v zdravstveni negi. V: SKELA SAVIČ, B. in HVALIČ TOUZERY, S., ur. *10. mednarodna znanstvena konferenca: Kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja. Bled, 8. in 9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 99–109.
- MCCLOSKEY, D.J., 2008. Nurses' perceptions of research utilization in a corporate health care system. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40 (1), str. 39–45.
- POLIT, D.F. in BECK, C.T., 2008. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practise*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- SKELA SAVIČ, B., 2017. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 50 (4), str. 274–297.
- SKELA SAVIČ, B., 2016. Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 50 (1), str. 4–9.
- SKELA SAVIČ, B., PESJAK, K. in LOBE, B., 2015. Prepričanja in uporaba na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami v Slovenskih bolnišnicah: preliminarni rezultati. V: SKELA SAVIČ, B. in HVALIČ TOUZERY, S., ur. 8. *mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje. Bled, 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 24–35.
- STROJAN, N., ZURC, J. in SKELA SAVIČ, B., 2012. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 46 (1), str. 47–55.
- TRAKO, K. in SKELA SAVIČ, B., 2015. Odnos, znanje in ovire pri uporabi na dokazih podprte zdravstvene nege pri diplomiranih medicinskih sestrah Splošne bolnišnice Jesenice. V: SKELA SAVIČ, B. in HVALIČ TOUZERY, S., ur. 8. *mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje. Bled, 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 378–388.

Stigma na področju duševnega zdravja: Primerjava med Slovenijo in Italijo

Ivana Nanut, Urška Bogataj

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, SI-6310 Izola, Slovenija
ivana.nanut96@gmail.com, urska.bogataj@fvz.upr.si

Povzetek

Uvod: Stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju je aktualen javno zdravstveni problem. Namen diplomske naloge je bil definirati stigmatizacijo v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci v Italiji in Sloveniji. *Metode:* Opravili smo raziskavo z vprašalnikom, ki smo ga razdelili med italijansko in slovensko splošno populacijo ter med italijanskimi in slovenskimi zdravstvenimi delavci. Nekatera vprašanja smo povzeli po javno dostopnem vprašalniku objavljenem na spletu, katerega so pripravili raziskovalci izobraževalnega tečaja, organiziranega s strani Šole za preventivo José Bléger v Riminiju, v sodelovanju z Oddelkom za duševno zdravje ASL iz Firenc, v mestu Luco di Mugello. Omenjena vprašanja smo preuredili in prevedli, nato pa tem dodali še vprašanja, katera smo sestavili sami. *Rezultati:* Rezultati raziskave so pokazali, da sta stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju in pomanjkanje znanja o duševnem zdravju prisotna na obeh obmejnih področjih. Pomanjkanje znanja o stigmatizaciji je bilo med italijanskimi prebivalci izrazitejše. *Razprava:* Odkrili smo, da državljanstvo in različen zdravstveni sistem nista vplivala na soočanje z osebami s težavami v duševnem zdravju. Ker je bilo število anketiranih omejeno, opravljena raziskava velja samo kot izhodišče za nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju, duševno zdravje, zdravstveni delavci in splošna populacija

Uvod

Podatki Svetovne Zdravstvene Organizacije kažejo, da ima ali bo imel vsak četrty človek težave v duševnem zdravju (WHO, 2001). Vir navaja, da ima težave v duševnem zdravju približno 450 milijonov ljudi na svetu. Veliko duševnih bolezni se s primernim zdravljenjem lahko ozdravi (WHO, b. d. a.), vendar skoraj dve tretjini oseb z znano duševno motnjo nikoli ne poišče strokovne pomoči (WHO, 2001). Stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju ostaja eden izmed glavnih razlogov, zaradi katerih ljudje ne poiščejo pomoči, ko jo potrebujejo (WHO, b. d. b.). Prisotnost stigme do oseb s težavami v duševnem zdravju med zdravstvenimi delavci pa prispeva k zmanjševa-

nju kakovosti zdravstvene obravnave (Knaak, Mantler in Szeto, 2017). Kuklec (2010) navaja, da oseba s težavami v duševnem zdravju zaradi stigme lahko izgubi samozaupanje, saj lahko meni, da je drugačna od ostalih in da zaradi tega ne spada v okolico. Avtorica navaja, da se pogosto zgodi, da želi prikriti svojo bolezen ali zavrača zdravljenje. Osebe s težavami v duševnem zdravju so tako dvakrat obremenjene: prvič, ker se soočajo s simptomi, ki jim zmanjšujejo kakovost življenja, drugič pa zaradi stigme in diskriminacije, ki se kaže s predsodki in izogibanjem, kar bistveno vpliva na njihovo življenje (Rössler, 2016). Stigma torej ostaja pomemben in aktualen problem naše družbe (Rössler, 2016). Slovenija in Italija uporabljata različni zdravstveni sistem. Po uveljavitvi Zakona številka 180 iz leta 1978 in reformi Franca Basaglie se je psihiatrična obravnava v Italiji močno spremenila (Santocchia, 2018). Omenjeni vir navaja, da so na podlagi zakona zaprli vse psihiatrične bolnišnice in ustanovili mrežo raznih institucij na terenu, v splošnih bolnišnicah pa so ustanovili oddelke za psihiatrične storitve, diagnostiko in zdravljenje. V Sloveniji se psihiatrična obravnava izvaja na sekundarni in terciarni ravni (Pregelj, Kobentar, Kobal in Šušteršič, 2009). Omenjeni vir navaja, da storitve na sekundarni in terciarni ravni izvajata psihiatrični kliniki v Ljubljani in Mariboru, medtem ko psihiatrične bolnišnice v Ormožu, Vojniku, Begunjah in Idriji izvajajo zdravstvene storitve na sekundarni ravni. Ker sta psihiatrični obravnavi v obeh državah predvidoma različni, nas je pri raziskovanju zanimala razširjenost stigme v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju tako med splošno populacijo kot zdravstvenimi delavci. Namen diplomske naloge je bil definirati stigo v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci v Italiji in Sloveniji. Cilj diplomske naloge je bilo ozaveščanje bralcev o stigmati v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju, njeni problematiki in pomenu, ugotoviti prisotnost stigme med splošno populacijo in zdravstvenimi delavci, odgovoriti na raziskovalna vprašanja in potrditi oziroma ovreči dane hipoteze. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so naslednja:

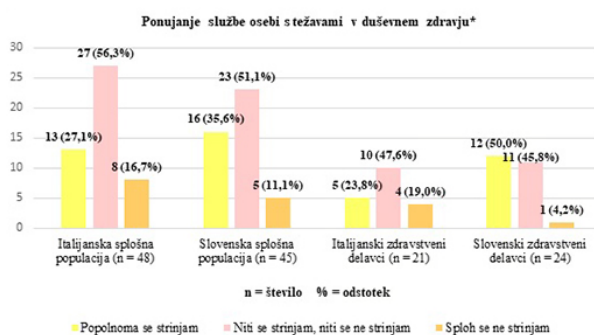
1. Na katerem področju je stigma bolj prisotna?
2. Kako so na področju duševnega zdravja in stigme informirani splošna populacija in zdravstveni delavci v Italiji in Sloveniji?
3. Ali obstaja razlika med dojemanjem oseb s težavami v duševnem zdravju med Italijani in Slovenci?

Metode

Pri raziskovanju smo uporabili kvalitativno in kvantitativno metodo raziskovanja. Anketirali smo italijanske in slovenske prebivalce ter italijanske in slovenske zdravstvene delavce. Kot pripomoček smo uporabili vprašalnik. Vprašanja so bila zaprtega (z mersko lestvico in raznimi možnimi odgovori) in odprtega tipa (prosti odgovori). Vprašalnik smo natisnili in razdelili ročno, vendar smo pri tem zagotovili popolno anonimnost. Glede na to, da nismo zbrali dovolj vprašalnikov, smo pripravili tudi spletno anketo na povezavi

1ka – en klik anketa in jo delili na socialnih omrežjih (Facebook, Whats App) in po elektronski pošti. Nekatera vprašanja smo povzeli po že oblikovanem vprašalniku, ki so ga pripravili in uporabili raziskovalci izobraževalnega tečaja, ki ga je organizirala Šola za preventivo José Bléger v Riminiju, v sodelovanju z Oddelkom za duševno zdravje ASL iz Firenc pri raziskovanju prisotnosti stigme do oseb s težavami v duševnem zdravju in pri odkrivanju mnenja ljudi o duševnem zdravju v mestu Luco di Mugello (Bartolini idr., 2013). Omenjena vprašanja smo prilagodili, preuredili in prevedli v slovenščino. Vprašalnik je javno dostopen na spletni strani Psychiatry Online. Vprašanja, ki so bila povzeta iz omenjenega obstoječega vprašalnika, smo označili z znakom *,* in pripisali vir. Vprašanja brez oznake smo dodali sami. V prvem sklopu vprašalnika sestavljenega iz dvanajstih vprašanj, je moral anketiranec odgovoriti z mersko lestvico. Na voljo so bili trije možni odgovori: popolnoma se strinjam, niti se strinjam niti se ne strinjam, sploh se ne strinjam. Drugi sklop je vključeval pet odprtih vprašanj. Po prvih treh vprašanjih je bila zapisana kratka razlaga o pomenu stigme. Namen razlage je bil ozavestiti anketirance, ki še niso slišali za stigmo, o pomenu besede ‚stigma‘. Tretji sklop vprašalnika sta sestavljala vprašanje z enim možnim odgovorom in vprašanje z več možnimi odgovori. Četrty in zadnji sklop vprašalnika so sestavljala demografska vprašanja o spolu, starosti, izobrazbi, kraju bivanja in zdravstvenem sistemu. Vprašalnik za zdravstvene delavce je na koncu vključeval še vprašanje o strokovnem nazivu anketiranca. Vzorec je vključeval 48 anketirancev iz italijanske splošne populacije (34,8 %), 45 anketirancev iz slovenske splošne populacije (32,6 %), 21 italijanskih zdravstvenih delavcev (15,2 %) in 24 slovenskih zdravstvenih delavcev (17,4 %), skupno torej 138 anketirancev (100 %).

Rezultati

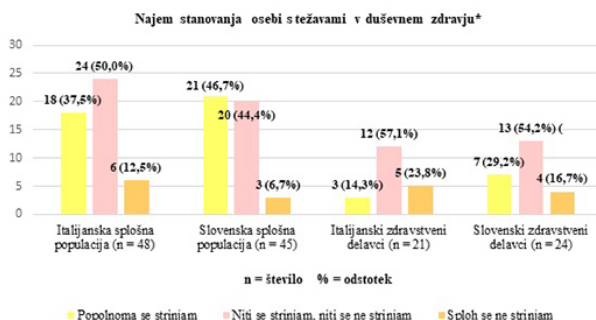


Slika 1: Ponujanje službe osebi s težavami v duševnem zdravju

Zanimalo nas je, na katerem področju je stigma bolj prisotna. Rezultati frekvenčne analize so pokazali, da je stigma prisotna na obeh območjih. Pri vprašanju, ki je anketirance spraševalo, ali bi ponudili službo osebi s težavami v duševnem zdravju, smo odkrili, da se večina niti strinja niti ne strinja – torej

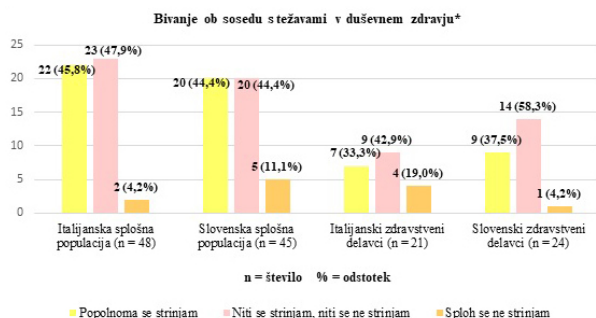
niti ne ve, ali bi osebi s težavami v duševnem zdravju ponudila službo, če bi imela to možnost (slika 1).

Razlika v odgovorih je prisotna samo v kategoriji slovenskih zdravstvenih delavcev, kjer je večina odgovorila, da bi osebi s težavami v duševnem zdravju ponudila službo. Rezultat se vendarle razlikuje le za en odgovor, kar je skorajda zanemarljivo. Čeprav v manjšem deležu, so v vsaki kategoriji nekateri odgovorili, da se sploh ne strinjajo – službe torej ne bi ponudili osebi, ki ima težave v duševnem zdravju. Podobne odgovore smo pridobili tudi pri vprašanju, ki je anketirance spraševalo, ali bi najeli stanovanje osebi s težavami v duševnem zdravju (slika 2).



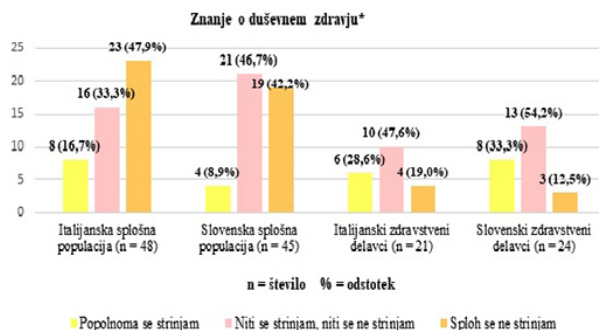
Slika 2: Najem stanovanja osebi s težavami v duševnem zdravju

Ravno tako se je podobnost izkazovala pri vprašanju o tem, ali bi bivali ob osebi s težavami v duševnem zdravju (slika 3).

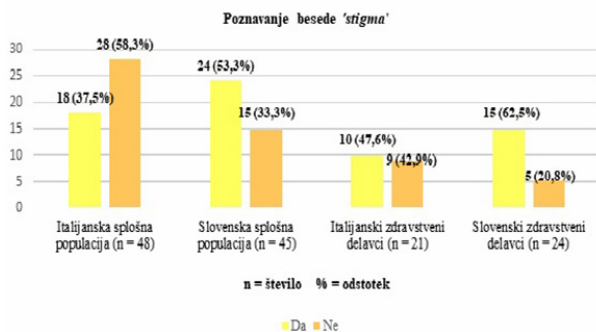


Slika 3: Bivanje ob sosedu s težavami v duševnem zdravju

Zanimalo nas je tudi, kako so na področju duševnega zdravja informirani slovenska in italijanska splošna populacija ter slovenski in italijanski zdravstveni delavci. Na podlagi rezultatov smo odkrili, da sta stigma in pomanjkanje znanja prisotna na obeh področjih, čeprav smo pri nekaterih rezultatih opazili, da je verjetno pomanjkanje znanja na italijanskem področju izrazitejše (slika 4).



Slika 4: Znanje o duševnem zdravju



Slika 5: Poznavanje besede "stigma"

Pri deskriptivni analizi odprtih vprašanj smo odkrili, da veliko anketirancev ne ve, kaj je duševno zdravje oz. meša pojme, kot so ‚duševna bolezen‘ in ‚duševno zdravje‘. Pomanjkanje znanja pa smo opazili tudi pri poznavanju besede ‚stigma‘ (slika 5).

Odkrili smo tudi, da se je veliko anketirancev, pri vprašanju, ki je spraševalo po katerih občutkih se sprožijo v ljudeh, ko se srečajo z osebo s težavami v duševnem zdravju, odločilo za dopisovanje svojih občutkov ob polju ‚drugo‘. Med možnimi odgovori smo podali nekatere iz najpogostejših občutkov, ki jih omenja literatura: strah, odpor, gnus, ravnodušnost in zanimanje (Strbad in Švab, 2005). Izmed teh je bil največkrat označen odgovor ‚zanimanje‘. To je pozitiven občutek, ki sam po sebi ni znak stigmatizacije (Strbad in Švab, 2005). Nekateri so ob odgovoru pripisali, da jih zanima osebna zgodba človeka, zakaj je zbolel in kako bi mu lahko pomagali. Drugi so omenili, da so zanimanje označili zato, ker še nikoli niso bili v taki situaciji. Med italijansko splošno populacijo je skupaj z zanimanjem prevladoval tudi odgovor ‚ravnodušnost‘. Vprašanje, ki so ga Bartolini in drugi (2013), zastavili v svoji raziskavi, se je razlikovalo, saj so spraševali, kako bi odreagirali, če bi videli osebo, ki na glas govori sama s sabo in maha z rokami. Večina anketirancev je odgovorila, da bi se delala, kot da nič ni, torej ignorirala osebo. To je delno obnašanje tudi ravnodušnih oseb. Tudi odgovor ‚strah‘ je bil velikokrat označen. V kategorijah slovenske splošne populacije, italijanskih in slovenskih zdravst-

venih delavcev je bil uvrščen na drugo mesto. Nekaj oseb je označilo tudi odgovor ‚odpor‘, odgovora ‚gnus‘ pa ni označil nihče. Med odgovori, ki so jih anketiranci pripisali ob polju ‚drugo‘, je v vseh kategorijah izstopal odgovor ‚sočutje‘. Drugi omembe vredni odgovori, ki so se ponavljali v vsaj dveh kategorijah, so bili: nelagodje, usmiljenje, previdnost, radovednost, občutek pomoči, razumevanje in žalost. Nekateri anketiranci so pripisali, da se njihovi občutki razlikujejo od duševne težave osebe: če ima oseba, s katero se srečajo, težave na primer z depresijo, ne občutijo strahu, če pa ima oseba težave na primer s shizofrenijo, se je bojijo. V vseh kategorijah pa je bil kot najpogostejši vzrok stigmatizacije označen odgovor neznanje in nepoučenost, na drugem mestu pa kulturni stereotipi in predsodki. Večina vseh anketirancev torej meni, da je stigma posledica neznanja ali pomanjkljivega znanja na področju duševnega zdravja.

Razprava

Opravili smo frekvenčno analizo rezultatov ankete in odkrili, da je stigma prisotna na obeh območjih, s čemer smo odgovorili na prvo zastavljeno raziskovalno vprašanje. Odgovori na več vprašanj ankete so pokazali, da se veliko oseb niti strinja niti ne strinja oziroma sploh ne strinja na primer z bivanjem ob sosedu, ki ima težave v duševnem zdravju, z najetjem stanovanja osebi s težavami v duševnem zdravju ali s ponujanjem službe osebi, ki ima težave v duševnem zdravju, kar dokazuje prisotnost stigme v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju. Glede na to, da nismo opazili velikih razlik med odgovori slovenskih in italijanskih anketirancev, lahko sklepamo, da sta stigma in pomanjkanje znanja prisotna na obeh področjih. Na podlagi rezultatov ankete sklepamo, da je pomanjkanje znanja na italijanskem področju verjetno izrazitejše kot na slovenskem. S tem odkritjem smo odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje, s katerim smo želeli ugotoviti, kolikšna je informiranost splošne populacije in zdravstvenih delavcev na področju duševnega zdravja in stigme. Pri vprašanju, ki je anketirance spraševalo, ali menijo, da je oseba s težavami v duševnem zdravju nepredvidljiva, so rezultati frekvenčne analize pokazali, da je prisotno pomanjkanje znanja o duševnem zdravju, predvsem v kategoriji italijanskih zdravstvenih delavcev, saj se večina anketiranih z vprašanjem popolnoma strinja. Pri primerjavi nekaterih odgovorov pa smo odkrili protislovje. Če večina oseb meni, da je sodobno zdravljenje duševnih bolezni boljše od tistega, ki so ga uporabljali nekoč, je vseeno pomemben delež oseb, ki menijo, da morajo biti osebe s težavami v duševnem zdravju zaprte v institucijah. Anketirani so bili tudi vprašani, ali menijo, da imajo dovolj znanja o duševnem zdravju. Rezultati so pokazali, da večina anketirancev italijanske splošne populacije meni, da nima dovolj znanja, medtem ko se večina italijanskih in slovenskih zdravstvenih delavcev ter večina anketirancev slovenske splošne populacije s tem niti strinja niti ne strinja. Na podlagi deskriptivne analize odgovorov na odprta vprašanja, pri večjem deležu anketirancev vseh kategorij, smo opazili pomanjkanje razlikovanja med pojmom ‚duševno zdravje‘ in ‚duševna bolezen‘. Zanimivo je, da ima tudi ne-

kaj zdravstvenih delavcev, tako italijanskih kot slovenskih, težave s temi pojmi. Menimo, da je vzrok lahko že poimenovanje ustanov, v katerih se osebe s težavami v duševnem zdravju zdravijo, saj se kraj, kjer se osebe s temi težavami zdravijo, imenuje center za duševno zdravje, ne pa na primer center za zdravljenje težav v duševnem zdravju. To lahko privede do zmedenosti in zamenjave pojmov. Presenetilo nas je skromno poznavanje besede ‚stigma‘ med italijansko splošno populacijo in italijanskimi zdravstvenimi delavci. Slovenski prebivalci so o tem pojmu bolj informirani. Zanimalo nas je tudi, kakšen je za splošno populacijo oziroma zdravstvene delavce najpogostejši vzrok, ki vodi do stigme v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju. V literaturi smo razbrali, da so najpogostejši vzroki: neznanje in nepoučenost, kulturni stereotipi in predsodki, zavajajoče obveščanje medijev in zgodovina psihiatrije (Strbad in Švab, 2005). V rezultatih ankete smo razbrali, da večina anketirancev meni, da je stigma posledica neznanja in nepoučenosti. Poleg tega nas je zanimalo tudi, kakšni občutki se sprožijo v osebah, ko se srečajo z osebo s težavami v duševnem zdravju. Naše tretje raziskovalno vprašanje je namreč spraševalo, ali obstaja razlika med dojetjem oseb s težavami v duševnem zdravju med Italijani in Slovenci. Iz pridobljenih rezultatov lahko sklepamo, da so nekateri stigmatizirajoči občutki (na primer strah, odpor) še vedno prisotni med anketiranci, čeprav pridobljeni podatki niso zelo alarmantni. Na podlagi rezultatov raziskave smo torej odkrili, da Italijani in Slovenci osebe s težavami v duševnem zdravju dojemajo na podoben način. S tem odkritjem smo odgovorili na tretje raziskovalno vprašanje. Stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju je prisotna na obeh obmejnih področjih, tako med splošno populacijo kot med zdravstvenimi delavci. Tudi pomanjkanje znanja o duševnem zdravju je prisotno na obeh področjih, čeprav je izrazitejše na italijanskem. Rezultati raziskave lahko veljajo za izhodišče za nadaljnje raziskovanje in ukrepanje na tem področju.

Zaključek

Stigma v odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju je aktualen javno zdravstveni problem. Z raziskovanjem na italijanskem in slovenskem obmejnem področju smo odkrili, da je, kljub različnim zdravstvenim sistemom, pogled družbe na osebe s težavami v duševnem zdravju na obeh območjih podoben. Pomanjkanje znanja, še predvsem o stigmati, je prisotno na obeh področjih, čeprav je, kot smo ugotovili iz pridobljenih podatkov, v Sloveniji manjše kot v Italiji. Ugotovili smo tudi, da je pomanjkljivo znanje o duševnem zdravju prisotno med zdravstvenimi delavci na obeh področjih. Menimo, da bi bilo raziskavo smiselno ponoviti z večjim številom anketirancev. Rezultati raziskave lahko veljajo izključno kot izhodišče za nadaljnje raziskovanje. Na podlagi rezultatov raziskave smo potrdili, da je stigma na obmejnem področju prisotna, zato menimo, da bi bilo primerno vzpostaviti ukrepe za zmanjševanje stigme. Pomembna ukrepa v zvezi s tem sta izobraževanje oziroma ozaveščanje ter neposredni stik z osebami s težavami v duševnem zdravju.

Literatura

- BARTOLINI, W., BALDI, M., CAPECCHI, T., Bini, M., CORSI, R., ... ZAMPIERI, H. (2013). *Progetto di prevenzione*. Pridobljeno 6. 6. 2018 s <http://www.psychiatryonline.it/node/1109>
- KNAAK, S., MANTLER, E. in SZETO, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347358/>
- KUKLEC, V. (2010). Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), 195–201. Pridobljeno s <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2010.44.3.195>
- PREGELJ, P., KOBENTAR, R., KOBAL, M., ŠUŠTERŠIČ, O. (2009). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett.
- RÖSSLER, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO reports*, 17(9), 1250–1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- SANTOCCHIA, L. (2018). *Basaglia 1978 – 2018: i quarant'anni della legge che ha liberato i, matti'*. Pridobljeno 3.5.2018 s <http://it.euronews.com/2018/05/03/basaglia-1978-2018-i-40-anni-della-legge-che-ha-liberato-i-matti->
- STRBAD, M. in ŠVAB, V. (2005). Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*, 44, 147–154. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-C4CVAKN8/8a2e6695-a143-44c2-a467-c8a15b7b18ef/PDF>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2001). *Mental disorders affect one in four people*. Pridobljeno 26.11.2018 s http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (b. d. a.). *Mental disorders*. Pridobljeno 26.11.2018 s http://www.who.int/mental_health/management/en/
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (b. d. b.). *Stigma and discrimination*. Pridobljeno 26.11.2018 s <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/stigma-and-discrimination>

Timski pristop v paliativni oskrbi

Anita Bandelj, Bojana Filej, Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, Celje
bandelj.anita@gmail.com

Povzetek

Uvod: Paliativna oskrba je specialno področje zdravstvene nege, ki je namenjena pacientom z neozdravljivo boleznijo in njihovim bližnjim. Namen paliativne oskrbe je vzdrževati optimalno kakovost življenja, pri čemer je za zagotavljanje le-te izjemno pomemben timski pristop. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako se splošna teoretična znanja o delovanju interdisciplinarnega paliativnega tima prenašajo v klinično okolje. *Metoda:* Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Uporabili smo neslučajnostni kvotni vzorec. V raziskavi je sodelovalo 180 zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev, kar pomeni 78-odstotno realizacijo vzorca. Zbrani podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 23.0. *Rezultati:* Podatki kažejo, da med člani paliativnega tima prevladujejo dobri medsebojni odnosi ($PV = 4,75$; $p < 0,05$) in da timski pristop vpliva na kakovost paliativne oskrbe ($PV = 4,69$; $p < 0,05$). *Razprava:* Raziskava pokaže, da se zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci zavedajo pomembnosti timskega pristopa ter da se splošna znanja o delovanju interdisciplinarnega paliativnega tima prenašajo v klinično okolje.

Gljučne besede: med poklicno sodelovanje, paliativna oskrba, timski pristop.

Uvod

S podaljševanjem življenjske dobe, ki je v zadnjih nekaj desetletjih intenzivnejše, in z naraščajočim deležem starajočega se prebivalstva narašča tudi število kroničnih neozdravljivih bolezni ter potreba po paliativni oskrbi (Davies in sod., 2014). S tem prihaja do kompleksnih in zahtevnih obravnav neozdravljivo bolnih ljudi, do prepletanja in usklajevanja različnih zdravstvenih in socialnih storitev ter vedno večjih potreb po organizirani paliativni oskrbi (Koštomaj, 2014; Keane in sod., 2017). Osnovno izhodišče za razvoj paliativne zdravstvene nege, ki je sestavni del paliativne oskrbe, je interdisciplinarni timski pristop (Skela Savič, 2005), ki temelji na med poklicnem sodelovanju. To je vzajemno koristno in dobro opredeljeno razmerje dveh ali več poklicev za doseganje skupnih ciljev ter reševanje kompleksnih problemov in vprašanj. Povezava vključuje zavezo k opredelitvi medsebojnih odnosov in ciljev,

razvoju strukture in delitvi odgovornosti, medsebojni pristojnosti ter odgovornosti za uspeh. Prednosti sodelovanja med udeleženci so: doseči skupaj več kot vsak sam, korist imajo večje skupine, omogoča se rast na individualni in organizacijski ravni (Green in Johnson, 2015; Larsen in sod., 2017). Interdisciplinaren timski pristop je kompleksen proces (Klemenc-Ketiš in sod., 2018), pri katerem govorimo o sodelovanju strokovnjakov različnih disciplin. Področja odgovornosti so jasna in opredeljena glede na posameznikov strokovni profil in izobrazbo (Državni program paliativne oskrbe, 2010; Klemenc-Ketiš in sod., 2018). V paliativnem timu sodelujejo zdravnik specialist, osebni izbrani zdravnik in lečeči zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik, izvajalec duhovne oskrbe in prostovoljci (Državni program paliativne oskrbe, 2010). Takšni timski pristopi ne oskrbujejo posameznika, kot bi bil le hudo obolelo fizično telo (Fink, 2016), temveč vzpostavljajo sodelovanje ter zagotavljajo celostno in kontinuirano obravnavo in dobre medsebojne odnose (De Miglio in Williams, 2012; Plas in sod., 2014; Sinha in sod., 2015; Hudarin Kovačič, 2017; Johansen in Ervik, 2018). Medsebojno spoštovanje in zaupanje med izvajalci paliativne oskrbe, pacienti in njihovimi družinami izboljšata paliativno oskrbo. Timski pristop vključuje sodelovanje, zanimanje, sočutje, pogum, ustvarjalnost in krepitev zmogljivosti (Kennedy Sheldon in sod., 2017). Čeprav timski pristop od sodelujočih zahteva veliko znanja, časa, energije in empatije (Pype in sod., 2013), pomeni dodano vrednost (Mana in sod., 2017) njihovega sodelovanja, ki je ključno za zadovoljitev posameznikovih kompleksnih potreb (De Miglio in Williams, 2012; Hudarin Kovačič, 2017; Johansen in Ervik, 2018). Pomanjkanje časa in znanja ter opolnomočenosti zdravstvenih delavcev vpliva na vzpostavitev stresnega delovnega okolja. S tem je zaradi vedno večjih zahtev po višji kakovosti timski pristop onemogočen (Potisek in sod., 2011; De Lily DeMiglio MA and Allison Williams PhD Miglio in Williams, 2012) in vzpostavitev medsebojnih odnosov slaba, kljub temu da so le-ti osnova za izvajanje kakovostne obravnave paliativnega pacienta in njihovih svojcev (Patru, 2017). Dobro kakovostno oskrbo do konca življenja je treba priznati kot temeljno človekovo pravico, ki je zapisana v Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (2017). Trenutno sistem zdravstvenega varstva ni vzpostavljen na način, ki bi bil enoten in bi omogočal enotno dostopnost do paliativne oskrbe kot del oskrbe inovativnega globalnega javnega zdravja (Khudeir, 2017). Uvedba kontinuirane paliativne oskrbe in vzpostavitev paliativnega pristopa v socialnovarstvenih zavodih bi pripomogla k izboljšani kakovosti življenja starejših ter s tem ohranitvi dostojanstva človeka do konca življenja (Koštomaj, 2014; Patru, 2017). Namen raziskave je bil ugotoviti, kako se splošna teoretična znanja o delovanju interdisciplinarnega paliativnega tima prenašajo v klinično okolje. Na podlagi omenjenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednji raziskovalni hipotezi:

H₁: Timski pristop v paliativni oskrbi omogoča prenos znanja in vzpostavlja dobre medosebne odnose med člani paliativnega tima.

H₂: Timski pristop vpliva na kakovost paliativne oskrbe.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Uporabili smo metodo deskripcije, sinteze in komparacije. Primarni podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature in razdelili v dva sklopa. Prvi sklop se je nanašal na pomen paliativne oskrbe in timskega pristopa, drugi sklop pa na demografske podatke o anketirancu: spol, starost, delovna doba in delovno mesto anketiranega. Sekundarni viri so bili zbrani na podlagi pregleda znanstvene literature s področja timskega pristopa v paliativni oskrbi. Uporabili smo neslučajnostni kvotni vzorec. Raziskava je potekala v 23 socialnovarstvenih zavodih v treh območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in sicer v območnih enotah Celje, Ravne na Koroškem in Ljubljana. V vzorec smo vključili 230 zaposlenih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter tiste, ki naj bi bili člani paliativnega tima. Vrnjenih je bilo 180 anketnih vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 78-odstotna. V raziskavi je sodelovalo 180 anketiranih, od tega 163 (90 %) žensk in 17 (10 %) moških. Glede na delovno mesto anketiranih je v raziskavi sodelovalo 9 (5 %) zdravnic/-kov, 17 (9,4 %) vodij zdravstvene nege in oskrbe, 76 (42,2 %) diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov, 25 (13,9 %) delovnih terapevtov/delovnih terapevtk, 24 (13,3 %) fizioterapevtov/fizioterapevtk, 26 (14,4 %) socialnih delavk/socialnih delavcev ter 3 (1,7 %) dietetiki. Povprečna starost anketiranih je bila 42 let. Vsak anketiranec je podal informirano soglasje k raziskavi. Zbrane podatke smo statistično obdelali s statističnim programom SPSS 23.0.

Rezultati

Tabela 1: Značilnosti timskega pristopa v paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci in sodelavci

Skupinska statistika			
Trditve	N	PV	SO
Paliativna oskrba temelji na dobrih medsebojnih odnosih in komunikaciji med člani paliativnega tima.	180	4,75	,539
Timski pristop temelji na sodelovanju dveh ali več strokovnjakov.	179	4,69	,561
Temeljna značilnost odnosov med člani paliativnega tima je hierarhičnost, ki temelji na strokovni usposobljenosti.	179	3,63	1,231
Delo paliativnega tima temelji na doseganju skupnih ciljev, reševanju kompleksnih problemov in vprašanj.	179	4,65	,585
Učinkovitost in uspešnost tima sta močno odvisni od jasnih opredelitev odgovornosti posameznih članov.	179	4,36	,769
Timski pristop omogoča prenos znanja med člani tima.	179	4,63	,579
Na delovanje paliativnega tima vpliva medsebojno zaupanje članov.	179	4,62	,628

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

Anketirani so najvišje ocenili trditev »Paliativna oskrba temelji na dobrih medsebojnih odnosih in komunikaciji med člani paliativnega tima« (PV = 4,75; SO = 0,539). Najmanj se strinjajo s trditvijo »Temeljna značilnost odnosov med člani paliativnega tima je hierarhičnost, ki temelji na strokovni usposobljenosti« (PV = 3,63; SO = 1,231; tabela 1). Razlike med povprečnimi vrednostmi (PV > 3) anketirancev so sorazmerno majhne, zato smo jih preverili s T-testom.

Tabela 2: Test za enostranski vzorec glede značilnosti timskega pristopa v paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci in sodelavci

T-test za enostranski vzorec						
	Testna vrednost = 3				95-odstotni interval zaupanja	
	t	df	p	Razlike v PV	Nizki	Visoki
Paliativna oskrba temelji na dobrih medsebojnih odnosih in komunikaciji med člani paliativnega tima.	43,571	180	,000	1,746	1,67	1,82
Timski pristop temelji na sodelovanju dveh ali več strokovnjakov.	40,341	179	,000	1,693	1,61	1,78
Temeljna značilnost odnosov med člani paliativnega tima je hierarhičnost, ki temelji na strokovni usposobljenosti.	6,798	179	,000	,626	,44	,81
Delo paliativnega tima temelji na doseganju skupnih ciljev, reševanju kompleksnih problemov in vprašanj.	37,719	179	,000	1,648	1,56	1,73
Učinkovitost in uspešnost tima sta močno odvisni od jasnih opredelitev odgovornosti posameznih članov.	23,701	179	,000	1,363	1,25	1,48
Timski pristop omogoča prenos znanja med člani tima.	37,697	179	,000	1,631	1,55	1,72
Na delovanje paliativnega tima vpliva medsebojno zaupanje članov.	34,523	179	,000	1,620	1,53	1,71

t – statistika, *df* – stopnje prostosti, *p* – statistična pomembnost, *PV* – povprečna vrednost

Značilnosti timskega pristopa med zdravstvenimi delavci in sodelavci v socialnovarstvenih zavodih je statistično značilen ($p = 0,000$) pri vseh testiranih trditvah, ki smo jih testirali s testom za enostranski vzorec, kar je razvidno iz tabele 2.

Tabela 3: Vpliv timskega pristopa na kakovost paliativne oskrbe med zdravstvenimi delavci in sodelavci

Skupinska statistika			
Trditve	N	PV	SO
Osnovno izhodišče za delovanje paliativne oskrbe je timski pristop.	180	4,68	,566
Timski pristop pripomore k izvajanju kakovostne paliativne oskrbe.	180	4,69	,561
Vzpostavitev sodelovanja med člani vodi do kakovostne, celostne in kontinuirane obravnave ter dobrih medsebojnih odnosov.	179	4,66	,580
Na delovanje paliativnega tima vpliva medsebojno zaupanje članov.	179	4,62	,628
Vključitev pacienta v obravnavo paliativnega tima mora biti vodena z enotnim protokolom.	179	4,43	,854
V timu prevladujejo dobri medsebojni odnosi.	167	4,18	1,008
V timu prevladuje zaupanje.	165	4,19	1,007

N – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon

Iz tabele 3 je razviden vpliv timskega pristopa na kakovost paliativne oskrbe. Anketirani so najvišje ocenili trditve »Timski pristop pripomore k izvajanju kakovostne paliativne oskrbe« ($PV = 4,69$; $SO = 0,561$). Najmanj se strinjajo s trditvijo »V timu prevladujejo dobri medsebojni odnosi« ($PV = 4,18$; $SO = 1,008$). Pri vseh podanih trditvah so povprečne vrednosti na petstopenjski lestvici večje od 4. Razlike med povprečnimi vrednostmi ($PV > 4$) anketirancev so razumno majhne, zato smo jih preverili s T-testom (tabela 4).

Tabela 4: Test za enostranski vzorec glede vpliva timskega pristopa glede kakovosti v paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci in sodelavci

T-test za enostranski vzorec					
	t	df	p	Testna vrednost = 3	
				95-odstotni interval zaupanja	
				Nizki	Visoki
Osnovno izhodišče za delovanje paliativne oskrbe je timski pristop.	39,781	179	,000	1,59	1,76
Timski pristop pripomore k izvajanju kakovostne paliativne oskrbe.	40,535	179	,000	1,61	1,77
Vzpostavitev sodelovanja med člani vodi do kakovostne, celostne in kontinuirane obravnave ter dobrih medsebojnih odnosov.	38,400	178	,000	1,58	1,75
Na delovanje paliativnega tima vpliva medsebojno zaupanje članov.	34,523	178	,000	1,53	1,71
Vključitev pacienta v obravnavo paliativnega tima mora biti vodena z enotnim protokolom.	22,400	178	,000	1,30	1,56
V timu prevladujejo dobri medsebojni odnosi.	15,126	166	,000	1,03	1,33
V timu prevladuje zaupanje.	15,253	164	,000	1,04	1,35

N – število, *PV* – povprečna vrednost, *SO* – standardni odklon

Iz tabele 4 lahko razberemo, da je vpliv timskega pristopa glede kakovosti in partnerskega odnosa v paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci in sodelavci statistično značilen ($p < 0,05$) pri testni vrednosti 3.

Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da timski pristop v paliativni oskrbi omogoča prenos znanja in vzpostavlja dobre medosebne odnose med člani paliativnega tima (tabela 1), zato lahko hipotezo 1: Timski pristop v paliativni oskrbi omogoča prenos znanja in vzpostavlja dobre medosebne odnose med člani paliativnega tima potrdimo. Z raziskavo potrjujemo ugotovitve Szafranove s sodelavci (2018), ki navaja, da zdravstveno varstvo, ki temelji na timskem pristopu, izboljšuje kontinuiteto oskrbe, povečuje varnost pacientov ter izboljšuje medosebne odnose. Rebolj in Sotler (2014) ter Nancarrow s sodelavci (2013) poudarjajo, da so v procesu zdravstvene obravnave pomembni dejavniki zaupanje, obveščenost pacienta ter komunikacija med pacientom in izvajalci, s čimer se strinja tudi Szafranova s sodelavci (2018), ki dodaja, da ne smemo pozabiti, da je timski pristop tisti pristop, ki naj bi bil osredotočen ravno na pacienta. Sudore s sodelavci (2014) in Szafranova s sodelavci (2018) omenjata, da je študij, ki obravnavajo perspektive pacientov o zaznani vrednosti oskrbe, ki temelji na timu, ali kako timsko delo vpliva na njihovo oskrbo, žal malo. Clements s sodelavci (2007) je z raziskavo ugotovil, da timsko delo krepi strokovno sodelovanje. Slednje pozitivno vpliva na dobre medosebne odnose, le-ti pa zmanjšujejo zdravstvene napake in izgorelost tako zdravstvenih delavcev kot svojcev, ki so poleg strokovne podpore izjemno pomembni. Klemenc (2007) dodaja, da timski pristop daje možnosti za medsebojno odvisno in povezano delo, opredeljeno kot kolegialnost. Le-ta v interdisciplinarnih timih vpliva na izid zdravljenja, saj se dobri kolegialni odnosi izrazijo tudi v izboljšanih izidih zdravljenja. Pri timskem pristopu v paliativni oskrbi nas je zanimalo, ali timski pristop vpliva na kakovost paliativne oskrbe. Na podlagi pridobljenih podatkov ugotavljamo, da se anketirani strinjajo, da timski pristop vpliva na kakovost paliativne oskrbe, saj so trditve »Timski pristop pripomore k izvajanju kakovostne paliativne oskrbe« med vsemi podanimi trditvami ocenili najvišje (tabela 3). Ugotovili smo, da je vpliv timskega pristopa v paliativni oskrbi med zdravstvenimi delavci in sodelavci statistično značilen (tabela 4), zato lahko hipotezo 2: Timski pristop vpliva na kakovost paliativne oskrbe potrdimo. Iz pregleda literature ugotavljamo, da na povečanje kakovosti timskega dela vpliva več dejavnikov. Hvalčeva in Kobal Štrausova (2012) sta z raziskavo ugotovili, da zaposlenim na področju zdravstvene nege kot pomemben element kakovosti storitev, ki hkrati lahko vpliva na obremenjenost pri njihovem delu, veliko pomeni emocionalno delo, ki ga Škufca Smrdel (2011) opredeljuje kot čustveno obremenitev. Ob emocionalnem doživljanju se lahko zdravstveni delavci in sodelavci na nepredvidljive situacije odzovejo na različne načine. Pri tem je izredno pomembna komunikacija, na katero vplivajo tudi osebni pogled in prepričanja zdravstvenega osebja, njihove vrednote, lasten odnos do zdravja, življenja in procesa umiranja

(Škufca Smrdel, 2011; Ayed in sod., 2015; Fink, 2016). Prav zaradi tega bi se morali zdravstveni delavci zavedati pomembnosti pridobivanja veščin komuniciranja z izobraževanji v paliativni oskrbi (Globočnik Papuga, 2007), saj so komunikacijske sposobnosti članov tima osnova za zagotavljanje dobrih medosebnih odnosov, ki pozitivno vplivajo na raven kakovosti paliativne oskrbe (Nancarrow in sod., 2013) in so hkrati osnova za izvajanje le-te (Furman in Lopuh, 2017). Na kakovost timskega dela vpliva tudi vključitev družine neozdravljivo bolnega (Sudore in sod., 2014), s čimer se strinja tudi MacLeod s sodelavci (2016), vendar dodaja, da na kakovost življenja pacientov in družin ob soočanju z življenjsko nevarnimi boleznimi vplivamo od postavljene diagnoze do smrti s psihološkim, socialnim, kulturnim in duhovnim pristopom.

Zaključek

Raziskava predstavlja svojevrsten primer raziskave na področju socialnovarstvenih zavodov v treh območnih enotah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, in sicer v območni enoti Celje, Ravne na Koroškem ter Ljubljana. Ugotovili smo, da se v omenjenih območnih enotah v socialnovarstvenih zavodih zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci zavedajo pomembnosti timskega pristopa v paliativni oskrbi ter da se splošna znanja o delovanju interdisciplinarnega paliativnega tima prenašajo v klinično okolje. Rezultati raziskave predstavljajo tudi izhodišča za nadaljnje raziskovanje, s katerimi bi v posameznih regijah lahko ugotavljali smer razvoja in organiziranost paliativne oskrbe v skladu z državnim programom za paliativno oskrbo, pri čemer bi vanjo vključili še druge dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja neozdravljivo bolnih in njihovih bližnjih.

Literatura

- AYED, A., SAYEJ, S., HARAZNEH, L., FASHAFSHEH, I. in EQTAIT, F., 2015. The Nurses' Knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. *Journal of Education and Practice*, vol. 6(4), str. 91–99.
- CLEMENTS, D., DAULT, M. in PRIEST, A., 2007. Effective Team Work in Healthcare: Research and Reality. *HealthcarePapers*, vol. 7(1), str. 26–34. Pridobljeno 28. 9. 2018 s <https://www.longwoods.com/content/18669>
- DAVIES, N., MAIO, L., VEDAVANAM, K., MANTHORPE, J., VERNOOIJ-DASSEN, M. in ILIFFE, S., 2014. Barriers to the provision of high-quality palliative care for people with dementia in England: a qualitative study of professionals' experiences. *Health and Social Care in the Community*, vol. 22(4), str. 386–394. Pridobljeno 22. 3. 2018 s <https://doi.org/10.1111/hsc.12094>
- De MIGLIO, L. in WILLIAMS, A., 2012. Shared care: the barriers encountered by community-based palliative care teams in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community*, vol. 20(4), str. 420–429. Pridobljeno 22. 3. 2018 s <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01060.x>
- Državni program paliativne oskrbe, 2010. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije [online]. Pridobljeno 23. 3. 2018 https://www.google.si/?gws_rd=cr,ssl&ei=xq1JWLOZI4XgaN6YgYgL#q=dr%C5%BEavni+program+paliativne+oskrbe

- FINK, T., 2016. Timski pristop kot način sodelovanja v hospicu. *Kultura umiranja. Vzgoja* 71, str. 8–10.
- FURMAN, B. in LOPUH, M., 2017. Paliativna oskrba – kaj je to? V: PROSEN, G., ed. Šola urgence: zbornik V. šole urgence, Zreče, 1. in 2. december 2017. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, str. 146–150.
- GLOBOČNIK PAPUGA, P., 2007. Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 41 (1), str. 22–27.
- GREEN, B. in JOHNSON, D., 2015. Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The Journal of Chiropractic Education*, vol. 29(1), str. 1–10.
- HUDARIN KOVAČIČ, D., 2017. Vloga medicinske sestre v patronažni dejavnosti v paliativni obravnavi. V: MAJCEN DVORŠAK, S., ed. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: zbornik predavanj z recenzijo. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, str. 273–279.
- HVALEC, Š. in KOBAL ŠTRAUS, K., 2012. Emocionalno delo v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 46 (3), str. 219–228.
- JOHANSEN, M.L. in ERVIK, B., 2018. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies. *Health Services Research*, vol. 18 (159), str. 2–8.
- KEANE, B., BELLAMY, G. in GOTT, M., 2017. General practice and specialist palliative care teams: an exploration of their working relationship from the perspective of clinical staff working in New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, vol. 25 (1), str. 215–223. Pridobljeno 22. 3. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26499879>
- KENNEDY SHELDON, L., DAHLIN, C., MAINGI, S. in Sanchez, J. A., 2017. A Multiorganization Approach to Improving Palliative Care in Honduras. *Oncology nursing forum*, vol. 44 (1), str. 11–14. pridobljeno 22. 3. 2018 s <https://onf.ons.org/onf/44/1>
- KHUDEIR, H., 2017. Barriers in Palliative Care: Means to Integrate it into Health Care Mainstream. *Journal of Education and Practice*, vol. 8 (3), str. 175–179. Pridobljeno 11. 10. 2018 s <https://eric.ed.gov/?id=EJ1131810>
- KLEMENC, D., 2007. Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki – priložnost za nenehno izboljševanje kakovosti. *Zdravniški vestnik*, vol. 76 (1), str. 55–59.
- KLEMENC-KETIŠ, Z., MAKIVIČ, I. in POPLAS SUSIČ, A., 2018. The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation scale: *Plos one*, vol. 13 (8), str. 1–13. Pridobljeno 25. 3. 2018 s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201385>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list RS [online], št. 71., pridobljeno 14. 11. 2018 s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>
- KOŠTOMAJ, S., 2014. *Izvajalci paliativne oskrbe v institucionalnem varstvu: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 1–18.
- LARSEN, A., BROBERGER, E. in PETERSSON, P., 2017. Complex caring needs without simple solutions: the experience of interprofessional collaboration among staff caring for older persons with multimorbidity at home care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 31 (2), str. 342–350. Pridobljeno 28. 5. 2018 s <https://doi.org/10.1111/scs.12352>

- MACLEOD, R., VELLA- BRINCAT, J. in MACLEOD, S., 2016. The Palliative Care Handbook guidelines for clinical management and symptom control, str. 72. Pridobljeno 15. 12. 2018 s http://www.hospice.org.nz/cms_show_download.php?id=1243
- NANCARROW, S.A., BOOTH, A., ARISS, S., SMITH, T., ENDERBY, P. in ROOTS, A., 2013. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, vol. 11 (19), str. 1–11.
- PATRU, S., 2017. *Paliativna oskrba v domovih za starejše v Sloveniji: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 68–69.
- PLAS, A., HAGENS, M., PASMAN, R., SCHWEITZER, B., DUIJSTERS, M. in ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B., 2014. PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. *Bio medical center Family Practice*, vol. 15 (14), str. 1–13.
- POTISEK, M., POLJANČIČ, L., JAGODIČ, S., ČUGURA, T. in PINTARIČ, K., 2011. *Zdravnik in medpoklicno sodelovanje. Medpoklicno sodelovanje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, str. 6–9.
- PYPE, P., SYMONS, L., WENS, L., EYNDEN, B., STESS, A. in CHERR, G., 2013. Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: A view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 27 (4), str. 313–319. Pridobljeno 22. 3. 2018 s <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.745488>
- REBOLJ, Z. in SOTLER, R., 2014. Zakon o pacientovih pravicah in celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu. V: KREGAR VELIKONJA, N. in BLAŽIČ, M. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu. Zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 14. november, 2014*. Novo mesto: Visokošolsko središče Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 45–52.
- SINHA, P., PERRIN MURPHY S., BECKER, C.M., POARCH, H. J., GADE, K.E. in WOLF, A.T., 2015. A novel interprofessional approach to end-of-life care education: A pilot study. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 29 (6), str. 643–645. Pridobljeno 25. 8. 2018 s <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2015.1041585>
- SKELA SAVIČ, B., 2005. Od besed k dejanju: Zdravstvena nega kot integralni del paliativne oskrbe onkoloških bolnikov. *Obzornik zdravstvene nege*, vol. 39 (4), str. 245–53.
- SUDORE, R.L., CASARETT, D., SMITH, D., RICHARDSON, D.M. in ERSEK, M., 2014. Family involvement at the end-of-life and receipt of quality care. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48 (6), str. 1108–1116. Pridobljeno 22. 8. 2018 s <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.04.001>
- SZAFRAN, O., KENNETT, S.L., BELL, N.R. in GREEN, L., 2018. Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal primary health care*, vol. 10 (3), str. 248–257.
- ŠKUFGA SMRDEL, A.C., 2011. Veščine komunikacije v odnosu zdravstveni delavec – bolnik. V: MATKOVIČ, M. in PETRIJEVČANIN, B. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 7–14.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah, 2017. Uradni list RS [online], št. 55., pridobljeno 23. 3. 2018 s <https://www.uradni-list.si/glasilourad3ni-list-rs/vsebina/2017-01-2526/zakon-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-pacientovih-pravicah-zpacp-a?h=pacientovih%20pravicah>

Stališča dijakov zdravstvene nege o izobraževalnih vsebinah paliativne oskrbe

Metka Černoša, Gorazd Voga, Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje
metka.cernosa@t-1.si

Povzetek

Uvod: Paliativna oskrba je namenjena pacientom z napredovalo neozdravljivo kronično boleznijo. Za kakovostno, celostno in nepretrgano obravnavo je treba imeti strokovno znanje. Z raziskavo smo želeli ugotoviti potrebe dijakov zdravstvene nege po izobraževalnih vsebinah paliativne oskrbe ob zaključku njihovega srednješolskega izobraževanja. Zanimalo nas je, kako ocenjujejo svoje znanje in usposobljenost za delo s paliativnim pacientom. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Podatki so bili zbrani s tehniko spletnega anketiranja. V neslučajnostni namenski vzorec smo zajeli 205 dijakov zaključnih letnikov zdravstvene nege na osmih srednjih zdravstvenih šolah v Sloveniji. Rezultate smo statistično analizirali s programom SPSS 23.0. *Rezultati:* Za izvajanje kakovostne, celostne in kontinuirane obravnave pacienta dijaki zdravstvene nege želijo ($PV = 3,97$) in potrebujejo več znanja in veščin iz paliativne oskrbe ($p = 0,000$). *Razprava:* Z raziskavo smo potrdili, da so izvajalci zdravstvene nege ob zaključku srednješolskega izobraževanja nepripravljeni za kakovostno in celostno obravnavo pacienta z napredovalo neozdravljivo boleznijo. Med svojim izobraževanjem potrebujejo poglobljeno teoretično znanje in več praktičnih izkušenj iz paliativne oskrbe.

Gljučne besede: paliativna oskrba, dijaki zdravstvene nege, izobraževanje.

Uvod

Pričakovana življenjska doba se je v zadnjih desetletjih podaljšala (Barreré in Durkin, 2014; Abu-El-Noor in Abu-El-Noor, 2015). To vpliva na povečano število neozdravljivo bolnih in umirajočih, zato obstajajo potrebe po kakovostni in holistični oskrbi neozdravljivo bolnih in njihovih družin (Abu-El-Noor in Abu-El-Noor, 2015). Umiranje je običajen človeški pojav, ki zahteva holistično oskrbo (A'la in sod., 2018), večina izvajalcev zdravstvene nege se bo na svoji poklicni poti srečala z umirajočimi pacienti (Barreré in Durkin, 2014; Henoč in sod., 2014), zato je v srednješolske izobraževalne programe zdravstvene nege nujno vključiti vsebine o paliativni oskrbi. Pomanjkanje znanja medicinskih sester lahko negativno vpliva na umirajoče paciente in njihove

želje ali želje njihovih družin (Melin-Johansson in sod., 2018). Bassah in sodelavci (2014) ugotavljajo pomanjkljivo znanje o veščinah paliativne oskrbe pri medicinskih sestrah ob začetku kariere, Barreré in Durkin (2014) pa dodata, da se tudi medicinske sestre z več izkušnjami počutijo nepripravljene za nego in oskrbo umirajočega. Tako izkušene kot tudi medicinske sestre začetnice niso bile deležne ustreznega izobraževanja za paliativno zdravstveno nego oziroma poročajo o pomanjkanju usposobljenosti in zaupanja (Bassah in sod., 2014). Izobraževalni sistem je glede paliativne zdravstvene nege še vedno pomanjkljiv (Hold in sod., 2015) in ne sledi demografskim spremembam ter spremenjenim kulturnim vzorcem (Zgaga in Pahor, 2004). Dokazano je, da se do umirajočega in smrti ustvari bolj pozitiven odnos, če je ta tema del začetnega izobraževanja, zato je o vsebinah paliativne oskrbe dijake treba izobraževati že v zgodnjem procesu izobraževanja in ne šele v zadnjem letniku (Bailey in Hewison, 2014). Prilagoditi je treba učni načrt ter zagotoviti več teoretičnih vsebin o holističnem pristopu v paliativni oskrbi in omogočiti, da ob podpori usposobljenega mentorja pridobijo spretnosti, ki se nanašajo na kakovostno obravnavo umirajočega (Bassah in sod., 2014; Jafari in sod., 2015; Melin-Johansson in sod., 2018). Nujno je, da izobraževanje pripravi diplomante, da dosežejo temeljne sposobnosti, potrebne za zagotavljanje najboljše dokazane paliativne oskrbe. Vsebine paliativne oskrbe je zato treba vključiti v učni načrt zdravstvene nege, saj bodo le tako lahko dijaki že ob zaključku srednješolskega izobraževanja boljše pripravljeni na naraščajoče potrebe in pričakovanja starajočega se prebivalstva (Ramjan in sod., 2010). Namen prispevka je predstaviti potrebe dijakov zdravstvene nege po izobraževanih vsebinah paliativne oskrbe. Na podlagi teoretičnih izhodišč in zastavljenih raziskovalnih ciljev smo oblikovali naslednji hipotezi: (H1): Dijaki zdravstvene nege med srednješolskim izobraževanjem ne pridobijo dovolj teoretičnega in praktičnega znanja o paliativni oskrbi. (H2): Dijaki zdravstvene nege potrebujejo več znanja in veščin iz paliativne oskrbe.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja v obliki spletnega vprašalnika. Uporabljena je bila metoda deskripcije, sinteze in kompilacije. Odgovore smo vnesli v program SPSS 23.0 in jih obdelali v njem. Pri obdelavi, urejanju in prikazovanju rezultatov smo uporabili opisno statistično analizo (najmanjšo in največjo vrednost, srednjo vrednost ali frekvenčno porazdelitev). Za preverjanje hipotez smo uporabili statistična testa (t-test za en vzorec, Pearsonov koeficient korelacije). O razlikah in povezanosti med spremenljivkami smo sklepali pa podlagi stopnje tveganja 5 odstotkov ($p < 0,05$). Rezultati so predstavljeni opisno in v tabelah. Sekundarne vire smo pridobili s pregledom 174 znanstvenih in strokovnih člankov iz podatkovnih baz med septembrom 2018 in aprilom 2019. Merski instrument, ki smo ga uporabili, je bil strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga razvili na osnovi pregleda literature (Bobnar, 2014; Henoch in sod., 2014; Kamnik, 2014; Leombruni in sod., 2014; Abu-El-Noor in

Abu-El-Noor, 2015; Jafari in sod., 2015; Lewis in sod., 2016; Mohar, 2016; Smajlovič, 2016; Srša, 2016; Kmetec, 2017; Kurnik, 2017; A'la in sod., 2018; Yaqoob in sod., 2018). Vključili smo tudi spremenljivke, ki smo jih povzeli iz svojih izkušenj pri pedagoškem delu. Pomen in odnos dijakov do izobraževanja je obsegal trditve, ki so jih dijaki ocenili po petstopenjski Likertovi lestvici, pri čemer je imela lestvico strinjanja od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Vključevalna merila so zajela 205 srednješolcev, vpisanih v četrti letnik rednega srednješolskega strokovnega izobraževanja zdravstvene nege. Vsi anketirani dijaki so imeli najmanj enoletne izkušnje iz bolnišničnega okolja, kjer so se pri praktičnem pouku že srečali z neozdravljivo bolnimi ali umirajočimi/umrlimi pacienti. Vsi dijaki so bili polnoletni in so pred izpolnjevanjem anketnega vprašalnika podali pisno soglasje, seznanjeni so bili s tem, da je anketiranje anonimno. Anketiranje je s privolitvijo ravnateljev osmih srednjih zdravstvenih šol potekalo v aprilu in maju 2019. Vsak sodelujoči je podal informiranano soglasje in je bil seznanjen s tem, da je anketiranje anonimno. Upoštevali smo etična načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Rezultati

V raziskavi smo preverjali, kakšna so stališča dijakov zdravstvene nege o izobraževalnih vsebinah paliativne oskrbe.

Tabela 1: Ocena anketiranih o potrebi po izobraževalnih vsebinah iz paliativne oskrbe

	N	PV	SO	Najmanj	Največ
Bojim se delati z umirajočimi, ker imam premalo znanja.	191	2,87	,999	1	5
Bojim se delati z umirajočimi, ker imam premalo izkušenj.	190	3,04	1,056	1	5
Moje znanje o paliativni oskrbi je dobro.	196	3,44	,848	1	5
V učnem načrtu bi morali imeti več ur teoretičnega pouka, namenjenega paliativni oskrbi.	196	3,65	,972	1	5
Želel(-a) bi si več znanja in veščin iz paliativne oskrbe.	195	3,79	,930	1	5
Dodatno znanje omogoča bolj kakovostno, celostno in kontinuirano obravnavo.	196	4,23	,879	1	5
Dodatne izkušnje omogočajo bolj kakovostno, celostno in kontinuirano obravnavo.	196	4,37	,729	1	5

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

Glede na vrednosti povprečja v tabeli 1 vidimo, da se v povprečju niti ne strinjajo – niti se strinjajo, da je njihovo znanje o paliativni oskrbi dobro (PV = 3,44). Prvo hipotezo *Dijaki zdravstvene nege med srednješolskim izobraževanjem ne pridobijo dovolj teoretičnega in praktičnega znanja o paliativni oskrbi* smo preverjali s t-testom za en vzorec. Želeli smo preveriti strinjanje dijakov glede dveh trditev (tabela 2).

Tabela 2: Dosedanje izobraževanje anketiranih iz paliativne oskrbe

	N	PV	SO
V dosedanjem izobraževanju sem pridobil(-a) dovolj teoretičnega znanja o paliativni oskrbi.	195	3,32	0,959
V dosedanjem izobraževanju sem pridobil(-a) dovolj praktičnih izkušenj o paliativni oskrbi.	195	2,73	1,007

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

Glede na povprečno vrednost pri posamezni trditvi lahko rečemo, da v dosedanjem izobraževanju niso pridobili dovolj teoretičnega znanja ($PV = 3,32$) in praktičnih izkušenj ($PV = 2,73$) o paliativni oskrbi. Glede na vrednost statistične značilnosti t-testa lahko rečemo, da se strinjanje s posameznima trditvama statistično značilno razlikuje od testne vrednosti. Povprečji sta pri trditvah statistično značilno manjši, zato ne moremo reči, da dijaki med izobraževanjem pridobijo dovolj teoretičnega znanja in praktičnih izkušenj o paliativni oskrbi.

Tabela 3: Ocena anketiranih o dosedanjem izobraževanju iz paliativne oskrbe

	Enostranski test						
	Testna vrednost = 3,5					95-odstotni interval zaupanja	
	T	df	p	Razlika med povprečjema	Spodnji	Zgornji	
V dosedanjem izobraževanju sem pridobil(-a) dovolj teoretičnega znanja o paliativni oskrbi.	-2,652	194	,009	-,182	-,32	-,05	
V dosedanjem izobraževanju sem pridobil(-a) dovolj praktičnih izkušenj o paliativni oskrbi.	-10,706	194	,000	-,772	-,91	-,63	

t – t-test za neodvisne vzorce, df – stopnje prostosti, p – statistična verjetnost

Hipotezo 1 na podlagi analize potrdimo. Dijaki se v povprečju niti ne strinjajo niti se strinjajo, da pridobijo med izobraževanjem dovolj teoretičnega in praktičnega znanja o paliativni oskrbi.

Tudi drugo hipotezo *Dijaki zdravstvene nege potrebujejo več znanja in veščin iz paliativne oskrbe* smo preverjali s t-testom za en vzorec (One Sample t test). Pri tem smo želeli preveriti, ali je strinjanje dijakov s trditvijo »Želel(-a) bi si več znanja in veščin iz paliativne oskrbe« večje od 3,5, ki je testna vrednost, in glede na povprečno vrednost lahko rečemo, da se anketiranci v povprečju strinjajo, da bi želeli več znanja in veščin iz paliativne oskrbe ($PV = 3,79$).

Tabela 4: Želje anketiranih po izobraževanju iz paliativne oskrbe

	Enostranski test					
	Testna vrednost = 3,5					
	t	df	p	Razlika med povprečjema	95-odstotni interval zaupanja	
Spodnji					Zgornji	
Žel(-a) bi si več znanja in veščin iz paliativne oskrbe.	4,428	194	,000	,295	,16	,43

t – t-test za neodvisne vzorce, *df* – stopnje prostosti, *p* – statistična verjetnost

Glede na vrednost statistične značilnosti t-testa lahko trdimo, da se povprečje pri trditvi statistično značilno razlikuje. Glede na mero razlike med povprečjema vidimo, da je povprečje pri trditvi »Žel(-a) bi si več znanja in veščin iz paliativne oskrbe« statistično značilno večje od testne vrednosti (3,5), zato lahko rečemo, da si dijaki želijo več znanja in veščin iz paliativne oskrbe. Tako lahko hipotezo 2, da dijaki zdravstvene nege potrebujejo več znanja in veščin iz paliativne oskrbe, na podlagi analize potrdimo.

Razprava

Na podlagi podatkov, pridobljenih z anketnim vprašalnikom, smo ugotovili, da si anketirani dijaki med izobraževanjem za poklic srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik v povprečju želijo pridobiti več znanja in veščin iz paliativne oskrbe. Pri trditvah, ki se nanašajo na potrebo po izobraževalnih vsebinah, smo primerjali rezultate glede na teoretično znanje in praktične izkušnje. Ugotovili smo, da ni statistično pomembnih razlik, čeprav so teoretično znanje ocenjevali z višjimi povprečnimi vrednostmi kot praktične izkušnje. Zelo redke slovenske raziskave (Kogovšek, 1999; Čepin Tovornik, 2014), opravljene med dijaki zdravstvene nege, potrjujejo naše rezultate. V starejši raziskavi, izvedeni med ljubljanskimi dijaki, je blizu dve tretjini takšnih, ki menijo, da so se v procesu izobraževanja premalo pripravili na delo z umirajočimi (Kogovšek, 1999), enak delež dijakov pa meni, da je treba vsebine glede umiranja in smrti vključiti v srednješolski sistem (Čepin Tovornik, 2014). Zaradi slabo raziskanega področja med dijaki zdravstvene nege smo rezultate primerjali tudi z izsledki raziskav, izvedenih med študenti zdravstvene nege in medicinskimi sestrami. Raziskave, opravljene med zdravstvenim osebjem v slovenskem prostoru (Červek, 2006; Gazibara, 2014; Kamnik, 2014), so pokazale, da niso dovolj usposobljeni za delo z umirajočimi in ocenjujejo, da nimajo dovolj znanja za oskrbo in spremljanje umirajočih in njihovih bližnjih. Glede na rezultate analiz in raziskav tujih (Barreré in Durkin, 2014; Bassah in sod., 2014; Leombruni in sod., 2014) in domačih raziskovalcev (Kogovšek, 1999; Červek, 2006; Čepin Tovornik, 2014; Gazibara, 2014; Kamnik, 2014) lahko z gotovostjo trdimo, da sta glede na naraščajoče potrebe po paliativni oskrbi skrb vzbujajoča znanje in usposobljenost medicinskih sester. Pomanjkljivo je usposabljanje izvajalcev paliativne zdravstvene nege, kar ugotavlja-

ta tudi Cavaye in Watts (2014), še posebej pri vprašanih, povezanih s smrtjo in procesom umiranja. Charalambous in Kaite (2013) menita, da so študenti zdravstvene nege slabo pripravljene za izvajanje paliativne oskrbe, zato opozarjata na potrebo po več teoretičnih in izkusvenih vsebinah. Znanje je prvi pogoj za kakovostno in celostno obravnavo pacienta, zato smo preverjali, ali dijaki zdravstvene nege med srednješolskim izobraževanjem pridobijo dovolj teoretičnega in praktičnega znanja o paliativni oskrbi. Naše predpostavljane se je po rezultatih raziskave med 205 dijaki osmih slovenskih srednjih zdravstvenih šol potrdilo, saj z analizo rezultatov ne moremo potrditi, da dijaki pridobijo dovolj znanja. Na podlagi podatkov, pridobljenih z anketnim vprašalnikom, smo ugotovili, da so dijaki trditev »Želel(-a) bi si več znanja in veščin iz paliativne oskrbe« v povprečju visoko ocenili. Dijaki zdravstvene nege ob zaključku svojega izobraževanja svoje znanje o paliativni oskrbi ocenjujejo kot dobro, vendar se zavedajo pomena izobraževanja in primanjkljaja, ki ga imajo na tem področju. Primerjave rezultatov drugih raziskovalcev kažejo (Ramjan in sod., 2010; Cavaye in Watts, 2014; Leombruni in sod., 2014; Slak, 2018), da je izobraževanje vedno na prvem mestu med ukrepi za lažje ter bolj kakovostno delo z neozdravljivo bolnimi, umirajočimi in njihovimi svojci. Znanje so anketirani v raziskavah, narejenih v Sloveniji, pridobivali z izkušnjami in vseživljenjskim izobraževanjem, pri čemer je samo majhen delež anketiranih znanje pridobilo v procesu formalnega izobraževanja (Kamnik, 2014; Kurnik, 2017). Černoša in Kaučič (2017) sta ugotovila, da dijaki zdravstvene nege največji primanjkljaj znanja čutijo ravno glede paliativne oskrbe pacienta. Leombruni in sodelavci (2014) ugotavljajo potrebo po izobraževanju o paliativni zdravstveni negi v Italiji. Študija je pokazala na manko ustreznih učbenikov, ki so namenjeni paliativni zdravstveni negi, kar lahko po pregledu slovenskih učbenikov potrdimo tudi v izobraževanju zdravstvene nege v Sloveniji. Poglavlje Zdravstvena nega umirajočega in oskrba umrlega je v obsegu desetih strani samo v učbeniku za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti. Dobra izobrazba iz paliativne oskrbe prispeva k dvigu kakovosti zdravstvene nege in oblikovanju profesionalne identitete medicinske sestre, vendar so Bassah in sodelavci (2014; 2016) prepričani, da medicinske sestre niso usposobljene niti nimajo zaupanja v paliativno oskrbo. Medicinska sestra za kakovostno obravnavo paliativnega pacienta potrebuje znanje, praktične izkušnje in etična načela, da lahko pacientu lažša moteče simptome in ga pripelje do humane smrti (Barrere in Durkin, 2014). Lunder (2006) dodaja, da samo izobraževanje ni dovolj, na spremembo obnašanja zdravstvenih delavcev v paliativni oskrbi poleg znanja vpliva še sprememba stališč in veščin. Dijaki poznajo osnovna načela paliativne oskrbe, največ napačnih odgovorov je bilo pri trditvi »Paliativna oskrba je namenjena samo pacientom v zadnjih dneh njihovega življenja«. Tudi sami svoje znanje o paliativni oskrbi ne morejo oceniti kot dobro, menijo, da pridobijo več teoretičnega znanja kot praktičnih izkušenj. Izrazili so željo in prepričanje, da bi bilo v učne načrte treba vključiti več ur teoretičnega pouka in veščin iz paliativne oskrbe. Zavedajo se pomena izobraževanja za bolj kakovostno, celostno in kontinuirano obravnavo ter bolj pozitivno, kompetentno in samozavestno izvajanje palia-

tivne oskrbe. Željo po dodatnem formalnem izobraževanju in novih spretnostih na paliativnem področju v veliki meri izražajo tudi medicinske sestre iz kliničnega okolja in socialnovarstvenih zavodov. Bandelj in sodelavci (2018) so prepričani, da imajo izvajalci zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih, kjer se s paliativnimi stanovalci vsakodnevno srečujejo, premalo znanja o celostni paliativni oskrbi. Plankova (2016) navaja, da ima v slovenskih bolnišnicah le 62 zdravnikov in medicinskih sester dodatna znanja iz paliativne oskrbe, paliativni tim pa deluje v manj kot polovici slovenskih bolnišnic. Skupina strokovnjakov različnih strok in vlog, ki si prizadeva za skupni cilj in zagotavljanje optimalne celostne oskrbe umirajočega, je še posebej primerna zaradi različnih telesnih, socialnih, psiholoških in duhovnih potreb ter po prepričanjih medicinskih sester paliativno oskrbo obogati (Srša, 2016).

Zaključek

Medicinske sestre z umirajočim običajno preživijo največ časa in zadovoljujejo njegove potrebe v celotnem obdobju bolezni, zato je glede na naraščajoče potrebe po paliativni oskrbi skrb vzbujajoče nezadostno izobraževanje, saj so za delo z umirajočimi slabo pripravljene. Dijaki zdravstvene nege se v procesu izobraževanja med praktičnim poukom pogosto srečajo z neozdravljivo bolnim ali umirajočim pacientom, zato je zgodnje pridobivanje teoretičnega znanja in praktičnih izkušenj s podporo usposobljenega mentorja zelo pomembno za kakovostno, celostno in kontinuirano paliativno obravnavo. Rezultati in analiza raziskave so pokazali, da se dijaki v povprečju strinjajo, da bi bilo vsebinam paliativne oskrbe v učnih načrtih treba nameniti več ur pouka. Ocenjujejo, da pridobijo več teoretičnega znanja in nekoliko manj praktičnih izkušenj, vendar si želijo več znanja in veščin, da bodo lahko neozdravljivo bolnemu pacientu z napredovalo kronično boleznijo zagotavljali kakovostno in kontinuirano holistično obravnavo.

Literatura

- ABU-EL-NOOR, N.I. in ABU-EL-NOOR, M.K., 2015. Attitude of Palestinian Nursing Students Toward Caring for Dying Patients [online]. *Journal of Holistic Nursing*, 34(2), str. 193–199. Pridobljeno 2. 10. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/327036868_Nursing_Students'_Attitudes_towards_Caring_for_Dying_Patients
- A'LA, Z.M., SETIOPUTRO, B. in KURNIAWAN, D.E., 2018. Nursing Students' Attitudes towards Caring for Dying Patients [online]. *Nurse Media Journal of Nursing*, 8(1), str. 25–34. Pridobljeno 1. 10. 2018 s: https://www.researchgate.net/publication/327036868_Nursing_Students'_Attitudes_towards_Caring_for_Dying_Patients
- BAILEY, C. in HEWISON, A., 2014. The impact of a 'Critical Moments' workshop on undergraduate nursing students' attitudes to caring for patients at the end of life: an evaluation [online]. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), str. 3555–3563. Pridobljeno 3. 10. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/263294262_The_impact_of_a_'Critical_Moments'_workshop_on_undergraduate_nursing_students'_attitudes_to_caring_for_patients_at_the_end_of_life_An_evaluation
- BANDELJ, A., KAUČIČ, B.M. in FILEJ, B., 2018. Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 5(1), str. 61–73.

- BARRERÉ, C. in DURKIN, A., 2014. Finding the Right Words: The Experience of New Nurses after ELNEC Education Integration Into a BSN Curriculum [online]. *Medsurg Nursing*, 23(1), str. 35–53. Pridobljeno 24. 9. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/261441171_Finding_the_right_words_the_experience_of_new_nurses_after_ELNEC_education_integration_into_a_BSN_curriculum
- BASSAH, N., SEYMOUR, J. in COX, K., 2014. A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care [online]. *BMC Palliative Care*, 13(56), str. 1–10. Pridobljeno 19. 11. 2018 s <https://bmcpalliatcare.biomed-central.com/articles/10.1186/1472-684X-13-56>
- BASSAH, N., COX, K. in SEYMOUR, J., 2016. A qualitative evaluation of the impact of a palliative care course on preregistration nursing students' practice in Cameroon [online]. *BMC Palliative Care*, 15(37), str. 1–13. Pridobljeno 1. 10. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4815205/>
- BOBNAR, A., 2014. Odnos zdravih odraslih do umiranja in smrti: načela paliativne oskrbe. V: ŠTEMBERGER KOLNIK, T., RAVNIK, D., BABNIK, K. in BULIČ, M., ur. *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik prispevkov z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Koper, 31. januar 2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, str. 209–216.
- CAVAYE, J. in WATTS, J.H., 2014. Student nurses learning about death, dying and loss: too little too late? [online]. *Illness, Crisis and Loss*, 22(4), str. 293–310. Pridobljeno 22. 9. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/271727942_Student_Nurses_Learning_About_Death_Dying_and_Loss_Too_Little_Too_Late
- CHARALAMBOUS, A. in KAITE, C., 2013. Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights of their experiences [online]. *BMC Health Services Research*, 13(63). Pridobljeno 1. 10. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582535/>
- ČEPIN TOVORNIK, P., 2014. Poznavanje društva Hospic. V: KREGAR VELIKONJA, N., ur. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov Mednarodne znanstvene konference, Novo mesto, 14. november 2014* [online]. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 90–97. Pridobljeno 19. 9. 2018 s https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/Simpozij/2014/fzv_zbornik_povzetkov_2014.pdf
- ČERNOŠA, M. in KAUČIČ, B.M., 2017. Stališča dijakov zdravstvene nege do staranja in starejših ljudi. V: KREGAR VELIKONJA, N. ur. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov Mednarodne znanstvene konference, Novo mesto, 26. november 2017*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 112–119.
- ČERVEK, J., 2006. Paliativna oskrba. V: ZAKOTNIK, B., ČUFER, T., URŠIČ VRŠČAJ, M., ZAKOTNIK, B., ur. *Le ovinek na poti življenja. Knjižica za pomoč bolnikom z rakom in njihovim svojcem* [online]. Ljubljana: Janssen-Cilag, Farmacevtski del Johnson&Johnson, str. 58–59. Pridobljeno 6. 11. 2018 s https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Le_ovinek_na_poti_zivljenjafinal.pdf
- GAZIBARA, Š., 2014. *Usposobljenost zdravstveno-negovalnega osebja za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe umirajočih v domovih za ostarele*: magistrsko delo. Maribor: Doba fakulteta za uporabne poslovne in družbene študije, str. 35–64.
- HENOCH, I., BROVALL, M., MELIN-JOHANSSON, C., DANIELSON, E., UDO, C., SUNDLER, A. J., BJÖRK, M., EK, K., HAMMARLUND, K., BERGH, I., et al., 2014. The Swedish Version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale Aspects of Validity and Factors Influencing Nurses' and Nursing Students' Attitudes [online]. *Cancer Nursing*, 37(1), str.1–11. Pridobljeno 2. 10. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/235379379_The_Swedish_Version_of_the_Frommelt_Attitude_Toward

Care_of_the_Dying_Scale_Aspects_of_Validity_and_Factors_Influencing_Nurses'_
and_Nursing_Students'_Attitudes

- HOLD, J.L., BLAKE, B.J. in WARD, E.N., 2015. Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: a qualitative study [online]. *Journals Nurse Education Today*, 35(6), str. 777–781. Pridobljeno 2. 10. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/273833039_Perceptions_and_Experiences_of_Nursing_Students_Enrolled_in_a_Palliative_and_End-of-Life_Nursing_Elective_A_Qualitative_Study
- JAFARI, M., RAFIEI, H., NASSEHI, A., SOLEIMANI, F., ARAB, M. in NOORMOHAMMADI, M. R., 2015. Caring for Dying Patients: Attitude of Nursing Students and Effects of Education [online]. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), str. 192–197. Pridobljeno 19. 11. 2018 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441181/>
- KAMNIK, P., 2014. *Stališča in znanja zdravstvenih delavcev o paliativni oskrbi*: magistrsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 17–86. Pridobljeno 3. 10. 2018 s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=64689>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014*. Official gazette of Republic of Slovenia [online], št. 71/2017, str. 7847. Pridobljeno 19. 11. 2018 s <https://www.uradni.list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>
- KMETEC, S., 2017. *Percepcija paliativne zdravstvene nege s strani medicinskih sester*: magistrsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 4–33. Pridobljeno 2. 10. 2018 s <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=66474>
- KOGOVSČEK, D., 1999. Srečanja s smrtjo in umirajočimi v času šolanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(X), str. 49–53.
- KURNIK, N., 2017. *Izobraževanje na področju paliativne oskrbe*: magistrsko delo [online]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 4–44. Pridobljeno 2. 10. 2018 s <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=66206>
- LEOMBRUNI, P., MINIOTTI, M., BOVERO, A., ZIZZI, F., CASTELLI, L. in TORTA, R., 2014. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale [online]. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), str. 188–196. Pridobljeno 18. 10. 2018 s <file:///C:/Users/Predavatelj/Downloads/FrommeltATonJNEP.pdf>
- LEWIS, C., REID, J., MCLERNON, Z., INGHAM, R. in TRAYNOR, M., 2016. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision [online]. *BMC Palliative Care*, 15(67), str. 1–6. Pridobljeno 1. 10. 2018 s file:///C:/Users/Predavatelj/Downloads/The_impact_of_a_simulated_intervention_on_attitude.pdf
- LUNDER, U., 2006. Možnosti organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. V: BRUMEC, M. ur. *Paliativna medicina: zbornik predavanj:10. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, Maribor, 9. in 10. junij 2006*. Slovenija: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, str. 17–20.
- MELIN-JOHANSSON, C., ÖSTERLIND, J., HENOCH, I., EK, K., BERGH, I., HAGELIN, C.L. in BROWALL, M., 2018. Undergraduate nursing students' transformational learning during clinical training [online]. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(4), str. 184–192. Pridobljeno 17. 10. 2018 s https://www.researchgate.net/publication/324820828_Undergraduate_nursing_students'_transformational_learning_during_clinical_training
- MOHAR, S., 2016. *Pridobivanje znanja v zdravstvu in paliativna oskrba*: magistrsko delo [online]. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije, str. 24–50. Pridobljeno 11. 3. 2018 s <file:///C:/Users/Predavatelj/Downloads/Pridobivanje%20znanja%20v%20zdravstvu%20in%20paliativna%20oskrba.pdf>

- PLANK, D., 2016. *Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah*: magistrsko delo [online]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, str. 21–86. Pridobljeno 18. 10. 2018 s http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_plank-darja.pdf
- SLAK, J., 2018. Vloga in pogled medicinske sestre v paliativni oskrbi. V: TRATNIK VOLASKO, M. ur. *Razmišljanja o vprašanih ob iztekanju življenja*, Knjižna zbirka: Zbornik referatov in razprav, št. 1/2018. Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije, str. 98–107.
- SMAJLOVIČ, H., 2016. *Doživljanje študentov zdravstvene nege ob smrti pacientov*: diplomsko delo [online]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 7–40. Pridobljeno 19. 9. 2018 s http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2016/Smajlovic_Hava.pdf
- SRŠA, A., 2016. *Prepoznavnost paliativne oskrbe med medicinskimi sestrami v psihiatriji*: diplomsko delo [online]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 3–38. Pridobljeno 17. 4. 2018 s http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2016/Srsa_Alenka.pdf
- RAMJAN, J.M., COSTA, C.M., HICKMAN, L.D., KEARNS, M. in PHILLIPS, J.L., 2010. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia – Sydney experience [online]. *Collegian*, 17, str. 85–91. Pridobljeno 22. 9. 2018 s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1322769610000284>
- YAQOUB, M., NASAIF, H., in KADHOM, H., 2018. Undergraduate final year nursing students' attitudes towards caring for dying patients: Bahrain's experience [online]. *Clinical Nursing Studies*, 6(4), str. 53–58. Pridobljeno 15. 10. 2018 s <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/cns/article/view/12984/8352>
- ZGAGA, A. in PAHOR, M., 2004. Umiranje v očeh študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 38, str. 325–331.

Ovire pri komuniciranju izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe s svojci neozdravljivo bolnih

Dijana Glavaš, Darja Plank

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, Celje
glavas.dijana@gmail.com

Povzetek

Uvod: Paliativna oskrba je celostna obravnava pacienta in njegovih svojcev od vstopa v proces do žalovanja. Pri tem komuniciranje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe s svojci pomembno vpliva na želen potek in cilje. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe potrebujejo pri komuniciranju s svojci strokovno znanje, verbalne in neverbalne veščine komuniciranja ter nenehno izobraževanje in usposabljanje. Pri delu s svojci se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo z različnimi težavami. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne so ovire izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih. *Metoda:* Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja in metodi deskripcije. Uporabili smo tehniko anketiranja. Za instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili 60 izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v Domu ob Savinji Celje. Pravilno izpolnjenih je bilo 59 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 98-odstotno realizacijo vzorca. Podatki so bili zbrani in obdelani s programom Microsoft Office Excel. *Rezultati:* Svoje znanje s področja komuniciranja s svojci pacientov z neozdravljivo boleznijo ocenjuje 76 % anketirancev kot zelo dobro. Kot težave pri komuniciranju s svojci so anketirani izvajalci zdravstvene nege in oskrbe izpostavili časovno stisko (31 %), željo svojcev po takojšnjih rešitvah (17 %) ter neprimeren prostor za pogovor (16 %). Pri občutkih ob komuniciranju s svojci 23 % anketirancev ne doživlja strahu, 22 % pa jih je strah pred obvladovanjem reakcije svojcev. Osebne stiske izvajalci zdravstvene nege in oskrbe premagujejo s pogovori s sodelavci (31 %), pogovori z nadrejenimi (21 %) ter preživljanjem časa v naravi (21 %). *Razprava:* Ugotavljamo, da so pri komuniciranju s svojci pacientov z neozdravljivo boleznijo ovire sistemske narave, kot so pomanjkanje veščin komuniciranja, časovna stiska in neprimerni prostori za pogovor. Sklepamo, da se zaradi tega izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri komuniciranju s svojci srečujejo z različnimi težavami, ki zagotovo vplivajo na potek in kakovost paliativne oskrbe.

Ključne besede: komunikacija, medicinska sestra, svojec, neozdravljivo bolan, paliativna oskrba.

Uvod

V času neozdravljive bolezni je komuniciranje zelo pomembno. V tem obe dobjju je človek najobčutljivejši za vse, kar se dogaja z njim (Slak, 2014). Neozdravljiva bolezen ne vpliva samo na življenje pacienta, ampak tudi na življenje njegovih svojcev (Slak, 2015). Da bi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pacientu z neozdravljivo boleznijo in njegovim svojcem stali ob strani, potrebujejo poleg strokovnega znanja tudi znanje iz komuniciranja (Slak, 2014). Medicinska sestra, ki neguje umirajočega pacienta, aktivno spodbuja dialog s pacientom in njegovimi svojci ter odgovarja na njihova vprašanja o življenju in smrti zaradi kronične bolezni, skupaj z njimi išče rešitve. Pri izvajanju paliativne zdravstvene nege in oskrbe uporablja verbalno in neverbalno komuniciranje s pacientom in njegovimi svojci za učinkovito terapevtsko obravnavo ter za natančnost pridobivanja podatkov o umirajočem pacientu (Matzo in Sherman, 2015). Komuniciranje s svojci pacienta z neozdravljivo boleznijo je zelo zahtevno za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, povzroča jim dodaten stres in obremenitev (Koštomaj in sod., 2014). Če izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pri komuniciranju občutijo strah, je ključno, da se ga zavedajo in imajo željo po tem, da ga izgubijo. Neugodne občutke in strahove bodo lažje odpravljali v odkritih pogovorih v timu, v pogovorih s prijatelji, družino ali strokovnim svetovalcem. Izzvani so k premišljanju o lastnem odnosu do minljivosti, saj ne morejo voditi drugih na poti umiranja, če niso osebno zreli glede pogledov na umiranje in smrt (Lunder, 2010). Dobro komuniciranje ni znanje, ki se ga lahko naučimo z branjem člankov, ampak je veščina, ki se je izučimo s praktičnimi vajami in izkušnjami. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe bi med šolanjem potrebovali obvezne vsebine s področja komuniciranja s pacientom in njihovimi svojci. Večina izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe je prepuščena lastni presoji in izkušnjam, kako ukrepati ob hudih stiskah. Prevečkrat izvajalci zdravstvene nege postanejo žrtve lastnega stresa, ki se mu ne znajo izogniti, zaradi česar lahko izgorijo in obolijo (Ebert Moltara, 2009). Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne so posebnosti komuniciranja med izvajalci zdravstvene nege in oskrbe s svojci neozdravljivo bolnih in njegov pomen, koliko izvajalci zdravstvene nege in oskrbe poznajo posebnosti komuniciranja s svojci neozdravljivo bolnih, s katerimi težavami in stiskami se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih ter na kakšen način izvajalci zdravstvene nege premagujejo stiske in težave, s katerimi se srečujejo ob komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih. Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo opredelili naslednja raziskovalna vprašanja: Koliko izvajalci zdravstvene nege in oskrbe poznajo posebnosti komuniciranja s svojci neozdravljivo bolnih? S katerimi težavami in stiskami se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih? Kako izvajalci zdravstvene nege in oskrbe premagujejo težave in stiske, s katerimi se srečujejo pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih?

Metode

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop. Za raziskovalno metodo smo uporabili metodo deskripcije. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko anketiranja. Primarni viri podatkov so pridobljeni iz strokovnih in znanstvenih člankov, zbornikov in knjig. Uporabili smo bibliografske baze (COBISS, PUBMED, MEDLINE), pri čemer smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: komunikacija, medicinska sestra, svojec, neozdravljivo bolan, paliativna oskrba in v angleškem jeziku: communication, nurse, relative, patient with an incurable disease, palliative care. Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature (Sluga, 2013; Benedik, 2014; Koštomaj in sod., 2014; Wolf, 2014; Brumec, 2015; Plank, 2015; Damiš in Uratarič, 2016; Slak, 2016;) in ga razdelili na štiri sklope. Anketni vprašalnik so anketirani izpolnili sami brez pomoči anketarja. Za izpolnitev anketnega vprašalnika so anketirani imeli na voljo deset delovnih dni, za izpolnjevanje pa so potrebovali predvidoma deset minut. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Vanj smo vključili izvajalce zdravstvene nege in oskrbe v Domu ob Savinji Celje, ki so zaključili izobraževanje na srednji, visoki ali univerzitetni stopnji. V raziskavi je sodelovalo 60 izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe. Pridobljene podatke smo najprej zbrali in jih nato vnesli v tabelo v programu Microsoft Office Excel. Pri opravljanju raziskovalnega dela smo spoštovali etične smernice raziskovalnega dela in pravice anketirancev. Anketiranim izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

Rezultati

Svoje znanje s področja komuniciranja s svojci neozdravljivo bolnih kot zelo dobro ocenjuje 45 (76,3 %) anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe. Devet izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe (15,2 %) meni, da je njihovo znanje odlično. Ostali menijo, da je njihovo znanje slabo ali znanja nimajo.

Tabela 1: Opredelitev anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe, kako bi reagirali v danih situacijah

Dane situacije	Ravnanje anketiranih	Št. odgovorov	Delež (%)
Pacientka je pred smrtjo izrazila željo, da jo po smrti svojci uredijo in oblečejo v njena oblačila. Kako odreagirate, ko pacientka umre?	Upoštevanje želje	55	93,2
	Neupoštevanje želje	4	6,8
Svojec je ravno v času smrti zapustil svojega umirajočega svojca za nekaj minut, ker je opravil telefonski pogovor. Zaradi tega ima sedaj občutek krivde, ker v času smrti svojca ni bil ob njem. Kako odreagirate, ko pride svojec umrlega do vas z občutkom krivde?	Nudimo podporo svojcu in ga pomirimo.	58	98,3
	Svojcu ne nudimo podpore.	1	1,7

Dane situacije	Ravnanje anketiranih	Št. odgovorov	Delež (%)
Svojci ne želijo, da mami poveste, da je neozdravljivo bolna.	Upoštevanje želje	51	86,4
	Neupoštevanje želje	8	13,6
Svojec želi skupaj s svojim najbližjim, ki ima neozdravljivo bolezen in mu je ostalo še par ur življenja, preživeti noč v isti postelji. Želi si biti ob svojem najbližjem.	Upoštevanje želje	58	98,3
	Neupoštevanje želje	0	0,0
Pacient z neozdravljivo boleznijo, ki mu je ostalo še nekaj dni življenja, je nepomičen in že dlje časa ni bil na invalidskem vozičku. V nedeljo si je zaželel domov k svoji hčeri na kosilo. Hči se s tem strinja in si želi ugoditi očetu. Hči vam zaupa željo očeta in vas prosi, da izvedete transfer očeta.	Upoštevanje želje	45	76,3
	Neupoštevanje želje	12	20,3

Podatki iz tabele 1 kažejo, da bi 55 (93,2 %) anketirancev upoštevalo željo pacientke, da jo svojci uredijo in oblečejo. Štirje izvajalci (6,8 %) želje ne bi upoštevali. V primeru svojca, ki ima občutek krivde, ker je zapustil sobo ravno v času smrti, bi 58 (98,3 %) izvajalcev svojca pomirilo, en (1,7 %) izvajalec pa ne bi s svojim delovanjem nudil podpore svojcu. 51 izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe (86,3 %) bi spoštovalo željo svojcev, da mami ne povedo, da je neozdravljivo bolna, osem (13,6 %) pa jih želje ne bi upoštevalo. V primeru svojca, ki želi s svojim neozdravljivo bolnim najbližjim preživeti noč, bi vsi (100 %) to željo svojcem omogočili, eden od izvajalcev pa ni odgovoril na vprašanje (1,7 %). V primeru nepomičnega, neozdravljivo bolnega pacienta, ki si je zaželel k hčeri domov na kosilo, bi 76,3) 45 %) izvajalcev omogočilo uresničiti željo pacienta, 20,3) 12 %) pa te želje ne bi upoštevalo. Dva (3,4 %) anketirana nista podala odgovora.

Pri vprašanju, s kakšnimi težavami se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo pri komuniciranju s svojci, je bilo možnih več odgovorov. Vseh odgovorov je bilo 106 (100 %). 13 odgovorov (12,3 %) anketiranih izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe se je nanašalo na to, da nimajo nobenih težav pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnega. 33 odgovorov (31,1 %) se je nanašalo na težavo časovne stiske. 17 odgovorov (16 %) se je nanašalo na to, da je prostor za pogovor neprimeren. 18 odgovorov (17,0 %) se je nanašalo na problematiko, da svojci želijo rešitev takoj. Preostali odgovori so bili v manjšini.

Pri vprašanju glede občutkov anketirancev, ki jih doživljajo ob komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih, je bilo možnih več odgovorov. Število vseh odgovorov je 92 (100 %). Strah pred neobvladovanjem reakcije svojcev je dobil 20 (21,7 %) odgovorov. Strah pred prevzemanjem lastnih čustev je dobil 11 (12,0 %) odgovorov. 14 odgovorov (15,2 %) se je nanašalo na občutek suverenosti. 21 (22,8 %) jih je bilo brez občutka strahu. Preostali odgovori so bili v manjšini.

Pri vprašanju načina premagovanja stisk in težav, s katerimi se srečujejo anketirani izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ob komuniciranju s svojci ne-

ozdravljivo bolnega, je bilo možnih več odgovorov. Vseh odgovorov je bilo 153 (100 %). 47 odgovorov (30,7 %) se je nanašalo na to, da se anketirani izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pogovorijo s sodelavcem. 32 odgovorov (20,9 %) se je nanašalo na to, da se anketirani izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pogovorijo s svojim nadrejenim. 32 odgovorov (20,9 %) se je nanašalo na to, da anketirani izvajalci zdravstvene nege in oskrbe gredo v naravo. Preostali odgovori so bili v manjšini.

Razprava

Na podlagi analize anket in pregleda strokovne literature smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Koliko izvajalci zdravstvene nege in oskrbe poznajo posebnosti komuniciranja s svojci neozdravljivo bolnih?

Ugotovili smo, da svoje znanje ocenjujejo kot zelo dobro. Podobne rezultate navaja tudi Sluga (2013), in sicer da je kljub visoki samooceni znanja in oceni, da je neverbalna komunikacija zelo pomembna, lastno znanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe precejšeno, neverbalna komunikacija pa ni prepoznana. Zanimalo nas je, kako bi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe odregirali na željo pacienta, da ga po smrti svojci uredijo in oblečejo v njegova oblačila. Velika večina bi željo pacienta spoštovala navkljub utečenim postopkom ustanove, v kateri delajo.

Primeri iz prakse kažejo, da včasih svojci ne želijo povedati pacientu za njegovo neozdravljivo bolezen, kar opisujeta Damiš in Uratarič (2016). Zanimalo nas je, kako bi v takem primeru ravnali izvajalci zdravstvene nege in oskrbe. Večinoma bi spoštovali željo svojcev, a so opozorili, da sporočanje diagnoze pacientu ni njihova kompetenca. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so v takšnih primerih velikokrat v precepu, saj so dolžni biti do pacienta iskreni in odkriti, hkrati pa razumejo skrb svojca. Sklepamo, da je opozorilo o kompetenci sporočanja diagnoze do neke mere prelaganje odgovornosti, da se izognejo tej dilemi. Ob koncu življenja moramo ukrepati v smeri pacientovega dobrega počutja ter upoštevanja njegovih želj ter želj svojcev (Pahole Goličnik in Ebert Moltara, 2014). V sklopu tega smo ugotavljali, kako bi izvajalci zdravstvene nege in oskrbe ukrepali, če bi svojec želel preživeti noč ob umirajočem pacientu. Skoraj vsi bi mu željo izpolnili, a sklepamo, da so rezultati v tako veliki meri pozitivni, ker je v ustanovi, kjer se je izvajala ta anketa, to del stalne prakse.

S katerimi težavami in stiskami se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih?

Ugotavljali smo, s katerimi težavami se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe srečujejo pri komuniciranju s svojci pacienta z neozdravljivo boleznijo. Največkrat jim primanjkuje časa, kar sta ugotovila tudi Bandelj in Kaučič (2014)

v svoji raziskavi. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so bolj izpostavili tudi pritisk svojcev glede takojšnih rešitev, kar je pokazala tudi raziskava, ki sta jo izvedli Simoničeva in Peterneljeva (2011), ter neprimeren prostor. V raziskavi smo pozornost namenili proučevanju občutkov izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe pri komuniciranju s svojci pacientov. Največkrat so odgovorili, da jih ni strah, kar lahko primerjamo z raziskavo, ki jo je izvedla Sluga (2013) na področju občutkov izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe pri stiku z umirajočimi pacienti. A zanimivo je, da je skoraj toliko izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe izbralo strah pred obvladovanjem reakcije svojcev, malo manj pa, da so suvereni. To lahko interpretiramo tako, kot da se zavedajo situacije in dobro poznajo postopek, a strah se pojavi, ker izvajalci zdravstvene nege in oskrbe opažajo, da je komuniciranje s svojci pacienta težje kot s samim pacientom, kar je izpostavila tudi Lundrova (2016).

Kako izvajalci zdravstvene nege in oskrbe premagujejo težave in stiske, s katerimi se srečujejo pri komuniciranju s svojci neozdravljivo bolnih?

Izvajalci zdravstvene nege pri delu s pacienti in svojci ter doživljanju smrti občutijo več vrst naporov, ki povzročajo stres (Slak, 2016). Zanimalo nas je, kako izvajalci zdravstvene nege in oskrbe premagujejo stiske in težave, s katerimi se spopadajo ob komuniciranju s svojci pacientov. Večina se pogovori s sodelavcem ali svojim nadrejenim ali se sprehodijo v naravi. Rezultati v primerljivi raziskavi, ki sta jo izvedla Bandelj in Kaučič (2014), kažejo na izbiro premagovanja stisk s pogovorom s sodelavci in nadrejenimi, del pa s športnimi aktivnostmi.

Zaključek

Umiranje je proces, o katerem se običajno ljudje težko pogovarjamo. Za kakovostno izvajanje paliativne oskrbe pacienta je nujno potrebno komuniciranje med vsemi deležniki procesa, tako pacientom kot njegovimi svojci. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe si s svojci pacienta s komuniciranjem izmenjujejo podatke, tako verbalno kot neverbalno, in s tem tvorijo odnos. Komuniciranje s svojci pacienta z neozdravljivo boleznijo je lahko stresno za izvajalce zdravstvene nege in oskrbe, še posebej če so reakcije svojcev drugačne, kot bi izvajalci pričakovali ob vsej podpori in pomoči, ki so jo vložili v komunikacijski odnos s svojci. Izvajalce zdravstvene nege in oskrbe je lahko tudi strah komuniciranja s svojci pacientov, predvsem zaradi neznanja o paliativni negi in oskrbi, o samem procesu umiranja ter slabih veščin komuniciranja. Da bi premagali strahove in stres, se ga morajo najprej zavedati in pokazati željo po odpravi le-tega. Pomembno je, da o tem odkrito spregovorijo in se ne sramujejo ali skrivajo za tem, saj to posledično vodi do izgorevanja, tesnobe, stresa in trpljenja. Menimo, da bi bilo nujno veliko pozornosti nameniti izobraževanju izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe, ki komunicirajo s težko bolnimi, umirajočimi in njihovimi svojci. Razmisliti je treba, kako zagotoviti izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe dovolj časa za pogovore s svojci, da

lahko zagotovijo izvajanje paliativne oskrbe v celoti. Zanimivo bi bilo raziskati tudi doživljanje komuniciranja s strani svojcev; kaj jim je najbolj pomagalo oziroma kaj bi si želeli od izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe. Raziskava, ki smo jo izvedli, je bila omejena na Dom ob Savinji Celje, vzorec je bil temu primerno majhen in omejen na posebnosti tega doma. Čeprav je v literaturi ogromno napisanega o paliativni oskrbi, področje komuniciranja s svojci ni dovolj zastopano in raziskano, posebej vzorci raziskav niso dovolj široki, da bi lahko vse ugotovitve razširili v delovne organizacije.

Literatura

- BANDELJ, A. in KAUČIČ B.M., 2014. Najpogostejše težave in stiske izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v paliativni oskrbi. In: KAUČIČ, B. M., et al. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. stiki zdravstvene nege, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 137–149.
- BENEDIK, J., 2014. Komunikacija v paliativni oskrbi. In: KRČEVSKI SKVARČ, N. ed. *Zbornik prispevkov/3. mariborska šola paliativne oskrbe, Maribor, 9. in 10. maj 2014*. Maribor: Univerzitetni klinični center, str.113–118.
- BRUMEC, M., 2015. Etični razmislek pri oskrbi umirajočih pacientov. In: KAUČIČ, B. M., et al. eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev: zbornik predavanj z recenzijo. VI. stiki zdravstvene nege, Celje, 9. april 2015 [tudi] Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje, str.130–138.
- DAMIŠ, D. in URATARIČ, D., 2016. Paliativni tim v Domu starejših Laško. In: PRESKER PLANKO, A. in ESIH, K., eds. *Celostna paliativna oskrba: primeri dobre prakse in možnosti razvoja: zbornik predavanj z recenzijo. VII. stiki zdravstvene nege, 14. april 2016 [tudi] Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str.40–48.
- EBERT MOLTARA, M., 2009. Pogovor z bolniki in svojci. In: NOVAKOVIČ, S., et al. eds. *Paliativna oskrba bolnika ob koncu življenja: zbornik/22. onkološki vikend, Portorož, 12. in 13. junij 2009*. Ljubljana: Kancerološko združenje SZD: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, str.80–82.
- KOŠTOMAJ, S., PRTENJAK, B. in KLOBČAR, M., 2014. Trije vidiki pristopa k paliativni oskrbi v domu starejših Šentjur. In: HOZJAN, J. ed. *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj/Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, 33. strokovno srečanje, Lendava, 15. in 16. april 2014*. Lendava: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, str.29–37.
- LUNDER, U., 2010. Veščine komuniciranja pri težavnih pogovorih v paliativni oskrbi. In: KADIVEC, S. ed. *Zdravstvena obravnava bolnika s pljučno boleznijo in paliativna oskrba: zbornik predavanj: program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege/8. golniški simpozij, [Golnik, 1. in 2. oktober 2010]*. Golnik: Bolnišnica, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, str.114–117.
- LUNDER, U., 2016. Komuniciranje s svojci v stiski v paliativni oskrbi. In: SIMONIČ, A. ed. *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj/[Golniški simpozij, Golnik, 27. oktober 2016]*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str.20–25.
- MATZO, M. in SHERMAN, D. W., 2015. *Palliative care nursing: Quality Care to the End of Life*. 4th ed. New York: Springer, str.3–20.

- PAHOLE GOLIČNIK, J. in EBERT MOLTARA, M., 2014. Proces umiranja – prepoznavanje in ukrepanje. In: KAUČIČ, B. M., et al. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. stiki zdravstvene nege, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str.21–32.
- PLANK, D., 2015. Pomen komuniciranja v paliativni oskrbi. In: KAUČIČ, B.M., et al. eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev: zbornik predavanj z recenzijo. VI. stiki zdravstvene nege, Celje, 9. april 2015 [tudi] Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje, str.106–113.
- SIMONIČ, A. in PETERNELJ, A., 2011. Kaj je zdravstvenim delavcem v paliativni oskrbi v Sloveniji najtežje in kaj najbolj potrebujejo? Kvalitativna študija. In: LUNDER, U. ed. *Paliativna oskrba: zbornik/9. Golniški simpozij 2011, Ljubljana, 3. oktober 2011*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, str.35–45.
- SLAK, J., 2014. Celostna obravnava pacienta in družine v paliativni oskrbi. In: KAUČIČ, B.M., et al. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. stiki zdravstvene nege, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str.33–45.
- SLAK, J., 2015. Vključevanje svojcev v paliativno oskrbo in pomen medpoklicnega sodelovanja. In: KAUČIČ, B. M., et al. eds. *Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev: zbornik predavanj z recenzijo. VI. stiki zdravstvene nege, Celje, 9. april 2015 [tudi] Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo*. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje, str.53–64.
- SLAK, J., 2016. Viri podpore za osebje pri delu z bolniki in svojci v paliativni oskrbi. In: SIMONIČ, A. ed. *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj/[Golniški simpozij, Golnik, 27. oktober 2016]*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, str.40–44.
- SLUGA, S., 2013. Zdravstvena nega umirajočega bolnika v Splošni bolnišnici Celje. In: PREŠKER PLANKO, A. in ESIH, K., eds. *Paliativna zdravstvena nega: zbornik predavanj/IV. stiki zdravstvene nege, Celje, 18. april 2013*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str.40–58.
- WOLF, N., 2014. Pomen komunikacijskih veščin v paliativni – hospic oskrbi. In: KAUČIČ, B.M., et al. eds. *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo: simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj z recenzijo. V. stiki zdravstvene nege, 3. april 2014*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str.74–8.

Izkušnje medicinskih sester z uporabo življenjske zgodbe pri osebah z demenco

Silva Dremelj, Boris Miha Kaučič

Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, Celje
silva.dremelj3@gmail.com

Povzetek

Uvod: Življenjska doba ljudi se po vsem svetu podaljšuje. Tako se povečuje število bolezni, ki so značilne za starejše ljudi. Ena izmed teh bolezni je tudi demenca, ki postaja globalni problem in izziv za uporabo življenjske zgodbe pri osebah z demenco za izboljšanje kakovosti njihovega življenja. Z raziskavo smo želeli spoznati izkušnje medicinskih sester z uporabo življenjske zgodbe pri osebah z demenco. *Metode:* Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu. Podatki so bili zbrani s strukturiranim intervjujem, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Vključili smo tri diplomirane medicinske sestre, ki so izpolnjevale naslednji vključitveni merili: izobrazba (diplomirana medicinska sestra) in delovne izkušnje (najmanj eno leto). *Rezultati:* Z analizo intervjujev smo z izjavami medicinskih sester identificirali tri vsebinske kategorije: usposobljenost medicinskih sester v zdravstveni negi osebe z demenco, življenjska zgodba osebe z demenco in kakovost življenja osebe z demenco. Raziskava je pokazala, da medicinske sestre opažajo učinke uporabe življenjske zgodbe pri osebah z demenco. Podatke iz življenjske zgodbe uporabljajo pri vsakodnevem delu z osebami z demenco, saj to povečuje kakovost življenja oseb z demenco. *Razprava:* Izkušnje medicinskih sester kažejo, da s svojim delom na podlagi podatkov iz življenjske zgodbe osebe z demenco izboljšujejo njihovo kakovost življenja. Koncept uporabe življenjske zgodbe pri osebah z demenco je treba razširiti na vse institucije, ki obravnavajo osebe z demenco zaradi dokazanega pozitivnega učinka na osebe z demenco, ostale zaposlene in svojce.

Gljučne besede: demenca, starejši, življenjska zgodba, holizem.

Uvod

V Sloveniji in v svetu se prebivalstvo stara hitreje kot nekoč. Ugotovili so, da bo do leta 2060 ena tretjina vseh prebivalcev v Evropi starejših od 65 let (Vučković, 2015). S podaljševanjem življenjske dobe se obseg zdravstvenih in socialnih težav, ki so značilne za starejše, povečuje (Krajnc, 2018). Okoli šest odstotkov ljudi, starejših od 65 let, in okoli 25 odstotkov ljudi, starejših od 85 let, prizadene demenca. Alzheimerjeva bolezen povzroči dve tretjini vseh demenc (Stojić, 2018). Po podatkih Statističnega urada Slovenije je trenutno v

Sloveniji 19,8 odstotni delež prebivalstva starejšega od 65 let (SURS, 2019). Osebe z demenco imajo širok razpon simptomov, ki vključujejo kognitivne, jezikovne in funkcionalne okvare, ter kažejo specifične vedenjske težave. Svet doživljajo na senzorični ravni, z zmanjšano sposobnostjo povezovanja čutnih izkušenj in razumevanjem kontekstov (Sanchez in sod., 2016a). V strategiji obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016) je zapisano, da bolezen ne prizadene le osebe z demenco, ampak tudi vse bližnje, ki skrbijo za obolelega. Kogoj (2011) govori o več fazah pri napredovanju demence. Za začetne znake navaja, da so podobni, kot da gre za telesne ali katere druge duševne bolezni, npr. depresijo. V napredovanju bolezni se težave s spominom poslabšujejo, vedno več moči in časa potrebujejo za opravljanje nalog oz. aktivnosti. Z napredovanjem bolezni se pojavljajo tudi izbruhi jeze, ki so običajno posledica stiske v vsakdanjem življenju pri osebi z demenco. V pozni fazi demence se lahko pojavi tudi čustvena inkontinenca, skrajna oblika čustvene labilnosti. V končnem stadiju demence ni več spominskih sposobnosti, tudi dolgoročnega spomina, ne prepoznajo svojcev ali jih zamenjujejo. Ljubič in Štemberger Kolnik (2017) ugotavljata, da je v tujini poleg farmakološkega zdravljenja poudarek na aktivnostih, ki so načrtovane za spodbujanje in ohranjanje kognitivnih sposobnosti in, zmanjševanje nezaželenih vedenjskih motenj, ter velik poudarek je na vplivu na kakovost življenja oseb z demenco. Sanchez in sodelavci (2016b) govorijo o tem, da ima farmakološko zdravljenje, ki obravnava simptome demence, le zmerno učinkovitost in opazna tveganja, zlasti pri osebah z napredovalo demenco. Zato so bile pri zdravljenju kot prva izbira priporočene nefarmakološke intervencije. V zadnjih letih se je število dokazov, ki podpirajo učinkovitost nefarmakoloških pristopov, povečalo. Večina študij se je osredotočila na blago do zmerno stopnjo demence, saj se osebe s hudo stopnjo demence ne odzivajo na zdravljenje enako kot osebe v zgodnji fazi demence. Zato je treba raziskati še stopnjo specifične učinkovitosti nefarmakološke terapije za osebe s hudo ali zelo hudo stopnjo demence. Mileski s sodelavci (2018) ugotavlja, da se oblika pristopa pri dolgotrajni oskrbi odmika od biomedicinskega modela oskrbe, uveljavlja se holistični način oskrbe. Znanje in razumevanje življenjske zgodbe osebe z demenco pomembno prispevata k optimalni oskrbi in zadovoljstvu. Leta 1963 je Robert Butler predstavil stimulacijo spomina v obliki terapije spominov, kot pomoč pri procesu življenjskih dogodkov in pripravo na smrt z dodatnimi koristmi za duševno in psihosocialno blaginjo. Pri osebah z demenco je Butler osvetlil korist uporabe teh zgodb za razumevanje in obvladovanje vedenjskih manifestacij. Izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco lahko pripomore tudi k ohranjanju pozitivnega okolja in je najboljši pristop za izvajanje terapije te vrste po individualni metodi, potreben je osebni pristop. Elfrink s sodelavci (2017) ocenjuje, da na Nizozemskem dve tretjini oseb z demenco živita doma, pričakuje pa se povečanje števila oseb z demenco zaradi staranja prebivalstva. Raziskava je pokazala, da lahko spominjanje in preživljanje časa ob dragocenih osebnih spominih ustvarita občutke zadovoljstva, domačnosti in zaupanja. Osebni spomini pripadajo sistemu avtobiografskega spomina, to je del spomina, ki

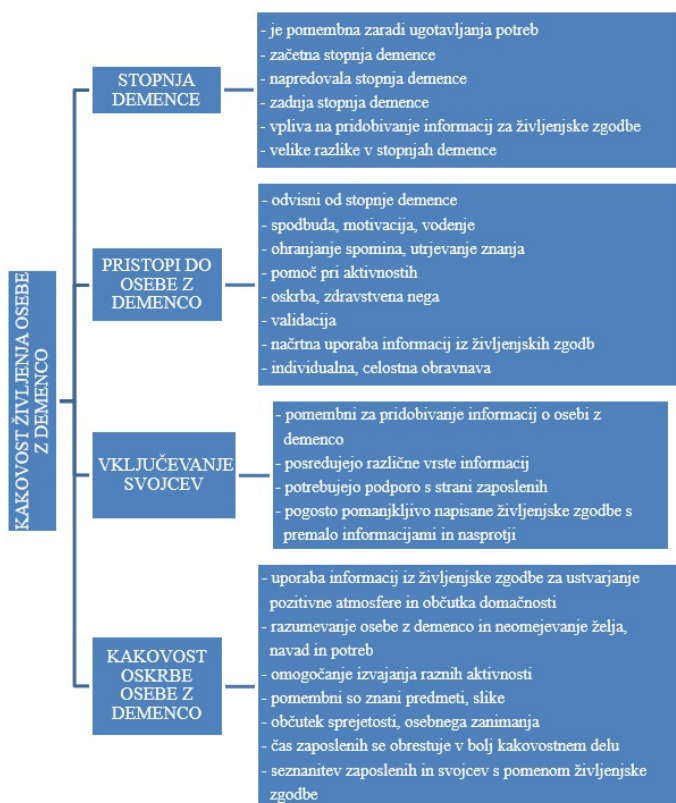
ostane nedotaknjen sorazmerno dolgo. Ko bolezen napreduje in se spomin poslabša, postaja vse pomembnejše osebi z demenco ponuditi multisenzorne sprožilce za spomine v strukturiranem načinu, ki ustreza njeni edinstveni življenjski zgodbi. Zadnje desetletje obstaja več dokazov, da povzročajo spominske intervencije izboljšanje kognitivnih funkcij in zmanjšujejo depresijo pri osebah z demenco. Namen raziskave je spoznati izkušnje medicinskih sester z uporabo življenjske zgodbe pri osebah z demenco. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo opredelili naslednje raziskovalno vprašanje: Kako vpliva uporaba življenjske zgodbe pri osebah z demenco na njihovo kakovost življenja?

Metode

Za raziskavo smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, uporabljena je bila metoda utemeljene teorije. Raziskavo smo izvedli s strukturiranim intervjujem z vnaprej pripravljenimi desetimi vprašanji, ki so nastala na podlagi pregleda literature (Kogoj, 2011; Mileski in sod., 2018; Sanchez in sod., 2016b). Uporabljen je bil neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili tri diplomirane medicinske sestre, ki delajo v socialnovarstveni dejavnosti. Vse so imele visokošolsko strokovno izobrazbo s področja zdravstvene nege in najmanj leto delovnih izkušenj. Stare so bile povprečno 48 let in so imele v povprečju 23 let delovne dobe. Pred začetkom snemanja intervjujev so bile intervjuvanke opozorjene na snemanje, podale so tudi informirano soglasje. Posamezen intervju je trajal okoli 30 minut, razkritih ni bilo nobenih osebnih podatkov s katerimi bi lahko bila razkrita identiteta posameznika. Po zaključenih intervjujih je sledil prepis. Prepisani intervjuji so bili poslani v pregled intervjuvanim, vse so se strinjale s prepisanim transkriptom besedila. Nato smo začeli proces kodiranja. Vsak intervju smo večkrat, natančno prebrali in označili ključne besede, pojme, in kode. Na podlagi kodirnih enot, izjav medicinskih sester, smo določili kode. Med seboj smo jih primerjali in tiste, ki so se nanašale na podobno vsebino, združili v poimenovane podkategorije, nato v kategorije. Kategorije smo nato med seboj primerjali, jih razporedili v domnevne medsebojne odnose in jih povezali v sodbo. Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja: načelo koristnosti, neškodljivosti, zaupnosti, pravičnosti, resnicoljubnosti in varnosti. Vsem anketirancem sta bili zagotovljeni pravica do polne pojasnitve ter pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsak sodelujoči je privolil v raziskavo na podlagi informacij in je bil seznanjen, da lahko kadar koli izstopi iz raziskave.

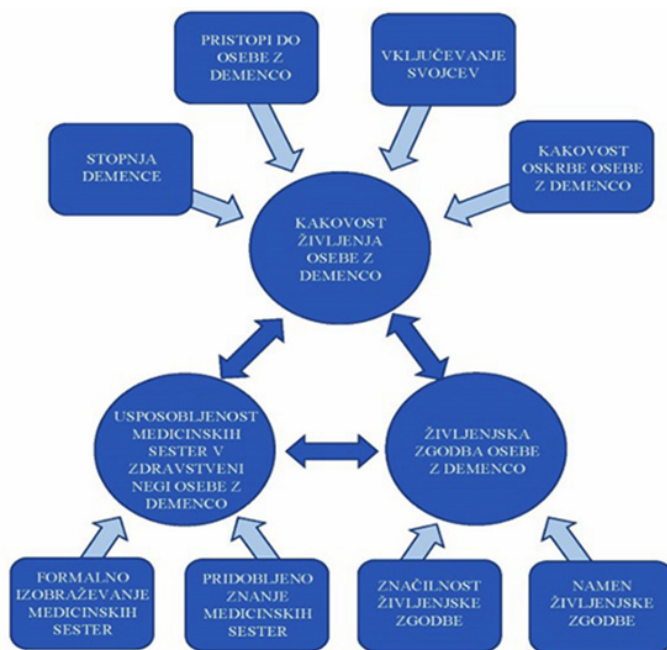
Rezultati

V nadaljevanju sta predstavljeni kategorija »Kakovost življenja osebe z demenco« (slika 1) ter sodba (slika 2).



Slika 1: Prikaz kategorije »Kakovost življenja osebe z demenco«

Slika 1 prikazuje kategorijo »Kakovost življenja osebe z demenco«, ki jo sestavljajo štiri podkategorije »Stopnja demence«, »Pristopi do osebe z demenco«, »Vključevanje svojcev« in »Kakovost oskrbe osebe z demenco«. Iz izjav medicinskih sester je razvidno, da je za njih pomembna stopnja demence, v kateri oseba je, zaradi ugotavljanja potreb. Menijo, da so med stopnjami demence (začetna, napredovala in zadnja) pomembne in velike razlike, kar vpliva tudi na pridobivanje informacij za življenjske zgodbe. Medicinske sestre opredelijo tudi, da so pristopi do oseb z demenco odvisni od stopnje demence. Pristopi so pomembni za spodbudo, motivacijo in vodenje osebe z demenco. Medicinske sestre načrtno uporabljajo informacije iz življenjskih zgodb za utrjevanje znanja, ohranjanje spomina, in pomoči pri temeljnih življenjskih aktivnostih ter individualni, in celostni obravnavi osebe z demenco. Uporabljajo se tudi nove tehnike dela (validacija) pri oskrbi in zdravstveni negi osebe z demenco. Za pridobivanje informacij o osebi z demenco so pomembni tudi svojci. Posredujejo različne vrste informacij, a se pogosto zgodi, da je informacij premalo oziroma so si nasprotujoče. Svojci potrebujejo tudi veliko podpore pri zaposlenih. Za kakovost oskrbe oseb z demenco je pomembna uporaba informacij iz življenjske zgodbe za ustvarjanje pozitivne atmosfere in občutka domačnosti. Potrebno je tudi razumevanje osebe z demenco in neomejevanje želja, navad in potreb. Omogočanje izvajanja raznih



Slika 2: Prikaz vzročnih povezav med glavnimi kategorijami in medsebojni vpliv

aktivnosti, občutek sprejetosti in, osebnega zanimanja tudi vpliva na kakovost oskrbe osebe z demenco. Pomembno je tudi, da ima oseba z demenco v svoji bližini znane predmete, slike, ki povzročajo prijetno počutje. Kakovost oskrbe je povezana tudi s seznanitvijo svojcev in zaposlenih z novimi metodami dela. Čas, ki ga namenimo osebam z demenco, se obrestuje v bolj kakovostnem delu.

Slika 2 prikazuje vzročne povezave med glavnimi kategorijami in njihov medsebojni vpliv. V prispevku je predstavljena kategorija »Kakovost življenja osebe z demenco«, vendar sodba vključuje tudi preostali dve identificirani kategoriji. Povezava med usposobljenostjo medicinskih sester v zdravstveni negi osebe z demenco, življenjsko zgodbo osebe z demenco in kakovostjo življenja osebe z demenco je neposredna. Medicinska sestra načrtuje in izvaja zdravstveno nego osebe z demenco na podlagi podatkov iz življenjske zgodbe kar vpliva na večjo kakovost življenja osebe z demenco. Posledica uporabe življenjske zgodbe je tudi boljše razumevanje dejanj, čustvovanj in odzivov na stresne situacije osebe z demenco.

Razprava

Življenjska zgodba osebe z demenco je zelo pomembna pri vsakodnevnem delu medicinske sestre, ki dela s starejšimi. Zaradi povečevanja števila oseb, ki obolijo za demenco in so tudi posledično nameščeni v institucijo, je lahko to osnova za kakovostno, individualno in celostno obravnavo. Z raziskavo ugotavljamo, da uporaba življenjske zgodbe pri delu z osebo z demenco vpliva

na dvig kakovosti obravnave. Osebe se boljše počutijo, stik je pristnejši, in počutijo se sprejete. Obravnava oseb z demenco je individualna, delo medicinskih sester je prilagojeno vsakemu posamezniku. Z raziskavo smo ugotovili, da so se medicinske sestre na podlagi podatkov iz življenjske zgodbe seznanile s pozitivnimi dogodki iz življenja osebe z demenco in tako vzpodbudile pozitivna čustva. Tudi Sanchez s sodelavci (2016a) poudarja, da na kakovost življenja vplivajo tudi pozitivni občutki, saj s tem preprečujemo ali zmanjšujemo vedenje, ki povzroča vznemirjenje. Medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, povedo o osebi z demenco, ki se ob znani glasbi pomiri oziroma preneha jokati. Oseba z demenco, ki je nemirna in, agresivna, se pri pogovoru o znanih dogodkih, znanih ljudeh pomiri in upočasni. Z raziskavo smo tudi ugotovili, da je pri stiku z osebo z demenco pomembno uporabljati predmete, ki jih pozna. Na ta način vzpodbujamo občutek poznavanja okolja, v katerem se nahajajo. Kogoj (2011) navaja, da so osebe z demenco raje v domačem okolju, ki jim je znano in jim daje varnost, zato svojci pogosto težko opišejo težave, ki se pojavijo, in zato tudi še ne poiščejo pomoči. Rezultate raziskave ne moremo posploševati na celotno populacijo medicinskih sester zaradi majhnega vzorca. Raziskavo bi bilo treba razširiti na večji vzorec medicinskih sester ter vključiti tudi osebe z demenco in njihove svojce.

Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da je potrebno, da medicinske sestre dobro poznajo koncept holistične zdravstvene nege, potrebujejo znanje in kontinuirano strokovno izpopolnjevanje zaradi vsakodnevnega dela z osebami z demenco in tudi njihovimi svojci. Pomembno je delo po procesu zdravstvene nege ter celostna obravnava oseb z demenco. Življenjske zgodbe oseb z demenco se uporabljajo le v domovih za starejše, vendar bi bilo treba zaradi dokazanega pozitivnega učinka njihovo uporabo razširiti tudi v ostale institucije, ki obravnavajo starejše odrasle.

Literatura

- ELFRINK, R.T., ZUIDMA, U.S., KUNZ, M. in WESTERHOF, J.G., 2017. The effectiveness of creating an online life story book on persons with early dementia and their informal caregivers: a protocol of a randomized controlled trial [online]. *BMC Geriatrics*, 17:95 str. 1–2. Pridobljeno 3. 6. 2019 s https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5399324/pdf/12877_2017_Article_471.pdf
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. [online]. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pridobljeno 17. 1. 2020 s <https://www.zbornica-zveza.si/publikacija/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije-in-kodeks-etike-za-babice-slovenije/>
- KOGOJ, A., 2011. Duševne motnje in stiske v starosti [online]. Celje: Visoka zdravstvena šola, str. 6–12. Pridobljeno 19. 8. 2019 s http://www.vzsc.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Duuevne_motnje_in_stiske_v_starosti_E1281.pdf
- KRAJNC, A., 2018. Izzivi staranja v domačem okolju-pogled medicinske sestre v patronažnem varstvu. In: Sima Đ., et al. eds. Staranje-izziv prihodnosti: zbornik prispevkov 19.

- simpozija z mednarodno udeležbo. Ljubljana, 2018. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 60.
- LJUBIČ, A. in ŠTEMBERGER KOLNIK, T., 2017. Prednosti metode montessori pri obravnavi pacientov z demenco. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), str. 84–85.
- MILESKE, M., BAAR, T.J., BROOKS, M., LONIDIER, C., LINKER, K. in VANDER VEEN, K., 2018. Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities [online]. *Clinical Interventions in Aging*, vol. 13, str. 967–968. Pridobljeno 6. 6. 2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962307/pdf/cia-13-967.pdf>
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020 [online]. Ljubljana: Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje, str. 4–5. Pridobljeno 19. 8. 2019 s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Demenca/12092016_strategija_obvladovanja_demence.pdf
- SANCHEZ, A., MASEDA, A., MARANTE-MOAR, M.P., DE LABRA, C., LORENZO-LOPEZ, L. in MILLIAN-CALENTI, J.C., 2016a. Comparing the effects of multisensory stimulation and individualized music sessions on elderly people with severe dementia: a randomized controlled trial [online]. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52 (1), str. 303–306. Pridobljeno 3. 6. 2019 s https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16601/S%C3%A1nchez_ComparingEffects.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- SANCHEZ, A., MARANTE-MOAR, M.P., SARABIA, C., DE LABRA, C., LORENZO T., MASEDA, A. in MILLIAN-CALENTI, J.C., 2016b. Multisensory stimulation as an intervention strategy for elderly patients with severe dementia: a pilot randomized controlled trial [online]. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31, str. 341–342. Pridobljeno 3. 6. 2019 s https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16790/Sanchez_MultisensoryStimulation.pdf?sequence=2
- STOJIĆ, A., 2018. Dejanske težave v procesu zdravstvene nege geriatričnih bolnikov. In: Sima Đ., et al. eds. *Staranje - izziv prihodnosti: zbornik prispevkov 19. simpozija z mednarodno udeležbo*. Ljubljana, 2018. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 113.
- SURS, 2019. Število in sestava prebivalstva [online]. Pridobljeno 29. 8. 2019 s <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104>
- VUJOVIĆ, A., 2015. Zagovorništvo starejših onemoglih ljudi. *Kakovostna starost*, vol. 18 (1), str. 4.

Kognitivno vedenjska terapija v psihiatrični zdravstveni negi

Jana Lončarič, Vojislav Ivetič, Klavdija Čuček Trifkovič

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
jana.loncaric@gmail.com

Povzetek

Uvod: Kognitivno vedenjska terapija (KVT) je kolaborativni pristop, ki pomaga pacientom prepoznati disfunkcionalne misli in vedenjske vzorce ter jih zamenjati z bolj primernimi. Posameznikove izkušnje iz otroštva izoblikujejo njegova prepričanja o samem sebi ter o svetu, ki ga obdaja. Takšna prepričanja so jedro njegove percepcije okolice, ki je lahko pozitivna ali negativna. KVT je pristop, ki se v tujini prakticira na vseh področjih zdravstvene nege in ki ga poleg psihoterapevtov in psihiatrov izvajajo tudi diplomirane medicinske sestre. Namen raziskovalnega dela je bil raziskati samooceno uporabe in poznavanja KVT pri zaposlenih na psihiatričnem področju. *Metode:* Raziskovalno delo je temeljilo na kvantitativni metodologiji raziskovanja. Podatki so bili zbrani z originalno sestavljenim anketnim vprašalnikom, pri čemer je bil zajet neslučajnostni priložnostni vzorec ($n = 37$). Za analizo in prikaz rezultatov je bila uporabljena metoda deskriptivne statistike. *Rezultati:* Dobra polovica zaposlenih (59,4 %) na psihiatričnem področju v enem od slovenskih kliničnih centrov ocenjuje, da dobro pozna KVT. 64,9 % pri svojem delu uporablja principe KVT. Več kot polovica anketiranih (62,2 %) se je že udeležila izobraževanja na temo KVT. Največ znanja o KVT so zaposleni pridobili iz strokovne literature, kot so knjige in strokovni članki, najmanj pa tekom študija. *Razprava:* Rezultati so pokazali, da je znanje zaposlenih o KVT dobro in da principe KVT tudi pogosto uporabljajo. Zanimiv podatek je, da nekatere principe zaposleni uporabljajo nezavedno. Znanje KVT je ena izmed osnovnih kompetenc medicinske sestre v tujini, medtem ko podatkov o znanju KVT med medicinskimi sestrami v Sloveniji še ni. KVT je najbolj raziskan psihoterapevtski pristop, ki temelji na dokazih, lahko se uporablja na vseh področjih zdravstvene nege ter prinaša zelo dobre rezultate.

Gljučne besede: kognitivno vedenjska terapija, terapevt, psihološki pristop, medicinska sestra

Uvod

V modernem času je veliko povpraševanje po zdravljenjih duševnih motenj, ki so hkrati učinkovita in dostopna širši javnosti. Na področju psihiatrije se že preko 40 let uporablja Kognitivno vedenjska terapija (Yoshinaga in sod., 2015). Kognitivno vedenjska terapija (KVT) je psihološki pristop, ki cilja na razume-

vanje problemov v smislu razreševanja odnosov med mislimi, čustvi, fizičnimi senzacijami ter vedenji. Trdi, da negativne misli lahko vzpodbudijo negativna čustva ter negativne občutke, ki lahko rezultirajo v razvoju negativnih tehnik spoprijemanja s težavami. Na dolgi rok to prispeva k slabšemu zdravstvenemu stanju (Currid in sod., 2011). KVT se uporablja pri zdravljenju odvisnosti, depresije in distimije, bipolarni motnje, anksioznih motenj, paničnih motenj, fobij, somatoformnih motenj, motenj prehranjevanja, mejno osebnošnih motenj, nespečnosti, jeze in agresije, stresa, kronične bolečine in utrujenosti, zapletov v nosečnosti, hormonskega ravnovesja ter v nekaterih primerih celo shizofrenije. Primerna je tako za otroke kot tudi za odrasle (Hofmann in sod., 2012). V 70. letih prejšnjega stoletja so v Združenem Kraljestvu psihiatrične medicinske sestre poleg psihiatrov in psihologov postale prve, ki so prejele sistematično usposabljanje o KVT ter slednjo tudi pričele uporabljati (Yoshinaga in sod., 2015). V zadnjih 10 do 15 letih je KVT postala najbolj učinkovita ter z dokazi potrjena adjektivna terapija za zdravljenje duševnih motenj. Dostop do te terapije pa je kljub vsem dokazom otežkočen, saj primanjkuje profesionalcev, izurjenih v KVT. Izobraževanje medicinskih sester na področju KVT bi povečalo število oseb, ki lahko uporabljajo principe KVT, kar bi prineslo k večjemu dostopu posameznikov do te terapije, predvsem v domačem okolju (Pinninti in sod., 2006). Skozi analizo literature smo ugotovili, da je v slovenskem prostoru primanjkljaj izvedenih raziskav na to temo, zato ne moremo pridobiti podatka, koliko se KVT v Sloveniji že izvaja in v koliki meri so medicinske sestre o njej informirane. Zaradi tega smo se odločili za izvedbo raziskave med medicinskimi sestrami v psihiatrični zdravstveni negi v enem izmed slovenskih kliničnih centrov. Namen raziskovalnega dela je bil raziskati poznavanje in uporabo KVT pri medicinskih sestrah v psihiatrični zdravstveni negi. V raziskovalnem delu smo želeli odgovoriti na naslednje raziskovalno vprašanje: »Kako medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi samoocenjujejo poznavanje in uporabo principov kognitivno vedenjske terapije?«

Metode

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo raziskovanja, ki izhaja iz filozofije pozitivizma. Pozitivizem trdi, da edini mogoč vir spoznanja temelji na empirično dokazljivih pojavih (Mill, 2005). Izvedena je bila presečna študija, saj smo v določenem časovnem obdobju razdelili ankete. S pomočjo anketnega vprašalnika smo pridobili podatke o samooceni poznavanja in izvajanja kognitivno vedenjske terapije v enem izmed slovenskih kliničnih centrov ter le-te nato statistično obdelali. V raziskovalnem delu smo podatke zbrali s kvantitativno metodo, in sicer uporabili smo originalno sestavljeno anketo zaprtega tipa. Anketa je vsebovala 5 vprašanj zaprtega tipa, ki se navezujejo na poznavanje in uporabo KVT, pri čemer je eno izmed vprašanj razdeljeno na 4 podvprašanja ter 4 vprašanja, iz katerih smo pridobili demografske podatke. Demografski podatki so zajemali spol in starost anketiranka/ke, raven njegove/njene izobrazbe ter število let delovnih izkušenj. Zbrane

podatke smo analizirali s pomočjo IBM SPSS version 24, pri tem smo uporabili deskriptivno statistiko. Raziskavo smo izvedli med medicinskimi sestrami in zdravstveniki z višješolsko in visokošolsko izobrazbo na enem izmed oddelkov za psihiatrijo v Sloveniji. Zajete so bile vse enote oddelka za psihiatrijo. Pri tem smo uporabili neslučajnostni priložnostni vzorec. Število vseh zaposlenih, ki so ustrezali kriterijem raziskave, je bilo 41. Razdeljenih je bilo 41 anketnih vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 90,2 %. Pred pričetkom raziskave smo pridobili pisni soglasje ustanove in Komisije za etična vprašanja. V vlogi smo se zavezali, da bomo pri raziskovanju upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi ter načela Helsinško-Tokijske deklaracije. Anketiranci so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Anketni vprašalniki so bili razdeljeni v maju 2019, oddani pa junija 2019. Omejitev raziskave predstavlja dejstvo, da so anketiranci sami ocenili svoj nivo znanja o KVT ter uporabo principov KVT v praksi, kar pomeni, da so rezultati subjektivni. Omejitev predstavlja tudi velikost vzorca in način vzorčenja. Raziskava je bila narejena le v eni ustanovi na priložnostnem vzorcu, zato rezultatov ne moremo posplošiti na širšo populacijo.

Rezultati

Ugotovili smo, da je znanje medicinskih sester/zdravstvenikov na Oddelku za psihiatrijo enega izmed slovenskih kliničnih centrov dobro. Samo 15 (40,5 %) anketiranih je svoje znanje o KVT opredelilo kot »zelo slabo« ali »slabo«. Kar 13 (35,1 %) anketiranih meni, da KVT poznajo »povprečno«, 9 (24,3 %) anketiranih pa meni, da je njihovo znanje Kognitivno vedenjske terapije »dobro«. Nihče izmed anketiranih se ni opredelil, da je raven njegovega poznavanja KVT »odlična«. Svoje znanje v največ primerih (32,4 %) črpajo iz strokovne literature, kot so knjige, zborniki in strokovni članki, manj se jih poslužijo spleta kot vira informacij (21,6 %), nekaj pa je tudi takih, ki so svoje znanje o KVT pridobili tekom študija (16,2 %). Več kot polovica anketiranih (62,2 %) se je že udeležila izobraževanja na temo KVT. Raziskava je pokazala, da je 24 (64,9 %) anektiranih označilo, da pri svojem delu uporabljajo principe Kognitivno vedenjske terapije, medtem ko 13 (35,1 %) anketiranih principov KVT pri svojem delu ne uporabljajo. Najpogosteje uporabljeni princip je »planiranje prijetnih aktivnosti«, ki ga kar 86,5 % anketiranih uporablja zelo pogosto ali pogosto. Drugi najpogosteje uporabljeni princip je »pisanje dnevnika«, ki ga anketirani uporabljajo zelo pogosto ali pogosto v 70,3 %. Najmanj uporabljena principa sta »testiranje veljavnosti« in »izpostavljanje neprijetnim situacijam«, ki ju anketirani zelo pogosto ali pogosto uporabljajo le v 16,2 %. Ugotovljeno lahko povzamemo z odgovorom na postavljeno raziskovalno vprašanje »Kako meo medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi samoocenjujejo poznavanje in uporabo principov kognitivno vedenjske terapije?«. Ugotovili smo, da 59,4 % medicinskih sester v psihiatrični zdravstveni negi po lastni oceni povprečno ali dobro pozna KVT. Dobro poznavanje KVT se kaže tudi v visokem odstotku (64,9 %) uporabe principov KVT pri vsakdanjem delu anketiranih.

Razprava

Resne duševne bolezni prizadenejo 6,3 % vseh odraslih v ZDA, kar predstavlja ogromno breme na ramenih obolelih posameznikov, njihovih družin ter družbe v celoti (Pinninti in sod., 2006). National British Healthcare (NBH) – Nacionalni britanski zdravstveni sistem priporoča, da morajo medicinske sestre, ki delajo na oddelkih psihiatrije, svoje delo opravljati holistično s poudarkom na izpolnjevanju psiholoških potreb pacientov. To lahko dosežejo s širitvijo njihovega znanja in spretnosti na področju znanstveno dokazanih psihoterapij, med katere spada tudi KVT. Poznavanje KVT je ena izmed ključnih kompetenc, ki jih britanske medicinske sestre morajo imeti, ko se zaposlijo na oddelkih za psihiatrijo (Binnie, 2018). Raziskava, ki jo je izvedel Hails (2012) v Avstraliji, je pokazala, da že samo 8-dnevno izobraževanje medicinskih sester na področju KVT prinese zelo dobre rezultate. Medicinske sestre, ki pred tem o KVT niso imele znanja oziroma je le-to bilo zelo skopo, so po 8 dneh bile prepričane, da naučeno znanje lahko prenesejo v prakso. Povečalo se je tudi njihovo zaupanje v same vase ter samozavest. MacLiam (2010) trdi, da medicinske sestre, ki so se izobrazile v KVT, ne pomagajo le pacientom iz širšega zornega kota, temveč svoje znanje predajajo tudi drugim zaposlenim. Medicinske sestre samostojno merijo zdravstveni napredek pacienta s pomočjo zanesljivih metod, hkrati pa s tem merijo tudi lastno učinkovitost na splošno. Izobraževanje medicinskih sester na področju KVT lahko predstavlja velik časovni in finančni zalogaj. Priporoča se postopno izobraževanje, ki zajema velik del medicinskih sester, zaposlenih na nekem oddelku, saj se na takšen način zmanjšajo finančni stroški izobraževanja. Osnovno znanje o KVT bi moralo biti podano znotraj študija zdravstvene nege, saj je uporabno na vseh področjih zdravstvene nege. Posameznim medicinskim sestram, ki se želijo naučiti več o KVT, bi morale ustanove zagotoviti možnost udeležbe seminarjev in delavnic na to temo, hkrati pa bi jim morale zagotoviti tudi ustrezno strokovno literaturo (Pinninti in sod., 2006). V Sloveniji do sedaj še ni bilo izvedenih študij, ki bi raziskovale uporabo in poznavanje KVT pri medicinskih sestrah. Ugotovili smo, da je poznavanje in uporaba KVT pri zaposlenih na Oddelku za psihiatrijo v enem izmed kliničnih centrov, dobra. Zanimiv podatek je, da so nekateri v anketi označili, da pri delu ne uporabljajo principov KVT, vendar pa so nato ocenili, da posamezne principe uporabljajo, kar si lahko razlagamo, da nekateri principe KVT uporabljajo nezavedno.

Zaključek

V raziskavi smo ugotovili, da zaposleni na Oddelku za psihiatrijo enega izmed slovenskih kliničnih centrov ocenjujejo dobro poznavanje KVT in njenih principov. Več kot polovica anketiranih se je že udeležila izobraževanja na temo KVT in pri svojem delu uporablja nekatere principe KVT. KVT je psihoterapevtski pristop, ki temelji na dokazih. Izvedene so bile mnoge raziskave, ki potrjujejo pozitivne učinke KVT, tako na področju psihiatrije kot tudi na drugih področjih. V Sloveniji še ni bilo izvedenih raziskav, ki bi govorile o tem, v kolikšni meri

diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki poznajo in uporabljajo KVT. Glede na to, da je bila raziskava izvedena z neslučajnostnim priložnostnim vzorcem zaposlenih na psihiatričnem področju, bi bilo smiselno to raziskavo izvesti še na drugih področjih zdravstvene nege. Smiselno bi bilo vključiti temo KVT v kurikulum študija zdravstvene nege, saj bi ta znanja koristila študentom pri delu, pa tudi posamezniku pri spopadanju z vsakodnevnimi življenjskimi preizkušnjami.

Literatura

- BINNIE, J., 2018. Teaching CBT to Pre-Registration nurses: A critical account of a teaching session to preregistration mental health nurses on the subject of cognitive behavioural therapy and trauma [online]. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 1(22), str. 56-64. Pridobljeno 10.9.2019 s <https://openresearch.lsbu.ac.uk/item/86q62>
- CURRID, J. T., NIKČEVIĆ, V. A. in SPADA, M. M., 2011. Cognitive Behavioural therapy and its relevance to nursing. *British journal of nursing*, vol. 1(20), str. 1443-1448.
- HAILS, E., 2012. *Development and delivery of cognitive behavioural training in New South Wales, Australia*. prva ured. Cardiff: Cardiff University, School of Social Sciences.
- HOFMANN, S., ASNAANI, A., VONK, J.J. I., SAWYER, A. T. in FANG, A., 2012. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, vol. 5(36), str. 427-440.
- MACLIAM, F., 2010. *The Other History: CBT nurse training in Ireland*. [online] Pridobljeno 16.08.2019s: https://www.researchgate.net/publication/303687014_History_of_CBT_Nurses_in_Ireland
- PINNINTI, N. R., HOLLOW, L. M., SANGHADIA, M. in THOMPSON, K., 2006. Training Nurses in cognitive Behavioral Therapy: Enhancing Community Care of Patients With Serious Mental Illness [online]. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, vol. 6(3). Pridobljeno 10.9.2019 s https://pdfs.semanticscholar.org/4cac/5e6006d51690b809d9624fa73a6f1881501c6.pdf?_ga=2.134099214.1258053083.1582017716-1404797888.1582017716
- YOSHINAGA, N., SHIRAIISHI, Y., NOSAKI, A., HAYASHI, Y., TANOUE, H., SHIMIZU, E., KUNIKATA, H. in OKADA, Y., 2015. Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan. *Nursing Research and Practice*, str. 9-18.

Uporaba lutke pri stanovalcih z demenco: vidik negovalnega osebja

Barbara Mrkša, Nataša Mlinar Reljić

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
barbymrksa@gmail.com

Povzetek

Uvod: Demenca predstavlja velik javnozdravstveni izziv. Vzročnega zdravljenja zaenkrat še ni na voljo, se pa poleg farmakološkega zdravljenja vse bolj uveljavljajo nefarmakološki pristopi v obravnavi oseb z demenco. Eden takšnih pristopov je terapevtska uporaba lutke. V prispevku želimo predstaviti izkušnje članov tima zdravstvene nege in oskrbe z uporabo lutke pri osebah z demenco. *Metode:* Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja z eksperimentalnim dizajnom. Podatki so bili zbrani z vprašalnikom, sestavljenim iz dveh sklopov. Vprašanja so bila zaprtega in odprtega tipa. V eksperiment so bile vključene tri osebe z demenco, ki bivajo v socialnovarstvenem zavodu. Sedem članov tima zdravstvene nege in oskrbe je pri osebah, vključenih v raziskavo, ocenjevalo naslednje: sodelovanje pri dnevnih aktivnostih, interakcija z osebjem, interakcija s stanovalci, zadovoljstvo in vznemirjenost. Za analizo podatkov smo uporabili metodo deskriptivne statistike ter metodo tematske analize besedila. *Rezultati:* Člani tima zdravstvene nege in oskrbe, ki so izpolnili vprašalnike, so izrazili pozitivne odzive na uporabo lutke pri stanovalcih z demenco. Ugotavljamo, da so bile osebe z demenco, ki so uporabljale lutke, bolj umirjene, aktivno so sodelovale pri dnevnih aktivnostih, bile so bolj pogovorljive, družabne in vodljive. Pri stanovalcih z demenco je bilo ob uporabi lutke zaznanih manj konfliktov in tavanja. *Razprava:* Člani tima zdravstvene nege in oskrbe so bili nad terapijo z lutko navdušeni in bodo z njeno uporabo nadaljevali. Pomembno je, da si osebe z demenco lutko izberejo same in jih v njihovo uporabo ne silimo. Tak pristop je učinkovit, enostaven in kaže ugodne vplive na osebe z demenco.

Ključne besede: demenca, terapija z lutko, medicinska sestra.

Uvod

V obravnavi oseb z demenco se uporabljajo tako farmakološki kot tudi nefarmakološki pristopi. Kot prvi pristop v obravnavi oseb, obolenih za demenco, se vse pogosteje uveljavljajo nefarmakološki načini. Mednje spadajo umetnostna terapija, glasbena terapija, aromaterapija (Douglas in sod., 2014), v zadnji letih pa tudi vse bolj razširjena terapevtska uporaba lutk (Mitchell in sod., 2016). Terapevtska uporaba lutk omogoča, da imajo osebe z demenco, ki bivajo v socialnovarstvenih zavodih, te lutke ob sebi ves dan, jih držijo v na-

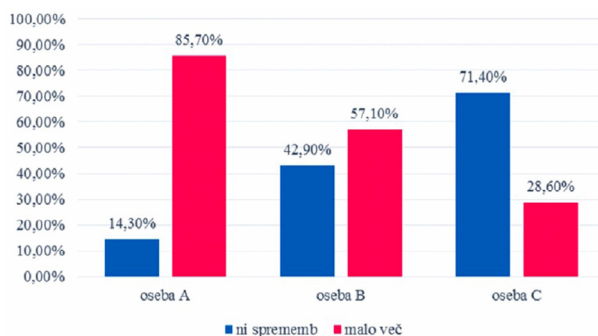
ročju, se z njimi pogovarjajo, jih hranijo, objemajo in preoblačijo ter na splošno skrbijo za njih (Mitchell in Templeton, 2014). Lutke so bile najprej uporabljene kot dopolnilna terapija v zdravstveni obravnavi oseb z demenco, in sicer za vzpodbujanje dobrega počutja in spodbujanje oseb z demenco, ki so imele težave s komunikacijo, ali so se počutile odrinjene (Alander in sod., 2013). Novejše študije pa ugotavljajo, da lutke lahko pomagajo osebam z demenco zadovoljiti potrebo po bližini in varnosti, posledično pa zmanjšajo vedenjske in psihološke simptome demence (Cantarella in sod., 2018). Uporaba lutk lahko zmanjša vznemirjenost, agresijo in tavanje, poveča interakcijo z okolico ter vključevanje v dnevne aktivnosti (Ng in sod., 2017). Bisiani in Angus (2012) pravita, da lutka vzbudi občutek navezanosti ter vpliva na bolj odprto komunikacijo s stanovalci in zdravstvenimi delavci. Shin (2015) ugotavlja, da so stanovalci, ki so uporabljali lutke, manj agresivni, manj so tavalili in niso bili tako glasni. Študije kažejo tudi, da se stanovalci počutijo vredni, saj imajo možnost skrbeti za nekoga (Alander in sod., 2013). Osebe z demenco, ki uporabljajo lutko in se z njo pogovarjajo, so bolj komunikativne in se bolj jasno izražajo (James in sod., 2006). Mlinar Reljić in sod. (2019) poudarjajo, da je terapija z lutko učinkovit pristop, ki zmanjšuje vedenjske in psihološke spremembe ter pozitivno vpliva na psihosocialno in duhovno počutje oseb z demenco. Pristop uporabe lutke v zdravstveni obravnavi oseb z demenco je lahko učinkovit, če je pravilno in načrtno izveden. Pomembno je, da stanovalcev ne silimo v uporabo lutk, ampak jim ponudimo možnost izbire med posameznimi primernimi lutkami (James in sod., 2006). MacKenzie in sod. (2007) predlagajo, da lutka tehta okoli 1,4 kg in meri približno 50 centimetrov. Biti mora mehka na otip. Priporočljivo je, da ima lase, ki jih je možno urejati, ter oči, ki se odpirajo in zapirajo. Priporoča se, da imajo nasmešek na obrazu in da so različno oblečene, da jih lahko stanovalci med seboj razlikujejo. Namen je raziskati izkušnje članov tima zdravstvene nege in oskrbe v domu starostnikov glede uporabe lutk pri osebah z demenco. Cilji raziskave so pregledati in analizirati obstoječo literaturo na temo uporabe lutk ter raziskati in predstaviti izkušnje članov tima zdravstvene nege in oskrbe z uporabo lutk pri stanovalcih z demenco, ki bivajo v domu starostnikov. Raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Kakšne so izkušnje članov tima zdravstvene nege in oskrbe z uporabo lutke pri stanovalcih z demenco, ki bivajo v domovih za starostnike?«.

Metode

Uporabili smo kvantitativno metodologijo raziskovanja z eksperimentalnim dizajnom (Polit in Beck, 2012). Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, povzet po MacKenzie in sod. (2006), ta pa je zajemal šest trditvev – kriterijev, ki so jih udeleženci izpolnjevali glede na strinjanje po 5-stopenjski Likertovi lestvici. Vsaki trditvi je bilo dodano odprto vprašanje, v okviru katerega so anketirani zapisali svoje izkušnje. Za analizo podatkov smo uporabili metode deskriptivne statistike. Vprašanje odprtega tipa smo analizirali z metodo tematske analize besedila (Braun in Clarke, 2013). Raziskava je potekala v enem izmed socialnovarstvenih zavodov v vzhodni Sloveniji, na enoti s po-

večano pozornostjo. Raziskava je trajala od julija do septembra 2019. Uvodoma smo izvedli izobraževanje članov tima zdravstvene nege in oskrbe o uporabi terapije z lutko. Pripravili smo 5 ustreznih lutk velikosti 43 do 52 cm, in sicer z mehkim telesom, odpirajočimi se očmi in različno oblečene. 14 oseb z demenco je bilo povabljenih, da si lutke ogledajo in jih po lastni želji izberejo. Nekateri osebe z demenco so si lutke ogledale, a niso pokazale interesa zanje. Štiri osebe so bile zelo navdušene nad lutkami in so z njimi takoj vzpostavile interakcijo. Ena od teh štirih oseb je kasneje v pogovoru odklonila, da bi jo imela ob sebi. Tako smo v raziskavo vključili 3 osebe z demenco, ki smo jih v raziskavi poimenovali oseba A, oseba B in oseba C, pri katerih je sedem članov tima zdravstvene nege in oskrbe opazovalo kriterije, določene z vprašalnikom. Vzorec v raziskavi je bilo neslučajnostno, namensko (Polit in Beck, 2012). Sedem redno zaposlenih članov tima zdravstvene nege in oskrbe, ki delajo v stanovanjski skupini, kjer bivajo osebe z diagnosticirano demenco in imajo dodatna specifična znanja o obravnavi oseb z demenco, je izpolnjevalo vprašalnik. Pri izvajanju raziskave je bil upoštevan *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014) in Helsinška deklaracija (World Medical Association [WMA], 2001). Pridobili smo soglasje s strani Komisije za etična vprašanja s področja zdravstvene nege Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru (038/2019/3032-2/504). Prav tako smo predhodno pridobili pisno soglasje ustanove in pisna soglasja udeležencev v raziskavi.

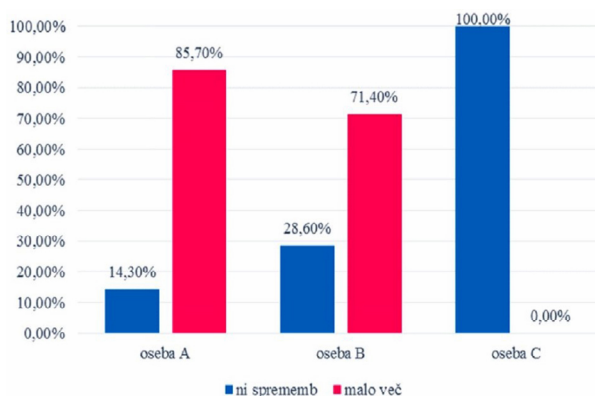
Rezultati



Slika 1: Sodelovanje pri dnevni aktivnosti

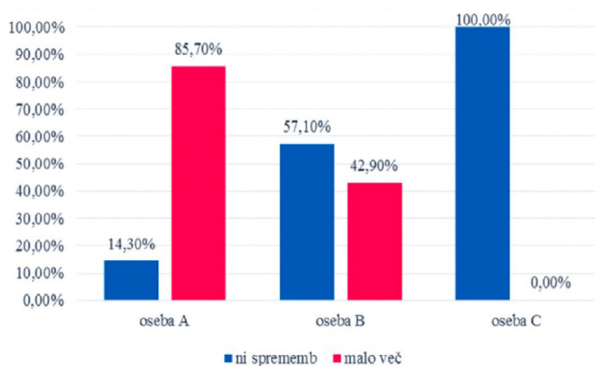
Člani tima zdravstvene nege in oskrbe, ki so sodelovali v raziskavi, so največ sprememb opazili pri osebi A in osebi B. Manj sprememb pa je bilo vidnih pri osebi C. Pri dnevni aktivnosti se je pokazala boljše pripravljenost na sodelovanje. Osebe z demenco so bile bolj potrpežljive in umirjene. Vse tri osebe so bile bolj poslušne, lažje so počakale na aktivnosti, manj so bile tavajoče, lutke so jih pomirile in bile so boljše razpoloženja. Osebe so dlje časa ohranile koncentracijo pri družabni aktivnosti, se vključevale v pogovor. Zelo veliko so se ukvarjale z lutko tudi med dnevnimi aktivnostmi in preverjale njihovo počutje (Slika 1).

Pri interakciji z osebjem sta bili oseba A in oseba B bistveno bolj pogovornjivi. Tema njihovega pogovora je bila predvsem lutka. Osebi A in B sta želeli več dotika, opazil se je pristnejši odnos z osebjem, osebi sta bili bolj nasmejani, umirjeni in vodljivi (Slika 2).



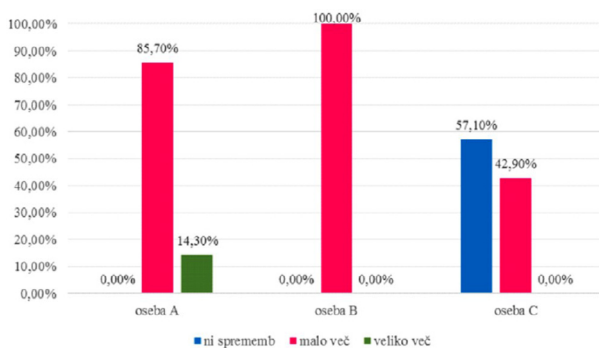
Slika 2: Interakcija z osebjem

Osebi A in B sta več interakcije vzpostavljali tudi z ostalimi sstanovalci in jim razlagali o lutki, jo večkrat pokazali prisotnim. Bili sta bolj družabni kot pred uporabo lutke in več časa sta se družili pri aktivnostih, kot so petje, sprehodi, pitje kave (Slika 3).



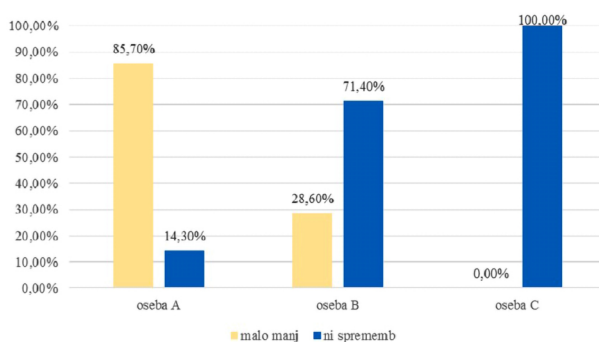
Slika 3: Interakcije z ostalimi stanovalci

Najočitnejšo izboljšanje smo zaznali pri kriteriju zadovoljstvo, kjer so rezultati pokazali ugoden vpliv lutke. Zadovoljstvo pri osebah z demenco po uporabi lutke so udeleženci pripisali temu, da jih lutka osreči. Osebe so bile ponosne na lutko, pomirjene in nasmejane. Pri uporabi lutke se je oseba B spomnila svojega otroštva, se vrnila v svet mladosti, za lutko je skrbela, jo negovala in vzpostavila čustveno navezanost nanjo (Slika 4).



Slika 4: Zadovoljstvo

Rezultati kažejo, da sta bili osebi A in B ob uporabi lutke manj razdražljivi in vznemirjeni, bolj vodljivi, dojemljivi, razumevajoči (Slika 5).



Slika 5: Vznemirjenost

Udeleženci v raziskavi so vznemirjenost oseb z demenco izrazili v glavni temi Čustvene in psihološke spremembe. Te so se kazale skozi podteme Umirjenost, Vodljivost in Sodelovanje. Pri kriteriju sodelovanje pri osebni negi rezultati niso pokazali nobenih sprememb v vedenju.

Razprava

V raziskavi, ki smo jo opravili v enem izmed socialnovarstvenih zavodov, smo ugotovili, da lutke ugodno vplivajo na osebe z demenco. Tudi Alander in sod. (2013) in James in sod. (2006) ugotavljajo, da terapija z lutko pozitivno vpliva na sodelovanje pri dnevnih aktivnostih. Prisotnost lutke je spodbudno vplivala na govor in komunikacijo oseb z demenco. Raziskave (James in sod., 2006; Bisiani in Angus, 2012; Alander in sod., 2013; Heathcote in Clare, 2014; Shin, 2015) prav tako ugotavljajo, da so osebe, ki so imele v lasti lutko, postale bolj komunikativne. O svoji lutki so se pogovarjali s sostanovalci (Alander in sod., 2013; Cantarella in sod., 2018), postali srečnejši in umirjeni (James in sod., 2006). Ugotovili smo, da so bile osebe z demenco manj vznemirjene,

razdražljive in agresivne, če so imele ob sebi lutko. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Tamura in sod. (2001), ki ugotavljajo, da so stanovalci bolj umirjeni in nežni, če imajo lutko. Člani tima zdravstvene nege in oskrbe so opazili, da so bile osebe po uporabi lutke na splošno bolj zadovoljne. Podobno ugotavljata Bisiani in Angus (2012). V nekaterih raziskavah (Mackenzie in sod., 2006; Braden in Gaspar, 2014) raziskovalci poročajo o spremembah pri osebni higieni, kjer so osebe raje sodelovale in postale celo bolj samostojne. V naši raziskavi pri izvajanju osebne nege udeleženci niso opazili nikakršnih sprememb. Ena od možnih razlag za takšne ugotovitve je trajanje raziskave, ki je bila v našem primeru dolga le osem tednov. Mitchell in sod. (2016) so na osnovi svoje raziskave spoznali, da lutke večinoma sprejmejo ženske. V naši raziskavi smo največ pozitivnih sprememb opazili pri gospodu z demenco, ki nikoli ni imel lastnih otrok. Za svojo lutko pa je skrbel, preverjal njeno počutje in celo spal z njo. Omejitev raziskave predstavlja dejstvo, da so rezultati vezani le na en socialnovarstveni zavod in tri osebe z demenco, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posplošiti. Prav tako je bil omejen čas trajanja raziskave, in sicer na 8 tednov. Rezultati raziskave odražajo tudi subjektivno oceno članov tima zdravstvene nege in oskrbe in jih ni možno generalizirati na celotno populacijo.

Zaključek

Vsi člani tima zdravstvene nege in oskrbe so se strinjali, da je uporaba lutke pustila pozitivne vtise, in sicer tako pri osebah z demenco kot tudi pri njih. V socialnovarstvenem zavodu, v katerem je raziskava potekala, želijo z uporabo lutk v terapevtske namene nadaljevati. V bodoče je potrebnih več raziskav z uporabo mešanih metod raziskovanja, da bi zagotovili najboljše možnosti uporabe lutk v terapevtske namene za osebe obbolele za demenco.

Literatura

- ALANDER, H., PRESCOTT, T. in JAMES, I.A., 2013. Older adults' views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia*, vol. 14 (5), str. 574-588.
- BISIANI, L. in ANGUS, J., 2012. Doll therapy: a therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia – a case study approach. *Dementia*, vol. 12 (4), str. 447-462.
- BRADEN, B.A. in GASPAR, P.M., 2014. Implementation of a baby doll therapy protocol for people with dementia: inovative practice. *Dementia*, vol. 14 (5), str. 696-706.
- BRAUN, V. in CLARKE, V., 2013. *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. Los Angeles: Sage,
- CANTARELLA, A., BORELLA, E., FAGGIAN, S., NAVUZZI, A. in DE BENI, R., 2018. Using dolls for therapeutic purposes: a study on nursing home residents with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 33 (7), str. 915-925.
- DOUGLAS, S., JAMES, I. in BALLARD, C., 2014. Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10 (3), str. 171-179.
- HEATHCOTE, J. in CLARE, M., 2014. Doll therapy: therapeutic or childish and inappropriate? *Nursing and Residential Care*, vol. 16 (1), str. 22-26.

- JAMES, I.A., MACKENZIE, L. in MUKAETOVA-LADINSKA, E., 2006. Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21 (11), str. 1093-1098.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Official gazette of the Republic of Slovenia, št. 71/2014, str. 7847-7849.
- MACKENZIE, L., JAMES, I.A., MORSE, R., MUKAETOVA-LADINSKA, E. in REICHEL, F.K., 2006. A pilot study on the use of dolls for people with dementia. *Age and Aging*, vol. 35 (4), str. 441-444.
- MACKENZIE, L., WOOD-MITCHELL, A. in JAMES, I., 2007. Guidelines on using dolls. *Journal of Dementia Care*, vol. 15 (1), str. 26-27.
- MITCHELL, G., MCCORMACK, B. in MCCANCE, T., 2016. Therapeutic use of dolls for people living with dementia: a critical review of the literature. *Dementia*, vol. 15 (5), str. 976-1001.
- MITCHELL, G. in TEMPLETON, M., 2014. Ethical considerations of doll therapy for people with dementia. *Nursing Ethics*, vol. 21 (6), str. 720-730.
- MLINAR RELJIĆ, N., FEKONJA, Z., MULEJ, J., KMETEC, S. in PAJNKIHAR, M., 2019. Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolenih za demenco: sistematični pregled. *Obzornik Zdravstvene Nege*, vol. 53 (3), str. 221-220.
- NG, Q.X., HO, C.Y.X., KOH, S.S.H., TAN, W.C. in CHAN, H.W., 2017. Doll therapy for dementia sufferers: a systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 26, str. 42-46.
- POLIT, D.F. in BECK, C.T., 2012. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, str. 279-281.
- SHIN, J.H., 2015. Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 53 (1), str. 13-18.
- TAMURA, T., NAKAJIMA, K., NAMBU, M., NAKAMURA, K., YONEMITSU, S., ITOH, A., HIGASHI, Y., FUJIMOTO, T. in UNO, H., 2001. Baby dolls as therapeutic tools for severe dementia patients. *Gerontechnology*, vol. 1 (2), str. 111-118.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2001. World Medical Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletion of the Worls Health Organization*, vol. 79 (4), str. 373-374.

Motnje spanja pri starejših

Katja Lebar, Mateja Lorber

Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor
lebar.katja@gmail.com

Povzetek

Uvod: Motnje spanja so v primerjavi z vsemi drugimi starostnimi skupinami pogostejše pri starejših. Namen raziskave je bil ugotoviti spalne navade – težave, ki se pojavljajo pri spanju starejših, ter kakovost življenja starejših. *Metode:* V raziskavi so sodelovali starejši prebivalci pomurske regije. Kot raziskovalni instrument sta bila uporabljena vprašalnika PSQI in WHOQOL-BREF. Raziskava je potekala od julija do decembra 2018. Podatki so bili analizirani s pomočjo računalniškega programa IBM SPSS Statistics. Za testiranje hipotez smo uporabili metode inferenčne statistike. *Rezultati:* Ugotovljeno je bilo, da starejši s težavami s spanjem v povprečju niso niti zadovoljni niti nezadovoljni ($\bar{x} = 3,21$, $s = 0,809$) s svojim zdravjem, prav tako niso niti zadovoljni niti nezadovoljni s svojo zmožnostjo izvajanja dnevnih življenjskih aktivnosti ($\bar{x} = 3,40$; $s = 0,879$), imajo pa večinoma dovolj energije za vsakodnevno življenje ($\bar{x} = 3,47$; $s = 0,884$). Ugotovljene so bile razlike v zadovoljstvu z zdravjem in izvajanjem dnevnih življenjskih aktivnosti med starejšimi, in sicer glede na to, ali imajo težave s spanjem, niso pa bile ugotovljene razlike v kakovosti spanja med moškimi in ženskami. *Razprava:* Večina anketirancev je v zadnjem mesecu imela težave s spanjem, četrtnina anketiranih -3 ali večkrat tedensko ne more zaspati v manj kot 30 minutah in skoraj četrtnina anketiranih starejših se zbuja sredi noči ali zgodaj zjutraj. Strinjamo se z ugotovitvami drugih avtorjev, da imajo lahko dolgotrajnejše in nezdravljene motnje spanja v starosti številne negativne posledice.

Ključne besede: faze spanja, kakovost, higiena spanja, starostnik, težave spanja, nepečnost, zdravljenje

Uvod

Spanje je naravno stanje telesnega počitka in je nujno za preživetje. Človeško telo ima notranjo biološko uro, ki opozarja, kdaj je čas za počitek in spanje (Pucelj, 2017). Potreba po spanju je potreba vseh ljudi; ni človeka, ki ne bi imel potrebe po spanju. Potreba po spanju se v življenju spreminja. Faze plitvejšega spanja s starostjo naraščajo, zato je spanje pri starostnikih najbolj plitvo (Sever, 2014). Motnje spanja se prav tako znatno povečajo s starostjo in se pri starejših kažejo kot pritoževanje nad težkim usnavanjem, težave

s spanjem, zgodnjim jutranjim prebujanjem in oslabljenim dnevnim razpoloženjem (Riemann, 2011). Vse motnje spanja niso ozdravljive, jih pa v večini primerov lahko uspešno zdravimo. Motnja lahko postane tudi kronična bolezen, ki potrebuje vseživljenjsko zdravljenje, z njim pa učinkovito preprečujemo razvoj različnih zapletov. Preden začnemo pacienta z motnjami spanja zdraviti, je pomembno poiskati vzroke motnje (Koprivnikar, 2017). Gulia in Kumar (2018) navajata, da se poleg sprememb v trajanju spanja s starostjo spreminjajo tudi vzorci spanja, vendar so spremembe v vzorcu spanja del normalnega procesa staranja. Nočni spanec starejših ljudi je večji del noči lažji in ne globok (Gulia in Kumar, 2018). Oseba, pri kateri se pojavljajo motnje spanja, ima težave z usnavanjem, lahko se ponoči zbuja in težko zaspi nazaj, lahko pa se zbuja zgodaj zjutraj, ko ni potrebno. Motnje spanja je treba obravnavati s spremembo načina življenja in farmakološkimi pristopi. Najpogostejša motnja spanja v starosti je nespečnost, ki je pogosto še poslabšana zaradi odvisnosti in nepravilne uporabe hipnotikov (Dolenc-Grošelj, 2008; Štukovnik, 2017; Tufan in sod., 2017). Namen raziskave je bil ugotoviti spalne navade in morebitne motnje spanja pri starejših. Iskali smo odgovor na naslednji raziskovalni vprašnji:

RV1: Kako starejši ocenjujejo kakovost spanja?

RV2: Kako so starejši zadovoljni z zmožnostjo izvajanja življenjskih aktivnosti?

Preverjali smo naslednji hipotezi:

H1: Starejši, pri katerih se pojavljajo težave s spanjem v zadnjem mesecu, so manj zadovoljni s svojim zdravjem in imajo manj energije za vsakodnevno življenje.

H2: Glede na spol obstajajo statistično pomembne razlike v oceni kakovosti spanja.

Metode

Uporabili smo kvantitativno metodologijo raziskovanja s tehniko anketiranja. Kot raziskovalni instrument je bil uporabljen vprašalnik, sestavljen iz dveh vprašalnikov, in sicer PSQI (Buysse in sod., 1989) in WHOQOL-BREF (Skevington in sod., 2004). Raziskavo smo izvedli pri starejših, ki bivajo v domačem okolju v Pomurju, in sicer s pomočjo vprašalnika, ki je bil anketiranim posredovan v pisni obliki. Zbiranje podatkov je potekalo od julija do decembra 2018. Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo računalniškega programa IBM SPSS Statistics. Sodelujoči v raziskavi so bili seznanjeni z vsebino in namenom raziskovanja ter možnostjo odklonitve sodelovanja. Pri izvajanju raziskave smo upoštevali načela *Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Uredbo (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov)*. Raziskava je bila omejena na pomursko regijo in anketirance, starejše od 65 let. Vzorec je vključeval 200 anketirancev iz ene statistične regije, zato podatkov ni bilo možno posploševati. Za testiranje hipotez smo uporabili metode infe-

renčne statistike. Hipotezo 1 smo testirali s pomočjo t-testa, s katerim smo ugotavljali, ali obstajajo statistično pomembne razlike med starejšimi z ali brez težav s spanjem v zadnjem mesecu. Tudi hipotezo 2 smo testirali s pomočjo t-testa, saj smo želeli ugotoviti, ali obstaja statistično značilna razlika v oceni kakovosti spanja glede na spol anketirancev.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 106 (53,0 %) žensk in 94 (47,0 %) moških. Starost anketirancev je bila med 66 in 93 let. Z raziskavo smo ugotovili, da malo več kot polovica starejših (60,5 %) ocenjuje spanje v zadnjem mesecu kot dokaj dobro, 13,5 % zelo dobro, 18 % dokaj slabo in 8,0 % zelo slabo. Večina (94,5 %) starejših je imela težave s spanjem v zadnjem mesecu, medtem ko le 5,5 % starejših v zadnjem mesecu ni imelo težav s spanjem. Pri vprašanih, kako dobro so starejši sposobni funkcionirati čez dan in kako bi ocenili kakovost svojega življenja, smo ugotovili, da v povprečju starejši niti slabo niti dobro funkcionirajo čez dan ($\bar{x} = 3,48$; $s = 0,826$), kakovost življenja pa ocenjujejo kot dobro ($\bar{x} = 3,57$; $s = 0,799$).

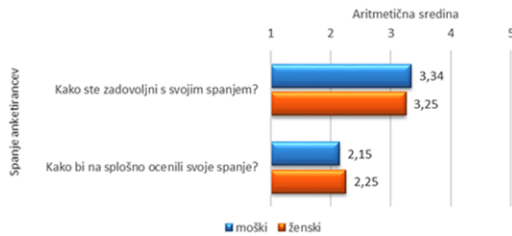
Pri vprašanju o pogostosti težav s spanjem v zadnjem mesecu je 40,5 % starejših odgovorilo, da 3- ali večkrat na teden ne more zaspati v 30 minutah, 37,0 % anketirancev se zbuja sredi noči ali zgodaj zjutraj, 30,5 % anketirancev pa mora ponoči vstati zaradi uporabe stranišča.

Vprašanja	t	df	p-vrednost	Razlika povprečja
Kako ste zadovoljni s svojim zdravjem?	4,518	15,150	< 0,001	0,612
Kako ste zadovoljni s svojo zmožnostjo izvajanja dnevnih življenjskih aktivnosti?	3,060	16,185	0,007	0,421
Imate dovolj energije za vsakodnevno življenje?	1,960	198	0,051	0,534

Legenda: *p* – stopnja značilnosti, *t* – vrednost *t* statistike, *df* – stopnja prostosti.

Slika 1: Rezultati t-testa, zadovoljstva z zdravjem, izvajanjem aktivnosti in ocene energije za vsakodnevno življenje.

Glede na prvo zastavljeno hipotezo (Slika 1) smo ugotovili statistično značilne razlike v zadovoljstvu z zdravjem ($t = 4,518$, $p < 0,001$) in izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti ($t = 3,060$, $p = 0,007$) glede na to, ali so pri starejših prisotne težave s spanjem ali ne. Starejši brez težav s spanjem so statistično značilno bolj zadovoljni s svojim zdravjem kot starejši, ki imajo težave s spanjem. Starejši brez težav s spanjem so statistično značilno bolj zadovoljni s svojo zmožnostjo izvajanja dnevnih življenjskih aktivnosti in starejši brez težav s spanjem imajo glede na povprečno oceno več energije za vsakodnevno življenje kot starejši s težavami s spanjem, vendar pa razlika ni statistično značilna ($t = 1,960$, $p = 0,051$). Na podlagi ugotovitev smo prvo hipotezo potrdili.



Slika 2: Ocena kakovosti spanja glede na spol

Slika 2 prikazuje, da tako moški kot ženske spanje v povprečju ocenjujejo kot niti slabo niti dobro, so pa moški nekoliko bolj zadovoljni s svojim spanjem ($\bar{x} = 3,34$; $s = 0,862$) kot ženske ($\bar{x} = 3,25$; $s = 0,874$). Ženske so ($\bar{x} = 2,25$; $s = 0,794$) na splošno boljše ocenile svoje spanje kot moški ($\bar{x} = 2,15$; $s = 0,747$). Rezultat t-testa med spoloma pri vprašanju o zadovoljstvu s spanjem ne kaže statistično značilnih razlik ($t = 0,697$, $p = 0,487$), prav tako pa ni ugotoviti statistično značilnih razlik pri splošni oceni spanja ($t = -0,967$, $p = 0,335$), zato smo drugo hipotezo zavrnil.

Razprava

Večina anketirancev je v zadnjem mesecu imela težave s spanjem, kar je primerljivo s Štukovnik (2017) in Garms-Homolová (2009), ki navajata, da ima več kot polovica starejših vsaj občasno težave s spanjem oziroma naj bi imel vsak tretji starejši v Nemčiji srednjo do težko obliko motenj spanja. Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da četrtnina anketiranih 3- ali večkrat tedensko ne more zaspiti v manj kot 30 minutah, kar ni v skladu s Koprivnikar (2017), ki navaja, da če je naš ritem spanja povsem zdrav, bomo zvečer zaspali v približno 15 minutah. Če je ta čas daljši in se to pogostokrat ponavlja, že govorimo o motnji spanja (Koprivnikar, 2017). Naša raziskava je pokazala, da se skoraj četrtnina anketiranih starejših zbuja sredi noči ali zgodaj zjutraj, tretjina pa mora vstati iz postelje zaradi uporabe stranišča. Scherf (2005) je v svoji raziskavi ugotovil, da mora 93,0 % starejših vsaj 1-krat na noč vstati iz postelje zaradi uporabe stranišča. Smo pa ugotovili, da skoraj polovica anketirancev vsako noč v zadnjem mesecu spi 6 ali 7 ur. Migala in sod. (2010), navajajo, da trajanje in globina spanja pri starejših upadeta na povprečno 7 ur. Prav tako navajajo, da je vse več spanja prisotnega tudi čez dan (Migala in sod., 2010).

Ugotovili smo, da dobra tretjina starejših anketiranih potrebuje zdravljenje, da funkcionira v vsakdanjem življenju, dobra tretjina meni, da jim telesna bolečina preprečuje, da počnejo to, kar bi morali, in četrtnina anketiranih meni, da je njihovo fizično okolje zdravo. Strinjamo se s Štukovnik (2007), ki navaja, da lahko imajo dolgotrajnejše in nezdravljene motnje spanja v starosti številne negativne posledice, ki so lahko povezane s slabšim telesnim zdravjem, manj energije za upravljanje življenjskih aktivnosti čez dan in nižjo kakovostjo življenja.

Zaključek

Spanje je pomemben del našega življenja, saj vpliva na veliko funkcij v telesu in je kot tako eden ključnih dejavnikov za zdravo življenje. Pomanjkanje spanca lahko sčasoma povzroči zdravstvene težave. Najpogostejše težave s spanjem so, da težko zaspimo, se prebujamo ponoči ali pa se prezgodaj zbudimo. Če so te težave pogoste, lahko sčasoma preidejo v motnje spanja. Motnje spanja zelo vplivajo na počutje in kakovost življenja. Menimo, da je zdrav spanec bistvenega pomena, zato ga je potrebno ohranjati in promovirati, saj smo, če dobro spimo, bolj produktivni in boljše razpoloženi, imamo izboljšan imunski sistem in več energije. Menimo, da dobra higiena spanja, umirjanje in sproščanje telesa pred spanjem pripomorejo k boljšemu spanju. Pomembno je, da motnje spanja čim hitreje prepoznamo in pričnemo z ukrepi, kot so dobra higiena spanja in se v primerih, ko ta ne zadostuje, občasno poslužimo tudi farmakoloških pristopov.

Literatura

- BUYSSE, D. J., REYNOLDS, C.F., MONK, T.H.,BERMANN, S.R., KUPFER, D.J., 1989. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, vol. 28 (2), str. 193–213.
- DOLENČ-GROŠELJ, L., 2008. Motnje spomina in motnje spanja pri starostnikih. *Farmacevtski Vestnik*, vol. 59 (2), str. 64–66.
- GARMS - HOMOLOVÁ, V., 2009. *Schlafstörungen im Alter - Warum die Krankheit unterschätzt wird und was Betroffenen helfen kann*. [online]. Pridobljeno 15. 2. 2020 s <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/schlafstorungen-im-alter-warum-die-krankheit-unterschätzt-wird-und-was-betroffenen-helfen-3059.php>
- GULIA, K. K. in KUMAR, V. M., 2018. Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*, vol. 18 (3), str. 155–165.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Uradni list RS, št. 71/14.
- KOPRIVNIKAR, M., 2017. *Kako si pomagati? Motnje spanja pogostejše pri starejših ...* [online]. Pridobljeno 17. 2. 2020 s <https://www.revijazamojezdravje.si/novice/kako-si-pomagae-ti-motnje-spanja-pogostejse-pri-starejsih.html>
- MIGALA, S., RÖSE, K., GENZMER, S., LEHMANN, C., MEYE, S., PFLUG, K., TREUSCH, Y., GARMS - HOMOLOVÁ, V., FLICK, U., 2010. Schlafstörungen im Alter. *Heilberufe*, vol. 62 (4), str. 35–37.
- PUCELJ, V., 2017. *Spanje*. [online]. Pridobljeno 18. 2. 2020 s <http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/1705-8568.pdf>
- RIEMANN, D., 2011. Schlafstörungen. V: LINDEN, M., HAUTZINGER, M., ur. *Verhaltenstherapie manual*. Berlin: Springer Heidelberg, str. 631–634.
- SCHERF, S., 2005. *Einflussfaktoren auf die Schlafqualität im Alter: eine klinische Studie: doktorska disertacija*. [online] Bochum: Ruhr-Universität Bochum. Pridobljeno 17. 2. 2020 s <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/ScherfSina/diss.pdf>
- SEVER, A., 2014. *Motnje spanja 1. del*. [online]. Pridobljeno 15. 2. 2020 s <https://www.vzabjemna.si/sl/zdravje/moje-zdravje/motnje-spanja-1-del>
- SKEVINGTON, S. M., LOTFY, M., O'CONNELL, K. A., 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, vol. 13 (2), str. 29–310.

ŠTUKOVNIK, V., 2017. Nefarmakološko zdravljenje nespečnosti pri starostnikih. *Farmaceutski Vestnik*, vol. 68 (2), str. 137–142.

TUFAN, A., ILHAN, B., BAHAT, G. KARAN, M. A., 2017. An under diagnosed geriatric syndrome: sleep disorders among older adults. *African Health Sciences*, vol. 17 (2), str. 436–444.

Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov). Uradni list EU, L119, 4.5.2016.

Osamljenost pri starejših

Veronika Vovk, Andreja Draginc

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
veronika.vovk1998@gmail.com, andreja.draginc@guest.arnes.si

Povzetek

Ena izmed najbolj temeljnih potreb starejših je potreba po medčloveških odnosih, ki so za človeka kot mreža, v katero je ujeta celo življenje. Socialno mrežo tvorijo torej ljudje, ki so za posameznika kakor koli pomembni. Družina, kljub temu da ni več tradicionalna, predstavlja pomemben vir socialne opore, saj je običajno tudi vpletena v nudenje pomoči. Slaba socialna mreža lahko vodi v občutenje depresije, večja so tveganja za zaplete pri raznih, predvsem kroničnih obolenjih, višja je tudi stopnja prezgodnje smrti, predvsem pa vodi v osamljenost. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se starejši občani Metlike počutijo osamljene in kakšne imajo potrebe po druženju. Raziskava je temeljila na kvantitativno deskriptivni metodi in je bila izvedena v okviru projekta *Promocija prostovoljstva med mladimi za pomoč starejšim na domu* med starejšimi občani ($n = 66$) Metlike. Ugotovili smo, da sedemintrideset odstotkov starejših v občini živi samih in da so le-ti še toliko bolj željni druženja, štirideset odstotkov starejših je občasno osamljenih in ravno tolikšen odstotek zmerno tesnobnih ali potrlih.

Ključne besede: starostnik, osamljenost, domače okolje.

Uvod

Staranje posameznika je proces, ki se začne že ob rojstvu. Staranje na individualni ravni je torej kronološki in tudi fiziološki proces, ki mu je podvržen vsak posameznik od rojstva do smrti. Označuje spremembe, ki se dogajajo v organizmu v celotnem življenju, pri čemer v mladosti temu procesu rečemo razvoj oziroma odraščanje (Filipovič-Hrast in Hlebec, 2015). Tako v Sloveniji kot razvitem svetu se število starejših ljudi skokovito povečuje. Menimo, da naša družba ni povsem pripravljena na starost in na mnoge težave, ki se porajajo v tem procesu. V današnjem svetu, kjer veljajo tudi vrednote, kot so mladost, lepota, uspešnost, moč in druge, se osamljenost in tegobe starejših še dodatno kopičijo, tako da ljudje ne doživljajo smisla starosti in jih pogosto doživljajo kot bivanjsko praznino. Če seštejemo visok materialni standard in nizek duševni medčloveški in bivanjsko-duhovni standard današnjih starih ljudi, je rezultat zelo nizka kakovost življenja sodobnega starega člove-

ka pri nas. Stari ljudje imajo v domačem okolju s svojimi pokojninami, socialnimi podporami, patronažno oskrbo in s skrbjo svojcev tako visok materialni standard, kot ga niso imeli nikdar doslej v naši zgodovini. Ne smemo pa pozabiti te pomanjkljivosti, da ob obstoječi mreži pogosto ni mogoče zagotoviti potrebne oskrbe v primeru bolezni ali onemoglosti (Regoršek, 2005). Potrebe starejših so različne, odvisne predvsem od tega, kako se staramo. Nekateri starejši so še dolgo telesno in duševno čili, ukvarjajo se s športom, hodijo na izlete, vozijo avtomobil in dostikrat, kljub pešanju nekaterih življenjskih funkcij, tudi delajo. Drugi so bolni, onemogli in potrebujejo pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, kot so hranjenje in oblačenje. Vsekakor je staranje proces, ki povzroča upadanje moči človeškega telesa in duševnosti ter je povezan s celo vrsto starostnih bolezni, kot so Alzheimerjeva bolezen, arterioskleroza, apatija, depresija, demenca, in z drugimi težavami, ki zahtevajo dobro zdravstveno nego in oskrbo. Poleg telesnih so pomembne tudi druge potrebe starejših, ki so povezane z ekonomskim statusom, z zadovoljevanjem psihosocialnih potreb in problemom medgeneracijske povezanosti (Potrebe starejših, b. d.). Določene potrebe se z leti umikajo, v ospredje pa prihajajo druge. Ena izmed najbolj temeljnih je potreba po medčloveških odnosih, ki so za človeka kot mreža, v katero je ujeto celo življenje. Socialno mrežo tvorijo torej ljudje, ki so za posameznika kakor koli pomembni. Družina, kljub temu da ni več tradicionalna, predstavlja pomemben vir socialne opore, saj je običajno tudi vpletena v nudenje pomoči. Slaba socialna mreža lahko vodi v občutenje depresije, večja so tveganja za zaplete pri raznih, predvsem kroničnih obolenjih, višja je tudi stopnja prezgodnje smrti, predvsem pa vodi v osamljenost (Vratarič in Kobentar, 2011). Finančna in čustvena podpora družine pomeni starostniku toliko kot otroku v obdobju otroštva. Veliko mu pomenijo družina, sosedge, znanci, prijatelji in nenazadnje tudi okolje. Preko svoje komunikacije in telesne dejavnosti ohranja stik z okoljem in ljudmi (Reed, Stanley in Clarke, 2004, v Kralj, 2013). Za starostnika je prijateljstvo in druženje izrednega pomena. Pomembno ni le, da ohrani stik s starimi prijatelji, ampak da vzpostavlja tudi nova prijateljstva. S tem se izogne nevarnosti osamljenosti, saj lahko nov prijatelj nekako zapolni praznino ob izgubi starega. Prav tako je za starostnika pomembno, da se počuti koristnega. Ena izmed poti je prostovoljno delo. Mnogo starostnikov se odloči za mentorstvo, varstvo šolarjev, svetovalno delo, pomoč žrtvam nasilja, prostovoljno knjižničarstvo, prevoz invalidov ali pomoč bolnikom na domu. Žrtvovanje nadarjenosti in časa ima za starostnika številne blagodejne učinke: občutek koristnosti, dvig samozavesti, pridobitev novega znanja in občutek tesnejše povezanosti s skupnostjo (Luanaigh in Lawlor, 2008, v Kralj, 2013). Medgeneracijski odnosi so pomembni posebno zaradi prenosa življenjskih izkušenj, vrednot, tradicije in predvsem zato, da se ljudje med seboj spoznajo in povežejo. Človekove življenjske izkušnje in znanje so največje osebno bogastvo. Človek, ki uspešno predaja svoja življenjska spoznanja in izkušnje mlajšima generacijama, se mora nenehno učiti, biti odprt za sprejemanje novih spoznanj in izkušenj, znati mora poslušati. Včasih so ti procesi potekali kar neka-ko mimogrede ob vsakdanjem skupnem življenju in delu v temeljnem člove-

škem odnosu. Danes pa govorimo o medgeneracijskih prepadih, predvsem med prvo in tretjo generacijo. Mostove med njima lahko oživijo in gradijo predstavniki srednje generacije. Kadar pa ostajata bregova nepreklicno ločena, so vidne posledice, ki kažejo na osamljenost starih ljudi, pri tem pa predvsem največ izgubljajo otroci in mladi (Knific, 1997, v Kralj, 2013). O osamljenosti govorimo, kadar je posameznikovo omrežje socialnih odnosov manjše ali manj zadovoljujoče, kot si želi. Osamljenost ne pomeni, da so drugi ljudje fizično odsotni, ampak pomeni odsotnost globljih in trajnejših socialnih stikov z drugimi ljudmi. Posameznik občuti osamljenost kot odsotnost emocionalnih stikov, zato pogreša predvsem intenziven emocionalni odnos in intimnost. Oseba, ki ji primanjkuje intimnih stikov, doživlja osamljenost, ki lahko vodi v depresijo. Osamljeni ljudje se v sebi pogosto čutijo prazne. Z drugimi besedami, če človek nima zadovoljene potrebe po temeljnem ali osebnem medčloveškem odnosu z nekom, je osamljen, pa naj je okrog njega še toliko ljudi (Hvalič Touzery, b. d.). Osamljenost je opredeljena kot subjektivna in negativna boleča izkušnja, ki se, za razliko od socialne izolacije, zgodi, ne da bi se posameznik sam odmaknil iz osebnih odnosov. Običajno vsebuje čustva zapuščenosti s strani drugih oseb. Vzroki za osamljenost so lahko tako osebni kot socialni dejavniki. Osebni izvirajo iz nas samih (negotovost, sramežljivost, slabe izkušnje, individualizem), socialni dejavniki pa izvirajo iz okolja in so običajno povezani s pomanjkanjem časa za oblikovanje vzajemnih in prijateljskih odnosov (Vratarič in Kobentar, 2011). Starostnik je dodatno oškodovan z mnogimi izgubami: smrt partnerja, prijatelja, vrstnika, odhod otrok od doma, zmanjšanje telesnih sposobnosti, telesne bolezni, slabljenje sluha in vida, slabša gibljivost, spominske motnje, težave pri mišljenju, izguba veljave v domačem okolju, izguba samospoštovanja in zaupanja vase, upokojitvev, manjši dohodki, socialni umik, sprememba bivališča ali preselitev v dom starejših. Položaj starejše osebe pa je zaznamovana še z različnimi občutki in strahovi ter negotovostmi, kot so: občutek krivde in sprava, možnost novega začetka, smrt, življenjska naveličanost, dolgčas, zavoženost življenja, bojazen pred visoko starostjo, strah pred umiranjem, strah pred smrtjo, posmrtno življenje in smisel življenja. Vse to pogosto spremlja osamljenost. Starejši so prav zaradi osamljenosti in materialnega pomanjkanja pogosto najbolj potrebni nege ter dodatne pozornosti. Ker je stopnja njihove storilnosti vse nižja, se največkrat zgodi nasprotno. Namesto da bi se jim bolj posvečali, jim dajemo/dajejo vse manjšo veljavo – postavimo/postavijo jih na stran. To so ljudje, ki smo jih hote ali nehote postavili na rob družine, jim ne namenimo niti petnajst minut dnevno, da bi jih povprašali, kako se počutijo, in da bi jim pomagali odgnati osamljenost s pogovorom ter jim izpolnili željo po snidenju, denimo s starim prijateljem. Počutijo se osamljene, zapuščene in odrinjene. In tako vidijo tudi svet (Imperl, 2012).

Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se starejši občani Metlike počutijo osamljene in kakšne so njihove potrebe po druženju. Raziskava je temel-

jila na kvantitativni deskriptivni metodi in je bila izvedena v okviru projekta »Promocija prostovoljstva med mladimi za pomoč starejšim na domu«, ki ga je izvajala Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede (UNM FZV) z Društvom upokojencev Metlika in Zavodom za turizem, kulturo, šport in mladino Metlika. Projekt sta sofinancirala Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada. Za potrebe empiričnega dela so zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarne podatke za analizo smo pridobili s tehniko anketiranja. Za potrebe teoretičnega dela pa smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo, ki smo jo pridobili s pomočjo podatkovnih baz s področja neformalne pomoči na domu. Na podlagi pregleda tuje in domače literature smo izdelali vprašalnik. Vprašanja so zaprtega tipa, pri čemer smo ponudili odgovore z večstransko izbiro in odgovore v obliki dihotomne izbire, ki ponujajo možnosti da/ne, in odprtega tipa, kjer so imeli starejši možnost sami podati odgovor na zastavljeno vprašanje in svoja stališča do posameznih trditev tudi zapisati s pomočjo ocenjevalne lestvice.

Raziskavo smo izvedli na namenskem vzorcu starejših ljudi (n = 66) v občini Metlika v obdobju od marca do maja 2019. Člani projektne skupine, tj. študentke UNM FZV, so obiskovali starejše in jih na njihovih domovih anketirale. Nekaj anketiranih je izpolnilo vprašalnik tudi na predstavitvi projekta na Občnem zboru Društva upokojencev Metlika, ki je bilo 25. 3. 2019. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi raziskave. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

Rezultati

Anketiranih je bilo 52 žensk (79 %) in 14 moških (21 %). 2 anketirana (3 %) sta bila stara do 60 let, 10 je bilo starih od 61 do 70 let (15 %), 30 anketirancev je bilo starih od 71 do 80 let (45 %), 21 od 81 do 90 let (32 %) in 3 so bili stari 91 let ali več (5 %). Nedokončano osnovno šolo imajo 3 anketiranci (5 %), osnovnošolsko izobrazbo jih ima 17 (26 %), srednješolsko izobrazbo ima 33 anketirancev (51 %), višješolsko 4 (6 %), visokošolsko 7 (11 %) in magistrsko stopnjo izobrazbe ima 1 anketiranec (2 %). 61 anketirancev (88 %) je kot svoj vir prihodka označilo pokojnino, 4 so označili denarno socialno pomoč (6 %), 2 varstveni dodatek (3 %), 1 delno pokojnino (1 %) in 1 je kot svoj vir prihodka označil drugi vir (1 %). 14 anketirancem (22 %) lastni prihodek zadošča za preživetje in 51 anketirancem (78 %) lastni prihodek ne zadošča za preživetje, zato jim pomagajo starši, partnerji ali otroci. 24 (37 %) anketirancev živi samih, 22 (34 %) z zakonskim partnerjem, 8 (12 %) s hčerjo/sinom in njeno/njegovo družino, 3 (5 %) živijo s hčerjo/sinom, 1 (2 %) z vnukinjo/vnukom in 1 (2 %) anketiranec živi z drugim sorodnikom. 1 (2 %) anketiranec se vedno počuti osamljeno, 25 (40 %) anketirancev se včasih počuti osamljeno, 14 (22 %) se jih redko počuti osamljeno in 23 (37 %) se jih nikoli ne počuti osamljeno. 38 (58 %) anketirancev ni tesnobnih ali potrlih in 27 (42 %) jih je zmerno tesnobnih ali potrlih. 45 (71 %) anketirancev je počutje v zadnjem letu v primerjavi s

svojim splošnim zdravstvenim stanjem ocenilo približno enako, 14 (22 %) kot slabše in 4 (6 %) anketiranci so počutje ocenili kot boljše kot v preteklem letu. V različna društva v občini je vključenih 51 (77 %) anketiranih.

Razprava

Stari ljudje so lahko zelo osamljeni. Njihovo življenje je odmaknjeno od srednje in zlasti od mlade generacije, tako da ji ne morejo posredovati svojih izkušenj in čustev. Zavedati se moramo, da je velikih tradicionalnih družin vse manj. Družine na podeželju imajo več otrok kot družine v mestih. Vendar se mlade družine s podeželja pogosto trajno odselijo v mesta, kjer je možnost zaposlitve večja. Na ta način starejši ostanejo pogosto sami in osamljeni, tako da vse več starostnikov živi samih ali pa v dvočlanski skupnosti s partnerjem (Kralj, 2013). Tako je tudi v občini Metlika, od koder se selijo mladi v središče Slovenije zaradi študija in tam tudi ostanejo in se zaposlijo. Tako ugotavljamo, da sedemintrideset odstotkov starejših v občini živi samih in so zato še toliko bolj željni druženja. Njim je klepet s študentkami pomenil veliko več kot pospravljena posoda od kosila, počiščeno stanovanje, pomita okna ali umiti lasje. Želja po druženju je razvidna tudi v veliki vključenosti v razna društva, kar pomeni, da ne glede na to, da so starejši, si še vedno želijo biti aktivni in del družbe, kar potrjujejo tudi avtorji Skela Savič, Zurc in Hvalič Touzery (2010), ki navajajo, da je starejšim zelo pomemben občutek pripadnosti in občutek, da niso osamljeni, kar še zlasti velja za tiste, ki so izgubili partnerja, nimajo otrok ali jih svojci ne obiskujejo. Zato je koristno vključevanje v različne oblike dejavnosti, še zlasti, če je to povezano z učenjem (npr. različna izobraževanja – glasbena, likovna, jezikovna, ročna dela, skupine za samopomoč, terapevtske skupine). Dalje z raziskavo ugotavljamo, da je štirideset odstotkov starejših občasno osamljenih in ravno tolikšen odstotek je zmerno tesnobnih ali potrutih. Le-ti si želijo predvsem druženja in pogovora, kar potrdimo z obiski študentk v okviru projekta na njihovih domovih pri nudenju pomoči. Vratarič in Kobentar (2011) navajata, da je osamljenost v starostnem obdobju dokaj pogosta, in ugotavljata, da je 33 % osamljenih, vendar je občasno osamljenih celo več, kar dve tretjini starostnikov. Taki podatki so zaskrbljujoči, saj osamljenost spremljata tesnoba ter strah pred prihodnostjo in bližajočo se smrtjo. V negativni povezavi je s samozavestjo, močno pa je povezana tudi s slabšim zdravjem, oslABLJENO funkcijo ter depresijo, ki je v starosti težje prepoznavna. Depresija je pri starejših pogosta bolezen, čeprav je pojavnost le-te ocenjena nekje med 8 in 10 % v razvitem svetu, kar pa je ravno tako zaskrbljujoče, saj je najhujša posledica depresije samomor, ki ga starostniki, ko se zanj odločijo, največkrat tudi uspešno izvedejo. Najpogostejši vzrok za občutenje depresije pa so stresni dogodki, ki jih je v starosti veliko in so največkrat povezani z izgubami. Tudi Maček, Skela Savič in Zurc (2011, str. 186) ugotavljajo, da se polovica njihovih preiskovancev ne počuti nikoli ali redko osamljene, slaba polovica je osamljenih občasno, pogosto ali stalno. Starejše ženske so pogosteje osamljene, pogostost občutka osamljenosti se povečuje s starostjo. Ramovš (2003) navaja, da se vsak tretji starostnik počuti osamljenega.

Zaključek

Človek je živo bitje, ki ob sebi bolj ali manj ves čas potrebuje drugo živo bitje. Sociologi poudarjajo, da je človek živo bitje, ki ne more živeti sam. Pravijo, da samota ubija, zato je potrebno poskrbeti, da človek od rojstva do smrti ostaja družbeno bitje. S tem se izpopolnjuje, zapolnjuje svoje primarne človeške vrzeli, s tem je človek, ki mu je mar za sočloveka. Sobivanja pa je potrebno človeka naučiti in to je primarna naloga staršev – družine, vzgojno-izobraževalnih ustanov, družbenega sistema kot celote in vseh ljudi v družbi. Osamljenost v starosti je potrebno zmanjšati s kakovostno socialno mrežo, za kar lahko poskrbijo tudi svojci z obiski starejših, znanci, prostovoljci, nenazadnje tudi socialne oskrbovalke pri oskrbi starejših na domu. Medgeneracijsko povezovanje je še kako pomembno za preprečevanje osamljenosti pri starejših, zato je potrebno krepiti vez med družinskimi člani kljub različnim obveznostim in hitremu tempu življenja ter vez med starejšimi in vnuki. Medgeneracijsko sožitje je vzor aktivnega staranja. Starejši so čudoviti ljudje, imajo polno življenjskih izkušenj, polni so čudovitih in poučnih zgodb, zato naj jih mladi obiskujejo, da jim bodo dali pravo popotnico za življenje, hkrati pa oni preprečevali njihovo osamljenost.

Literatura

- FILIPOVIČ HRAST, M. in HLEBEC, V., 2015. *Staranje prebivalstva: oskrba, blaginja in solidarnost: univerzitetni učbenik*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV, str. 12.
- HVALIČ TOUZERY, S., b. d. *Gerontologija. Slovar: Osamljenost starih ljudi*. Pridobljeno 20. 2. 2020 s <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1025.html>.
- IMPERL, F., 2012. Kakovost oskrbe starejših. Logatec: Firis Imperl & Co.: Seniorprojekt, str. 34–35.
- KRALJ, M., 2013. *Starostnik in osamljenost: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 12–34.
- MAČEK, B., SKELA SAVIČ, B. in ZURC, J., 2011. Dejavniki socialne integracije starostnika v domačem okolju. *Obzor Zdr N.*, 45, (3), str. 181–7. Pridobljeno 25. 2. 2020 s file:///C:/Users/Uporabnik/Desktop/prispevek_starostnik%20v%20domačem%20okolju.pdf. Potrebe starejših, b. d. Pridobljeno 3. 10. 2019 s <https://www.slonep.net/vodic/oskrebovana-stanovanja/potrebe-starejsih>.
- RAMOVŠ, J., 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontogogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, str. 223–241.
- REGORŠEK, V., 2005. Stari ljudje v Sloveniji danes in jutri. V: MURŠEC, M., ur. *Zbornik referatov, 1. večdisciplinarno psihogeriatrično srečanje*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo, str. 1–6.
- SKELA SAVIČ, B., ZURC, J. in HVALIČ TOUZERY, S., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N.*, 44, (2), str. 89–100.
- VRATARIČ, M. S. in KOBENTAR, R., 2011. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved. Živim sam, nisem osamljen. Zbornik predavanj z recenzijo/3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 231–232.

Ugotavljanje negovalnih diagnoz pri pacientu s transtiretinsko amiloidozo

Tanja Oven, Gorazd Laznik

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede,
Na Loko 2, 8000 Novo mesto
tanjaoven9@gmail.com; gorazd.laznik@uni-nm.si

Povzetek

Uvod: Značilnost transtiretinske amiloidoze je kopičenje beljakovin v organih in tkivih, kar v njih povzroči strukturne in funkcijske motnje. Je redka, dedna in smrtno nevarna bolezen, ki se zdravi simptomatsko, izraznost kliničnih znakov pa je raznolika, odvisno od stadija bolezni. Pri reševanju negovalnih problemov pacienta ima zato medicinska sestra s svojim strokovnim znanjem pomembno vlogo pri postavitvi negovalne diagnoze in nato pravilni izbiri intervencij zdravstvene nege za reševanje negovalnega problema v procesu zdravstvene nege. *Metode:* V prispevku smo na podlagi pregleda zdravstveno-negovalne dokumentacije pacienta s transtiretinsko amiloidozo za obdobje od 2012 do 2019 izvedli kvalitativno raziskavo s tehniko pregleda in analize individualnih načrtov zdravstvene nege ter s pomočjo klasifikacije NANDA-I opredelili negovalne diagnoze, ki so bile pri pacientu s transtiretinsko amiloidozo že prisotne: negovalne diagnoze, usmerjene v problem, potencialne negovalne diagnoze ter sindromske negovalne diagnoze. *Rezultati:* Ugotovili smo, da ima pacient s transtiretinsko amiloidozo večje število negovalnih problemov pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti, kot so zelo težka inkontinenca, kronična driska, kaheksija, kronična bolečina itd. Obravnava pacienta s transtiretinsko amiloidozo mora temeljiti na celostnem pristopu, negovalne probleme pa je potrebno reševati na podlagi individualno izdelanega načrta zdravstvene nege z ustrezno izbranimi intervencijami po procesni metodi dela. *Razprava:* Ugotavljamo, da ima medicinska sestra ključno vlogo pri izvajanju zdravstvene nege. Vodja tima zdravstvene nege postavi negovalne diagnoze, načrtuje izvajanje procesa zdravstvene nege, pri njem sodeluje in na koncu delo vrednoti. Z načrtovanjem zdravstvene nege vpliva tudi na razvoj in uporabo negovalnih diagnoz ter rešitve negovalnih problemov in s tem pripomore h kakovostnejšemu življenju pacienta med boleznijo.

Ključne besede: zdravstvena nega, transtiretinska amiloidozo, negovalne diagnoze, NANDA-I.

Uvod

V Sloveniji je bolezen transtiretinska amiloidozo (TA) malo znana, saj je zelo redka in so jo do sedaj diagnosticirali pri samo štirih družinah oz. njihovih članih. Po svetu se bolezen pojavlja endemsko, in sicer na Portugalskem, Japon-

skem in Švedskem. Je življenje ogrožajoča, avtosomsko dominantna dedna bolezen. Poimenovana je po beljakovini, ki v tem primeru tvori amiloid. Število diagnosticiranih bolnikov se po svetu povečuje in zato lahko pričakujemo, da bo tudi v Sloveniji odkrita še kakšna družina s TA. Zbolijo odrasli, običajno starejši od 30 let, med vsemi dednimi amiloidozami pa je TA najpogostejša. Bolniki v povprečju umrejo deset let po nastanku bolezni, na splošno pa velja, da kasnejši začetek bolezni pomeni blažjo obliko bolezni (Zidar, 2015). Najpogostejši tarči sta periferno živčevje in srce, redkeje ledvica, lahko tudi mehke možganske opne in oči. Preden pride do hujših in življenjsko ogrožajočih težav, v zgodnjem začetku bolezni pride do motnje srčnega ritma in prevajanja v srcu, ortostatske hipotenzije, driske, zaprtja, gastropareze, slabosti z bruhanjem, erektilne disfunkcije, dizurije, zastoja seča in motenj potenja (Zidar, 2016). Zidar (2018) pravi, da diagnosticiranje transtiretinske amiloidne polinevropatije ni težko, če bolezen poznaš in nanjo pomisliš. Težava je v tem, da je bolezen redka. Pretnar (2016) ob zgodovinskem pregledu diagnosticiranja ugotavlja, da prvi opis amiloidoze sega v leto 1639 (Nicolaes Fonteyn), leta 1854 Virchow prvič uporabi termin amiloidoza, leta 1922 Benhold uporabi kongo rdeče barvanje za dokaz amiloida, leta 1927 pa Divry in Florin opišeta značilno zeleno dvolomnost v polarizacijskem mikroskopu. Pri pacientih s težavami, ki kažejo na TA, je najprej potrebna temeljita družinska anamneza bolnika. Če v družinski anamnezi ni amiloidoze, je treba pri bolnikih s progresivno aksonsko polinevropatijo, ki pretežno vpliva na temperaturo in občutljivost bolečine, razmisliti o diagnozi TA. Spremenjen indeks telesne mase je koristno merilo prehranskega stanja za spremljanje napredovanja ali prognoze bolezni. Ključnega pomena za potrditev diagnoze TA pa je biopsija tkiva, ki s pomočjo rdečega madeža iz Konga neposredno razkrije amiloidne usedline v prizadetih tkivih, vključno s slinavko in trebušnimi podkožnimi maščobami, tkivom prebavil, živčnim tkivom in drugimi organi (Sekijima in sod., 2018). Glede na zdravstvene težave moramo torej za vsakega pacienta pripraviti individualni načrt zdravstvene nege s procesno metodo dela. Hajdinjak in Meglič (2012) pravita, da je proces zdravstvene nege (PZN) sodobni metodološki pristop v zdravstveni negi, poimenovan instrument individualne zdravstvene nege. Temelji na sistematični, logični, racionalni metodi dela za ugotavljanje in reševanje problemov posameznikov in skupin, za katere je pristojna in odgovorna medicinska sestra. Ta metodološki pristop omogoča individualno in celovito obravnavo posameznika in skupine. Herdman in sod. (2017) pravijo, da PZN vključuje ocenjevanje, postavljanje negovalnih diagnoz, postavljanje ciljev, načrtovanje, izvajanje intervencij in vrednotenje. Razvijanje standardiziranih negovalnih diagnoz se je v evropskem prostoru začelo leta 1993, v letu 1995 pa je bilo ustanovljeno Evropsko združenje za negovalne diagnoze, intervencije in rezultate ACEN-DIO (Hajdinjak in Meglič, 2012). Negovalne diagnoze, kot navaja Gordon (2003), lahko razumemo tudi kot deficite v samooskrbi, neučinkovito adaptacijo, nefunkcionalno zdravstveno obnašanje in individualni izziv na določene potrebe in na določeno stanje. S pomočjo negovalnih diagnoz vsakodnevno sporočamo našo klinično presojo pacientom, sodelavcem, članom dru-

gih disciplin in javnosti. Negovalne diagnoze lahko medicinska sestra glede na svojo pristojnost in usposobljenost samostojno ugotavlja in rešuje (Hajdinjak in Meglič, 2012). Klančnik in sod. (2019) menijo, da so negovalne diagnoze enako pomembne za medicinske sestre, kot so medicinske diagnoze za zdravnike. Z negovalnimi diagnozami definiramo obseg znanja stroke zdravstvene nege. Temelj negovalne diagnoze sta klinično sklepanje in klinična presoja, tj. interpretacija ali sklepanje o pacientovih potrebah, skrbah, zdravstvenih težavah ter odločitvah za ukrepanje. Vsaka stroka ima svoj način opisovanja, kaj in kako se odziva na to, kar ve. Medicinske sestre obravnavajo človeške odzive na zdravstvene težave in življenjske procese, pri čemer uporabljajo taksonomijo negovalnih diagnoz po NANDA International, Inc. (NANDA-I) (Herdman in sod., 2017). Hajdinjak in Meglič (2012) pravita, da je negovalna diagnoza opis problemov in težav, opis reakcij posameznika, družine, skupine na zdravstveno stanje ali življenjsko situacijo in da je v pristojnosti medicinske sestre oziroma stroke zdravstvene nege. Trdita še, da je osnova za načrtovanje in izvajanje intervencij zdravstvene nege za doseg pričakovanega rezultata in da je spremenljiva, kar pomeni, da se lahko spreminja vsako uro, dnevno ali mesečno – takrat, ko se spreminjajo težave in problemi pacienta. Vsaka negovalna diagnoza ima oznako in jasno definicijo. Medicinske sestre morajo poznati diagnostične podatke – podatke za diagnosticiranje in razlikovanje med diagnozami. Ti diagnostični indikatorji vsebujejo diagnostične kazalce, spremljajoče dejavnike in dejavnike tveganja. Diagnostični kazalci so znaki ali simptomi. Ocenjevanje identificira prisotnost številnih diagnostičnih kazalcev in prispeva k točnosti negovalne diagnoze (Klemenc in Ažman, 2017). Herdman in sod. (2017) navajajo, da so negovalne diagnoze usmerjene k problemu, v promocijo zdravja, v potencialno tveganje in v sindrom. Diagnoza, usmerjena k problemu, je klinična presoja nezaželenih človeških odzivov na zdravstveno stanje in življenjski proces posameznika. O potencialni diagnozi govorimo takrat, ko govorimo o dovzetnosti posameznika za razvoj nezaželenega človeškega odziva na zdravstveno stanje in življenjski proces. Klinično presojo motivacije in želje po večjem blagostanju in po aktualizaciji zdravstvenega potenciala ljudi imenujemo diagnoza promocije zdravja. V NANDI-I pa je lahko prisotna tudi sindromska negovalna diagnoza, ki opisuje klinično presojo določene skupine negovalnih diagnoz, ki se pojavljajo istočasno in jih je najbolje obravnavati skupaj (npr. sindrom kronične bolečine).

Metode

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja s tehniko pregleda in analize individualnih načrtov zdravstvene nege, s pomočjo klasifikacije NANDA-I pa so bile opredeljene negovalne diagnoze. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani in analizirani primarni viri iz pacientove dokumentacije. Sekundarni viri pa so bili pridobljeni s pomočjo domače in tuje strokovne literature ter bibliografskih baz (CINAHL, COBISS), osebne komunikacije med pacientom in zdravnikom, ki je proučeval in zdravil bolezen. Namen raziska-

ve je opredeliti negovalne diagnoze pri pacientu s TA. S študijo primera predstavljamo bolezen TA ter negovalne diagnoze, ki smo jih opredelili z uporabo priročnika NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017, ki ga je izdala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije leta 2017. Cilji raziskave so predstaviti bolezen TA, predstaviti negovalne diagnoze pacienta s TA, predlagati rešitve negovalnih problemov pacienta s TA in predstaviti vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege pacienta s TA. Za potrebe raziskave smo oblikovali tri raziskovalna vprašanja, in sicer:

1. S katerimi negovalnimi problemi se srečujejo pacienti s TA?
2. Kakšna je vloga medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege pri pacientu s TA?
3. Kako individualni načrt zdravstvene nege vpliva na izid zdravljenja pacienta s TA?

Vzorec naše raziskave je pacient s TA. V Sloveniji imamo do sedaj znane štiri družine in njihove člane s to boleznijo (osebna komunikacija, 2019). Zaradi redke pojavnosti te bolezni in zagotavljanja popolne anonimnosti pacientu in svojcem v našem primeru ne bomo opredeljevali spola in starosti. Pregledali in analizirali smo negovalno dokumentacijo pacienta s TA, ki je bil v obdobju od 2017 do 2019 v zavodu. Za vpogled v negovalno dokumentacijo smo pridobili soglasje zavoda, analiza dokumentacije pa je bila izvedena v mesecu avgustu 2019. Pridobljene podatke smo ustrezno interpretirali, v prispevku pa prikazali negovalne probleme in predlagali rešitve zanje. Upoštevali smo vsa etična načela raziskave.

Rezultati

Ob pregledu in analizi negovalne dokumentacije ugotavljamo, da je bil pacient z znano diagnozo TA v zavod sprejet februarja 2017. Na osnovi izvedene osebne komunikacije, anamnestičnih podatkov in iz prebrane zdravstvene dokumentacije je bilo razvidno, da so se začeli bolezenski znaki pojavljati v letu 2012, torej pet let pred prihodom v zavod. Pacient je sam opazil motnjo v zaznavanju bolečine na prstih nog, imel je neopredeljene bolečine v nogah, navajal je omotice in kolapse, predvsem po naglem vstajanju. Bolezen je napredovala in s tem je bilo tudi vse več težav in bolezenskih znakov, ki so značilni za bolezen TA. Težave so se začele pri hoji. Po besedah pacienta mu je stopalo kar padlo, zato je izgubil ravnotežje in padel. Izražena je bila tudi ortostatska hipotenzija ob vstajanju in erektilna disfunkcija, imel je inkontinenco blata. Običajno je odvajal nekajkrat na dan tekoče blato po 2–3 urah po zaužitju obroka. Sam pove (osebna komunikacija, 7. december 2018) da nima kontrole nad odvajanjem in da se iz njega blato samo zlije, ob čemer se počuti zelo nemočnega. Uporabljal je medicinske pripomočke za inkontinenco. Ob prihodu v zavod se je še sam kateteriziral petkrat dnevno in bil pri tem samostojen. Imel je predpisanih več vrst diet (brezglutensko, žolčno)

in beljakovinski dodatek Ensure. Pacient se je odločil, da bo vse diete opustil in da bo jedel hrano po lastni želji. Zaradi mišične oslabelosti je potreboval celotno oskrbo in zdravstveno nego ter je bil pri nekaterih temeljnih življenjskih aktivnostih odvisen od zdravstveno negovalnega osebja. Diplomirana medicinska sestra je na podlagi anamnestičnih podatkov, zdravstvene dokumentacije in lastnega opazovanja naredila individualni načrt zdravstvene nege glede na izražene negovalne probleme pri pacientu (Zdravstveno negovalna dokumentacija, 2017–2019). Na podlagi ocene zdravstvenega stanja lahko zapišemo, da so se pri pacientu glede na klasifikacijo po NANDA – I določile naslednje negovalne diagnoze, usmerjene v problem:

- 00016 Moteno izločanje urina
- 00020 Funkcionalna urinska inkontinenca
- 00194 Neustrezna gastrointestinalna peristaltika
- 00014 Inkontinenca blata
- 00085 Oslabljena fizična mobilnost
- 00091 Oslabljena mobilnost v postelji
- 00090 Oslabljena zmožnost transferja
- 00093 Kronična utrujenost
- 00092 Nezmožnost izvajanja aktivnosti
- 00108 Primanjkljaj v samooskrbi pri izvajanju osebne higiene
- 00109 Primanjkljaj v samooskrbi pri oblačenju
- 00102 Primanjkljaj v samooskrbi pri hranjenju
- 00121 Motena osebna identiteta
- 00223 Neučinkovit partnerski odnos
- 00147 Tesnoba v povezavi s smrtjo

Razprava

S pomočjo teoretičnega modela V. Henderson in njenih osnovnih življenjskih aktivnosti smo ugotovili, da ima pacient s TA večje število negovalnih problemov pri zadovoljevanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Nekateri problemi so izraženi bolj, drugi manj, odvisno od stadija bolezni. Pri našem pacientu so se bolezenski znaki in težave začeli tako, kot opisuje teorija (Zidar, osebna komunikacija, 14. april 2019). Če povzamemo negovalne probleme, s katerimi se po navedbah prej omenjenih avtorjev srečujejo pacienti s TA, lahko kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje zapišemo, da se pri pacientu s TA najpogosteje pojavljajo negovalni problemi, kot so inkontinenca blata in urina, kronična driska, kaheksija, kronična bolečina, nezmožnost izvajanja osebne higiene ter oblačenja in slačenja, nezmožnost prostega gibanja, nevarnost za nastanek razjede zaradi pritiska, poslabšanje kronične bolezni. Po Hendersonovi in po Hajdinjakovi in Megličevi je medicinska sestra strokovno-

jakinja pri aktivnostih, ki pomagajo ljudem ohraniti zdravje. Fink in Kobilškova (2013) menita, da moramo pacienta obravnavati kot individualno in celovito osebnost, kar potrjujemo z izdelavo individualnega načrta zdravstvene nege pacienta ob sprejemu v zavod. Na podlagi subjektivne in objektivne ocene zdravstvenega stanja in stopnje samooskrbe napišemo negovalne diagnoze in jih rešujemo po procesni metodi dela. Glede na oceno stanja pacienta mora znati medicinska sestra dobro opazovati pacienta, kritično razmišljati, postaviti pravilne negovalne diagnoze, skladne s pacientovimi težavami. Medicinska sestra po mnenju Hendersonove pomaga pri življenjskih aktivnostih in jih lahko izvede namesto pacienta, če tega ne zmore sam. Sodobna zdravstvena nega po Hajdinjakovi in Megličevi (2012) v okviru svojih pristojnosti preprečuje, odkriva in rešuje težave pacientov, ki so lahko posledica bolezni. Izvajalka zdravstvene nege je diplomirana medicinska sestra in je pri tem samostojna. Železnik (2010) pravi, da je medicinska sestra izvajalka zdravstvene nege in s tem intervencij zdravstvene nege. Glede na znane negovalne probleme pri pacientu s TA lahko rečemo, da medicinska sestra večino intervencij načrtuje vnaprej. Pred tem mora preveriti, ali ni morebiti prišlo do sprememb pri zdravstvenem stanju pacienta in intervencije ni treba izvesti oziroma se je po ponovnem ocenjevanju pacienta pokazala potreba po drugi intervenciji. Nujno je sprotno vrednotenje učinkovitosti intervencije, kar se odraža v pacientovem zdravstvenem stanju, obnašanju in počutju. Glede na opis študije primera našega pacienta lahko kot odgovor na drugo raziskovalno vprašanje zapišemo, da je diplomirana medicinska sestra izvajala zdravstveno nego po procesni metodi dela, ki je vključevala opazovanje zdravstvenega stanja pacienta, postavitev negovalne diagnoze, postavitev ciljev glede na negovalno diagnozo, načrtovanje intervencij zdravstvene nege, izvajanje intervencij zdravstvene nege glede na življenjsko aktivnost in negovalni problem ter vrednotenje izvajanja zdravstvene nege. Fink in Kobilškova (2013) menita, da moramo pacienta obravnavati kot individualno in celovito osebnost. V primeru pacienta s TA je individualni načrt zdravstvene nege zelo pomemben in lahko vpliva na razvoj negovalnih diagnoz. Po pregledu zdravstvene dokumentacije in prebrani literaturi lahko rečemo, da nas individualni načrt usmerja pri izvajanju zdravstvene nege. Z njim lahko vrednotimo uspešnost izvajanja zdravstvene nege, usmerja nas tudi pri postavitvi aktualnih, potencialnih in sindromskih negovalnih diagnoz v samem procesu izvajanja zdravstvene nege. TA je po mnenju različnih strokovnjakov smrtno nevarna bolezen, zato sam individualni načrt ne vpliva na izid zdravljenja pacienta, ima pa velik vpliv na razvoj negovalnih diagnoz, na reševanje negovalnih problemov in s tem na kakovostnejše življenje med boleznijo. Ugotavljamo, da individualni načrt zdravstvene nege ne vpliva na izid zdravljenja pacienta s TA.

Zaključek

Proces zdravstvene nege je sodoben metodološki pristop v zdravstveni negi, poimenovan instrument individualne zdravstvene nege. Temelji na sistem-

atični in logični metodi dela in reševanju negovalnih problemov pacienta. Procesna metoda dela vključuje ocenjevanje zdravstvenega stanja pacienta, postavitve negovalnih diagnoz, postavljanje ciljev glede na postavljene negovalne diagnoze, načrtovanje intervencij zdravstvene nege, izvajanje intervencij zdravstvene nege in vrednotenje uspešnosti zdravstvene nege. V prispevku smo predstavili negovalne probleme pacienta s TA in nekatere klasificirali v negovalne diagnoze po NANDA-I. Pacienti imajo veliko negovalnih problemov, ki se različno izražajo glede na stadij bolezni. V rezultatih, ki so natančneje opisani in predstavljeni v diplomski nalogi prve avtorice, smo našli skoraj identično število negovalnih diagnoz, ki so usmerjene v problem, in potencialnih negovalnih diagnoz, najmanj pa je negovalnih diagnoz promocije zdravja. Največ negovalnih diagnoz smo postavili pri življenjski aktivnosti odnosi z ljudmi, izražanju občutkov in doživljanja. Negovalne probleme smo reševali po procesni metodi dela zdravstvene nege glede na izdelan individualni načrt pacienta. Medicinska sestra ima s svojim strokovnim znanjem ključno vlogo pri izvajanju zdravstvene nege pacienta s TA. Dobro izdelan individualni načrt zdravstvene nege, katerega nosilka je diplomirana medicinska sestra, pozitivno vpliva na reševanje negovalnih problemov.

Literatura

- FINK, A. in KOBILŠEK, P. A., 2013. *Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnostih*. Ljubljana: Grafenauer založba, d. o. o.
- GORDON, M., 2003. *Negovalne diagnoze – priročnik*. Maribor: vb ROGINA, d. o. o.
- HAJDINJAK, G. in MEGLIČ, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- HERDMAN, H. in 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.
- KLANČNIK GRUDEN, M., MIHELIČ ZAJEC, A., LUBI, T., NOVAK, A., MEDVEŠČEK SMREKAR, M., PINTAR BABIČ, M., REDEC, D. (2019). Negovalne diagnoze NANDA-I v slovenskem prostoru. V: T. ŠTEMBERGER KOLNIK, T., MAJCEN
- DVORŠČAK, S., KVAS, A., PRELEC, A., ur. *12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse«*. Brdo pri Kranju: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 23–25. Pridobljeno 17. 10. 2019 s http://www.zzkongres.si/wp-content/uploads/2019/05/Z-Z_e-Zbornik_Kongres-Maj_2019_splet.pdf#page=23.
- SEKIJIMA, J., UEDA, M., KOIKE, H., MISAWA, S., ISHII, T., ANDO, Y., 2018. *Diagnoza in obvladovanje družinske amiloidne polinevropatije o transteretinu na Japonskem: kopice simptomov rdeče zastave in algoritem zdravljenja*. Pridobljeno 17. 9. 2019 s <https://link.springer.com/article/10.1186/s13023-017-0726-x>.
- ZIDAR, J., 2015. *Transtiretinska amiloidoza. Redke bolezni 2015 – Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi*. Pridobljeno 3. 6. 2019 <http://doczz.net/doc/6975191/redke-bolezni-2015-dru%C5%A1tvo-bolnikov-s-krvnimi-boleznimi>.

- ZIDAR, J., 2016. *Transtiretinska amiloidoza*. Podčetrtek: Jesenski strokovni sestanek Združenja hematologov Slovenije. Pridobljeno 7. 6. 2019 s <https://www.hematologija.org/admin/files/news/pics/file/Zidar%20J%20j2016.pdf>.
- ZIDAR, J., 2018. *Redke bolezni – Transtiretinska amiloidna polinevropatija*. Ljubljana: Medicina danes.
- ŽELEZNIK, D., 2010. Pomen poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni in babiški negi. V: *Zdravstvena zakonodaja v luči zdravstvene nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, str. 99–114.

Učinki čuječnosti na življenje žensk, obolelih za rakom dojke: sistematični pregled literature

Metka Gorenak, Nataša Mlinar Reljić

Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, Žitna ulica 15, 2000 Maribor

Povzetek

Uvod: Incidenca raka dojke pri ženskah je zelo visoka. Z napredkom medicine je zdravljenje vse uspešnejše, doba preživetja se podaljšuje. V procesu zdravljenja in rehabilitacije pacientke z rakom dojke izkusijo vrsto fizičnih in psihičnih neprijetnosti, kot je bolečina, utrujenost, motnje spanja, tesnoba, depresija, strah pred ponovitvijo bolezni. V prispevku želimo predstaviti učinke čuječnosti na kvaliteto življenja žensk, obolelih za rakom dojke. *Metode:* Uporabili smo sistematični pregled literature v podatkovnih bazah COBISS, SAGE, PubMed, Science Direct. Vključitvene in izključitvene kriterije smo oblikovali glede na zastavljeno raziskovalno vprašanje. Potek iskanja literature je prikazan s pomočjo PRISMA-diagrama. Rezultati so predstavljeni deskriptivno. *Rezultati:* Iskanje je rezultiralo v 387 zadetkih. V končno analizo dokazov smo uvrstili osem člankov. Rezultati so pokazali, da ima na čuječnosti osnovan program za zmanjševanje stresa ugodne učinke, in sicer tako na fizično kot tudi psihično in duhovno dobro počutje. Podatki kažejo, da je čuječnost uporabna metoda za podporo ženskam, obolelim za rakom dojke, v procesu zdravljenja in rehabilitacije. *Razprava:* Čuječnost pri ženskah z rakom dojke zagotavlja psihično podporo, vpliva na izboljšanje fizičnih simptomov bolezni, kot so bolečina, izčrpanost, motnje spanja in krepitev imunskega sistema.

Ključne besede: meditacija, čuječnost, rak dojke, sistematični pregled

Uvod

V letu 2018 je bila diagnoza rak dojke najpogostejša oblika raka pri ženskah v vseh državah Evropske unije (Ferlay in sod., 2018). Prognoza raka dojk se je izboljšala predvsem zaradi naprednejših, učinkovitejših in uspešnejših terapij; vendar se to odraža tudi v zahtevnejši zdravstveni obravnavi pacientk, ki vključuje tudi psihološko podporo (Eyles in sod., 2015). Pri ženskah diagnoza rak dojke pogosto predstavlja velik strah, njegovo poznejše zdravljenje pa predstavlja soočanje s celo vrsto fizičnih in psihičnih izzivov (Kenne Sarenmalm in sod., 2017). Zaradi podane diagnoze in kasnejših izkušenj z zdravstveno obravnavo, obolenje z rakom pogosto privede do čustvenih odzivov, razvoja zaskrbljenosti, vključno z depresijo in anksioznostjo (Rush in Sharma, 2017).

Najpogostejše komplikacije pri pacientkah z rakom so povezane z bolečino, izčrpanostjo, depresijo in anksioznostjo (Paul in sod., 2013). Zato predstavlja psihološka podpora pacientk z rakom dojke pomemben vidik v celostni obravnavi.

Eden izmed načinov obvladovanja psiholoških težav je lahko čuječnost (ang. mindfulness). Mindfulness je prevod besede sati, izraz iz jezika Pali, ki pomeni zavedanje, pozornost in spomin. V slovenskem prostoru se za mindfulness uporabljajo izrazi: čuječnost, pozornost, osredotočenost. Čuječnost izhaja iz budistične filozofije in bi naj vodila do osvoboditve od negativnih stanj, nezadovoljstva in trpljenja. V zadnjih dveh desetletjih je praksa čuječnosti postala psihološko orodje, ki se pogosto uporablja kot podpora v obravnavi različnih psiholoških motenj, kot so: depresija in anksioznost, zloraba substanc ter osebne motnje. Praksa čuječnosti ni povezana samo z zmanjšanjem stresa, temveč pomaga tudi pri zmanjšanju negativnih občutkov, kot so krivda, jeza in agresija (Cucarella in Giannini, 2016), s katerimi se pogosto soočajo tudi pacientke, obbolele za rakom dojke. Zhang in sod., (2018) so dokazali, da ima na čuječnosti osnovan program za zmanjševanje stresa (mindfulness-based stress reduction [MBSR]) pozitivne učinke na zmanjšanje anksioznosti, depresije, izčrpanosti, stresa, zaskrbljenosti, izboljšanje pozornosti, kognitivne funkcije, čustvenega dobrega počutja, izboljšanje fizičnega počutja in splošne kvalitete življenja med obolelimi ali ozdravljenimi za rakom dojke. S prispevkom želimo prispevati k ozaveščanju in opolnomočenju medicinskih sester o uporabnosti in učinkovitosti čuječnosti kot dopolnilnega pristopa v zdravstveni obravnavi žensk, obolelih za rakom dojke.

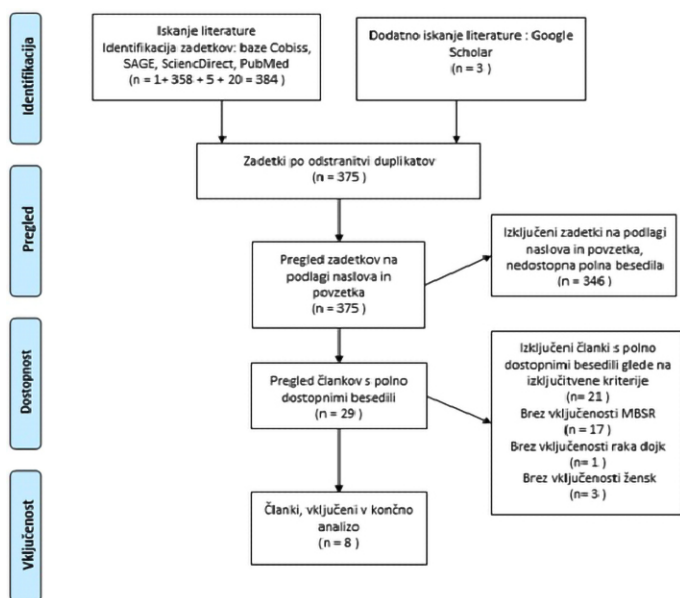
Metode

Izvedli smo kvalitativno raziskavo, v kateri smo uporabili pregled znanstvene in strokovne literature z deskriptivno metodo na temo učinki čuječnosti na kvaliteto življenja žensk z diagnozo raka dojke. Literaturo smo iskali v bazah Cobiss, Science Direct, PubMed in SAGE v angleščini in slovenščini. Za iskanje smo uporabili tudi brskalnik Google Scholar. Uporabili smo ključne besede v slovenskem jeziku: "na čuječnosti osnovan program za zmanjševanje stresa", "rak dojke", "kvaliteta življenja" in "ženske". Ključne besede v angleščini so bile: "mindfulness based stress reduction", "breast cancer", "quality of life" in "women". Iskali smo s pomočjo Boolovih operatorjev "AND" in "OR". Iskanje smo omejili na gradivo, izdano med leti 2008 in 2018. Uporabili smo samo literaturo s polno dostopnimi besedili ter samo izvirne znanstvene članke. Kot vključitveni kriterij glede na raziskovalno vprašanje Population, Exposure, Outcome (PEO) smo upoštevali: ženske, starejše od 18 let, z diagnosticiranim rakom dojke, prakticiranje MBSR, učinki, kakovost življenja. Izključitveni kriteriji so bili: moški spol, ženske, mlajše od 18 let, literatura, starejša od 10 let, pregledni članki, uvodniki, pisma uredniku, druge vrste rakov, razen rak dojke, druge vrste programov. Potek iskanja smo prikazali s PRISMA-diagramom poteka (Moher in sod., 2009). Za prikaz relevantnosti člankov, vključenih v analizo, smo uporabili hierarhijo dokazov po Polit in Beck (2012). Upo-

rabljena je bila tematska analiza besedila po Braun in Clarke (2006) in opisna metoda dela.

Rezultati

V vseh iskalnih bazah smo skupaj dobili 387 zadetkov. Odstranili smo duplikate. 375 zadetkov smo pregledali po naslovu in povzetku. Izključili smo 346 zadetkov, ki po naslovu ali vsebini povzetka niso ustrezali vključitvenim kriterijem. V naslednjem koraku smo v celoti pregledali 29 člankov. Izključili smo 21 člankov; 17 jih ni bilo osredotočenih na MBSR, eden ni bil osredotočen na diagnozo raka dojke, trije niso bili osredotočeni na ženske. V končno analizo smo vključili osem člankov.



Slika 1: Prikaz poteka iskanja literature po metodologiji PRISMA

Ocenili smo relevantnost člankov po hierarhiji dokazov, kot priporočata Polit in Beck (2012). Šest študij (Lengacher in sod., 2009; Hoffman in sod., 2012; Henderson in sod., 2013; Rahmani in sod., 2014; Rahmani in Talepasand, 2015; Kenne Sarenmalm in sod., 2017) smo uvrstili na drugi nivo, saj gre za posamične randomizirane študije. Dva članka (Witek-Janusek in sod., 2008; Eyles in sod., 2015) temeljita na opazovalni študiji; uvrstili smo ju na četrti nivo. Program MBSR se v ZDA uporablja že 30 let (Hoffman in sod., 2012). Je cenovno, zmogljivostno in izvedbeno enostaven program, ki je učinkovit in uspešen pri podpori žensk z rakom dojke (Rahmani in sod., 2014). S prakticanjem MBSR programa se pri pacientkah z rakom dojke zmanjša anksioznost, lažje in hitreje se soočijo z boleznijo, življenjem z boleznijo in eksistencialno stisko (Lengacher in sod., 2009; Hoffman in sod., 2012; Henderson in sod., 2013;

Rahmani in sod., 2014; Rahmani in Talepasand, 2015; Eyles in sod., 2015; Kenne Sarenmalm in sod., 2017). Meditacija in vadba čuječnosti pripeljeta do izboljšane sprejemanja samega sebe, do relaksacije, ustvari se umirjenost ter povezanost telesa in uma (Rahmani in sod., 2014). Čuječnost pri pacientkah z rakom zagotavlja učinkovito izboljšanje številnih simptomov, kot so stres, depresija, anksioznost, izčrpanost, motnje spanja, in dvigne kvaliteto življenja (Witek-Janusek in sod., 2008; Rahmani in sod., 2014; Eyles in sod., 2015). MBSR ima ugodne vplive tudi na fizično počutje pacientk, obolelih za rakom dojke. Ženske z rakom dojke, ki so prakticirale čuječnost, so poročale o bistveno manjši izčrpanosti (Hoffman in sod., 2012; Rahmani in sod., 2014; Eyles in sod., 2015; Rahmani in Talepasand 2015). Motnje spanja so bile manj pogoste, prav tako je bilo manj težav z insomnijo (Eyles in sod., 2015). Pomembno izboljšanje počutja pacientk z rakom dojke je odraz zmanjšanja bolečine (Rahmani in Talepasand, 2015). Poleg tega nekateri raziskovalci poročajo tudi o povečanju števila levkocitov (Witek-Janusek in sod., 2008; Kenne Sarenmalm in sod., 2017). Duhovnost je dinamična razsežnost človeškega življenja, ki se nanaša na način posameznikovega doživljanja, izražanja, iskanja smisla in namena ter načina, kako se povežejo s trenutkom, z naravo, s sabo in ostalimi (Nolan in sod., 2011). Z vajami čuječnosti postanejo bolj prisotne v času in prostoru in se lažje soočajo z eksistencialno krizo, ki jo povzroči diagnoza (Rahmani in sod., 2014; Eyles in sod., 2015).

Razprava

Pomembno je, da zdravljenje pacientk z rakom dojke ni osredotočeno le na fizično raven, ampak pacientki nudi tudi psihosocialno in duhovno podporo. To nudi MBSR-program, ki je sestavljen iz več vaj, osnovanih na čuječnosti: osredotočena čuječnost, čuječe dihanje, čuječe dojetanje telesa, čuječa meditacija, čuječe hranjenje, čuječe opazovanje. MBSR-programi se lahko razlikujejo po vsebini vaj in dolžini trajanja. Na primer program Kenne Sarenmalm in sod., (2017) je trajal 8 tednov, v raziskavi Lengacher in sod. (2009) so program skrajšali na 6 tednov, saj so ga prilagodili ženskam z metastatskim rakom dojke. S čuječnostjo, ki je osnova vseh vaj v MBSR-programu, postanejo pacientke bolj pozorne na avtomatske odzive, kot tudi na različne situacije v življenju, na katere se posledično učinkoviteje odzivajo (Eyles in sod., 2015). Zelo koristno je, da se program izvaja v skupini, saj je druženje v skupini pacientkam pomagalo k boljšemu počutju (Hoffman in sod., 2012). V raziskavi Henderson in sod., (2013) je bilo po 4 mesecih opaziti največ izboljšav v vedenjskem in kognitivnem soočanju, izboljšanju družinskega socialnega stanja, čustvenega stanja, duševnega stanja, v zmanjšanju anksioznosti, sovražnosti, depresije, zmanjšanju paranoičnih situacij, tesnobne zaskrbljenosti in jeze. Pozitivni učinki MBSR-programa so bili zabeleženi pri vseh pacientkah z rakom, predvsem pri zmanjševanju stresa, anksioznosti in depresije (Lengacher in sod., 2009; Hoffman in sod., 2012; Henderson in sod., 2013; Rahmani in sod., 2014; Rahmani in Talepasand, 2015; Eyles in sod., 2015; Kenne Sarenmalm in sod., 2017). Nekatero pacientke so ponovno našle svoj smi-

sel v življenju (Henderson in sod., 2013). V vseh raziskavah niso beležili enakega napredka. Kenne Sarenmalm in sod., (2017) niso opazili omembe vrednih razlik med skupinami, v koncentraciji interlevkinov 6 in 8 v serumu, prav tako je ostala nespremenjena žalost zaradi izgube las (Rahmani in sod., 2014). Samopodoba in perspektiva prihodnosti sta bili po končanem MBSR dokaj nespremenjeni (Rahmani in Talepasand, 2015). Minute, namenjene vadbi joge, niso vidno vplivale na psihološki status ali kvaliteto življenja (Lengacher in sod., 2009).

Zaključek

MBSR je uporabna in sprejemljiva metoda podpore pri celostnem pristopu obravnave pacientk z rakom dojke. Pomaga pri lajšanju čustvenih stisk, izboljša fizično in duhovno počutje. Z vadbo MBSR pacientke gradijo svojo novo pozitivno samopodobo, se lažje soočajo s sprejemanjem samega sebe in svoje spremenjene telesne podobe in izzivi, ki jih prinašajo bolezen ter morebitni spremljajoči učinki zdravljenja. Vse to prispeva k boljši kvaliteti življenja pacientk z rakom dojke.

Literatura

- BRAUN, V. & CLARKE, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3(2), str. 77–101.
- CUCARELLA, S. P. & GIANNINI, M. C., 2016. Effectiveness of a pilot mindfulness program in volunteers of a breast cancer association. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, vol. 21(4), str. 291–294.
- EYLES, C. et al., 2015. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integrative Cancer Therapies*, vol. 14(1), str. 42–56.
- FERLAY, J. et al., 2018. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, vol. 103, str. 356–387.
- HENDERSON, V. P. et al., 2013. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, vol. 12(5), str. 404–413.
- HOFFMAN, C. J. et al., 2012. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, vol. 30(12), str. 1335–1342.
- KENNE SARENMALM, E. et al., 2017. Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer. *Cancer Medicine*, vol. 6(5), str. 1108–1122.
- LENGACHER, C. A. et al., 2009. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, vol. 18(12), str. 1261–1272.
- MOHER, D. et al., 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Academia and the Profession*, vol. 151(4).

- NOLAN, S., SALTMARSH, P. & LEGET, C., 2011. Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, vol. 18(2), str. 86–89.
- ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA, n. d. 2018. Rak dojk [Online]. Pridobljeno 15.3.2019 s https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/rak_dojk/
- PAUL, A. et al, 2013. An oncology mind-body medicine day care clinic: concept and case presentation. *Integrative Cancer Therapies*, vol. 12(6), str. 503–507.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T., 2012. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- RAHMANI, S. & TALEPASAND, S., 2015. The effect of group mindfulness - based stress reduction program and conscious yoga on the fatigue severity and global and specific life quality in women with breast cancer. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, vol. 29(175), str. 1–12.
- RAHMANI, S., TALEPASAND, S. & GHANBARY-MOTLAGH, A., 2014. Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, vol. 7(4), str. 184–96.
- RUSH, S. E. & SHARMA, M., 2017. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for cancer care: a systematic review. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, vol. 22(2), str. 347–359.
- WITEK-JANUSEK, L. et al, 2008. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *BRAIN, BEHAVIOR, and IMMUNITY*, vol. 22(6), str. 969–981.
- ZHANG, Q., ZHAO, H. & ZHENG Y., 2018. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients—a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 2018, vol. 27(3), str. 771–781.

Življenje bolnikov z mielodisplastičnim sindromom, ki se zdravijo z transfuzijo

Vanesa Pintar Topolovec, Edvard Jakšič, Mojca Dreisinger

Alma Mater Europaea-Evropski center Maribor, Slovenska ulica 17, 2000 Maribor

Povzetek

Uvod: V članku je predstavljena bolezen mielodisplastičnega sindroma pri pacientih, ki se zdravijo s transfuzijami in prejemajo kelatno terapijo, ter ugotavljali smo njihovo počutje. Namen članka je bilo ugotoviti kakovost življenja pacientov z mielodisplastičnim sindromom pri zdravljenju s transfuzijo. *Metode:* Raziskava je bila izvedena v terciarni zdravstveni ustanovi pri 9 namensko izbranih pacientih. Anketiranje je potekalo v avgustu in septembru 2019. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje ustanove in Komisije za medicinsko etiko v ustanovi. *Rezultati:* Ugotovili smo, da 4 (44,4 %) anketiranci dnevno potrebujejo pomoč pri gibanju, 3 (33,3 %) pri osebni higieni in 4 (44,4 %) pri pripravi hrane. En anketiranec (11,1 %) prihaja na transfuzijo enkrat na teden ali več, 4 (44,4 %) enkrat na štirinajst dni, 1 (11,1 %) enkrat na dva meseca, 1 (11,1 %) manj kot štirikrat letno, 1 (11,1 %) anketiranec je transfuzijo dobil 6-krat in 1 (11,1 %) 56-krat. Pet (55,5 %) anketirancev je navedlo, da še niso imeli stranskih učinkov po zdravljenju s transfuzijo. Pogosti prihodi na zdravljenje s transfuzijo anketiranim predstavljajo predvsem psihični in fizični napor. *Razprava:* Največ anketiranih pacientov 5 (55,6 %), ki se zaradi mielodisplastičnega sindroma zdravijo s transfuzijami in prejemajo kelatno terapijo, svoje počutje na lestvici od 1 do 5 ocenjujejo kot srednje. Trije (33,3 %) so svoje počutje ocenili dobro in 1 (11,1 %) zelo dobro.

Gljučne besede: mielodisplastični sindrom, transfuzija, železo, kelatna terapija, kakovost življenja.

Uvod

Zadnja desetletja smo priča vse večjemu staranju prebivalstva, kar pripomore tudi k večji pojavnosti bolezni, med katerimi so vse pogostejše tudi krvne bolezni. Mielodisplastični sindrom (v nadaljevanju MDS) je relativno redka bolezen in se pojavlja pri starejših ljudeh (Sever in sod., 2012). Zelo pomembno je pravočasno poznavanje številnih simptomov, ki jih lahko laik pripiše tudi slabemu počutju ali staranju, vendar lahko že napovedujejo začetek bolezni, zato je pomembno, da jih ne prezremo (Uhan, 2018).

Mielodisplastični sindrom

MDS so heterogena skupina klonskih bolezni krvotvornih matičnih celic (Mlakar, 2010). Skupna značilnost MDS je neučinkovita tvorba ene ali več vrst navedenih krvnih celic in posledično zmanjšanje njihovega števila v krvi. Izraz anemija se uporabi za zmanjšano število eritrocitov v krvi. MDS zajema klonske bolezni matičnih celic, pri katerih so v ospredju znaki odpovedi kostnega mozga (Košnik in Štajer 2018). Trombocitopenija pomeni, da gre za zmanjšano število trombocitov. Levkopenija pa pomeni zmanjšano število levkocitov (Mlakar, 2017). Vse več je dokazov, da ustrezna terapija s kelatorji železa izboljšuje preživetje pri bolnikih z MDS v smislu nižjega tveganja za preobremenitev z železom in upočasnitve transformacije v AML (Neukirchen in sod., 2012; Rose in sod., 2010). Osnovno zdravljenje bolnikov z MDS so podporne transfuzije rdečih krvnih celic. Ponavljajoče se transfuzije sčasoma vodijo do preobremenitve z železom s povečanim tveganjem za komorbidnost in smrtnost, ki ni odvisna od osnovne hematološke bolezni (Dreyfus, 2008).

Vzrok za nastanek bolezni

Vzrokov večine MDS ne poznamo, so pa lahko posledica izpostavljenosti kemoterapije in sevanja pri zdravljenju raka, strupenih kemikalij, kot so tobak, benzen in pesticidi, ali težkih kovin, kot je svinec (Košnik in Štajer 2018). Glede na vzrok nastanka razlikujemo primarni in sekundarni MDS (Mlakar, 2010). Pri zdravi osebi kostni mozeg ustvarja nove, nezrele krvne celice, ki sčasoma dozoriijo. Mielodisplastičen sindrom se pojavi, ko nekaj moti ta postopek, tako da krvne celice ne dozoriijo. Namesto da bi se krvne celice normalno razvijale, odmrejo v kostnem mozgu ali tik po vstopu v krvni obtok. Sčasoma nastane več nezrelih, okvarjenih celic kot zdravih, kar vodi v težave, kot so utrujenost, ki jo povzroča anemija, okužbe, ki jih povzroča levkopenija, in krvavitve, ki jih povzroča trombocitopenija (Neukirchen in sod., 2011).

Podporno zdravljenje z transfuzijo in vloga medicinske sestre pri aplikaciji

Podporno zdravljenje MDS s transfuzijami je torej vrsta nadomestnega zdravljenja, pri katerem se bolniku v žilo dajejo eritrociti ali trombociti, ki nadomestijo zmanjšano število ustreznih celic v krvi bolnika. Prejemanje pogoste transfuzije lahko torej bolnikom povzroči preobremenitve organizma z železom, kar je resen neželeni učinek, kadar se kopiči in odlaga železo v jetrih, srcu, koži in drugih organih. Čeprav danes »praksa transfuzijske medicine rešuje življenja mnogih ljudi« (Mast in Field 2012), pa dolgotrajno zdravljenje s transfuzijami eritrocitov vodi do kopičenja železa v telesu in lahko povzroči okvare jeter, srca in endokrinih žlez (Mlakar, 2010). Čezmerno kopičenje postane očitno, ko število prejetih transfuzij preseže 20–40 odmerkov eritrocitov in koncentracija feritina v serumu poraste preko 1500–2000 ug/l (Valent in sod., 2007 v Mlakar, 2010). Obremenitev telesa z nakopičenim železom se ugotavlja z določanjem feritina v krvi. Pravilna identifikacija bolnika je temelj

dobre oskrbe in pomeni, da sta preverjanje identitete na vsaki stopnji transfuzijskega procesa in dobra komunikacija ključnega pomena za preprečevanje napak (Bolton-Maggs in Cohen 2013). V Združenem Kraljestvu je komisija za standarde v hematologiji oz. British Committee for Standards in Haematology (2009) izdala nacionalne smernice na področju dajanja krvnih komponent in navaja tri procese pomembne pri aplikaciji transfuzije: pravilna identifikacija bolnika, dokumentacija, komunikacija.

Uporaba kelatorja pri zdravljenju s transfuzijami

Namen kelacijske terapije je uravnovežiti hitrost kopičenja železa zaradi transfuzije krvi s povečanjem izločanja železa z urinom. Ker je železo potrebno tudi za nujne fiziološke namene, je ključni izziv kelacijske terapije uravnovežiti prednosti kelacijske terapije z neželenimi učinki prekomerne kelacije. Kelatna terapija preprečuje preobremenitev telesa z železom in zmanjšanje njegovih škodljivih učinkov (Porter in Vipraskit 2014). Pomembno je, da medicinske sestre razumejo, da je lahko posledica kroničnih transfuzij krvi preobremenitev organizma z železom, morajo tudi vedeti, kakšne škodljive učinke ima prekomerno železo na organe in katere možnosti zdravljenja so na voljo (Eckes, 2011). Vse več je dokazov, da ustrezna kelatna terapija z železom izboljša preživetje pri bolnikih z MDS, pri katerih je znana preobremenitev z železom (Rose in sod., 2010; Neukirchen in sod., 2012; Lyle in sod., 2018; Moukalled in sod., 2018). Odvečno železo lahko iz telesa odstranijo kelatorji, ki jih bolniki zaužijejo vsakodnevno. Kelatna terapija pri preobremenitvi z železom se lahko učinkovito izvaja z oralnim dajanjem deferasiroksa, ene od možnih farmaceutskih rešitev. Vendar pa lahko imajo bolniki neželene učinke zdravila, ki vključujejo slabost, bruhanje, drisko, bolečine v trebuhu, izpuščaj, srbenje, glavobol in spremembe v delovanju ledvic in jeter (Novartis, 2016).

Kakovost življenja bolnikov z mielodisplastičnim sindromom pri zdravljenju z transfuzijo

Kakovost življenja odraža subjektivno dožemanje zdravja in je eden temeljnih konceptov na področju zdravja (Sousa in Kwok 2006). Kakovost življenja je večdimenzionalen koncept, ki predstavlja bolnikovo splošno dožemanje vpliva bolezni in njenega zdravljenja. Zajema fizično, psihološko (vključno s čustvenim in kognitivnim) ter socialno življenje. Na splošno ima utrujenost najpomembnejši vpliv na kakovost življenja bolnikov z MDS. Vpliv MDS na kakovost življenja je lahko daljnosežen: poleg fizičnih simptomov (npr. krvavitve in okužbe) so prisotni še utrujenost, negotovost, nerazumevanje bolezenskega procesa, strah pred prehodom v akutno mieloično levkemijo in pomanjkanje komunikacije z zdravstvenim osebjem (Steensma in sod., 2008)

Namen in cilji

Namen članka je bil ugotoviti kakovost življenja bolnikov z mielodisplastičnim sindromom pri zdravljenju s transfuzijo.

Pri tem sem si zadala nekaj raziskovalnih vprašanj, 5 izmed devetih bom natančneje opredelila.

Raziskovalna vprašanja

RV 1: Katere simptome bolezni so bolniki zaznali pred potrjeno diagnozo MDS?

RV 2: Katere najpogostejše pridružene bolezni imajo ti bolniki?

RV 3: Kako pogosto izbrana raziskovalna populacija bolnikov prejema transfuzijo krvi?

RV 4: Kako anketirani sami skrbijo za svoje zdravje?

RV 5: Kako ocenjujejo svoje počutje?

Metode

Raziskovalni del članka temelji na kvantitativni metodi raziskovanja. Raziskava je bila izvedena v terciarni zdravstveni ustanovi pri 9 namensko izbranih pacientih. Anketiranje je potekalo v avgustu in septembru 2019. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje ustanove in Komisije za medicinsko etiko v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Obdelavo podatkov smo opravili z računalniškima programoma Microsoft Word in Microsoft Excel 2016, ter rezultate prikazali v obliki tabel in grafov. V empiričnem oz. raziskovalnem delu smo kot glavni merski instrument uporabili strukturiran vprašalnik, ki smo ga pripravili sami na podlagi pregledane literature. Sama raziskava zajema zgolj sodelovanje in obravnavo manjšega števila bolnikov, ki imajo diagnosticiran MDS, se zdravijo s transfuzijami in prejemajo kelator železa.

Predviden vzorec anketiranih je bil 10, vendar smo ugotovili 10 % neustreznega vzorca.

Rezultati

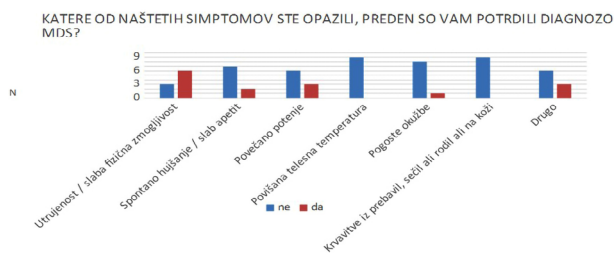
V raziskavi je sodelovalo devet bolnikov, ki imajo diagnosticiran MDS, se zdravijo s transfuzijami in prejemajo kelator železa. Sodelovalo je 5 (55,6 %) žensk in 4 (44,4 %) moški. Anketiranci so bili stari od 40 do 89 let in smo jih razdelili v starostne skupine. V starostnih skupinah do petdeset let in od 61–70 let smo anketirali po 1 (11,0 %) bolnika, v starostni skupini 71–80 let 3 (33,3 %) bolnike in v starostni skupini nad 80 let 4 (44,4 %) bolnike (Tabela 1).

Tabela 1: Starost anketiranih

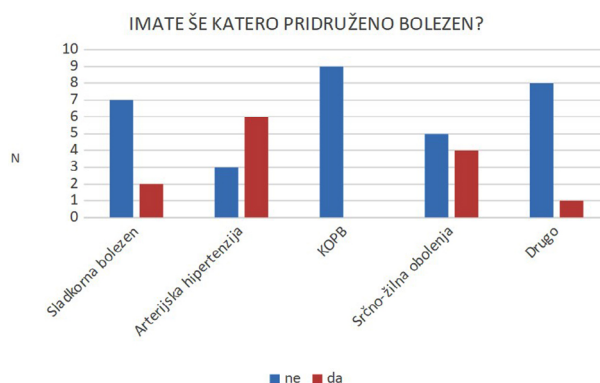
Starost	Število	Odstotek
40	1	11,1
69	1	11,1
71	1	11,1
73	1	11,1
78	1	11,1
82	1	11,1
83	2	22,2
89	1	11,1
Total	9	100,0

Vir: Pintar Topolovec, 2019.

Izobrazbena struktura anketirancev je bila naslednja: 4 (44,4 %) so imeli osnovnošolsko izobrazbo, 2 (22,2 %) anketiranca sta imela srednješolsko izobrazbo, višjo, visoko ali univerzitetno je imel 1 (11,1 %) anketiranec. Dva (22,2 %) anketiranca nista navedla svoje izobrazbe.



Slika 1: Simptomi pred diagnosticiranjem MDS (Pintar Topolovec, 2019).

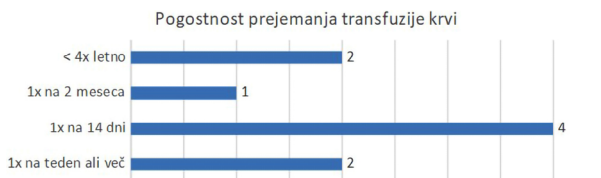


Slika 2: Pridružene bolezni (Vir: Pintar Topolovec, 2019).

Šest (66,7 %) anketiranih je izpostavilo utujenost in slabo fizično zmogljivost, povečano potenje so navedli 3 (33,3 %), spontano hujšanje in slab apetit 2

(22,2 %), prav tako sta 2 (22,2 %) navedla omotičnost ali krvavitev iz nosu, pogoste okužbe 1 (11,1 %), povišano telesno temperaturo in krvavitve iz prebavil, sečil in rodil ali na koži ni navedel nihče (slika 1).

Kot pridruženo bolezen imata 2 (22,2 %) sladkorno bolezen, 3 (33,3 %) arterijsko hipertenzijo, 4 (44,4 %) srčno-žilne bolezni in 1 (11,1 %) srčni spodbujevalnik (slika 2).



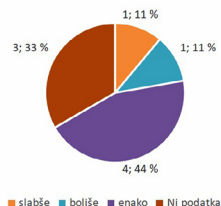
Slika 3: Pogostost prejemanja transfuzije krvi (Vir: Pintar Topolovec, 2019).

Enkrat na štirinajst dni prejmejo transfuzijo 4 (44,4 %) anketirani. Enkrat na teden ali več 2 (22,2 %), enkrat na dva meseca 1 (11,1 %), manj kot štirikrat letno 2 (22,2 %) (slika 3).



Slika 4: Skrb za zdravje (Vir: Pintar Topolovec, 2019).

KAKO OCENJUJETE VAŠE POČUTJE PO UVEDBI KELATORJA?

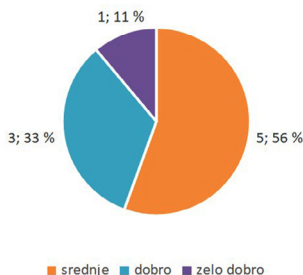


Slika 5: Ocena počutja po uvedbi kelatorja (Vir: Pintar Topolovec, 2019).

Priporočila zdravega življenjskega sloga upošteva 8 (88,9 %) anketirancev, 6 (66,6 %) jih redno izvaja telesno aktivnost, 6 (66,7 %) je navedlo pogovor s svojimi bližnjimi, redne obiske in pogovore z osebnim zdravnikom je navedlo 5 (55,4 %) anketiranih, obisk dietetika glede prehranjevanja, iskanje strokovne psihološke pomoči in vključevanje v društva bolnikov z krvnimi obolenji ni navedel nihče (slika 4).

Štirje (44,4 %) anketiranci so počutje po uvedbi kelatorja analizirali kot enako, trije (33,3 %) vprašani se niso opredelili. En (11,1 %) anketiranec je navedel slabše počutje in 1 (11,1 %) navaja, da je počutje boljše (slika 5).

KAKO BI NA LESTVICI OD 1 DO 5 OCENILI VAŠE POČUTJE?



Slika 6: Ocena počutja na lestvici od 1 do 5 (Vir: Pintar Topolovec, 2019).

Pet (55,6 %) anketiranih je svoje počutje opredelilo kot srednje dobro, 3 (33,3 %) dobro in zelo dobro se počuti 1 (11,1 %) anketiranec (slika 6).

Razprava

Odgovori na raziskovalna vprašanja

RV 1: Katere simptome bolezni so bolniki zaznali pred potrjeno diagnozo MDS?

Šest (66,7 %) anketiranih je kot najpogostejši simptom pred potrditvijo bolezni MDS izpostavilo utrujenost in slabo fizično zmogljivost. Povečano potenje so kot simptom pred potrditvijo diagnoze opazili 3 (33,3 %) vprašani. Nadalje sta 2 (22,2 %) anketiranca kot simptom navedla spontano hujšanje in slab apetit. Omotičnost ali krvavitev iz nosu sta opazila 2 (22,2 %) anketiranca. Pogoste okužbe pred potrjeno diagnozo je navedel 1 (11,1 %) anketiranec. Povišano telesno temperaturo in krvavitve iz prebavil, sečil in rodil ali na koži kot simptom pred potrditvijo diagnoze MDS ni opazil nihče od anketiranih (slika 1)

RV 2: Katere najpogostejše pridružene bolezni imajo ti pacienti?

Zanimalo nas je tudi, ali imajo sodelujoči v raziskavi še kakšno pridruženo bolezen. Rezultati pokažejo, da imata 2 (22,2 %) vprašana sladkorno bolezen, 3 (33,3 %) arterijsko hipertenzijo, 4 (44,4 %) srčno-žilne bolezni, od teh 1 navaja (11,1 %) srčni spodbujevalnik (slika 2).

RV 3: Kako pogosto izbrana raziskovalna populacija pacientov prejema transfuzije krvi?

Od devet anketirancev 4 (44,4 %) prihajajo na transfuzijo enkrat na štirinajst dni, 1 (11,1 %) enkrat na teden ali več, 1 (11,1 %) enkrat na dva meseca in 1 (11,1 %) manj kot štirikrat letno. Eden je do zdaj prišel na transfuzijo 6-krat in 1 (11,1 %) 56-krat (slika 3).

RV 4: Kako anketirani sami skrbijo za svoje zdravje?

Večina sodelujočih v raziskavi (8 (88,9 %)) za svoje zdravje skrbijo tako, da upoštevajo priporočila zdravega življenjskega sloga, 6 (66,6 %) jih redno izvaja telesno aktivnost. Odkrito se pogovarjajo s svojimi bližnjimi, je navedlo 6 (66,7 %) vključenih, da imajo redne obiske in pogovore z osebnim zdravnikom, je navedlo 5 (55,4 %) anketiranih. Nihče od vprašanih ne obiskuje dietetika glede prehranjevanja, ne iščejo strokovno-psihološke pomoči in niso vključeni v društvo bolnikov s krvnimi obolenji (slika 4).

RV 5: Kako ocenjujejo svoje počutje?

Glede počutja po uvedbi kelatorja so 4 (44,4 %) navedli, da je enako kot pred uvedbo kelatorja, trije (33,3 %) vprašani se niso opredelili. 1 (11,1 %) anketiranec je navedel slabše počutje in 1 (11,1 %), da je počutje boljše (slika 5). Pet (55,6 %) anketiranih je svoje počutje na lestvici od 1 do 5 opredelilo kot srednje dobro, 3 (33,3 %) dobro in zelo dobro se počuti 1 (11,1 %) anketiranec (slika 6).

Zaključek

V izvedeni raziskavi smo se omejili na bolnike, ki imajo podporno zdravljenje s transfuzijami in prejema tudi kelator železa. Zanimalo nas je, pri izvajanju katerih življenjskih aktivnosti obravnavana populacija potrebuje pomoč, katere pridružene bolezni imajo, kako pogosto prihajajo na zdravljenje s transfuzijami, in ali menijo, da se jim je počutje zaradi prejemanja kelatorja izboljšalo, ter kako sami skrbijo za svoje zdravje in kako ocenjujejo svoje počutje. Železo ima veliko pomembnih vlog v organizmu, a ob enem gre za zelo škodljivo kovino, kadar preseže dovoljene vrednosti za človeka, saj deluje toksično na celice, tkiva in organe. Zdravnik v sodelovanju z bolnikom opravi ustrezno spremembo odmerkov kelatorja, če je glede na število že prejetih in predvidenih transfuzij in glede na morebitne stranske učinke, laboratorijske vrednosti to potrebno. Cilj zdravljenja je ustrezna, optimalna raven železa. Ugotovili smo, da trije anketirani nimajo presežene vrednosti feritina nad 1500–2000 µg/l. Večina anketirancev je svoje počutje ocenila kot srednje, tretjina kot dobro in eden anketiranec je svoje počutje ocenil zelo dobro. Pogosti prihodi na transfuzije anketiranim predstavljata predvsem psihični in fizični napor. Nihče od anketiranih ni navedel, da mu prihod na zdravljenje s transfuzijo predstavlja socialni napor (usklajevanje prevoza, finance), kar pomeni, da

je organizacija prevozov za te bolnike dobro poskrbljena. Z raziskavo smo tudi ugotovili, da posamezniki menijo, da o svoji bolezni ne vedo prav veliko, kar medicinskim sestram daje možnost dodatnih aktivnosti na področju poučevanja in zdravstveno-vzgojnega dela. Če bolnik aktivno sodeluje pri zdravljenju, mora poznati bolezen, namen kelacijske terapije, možne stranske učinke zdravil in koristi kelacije, kar pa lahko skupaj dosežemo z dobro komunikacijo s celotnim zdravstvenim timom.

Literatura

- BOLTON MAGGS, P., in COHEN, H., 2012. Annual SHOT Report 2011. Manchester: SHOT.
- BRITISH COMMITTEE FOR STANDARDS IN HAEMATOLOGY. 2009. *Guideline on the administration of blood components*.
- DREYFUS, F., 2008. The deleterious effects of iron overload in patients with myelodysplastic syndromes. *Blood Rev*, 22 (Suppl 2): 29-34. Pridobljeno 18.6.2019 s <https://doi.org/10.1185/03007990802565867>
- ECKES ELLEN, J., 2011. Chelation therapy for iron overload: nursing practice implications. *J Infus Nurs*, 34 (6): 374–380.
- KOŠNIK, M., in ŠTAJER, D., 2018. *Interna medicina*. Ljubljana. Medicinska fakulteta, Slovensko zdravniško društvo. Peta izdaja: 1167 – 1170.
- LYLE, L., in HIROSE, A., 2018. Iron overload in myelodysplastic syndromes: pathophysiology, consequences, diagnosis, and treatment. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 9 (4): 392–405.
- MALCOVATO, L., GIOVANNI DELLAPORTA, M., PASCUTTO, C., INVERNIZZI, R., BONI, M., PASSAMONTI TRAVAGLINO, E., PASSAMONTI, F., ARCAINI, L., MAFFIOLI, M., BERNASCONI, P., LAZZARINO, M., in CAZZOLA, M., 2005. Prognostic factors and life expectancy in myelodysplastic syndromes classified according to WHO criteria: a basis for clinical decision making. *Journal of Clinical Oncology*, 23 (30): 7594–7603.
- MAST, A., E., in FIELD, J., J., 2012. Iron chelation therapy in patients with transfusion-dependent myelodysplastic syndrome. *Transfusion*. 52 (10): 2078-2080.
- MLAKAR, U., 2010. Smernice za odkrivanje in zdravljenje mielo displastičnih sindromov pri odraslih. *Zdravstveni Vestnik* 79: 455- 464.
- MLAKAR, U., 2017. *Mielodisplastični sindrom – vodnik za bolnike*. Ljubljana. Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo – Dopolnjen ponatis.
- MOUKALLED NOUR, M., FUAD, A., RASSI, E., TEMRAZ, N. S., in TAHER A. T., 2018. Iron overload in patients with myelodysplastic syndromes: An updated overview. *Cancer*, 124 (20): 3979-3989.
- NEUKIRCHEN, J., FOX, F., KÜNDGEN, A., NACHTKAMP, K., STRUPP, C., HAAS, R., GERMING, U., in GATTERMANN, N., 2012. Improved survival in MDS patients receiving iron chelation therapy - a matched pair analysis of 188 patients from the Düsseldorf MDS registry. *Leukemia Research*, 36 (8):1067–1070. Pridobljeno 18.6.2019 s <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2012.04.006>
- NEUKIRCHEN, J., SCHOONEN, M. W., STRUPP, C., GATTERMANN, N., AUL, C., HAAS, R., in GERMING U., 2011. Incidence and prevalence of myelodysplastic syndromes: Data from the Dusseldorf MDS-registry. *Leukemia Research*. 35 (12):1591-1596. Pridobljeno 18.6.2019 s : <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2011.06.001>
- NOVARTIS., 2016. *Jemanje zdravila Exjade – Priročnik za bolnika (deferasiroks)*.

- PINTAR, TOPOLOVEC, V., 2019. *Kakovost življenja bolnikovz Mielodisplastičnim sindromom pri zdravljenju s transfuzijo*: diplomsko delo. Maribor: Alma Mater Europaea-Evropski center Maribor, str. 1-36.
- PORTER, J., in VIPRAKASIT, V., 2014. Iron overload and chelation. In: CAPPELLINI, M. D., COHEN, A., PORTER, J., TAHER, A., VIPRAKASIT, V., editors. *Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (TDT)* [Internet]. 3rd edition. Nicosia (CY): Thalassaemia international federation; Chapter 3. Pridobljeno 10.10.2019 s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269373/>
- ROSE, C., BRECHIGNAC, S., VASSILIEF, D., PASCAL, L., STAMATOULLAS, A., GUERCI, A., LARS BAA, D., DREYFUS, F., BEYNE-RAUZY, O., CHAURYH, PIERRE, M., ROY, L., CHEZE, S., MOREL, P., in FENAUX, P., 2010. Does iron chelation therapy improve survival in regularly transfused lower risk MDS patients? A multicenter study by the GFM. *Leukemia Research*, 34 (7): 864 – 870.
- SEVER, M., PODGORNIK, H., MLAKAR, U., in ČERNELČ, P., 2012. Lastnosti bolnikov z mielo7 displastičnim sindromom in njihova obravnava na kliničnem oddelku za hematologijo, UKC Ljubljana, v obdobju 2008-2012. *Zdravstveni Vestnik*, 81 (supl 29): II - 41- 48.
- SOUSA, K., in KWOK O., 2006. Putting Wilson and Cleary to the Test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research*, 15 (4): 725 – 737.
- STEENSMA, P. D., HEPTINSTALL, V. K., JOHNSON, M. V., NOVOTNY P. J., SLOAN, J. A., CAMORIANO, J. K., NIBLACK, J., BENNETT J. M., in MESA R. A., 2008. Common troublesome symptoms and their impact on quality of life in patients with myelodysplastic syndromes (MDS): Results of a large internet-based survey. *Leukemia Research*, 32 (5): 691 – 698.
- UHAN, M., 2018. *Mielodisplastični sindrom - MDS - Vodnik za bolnike*. Mengeš. Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi Slovenije: 9 - 21.



Z Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

VISOKA
ZDRAVSTVENA
ŠOLA V CELJU



Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
Angela Boškin Faculty of Health Care



Fakulteta za zdravstvene in socialne vede
Faculty of Health and Social Sciences Slovenj Gradec

»Raziskovanje za zdravje, zdravje za znanje«

12. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Izola, 28. avgust 2020

Zbornik prispevkov z recenzijo

Uredili Ana Petelin in Helena Skočir

Recenzenti ■ Mateja Bahun, Andreja Draginc, Duška Drev, Bojana Filej, Vida Gönc, Miroljub Jakovljevič, Edvard Jakšič, Sedina Kalender Smajlovič, Andreja Krajnc, Nevenka Kregar Velikonja, Gorazd Laznik, Liljana Leskovic, Ivanka Limonšek, Mateja Lorber, Sandra Martinuč, Hilda Maze, Nataša Mlinar Reljič, Jasmina Nerat, Sanela Pivač, Kristina Rakuša Krašovec, David Ravnik, Marta Smodiš, Barbara Smrke, Maja Strauss, Mateja Šimec, Gorazd Voga, Monika Zadnikar, Marija Zrim, Joca Zurc, Uroš Železnik

Oblikovanje in prelom ■ Jonatan Vinkler

Izdajatelj ■ Založba Univerze na Primorskem (zanjo: Klavdija Kutnar, rektorica)

Titov trg 4, SI-6000 Koper,

Koper 2020

Glavni urednik ■ Jonatan Vinkler

Vodja založbe ■ Alen Ježovnik

ISBN 978-961-293-010-3 (PDF)

<http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-293-010-3.pdf>

ISBN 978-961-293-011-0 (HTML)

<http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-293-011-0/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.26493/978-961-293-010-3>

© 2020 Založba Univerze na Primorskem/University of Primorska Press



